**چکيده**

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش رابطه والد-فرزندی بر خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان بود. روش پژوهش حاضر نیمه تجربي از نوع پيش آزمون- پس آزمون با گروه كنترل بود. اعضاي نمونه اين پژوهش 30 نفر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیده بودند و با جای گزاری تصادفی در دو گروه آموزش روابط والد فرزند (15 نفر) و گواه (15 نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. متغير مستقل مورد پژوهش در این بررسی آموزش روابط والد فرزند (10جلسه) بود که در گروه­ آزمايش مورد آموزش اعضای گروه قرار گرفت و در گروه گواه مداخله­اي انجام نشد.پرسشنامه‌های مورد استفاده محقق در این پژوهش پرسشنامه خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی بود. فرضيه‌ي کلی پژوهش اين بود که آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان دارای تأثیر مثبت معنادار است. روش آماري مورد استفاده در این پژوهش به منظور بررسی متغیر ها روش تحليل كواريانس بوده است. نتايج پژوهش نشان داد كه آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر خودکارآمدی و بهزیستی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان دارای تاثیر مثبت معنادار داشته‌است و به عبارت دیگر فرضیه کلی پژوهش حاضر تایید شده است.که بر اساس نتایج به دست آمده می توان به منظور افزایش سلامت و خودکار آمدی بیشتر جامعه پژوهش حاضر از آموزش روابط والد فرزند استفاده نمود.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش روابط والد فرزند ، میزان خود کارآمدی،میزان بهزیستی اجتماعی، والدین معتاد

فصل اول

کليات پژوهش

**1-1 مقدمه**

ادراک خود کارآمدی به انتظارات افراد در مورد توانایی‌شان برای عمل در موقعیت‌های آینده بر می‌گردد. افرادی بااحساس خود کارآمدی بالا احتمالاً در برخورد با مشکل، بیشتر تلاش می‌کنند، در تلاش‌هایشان استقامت می‌ورزند، در طول انجام مسائل آرام هستند تا اینکه برانگیخته باشند و افکارشان را تحلیل گرانه سازمان می‌دهند (پروین، سروان و جان،2003، نقل از زمانی،1385). در بین افکار خود ارجاعی که بر انگیزه احساسی و عملکرد انسان‌ها تأثیر می‌گذارند، اثر هیچ‌چیزی فراگیرتر از قضاوت افراد در مورد خود کارآمدی آن‌ها نمی‌باشد (پروین و جان،1999، نقل از زمانی،1385)

افرادی که کارایی شخصی کمی دارند، احساس می‌کنند که در اعمال کنترل بر رویدادهای زندگی درمانده و ناتوان‌اند. آن‌ها معتقدند هر تلاشی که می‌کنند بیهوده است. هنگامی که آن‌ها با موانع روبه رو می‌شوند، اگر تلاش‌های اولیه‌ی آن‌ها در برخورد با مشکلات بی‌نتیجه بوده باشد، سریعاً قطع امید می‌کنند. افرادی که کارایی شخصی بسیار کمی دارند حتی تلاش نمی‌کنند بر مشکلات غلبه کنند، زیرا آن‌ها متقاعد شده‌اند که هر کاری انجام دهند بیهوده است و تغییری در اوضاع ایجاد نمی‌کند. کارایی شخصی می‌تواند انگیزش را نابود سازد، آرزوها را کم کند، با توانایی‌های شناختی تداخل نماید و تأثیر نامطلوبی بر سلامت جسمانی بگذارد (شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی،1383).

افرادی که کارایی شخصی زیادی دارند و معتقدند که می‌توانند به طور موثر با رویدادها و شرایطی که مواجه می‌شوند برخورد کنند، از آنجایی که آن‌ها در غلبه بر مشکلات انتظار موفقیت دارند، در تکلیف‌ها استقامت نموده و اغلب در سطح بالایی عمل می‌کنند. این افراد از اشخاصی که کارایی شخصی کمی دارند، بر توانایی‌های خود اطمینان بیشتری داشته و تردید کمی نسبت به خوددارند، آن‌ها مشکلات را به چالش می‌بینند و نه تهدید و فعالانه موقعیت‌های جدید را جستجو می‌کنند. کارایی شخصی زیاد، ترس از شکست را کاهش می‌دهد، سطح آرزوها را بالا می‌برد و توانایی مساله گشایی و تفکر تحلیل را بهبود می‌بخشد (همان منبع).

بندورا(1990) به نقل از دی نوبل و همکاران،2000؛ به نقل از شماعی زاده،1384) این مسئله را مطرح می‌کند که خود کارآمدی روی الگوهای فکری افراد تأثیر داشته و می‌تواند در افزایش و یا کاهش سطح عملکرد موثر باشد، به ویژه اگر فردی سطح بالایی از خود کارآمدی را دارا است او به احتمال بیشتر اهداف چالش انگیز را بر می‌گزیند و سطح انگیزه و موفقیت عملکرد او نیز بالاتر خواهد بود. سطح بالای خود کارآمدی به اشخاص کمک می‌کند تا تلاش خود را تا رسیدن به اهداف خود ادامه دهند.

روان‌شناسی سلامت تحت عنوان علم مطالعه نقش روان‌شناسی در سلامت و تندرستی تعریف شده است. در این راستا، روان‌شناسی سلامت به بررسی باورهای سلامت و رخدادهای پیش‌بینی کننده سلامت در انسان‌ها می‌پردازد. روان‌شناسی سلامت همچنین به بررسی باورها درباره بیماری و چگونگی ادراک افراد از بیماری می‌پردازد. انسان موجود پیچیده‌ای است و بیماری‌ها حاصل عوامل متعددی هستند و تنها یک عامل مثلاً، ویروس یا باکتری علت بیماری نیست. روان‌شناسی سلامت تلاش می‌کند مدل ساده‌ای از سلامتی و عوامل چندوجهی مرتبط با بیماری جسمی ارائه کند (اگدن،2008).

سلامت و بیماری نتیجه تعامل میان نیروهای زیستی، روانی و اجتماعی است. دیدگاه کنونی درباره سلامت و بیماری، دیدگاهی وسیع است که شامل تأثیر متقابل جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی زندگی شخص است. این دیدگاه جدید را الگوی زیستی-روانی-اجتماعی می‌خوانند. در این مدل، سلامت و بیماری محصول ترکیب عوامل زیر در نظر گرفته می‌شود:

الف)-ویژگی‌های زیست‌شناختی (مثلاً، زمینه‌های ژنتیکی)

ب)-عوامل رفتاری (مثلاً، سبک زندگی، استرس و باورهای سلامتی)

ج)-شرایط اجتماعی (مثلاً، تأثیرات اجتماعی، روابط خوشایندی و حمایت اجتماعی)(اگدن[[1]](#footnote-1)،2008). فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل‌فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. بین مفهوم سلامت روانی و سلامت اجتماعی فاصله نزدیکی وجود دارد. همچنین، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که معیارهای (مقیاس‌های) سلامت اجتماعی همبستگی مثبت با معیارهای سلامتی روانی دارند (سام آرام،1389).

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است و جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. سلامت اجتماعی در جوامع مختلف، دارای تعاریف متفاوتی است. مجموع نظرات درباره بعد اجتماعی سلامت را می‌توان در سه دسته یا سه رویکرد قرارداد:

1-سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی

2-سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت و بخش و

3-سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم (رفیعی و همکاران،1389).

بیشتر تعارض‌هایی که در خانواده بین نوجوان و والدین به وجود می‌آید، ناشی از مهارت‌های ناکافی در امر مذاکره و گفتگو بین اعضای خانواده، عدم توافق نسبت به قواعد و مسئولیت‌ها، ارزش‌ها و مهارت‌های ضعیف در حل مسئله، مهارت‌های ارتباطی ضعیف، دریافت‌های شناختی تحریف‌شده، ضعف در توانایی درک دیدگاه دیگران، عدم مهارت کافی در کنترل خشم، ضعف در مهارت‌های تصمیم‌گیری جرات ورزی است. در تعارض به وجود آمده بین والدین و فرزندان نمی‌توان به طور قطع مشخص نمود که در ایجاد آن چه کسی بیش‌ترین تأثیر را داشته، اما می‌توان گفت که عدم آگاهی والدین و فرزندان از مهارت‌های ارتباطی و همچنین نداشتن مهارت در حل مسائل بین فردی باعث بروز ناسازگاری و تعارض شده است (ریچارد و داج[[2]](#footnote-2)، 1982 به نقل موسوی، 1389).

 **2-1 بيان مسئله**

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (گلانتر[[3]](#footnote-3)،2006). و یکی از جدی‌ترین معضلات بشری در سال‌های اخیر است که پایه‌ها و بنیان‌های جامعه انسانی را تضعیف می‌کند و پیشگیری از آن نیازمند کاربرد نظریه‌های متعدد رشته‌های علمی مختلف، روش‌ها و فنون متنوع است (یونسکو[[4]](#footnote-4)،1994). طبق گزارش دفتر پیشگیری از مصرف مواد و جرم سازمان ملل متحد در سال 2005، کشور ایران دارای بیش‌ترین تعداد سوءمصرف کنندگان مواد افیونی به نسبت جمعیت در جهان است و بالاترین شیوع سوءمصرف با 8/2 درصد در بین افراد در ایران وجود دارد (ضیایی،1388). این بیماری گسترش جهانی داشته و بر جریانات جاری و حاکم بر محیط خانواده و به ویژه روابط میان زن و شوهر و فرزندان آنان نقش بسزایی دارد. در زمینه وابستگی به مواد، عوامل گوناگون روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و زیست‌شناختی درگیر هستند (مجید، کولدر و استرود[[5]](#footnote-5)،2009؛ فرانکویس، اوریاکومب و تینگول،[[6]](#footnote-6)2000). در بین این ابعاد و عوامل، خود کارآمدی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (رومر و هنسی[[7]](#footnote-7)،2007). و یکی از کارامدترین موضوعات در نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار به ویژه نظریه شناخت اجتماعی بندورا بوده و تأثیرات آن در زمینه‌های گوناگون از جمله سوءمصرف مواد مخدر بارها گزارش شده است (بورلسون و کامینر[[8]](#footnote-8)،2005). خود کارامدی به باورهای افراد درباره توانایی‌هایشان در سامان دادن انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین اشاره دارد. یکی از جنبه‌های اساسی خود کارامدی این باور است که فرد از راه اعمال کنترل می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد، به ویژه در هنگام رویارویی با عوامل تنش زا، داشتن احساس کنترل بر شرایط، عاملی مهم در سازگاری با موقعیت‌های گوناگون است (مسعود نیا،1386). خود کارامدی داوری و قضاوت درباره قابلیت‌ها و توانایی‌های فرد برای سازماندهی و اجرای دوره‌های عمل مورد نیاز برای مدیریت موقعیت‌های پیشایندی موثر بر زندگی است (بندورا[[9]](#footnote-9)،2006).

بندورا[[10]](#footnote-10)(2003) در نظریه شناختی – اجتماعی خود با پیش کشیدن مفهوم خود کارآمدی بر ادراک فرد بر خود کارآمدی شخصی به عنوان میانجی شناختی تاکید کرده است، بدین معنی که آدمی به هنگام انجام عمل، به داوری در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود می‌پردازد و این قضاوت بر تفکر، هیجان، عواطف تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر خود کارآمدی تنها زمانی بر کارکرد تأثیر می‌گذارد که شخص مهارت‌های لازم برای انجام کاری ویژه را داشته باشد و برای انجام آن کار به اندازه کافی برانگیخته شود.

از آنجایی که خود کارآمدی والدگری بین ویژگی‌های کودک، خانواده و دستاوردهای حاصل از درمان مانند بهزیستی روانی و بهبود مهارت‌های رفتاری نقش میانجی را ایفا می‌کند (هاستیگز و براون[[11]](#footnote-11)، 2002) نقص در توانایی خود کارآمدی می‌تواند منجر به بروز عملکرد سوء در بهبود بهزیستی و مهارت‌های رفتاری در افراد شود. چنان که بهزیستی بر چگونگی ارزیابی افراد از زندگی خود دلالت داشته و متغیرهایی از قبیل رضایت از زندگی، خلق و خو، هیجانات مثبت و عدم افسردگی و اضطراب را دربرمی گیرد (مایرز[[12]](#footnote-12)،2000). افرادی که تحت استرسورهای مختلف قرار می‌گیرند در مقایسه با سایر افراد افسردگی و اضطراب بیشتر، اعتمادبه‌نفس پایین تر، و نارضایتی بیشتری از زندگی را نشان می‌دهند (پرلین[[13]](#footnote-13) ،منگن، لیبرمن و مولان،1981). که همه این علائم با سطح پایین بهزیستی مرتبط است (وان ولایت[[14]](#footnote-14)،2001). تحقیقات متعدد رابطه مستقیمی میان فقدان بهزیستی شامل بروز مشکلات رفتاری در کودکان و وجود افسردگی مادران (فورهند و همکاران[[15]](#footnote-15)،1982)، مشکلات رفتاری کودکان و وجود اضطراب در مادران (فانتوزو و همکاران[[16]](#footnote-16)،2006) را نشان داده‌اند. یکی از اساسی‌ترین عوامل خانوادگی که می‌تواند بسیاری از مشکلات منبعث از خانواده را تحت تأثیر قرار دهد، رابطه ولی – فرزندی است. فقدان رابطه مناسب ولی – فرزندی منجر به بروز رفتارهای انحرافی و پرخطر در کودکان می‌شود (ناکامورا[[17]](#footnote-17)،2005؛ هیل و همکاران[[18]](#footnote-18)،2005) و از رابطه ولی – فرزندی باکیفیت به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر بسیاری از رفتارهای مشکل‌ساز فرزندان یاد می‌شود (تیلسون و همکاران[[19]](#footnote-19)،2004). نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای موجود در این زمینه بر استفاده از تکنیک های ابراز وجود، جرات ورزی،تنش‌زدایی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و ... تاکید دارند (ارلینگ بانتیگو[[20]](#footnote-20)،2005). اما در حوزه اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد – کودک باید گفت که درمان تعامل والد-کودک واجد ویژگی‌هایی است که آن را از سایر برنامه‌های مشابه متمایز می‌سازد. ویژگی منحصربه‌فرد این درمان در آمیختگی درمان و ارزیابی است، بر این اساس طول فرایند درمان بجای اینکه به تعداد جلسات بستگی داشته باشد، به نحوه عملکرد والدین و چگونگی مهارت‌های کسب‌شده منوط است (کازدین[[21]](#footnote-21)،2005). ضعف در خود کارآمدی همسو با وجود مشکلاتی در شیوه‌های فرزند پروری می‌تواند به دشواری‌هایی در زمینه تحول کودک بی انجامد. اگر درمان تعامل والد-کودک بتواند خود کارآمدی والدگری را تقویت نماید، جلوی بروز مشکلات تحولی در اوایل دوران کودکی را می‌گیرد و این عاملی جهت بروز میزان بالاتری از بهزیستی اجتماعی و خود کارآمدی بیشتری در مواجهه با مسائل زندگی است. چرا که ماسن، کیگان، هوستون و کانجر[[22]](#footnote-22)(2003) معتقدند که والدین و کودکان با یکدیگر کنش متقابل دارند و بر یکدیگر تأثیر دوسویه دارند. خانواده بستری است که آدمی زندگی‌اش را با آن آغاز می‌کند و در آن شکل می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت که یکی از عوامل موثر بر سلامت و بهزیستی افراد، کیفیت عملکرد سیستم خانواده است و در این میان روابط و تعاملات حاکم بر اعضا و زیرسیستم‌های خانواده از اهمیت خاصی برخوردار است (نقل از گانسون و همکاران[[23]](#footnote-23)،2005). اعضای خانواده به واسطه علایق و دل بستگی‌های عاطفی نیرومند، دیرپا و متقابل به همدیگر متصل شده و ارزش اصلی خانواده حاصل از شبکه روابطی است که توسط اعضای آن به وجود آمده است. بنابراین برنامه‌های آموزش والدین، به والدین می‌آموزد که چگونه می‌توانند تعامل مثبت تری با کودکان خود برقرار کنند و میزان تعامل‌های منفی و تعارض‌های درونی خانواده را کاهش دهند (کازدین،2005(. برنامه‌های آموزش والدین، با تاکید بر کل نظام خانواده به وجود آمده است. در این برنامه‌ها، نگرانی‌های مادران در مورد فرزندان در جلسات مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند، به نحوی که مادران در پرتو دستیابی به اطلاعات جدید، می‌توانند مشکلات کودکان را بهتر بفهمند و از طریق دریافت آموزش‌های لازم، به مهارت‌های مدیریت رفتار تجهیز گردند و متعاقب آن احساس خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی در آن‌ها افزایش یابد. با توجه به ادبیات پژوهش مذکور می‌توان ابراز نمود با توجه به نقشی که سلامت خانواده در به ظهور رساندن توانایی‌های بالقوه کودکان دارد اما تا کنون توجهی که نشانگر اهمیت این مهم باشد در تحقیقی ذکر نشده است به خصوص در حوزه بهزیستی اجتماعی افرادی که در عین سلامت ظاهری در خانواده‌ای معیوب پرورانده می‌شوند یافته‌های پژوهشی بسیار محدود و منحصر به گروه نمونه‌های عادی است. بنابراین پژوهشگر درصدد تعیین میزان اثرپذیری متغیرهای خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی از آموزش مبتنی بر رابطه والد-فرزند می‌باشد.

**3-1 اهميت و ارزش پژوهش**

خود کارآمدی یکی از مفاهیم کاربردی در نظریه‌های یادگیری-اجتماعی و یا نظریه‌های شناختی-اجتماعی برای رفتار اجتماعی و سلامت اجتماعی است (هاکت، لنت و براون،1994 و 1996، به نقل از به تز و هاکت، 1998، نقل از مصحف،1384). خود کارآمدی یعنی اینکه یک فرد چگونه شیوه‌های مورد نیاز برای رسیدن به موقعیت‌های مورد انتظار را سازمان می‌دهد و آن‌ها را اجرا می‌کند (بندورا،1989، نقل از کلونینجر، 2004، نقل از زمانی،1385). به نظر بندورا (1989) خود کارآمدی یعنی اینکه معتقد باشیم می‌توانیم با وضعیت‌های مختلف کنار بیاییم.

کسانی که خیلی خود بسنده هستند، انتظار دارند موفق شوند و غالباً موفق می‌شوند و کسانی که چندان خود کارآمد نیستند، در مورد توانایی خود در انجام تکالیف شک دارند و به همین جهت نیز کمتر موفق می‌شوند از همین رو عزت نفس آن‌ها کم است (شارف، ترجمه فیروز بخت،1381). همچنین بندورا (1997،1986؛ به نقل از به تز و هاکت،1998؛ به نقل از رجبی، عطاری و شکرکن،1383) بیان می‌کند که انتظارات خود کارآمدی به باورهای مربوط به توانایی‌های ما برای انجام موفقیت‌آمیز یک رفتار معین یا طبقه‌ای از رفتارها اطلاق می‌شود که بنا بر فرض بر انتخاب‌های رفتاری، عملکرد و پافشاری اثر می‌گذارد.

باورهای خود کارآمدی چهارچوبی برای انگیزش، رفاه و پیشرفت فردی ایجاد می‌کند. این باورها تعیین می‌کنند که افراد برای تلاش انگیزه کمی دارند و یا در مقابل مشکلات از خود استقامت نشان می‌دهند (پاجارس،2000، به نقل از شماعی زاده،1384)

بندورا (1998، به نقل از جباری،1382) خود کارآمدی را به عنوان باورهای در مورد توانایی شخصی برای سازمان دادن و طی کردن مسیرهای عمل به منظور دستیابی به پیشرفت تعریف کرده است. او خود کارآمدی ادراک‌شده را به عنوان باورهای افراد در مورد توانایی‌هایشان برای تولید انتخابی سطح عملکرد می‌داند که تلاش برای تأثیر و مهار بر رویدادهائی است که بر زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. از دیدگاه او باورهای خود کارآمدی مشخص می‌کند که مردم چگونه احساس می‌کنند، چگونه فکر می‌کنند و خودشان را برمی‌انگیزند و چگونه رفتار می‌کنند.

مطالعات نشان داده است که از میان تعیین‌کننده‌های سلامت، سهم هر دسته از عوامل تقریباً به قرار زیر است:

* سهم نظام ارائه خدمات، 25 درصد؛
* سهم عوامل زیستی،15 درصد؛
* سهم عوامل اجتماعی،50 درصد (مرندی،1385)

نقش اساسی عوامل اجتماعی و محیطی موثر بر سلامت از زمانهای بسیار قدیم شناسایی شده است. در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، به خصوص در مناطق محروم برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است؛ اما فقدان آنچه که در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، توجه نکردن کافی به ابعاد روانی، رفتاری و اجتماعی افراد است. این بی‌توجهی در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، سیگار، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله مواردی است که باید به آن‌ها توجه خاص شود. واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری‌ها و اختلالات،در حال دگرگونی است و پدیده انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع است و به سرعت پیش می‌رود و موجب بیماری‌های روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد بود عوامل موثر بر سلامت، هم در درون و هم در بیرون از او قرار دارند. این عوامل بر هم اثر می‌کنند و از این تعامل ممکن است سلامت، ارتقاء یا کاهش یابد. از این رو، سلامت کل جامعه و افراد را می‌توان نتیجه تعامل وراثت، محیط‌زیست، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، درآمد سرانه و...دانست (مرندی،1385).

نوجوانان قشر عظیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند که در آینده در پویایی و تداوم حیات اجتماعی و رشد و توسعه همه‌جانبه آن نقش بسزایی خواهند داشت. کسانی که در دوره نوجوانی به سر می‌برند در دوره مملو از تعارض و نوسان بین استقلال و وابستگی یکی از حساس‌ترین مراحل زندگی خود را می‌گذرانند و به این دلیل برای جامعه، خانواده و به ویژه برای والدین مسئولیت سنگینی را ایجاد می‌کند. پژوهشگران معتقدند که ارتباطات مثبت والد- نوجوان باعث سلامت روان سطوح بالای عزت نفس، رضایت زندگی و به طور کلی شادکامی، به همان اندازه سطوح پایین علائم پریشانی جسمی، خودکشی و پریشانی عاطفی می‌شود و بعلاوه ادراک نوجوان از این ارتباطات مثبت نقش- حمایتی در برابر مصرف سیگار، الکل و سایر مواد مخدر دارد (هیرو و همکاران، 2009). سطوح بالای تعارض به صورت مدام می‌توان باعث ایجاد مشکلات روانی – اجتماعی و سایر مشکلاتی شود که در طول نوجوانی گسترش می‌یابد و می‌تواند باعث ایجاد مشکل و نقص در پیوندهای رابطه‌ای و تبدیل و مشکلات در زندگی بعدی گردد (کولیتز[[24]](#footnote-24) و لارسن،1992). در صورتی که تعارض بین والدین و نوجوانان بیش از حد شدید باشد و مدت زیادی تداوم یابد، منجر به پرخاشگری و اختلال در روابط و عملکرد می‌شود و مداخلات درمانی را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد (نقل از لطفی، 1387). ارتباطات میان فردی اساس و شالوده هویت و کمال انسان بر مبنای اولیه پیوند وی با دیگران است. ارتباطات موثر موجب شکوفایی و بهبود کیفیت روابط افراد می‌شود، این در حالی است که ارتباطات غیر موثر مانع شکوفایی انسان شده، روابط را تخریب می‌کند (ادیب و همکاران، 1384).

فقدان مهارت‌های ارتباطی برای نوجوانان و افراد بزرگسال نیز با مجموعه‌ای از پیامدهای منفی همراه است که می‌تواند گستره وسیعی از رفتارهای اجتماعی افراد را در بر گیرد. خانواده و تحقیق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است، از این رو سالم‌سازی اعضای خانواده و رابطه آن‌ها بی‌گمان تأثیر مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت. آموزش‌های مهارت‌های ارتباطی به نوجوان کمک می‌کند تا از برخوردهای تعارض آمیز و مبتنی بر پرخاشگری در موقعیت‌های مسئله آفرین با والدینش اجتناب کند. آموزش مهارت‌های حل مسئله سبب می‌شود تا نوجوانان بتواند موقعیت‌های مسئله آفرین بین خود و والدینش را تشخیص دهد و تعریف دقیقی از مسئله مورد نظر ارائه دهد و بتواند با ایجاد راه‌حل‌هایی بدیع و انتخاب بهترین راه حل در جهت حل موثر مسئله گام بردارد.

به دلیل اهمیت و ضرورت مهارت‌های ارتباطی در تعاملی بین فردی به عنوان کلید موفقیت در این تعامل‌ها و نیز با توجه به اینکه هرگونه نارسایی و نابهنجاری در رفتار اجتماعی، منجر به بروز مشکلاتی در عملکرد فرد خواهد شد، برخورداری از مهارت‌های ارتباطی برای تمام افراد به طور عام و خانواده به طور خاص حائز اهمیت فوق‌العاده است. توجه به اهمیت مهارت‌های ارتباطی با اهداف گوناگون پیشگیری و ارتقای سطح سلامت اجتماعی و روانی ضرورت این‌گونه مهارت‌ها را برای نوجوانان و خانواده‌ها آشکار می‌سازد. با توجه به اهميت نقش خودکار آمدی و بهزیستی اجتماعی در زندگي افراد و اهميت آموزش روابط والد فرزند، به منظور بهبود زندگي نوجوانان و جوانان، و افزایش بهزیستی و سلامت اجتماعی جامعه اين تحقيق به اين منظور انجام شده است. همچنین انجام اين تحقيق باعث گسترش حيطه‌هاي دانش مي‌شود. با توجه به اين که يافته‌هاي پژوهش‌هاي قبلي نشان داده است که آموزش مهارت‌های ارتباطی و زندگی شیوه‌ای موثر براي بهبود سبک زندگی نوجوانان و والدین بوده است، انتظار مي‌رود نتايج اين پژوهش کارايي اين شیوه‌ها را براي ارتقاء کيفيت زندگی و سلامت اجتماعی نوجوانان و جوانان و والدین آنان در فرهنگ ايراني با توجه به آموزش بسته بومی ایرانی نشان دهد. همچنين با توجه به اينکه تا کنون اثربخشی آموزش روابط والد فرزند مورد بررسی قرار نگرفته بود نتايج اين تحقيق اثربخشی این بسته بومی ایرانی را بر خودکار آمدی و بهزیستی اجتماعی والدین معتاد بررسی می‌نماید و همچنین به شناخت ابعاد تأثیر متغیر مستقل یعنی روابط والد فرزند بر خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی کمک خواهد کرد.

**4-1 اهداف پژوهش**

**هدف کلی:**

بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر آموزش روابط والد-فرزند بر خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون.

**اهداف جزیی:**

بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر آموزش روابط والد-فرزند بر خود کارآمدی والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون.

بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر آموزش روابط والد-فرزند بر بهزیستی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون.

بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر مشارکت اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون.

بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر انسجام اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون.

بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر پذيرش اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون.

بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر انطباق اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون.

 بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر شکوفايي اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون.

**5- 1 فرضيه­هاي پژوهش**

**فرضیه کلی:**

آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان دارای تأثیر مثبت معنادار است

**فرضیه‌های فرعی:**

آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر خود کارآمدی والدین معتاد شهر اصفهان دارای تأثیر مثبت معنادار است.

آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر بهزیستی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان دارای تأثیر مثبت معنادار است.

آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر مشارکت اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.

آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر انسجام اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.

آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر پذيرش اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.

آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر انطباق اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.

 آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر شکوفايي اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.

**6-1 تعريف متغيرهاي پژوهش**

**1-6-1 تعریف مفهومی خود کارآمدی**

بندورا (1997) مطرح می‌کند كه خود كارآمدي، توان سازنده‌ای است كه بدان وسيله، مهارت‌های شناختي، اجتماعي، عاطفي و رفتاري انسان براي تحقق اهداف مختلف، به گونه‌ای اثربخش ساماندهي می‌شود. خود کارآمدی درك شده عاملي مهم براي انجام موفقیت‌آمیز عملكرد و مهارت‌های اساسي لازم براي انجام آن است.

 **2-6-1 تعریف عملیاتی خود کارآمدی**

مجموع نمره‌ای است که آزمودنی از پرسشنامه خود کارآمدی کسب می‌نماید و نشان‌دهنده میزان خود کارآمدی کلی او هست.

 **3-6-1 تعریف مفهومی بهزیستی اجتماعی**

کیز و شاپیرو (2004) معتقدند که سلامت اجتماعی، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر،. نزدیکان و گروهای اجتماعی است که وی خود را عضوی از آن‌ها می‌داند. به عبارت دیگر، توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاء کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی است. اوستون و جیکوب (2005) سلامت اجتماعی را مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر (تمامیت شخص در شبکه اجتماعی او) دانسته‌اند.

 **4-6-1 تعریف عملیاتی بهزیستی اجتماعی**

مجموع نمره‌ای است که آزمودنی از پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کسب می‌نماید و نشان‌دهنده میزان بهزیستی اجتماعی او هست.

 **5-6-1 تعریف مفهومی روابط والد-فرزند**

بسته آموزشی بومی مهارت‌های ارتباطی شامل مهارت‌ها و تکنیک هایی می‌شود که از فرهنگ بومی آن جامعه استخراج‌شده و یا متناسب بافرهنگ آن جامعه است و تحقیقات قبلی این تناسب و همخوانی را تأیید کرده‌اند.

بسته آموزشی مهارت‌های ارتباطی پس از بررسی کتاب‌ها، مقالات، پایان‌نامه‌ها و سایر متون مربوط به مهارت‌های ارتباطی والد- نوجوان بر اساس آسیب‌های شناسایی‌شده در پژوهش همتی (1391) تدوین شده است. این مهارت‌ها در این پژوهش شامل مهارت‌هایی مانند مهارت‌های خودآگاهی، مهارت همدلی، آموزش مهارت روابط بین فردی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت تصمیم‌گیری، آموزش مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی، روابط والد- نوجوان، مسئولیت‌پذیری، آموزش ابراز وجود، مهارت تحلیل رفتار متقابل، برقراری ارتباط با جنس مخالف، آموزش انضباط اثربخشی، آموزش استقلال یابی، آموزش وضع مقررات، آموزش ایجاد انتظارات، آموزش بهبود روابط، مشکلات مربوط به مدرسه و آموزش به نوجوان، مقاومت در مقابل فشارهای منفی همسالان و با سازی شناختی است (همتی،1391).

**6-6-1 تعریف عملیاتی روابط والد فرزند**

بسته آموزشی تدوین‌شده روابط والد فرزند، که در طی 10جلسه 2 ساعته آموزشی تدوین می‌شود و آموزش داده می‌شود.

فصل دوم

پیشینه تحقیق

**1- 2 مقدمه**

در این فصل مبانی نظری و پژوهشی تحقیق حاضر ارائه شده است. سعی شده است مطالب مرتبط و مبانی نظری یکپارچه­ای ارائه شود به گونه­ای که ابتدا با مباحث کلی در حیطه روابط والد- فرزند شروع شده است و در ادامه خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی بحث شده است و انواع مباحث مرتبط با متغیرها تشریح شده است و تحقیقات مربوطه و پیشین در حین مبانی نظری بیان شده است.

**پیشینه نظری**

در این قسمت، مباحث مربوط به آموزش رابطه والد-فرزندی، خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی والدین آورده می‌شود.

**2-2 متغیرخود کارآمدی**

**1-2-2 خود کارآمدی**

خود کارآمدی یکی از مفاهیم کاربردی در نظریه‌های یادگیری-اجتماعی و یا نظریه‌ی شناختی-اجتماعی برای رفتار حرفه‌ای است (هاکت، لنت و براون، 1994 و 1996، به نقل از به تز و هاکت،1998، نقل از مصحف،1384).

خود کارآمدی یعنی اینکه یک فرد چگونه شیوه‌های مورد نیاز برای رسیدن به موقعیت‌های مورد انتظار را سازمان می‌دهد و آن‌ها را اجرا می‌کند (بندورا،1989، نقل از کلونینجر[[25]](#footnote-25)، 2004، نقل از زمانی،1385).

به نظر بندورا (1989) خود کارآمدی یعنی اینکه معتقد باشیم می‌توانیم با وضعیت‌های مختلف کنار بیاییم. کسانی که خیلی خود بسنده هستند، انتظار دارند موفق شوند و غالباً موفق می‌شوند و کسانی که چندان خود کارآمد نیستند، در مورد توانایی خود در انجام تکالیف شک دارند و به همین جهت نیز کمتر موفق می‌شوند از همین رو عزت نفس آن‌ها کم است (شارف، ترجمه فیروز بخت، 1381).

همچنین بندورا (1997،1986، به نقل از به تز و هاکت، 1998، به نقل از رجبی، عطاری و شکرکن، 1383) بیان می‌کند که انتظارات خود کارآمدی به باورهای مربوط به توانائیهای ما برای انجام موفقیت‌آمیز یک رفتار معین با طبقه‌ای از رفتارها اطلاق می‌شود که بنا بر فرض بر انتخاب‌های رفتاری، عملکرد و پافشاری اثر می‌گذارد.

خود کارآمدی در واقع اعتقاد راسخ فرد نسبت به توانائیهای خود می‌باشد که باعث بسیج انگیزه و منابع شناختی و رشته اعمالی که برای انجام موفقیت‌آمیز یک کار خاص لازم است، می‌شود. قبل از اینکه فرد کاری را انتخاب کند و تلاش خود را در آن کار آغاز نماید، ابتدا اطلاعاتی را در مورد ظرفیت‌ها و قابلیت‌های خود در آن مورد خاص ارزیابی و جمع‌بندی می‌نماید. کارآمدی شخص تعیین می‌کند که آیا فرد قدرت سازگاری برای انجام آن رفتار خاص را دارد یا نه و همچنین مشخص می‌کند که فرد علی‌رغم مشکلات موجود چه قدر تلاش خواهد کرد، و چه مدت به تلاش خود در آن زمینه‌ی خاص ادامه خواهد داد (لوتانز و استاجکویک[[26]](#footnote-26)، 1998).

باورهای خود کارآمدی که به عنوان هسته مرکزی نظریه شناختی-اجتماعی در نظر گرفته شده است بر عملکرد انسانی تأثیر دارد. این باورها از نگاره پاجارس (2000، به نقل از شماعی زاده، 1384) قضاوت افراد در مورد قابلیت‌های خود برای سازماندهی و اجرای اعمالی است که نیاز به عملکردهای مختلفی دارد.

باورهای خود کارآمدی چهارچوبی برای انگیزش، رفاه و پیشرفت فردی ایجاد می‌کند. این باورها تعیین می‌کنند که افراد برای تلاش انگیزه کمی دارند و یا در مقابل مشکلات از خود استقامت نشان می‌دهند (پاجارس،2000، به نقل از شماعی زاده).

بندورا (1998، به نقل از جباری، 1382) خود کارآمدی را به عنوان باورهای در مورد توانایی شخصی برای سازمان دادن و طی کردن مسیرهای عمل به منظور دستیابی به پیشرفت تعریف کرده است. او خود کارآمدی ادراک‌شده را به عنوان باورهای افراد در مورد توانایی‌هایشان برای تولید انتخابی سطح عملکرد می‌داند که تلاش برای تأثیر و مهار بر رویدادهائی است که بر زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. از دیدگاه او باورهای خود کارآمدی مشخص می‌کند که مردم چگونه احساس می‌کنند، چگونه فکر می‌کنند و خودشان را بر می‌انگیزند و چگونه رفتار می‌کنند.

رسیدن به معیارهای عملکرد و حفظ آن‌ها احساس خود کارآمدی ما را افزایش می‌دهد. ناتوانی در رسیدن و حفظ این معیارها احساس خود کارآمدی ما را کاهش می‌دهد. افرادی که معیارهای بسیار بالا و غیرواقع‌بینانه ای برای عملکرد وضع می‌کنند یعنی کسانی که انتظارهای رفتاری خود را بر مبنای رفتار سرمشق‌های فوق‌العاده موفق و موثر قرار داده و به طور مداوم می‌کوستند که علی‌رغم شکست‌های پیاپی خود را به آن معیارها برسانند ممکن است خود را شدیداً تنبیه کنند. چنین کاری به آسانی می‌تواند منجر به افسردگی، دلسردی، خود خوار شماری و احساس بی‌ارزش بودن شود (شولتز، ترجمه‌ی کریمی و همکاران، 1378).

ادراک خود کارآمدی به انتظارات افراد در مورد توانایی‌شان برای عمل در موقعیت‌های آینده بر می‌گردد. افرادی بااحساس خود کارآمدی بالا احتمالاً در برخورد با مسائل مشکل، بیشتر تلاش می‌کنند، در تلاش‌هایشان استقامت می‌ورزند، در طول انجام مسائل آرام هستند تا اینکه برانگیخته باشند و افکارشان را تحلیل گرانه سازمان می‌دهند (پروین، سروان و جان[[27]](#footnote-27)، 2005، نقل از زمانی، 1385).

در بین افکار خود ارجاعی که بر انگیزه احساسی و عملکرد انسان‌ها تأثیر می‌گذارند، اثر هیچ‌چیزی فراگیرتر از قضاوت افراد در مورد کارآمدی آنها نمی‌باشد (بندورا، 1997، نقل از پروین و جان، 1999، نقل از زمانی، 1385).

افرادی که کارایی شخصی کمی دارند، احساس می‌کنند که رد اعمال کنترل بر رویدادهای زندگی درمانده و ناتوان‌اند. آن‌ها معتقدند هر تلاشی که می‌کنند بیهوده است. هنگامی که آنها با موانع روبرو می‌شوند، اگر تلاش‌های اولیه‌ی آن‌ها در برخورد با مشکلات بی‌نتیجه بوده باشد، سریعاً قطع امید می‌کنند. افرادی که کارایی شخصی بسیار کمی دارند حتی تلاش نمی‌کنند بر مشکلات غلبه کنند، زیرا آن‌ها متقاعد شده‌اند که هر کاری انجام دهند بیهوده است و تغییری در اوضاع ایجاد نمی‌کند. کارایی شخصی می‌تواند انگیزش را نابود سازد، آرزوها را کم کند، یا توانایی‌های شناختی تداخل نماید و تأثیر نامطلوبی بر سلامت جسمانی بگذارد (شولتز و شولتز[[28]](#footnote-28)، ترجمه‌ی سید محمدی، 1383).

افرادی که کارایی شخصی زیادی دارند و معتقدند که می‌توانند به طور موثر با رویدادها و شرایطی که مواجه می‌شوند برخورد کنند، از آنجایی که آن‌ها در غلبه بر مشکلات انتظار موفقیت دارند، در تکلیف‌ها استقامت نموده و اغلب در سطح بالایی عمل می‌کنند. این افراد از اشخاصی که کارایی شخصی کمی دارند، بر توانایی‌های خود اطمینان بیشتری داشته و تردید کمی نسبت به خوددارند، آن‌ها مشکلات را چالش می‌بینند و نه تهدید و فعالانه موقعیت‌های جدید را جستجو می‌کنند. کارای شخصی زیاد، ترس از شکست را کاهش می‌دهد، سطح آرزوها را بالا می‌برد و توانایی مسئله گشایی و تفکر تحلیل را بهبود می‌بخشد. (شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383).

بندورا (19990، به نقل از دی نوبل[[29]](#footnote-29) و همکاران، 2000، به نقل از شماعی زاده، 1384) این مسئله را مطرح می‌کند که خود کارآمدی روی الگوهای فکری افراد تأثیر داشته و می‌تواند در افزایش و یا کاهش سطح عملکرد موثر باشد، به ویژه اگر فردی سطح بالایی از خود کارآمدی را دارا است او به احتمال بیشتر اهداف چالش انگیز را بر می‌گزیند و سطح انگیزه و موفقیت عملکرد او نیز بالاتر خواهد بود. سطح بالای خود کارآمدی به اشخاص کمک می‌کند تا تلاش خود را تا رسیدن به اهداف خود ادامه دهند.

میزان اطمینان افراد به خود کارآمدی خود تعیین می‌کند که آنها به آزمایش یا کنار آمدن با موقعیت‌های مشکل، خواهند پرداخت یا نه. خود کارآمدی ادراک‌شده نه تنها ترس‌ها و بازداری‌های انتظاری را کاهش می‌دهد، بلکه از طریق انتظار موفقیت‌های احتمالی بر میزان تلاش فرد می‌افزاید. هر چه سطح در ک خود کارآمدی بالا برود رفتار و اعمال بهتری از خود نشان داده و سعی در انجام بهتر کارها دارد (عابدی، 1380).

دیدگاه شناختی-اجتماعی بیان می‌کند که انسان‌ها علاوه بر اینکه رفتار خود را بر اساس تأثیر تقویت‌های احتمالی شکل می‌دهند، بلکه برای رفتارهای خاص به قضاوت‌های خود کارآمدی در مورد اینکه چه قدر خوب می‌توانند رفتار لازم برای رسیدن به نتایج مورد دلخواه خود انجام دهند، نیز توجه دارند. بنابراین رفتار انسان‌ها می‌تواند بر اساس پیامدهای احتمالی و نیز خود کارآمدی شخصی قابل پیش‌بینی باشد. مثلاً شخصی با خود کارآمدی پایین در مورد اینکه می‌تواند به موفقیت برسد، تردید دارد درحالی‌که احساس خود کارآمدی بالا می‌تواند فرد راحتی در شرایط ناجور و پیامدهای مبهم، در جهت تلاش کمک نماید (لوتانز و استاجکویک، 1998).

افراد از نظر میزان خود کارآمدی در مورد مسائل مختلف متفاوت هستند. بنابراین که فرد ممکن است در انجام یک تکلیف از خود کارآمدی بالایی برخوردار باشد و در انجام تکالیف دیگر از خود کارآمدی کمی برخوردار باشد. این موضوع می‌تواند توضیح این مطلب باشد که چرا بعضی از افراد کارها را خوب انجام می‌دهند ولی از عهده انجام کارهای دیگر بر نمی‌آیند (اسپکتور[[30]](#footnote-30)، 2003، به نقل از زمانی، 1385). بنابراین احساس خود کارآمدی می‌تواند تقریباً همه جنبه‌های زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (شولتز، ترجمه کریمی و همکاران، 1378). از دید بندورا (1997) مهد خود کارآمدی، خانواده است و این متغیر یک میانجی قوی در انواع رفتار پیشرفت است. به واقع خانه و خانواده نخستین جایی است که به کودک تجارب شایستگی و خودباوری می‌بخشد، جایی که والدین، پاسخگوی نیازهای فرزندانشان هستند (بندورا، 1997). در یک محیط تحریک‌کننده، کودک به اکتشاف می‌پردازد و پی می‌برد اعمالش پیامدهایی به دنبال دارد و به این ترتیب حسی از خود کارآمدی را شکل می‌دهد (بندورا، 1997؛ به نقل از زولا[[31]](#footnote-31)، 2008). بندورا (1997) خود کارآمدی را ادراک و داوری فرد درباره مهارت‌ها و توانمندی‌های خویش تعریف کرد. بر این اساس خود کارآمدی افراد سطح انگیزش آن‌ها را با کنترل میزان کوشش و زمان پایداری در برابر موانع پیش رو تعیین می‌کند.

یافته‌های پژوهشی در مورد موضوع پژوهش را می‌توان به سه گروه تقسیم کرد: گروه اول، در برگیرنده پژوهش‌هایی است که پیشایندهای خانواده گی موثر بر خود کارآمدی را بررسی کرده است. برای مثال نتایج پژوهش الاین شا[[32]](#footnote-32) (2008) در نمونه‌ی 31 نفری از دانشجویان سال اول رشته‌ی مهندسی، رابطه‌ی بین سبک‌های فرزندپروری و خود کارآمدی تحصیلی را نسبتاً تأیید کرد. به طوری رابطه‌ی بین فرزند پروری مقتدرانه‌ی مادر و خود کارآمدی تحصیلی معنادار نبود.

 همچنین چائو[[33]](#footnote-33)(2001) در پژوهش خود دریافت که دانشجویان متعلق به خانواده‌های مقتدر، نمره‌های بالاتری را در تحصیل کسب می‌کنند و توانایی بیشتری برای رویارویی با چالش‌های تحصیلی نشان می‌دهند. همچنین لیم و لنگ لو (2001) در مطالعه‌ی خود رابطه‌ی منفی معناداری را بین شیوه‌ی فرزند پروری مستبد (کنترل بالا و محبت پایین) و میزان خود کارآمدی دانشجویان به دست آوردند. بررسی‌ها نشان داد افراد دارای خود کارآمدی پایین، والدینی دارند که چندان توجهی به فرزندان نداشته و میزان توقعشان بسیار بالا است.

گروه دوم: شامل پژوهش‌هایی است که پیامدهای خود کارامدی را بر متغیرهای شناختی و تحصیلی بررسی کرده‌اند (بندورا، کاپرارا، باربارانلی، پاستورلی و رگالی، 2001؛ گرین، میلر، کروسان، دوک و آکی، 2004). کریم زاده و محسنی (1385) نشان دادند سازه کوشش به عنوان یکی از ابعاد متغیر خود کارآمدی بیش‌ترین بهره را در پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی دارد.

 گروه سوم پژوهش‌هایی است که اثر واسطه‌گری خود کارآمدی را بررسی کرده‌اند (حجازی و نقش، 1387). با این حال، بررسی‌ها نشان می‌دهد در پژوهش‌های گروه سوم به پیشرفت تحصیلی و به نقش واسطه‌گری خود کارآمدی در رابطه بین عوامل خانوادگی و تحصیلی توجه لازم نشده است. بر این اساس هدف اساسی پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌گری خود کارآمدی در رابطه‌ی بین ابعاد دلبستگی به والدین به عنوان یکی از متغیرهای مهم خانوادگی و عاطفی و پیشرفت تحصیلی است.

**2-2-2 ابعاد خود کارآمدی**

خود کارآمدی دارای سه بعد است: مقدار، قدرت و عمومیت: مقدار خود کارآمدی: به دشواری مشکلاتی که شخص آمادگی مقابله با آن‌ها را دارد اشاره می‌کند. مثلاً برخی از افراد این نکته را قبول دارند که باید چیزهای جدید را امتحان کنند اما هرگز این کار را انجام نمی‌دهند.

قدرت خود کارآمدی: به اعتقاد راسخ فرد مبنی بر اینکه می‌تواند از عهده یک رفتار دشوار برآید اشاره دارد. قدرت خود کارآمدی به تفاوت بین این فکر که شاید بتوانم این کار را انجام دهم و این فکر که مطمئنم می‌توانم این کار را انجام دهم اشاره دارد.

عمومیت خود کارآمدی: به میزان احساس اطمینان شخص بر خود برای انجام رفتارهای خاص در شرایط و موقعیت‌های مختلف اشاره دارد. بدین معنی که عمومیت خود کارآمدی به توانایی فرد برای دادن مناسب‌ترین پاسخ در تمام موقعیت‌ها اشاره دارد (عابدی،1384).

**3-2-2 عوامل اصلی در ایجاد خود کارآمدی**

اشخاص باورهای خود کارآمدی‌شان را از اطلاعاتی که از چهار منبع می‌گیرند برداشت می‌کنند. عملکردهای موفقیت‌آمیز، اقناع کلامی، کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی و تجارب نیابتی (شارف، ترجمه فیروزبخت،1381).

**4-2-2 عملکردهای موفقیت‌آمیز**

منظور بندورا از موقعیت‌های عملکردی این است که موفقیت‌های قبلی انتظارات فرد را بالا می‌برند و خود بسندگی وی را بیشتر می‌کنند و تجربه‌های موفق قبلی نشانه‌های مستقیمی را برای سطح تسلط و شایستگی ما فراهم می‌آورد. موفقیت‌های قبلی،قابلیت‌های ما را نشان می‌دهند و احساس کارایی شخصی مارا تقویت می‌کنند. شکست‌های قبلی، مخصوصاً شکست‌های مکرر در کودکی، احساس کارایی ما را کم می‌کند (شارف، ترجمه فیروزبخت،1381)

مهم‌ترین منبع تعبیری است که افراد از تجربه‌های پیشین خوددارند. افراد در فعالیت‌ها و کارها در گیر می‌شوند، سپس نتایج فعالیت‌هایشان را تعبیر می‌کنند و از این تعبیر باورهای خود را درباره ظرفیت و قابلیت‌های خود توسعه می‌دهند و با این باورها درگیر فعالیت‌های بعدی می‌شود و مطابق آن باورهای دیگری را ایجاد می‌کنند. خصوصاً تعبیر در مورد موفقیت‌ها خود کارآمدی را بالا می‌برد و در مورد شکست‌ها آن را کاهش می‌دهند به جای اینکه تغییری در خود ایجاد کنند. حتی اگر پس از یک تلاش سخت به موفقیتی دست یابند باز هم به تردید خود در مورد کارآمدیشان ادامه می‌دهند. تجارب گذشته تنها اطلاعات خام نیستند و برخی از عوامل بر روی چگونگی پردازش اطلاعات تأثیر دارد بر خود ارزیابی افراد اثر دارد (بندورا،1986، پاجارس،2000، نقل از شماعی زاده،1384).

**1-4-2-2 اقناع کلامی**

اقناع کلامی به تأثیر تحسین‌ها و تشویق‌های دیگران بر انتظارات اشخاص اشاره دارد. یعنی اینکه به افراد گفته می‌شود آن‌ها توانایی رسیدن به هر چیزی را که می‌خواهند دارند، یا می‌تواند کارایی شخصی را افزایش دهد. برای اینکه قانع سازی کلامی موثر افتند باید واقع‌بینانه باشد (شارف، ترجمه فیروزبخت، 1381).

اشخاص با ترغیب‌های اجتماعی که از سوی دیگران دریافت می‌کنند باورهای خود کارآمدی خود را ایجاد کرده و توسعه می‌دهند. این ترغیب‌ها می‌تواند شامل قضاوت‌های کلامی دیگران باشد. این مشوق‌ها نقش مهمی در رشد باورهای درونی اشخاص بازی می‌کنند. اما ترغیب‌های اجتماعی نباید با ستایش یا موعظه صرف، اشتباه گرفته شود. مشوق‌های موثر باید باورهای افراد را در مورد قابلیت‌هایشان پرورش دهند درحالی‌که درعین‌حال مطمئن شوند که موفقیت برای آن‌ها قابل حصول است. ترغیب مثبت در واقع حکم تشویق را داشته و باورهای خود کارآمدی در اثر تنبیه منفی تضعیف می‌شود و از طریق تشویق‌های مثبت قوت می‌یابند (لوتانز و استاجکویک،1998).

**2-4-2-2 کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی**

حالات هیجانی و جسمی مثل اضطراب، استرس، برانگیختگی و حالات خلقی اطلاعاتی را درباره‌ی باورهای خود کارآمدی ایجاد می‌کنند. افراد می‌توانند درجه شایستگی خود را با حالات هیجانی که به هنگام انجام یک کار تجربه می‌کنند ارزیابی کنند. بازتاب‌های هیجانی قوی در کار سرنخ‌های درباره موفقیت یا شکست خواهد داد. هنگامی که آن‌ها افکار منفی یا ترس را درباره قابلیت‌های خود تجربه می‌کنند این بازتاب‌های خلقی می‌تواند خود کارآمدی را پایین آورده و به دنبال آن استرس و افسردگی به اطمینان آن‌ها از عدم کفایت خود کمک نماید. یکی از شیوه‌های افزایش باورهای خود کارآمدی بهبود وضعیت هیجانی و فیزیکی و کاهش هیجانات منفی است. چون افراد قابلیت دارند که از افکار و احساسات خودآگاه شوند. باورهای خود کارآمدی می‌تواند افزایش‌یافته و به طور قاطع حالات روان‌شناختی آن‌ها تحت تأثیر این موضوع است (کن و اسمیت و هلمز،2000، به نقل از شماعی زاده، 1384).

بندورا (1982) اشاره می‌کند که مردم وقتی بیشتر مستعد داشتن انتظار موفقیت هستند که به وسیله‌ی انگیختگی آزارنده احاطه‌شده باشند تا وقتی که دارای تنش بوده و از نظر احساسی آشفته باشند. در فعالیت‌هایی که مستلزم قوت و استقامت هستند مردم خستگی و دردهای خود را به صورت شاخص‌هایی از کارایی بدنی می‌بینند. (شولتز، ترجمه کریمی و همکاران، 1378).

**3-4-2-2 تجارب جانشینی یا نیابتی**

تجربه‌های جانشینی عبارت‌اند از مشاهده دیگران و گفتن این جمله به خویش که من هم می‌توانم این کار را انجام دهم. دیدن افرادی که موفقیت‌آمیز عمل می‌کنند، احساس کارایی شخص را تقویت می‌کند، مخصوصاً اگر افرادی که آنها را مشاهده می‌کنیم از نظر توانایی‌ها مشابه خودمان بدانیم. در واقع می‌گوییم:" اگر آنها می‌توانند آن کار را انجام دهند، پس ما هم می‌توانیم" در مقابل دیدن افرادی که شکست می‌خورند، می‌تواند کارایی شخصی ما را کم کند، بنابراین این الگوهای موثر تأثیر مهمی بر احساس‌های کفایت و شایستگی ما دارند. این الگوها همچنین برای برخورد با موقعیت‌های دشوار، راهبردها و روش‌های مناسبی را به ما نشان می‌دهند (شارف، ترجمه فیروزبخت، 1381).

عواملی که می‌تواند الگو گیری را تحت تأثیر قرار دهند چه چیزهائی هستند؟ بندورا و همکاران (1986 و 1977، به نقل از شولتز، ترجمه کریمی و همکاران، 1378) سه عامل را شناسایی کرده‌اند که می‌توانند الگو گیری را تحت تأثیر قرار دهند. ویژگی‌های مشاهده‌کننده و پیام‌های پاداش بخش مربوط به رفتار.

**5-2-2 مراحل رشد خود کارآمدی (به نقل از شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383)**

این مراحل عبارت‌اند از: 1- کودکی 2- نوجوانی 3- بزرگسالی 4- پیری که در اینجا به شرح هر یک می‌پردازیم:

**2-5-2-2 کودکی**

کارایی شخصی به تدریج رشد می‌کند. زمانی که کودکان می‌کوستند بر محیط فیزیکی و اجتماعی‌شان اعمال نفوذ کنند، پرورش کارایی شخصی را آغاز می‌نمایند. آن‌ها آموختن توانایی‌هایشان مثل مهارت جسمانی، مهارت اجتماعی و توانایی زبان را آغاز می‌نمایند. آن‌ها آموختن توانایی‌هایشان مثل مهارت جسمانی، مهارت اجتماعی و توانایی زبان را آغاز می‌کنند. این توانایی‌ها تقریباً به طور مستمر به‌کاربرده می‌شوند و عمدتاً از طریق تاثیرشان بر والدین، و محیط عمل می‌کنند. به صورت ایده آل، والدین به فعالیت‌ها و تلاش‌های کودک خود برای برقراری رابطه پاسخ می‌دهند و محیط تحریک‌کننده‌ای را فراهم می‌آورند و اجازه‌ی آزادی رشد کاوش را به کودک می‌دهند.

این تجارب اولیه کارایی سازه برای پسرها و دخترها فرق می‌کنند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که مردان دارای کارایی شخصی زیاد به هنگام کودکی روابط گرمی با پدران خود داشته‌اند. مادران آن‌ها متوقع تر از پدرانشان بوده و سطوح بالای عملکرد و موفقیت را انتظار داشتند در مقابل، زنان دارای کارایی شخصی زیاد به هنگام کودکی برای سطوح بالای موفقیت از جانب پدر تحت فشار بوده (اشنی ویناد[[34]](#footnote-34)، 1995، نقل از زمانی، 1385).

زمانی که دنیای کودک تأثیر همشیرها، همسالان و بزرگسالان دیگر را می‌پذیرد، تأثیر والدین که در سالهای دوران کودکی بسیار مهم بودند، کاهش می‌یابد. معلمان از طریق تاثیرشان بر رشد توانایی‌های شناختی مهارت‌های مسئله گشایی که برای عملکرد کارآمد بزرگسالی حیاتی هستند، بر قضاوت‌های کارایی شخصی اثر می‌گذارند.

**2-5-2-2 نوجوانی**

تجربیات انتقال نوجوانی شامل کنار آمدن با درخواست‌ها و فشارها، از آگاهی جنسی گرفته تا انتخاب دانشگاه و شغل است. در هر موقعیتی که مستلزم سازگاری است، نوجوانان باید شایستگی‌های جدید ارزیابی‌های جدید از توانایی‌هایشان را ایجاد نمایند. بندورا خاطرنشان ساخت که موفقیت این مرحله انتقالی بین کودکی و بزرگسالی به سطح کارایی شخصی ایجادشده در طول سالهای کودکی بستگی دارد.

**3-5-2-2 بزرگسالی**

بندورا را به اوان بزرگسالی و سالهای میانه تقسیم کرد. اوان بزرگسالی مستلزم سازگاری‌های بیشتر با مسائلی چون ازدواج، پدر و مادری و ارتقاء شغلی است. کارایی شغلی زیاد برای عملکرد موفق در این تکلیف‌ها ضروری است. افرادی که کارایی شخصی کمی دارند، نمی‌توانند با این موقعیت‌های اجتماعی برخوردی شایسته داشته باشند و احتمالاً از عهده‌ی سازگاری بر نمی‌آیند.

سالهای میانی بزرگسالی نیز استرس زا هستند، به طوری که افراد زندگی خود را ارزیابی مجدد می‌کنند، با محدودیت‌هایشان مواجه می‌شوند، و احساس کارایی شخصی خود را تصریح مجدد می‌نمایند. افراد میانسال باید توانایی‌ها، مهارت‌ها و هدف‌های خود را ارزیابی مجدد کنند و فرصت‌های تازه‌ای را برای رشد و بیان حال بیابند.

**4-5-2-2 پیری**

ارزشیابی‌های کارایی شخصی در پیری دشوار است. توانایی‌های جسمی و ذهنی رو به کاهش، بازنشستگی از کار فعال و کناره‌گیری از زندگی اجتماعی، دور جدیدی از خود ارزیابی را می‌طلبد. پایین بودن خود کارآمدی می‌تواند به صورت نوعی پیشگویی کام بخش تأثیر بیشتری بر کارکرد جسمی و ذهنی بگذارد. اگر معتقد باشیم که دیگر کاری نمی‌توانیم انجام دهیم، پس ممکن است حتی تلاش هم نکنیم به نظر بندورا، خود کارآمدی عامل مهمی در تعیین موقعیت یا شکست ما در سراسر عمر است.

**6-2-2 سنجش خود کارآمدی**

برای سنجش خود کارآمدی، از راهبرد تحلیل فرد رد تحقیق استفاده می‌شود. در این راهبرد، جزئیات اندازه‌گیری خود کارآمدی فرد پیش از پرداختن به رفتار در موقعیت‌های خاص مشخص می‌شود، بنابراین، از آزمودنی خواسته می‌شود که پس از برگزیدن یک موقعیت مشخص، کارهایی را که می‌تواند انجام دهد و میزان اطمینان خود از انجام موفقیت‌آمیز آن کارها را تعیین کند. این راهبرد نشان می‌دهد که قضاوت خود کارآمدی تنها به موقعیت‌های خاص مربوط است و بیان گر یک حالت کلی نیست که بتوان آن را با پرسشنامه‌ی شخصیت اندازه گرفت؛ برای مثال، از فردی که در یک آزمون زبان شرکت می‌کند، خواسته می‌شود کارهایی را که می‌تواند انجام دهد و میزان اطمینان خود را در انجام موفقیت‌آمیز آن‌ها تعیین کند.

**راه‌کارهایی برای غلبه بر ضعف‌ها و رسیدن به خود کارآمدی بالا و موفقیت و تسلط در زندگی**

1-قرار دادن/گرفتن در معرض تجربه‌های موفق از طریق ترتیب دادن هدف‌های قابل‌دسترس و بدین وسیله، افزایش دادن امکان حصول عملکرد.

2-با قرار دادن/گرفتن شخص در معرض الگوهای مناسبی که رد عمل موفق‌اند و بدین وسیله، افزودن تجربه‌های جانشینی موفق او.

3-فراهم آوردن متقاعدسازی و تشویق‌های کلامی جهت عملکرد موفق روش‌های مختلفی دارد، از جمله می‌توان گفت که من توانایی عملکرد موفق دارم.

4-با تقویت برانگیختگی فیزیولوژیکی از طریق رژیم غذایی و برنامه‌های ورزشی، نیرومندی و انرژی حیاطی را می‌توان افزایش داد.

5-جست‌وجوی ناشناخته‌ها، استقبال از تغییرات و قبول این مطلب که"زیبایی زندگی در تغییرات آن است".

6-نسبت به هم نوعان خود احساس تعلق داشتن، عدم خودبینی و از خود راضی بودن.

7-تحرک و پویایی در مقابله با بی‌عدالتی و کشف یک راه حل خلاق و حفظ آرامش.

8-توجه به خود تشویقی و نیروهای برانگیزاننده‌ی درونی.

9-از زندگی شکوه و شکایت نداشتن؛ (فرد بااحساس خود کارآمدی پایین، شکوه‌های خویش را با دیگران در میان می‌گذارد که حمایت آنان را به دست آورد).

10-عدم احساس نگرانی نسبت به کسانی که او را رد می‌کنند.

11-آموختن نکات مفید از شکست، به همان میزان که از موفقیت می‌آموزد.

12-عدم احساس مالکیت نسبت به دیگران و مصونیت نسبت به حسادت.

بندورا این فنون را برای افزایش خود کارآمدی در موقعیت‌هایی از قبیل نواختن یک ابزار موسیقی، سازگار شدن با جنس مخالف، تسلط یافتن بر ریاضیات و مهارت‌های کامپیوتر، ترک سیگار، غلبه بر هراس‌ها و دردهای جسمی، و بهبود یافتن حمله‌ی قلبی به کاربرد (بندورا، 1997).

**7-2-2 رابطه دو جانبه خود کارآمدی و عملکرد**

بندورا با تاکید بر رابطه سه جانبه شناخت، رفتار و محیط نظریه خود را از دیگر نظریه‌های روانشناسی متمایز کرده است. درحالی‌که نظریه‌های قدیمی بر این تاکید داشتند که بین رفتار و محیط رابطه دو طرفه وجود دارد، بندورا در نظریه‌ی خود شناخت را هم در این رابطه وارد می‌کند (پاجارس، 2000، نقل از شماعی زاده، 1384).

توجه به این رابطه سه جانبه در درک و مفهوم خود کارآمدی و حوزه‌ها و اثرات آن مهم است. تحقیق بر روی کارآمدی نشان داده است که خود کارآمدی پیش‌بینی کننده‌ی موثر و مهمی برای عملکرد است (جیمز[[35]](#footnote-35)، 2002، چن[[36]](#footnote-36) و همکاران، 1998، به نقل از شماعی زاده، 1384).

اشخاص با خود کارآمدی بالا، علاقه ذاتی به کارها دارند و تمایل به افزایش تلاش خوددارند و در مقابله با موانع پشتکار بیشتری از خود نشان می‌دهند و خیلی موثرتر عمل می‌کنند. عملکردهای بسنده و با موفق بیش‌ترین ضرورت را در شکل‌گیری خود کارآمدی دارند. ارزیابی افراد از عملکرد خود باعث تنظیم و ایجاد احساس خود کارآمدی در آنان می‌شود، عملکرد خود کارآمدی در یک چرخه تقویت متقابل شکل می‌گیرد. خود کارآمدی از طریق، علاقه، انگیزه و پشتکار بر عملکرد تأثیر دارد درحالی‌که عملکرد با ایجاد بازخورد اطلاعاتی بر اساس خود کارآمدی بر آن موثر است.

تحقیقات موجود نشان داده‌اند که اگر چه رابطه مثبت بین خود کارآمدی و عملکرد بسنده وجود دارد، خود کارآمدی بهترین پیش‌بینی کننده برای عملکرد آینده فرد است. فرد با خود کارآمدی پایین، موفقیت‌ها را به عوامل بیرونی مثل شانس نسبت می‌دهد (چن و همکاران، 1998، به نقل از شماعی زاده، 1384).

**8-2-2 تأثیر خود کارآمدی بر فرایندهای انگیزشی**

انگیزش به معنای در نظر گرفتن هدف‌ها یا معیارهایی برای خود و استفاده از آن‌ها برای ارتقای عملکرد غرد است. برای مثال، انگیزش فرد در تحصیلات تا وقتی باقی است که معیارهای بالا، نتیجه مثبت احساس غرور از دست‌یابی به این معیارها، و احساس توان مندی از این دست‌یابی ها هم چنان در وی حفظ شود. از طرف دیگر، ملاک و انگیزه‌ی پایین وقتی به سراغ فرد می‌آید که معیارهایش پایین باشد، پاداش‌های بیرونی یا درونی کمی از انجام دادن کار حاصل شود یا فرد احساس کند که دست‌یابی به عملکرد موفق، غیرممکن است. (کیم،2003).

باورهای خود کارآمدی در نحوه‌ی مقابله‌ی افراد با موقعیت‌های مختلف در دست‌یابی به اهداف تأثیر می‌گذارند (پروین و جان[[37]](#footnote-37)، 2001، ترجمه‌ی جوادی و کدیور). آن‌ها هم چنین اثر وسیعی بر فرایندهای انگیزشی دارند. این فرایندها عبارت‌اند از:

1-انتخاب: باورهای خود کارآمدی با انتخاب اهداف در ارتباط‌اند (یعنی افراد دارای باورهای خود کارآمدی بالا، اهداف پیچیده‌تری را، که متضمن تلاش بیشتری هستند، انتخاب می‌کنند).

2-تلاش، پشتکار و عملکرد: افراد دارای باورهای خود کارآمدی بالا، تلاش و مداومت بیشتری در کارها دار ندو در مقایسه با افراد دارای باورهای خود کارامدی پایین، عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهند.

3-هیجان: افراد دارای باورهای خود کارآمدی بالا در مقایسه با افراد دارای خود کارامدی پایین در زمینه‌ی انجام دادن تکالیف خلق و خوی بهتری دارند (یعنی اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند).

4-مقابله با موقعیت‌های فشار زا: افراد با باورهای خود کارآمدی بالا در مقایسه با افراد با باورهای خود کارامدی پایین، بیشتر می‌توانند با موقعیت‌های فشار زا و نومیدکننده کنار بیایند.

اگر افراد مطمئن باشند که می‌توانند از عهده‌ی تکالیف دشوار برآیند، تلاش جدی تری برای موفق شدن می‌کنند. به افرادی که در موقعیت خاصی (تحصیلی، ارتباطی، شغلی و...) کارایی شخصی ندارند، می‌توان آموزش داد که به توانایی خود برای موفق شدن بیشتر اعتماد کنند و بدین ترتیب، احساس ارزشمندی و امکان موفقیت خود را تقویت کنند (هالجین و ویتبورن، 2003، ترجمه سید محمدی، 1387).

**9-2-2 خود کارآمدی و تفاوت‌های سنی و جنسیتی**

به نظر می‌رسد که کارایی شخصی در نتیجه جنسیت و سن فرق می‌کند. پژوهش با کودکان بزرگسالان نشان می‌دهد که مردان به طور متوسط از نظر کارایی شخصی بالاتر از زنان هستند. این تفاوت‌های جنسیت حدود 20 سالگی به اوج می‌رسد و در سالهای بعدی کاهش می‌یابد. در دو جنس، کارایی شخصی در طول دوران کودکی و اوان بزرگسالی افزایش می‌یابد، در میانسالی به اوج می‌رسد و بعد از 60 سالگی کاهش می‌یابد (کگاس، 1989، ودوارد و الستون، 1987، نقل از شولتز و شولتز، ترجمه‌ی سید محمدی، 1383).

هاکت و به تز (1981) اولین کسانی بودند که نظریه شناختی-اجتماعی بندورا که بر نقش خود کارآمدی در انتخاب شغلی تاکید دارد به کار گرفتند. آن‌ها بر نظریه خود کارآمدی برای تبیین انتخاب‌های شغلی زنان متمرکز شدند و پیشنهاد کردند که کارآمدی پایین، محدودیت طیف انتخاب‌های شغلی زنان را تبیین می‌کند (سوانسون و فواد، ترجمه موسوی، 1383).

لنت و همکاران (1994) همچنین طرح می‌کنند که متغیر تفاوت‌های فردی و جمعیت شناختی (همچون جنس، نژاد، قومیت و شرایط اقتصادی – اجتماعی) با پیشینه و متغیرهای بافتی تعامل دارند و بر تجارب یاد گرفته‌شده که در باورهای خود کارآمدی نقش دارد تأثیر می‌گذارد. در عوض این انتظارات کارآمدی با پیامد مورد انتظاری که افراد در مورد نتایج رفتارشان دارند مرتبط هستند (سوانسون و فواد، ترجمه موسوی، 1383).

تفاوت‌های جنسیت در کارایی شخصی نقش مهمی را در انتخاب شغلی ایفا می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده است که مردان هم برای مشاغل به اصطلاح مردانه و هم زنانه، کارایی شخصی زیادی را در خود می‌بینند. در مقابل زنان برای مشاغل به اصطلاح زنانه خود کارآمدی بالا، اما برای مشاغل به اصطلاح مردانه خود کارآمدی پایینی در خود می‌بینند (شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383).

**10-2-2 خودکارآمدی: محور نظریه شناختی-اجتماعی**

بندورا (1986) دیدگاه جدیدی از عملکرد انسان ارائه کرد که در آن روندهای شناختی، جانشینی، خود نظمی و خود انعکاسی در انطباق‌پذیری انسان و تغییر از اهمیت برخوردارند. وی مفهوم جبرگرایی دوسویه را مطرح کرد که در آن سه عامل: الف) عوامل فردی به شکل شناخت، عاطفه و حوادث زیستی، ب) عوامل رفتاری و ج) عوامل محیطی تعاملاتی را پدید می‌آورند که روابط دو گانه سه وجهی را پدید می‌آورد پاجارس (1996) می‌گوید طبق نظریه شناختی-اجتماعی بندورا افراد مسئولان فعال و پویای رشد خویش‌اند و می‌توانند در وقوع چیزها از طریق فعالیتشان دخیل باشند، در واقع چگونگی تفکر، باور و احساس بر چگونگی رفتار موثر است.

طبق دیدگاه بندورا (1986) افراد باورهایی دارند که در کنترل و مسئولیت فردی نقش کلیدی ایفا می‌کند. محیط و سیستم های اجتماعی از طریق مکانیسم های روان‌شناختی سیستم خود بر رفتار انسان اثر می‌گذارد. بنابراین وضعیت اقتصادی، اجتماعی، آموزشی و ساختارهای خانواده به طور مستقیم بر رفتار اثر نمی‌گذارند. در عوض آن‌ها بر آرزوها، باورهای خود کارآمدی، استانداردهای فردی، حالات هیجانی و خود نظمی موثرند و متعاقباً رفتارهای انسان را تغییر می‌دهند. در بین سازه‌های مذکور خود کارآمدی نقش محوری دارد.

**11-2-2 خود کارآمدی و سلامت جسمانی**

 معلوم شده است که خود کارآمدی بر سلامت جسمانی هم تأثیر می‌گذارد. سلامت به طور متقابل ملاحظه‌ای وابسته به سبک زندگی است و سبک زندگی که مردم به مناسبت خود تنظیمی[[38]](#footnote-38) انتخاب می‌کنند، به طور عمده توسط خود کارآمدی تعیین می‌شود (بندورا، 2001، به نقل از کلونینجر، 2004، به نقل از زمانی، 1385).

مداخلات سلامتی مانند برنامه کاهش وزن، تمرینات و توقف سیگار کشیدن اگر خود کارآمدی بالا باشد احتمالاً بیشتر منجر به موفقیت می‌شود (دشارینز[[39]](#footnote-39)، بویلون[[40]](#footnote-40)، گودین[[41]](#footnote-41)، 1986، گارسیا[[42]](#footnote-42)، اسمیتز[[43]](#footnote-43) و دورفلر[[44]](#footnote-44)، 1990، اولری[[45]](#footnote-45)، 1958، 1992، وینبرگ[[46]](#footnote-46) و همکاران، 1984 و جیک[[47]](#footnote-47)، 1998، نقل از کلونینجر، 2004، نقل از زمانی، 1385).

خود کارآمدی به افراد کمک می‌کند تا درد را کنترل کنند (دولس[[48]](#footnote-48)، 1987، کورس و همکاران[[49]](#footnote-49)، 1990، نقل از کلونینجر، 2004، نقل زا زمانی، 1385). در برخی از موارد، افرادی که معتقد بودند درد خود را تسکین دهند، قادر به انجام آن بودند. در یک بررسی، زنان حامله‌ای که برای کاهش درد زایمان، آرمیدگی و تمرین تنفس را آموخته بودند، از نظر مقدار کنترلی که فکر می‌کردند بر درد دارند، فرق داشتند (مانینگ[[50]](#footnote-50) و وایت[[51]](#footnote-51)، 1984، نقل از شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383). هر چه خود کارآمدی و احساس‌های کنترل آن‌ها بالاتر بو، توانایی تحمل در آن‌ها در مدت زایمان، بیش از درخواست مسکن درد، طولانی تر بود. هر چه کارایی شخصی بالاتر بود، مسکن کمتری درخواست می‌شد (شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383).

پژوهش دیگری نیز بین ادراک کارایی شخصی و تحمل درد، رابطه مثبت و نیرومندی را نشان داده است. با کارایی شخصی بیشتر تحمل درد بیشتر بود. شیوه‌های کنار آمدنی که کارایی شخصی را افزایش می‌دهند می‌توانند تولید آندروفین ها یعنی دردکش‌های طبیعی بدن را به مقدار زیاد افزایش دهند (بندورا، البری، تبلور، گایتر و گوسارد، 1987، نقل از شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383).

بررسی‌ها در مورد نوجوانان نشان می‌دهد که هر چه کارایی شخصی آن‌ها بیشتر باشد در برابر تأثیرات همسالان برای شروع سیگار کشیدن مقاوم تر هستند (استاسی، ساسمن، دنت، بورتون و فلوی، 1992، نقل از شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383). خود کارآمدی به بهبودی از بیماری جسمانی نیز مربوط است. برای مثال یک مطالعه دریافت افراد دارای کارایی شخصی زیاد در مورد بیماری‌های ریوی بهتر از آن‌هایی که کارایی شخصی کمی دارند به درمان‌های شناختی و رفتاری پاسخ می‌دهند (کاپلان، آتکینس و رینش، 1984، نقل از شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383).

**12-2-2 خود کارآمدی و کنار آمدن با استرس**

عقاید خود کارآمدی بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی که افراد در موقعیت‌های تهدیدکننده یا موقعیت‌های مسئولیت بر انگیز تجربه می‌کنند تأثیر می گذارد (پروین، سروان و جان، 1999، نقل از زمانی، 1385).

بالا بودن خود کارآمدی و احساس کنترل بر رویدادهای موجود در زندگی شخصی به صورت مثبت به توانایی کنار آمدن با استرس و به حداقل رساندن اثرات زیان‌بخش آن بر کارکرد زیستی مربوط است. کنترل‌پذیری با توجه به ماهیت استرس اصل تشکیل‌دهنده‌ی مهمی است این شرایط زندگی استرس زا به خودی خود نیست که آثار زیان‌بخش زیستی را تولید می‌کند، بلکه ناتوانی ادراک‌شده در کنترل آن‌هاست (بندورا، 1995، ص 26، نقل از شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383).

کارایی شخصی زیاد، با تقویت ایمنی بدن، کاهش آزاد شدن هورمون‌های مربوط به استرس و کاهش آسیب‌پذیری نسبت به عفونت‌های تنفسی، مربوط بوده است (بندورا، کوهن، تیرل و اسمیت، 1991، ریدن فیلد، آلری، بندورا، لوین و راسکا، 1990، نقل از شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383).

**13-2-2 خود کارآمدی و عملکرد تحصیلی**

پژوهش بین کارایی شخصی و عملکرد تحصیلی رابطه‌ی مثبت معناداری را نشان می‌دهد (مولتون، براون ولنت، 1991، نقل از شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383).

معلمان دارای در جه ای بالای خود کارآمدی در توانایی‌های تدریس خود، فرصت‌های بیشتری را برای عملکرد موفق دانش‌آموزان به وجود می‌آورند (جیسون و دمیو، 1984، نقل از شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383) معلوم شده است که کارایی شخصی در دانش‌آموزان به طور مثبت به انگیزش، سطح تلاش و استقامت در کلاس درس وابسته است (زیمرمن، 1995، شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383).

**14-2-2 خود کارآمدی و تنظیم عملکرد انسان**

عقاید خود کارآمدی عملکرد انسان را در چهار مرحله‌ی عمده تنظیم می‌کند (بندورا، 1997، نقل از پروین و جان، 1999، نقل از زمانی، 1385) شناختی، انگیزشی، هیجانی و مراحل انتخاب.

مسیر شناختی شکل‌های گوناگونی به خود می‌گیرد. عملکرد عمده افکار این است که افراد را قادر می‌کند نا رویدادها و فعالیت‌هایی که برای افراد مهم هستند را کنترل و پیش‌بینی کنند. افراد با خود کارآمدی بالاتر، منابع، منابع شناختی بیشتر راهکارهای انعطاف‌پذیرتر و مدیریت موثرتر بر محیطشان دارند (بوفارد[[52]](#footnote-52)، بوچارد[[53]](#footnote-53)، پرنت[[54]](#footnote-54) و لاریو[[55]](#footnote-55)، 1991، وود[[56]](#footnote-56) و بندورا، 1989، نقل از زمانی، 1385).

عقاید خود کارآمدی نقش مرکزی در تنظیم انگیزش دارند. انگیزه بیشتر انسان‌ها به طور شناختی تولید می‌شود. این عقاید خود کارآمدی است که تعیین می‌کند افراد کدام هدف چالش‌برانگیز را انتخاب کنند، چه مقدار تلاش صرف آن کنند و در برخورد با مشکل چقدر استقامت بورزند (بندورا، 1991، لوک[[57]](#footnote-57) و لاتام[[58]](#footnote-58)، 1990، به نقل از زمانی، 1385).

کنترل جریان فکر عامل کلیدی در خود تنظیمی حالت‌های هیجانی است. به علاوه افراد می‌توانند بر حالت‌های احساسی‌شان با تمرین کردن شیوه‌های تسکینی، بدون تغییر دادن سبب برانگیختگی هیجانی کنترل پیدا کنند. افرادی با خود کارآمدی پایین از وظایف مشکل اجتناب می‌کنند چون آن‌ها را به عنوان یک تهدید نگاه می‌کنند.

**15-2-2رابطه خود کارآمدی و انتظار**

مفهوم خو کارآمدی به طور خیلی زیادی شبیه مفهوم انتظار است. تفاوت عمده آن‌ها این است که انتظار مربوط به فعالیت خاص در زمان معین است، درحالی‌که خود کارآمدی مربوط به احساس کلی است که یک فرد احساس توانایی یا عدم توانایی در بعضی از حیطه‌های زندگی می‌کند، مانند بازی کردن تنیس، به طور آشکار این دو مفهوم به هم وابسته هستند، شخصی که خود کارآمدی بالایی دارد، انتظار بالایی نیز دارد، اما این دو یکی نیستند، نظریه‌ی خود کارآمدی و انتظار در پیش‌بینی اینکه مسائلی را که افراد معتقد هستند می‌توانند آن‌ها را خوب انجام دهند و موفق شوند، موفق هم می‌شوند باهم توافق دارند. تئوری انتظار همچنین تأثیر انگیزش را در پاداش در نظر می‌گیرد، موضوعی که در تئوری خود کارآمدی به آن پرداخته نمی‌شود (اسپکتور، 2003، به نقل از زمانی، 1385).

بندورا معتقد است که قضاوت در مورد خود کارآمدی از نتایج مورد انتظار و یا انتظاراتی که فرد از نتیجه رفتار دارد متفاوت می‌باشد. زیرا اشخاص باور دارند که یک عمل خاص، پیامدهای شخصی را در پی خواهد داشت. اما آنها به این باورشان عمل نمی‌کنند زیرا می‌پرسند که آیا واقعاً قادر به انجام فعالیت‌های ضروری آن کار می‌باشند. ساختار خود کارآمدی و نتایج مورد انتظار ادراک افراد از واقعیت هستند. لذا این ادراکات ممکن است واقعی باشند یا نباشند. توجه به این نکته در تصمیم‌گیری اهمیت دارد که ادراک افراد از واقعیت بیشتر از واقعیت عینی، تعیین‌کننده رفتار آن‌ها فرض شده است (سوانسون و فواد، ترجمه موسوی، 1383).

**16-2-2 خود کارآمدی و عملکرد شغلی**

انتخاب حرفه‌ای تحت تأثیر کارآمدی است در یک تحقیق درباره دانش‌آموزان دبیرستانی با دو گروه همگن، آن‌هایی که از خود کارآمدی گسترده‌تری برخوردار بودند، دامنه وسیع تری را در نظر می‌گرفتند. آن‌ها همچنین از علایق و رغبت‌های بیشتری برخوردار بودند (بورس[[59]](#footnote-59)، رنگل[[60]](#footnote-60)، چارچ[[61]](#footnote-61)، زندر[[62]](#footnote-62) و ریوز[[63]](#footnote-63)، 1990، نقل از کلونینجر، 2004، نقل از زمانی، 1385).

گزارش شده است کارمندان دارای کارایی شخصی زیاد در مقایسه با آن‌هایی که کارایی شخصی کمی دارند، هدف‌های شخصی عالی تر را تعیین می‌کنند و تعهد بیشتری به این هدف‌ها دارند (لاک و لاتمن، 1990، وود و بندورا، 1989، نقل از شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، 1383).

مطالعه‌ای که به طور مستقیم به موقعیت‌های کاری ربط دارد توسط لوک و همکارانش (1984) انجام شده است. آنان دریافتند که عقاید خود کارآمدی با عملکرد در کارهای خلاق رابطه‌ی مثبت دارد. خود کارآمدی از طریق برآوردهای عینی شایستگی انجام کار و اطمینان از انجام آن کار در سطحی شایسته اندازه‌گیری می‌شود. خود کارآمدی به طور مستقیم عملکرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، حتی هنگامی که توانایی کنترل شده باشد. عقاید مربوط به خود کارآمدی نیز به طور مستقیم بر عملکرد تأثیر می‌گذارد. زیرا افراد دارای عقاید خود کارآمدی بالاتر، هدف‌های بالاتری را انتخاب می‌کنند و اهداف بالاتر، رابطه‌ی مثبتی با عملکرد دارد. خود کارآمدی مربوط به توانایی و عملکرد گذشته است (اوبرین، ترجمه غضنفری و یزدانی، 1382). در سازمان‌ها خود کارآمدی و دیگر مفاهیم شناختی پیش‌بینی کننده آرزوهای شغلی و عملکرد شغلی است (لنت و هاکت، 1987، استاجکویک و لوتانز، 1998، نقل از کلونینجر، 2004، نقل از زمانی، 1385).

خود کارآمدی میزان تلاش برای رسیدن به اهداف را افزایش می‌دهد (کلونینجر، 2004، نقل از زمانی، 1385). خود کارآمدی عملکرد خوب تصمیم‌گیری مدبرانه را در تجارب در بین تحصیل‌کرده‌ها افزایش می‌دهد (بندورا و وود، 1989، بندورا و وود بایلی، 1990، نقل از کلونینجر، 2004، نقل از زمانی، 1385).

تئوری خود کارآمدی تئوری مفید برای محیط کاری است. طبق این نظریه انگیزه و عملکرد را با بالا بردن خود کارآمدی می‌توان افزایش داد. بندورا (1982) بحث می‌کند که چگونه می‌توان خود کارآمدی را با انجام کارهایی که از نظر میزان مشکل بودن از آسان به سخت تنظیم‌شده‌اند افزایش داد. سازمان‌ها می‌توانند این اصل را با تدارک دیدن تکالیفی برای کارکنان به طوری که با موفقیت همراه باشد به کار گیرند تا سطح خود کارآمدی آن‌ها را افزایش دهند. تجربه موفق کارکنان در وظایف مشکل و مشکل تر باعث افزایش خود کارآمدی خواهد شد (اسپکتور، 2003، نقل از زمانی، 1385). کارل[[64]](#footnote-64) و همکاران (1993، نقل از اسپکتور، به نقل از زمانی، 1385). استفاده از این رویکرد را در برنامه‌های آموزشی پیشنهاد می‌کنند.

ادراک افراد از خود کارآمدی‌شان در کسب مهارت‌ها و تکالیف متنوع نقش مهمی را در پیش‌بینی انتخاب‌های شغلی و به همان نسبت در پشتکار آن‌ها برای انجام اهدافشان دارد (سوانسون و فواد، ترجمه موسوی، 1383).

**3-2 متغیر بهزیستی اجتماعی**

**1-3-2بهزیستی اجتماعی**

سلامت موضوعی مطرح در بسیاری از فرهنگ‌ها است. در واقع هر جامعه به عنوان بخشی از فرهنگ خود از سلامت مفهوم خاصی در نظر دارد. از میان تعریف‌هایی که هنوز هم به کار می‌رود، شاید دیرینه‌ترین تعریف آن باشد که:"سلامتی عبارت است از بیمار نبودن" در برخی از فرهنگ‌ها سلامت و هماهنگی مترادف یکدیگرند و هارمونی عبارت است از "سازگار بودن با خود، با جامعه، با خدا رو با جهان". آراء هندیان و یونانیان باستان در مفهوم سلامت مشترک بوده و بیماری را به اختلال تعادل بدنی نسبت به آنچه "اخلاط" منتسب می‌کردند. در فرهنگ وبستر سلامت وضع خوب و عالی بدن، اندیشه و روح و به ویژه بر کنار بودن از درد یا بیماری جسمی تعریف شده است. در فرهنگ آکسفورد به معنی وضع عالی جسم یا روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و به گونه موثر انجام شود آمده است. جالینوس سلامت را عبارت از وجود نسبت معینی از عناصر گرمی، سردی، رطوبت و خشکی تعریف می‌کند. ابن‌سینا معتقد است: سلامت سرشت یا حالتی است که در آن اعمال بدن به درستی انجام می‌گیرد نقطه مقابل آن بیماری است (سجادی،:1383).

در سالهای اخیر با گنجانده شدن "توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی" این تعریف کامل تر شده است. سلامت بیشتر به عنوان ابزاری برای رسیدن یک هدف منظور شده است که می‌توان آن را از لحاظ کارکردی به صورت یک منبع بیان کرد؛ منبعی که به مردمان امکان می‌دهد به گونه فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی کنند. سلامت تنها زندگی کردن نیست، بلکه منبعی برای زندگی روزمره است؛ سلامت یک مفهوم مثبت است که بر منابع و امکانات اجتماعی و شخصی و همچنین توانایی‌های جسمانی تاکید دارد (سمیرا متقی و همکاران، 1392).

سازمان جهانی بهداشت، سلامت را حالت سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرف نبودن بیماری و یا رنجوری تعریف می‌کند. (WHO:146:100) بنابراین سلامت منبعی برای زندگی روزمره است و نه برای هدف زندگی (محمدی اصل، 1382).

**2-3-2 تعریف سلامت اجتماعی**

واژه سلامت اجتماعی بر گردان کلمه social wellbeing است، این واژه دو کلمه social به معنی "اجتماع" و wellbeing به معنی "زندگی خوب داشتن" است. که بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تاکید دارد. این واژه در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) است (عبدالله تبار، 173:1387)، که هم چگونگی احساس مردم و هم نحوه عملکرد آنها را در بر می‌گیرد.

کییز (1998) سلامت اجتماعی به عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل‌فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند.

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. بلوک و برسلو برای اولین بار در سال 1972 در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آن‌ها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را شناختند و تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالدو و همکارانش در سال 1978 مطرح کردند و استدلال آن‌ها این بود که سلامت فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آن‌ها معتقدند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. بر اساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه‌گیری ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (کیفیت روابط دوستانه) هر دو تعریف منظور شده بود. حوزه‌ی سلامت اجتماعی از سال‌های 1995 به بعد علاوه بر نگرش کلی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد. سلامت اجتماعی را این‌گونه تعریف نموده است: "ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه" که این بازتابی از "سلامت اجتماعی مثبت" است (کییز، 122:1998).

با توجه به تغییرات اجتماعی در چند دهه‌ی اخیر و تغییر الگوهای جامعه از سنتی به مدرن و تغییر نگرش در خصوص کارکردهای خانواده، پارسونز دو کارکرد برای خانواده"هسته‌ای منزوی" زمان خود قائل است، کارکرد اجتماعی کردن کودکان و کارکرد شکوفایی و ثبات شخصیت بزرگسالان. این دو کارکرد تنها در روابط صمیمی و محبت‌آمیز خانواده امکان‌پذیر است (اعزازی،174،1386). افزایش درصد طلاق و جدایی در بین خانواده‌ها؛ این پدیده‌ها در حال حاضر به صورت استثناء مطرح نیستند بلکه جزیی از واقعیت زندگی شده‌اند. با جدایی زن و شوهر رابطه‌ی والدین و فرزند تغییریافته و با پدیده‌ی جدیدی مانند مادر تنها و پدر تنها روبه رو هستیم (اعزازی،1386).

**2-3-2 ابعاد پنج گانه مقیاس سلامت اجتماعی**

کییز (1998) 5 ملاک را برای سلامت اجتماعی بر می‌شمرد که هم راستا با نظریه‌ی روان‌شناختی و جامعه‌شناختی اجتماعی بسط پیدا می‌کنند، به شرح نمودار زیر می‌شود.

شکل2-1- زیر مقیاس های بهزیستی اجتماعی



**شکوفایی اجتماعی[[65]](#footnote-65)**:"شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود افراد سالم تر در مورد شرایط و آینده اجتماع امیدوار هستند، آنها می‌توانند پتانسیلی را که در یک اجتماع به هم پیوسته وجود دارد را تشخیص دهند و باور دارند که جهان می‌تواند برای انسان‌هایی چون آن‌ها بهبود یابد"(کییز،2004: به نقل از فارسی نژاد، 1383).

**همبستگی اجتماعی[[66]](#footnote-66):** همبستگی یا انطباق اجتماعی در مقابل بی‌معنایی در زندگی قابل مقایسه است و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورت قابل‌فهم، قالب پیش‌بینی و محسوس است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد و همچنین به معنای مفهوم تسلط بر محیط در مقیاس سلامت روان است. تسلط بر محیط یعنی احساس صلاحیت و توانمندی برای مدیریت محیط پیچیده و انتخاب یا خلق زمینه‌های مناسب شخصی است و متضاد پوچی و بی‌معنایی است و رد مجموع یعنی دنیا را به صورت منطقی، هوشمند، قابل‌درک و قابل پیش‌بینی دیدن است (تباردرزی،1386).

ترنر همچنین معتقد است یکی از عوامل تعدیل‌کننده میزان افسردگی و استرس، روابط اجتماعی است. یکی از شیوه‌های گسترش روابط اجتماعی عبارت است از عضویت در انجمن‌های داوطلبانه، افرادی که در این انجمن‌ها عضو می‌شوند. می‌توانند با افراد بیشتری تعامل برقرار کنند و از این طریق پیوندهای اجتماعی خود را گسترش دهند با گسترش دامنه روابط اجتماعی، فرد می‌تواند در هنگام بروز شرایط مقابله کند و همین امر باعث می‌شود که استرس روانی حاصل از این شرایط را کاهش دهد، عضویت در انجمن‌های داوطلبانه همچنین در افزایش رضایت اجتماعی و کاهش افسردگی نقش مهمی دارد. مشارکت از طریق روابط انجمنی احساس شادابی و خوشحالی را تقویت می‌کند و از این طریق به بهبود سلامت جسمی و روانی و اجتماعی کمک می‌نماید.

**انسجام اجتماعی[[67]](#footnote-67):** " انسجام اجتماعی در لغت به معنای یکی کردن و به هم پیوستن، ائتلاف، انضمام، یکپارچگی، اتحاد عناصر مختلف اجتماع است" این اصطلاح نسبتاً جدید است. ادغام در علوم اجتماعی، اغلب با توجه به تمایل طبیعی فکر انسان که دوست دارد با تکیه بر الگوهای کلی موجود در حیات از واقعیات جامعه‌شناختی سخن به میان می‌آورد مورد توجه قرار گرفته است و به عنوان فرآیند انطباق جزء با کامل مد نظر قرار گرفته است. ادغام هم از نظر ریاضی و هم از نظر جامعه‌شناسی به معنای عمل وحدت بخشیدن به عواملی ناهمسان و حائز تمایل است (توسلی 68:1382 به نقل از کنگرلو 32:1386).

**پذیرش اجتماعی[[68]](#footnote-68):** افرادی که در این بعد از سلامت برخوردارند اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل‌شده درک می‌کنند. و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان اعتماد دارند. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود به عنوان یکی از ابعاد سلامت روان است. در پذیرش خود فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خودش و زندگی گذشته دارد. و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد همه‌ی جنبه‌های خود را می‌پذیرد، در پذیرش اجتماعی فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد (کییز، 2004، به نقل از کنگرلو، 34:1386).

 پذیرش اجتماعی در واقع برآیند چندین پدیده اجتماعی همچون نفوذ اجتماعی، همنوایی، قضاوت اجتماعی و نگرش‌های افراد می‌باشد. لذا با توجه به زمینه ارائه‌شده می‌توان گفت پذیرش اجتماعی یعنی اینکه بیشتر مردم به منظور سازگار شدن با دیگران از زاویه دید آن‌ها بنگرند و مانند آن‌ها عمل کنند. این امر اغلب دیگران را از اینکه صادقانه خود واقعی‌شان را بروز دهند بازمی‌دارد (کیل[[69]](#footnote-69)، 2006). هم چنین بر پاسخ‌ها و واکنش‌هایی دلالت می‌کند که برخی افراد تمایل دارند در اجتماع مورد پسند واقع شوند و مطلوبیت اجتماعی کسب کنند، این‌گونه پاسخ‌ها را از خود بروز می‌دهند (لانگ[[70]](#footnote-70)،1997؛ نقل از باقری، 1385).

**مشارکت اجتماعی[[71]](#footnote-71)** مشارکت در لغت به معنای جبران ضرر وارده به یکی از شرکاء به وسیله سایرین، اعانه دادن پولی که برای مصارف عام‌المنفعه بدهد، شرکت، سهمیه، اعانه، هم بخشی و همکاری و تعاون و کمک است. از نظر دورکیم فقدان مشارکت و عدم جذب و یکپارچه شدن افراد به جامعه، به افزایش میزان انحرافات اجتماعی می‌انجامد. بنابراین راه حل برای کاهش انحرافات اجتماعی توسعه سازمان‌هایی است که به احیای ادغام و مشارکت افراد کمک می‌کنند (قبادی،38:1381 به نقل از کنگرلو، 35:1386).

در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آن‌ها ارزش قائل است سهیم باشند. مشارکت اجتماعی موازی با بعد هدف در زندگی (داشتن باورهایی که به زندگی هدف می‌دهد) از مقیاس‌های سلانت روانی نیز هست. مشارکت اجتماعی همچنین به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و کارآمدی شبیه است. خود کارآمدی یعنی اینکه فرد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام داد و مقاصد خاصی را به اتمام رساند (کییز، 1998).

کییز دو تحقیق انجام داد (یکی با استفاده از نظرسنجی تلفنی و دیگری با یک پرسشنامه خود نوشت) که اثبات گر 5 بعد از سلامت اجتماعی بودند: این تحقیقات شواهدی برای اعتبار همگرا میان مقیاس‌های سلامت اجتماعی و مواردی چون مشارکت اجتماعی، زاینده بودن فعالیت هدف درک محدودیت‌ها، رضایت از زندگی و خوشبختی ارائه کردند. کییز همچنین دریافت که سلامت اجتماعی به طور کلی با افزایش سن و بالا رفتن سطح تحصیلات افزایش می‌یابد و معتقد بود مهارت‌ها، منابع و تجربیات با بالا رفتن سن افزایش می‌یابند و به افراد کمک می‌کنند بهتر از چالش‌های اجتماعی برآیند. درحالی‌که این مقیاس‌های اجتماعی هم راستا با ملاک‌های سلامت روحی که به سلامت روانی می‌انجامد هستند، با آنها همپوشانی ندارند (کییز، 1998). به علاوه این مقیاس‌ها صرفاً به شکل حداقلی با خودش بین همبستگی دارند. لذا نتایجی که کییز می‌گیرد نشان می‌دهد که مقیاس‌های اجتماعی به حد کافی نشانگر میزان حل و فصل چالش‌های اجتماعی توسط افراد هستند. او معتقد است که "سلامت اجتماعی یک دستاورد است"(کییز 133:1998). اجرایی کردن سلامت اجتماعی به عنوان کارکردی روانی، جسمانی و اجتماعی می‌باید دیدگاهی کلان تر درباره تلقی افراد از میزان کارکرد مناسب خود در محیطشان ارائه دهد.

**4-3-2سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد**

لارسن (1996) سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌هاست، تعریف می‌کند و معتقد است مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشان‌دهنده‌ی رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند (لارسن، 183:1996).

کییز (2004) نیز مثل لارسن معتقد است سلامت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی و هیجانی و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی است. از این رو او سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌ها است می‌داند. به اعتقاد او و شاپیرو آن چه بیشتر به زندگی غنا و معنا می‌بخشد، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. لذا او به توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاکننده شخصی به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی می‌دهد.

اخیراً نیز کییز سلامت اجتماعی را شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه‌ی بزرگ تر دانسته‌اند و به شرایط اقتصادی و اجتماعی، رفاه و تمامیت شخص در شبکه اجتماعی او توجه کرده‌اند (کییز،2004).

مهم‌ترین نقد وارد بر این تلقی آن است که با توجه به تعاریف اخیر از سلامت روان، "سلامت اجتماعی بنابراین تعاریف" را می‌توان بخشی از سلامت روان دانست و به این ترتیب سلامت اجتماعی سازه‌ای حشو خواهد بود یا حداکثر بخش اجتماعی سلامت روان را تشکیل خواهد داد.

سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش مطالعات نشان داده است در بین تعیین‌کننده‌های سلامت، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است: سهم نظام ارائه خدمات سلامت 25 درصد، سهم عوامل ارثی و زیستی 15 درصد، سهم عوامل مادی محیط‌زیست و عوامل رفتاری 10 درصد و سهم عوامل اجتماعی 50 درصدی (مرندی، 1385).

نقش قطعی عوامل اجتماعی و محیطی موثر بر سلامت از زمان‌های بسیار قدیم شناسایی شده است. فعالیت‌های بهداشتی قرن نوزدهم و بیشتر اقدامات زیربنایی بهداشت عمومی جدید، همگی نشان‌دهنده‌ی آگاهی از وابستگی بین موقعیت اجتماعی شرایط زندگی و پیامدهای سلامتی مردم است. تجزیه و تحلیل‌ها مشخص کرده‌اند اغلب کاهش‌های اساسی و جدیدی که مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های عفونی مانند سل رخ داد، قبل از توسعه درمان‌های طبی موثر در این زمینه به وقوع پیوسته است که در واقع می‌توان گفت این قبیل کاهش‌ها در مرگ‌ومیر ریشه در تغییرات حاصل در سبد غذایی و شرایط زندگی داشته است .در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، به خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است. اما آن چه فقدان آن، در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، توجه نکرد کافی به ابعاد روانی، رفتاری و اجتماعی افراد است. این بی‌توجهی در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، سیگار کشیدن، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود. واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری‌ها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده‌ی انتقال همه‌گیر در حال وقوع است و به سرعت پیش می‌رود و موجب بیماری‌ها و اختلالات می‌شود. به نحوی که تا سال 2020 در همه جهان منشاء بر هم زننده سلامت، اختلالات و بیماری‌های روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد شد (مرندی، 2039:1385). عوامل موثر بر سلامت، هم در درون شخص و هم در بیرون از او قرار دارند. این عوامل بر هم اثر می گذارند و از این تعامل ممکن است سلامت، ارتقا یا کاهش یابد. از این رو سلامت کل جامعه و افراد را می‌توان نتیجه‌ی تعامل‌های بسیار از جمله وراثت، محیط‌زیست، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، درآمد سرانه و... دانست.

سلامت اجتماعی با این تلقی در واقع همان" تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت[[72]](#footnote-72)" خواهد بود و بنابراین با وجود مفهوم مزبور بار دیگر سلامت اجتماعی به مفهومی زائد بدل خواهد شد.

**5-3-2حمایت اجتماعی**

حمایت اجتماعی به عبارتی بر دسترس بودن و کیفیت روابط با افرادی که منابع حمایتی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کنند تاکید دارد، دوستان، آشنایان و خانواده، خدمات عینی و اطلاعاتی را فراهم می‌کنند که موجب می‌شود یک فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و خود را جزیی از شبکه ارتباطی بداند.

"حمایت اجتماعی احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن است در واقع حمایت اجتماعی برای هر فردی یک ارتباط امن به وجود می‌آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این ارتباط است و همچنین یک کمک دو جانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خویشتن، احساس عشق و ارزشمندی می‌گردد و تمام این‌ها فرصت خود شکوفایی و رشد می‌دهند".

**1-5-3-2 حمایت اجتماعی به عنوان عامل موثر بر سلامت اجتماعی**

حمایت اجتماعی، فرآیندی پویاست نیاز به حمایت، در طول زندگی تغییر پیدا می‌کند بعضی عوامل درون فردی، تعیین می‌کند که فرد، گیرنده یا دهنده حمایت باشد (بودهد و همکاران، 1983؛ ورتمن و دانکل، شتر، 1987، به نقل از میرزایی، 1384).

تعریف براندت و وینرت از حمایت اجتماعی شامل ایجاد تعلق، صمیمیت، یکپارچگی اجتماعی، فرصت و امکانی برای رفتارهای مثمرتر، تضمین مجدد ارزش انسان‌ها و ایفای نقش آنان، امکان کمک‌های اطلاعاتی و عاطفی و ابزاری است (فرانکلین و دیگران 2000، به نقل زا کنگرلو، 41:1386).

استری‌تر[[73]](#footnote-73) (1992) در مفهوم‌سازی‌اش از حمایت اجتماعی خاطرنشان می‌کند که غالب تحقیقات اجتماعی و فرمول‌بندی‌ها روی سه نوع حمایت اجتماعی تاکید دارند.

"حمایت ادراکی[[74]](#footnote-74)"، "حمایت اجتماعی صورت گرفته[[75]](#footnote-75)"، و " درهم فرورفتگی اجتماعی[[76]](#footnote-76)" (اشاره به ارتباط واقعی افراد با دیگران مهم در زندگی‌شان دارد).

ابزارهایی که حمایت اجتماعی را به عنوان درهم فرورفتگی اجتماعی مفهوم‌سازی کرده‌اند بر شبکه اجتماعی تمرکز دارند یعنی ارتباطات مستقیم و غیرمستقیمی که افراد را با خانواده و دوستان و همسالانشان پیوند می‌دهد. در هم فرورفتگی اجتماعی به احساس تعلق فرد به جامعه مربوط می‌شود و بر فقدان از خود بیگانگی و انزوای اجتماعی دلالت دارد.

حمایت اجتماعی می‌تواند از منابع مختلفی ناشی شود: دوستان، همکاران، همکلاسان، و .... فقدان حمایت یکی از منابع می‌تواند از سوی سایر منابع جبران شود. در اینجا بایستی تمایز مهمی بین حمایت‌های غیررسمی دوستان و خانواده و حمایت‌های رسمی سیستم های خدماتی قائل گردید. این تمایز با میزانی که حمایت اجتماعی می‌تواند به صورت خو جوش صورت گرفته یا توسط سیستم های ارائه خدمات اجتماعی می‌تواند به صورت خودجوش صورت گرفته یا توسط سیستم های ارائه خدمات اجتماعی ایجادشده مرتبط است. گاریاینو خاطرنشان می‌کند که تمایز بین این امر اهمیت دارد که حمایت اجتماعی می‌تواند ایجاد شود یا به دست آید. حمایت رسمی غالباً از سوی مؤسسات و نهادهای خصوصی و دولتی ارائه می‌شود اما حمایت اجتماعی غیررسمی ساختار یافتگی کمتری داشته و به صورت آزادانه انجام می‌گیرد. این نوع حمایت از روابط با خانواده، دوستان و یا در هنگام وقوع بحران یا نیازها ناشی می‌شود (استری‌تر، 1992، به نقل از شریفیان، 104:1385).

**2-5-3-2 حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی**

مطالعه در این زمینه دارای سابقه‌ای نه چندان دور است، افرادی که دارای روابط اجتماعی بیشتری هستند احتمالاً از سلامت بهتری برخوردارند البته این معیار چندان طرفدار ندارد، چرا که تعداد روابط نمی‌تواند ملاک سلامت بیشتری باشد حتی ممکن است فردی روابط بیشتری داشته باشد ولی این روابط جنبه منفی و بیماری زا داشته باشد. مثلاً در مواقعی که انسان دچار ورشکستگی اقتصادی می‌شود تعداد روابط و ملاقات های او زیادتر می‌شود ولی این نوع افزایش رابطه، بیشتر استرس‌زاست تا اینکه در افزایش سلامتی کمک نماید. طبق تحقیقات لیندزی و تامسون تعداد روابط اجتماعی در سلامت روان نقش مثبت دارد. (لیندزی، تامسون[[77]](#footnote-77)، 69:1988). همچنین ارتباط حمایت اجتماعی با مرگ‌ومیر نیز مورد بررسی قرار گرفته است و ثابت شده است که افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند دارای مرگ‌ومیر کمتری هستند و از طرف دیگر سلامت روانی اجتماعی متأثر از حمایت اجتماعی است.

**3-5-3-2 تئوری ها و مدلهای مربوط به حمایت اجتماعی**

روابط اجتماعی حاملان حمایت اجتماعی‌اند و تئوری ها و مدل های حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی را که رد قالب پیوندهای ضعیف و قوی در ساختارهای خویشاوندی، دوستی یا شبکه های اجتماعی، منابع حمایتی را تأمین می‌کنند توصیف و توضیح می‌دهند. این تئوری ها و مدل ها در توصیف و توضیحشان هر کدام بنا به محدوده‌ای خاص از روابط اجتماعی افراد یا کل روابط اجتماعی آن‌ها، حمایت اجتماعی را از زوایای پیامد، آثار، مراحل زندگی، کسب منابع اجتماعی و نظایر آن می‌بینند.

در خصوص حمایت اجتماعی مدل ها و تئوری های گوناگونی ارایه گردیده است که می‌توان آن‌ها را به چهر دسته تقسیم کرد.

میزان حمایت اجتماعی

پیامدهای حمایت اجتماعی

چگونگی کسب حمایت اجتماعی

تغییرات مثبت و منفی حمایت اجتماعی.

**1-3-5-3-2 مدل فقدان**

گرهارد در سال 1989 مدلی را بیان می‌کند که حاکی از تأثیرگذاری عوامل اجتماعی بر سلامت است. این مدل که به مدل فقدان معروف است ویژگی افرادی را بیان می‌کند که در مواجهه با فقدان‌هایی نظیر از دست دادن شغل، فقدان همسر، از دست دادن منزلت اجتماعی و دوستان بسته به درجه آسیب‌پذیری که به ویژگی‌هایی نظیر طبقه، سن، جنس، نژاد و تحصیلات مرتبط باشد. سلامت اجتماعی‌شان تحت تأثیر قرار می‌گیرد کسانی که آسیب‌پذیرترند منابع حمایتی کمتری برای غلبه بر فقدان در اختیاردارند.

فرضیه انباشت هویتی[[78]](#footnote-78): تونیس سلامتی را در ارتباط با هویت‌های نقش در نظر می‌گیرد به طوری که هویت‌های افراد با نقش‌های اجتماعی آن‌ها پیوند دارد. نقش‌های اجتماعی به عنوان مجموعه انتظارات رفتاری از محیطی به دست می‌آید که فرد با دیگران تعامل دارد. انتظارات رفتاری پیش‌بینی پذیری را رد زندگی به وجود می‌آورد برآورده شدن انتظارات نقش ارتقاء عزت نفس را به دنبال دارد (شریفیان، 91:1385).

**2-3-5-3 -2 مدل سپر و تأثیر کلی حمایت اجتماعی[[79]](#footnote-79)**

ساراسون معتقد است که شبکه اجتماعی ما مردمی را در بر می‌گیرد که می‌توانیم به آن‌ها تکیه کنیم، مردمی که به ما اجازه می‌دهند بدانیم آن‌ها نگران ارزش‌ها هستند و ما را دوست دارند. هرکس که متعلق به شبکه اجتماعی است حمایت اجتماعی را تجربه می‌کند. شواهد مبنی بر اینکه طرق غیر انطباقی تفکر و رفتار به طور نامتناسبی در میان افراد با حمایت‌های اجتماعی کم روی می‌دهد در حال افزایش‌اند. میزان کفایت حمایت اجتماعی موجود شخص هم در آسیب‌پذیری و هم در مقابله وی نقش دارد (شریفیان، 99:1385).

**3-3-5-3 -2 مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی**

این مدل عنوان می‌کند که صرف داشتن حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است و بر عکس نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی دارای تأثیرات منفی بر سلامتی است. طبق گزاره اصلی این مدل هر چه حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد او زا سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار است. از این رو سلامتی متأثر از میزان داشتن حمایت اجتماعی است در مدل تأثیر مستقیم سلامتی تابعی از حمایت اجتماعی است به نحوی که افراد اگر دارای حمایت اجتماعی باشند از سلامت اجتماعی و روانی برخوردارند (فلمینگ به نقل از شریفیان، 1385).

**4-3-5-3 -2 مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه گیر**

مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر، عنوان می‌کند حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالاست بر سلامت اجتماعی و روان موثر است (ویلس، 1981؛ کب، 1978).

طبق این مدل، حمایت اجتماعی، افراد را در مقابل اثرات بیماری زا و رویدادهایی که فشار روانی را تشدید می‌کنند حفظ می‌کند. از نظر کوهن و ویلس حمایت اجتماعی حد فاصل بین رویدادهای استرس زا و واکنش نسبت به آن‌ها وارد عمل می‌شود و باعث تضعیف پاسخ نامناسب به استرس می‌شود. حمایت اجتماعی در این مدل تنها در برابر استرس، مزیت به حساب می‌آید. حمایت اجتماعی در این مدل تنها در برابر استرس، مزیت به حساب می‌آید. حمایت اجتماعی اثرات استرس زا را کاهش می‌دهد، اما هنگامی که استرس وجود ندارد، حمایت اجتماعی فاقد مزیت است فقدان حمایت همان طور که مدل تأثیر فقدان آن را برای سلامت روانی و اجتماعی آسیب زا در نظر می‌گیرد، تحت شرایط استرس بالا و حمایت کم آسیب و پریشانی روانی افزایش می‌یابد تا تحت شرایط استرس بالا و حمایت زیاد (صادقی و دیگران،48:1378).

**6-3-2 رویکردهای سلامت اجتماعی**

**دو رویکرد بیماری محور و سلامتی محور برای تعریف سلامت وجود دارد**

**1-6-3 -2 رویکرد بیماری محور**

سلامتی را به عنوان حالتی تعریف می‌کند که علائم نشان‌دهنده بیماری (چه فیزیکی و چه روانی) در فرد وجود نداشته باشد. به عنوان مثال، فردی سالم فرض می‌شود که علامتی از افسردگی‌های عمده در شخص وجود نداشته باشد.

**2-6-3 -2 رویکرد سلامتی محور**

سلامت به عنوان حالت برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی به شمار می‌رود. طبق نظریه‌ی سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد. **دو الگوی زیست‌شناختی و کلیت برای تعریف سلامت وجود دارد که عبارت‌اند از:**

**1-الگوی زیست‌شناختی سلامت:** این الگو پایه نظریه میکروبی بیماری‌ها بود که در آغاز سده بیستم، اندیشه پزشکی را تحت‌الشعاع قرار داده بود و متخصصان جسم انسان را مانند ماشین و بیماری را به عنوان اختلال در کار ماشین در نظر می گرفتند. این

دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی، روان‌شناختی را دست کم گرفته است. این الگو در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی انسان مانند اعتیاد، بیماری‌های روانی و ... نارسا بوده است.

مطالعات مربوط به سلامت با استفاده از الگوهای زیستی بیشتر به وجهی خاصی از سلامت تاکید دارند ولی افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباط قرار دارند و با چالش‌ها و تکالیف اجتماعی بی‌شماری رو به رو هستند.

**2-الگوی کلیت سلامت:** الگوی کلیت سلامت، ترکیبی از همه عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست‌محیطی و... را شناسایی می‌کند. از این دیدگاه، عوامل متعددی در تعیین سلامتی فرد دخالت دارد و سلامتی حالتی فراتر از تعادل کامل اعمال بدن به شمار می‌رود.

بهترین تعریف **منطبق با الگوی کلیت و با به‌کارگیری رویکرد سلامتی محور**، تعریفی است که سازمان بهداشت جهانی [[80]](#footnote-80)در سال 1948 در ژنو از سلامت ارائه داده است:

**سلامت بارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیمار یا معلول نبودن[[81]](#footnote-81).**

در این تعریف، سلامت اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی و روانی قرار گرفته است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت کامل به معنای توانایی داشتن یک زندگی مولد از نظر اقتصادی و اجتماعی است.

بعد اجتماعی سلامت، در برگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. به طور کلی از این دید، هرکس عضوی از افراد خانواده و جامعه بزرگ‌تر به حساب می‌آید. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوه ارتباط شخص در شبکه روابط اجتماعی توجه می‌شود.

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامت یکی از حقوق عمده انسانی است و در نتیجه همه‌جانبه ی سلامت ایجاب می‌کند که همه‌ی نظام‌ها و ساختارهایی که شرایط اجتماعی-اقتصادی و محیط فیزیکی را در کنترل و تسلط خوددارند، مضامین فعالیت‌های خود را در رابطه با آثاری که بر سلامت و رفاه فرد و جامعه دارند در نظر بگیرند (سجادی و صدرالسادات، 15:1384).

**دیدگاه لذت جویانه و کارکردی:** سلامت اجتماعی از دو دیدگاه لذت جویانه و کارکردی مورد توجه قرار گرفته است (ریف و سینگر،2004).دیدگاه لذت جویانه، سلامت اجتماعی را با رضایت از زندگی و تعادل جنبه‌های مثبت و منفی بررسی می‌کند. از سوی دیگر دیدگاه کارکرد گرایانه، سلامت اجتماعی را با توجه به اهمیت فردی، هستی معنادار و میزان پتانسیل افراد برای ایفای وظایف خود می‌نگرد و لذا تاکید آن بر سلامت اجتماعی در یک بازه زمانی طولانی مدت تر است. تحقیقات مختلف که متمرکز بر مفهوم سلامت اجتماعی هستند، شامل تحقیقات درباره سلامت عاطفی بوده‌اند و بر مبنای یک مفهوم‌سازی لذت جویانه از سلامت اجتماعی صورت گرفته‌اند و کارکردگرایی مثبتی را بررسی کرده‌اند که به عنوان جزئی از سلامت اجتماعی و سلامت روانی مطرح بوده است (ریف و کییز، 1995). ریف و کییز معتقد بودند که سلامت چیزی بیش از رضایت زندگی و احساس خوشبختی است که در مفهوم لذت جویانه از سلامت مطرح می‌شود. امروزه سلامت اجتماعی را محصول عوامل شناختی، روانی و اجتماعی و هم معلول عوامل بیولوژیکی می‌دانند و این نگرش با یک رویکرد کلی تر به مقوله سلامت و بیماری و معالجه مشکلات آسیب‌زننده همراه می‌شود. این رویکرد جدید به سلامت منجر به استفاده از دامنه‌ای از واژه‌ها شد که باهم ارتباط درونی دارند از جمله: کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی ذهنی و سلامت روانی (ریف و کییز،1995) کارکرد مثبت فردی سلامت عاطفی و سلامت اجتماعی (کییز، 1998). این مفهوم‌سازی گسترده از سلامت و سلامت اجتماعی اجازه می‌دهد تا بررسی جامع تری از عوامل روانی و شناختی داشته باشیم که مرتبط با درک افراد از میزان کارایی مطلوب خود در محیط اطرافشان است. این تاکید بر عوامل روانی مثبت که مرتبط با سلامت اجتماعی هستند را می‌توان به حوزه روانشناسی هم تعمیم داد.

کییز (1998) معتقد است که مفهوم‌سازی سلامت ذهنی می‌بایست آن قدر گسترده شود که سلامت اجتماعی را هم در بر گیرد. سلامت اجتماعی از دیرباز به عنوان فارغ بودن از حالت‌های اجتماعی منفی مثل از خود بیگانگی یا هرج‌ومرج تعریف شده است و نه الزاماً اینکه وجود شرایط روان‌شناختی اساس سلامت اجتماعی باشند (کییز، 133: 1998). درحالی‌که به سلامت اجتماعی در جنبه فردی توجه زیادی شده است (ریف، 1989) این عقیده هم مطرح شده است که می‌بایست توجه همسانی به ماهیت اجتماعی مقوله سلامت اجتماعی شود. به عقیده کییز سلامت اجتماعی و یا فقدان آن، دغدغه‌ای بارز در نظریه کلاسیک جامعه‌شناسی بوده است. علیرغم اهمیت مفاهیمی چون هرج‌ومرج، از خود بیگانگی که مورد توجه مارکس و دورکیم قرار داشته، آنها به بحث درباره ابعاد چندگانه سلامت اجتماعی مثبت هم پرداخته‌اند. از جمله فواید بالقوه زندگی اجتماعی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی است که به معنای احساس تعلق و وابستگی درونی و احساس وجدان مشترک و سر نوشت جمعی می‌باشد (دورکیم، 1951). مزایای زندگی اجتماعی می‌تواند اساس و بنیان ارائه تعریفی جهانی از سلامت اجتماعی باشد.. سلامت اجتماعی عبارت است از تخمین شرایط و کارکرد یک فرد در جامعه. کییز در ادامه چالش‌های اجتماعی که ابعاد سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهند، توصیف می‌کند

سلامت اجتماعی این‌گونه تعریف شده است"ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه" که این بازتابی از "سلامت اجتماعی مثبت" می‌باشد (کییز، 122:1998). این نشانگر این حقیقت است که سلامت اجتماعی بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی می‌باشد که در تضاد با ملاک‌های سلامت اجتماعی از حیث میان فردی قرار می‌گیرد یعنی ملاک‌هایی چون حمایت اجتماعی یا ملاک‌هایی که در سطح اجتماعی شکل اجرایی به خود می‌گیرند مثل ارزیابی‌های سرمایه اجتماعی.

**7-3-2 عوامل موثر بر سلامت اجتماعی**

پژوهش‌های اجتماعی به صورت خرد و کلان در حوزه سلامت روانی و اجتماعی به صورت منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی انجام یافته است، این امر اثبات می‌نماید که تحت تأثیر دامنه بسیاری از عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی، روانی و فرهنگی می‌توان عوامل موثر بر سلامت اجتماعی را مورد تأمل و بررسی قرارداد و به نظر راسنفیلد[[82]](#footnote-82) یکسری از عوامل موثر بر سلامت اجتماعی و روانی شامل "پایگاه اجتماعی-اقتصادی (SES)، موقعیت تأهل، جنسیت، مهارت‌های ارتباطی، مذهب، سرمایه اجتماعی و... می‌باشد" (راسنفیلد، 1997. به نقل از حاتمی، 30:1389).

**1-7-3-2 پایگاه اجتماعی-اقتصادی**

 این مؤلفه رابطه روشن و صریحی با سلامت از جمله سلامت اجتماعی دارد. در واقع هر چه فقر اقتصادی و شرایط نامناسب و وضعیت‌های درآمدی نامناسب تر باشند، پایگاه اجتماعی و اقتصادی افراد در نتیجه وخیم تر است، که این امر باعث می‌شود سبک زندگی افراد در تمام زمینه‌ها از جمله سلامت اجتماعی آنان به خطر افتد. با توجه به این مسائل از دیدگاه گراهام[[83]](#footnote-83) "سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اقتصادی-اجتماعی است. افرادی که از لحاظ اقتصادی-اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌گیرند؛ و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند از سلامتی نامطلوب رنج می‌برند. به باور وی عواملی که باعث می‌شوند تغییرات در وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی) تأثیر بگذارد. در سه مقوله مادی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار می‌گیرند."(گراهام، 2001: 14 به نقل از هزارجریبی و همکار، 309:1391).

**2-7-3-2 وضعیت تأهل**

متأهل بودن همواره امری مرتبط با سلامت و ارتقای سلامت بالأخص سلامت اجتماعی به ویژه برای مردان بوده است.

لیلارد و وایت[[84]](#footnote-84) دریافتند که ازدواج باعث کاهش رفتارهای پرخطر در مردان می‌شود. ازدواج همچنین مرتبط با افزایش سطح (البته نه به صورت مطلق) پایگاه اقتصادی-اجتماعی است که به ویژه بر سلامت تأثیر می‌گذارد (وایت، 1996).

متأهل بودن فواید زیادی برای سلامتی (بالأخص از نوع اجتماعی) دارد مثلاً فرد را همراه کسی می‌کند که همسر اوست و این عالمی است که برای سلامت اجتماعی مردان حائز اهمیت است. فایده دیگر ازدواج تأمین حمایت عاطفی و اخلاقی در لحظات اضطراب آفرین است. اما مجرد بودن هم فواید خاص خود را دارد. مارکس[[85]](#footnote-85) و لمبرت[[86]](#footnote-86) (1988) دریافتند که اگر چه ازدواج به طور کلی سلامت اجتماعی و روانی مردان و زنان را افزایش می‌دهد اما افراد مجرد برخی جنبه‌های ویژه از سلامت را تجربه می‌کنند که از همه مهم تر حس استقلال و رشد فردی بیشتر از افراد متأهل است.

**3-7-3-2جنسیت**

سلامت با توجه به جنسیت تفاوت‌هایی را پیدا می‌کند. مردان در مقایسه با زنان، بیشتر در معرض خطرات و ریسک‌های سلامت قرار دارند، از آن رو که جنسیت می‌تواند تا حد زیادی تعیین‌کننده میزان کنترل منابع اجتماعی-اقتصادی و شیوه رفتار با افراد در محیط اجتماعی‌شان باشد. زنان دو برابر مردان افسردگی دو قطبی را تجربه می‌کنند و نیز از خشونت‌های خانوادگی، اضطراب روانی، خشونت جنسی، فشارهای مربوط به سو گیری‌های جنسیتی و اجبار در ایفای نقش‌های چندگانه رنج می‌برند. مردان متأسفانه عمدتاً گرفتار اعتیاد به مواد مخدر، پرخاشگری و جامعه ستیزی می‌شوند و همچنین سه برابر احتمال دارد که شخصیت ضد جامعه در آنان شکل گیرد و این در حالی است که رایج‌ترین اختلال در میان زنان، اختلالات ترس است. مردان در مقایسه با زنان رفتار آسیب‌زننده‌تری دارند که سلامت آنان را به خطر می‌اندازد (سازمان بهداشت جهانی، 2005).

**4-7-3-2 عوامل روانی و اجتماعی**

درحالی‌که تأثیر عوامل روانی-اجتماعی بر سلامت از دیرباز موضوع مناقشه بوده است، اما این بار، در سالهای اخیر اعتبار پیدا کرده است. کاسیوپو[[87]](#footnote-87) خاطرنشان می‌سازد که بسیاری از مشکلات امروز در زمینه سلامت، مبناهایی متغیر از اضطراب، خشم و افسردگی گرفته تا احساس سرخوشی غیر واقعی ناشی از مصرف مواد مخدر است (کاسیوپو، 1050:2003).

سلامت روانی: سلامت روانی رسیدن فرد به این تصور است که زندگی‌اش منسجم و معنادار (ریف، 1989) است. مدل ریف برای سلامت ریف مدلی را برای سلامت روانی پیشنهاد می‌کند که از 6 بعد پذیرش خود، تسلط بر محیط، هدفمند بودن زندگی، رشد فردی، استقلال و روابط مثبت با دیگران تشکیل می‌شود و نمایانگر چالش‌هایی است که فرد در تلاش برای رسیدن به خود شکوفایی با آن‌ها روبرو می‌شود (ریف و کییز، 1995).

ریف و کییز (1995) یک مفهوم‌سازی نظریه محور از سلامت روانی ارائه می‌دهند که از کار نظریه‌پردازان اولیه الهام می‌گیرد. جنبه‌های سلامت روانی ریشه در مفهومی دارند که ارسطو ارائه می‌دهد مبنی بر اینکه سعادت نهایی در موجودیت بشر حاصل سعادتی است که محصول جانبی رسیدن به خود شکوفایی به شمار می‌رود. نظریه ریف و کییز هم‌راستا با کار نظریه‌پردازانی همچون راجرز[[88]](#footnote-88)(1967)، ماسلو[[89]](#footnote-89)(1968) است که عناصر مختلف سلامت روانی را طرح و شرح دادند.

ربر[[90]](#footnote-90) معتقد است که واژه خود شکوفایی نخستین بار توسط گلداشتاین[[91]](#footnote-91) به عنوان یک نظریه‌پرداز ارگانیسمی، مطرح شد تا توصیفی برای انگیزه ذاتی انسان‌ها برای رشد کامل توان بالقوهشان باشد. گلداشتاین معتقد بود که خود شکوفایی انگیزه اولیه انسان است و تمام انگیزه‌های دیگر زیرمجموعه آن قرار می‌گیرند. ریف اقدام به بررسی متون علمی کرد که کارکردهای روانی سطح بالاتری را مورد توجه قرار می‌دادند و ترکیب آنها به اجزای پایه‌ای اعتقادات رایج درباره رفاه روانی رسید. دیدگاه‌های نظری درباره کارکرد یک فرد بالغ که مورد توجه ریف قرار گرفتند عبارت‌اند از: خود شکوفایی که ماسلو (1968) مطرح می‌کند، مفهوم بلوغ که دیدگاه آلپورت[[92]](#footnote-92) است، دیدگاه فردیت که یونگ[[93]](#footnote-93) مطرح می‌کند و مفهوم کارکرد کامل فرد بزرگسال که راجرز نظراتی درباره آن دارد (ریف، 1989). ریف با کنار هم قرار دادن این رویکردها، به درون‌مایه‌های مشترکی می‌رسد که برای سلامت روانی مثبت نمونه‌هایی ذکر می‌کنند. این درون مایه ها شامل تحلیل‌های مثبت از خود فرد و دیگران، عقیده به معنادار بودن زندگی، داشتن روابط سالم با دیگران، ظرفیت مدیریت زندگی شخصی، خودشناسی و آگاهی از رشد دامنه‌دار فردی می‌شوند. ریف در واقع یک مقیاس برای سلامت روانی تعیین کرد (مقیاس PWB) که همراه با ادغام الگوهای نظری چندگانه درباره کارکردهای مثبت روانی بود. مدل PWB چندبعدی به عنوان معرف ابعاد روان‌شناختی "شکوفایی چالشی" توصیف شده است (ریف، کییز و شموتکین، 1008:2001).

ریف و کییز هر یک از ابعاد مدل سلامت روانی خود را تعریف کرده‌اند: پذیرش خود: پذیرش خود عبارت از قابلیت شناسایی و پذیرش خصوصیات مثبت و منفی یک فرد است (ریف، 1989) و کسانی که پذیرش خود را به خوبی انجام داده‌اند، نگرش و تصور مثبتی از خوددارند و هر دو جنبه شخصیت خود را می‌پذیرند و با گذشته خود مشکلی ندارند (ریف و کییز، 1995).

**هدفمند بودن زندگی**: بعد هدفمند بودن زندگی ریشه در این مفهوم دارد که افرادی که از نظر اجتماعی روانی بالغ هستند و زندگی هدفمندی دارند و اهداف مناسبی برای خود منظور می‌کنند و می‌توانند در هنگام نیاز جهت حرکت زندگی خود را تغییر دهند (ریف، 1989). منظور از هدفمند بودن زندگی، پذیرش این مسئله است که زندگی جهت و معنا دارد چرا که افراد اهدافی دارند که می‌خواهند به آن‌ها برسند (ریف، 1989). کسی که هدفی در زندگی دارد، زندگی را معنادار می‌بیند و عقایدی معنادار را در ذهن می‌پروراند و به شکل هدفمند زندگی می‌کند.

**رشد فردی**: منظور از رشد فردی این است که فرد در حال بهینه‌سازی توان بالقوه خود است (ریف، 1989) و کسانی که وضعیت مطلوبی در این بعد دارند به دنبال این هستند که همیشه از روز پیش خود گامی به جلوتر بردارند. آن‌ها همیشه از فرصت‌های تازه استقبال می‌کنند و قبول دارند که ارتقای فردی در گذر زمان رخ می‌دهد و خودشناسی بیشتر و تأثیرگذاری فردی همچنان در حال افزایش خواهند بود (ریف وکییز، 1995).

**برقراری روابط مثبت با دیگران:** این بعد به این دلیل مورد توجه ریف قرار گرفت که بیشتر نظریه‌های مربوط به کارکرد مثبت یا بالغ بر ارزش ایجاد روابط گرم و قابل‌اعتماد تاکید می‌کنند. مثلاً قائلین به خود شکوفایی بر اهمیت همدردی قوی با دیگران اشاره‌کرده‌اند (ماسلو، 1968). همچنین نظریه اریکسون (1959) نقش بلوغ در رشد فردی را مورد تاکید قرار می‌دهد که تا اندازه‌ای مبتنی بر نوع روابطی است که فرد با دیگران دارد. بعد رشد فردی مبتنی بر این مفهوم است که افراد بالغ و سالم، فرایند رشد دامنه‌دار توان بالقوه خود را پی می‌گیرند و رشدی درون فردی دارند (ریف، 1989). این بعد شامل برقراری روابط معنادار با دیگران می‌شود (ریف، 1989). کسی که در این زمینه عملکرد خوبی دارد، همیشه نگران سلامت اجتماعی دیگران است و می‌تواند با آن‌ها احساس همدردی می‌کند و بده بستان‌های روابط انسانی را درک نماید (ریف وکییز، 1995).

**تسلط بر محیط:** بعد تسلط بر محیط مرتبط با افراد سالم و بالغ است که قدرت انتخاب و یا خلق محیط مناسب برای شرایط روانی خود را دارند. ریف این عامل را مرتبط با نظریه‌های طول عمر می‌داند که قابلیت افراد بالغ برای کنترل محیطشان را مهم تلقی می‌کند. به طور خلاصه منظور از تسلط بر محیط، برخورداری از ظرفیت و درک کافی برای مدیریت موثر زندگی است. این بعد شامل آمادگی در برابر چالش‌هایی است که از طرف محیط به شکل روزمره در برابر فرد ایجاد می‌شوند. فردی که در این زمینه عملکرد خوبی دارد احساس می‌کند بر محیط خود مسلط است، در زندگی مشارکت دارد، فعالانه تلاش می‌کند بر چالش‌ها غلبه می‌کند و در جهت شکل‌دهی به محیط برای تأمین زمینه‌های سلامت اجتماعی خود حرکت می‌نماید (ریف وکییز، 1995).

**استقلال:** قابلیت خوداتکایی، عدم وابستگی و توانایی نظم دهی شخصی به رفتار است. ریف این مفهوم را تا اندازه‌ای مبتنی بر نمونه‌هایی از افراد خود شکوفا که به شکل مستقل عمل می‌کنند، مطرح می‌کند. منظور توانایی فرد برای زندگی طبق ارزش‌های و سنت‌های خود است حتی اگر این ارزش‌ها باارزش‌های دیگران در تضاد قرار داشته باشند (ریف، 1989). فردی که مستقل است خود مسیر را تعیین می‌کند، بر خودش کنترل دارد و تن به کنترل توسط ارزش‌های دیگران نمی‌دهد و طبق استانداردهای خود زندگی می‌کند (ریف و کییز، 1995).

**8-3-2 مهارت‌های ارتباطی در سلامت اجتماعی**

یکی از جنبه‌های مهم رشد انسان، فرایند اجتماعی شدن اوست. انسان به عنوان موجودی اجتماعی، همواره ناگزیر است که با دیگران روابط متقابل داشته باشد. از طریق رفتار متقابل اجتماعی است که افراد شخصیت خود را می‌سازند و شیوه‌های زندگی جمعی و دانش، مهارت‌ها الگوهای رفتاری لازم را کسب می‌کنند. از طرفی به نظر می‌رسد که برقراری و حفظ یک ارتباط سالم و مستمر نیز مستلزم داشتن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی به خصوصی است که باید آن‌ها را مورد توجه و بررسی قرارداد.

در متون پژوهشی مفهوم مهارت‌های ارتباطی به صورت‌های مختلفی، تعریف شده است.

ماتسون (1990) معتقد است که مهارت‌های ارتباطی رفتارهایی هستند که رشد آنها می‌تواند بر روابط بین افراد از یک سو و سلامت اجتماعی آنان و نیز عملکرد مفید و موثر در اجتماع از سوی دیگر، تأثیر داشته باشد. اشنایدر و همکاران (1985) نیز مهارت‌های ارتباطی را به عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط، تعریف می‌کنند که این وسیله برای شروع و ادامه یک ارتباط سازنده و سالم با همسالان، به عنوان بخش مهمی از سلامت، مورد استفاده واقع می‌شود.

**ج) مذهب:** از دیدگاه روان‌شناسی، مذهب بعضاً یک فعالیت فکری و احساسی و یک عمل ارادی است. مذهب چیزی بیش از یک تجربه ذهنی صرف است و همواره اشاره به یک موضوع مورد پرسش و ایمان دارد. مذهب یک ماهیت اشتراکی است که عقایدی را در بین مردم به صورت ساختارهای نهادی وابسته، عملیات اجرایی و واحدهای سیاسی سازمان می‌دهد. سیستم های عقیدتی درون فردی و بین فردی و سیستم های مذهبی همچنین می‌توانند تأثیر مخصوصی روی سیستم های تندرستی و حمایت‌های اجتماعی و عقاید منحصربه‌فرد آن‌ها داشته باشد. تعداد بررسی‌های زیادی ارتباط مذهب با سلامت را نسبت به سیستم اعتقادات مذهبی در دو دهه گذشته آزمایش نموده‌اند. اکثر تحقیقات نشان دادند که مذهب تأثیر سودمندی بر سلامت روانی و اجتماعی داشته است (سعیدی و همکاران،1388).

**9-3-2سیاست اجتماعی و سلامت اجتماعی**

سیاست اجتماعی و کاربرد آن در حوزه سلامت از جمله سلامت اجتماعی کلید اساسی و تحقق سایر حوزه‌های مرتبط با سلامت اجتماعی است. در واقع سیاست اجتماعی اشاره به کنش‌های اجتماعی شهروندان از جمله زنان در جهان زندگی اجتماعی می‌کند. بر این اساس توصیف این کنش‌ها هدفمند و موثر در ارتقای بهزیستی افراد جامعه نیز می‌باشد. به طور خلاصه باید گفت که "سیاست اجتماعی، مرتبط با رفاه با بهزیستی جامعه و اعضایش است و از سوی دیگر سیاست اجتماعی با سایر نزدیک به فعالیت‌های رفاه است، قلمرویی که در آن سیاست‌های دولت و خدمات اجتماعی به منظور ارتقای شهروندان یک کشور مورد استفاده قرار می‌گیرد. (سعیدی و همکاران،1388).

**4-2 متغیر روابط والد و فرزند**

**1-4-2 مفهوم خانواده**

خانواده از مهم‌ترین گره‌های اولیه است. بدان لحاظ که اعضای آن به دلیل اهداف رسمی بلکه برای مقاصد عاطفی به هم در ارتباط هستند و نوع روابط آنها غیررسمی، عاطفی و چهره به چهره می‌باشد. گر چه خانواده در مقایسه با سایر گره‌های اجتماعی، گروهی کوچک محسوب می‌شود، در عمل پایه و اساس تمامی نهادهای اجتماعی دیگر مانند نهادهای اقتصادی، آموزش و پرورش، مذهب و حتی حکومت نیز در خانواده گذاشته می‌شود (هالفورد[[94]](#footnote-94)، ترجمه تبریزی، 1384).

**2-4-2 اهمیت روابط**

قدرتمندترین وسیله برای کمک به فرد برای تغییر، روابطی است که فرد با دیگران دارد. هر چه بیشتر به اصل درمان نزدیک می‌شویم بیشتر در می‌یابیم که کیفیت رابطه‌ی درمانی کلید تعیین‌کننده موفقیت یا شکست در درمان است. مطمئناً با این نکته موافقیم که رابطه‌ی ما با درمانجویان اهمیت بسیار دارد ولی در اینجا نه فقط درباره‌ی رابطه‌ی درمانی، بلکه درباره‌ی پتانسیل درمانی روابط در زندگی فرد سخن می‌گوییم. اعضای خانواده که به مراکز درمان مراجعه می‌کنند، غالباً در روابط خود با یکدیگر به نوعی دچار انزوا و بی‌ارتباطی‌اند. شاید آن چنان درگیر حل و فصل خود می‌شوند که دیگر به سایر جنبه‌های روابط خود فکر نمی‌کنند. شاید مدت‌های طولانی از تضادها و مشکلات خود اجتناب کرده‌اند، به نحوی که بخش‌هایی از وجود خود را از یکدیگر مخفی کرده‌اند و به جایی رسیده‌اند که دیگر با یکدیگر پیوندی احساس نمی‌کنند.

روابط در این‌گونه خانواده‌ها حمایتگرانه نیست. اعضای خانواده یکدیگر را سد راه می‌دانند و نه حمایتگر. آنان در الگوهایی از تنش مقابل درگیر شده‌اند که مانع از رشد می‌شود. گاهی روابط بیرون از خانواده جبران‌کننده‌ی روابط تا حدودی به دلیل نبودن پایه‌ای ایمن در خانواده مسموم می‌شود. از آنجا که دلبستگی به خانواده ارتباط معکوسی با دلبستگی به همسالان ناهنجار دارد، هر قدر نوجوان به دلیل احساس تعلق، که رد خانواده از آن محروم است، به گروه همسالان جذب شود، خانواده بیشتر او را از خود طرد می‌کند و در نتیجه او بیشتر جذب همسالان ناهنجار خود می‌شود.

درعین‌حال در خانواده چرخه‌ای بی‌حاصل ایجاد می‌شود. هر قدر نوجوان بیشتر از قواعد و محدودیت‌های اعمال‌شده از سوی والدین سر باز زند، والدین بیشتر در جهت کنترل نوجوان تلاش می‌کنند. این تلاش‌ها برای کنترل نوجوان، بیشتر سبب آزردگی او می‌شود و مشکل را تشدید می‌کند، زیرا نوجوان بیشتر احساس می‌کند که او را درک نکرده‌اند و به سمت گروه همسالان ناهنجار کشیده می‌شود که منجر به جدایی و فاصله‌ای غیرقابل‌برگشت در رابطه می‌شود. او خانواده را ترک می‌کند و زود از آنان جدا می‌شود. والدین هم با درماندگی از او کنار می‌کشند یا او را از خانواده جدا می‌کنند.

وابستگی ضعیف به والدین

معاشرت با همسالان ناهنجار

نوجوان درگیر رفتار مشکل زا می‌شود

والدین نوجوان را طرد یا کنترل می‌کنند

نوجوان احساس می‌کند که والدین با او بد رفتاری کرده‌اند، و در برابر تلاش‌های آنان برای کنترلش مقاومت می‌کند.

چرخه بیماری در رفتار مشکل‌زای نوجوان

مداخله‌ی موفقیت‌آمیز برای در هم شکستن این چرخه از طریق برقراری ارتباط مجدد بین اعضای خانواده میسر است. این روش باید نقش‌های والدین را به عنوان مرجع قدرت و مربی کودک متعادل کند.

بعضی از رهیافت‌های مربوط به کار کردن با خانواده‌های نوجوانان دچار مشکل بر اهمیت کوتاه کردن سلسله‌مراتب والدینی تاکید می‌کنند. البته رهیافت‌ها در جهت تشویق والدین به ایجاد محدودیت است تا نوجوان اقتدار والدین را ببیند، این خطر را به دنبال دارد که نوجوان بیشتر از والدین دور شود و شاید او را در

جهت رفتارهایی به مراتب ناهنجارتر سوق دهد. به همین نحو، رهیافت‌هایی که والدین را از حوزه درمان خارج می‌کند و فقط نوجوان را در نظر می‌گیرد، بی‌اثر است (میکوچی[[95]](#footnote-95)،1998؛ ترجمه یاسایی،1383).

 **3-4-2 ارتباطات خانواده**

از ربع قرن آخر قرن بیستم، کارشناسان در زمینه ارتباطات بین فردی توجه خود را معطوف به مطالعه نحوه ارتباطات موجود در روابط مختلف کرده‌اند. یکی از این روابط، رابطه‌های موجود در خانواده است. خانواده از بسیاری جهات برای ارتباطات انسانی بافتی منحصربه‌فرد است. به جای معرفی استعاره وار، خانواده را به عنوان یک سیستم یا یک گروه پردازش اطلاعات، با مجالی برای بده بستان اجتماعی بین اعضای آن می‌دانند. بسیاری از متخصصان خانواده، را به عنوان نوعی مکالمه و گفت و شنود معرفی می‌کنند (فیتزپاتریک[[96]](#footnote-96)،2004). ارتباطات خانوادگی شیوه ایست که از طریق آن اطلاعات کلامی و غیرکلامی بین اعضای خانواده رد و بدل می‌شود. فرزندان به وسیله‌ی آن نحوه ارتباط برقرار کردن با دیگران، تعبیر و تفسیر کردن رفتارهای آنها به شیوه خاصی در روابط خود با آن‌ها، عمل کردن و تجربه عواطف را یاد می‌گیرند. انگیزه‌ها و شیوه‌های ارتباطاتی والد-فرزندی مدلی از رفتار را فراهم می‌آورد که به مهارت‌ها و رفتارهای ارتباطاتی فرزندان شکل می‌دهد (پیترسون و گرین[[97]](#footnote-97)،1999).

داشتن ارتباط موثر یک خصوصیت مهم و قوی در خانواده‌های سالم است. تحقیقات نشان داده‌اند که ارتباط بین زن و شوهر والدین و بچه‌ها و خواهر و برادرها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از طریق ارتباطات خانوادگی به صورت کلامی و غیرکلامی، اطلاعات بین اعضای خانواده رد و بدل می‌شود. ارتباط بعدی از کارکرد خانواده است که شامل توانایی اعضای آن در برقراری روابط و تعاملات صریح و مستقیم و شفاف می‌باشد. عوامل مهم در هر ارتباط شامل: فرستنده، پیام و گیرنده می‌باشد که در هر صورت، وضوح تعاملات بسیار مهم می‌نماید. مؤلفان مدل مک مستر، بیشتر ارتباط کلامی را به جهت سهولت سنجش و جمع‌آوری داده‌ها مورد تاکید قرار می‌دهند، هرچند به ارتباطات غیرکلامی بی‌توجه نیستند (بارکر[[98]](#footnote-98)، ترجمه دهقانی و دهقانی،1375). ارتباطات خانوادگی به راه‌های کلامی و غیرکلامی مبادله اطلاعات بین اعضای خانواده، اشاره دارد. ارتباط، افراد را متوجه این مسئله می‌کند که دیگران چه می‌اندیشند و یا چه احساسی دارند و نکته مهم دیگر این است که ارتباط، فقط صحبت کردن نیست، بلکه گوش دادن به دیگران است تا متوجه شویم، آن‌ها چه می‌گویند. ارتباط موثر، تقریباً همیشه در خانواده‌های سالم و قدرتمند مشاهده می‌شود، درحالی‌که ارتباط ضعیف معمولاً در خانواده‌های ناسالم دیده می‌شود. خانواده درمانگران و زوج درمانگران اغلب گزارش می‌کنند که ارتباط ضعیف، وجه مشترک خانواده‌هایی است که مشکل‌دارند. ارتباط ضعیف، مستقیم و روشن نیست و می‌تواند موجب مشکلات خانوادگی بسیار زیادی شود از جمله: تعارضات خانوادگی شدید، شکست در حل مشکلات، فقدان صمیمیت و پیوند عاطفی ضعیف، ارتباط می‌تواند به دو نوع مختلف تقسیم شود: ابزاری و موثر. ارتباط ابزاری، رد و بدل کردن اطلاعات واقعی است که افراد را قادر می‌سازد تا به طور مشترک، عملکرد خانواده رضایت بخشی داشته باشند. ارتباط موثر، راهی است برای شریک ساختن دیگران در عواطف خود، به وسیله تک‌تک افراد خانواده (به نقل از خسروی،1389).

بعضی از متخصصان به محیط‌های ارتباطات خانواده به صورت طرحواره نگاه می‌کنند. این طرحواره ها ساختارهای دانشی هستند که نشان از دنیای درون خانواده دارند که مبنایی برای تعبیر و تفسیر اینکه خانواده‌ها چه می‌گویند و چه می‌کنند، به وجود می‌آورند. طرحواره شامل مجموعه‌ای از عقاید، نگرش‌ها و فلسفه‌ها در مورد زندگی خانوادگی است. هر طرحواره از طریق رفتارهای ارتباطاتی بسیار خاصی مشخص می‌شود. طرحواره های ارتباطات خانواده، توجه، ادراک، حافظه پیام‌ها، برداشت‌های ارتباطاتی ناشی از رفتارها و پیامدهای روانی اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. کلارک و شیلدز[[99]](#footnote-99)(1997) بر این باورند که اعضای خانواده الگوهای ارتباطات را برای سازماندهی خود و شیوه‌های قابل پیش‌بینی رفتار به کار می‌برند. الگوهای ارتباطات خانواده متمایز از یکدیگرند. شناخت این الگوها به شناخت بعضی از جنبه‌های عملکرد خانواده کمک می‌کند. در واقع شناخت انواع مختلف الگوها و سبک‌های ارتباطات خانواده علاوه بر توصیف به پیش‌بینی و توضیح عملکرد خانواده و توصیه‌ها و تجویزهای مربوط به آن هم کمک می‌کند (به نقل از خسروی، 1389).

 **4-4-2 مهارت‌های ارتباطی**

مهارت‌های شناختی نیازمند برقراری ارتباط موثر از قبیل نگاه کردن به فرد در حال تعامل و بررسی فرض‌ها و عقاید در مورد آنچه که اتفاق می‌افتد است (بارک[[100]](#footnote-100)،1994). ریشه کن کردن فرض‌ها یا عقاید لازم نیست و یا ممکن نیست بلکه در عوض تشخیص آن‌ها و فهم این که آن‌ها در این موقعیت کاربرد دارند یا ندارند مهم است. نویسندگان علوم رفتاری پیشنهاد می‌کنند که به طور کلی ارتباط انسان به عنوان هر پیام یا اطلاعاتی در نظر گرفته می‌شود که بین اعضای یک گروه از دو نفر یا بیشتر مبادله می‌شود. این وسیله‌ای برای تعامل اجتماعی است که فرایند انتقال احساس، نگرش‌ها، عقاید حقیقی و ایده‌ها بین افراد است.

هر چند زبان نخستین ابزار ارتباط است اما تنها وسیله ارتباطی نیست. ارتباط غیرکلامی شامل بینایی و تمام سر نخ‌ها و سمبل های غیر زبانی می‌شود که توسط افراد در دادن و گرفتن معانی به‌کاربرده می‌شود. ارتباط بین فردی ممکن است شامل تمام ابزارهایی شود که به وسیله آن افراد بر روی یکدیگر تأثیر می‌گذارند و یکدیگر را درک می‌کنند. ارتباط بین فردی شکل‌های فراوانی دارد و در سطوح هشیار، نیمه هوشیار و ناهشیار مورد تعامل قرار می‌گیرد (بارک،1994). مهارت‌های ارتباطی مجموعه‌ای از توانمندی‌های ذهنی و رفتاری که برقراری ارتباط کارآمد و مناسب منجر می‌شود، کارآمد به معنی دست یافتن به اهداف ارتباط و مناسب به معنی انطباق با شرایط و افراد مختلف است (وود[[101]](#footnote-101)،1379). در این پژوهش مهارت‌های ارتباطی شامل مهارت‌های ارتباط غیرکلامی (گشاده‌رویی، تماس چشمی، رعایت فاصله میان فردی مناسب، لحن صدا، ظاهر فیزیکی مناسب و...) و مهارت‌های ارتباط کلامی (صحبت کردن و گوش دادن) است.

**1-4-4-2 ارتباط کلامی**

ارتباط کلامی به لغات نوشته‌شده یا صحبت شده گفته می‌شود. در ارتباط کلامی، معنا نه فقط از خود کلامات بلکه از روش کنار هم قرار گرفتن آن‌ها به صورت جمله، پاراگراف و...مشتق می‌شود. گروهی از کلمات مانند ترکیب کلمات، ضرب‌المثل ها، کلیشه‌ها، شعارها، معنای ویژه‌ای دارند یا بیش از آنچه واقعاً می‌گویند، معنی می‌دهند (رعیت رکن‌آبادی،1387). مهارت‌های ارتباط کلامی مؤلفه‌های مختلفی دارد که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: تقویت‌های کلامی، مهارت‌های سؤال کردن، انتخاب واژه‌های مناسب.

تقویت کلامی: کانال ارتباطی یکی از منابع نیرومند تقویت است. منظور از تقویت‌کننده‌های کلامی، کلمه‌هایی هستند که فرد برای تشویق رفتارها یا فعالیت‌های دیگران بر زبان می‌آورد و به طور کلی به سه دسته تقسیم می‌شوند که عبارت‌اند از:1) تصدیق/تاکید 2) تحسین/حمایت 3) توسعه پاسخ (هارجی[[102]](#footnote-102) و همکاران، ترجمه فیروز بخت و بیگی،1384).

مهارت‌های سؤال کردن: کول [[103]](#footnote-103) معتقد است که در پرسیدن یک سؤال لازم است که نکاتی رعایت گردد که عبارت‌اند از: 1)از سؤالات باز استفاده شود.اگر سؤال مبهم یا بسته باشد، احتمال کسب اطلاعات بسیار کم است.در این موارد افراد معمولاً با یک بله یا خیر و یا حقایقی از این قبیل پاسخ می‌دهند.بنابراین برای فهم کامل مطلب باید از سؤالات باز استفاده شود.سؤالات باز به پرسشی اطلاق می‌شود که گوینده را به بیان اطلاعات و جزئیات بیشتر ترغیب نماید.2)پرهیز از سؤالاتی که با چرا شروع می‌شود.سؤالاتی نظیر چرا آن کار را کردی؟موجب می‌شود که طرف مقابل حالت تدافعی بگیرد و تمایلی به دادن اطلاعات مورد نیاز نداشته باشد.3)سؤال کردن با بی‌طرفی :اگر فرد به دنبال کسب اطلاعات،عقاید و حقایق باشد،هنگام پرسش باید لحن صدایش کاملاً بی‌طرفانه باشد نه تحریک‌کننده، به این دلیل که شخص مخاطب ابتدا باید احساس آرامش کافی کند تا مایل و قادر به دادن اطلاعات مورد نیاز باشد.لحن بی‌طرفانه همچنین باعث می‌شود که فرد دچار سوءتفاهم نشود. بدین صورت که قادر به حل نکات مهم می‌گردد و می‌تواند به حل کامل موضوع در ذهن خود بپردازد.4)با سؤال ذهن مخاطب روشن و تصریح می‌شود.وقتی که شخص مقابل جمله‌ای مبهم می‌گوید باید به او کمک شود تا توجه بیشتری به نحوه بیان خود داشته باشد.5)پرهیز از سؤالات کاذب،تلفیقی،دوپهلو،کنایه‌ای،امری و فرمایشی.سؤالات تلفیقی،سؤالات جهت‌داری هستند که پاسخ‌های احتمالی را محدود می‌کنند و فرد را به سوی پاسخ دلخواه سؤال‌کننده ترغیب می‌نمایند.مثلاً سؤال تو فکر نمی‌کنی که...؟پاسخ درسته را به دنبال دارد.سؤالات دو پهلو سؤالاتی هستند که به طور غیرمستقیم و ظاهراً بی منظور به صفت‌های یک شخص و یا اشتباهات او اشاره می‌کنند.با سؤالات کنایه‌ای به شیوه‌ای غیرمستقیم و کنایه‌آمیز به طرح سؤال پرداخته می‌شود.سؤالات امری سؤالاتی هستند که تقاضا یا توصیه را به دستوری آشکار یا مسلم تبدیل می‌کنند.(کول،ترجمه ابراهیمی،1383).

**2-4-4-2 ارتباط غیرکلامی**

ارتباط غیرکلامی شامل تمامی جنبه‌های ارتباط به جز کلمات می‌باشد. ارتباط غیرکلامی بسته به بافت ارتباط، اهداف مختلفی را برآورده می‌سازد. ارتباط غیرکلامی می‌تواند به طور کامل جایگزین گفتار شود. رفتارهای غیرکلامی علاوه بر اینکه مکمل گفتار هستند، حالات عاطفی را نیز می‌رسانند. بدیهی است که جملات مختلف، بار هیجانی متفاوتی دارند. مثلاً جمله‌ی "وقت ناهار است" به اندازه‌ی جمله‌ی"پدرم مرده است"بار احساسی ندارد. اما رفتار غیرکلامی بر غنای کلماتی که نشانگر حالت هیجانی افراد هستند می‌افزایند. گاهی رفتار غیرکلامی مخالف و مغایر پیام کلامی است، اما به طور معمول رفتارهای غیرکلامی حاکی از نگرش‌ها، هیجانات و گرایش‌ها ما نسبت به دیگران است. همچنین صرف‌نظر از بار هیجانی مطالب، به ترسیم و توصیف محتوای پیام‌ها کمک می‌کند.

الف) تماس چشمی: اولین تماس ما با دنیای بیرون از طریق حس لامسه صورت می‌گیرد. کارکردهای لمس کردن بستگی به بافت تعامل و رابطه تعامل کنندگان دارد. هسلین[[104]](#footnote-104) (1974) غیر صمیمانه‌ترین تا صمیمانه‌ترین این کارکردها را به صورت زیر دسته‌بندی می‌کند: کارکردی/ حرفه‌ای، اجتماعی/ مؤدبانه، دوستانه/ گرم، عشقی/ صمیمانه و برانگیختگی جنسی، لمس دوستانه/ گرم، نشانه دوستانه بودن رابطه است. این نوع لمس طرفین را تشویق می‌کند تا به ابراز نظر و علاقه بپردازند و با حمایت هیجانی و درک متقابلی که از این طریق برای یکدیگر فراهم می‌آورند رابطه‌ای بسیار پاداش بخش را برقرار کنند (ولدال[[105]](#footnote-105) و دیگران،1986؛ نقل از هارجی و همکاران، ترجمه فیروز بخت و بیگی،1384).

ب) خصایص ظاهری: به نحوه استفاده از پوشش، لباس و سایر اشیاء شخصی که تصویری را از شخص نشان می‌دهد، ظاهر اطلاق می‌شود. ظاهر به عنوان پیام غیرکلامی عمل کرده و می‌تواند پیام‌های کلامی را تأیید یا رد نماید (به نقل از رعیت آبادی،1387).

ج) حرکات یا زبان بدن: اصطلاحی برای موقعیت‌ها و حرکات بدن است. به عبارت دیگر عبارت است از کلیه حرکاتی که با بدن انجام می‌گیرد (وود، ترجمه فیروزبخت،1379). به طور کلی حرکات را می‌توان در قالب 1) وضعیت بدن 2) تماس چشمی 3) حالات چهره 4) ژست‌ها، مورد بحث قرارداد.

1-وضعیت بدن: منظور از وضعیت بدن در ارتباطات میان فردی، حالت ایستاده و نشسته است. وضعیت بدن می‌تواند معرف پایگاه، نگرش‌های مثبت یا منفی و سطح هیجانات و تمایلات باشد. کسی که نشسته و به جلو خم شده در مقایسه باکسی که خود را به عقب می‌کشد نگرش مثبت تری به موضوع بحث دارد، در هنگام ایستادن نیز وقتی افراد رو در روی یکدیگر می‌ایستند، نسبت به موضوع بحث نگرش مثبت تری دارند تا وقتی روی خود را به طرف دیگری بر می‌گردانند (سیگل[[106]](#footnote-106)،1980؛ نقل از هارجی و همکاران؛ ترجمه فیروزبخت و بیگی،1384).

2-تماس چشمی: تماس چشمی اثربخش بیانگر میل و علاقه به گوش کردن است. این کار شامل تمرکز آرام چشم بر گوینده و تغییر گاه به گاه مسیر چشم از صورت او به بخش‌های دیگر بدن مثل دست در حال حرکت و سپس برگرداندن نگاه به صورت تا برقراری مجدد تماس چشمی می‌باشد. تماس چشمی ضعیف هنگامی روی می‌دهد که شنونده نگاه خود را از گوینده بر می‌گیرد یا به شکل ثابتی و مات به او خیره می‌شود و یا به محض اینکه گوینده او را نگاه می‌کند، او به جای دیگری می‌نگرد (بولتون[[107]](#footnote-107)، ترجمه سهرابی،1384).

چشم‌ها اطلاعات بسیار مهمی را در زمینه روابط ما با اشخاص دیگر انتقال می‌دهند. چشم‌ها در خوشی برق می‌زنند، در غمگینی قرمز و اشک‌آلود می‌شوند و در عصبانیت خشمگینانه خیره می‌گردند. آن‌ها عشق و اعتماد، صمیمی نبودن و قطع ارتباط را منتقل می‌نمایند. (هنرپروران،1386؛ نقل از خسروی،1389).

3-حالات چهره: چهره اطلاعات فراوانی در خصوص حالات هیجانی دیگران به ما می‌دهد. برخی از نظریه‌پردازان می‌گویند حالات چهره بعد از زبان، مهم‌ترین منبع اطلاعاتی است (هارجی و همکاران، ترجمه فیروزبخت و بیگی،1384).

4-ژست‌ها: فلدمن[[108]](#footnote-108) و دیگران (1981) بین ژست‌هایی که با گفتار همراه‌اند (نشانگرها) و برای توضیح اشیاء یا رویدادها بکار می‌روند و ژست‌هایی که متوجه خود هستند، تمایز می‌گذارند. آن‌ها معتقدند ژست‌های دستی همراه گفتار برای نشان دادن نکات مورد تاکید به کار می‌روند. ژست‌های دستی به تسهیل صحبت نیز کمک می‌کنند (هارجی و همکاران، ترجمه فیروزبخت و بیگی،1384).

5-پیرا زبان: پیرا زبان یعنی هر آنچه که پس از کنار گذاشتن محتوای کلامی در گفتار باقی می‌ماند. اگر بخواهیم تعریف قالبی از زبان ارائه دهیم باید بگوییم زبان یعنی آنچه گفته می‌شود، پیرا زبان به نحوه‌ی بیان این گفته‌ها اطلاق می‌شود (هارجی و همکاران، ترجمه فیروبخت و بیگی،1384). پیرا زبان شامل اصواتی چون زمزمه‌ها، نفس‌نفس زدن و ویژگی‌های این اصوات مثل بلندی، ضرب آهنگ، زیر و بم آهنگ است. پیرا زبان شامل نحوه‌ی تلفظ کلمات، لحن و درجه‌ی پیچیدگی جملات نیز می‌باشد.

اصوات ابزار چندمنظوره ای هستند که به دیگران می‌گویند که چطور رفتار و سخنان فرد دیگر را تفسیر کنند. این خصوصیات اصوات است که به دیگران علامت می‌دهد که سخنان فرد را به عنوان شوخی، تهدید، حقیقت و یا پرسش تلقی کنند (وود، ترجمه فیروز بخت،1379).

 **5-4-2 موانع ارتباطی**

به رفتارها و پاسخ‌هایی که ارتباط را به سرعت مختل می‌نمایند و فرد را به سوی حدس و گمان و سوءتفاهم، رنجش و در نتیجه مختل کردن کامل ارتباط هدایت می‌کند، موانع ارتباطی می‌گویند. مهم‌ترین خطاهای ارتباطی عبارت‌اند از: انتقاد، نام‌گذاری، تشخیص گذاری، ستایش همراه با ارزیابی، دستور، تهدید، اخلاقی سازی، پرسش‌های زیاد و نامناسب، نصیحت کردن، منحرف‌سازی، بحث منطقی و اطمینان آفرینی (بولتون، ترجمه سهرابی،1384). موانع درونی یا ذهنی زمانی به وجود می‌آید که نتوانیم واقعیت‌های بیرونی را به همان شکلی که اتفاق می‌افتد درک کنیم. هر چه باورها و عقاید و به طور کلی ساختارهای ذهنی ما منعطف تر باشد و بتواند به طور مناسب با شرایط و موقعیت‌ها تغییر کند به همان میزان احتمال درک واقعی رویدادها بیشتر شده، امکان خطاهای شناختی نیز کمتر خواهد شد. سدها و موانع ارتباطی پاسخ‌هایی است که اثر منفی بر ارتباط می‌گذارند. هر مانع علاوه بر اینکه یک مسدودکننده احساس است، می‌تواند به آسیب دائمی رابطه نیز منجر شود (هنرپروران،1386؛ به نقل از خسروی،1389). مانع ارتباطی عاملی است که معنای یک رویداد مهم را از آن می‌گیرد، دوازده سد ارتباطی وجود دارد که می‌توان آن‌ها را به سه مقوله اصلی تقسیم کرد:

1. قضاوت

انتقاد: ارزیابی از فرد و اعمال و نگرش‌های او"تو خودت باعث این مشکل شدی"

نام‌گذاری: خوار و خفیف کردن و یا دان یک عنوان کلیشه‌ای به شخص"عجب آدم خنگی"

تشخیص گذاری: تجزیه و تحلیل رفتار فرد و بازی کردن نقش یک روانشناس مبتدی"ذهنت را مثل یک کتاب می‌توان بخوانم"

ستایش همراه با ارزیابی: قضاوت مثبت در مورد شخص و اعمال و نگرش‌های او. ستایش اغلب به عنوان شعاری پوچ برای وادار کردن مردم به تغییر رفتارهایشان و با اهداف پنهانی به کار می‌رود.

2. ارائه راه حل

دستور دادن: دادن دستور انجام کاری به فرد که مایلید انجام شود"همین الان فلان کار را انجام بده"

تهدید: تلاش برای کنترل اعمال و رفتار طرف مقابل از طریق هشدار دادن در مورد پیامدهای منفی آنچه برایش تدارک دیده‌اید آن کار را می‌کنی یا..."

اخلاقی سازی: بیان این نکته که فرد باید چه کاری را انجام دهد و موعظه کرد او"شما نباید طلاق بگیرید..."

پرسش‌های زیاد و نامناسب: سؤال‌ها پاسخ بسته که معمولاً می‌توان با کلماتی کوتاه و مختصر به آن‌ها پاسخ داد"آیا به خاطر این حادثه متأسفی؟"

نصیحت کردن: نشان دادن راه حل مشکل فرد به او"اگر من جای تو بودم..."

3. اجتناب از نگرانی‌های طرف مقابل

منحرف‌سازی: کنار زدن مشکلات فرد از طریق ایجاد حواس‌پرتی،"این قدر به این موضوع فکر نکن، بگذار در مورد چیزهای بهتری حرف بزنیم"

بحث منطقی:تلاش برای متقاعد کردن فرد با توسل به حقایق یا منطق و معمولاً بدون در نظر گرفتن عامل هیجانی مربوط "واقع‌بینانه فکر کن"اگر آن ماشین را نخریده بودی می‌توانستیم قسط خانه را بدهیم"

اطمینان آفرینی: تلاش برای متوقف کردن هیجان‌های منفی فرد"نگران نباش، عاقبت مسائل با خیر و خوشی تمام می‌شود (بولتون، ترجمه سهرابی،1384).

**6-4-2 تاریخچه الگوهای ارتباطی خانواده**

پژوهشگران سعی داشتند تا ارتباط خانوادگی را تعریف کنند و ارتباطات خانواده را به سبک‌ها و الگوهایی طبقه‌بندی کنند (فیتز پاتریک[[109]](#footnote-109)، ریچی[[110]](#footnote-110)،1994؛ به نقل از کلی و همکاران[[111]](#footnote-111)،2002). به طور کلی الگوهای ارتباطی خانواده به عنوان یک سازه بادوام با کارهای (مک لئود و همکاران[[112]](#footnote-112)،1998، جفی و همکاران،2003) آغاز شده است (کوستن[[113]](#footnote-113)،2004). جفی و استون اولین کسانی هستند که از اصطلاح جهت گیری-اجتماعی و جهت‌گیری مفهومی به عنوان دو الگوی ارتباطی خانواده استفاده کردند (کوستن،2004). آن‌ها معتقدند که در الگوی خانوادگی با جهت‌گیری اجتماعی، والدین به طور مکرر اصرار دارند که کودکان باید از کشمکش‌های اجتماعی اجتناب کنند، از بحث کردن و درگیری و دشمنی با دیگران اجتناب ورزند و ملاحظه بزرگ‌ترها را بکنند و در کل از مشکلات بین فردی دوری کنند.

بر عکس در خانواده‌های با جهت‌گیری مفهومی به تمام جوانب توجه می‌کنند و به کودکان اجازه می‌دهند که عقایدشان را بیان کنند حتی اگر با نظر دیگران مخالف باشن. کودکان در این نوع خانواده‌ها تشویق می‌شوند تا تمام جوانب را در تجزیه و تحلیل عقایدشان در نظر بگیرند و تشویق می‌شوند تا با دیگران مباحثه کنند. بر عکس در الگوی جهت‌گیری اجتماعی بر قدرت والدین تاکید می‌شود. در جهت‌گیری اجتماعی تلاش برای حفظ و نگهداری همگون و همساز والد فرزندی می‌باشد. در خانواده‌های با گرایش اجتماعی والدین تاکید دارند که فرزندان باید از تعارض و مغایرت با جمع اجتناب ورزند و به جای بحث و مباحثه و ابراز عقاید مخالف با دیگران، تسلیم آن‌ها شوند، به بزرگ‌ترها احترام بگذارند و جلوی مسائل بین فردی را بگیرند (استون و جفی،1970؛ به نقل از کوستن،2004). این مدل الگوی ارتباطی خانواده توسط تعدادی از محققان تجدیدنظر شده است ریچی (به نقل از کوستن،2004) یک مدل الگوی ارتباطی خانواده با دو بعد جدید مطرح می‌کند. الگوی خانوادگی با جهت‌گیری گفت و شنود، به جای جهت‌گیری مفهومی و جهت‌گیری مفهومی و جهت‌گیری همنوایی به جای جهت‌گیری اجتماعی ارائه داد.

این مدل الگوی ارتباطی خانواده توسط فیتز پاتریک و ریچی (1994) گسترش یافت و محیط ارتباط خانوادگی را مجموعه‌ای از قواعد که تعادل بین اهداف ارتباط و ارتباط را کنترل می‌کند، تعریف کردند. ریچی و فیتز پاتریک ابزار الگوی ارتباطی خانواده را تجدیدنظر کردند (RFCP) و در واقع یک تجدیدنظر و تفسیر دوباره بر روی کارهای اصلی که توسط مک لئود و جفی صورت گرفته، انجام دادند (به نقل از کلی و همکاران،2002)..

فیتزپاتریک و ریچی (1994) اظهار داشتند که ارتباطات خانوادگی را می‌توان بر روی یک پیوستار به دو بعد تقسیم کرد: جهت‌گیری گفت و شنود و جهت‌گیری همنوایی (به نقل از کلی و همکاران،2002).

الف) مفهوم جهت‌گیری گفت و شنود: اولین بعد اساسی ارتباطات خانواده جهت‌گیری گفت و شنود و مکالمه است. منظور از جهت‌گیری گفت و شنود این است که خانواده‌ها تا چه حد شرایطی را فراهم می‌سازند که در آن تمام اعضای خانواده تشویق به شرکت آزادانه و راحت در تعامل، بحث و تبادل‌نظر درباره طیف وسیعی از موضوعات شوند. اعضای خانواده‌هایی که دارای جهت‌گیری گفت و شنود زیاد هستند، آزادانه، به طور مکرر و خودانگیخته با یکدیگر تعامل می‌کنند؛ بدون اینکه از نظر موضوعات را مورد بحث با زمان صرف شده در تعامل محدودیت زیادی داشته باشند. آن‌ها دامنه وسیعی از موضوعات مورد بحث و تبادل‌نظر قرار می‌دهند و فعالیت‌ها، افکار و احساسات شخصی خود را با یکدیگر در میان می‌گذارند. افراد خانواده با همفکری هم تصمیمات مربوط به خانواده را اتخاذ می‌کنند. در ارتباط با جهت‌گیری گفت و شنود این عقیده وجود دارد که لازمه زندگی خانوادگی پربار و لذت‌بخش، داشتن ارتباطات آزاد، راحت و مکرر است. خانواده‌هایی که چنین عقیده‌ای دارند برای در میان گذاشتن عقاید خود با یکدیگر ارزش قائل‌اند. والدین چنین خانواده‌هایی ارتباطات مکرر خود را با فرزندان را وسیله مهم برای تربیت کردن و اجتماعی کردن آنها می‌دانند. بر عکس خانواده‌هایی با جهت‌گیری گفت و شنود کم معتقدند، تبادل مکرر، آزاد و راحت عقاید و ارزش‌ها به طور کلی برای خانواده و به ویژه برای تربیت و اجتماعی کردن فرزندان ضرورتی. زمانی که پیامی ارائه می‌شود، فرزندان خانواده‌های با جهت‌گیری گفت و شنود زیاد بیشتر تحت تأثیر کیفیت بحث و تبادل‌نظر (یعنی ساختار و کیفیت شواهد حمایت‌کننده) قرار می‌گیرند (کوستن،2004).

ب) مفهوم جهت‌گیری همنوایی: جهت‌گیری همنوایی به این معناست که ارتباطات خانواده تا چه حد شرایط همسان بودن نگرش‌ها، ارزش‌ها و عقاید را مورد تاکید قرار می‌دهد. خانواده‌هایی با جهت‌گیری همنوایی زیاد، در تعاملات خود بر همسانی عقاید و نگرش‌ها تاکید دارند. تعاملات آن‌ها بر همگونی، اجتناب از تعارض و وابستگی متقابل اعضای خانواده به یکدیگر متمرکز است. در این خانواده‌های ارتباطات بین دو نسل، منعکس‌کننده حرف‌شنوی از والدین و دیگر بزرگسالان است (کوستن،2004). در صورتی که تعاملات خانوادگی با جهت‌گیری همنوایی کم، بر اهمیت دادن به نگرش‌ها و عقاید همگن، فردیت و استقلال اعضای خانواده تمرکز دارد و ارتباطات بین دو نسل منعکس‌کننده برابری اعضای خانواده است. در این جهت‌گیری معمولاً فرزندان در تصمیم‌گیری دخالت دارند (مک لئود و جفی،1974؛ به نقل از خسروی،1389).

جهت‌گیری همنوایی زیاد با ساختار خانواده‌هایی سنتی ارتباط دارد. یعنی، خانواده‌هایی که منسجم و دارای سلسله‌مراتب هستند. در چنین ساختاری اعضای خانواده در مقایسه با روابط بیرون از خانواده برای روابط درون خانواده، اهمیت بیشتری قائل هستند. آن‌ها توقع دارند منابعی از قبیل پول، فضا و مکان در بین اعضای خانواده تقسیم شود. اعضای خانواده از یکدیگر انتظار دارند تا نسبت به علایق خانواده، علایق خود را در درجه دوم اهمیت قرار دهند. در این خانواده‌ها از فرزندان انتظار می‌رود تا مطابق با خواسته‌های والدین رفتار کنند و زمانی که پیامی ارائه می‌شود، فرزندان خانواده‌های با جهت‌گیری همنوایی زیاد بیشتر تحت تأثیر وضعیت اجتماعی منبع پیام قرار می‌گیرند (کوستن،2004).

بر عکس خانواده‌هایی با جهت‌گیری همنوایی کم به ساختار خانواده سنتی اعتقادی ندارند. آن‌ها معتقدند روابط بیرون از خانواده به اندازه روابط درون خانواده مهم هستند. خانواده‌ها بایستی رشد شخصی اعضای خانواده را تشویق کنند، حتی اگر این کار منجر به شکل‌گیری روابط قوی آن‌ها در بیرون از خانواده و تضعیف ساختار خانواده شود. این خانواده‌ها با استقلال اعضای خانواده بها می‌دهند. برای حریم شخصی ارزش قائل‌اند و علایق شخصی نسبت به علائق خانواده، در درجه اول اهمیت قرار دارد (فیتز پاتریک،2004).

 **7-4-2 روابط والد-فرزند**

مطالعات نشان داده‌اند که رابطه والد-فرزند یک عامل حیاطی برای سازگاری روان‌شناختی فرزندان است. وقتی از رابطه والد-فرزند بحث می‌شود، بسیاری از مواقع تعریف رابطه والد-فرزند به روشنی ساختار داده نشده، عناصر و جنبه‌های روابط والد-فرزند به خوبی تعریف نشده است. هنگام بحث کردن رابطه والد-فرزند، اصطلاحاتی مانند سلامتی یا دلبستگی، پیوند (نقل از لی[[114]](#footnote-114)،2007) بکار برده می‌شود. مطالعات تجربی کیفیت روابط والد-فرزند را این‌گونه تعریف کرده‌اند: احساس باز بودن میان والدین و فرزندان، درجه باز بودن، میزان ارتباط و بحث (باربر[[115]](#footnote-115)،1994؛ نقل از لی،2007). مشکل و تعارض درک شده میان والدین و بچه‌ها، احساس طرد شدن به وسیله والدین، دشمنی/پرخاشگری میان والدین و فرزندان، درجه علاقه نشان داده‌شده به وسیله والدین و زمان صرف شده با والدین (لی،2007؛ به نقل از موسوی،1389).

در بسیاری از موارد، والدین و نوجوانان باورهای متناقضی در مورد هم دارند، برای مثال والدین معتقدند که بر خلاف نظر فرزندان نوجوانشان، بیش از آنچه فرزندانشان فکر می‌کنند، با آن‌ها در تعامل‌اند. همچنین نوجوانان معمولاً والدین خود را سهل گیر یا خودکامه می‌دانند، درحالی‌که والدین خود را وقت در و خونگرم به شمار می‌آورند (اصمتانا[[116]](#footnote-116)،1995). نوجوانی دوره افزایش فشار برای حل مشکل و تصمیم‌گیری شخص است. در طول این دوره نوجوانان باید تصمیمات مهم دوران زندگی خود را درباره‌ی شغل، سلامت، رفتارهای پرخطر و تحصیل بگیرند. عبور از این دوره می‌تواند برای نوجوانان و والدین آن‌ها دوران سختی باشد (جنکینز[[117]](#footnote-117)،2007). یکی از مشکلات در روابط خانوادگی یک طرفه بودن ارتباط و تحکم و تسلط یکی از اعضای خانواده است. باید به نوجوان اجازه داده شود تا به صورت منطقی با مسائل برخورد کند. این کار مستلزم برخورد منطقی و درست والدین با آن‌هاست. بدون وجود یک رابطه منطقی و درست در رفتار والدین و نوجوان، زندگی برای دو طرف تحمل‌ناپذیر و سخت خواهد شد (احمدی،1382).

خانواده‌های دارای نوجوانان با مشکلات رفتاری، مشکلات متعددی در تعاملات با یکدیگر دارند، این خانواده‌ها عموماً از تعاملات خوشایند و مثبت برخوردار نیستند و در ارتباط و گفتگو دچار تنش عصبی، ابهام در ارسال پیام‌ها، گوش نکردن و قطع کردن حرف دیگران، تحقیر و سرزنش یکدیگر می‌شوند. برای برقراری یک ارتباط خوب باید بتوانیم مشکلات ارتباطی خانواده را حل و تضادها را برطرف کنیم. در این خانواده‌ها اغلب اگر یکی از افراد خانواده رفتار منفی از خود نشان دهد، افراد دیگر نیز پاسخی شبیه آن می‌دهند و بدین ترتیب زنجیره‌ای از تعاملات منفی پیشرونده آغاز می‌شود. مرحله اول برای بهبود تعاملات و ارتباطات در خانواده، شناسایی و توضیح ارتباطات منفی و مثبت است (امامی و محمدی،1383). والدین به جای اینکه درک کنند که این دوره از زندگی 10 تا 15 سال طول می‌کشد، اغلب انتظار دارند نوجوانشان یک شبه بالغ شود. معمولاً والدینی که تشخیص می‌دهند این انتقال احتیاج به زمان دارد، بیشتر از آن‌هایی که خواستار رعایت فوری قوانین هستند، می‌توانند با آرامش با نوجوان خود برخورد کنند (بکتاش و همکاران،1384). نوجوانان معتقدند والدین وظایف بیش از اندازه‌ای که لازم است بر آن‌ها تحمیل می‌کنند، به نظر می‌رسد اواخر دوران نوجوانی زمانی است که تعارضات کاهش‌یافته و کمتر از اوایل یا اواسط دوران نوجوانی در روابط والد-نوجوان دیده می‌شوند. به نظر می‌رسد والدین در اواسط و اواخر دوران نوجوانی کمتر کنترل گر و متعارض با نوجوانان‌اند.

 **8-4-2 الگوهای ارتباطی در خانواده**

ارتباط روشن و موثر بین اعضای خانواده موجب رشد احساسات و ارزش‌ها می‌شود و سنگ زیربنای خانواده سالم و موفق است. نوع نظام خانواده و الگوهای ارتباطی آن اثر مهمی بر اعضاء خانواده دارد. زیرا شخصیت، یادگیری، اعتمادبه‌نفس، قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری منطقی افراد، همه به نوع اطلاعات و نحوه انتقال آن بین اعضای خانواده وابسته است (به نقل از خسروی،1389). از نظر نظریه‌پردازان تبادل پیام/ تعامل نگر، کل رفتار نوعی تبادل پیام است. درست همان طور که آدمی نمی‌تواند رفتار نکند، قادر هم نیست که تبادل پیام نداشته باشد. هر پیامی دارای یک جنبه محتوایی (گزارش) و یک جنبه ارتباطی (دستور) است. یعنی هر پیام‌رسانی چیزی بیش از انتقال اطلاعات است و رابطه بین پیام‌رسانان را نیز تعیین می‌کند. روابط تحت تأثیر پیام‌های دستوری هستند. این پیام‌ها برای تثبیت روابط و تعریف قواعد خانوادگی، الگوهای تنظیم‌کننده‌ای را به دست می‌دهند. در عمل این قواعد به حفظ تعادل خانواده می‌انجامند. شیوه پیام‌رسانی خانواده بیانگر احساس ارزش شخصی اعضای آن است. پیام‌رسانی بد کار یا ناکارآمد (غیرمستقیم، مبهم، ناقص، تصریح نشده، غیر دقیق، تحریف‌شده، نامناسب، ناهمخوان) شاخص نظام خانوادگی بدکار به شمار می‌آیند. هر کس وقتی تحت فشار روانی قرار دارد، در ارتباطی که با شخص دیگری برقرار می‌سازد به یکی از این پنج شیوه زیر پیام خود را منتقل می‌کند. این سبک‌ها علاوه بر رفتار کلامی از طریق وضعیت بدنی و زبان بدن بیان می‌شوند.

1-سنخ آرام‌کننده: اعمالی ضعیف، محتاط و متواضع دارد. موافق دیگران است، پوزش می‌خواهد و می‌کوشد باب میل دیگران باشد.

2-سنخ سرزنشگر: بر دیگران سلطه گر می‌شود، دائماً از آن‌ها خرده می‌گیرد و به گونه‌ای حق‌به‌جانب دیگران را علامت می‌کند.

3-سنخ بسیار عاقل یا ابر معقول: موضعی انعطاف‌ناپذیر اتخاذ می‌کند، فاصله خود را با دیگران حفظ می‌کند، آرام و خونسرد است و درعین‌حال که می‌کوشد از لحاظ عاطفی با دیگران قاطی نشود، به صورت عقلی به هر چیز نزدیک می‌شود.

4-سنخ بی‌ربط گو: حواس دیگران را پرت می‌کند و به نظر می‌رسد که قادر به برقراری ارتباط با اموری که در جریان هستند، نیست.

5-سنخ پیام‌رسان: فقط سنخ پیام‌رسان همخوان است که در بافت مناسب به ارسال پیام‌های واقعی، صادق و مسئولانه سر راست و مستقیم (و نه پیام‌هایی که بن بست دوسویه به وجود می‌آورند یا سردرگم) می‌پردازد (ستیر[[118]](#footnote-118)، به نقل از گلدنبرگ و گلدنبرگ، ترجمه حسین شاهی، نقشبندی،1386).

 **9-4-2 انواع الگوهای ارتباطات خانواده**

ترکیب دو بعد جهت‌گیری گفت و شنود و جهت‌گیری همنوایی، چهار طرحواره ارتباطات خانوادگی را شکل می‌دهد، که الگوهای ارتباطات خانواده خوانده می‌شوند (فیتزپاتریک و ریچی، 1994). هر الگو نوع خاصی از خانواده‌ها را توصیف می‌کند. این چهار نوع الگو یا چهار نوع خانواده از ترکیب وضعیت‌های زیاد با کم بر روی پیوستارهای دو بعد جهت‌گیری گفت و شنود و جهت‌گیری همنوایی حاصل می‌شوند و عبارت‌اند از: خانواده‌ی توافق کننده، خانواده‌ی کثرت‌گرا، خانواده‌ی حمایت گر و خانواده بی‌قید. خانواده‌های توافق کننده، گفت و شنود و همنوایی بالایی دارند. در چنین خانواده‌هایی از یک سو علاقه به ارتباطات باز و کشف عقاید تازه و از سوی دیگر حفظ سلسله‌مراتب موجود، اهمیت دارد. والدین ضمن علاقه وافر به فرزندان و اظهار نظراتشان، خودشان تصمیم‌گیرنده نهایی خانواده محسوب می‌شوند.

خانواده‌های کثرت‌گرا، گفت و شنود بالا و همنوایی کم دارند. موضوعات به صورت باز و سر گشاده مطرح می شوندو همه‌ی اعضای خانواده در گفتگوها شرکت دارند. والدین ضرورتی برای کنترل فرزندان با تصمیم‌گیری‌های خانواده شرکت داشته باشند. خانواده‌های حمایت گر، گفت و شنود کم و همنوایی بالایی دارند. در این خانواده‌ها بر اطاعت از مرجعیت و صاحب اختیاری والدین تاکید می‌شود و به تفکر، تعقل و ارتباطات باز اهمیت چندانی داده نمی‌شود. والدین معتقدند آن‌ها باید برای خانواده و فرزندانشان تصمیم بگیرند و دلیلی نمی‌بینند در مورد تصمیمات خود توضیحی به فرزندانشان بدهند. خانواده‌های بی‌قید، گفت و شنود و همنوایی پایینی دارند. میزان تعاملات بین اعضای خانواده کم است و معمولاً تنها تعداد محدودی از موضوعات مورد بحث و تبادل‌نظر قرار می‌گیرد. والدین معتقدند تمام اعضای خانواده باید قادر به تصمیم‌گیری باشند، اما بر خلاف خانواده‌های کثرت‌گرا به تصمیمات فرزندان خود و برقراری ارتباط و محاوره با آن‌ها علاقه‌ای نشان نمی‌دهند.

 **10-4-2 نوجوانی**

نوجوانی انتقال از مرحله‌ی آخر کودکی به مرحله بالندگی و کمال است؛ یا دوره‌ای از جریان تدریجی زندگی را نوجوانی می‌گویند که با تحول عمیق در جسم و روان و قدرت تجسم و تخیل زیادی همراه است.

سازمان بهداشت جهانی، دوره‌ی نوجوانی را زا 10 تا 15 سالگی و دوره‌ی جوانی را از 16 تا 25 سالگی تخمین زده است. (اکبری،1387).

مراحل نوجوانی و مسائل مربوط به آن

1-دوران اولیه‌ی نوجوانی (13-11)

* سازگاری با تغییرات دوران بلوغ
* آموختن کاربرد توانایی‌ها شناختی تازه
* یافتن جایی در میان همسالان
* کنار آمدن با انتظارات مربوط به جنسیت

2-اواسط دوران نوجوانی (16-14)

 - کنار آمدن با مسائل مربوط به بلوغ جنسی

- گرفتن تصمیمات اخلاقی تازه

- ایجاد روابط تازه با همسالان

- تعادل بین خودمختاری و مسئولیت‌پذیری

3-اواخر دوران نوجوانی (19-17)

* انسجام هویت
* تجربه‌ی صمیمیت
* ترک خانه (می‌کوچی[[119]](#footnote-119)؛ ترجمه یاسایی،1383).

**1-10-4-2 نوجوانی و ارتباط با همسالان**

دوره بلوغ همواره دوره تنهایی بوده است. بدون توجه به تعداد دوستانی که نوجوانان دارد، او همیشه در درون خود احساس خلأ می‌کند. ساختار شناخت نوظهور نوجوانان در سن بلوغ، آنان را به اندیشیدن به خود وا‌می‌دارد. این احساس تنهایی که به مراحل رشد مربوط می‌شود، نوجوانان را بر آن می‌دارد که با همسالان خود ارتباط برقرار کند. بنابراین دوست‌ها در این دوره بر اساس یک نیاز اجتماعی شکل می‌گیرد. معمولاً نوجوان تازه بالغ به دوستان خود وفادار است تا جایی که هیچ انتقادی را درباره دوستانش نمی‌پذیرد. در غالب موارد گروه‌های همسالان و دوستان نوجوان به قدری در حیات او نقش دارند که والدین برای القای نظر خود از دوستان نوجوان یاری می‌جویند. یکی از دلایل دوستی‌ها و رفاقت‌ها و پناه بردن به گروه همسالان در این دور، مشابهت مشکلات آنان است. بنابراین بودن در کنار آنان و بیان راز دل به دوستان، سبب آرامش روحی و تقلیل کشمکش‌های روانی می‌شود. عملکرد گروه همسالان را می‌توان به صورت زیر بیان می‌کند:1) جانشین شدن برای خانواده 2) منبع احترام شخص 3) منبع ثبات و استواری در زمانی که دوره تحول و انتقال است. 4) صبری در مقابل فشار بزرگسالان

5) منبع قدرتی که فرد طرز رفتار خود را از آنها می‌گیرد 6) الگویی برای رشد اجتماعی، اخلاقی، عاطفی و ذهنی. بنابراین با توجه به نقش مهم و سازنده همسالان، لازم است خانواده و مدرسه زمینه عضویت و حضور نوجوانان را در گروه‌ها و تشکل‌های دانش‌آموزی و محلی فراهم نمایند تا روابط اجتماعی را تجربه کنند. بعضی از نوجوانان به دلیل احساس خطاکاری و اشتباه و یا احساس بی‌ارزشی و ترس از برخورد با دیگران و نداشتن مهارت‌های اجتماعی، انزوا و گوشه‌گیری را بر معاشرت با دوستان ترجیح می‌دهند، که در این صورت آموزش مهارت‌های ارتباطی و ترتیب دادن جلسات گروهی از سوی والدین می‌تواند به نوجوان کمک کند تا در جمع حاضر شود و ابراز وجود کند. هرگونه سخت‌گیری و بی‌توجهی والدین در این مورد به شخصیت اجتماعی نوجوان آسیب وارد می‌کند و او را با بحران رو به رو می‌سازد. بنابراین پدر و مادر باید با دقت و حساسیت خاص، روابط فرزند خود را با دوستانش تحت کنترل و نظارت قرار دهند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که نوجوانان اولین قدم‌های انحراف و تباهی را به کمک دوستان ناباب برداشته، سپس در سراشیبی سقوط قرارگرفته‌اند.

البته اعمال نظارت باید به گونه‌ای باشد که به حساسیت منفی فرزندان نینجامد و آن‌ها را به لجاجت وا‌ندارد، زیرا در این صورت نوجوان بیشتر به طرف دوستان نااهل سوق داده می‌شود (اکبری،1387).

مشخصه اوایل نوجوانی این است که همسالان برای نوجوانان اهمیت بسیاری پیدا می‌کنند. کودک پیش از دوران بلوغ دوستانی دارد ولی تأیید و توجه بزرگسال برای او اولویت دارد. بعد از بلوغ این تعادل تغییر می‌کند.

کودک در اوایل دوران نوجوانی خود را وارد گروه همسالان می‌کند، به نحوی که والدین احساس می‌کنند درگیر نبردی با همسالان نوجوان هستند تا بتوانند توجه و دقت نوجوان را قدر به خود اختصاص دهند و والدین در این نبرد بازنده‌اند. گروه همسال زمینه آموزش را فراهم می‌کنند تا نوجوان بتواند مهارت‌ها، دوستی‌ها و صمیمیت‌های دوران بزرگسالی را پایه‌ریزی کند. همچنین گروه همسال نوجوان را مجهز به چارچوبی موقتی می‌کند تا بر اساس آن هویت خود را شکل دهد. علاوه بر این گروه همسال، واسطه فرایند جدا شدن از خانواده اصلی است. در واقع گروه همسال جانشین خانواده اصلی می‌شود تا نوجوان بتواند بر اساس آن استقلال را تجربه کند. از این رو پذیرفته شدن از جانب گروه همسال برای نوجوان از نظر روانی اهمیت حیاتی دارد. ولی نوجوان معتقد است که پذیرفته شدن مستلزم همسازی است. از این رو، در اوایل نوجوانی همسازی نوجوان با گروه همسالان به حداکثر می‌رسد، اما بعد از 14 سالگی رو به کاهش می‌گذارد. این واقعیت است که بیشتر والدین فرزندان خود را تشویق می‌کنند تا روابط خود را با دوستانشان گسترش دهند و اوقات بیشتری را با آنان بگذرانند. گذراندن بیشتر اوقات در بیرون از محیط خانواده به نوجوانان این امکان را می‌دهد تا آنان به کشف دنیای روابط غیر خانوادگی بپردازند (می‌کوچی،1998؛ ترجمه یاسایی،1383).

 **2-10-4-2 تحول بهنجار و نابهنجار در دوره نوجوانی**

 در ابتدای نوجوانی، رشد شناختی کودکان و نوجوانان غالباً تا مرحله‌ای پیشرفت کرده است که به آن‌ها اجازه می‌دهد تا سطوح عمیق تری از تفکر انتزاعی و تحلیلی را داشته باشند نوجوانان، تبیین‌های بزرگسالان را به همان میزان که در اوایل کودکی می‌پذیرفتند، قبول نمی‌کنند. نوجوانان حالا به ایجاد تفسیرات بدیل و راه‌حل‌های بدیل برای مشکلات پرداخته و این راه‌های بدیل را برای خود ارزشیابی می‌کنند. این موضوع معمولاً همراه است با گرایش تازه‌ای برای به زیر سؤال بردن اقتدار. بعضی از سؤالاتی که نوجوانان در مورد قواعد و مقررات می‌پرسند و حتی سرکشی، تمرد و امتناع از همرنگی با خواسته‌ها و تقاضاهای مدرسه یا والدین به عنوان رشد بهنجار مورد توجه قرار می‌گیرند. اما وقتی سرکشی و تمرد به طور جدی رشد بعدی را تهدید کند، برای مثال از طریق ممانعت از پیشرفت تحصیلی یا از طریق تداخل با رشد بسنده و رضایت آمیز روابط مطلوب اجتماعی با همسالان، احتمال بروز اختلالات عاطفی و رفتاری افزایش می‌یابد.

روان‌شناسان تحولی پنج تقاضا یا تکلیف تحولی مهم را در سال‌های نوجوانی مشخص کرده‌اند که باید نوجوانان در آن‌ها تسلط یابند تا بتوانند به طور موفقیت‌آمیز به بزرگسالی انتقال یابند. این پنج وظیفه عبارت هستند از:

1) کسب استقلال از والدین

2) سازگاری با تغییرات روانی-جنسی و فیزیکی دوران بلوغ

3) رشد و بسط و توسعه نظام ارزش‌ها و احساس هویت

4) ایجاد و روابط کارآمد و موثر با همسالان و

5) آماده شدن برای شغل یا حرفه (کانگر[[120]](#footnote-120)،1977؛ به نقل از خدایاری فرد،1380).

 **3-10-4-2 مشکلات دوره نوجوانی**

1-کشمکش بین استقلال و وابستگی: با توجه به اینکه این دوره، حد فاصل دوران کودکی و بزرگسالی است، از دست دادن حمایت‌های بی‌قید و شرط والدین برای کسب احساس استقلال از یک طرف و لذت مورد حمایت و پشتیبانی آن‌ها بودن و همان طور کودک ماندن و بدون زحمت و دردسر، همیشه مورد محبت قرار گرفتن از طرف دیگر، در نوجوان کشمکش درونی ایجاد می‌کند و جنگ روانی عمیقی در ذهن او به وجود می‌آورد. بعضاً خانواده و مدرسه و جامعه نیز از او توقعات متناقض دارند، گاهی او را به چشم یک کودک نگاه کرده و برخوردی تحقیرآمیز دارند و گاهی هم توقعات از او بیش از حد توان اوست و به چشم بزرگسالان به او می‌نگرند که این خود به کشمکش‌های درونی نوجوان دامن زده و او را با مشکل روبرو می‌سازد.

2-طغیان علیه مراجع قدرت: نوجوان برای کسب استقلال علیه همه‌ی مراجع قدرت من جمله والدین و کادر مدرسه طغیان می‌کند. گاهی اوقات رفتارهایی علیه آن‌ها از خود نشان می‌دهد، درگیری‌هایی ایجاد می‌نماید و به اعمالی دست می‌زند که روابط او را با آن‌ها و سایر مراجع قدرت به شدت تیره می‌کند، مثلاً بگومگو می‌کند، بحث و مجادله‌ی طولانی انجام می‌دهد، بر خلاف خواسته‌ی والدین دیر به خانه می‌آید، از انجام تکالیف درسی خودداری می‌کند، سیگار می‌کشد و حتی ممکن است دست به اعمال بزهکارانه هم بزند. این مورد در خانواده‌های با محدودیت زیاد و یا مدارسی که مقررات سخت و خشک را بدون نظرخواهی و مشورت با نوجوان اجرا می‌کنند از شدت بالاتری برخوردار است.

3-هویت فردی: یکی دیگر از مشکلات مهمی که نوجوان با آن روبرو می شود مسئله‌ی تشکیل"هویت فردی" اوست. بدان معنی که سؤال‌های متعددی درباره‌ی مفهوم زندگی، نقش او در این زندگی، مفهوم مرگ و زندگی پس از مرگ و به طور کلی سؤال‌هایی نظیر"من کیستم"و به کجا می‌روم؟ ذهن او را به خود مشغول می‌نماید که باید به آن‌ها پاسخ دهد. احساس هویت شخصی در نوجوانان کم‌کم بر اساس همانندسازی‌های مختلف گذشته‌ی آن‌ها تکوین می‌یابد. با ورود به دوره‌ی نوجوانی ارزش‌های گروه همسالان و همچنین ارزیابی‌های معلمان و سایر بزرگسالان نیز مطرح است و هر اندازه ارزش‌هایی که از طرف دوستان و همسالان ابراز می‌شود باارزش‌های والدین و معلمان همخوانی بیشتری داشته باشد به همان نسبت کار هویت یابی نوجوان آسان تر پیش می‌رود.

4-چگونگی ارضاء نیازهای جدید (جنسی): رشد و نمو غدد داخلی و ترشحات هورمون‌های جنسی به نوجوان امکان برقراری روابط جنسی را می‌دهد و انگیزه و کشش جنسی نسبت به غیر هم جنس در او ایجاد می‌گردد و از طرفی نخستین برخورد با جنس مخالف اغلب با ترس و پریشانی خاطر همراه است. جوان تازه بالغ تمایلات قوی و نامعلومی را احساس می‌کند که او را از جلدش خارج کرده و به سوی جنس مخالف می‌کشاند. جهش‌های شدید محبت، عقب‌نشینی های توضیح ناپذیر و حرکات بدون دلیلی که او را آشفته می‌سازد. نوجوان می‌خواهد این همه انرژی را که به وجود آمده و موجب هیجان او شده است را در جایی آزمایش نماید، اما درعین‌حال نگران عواقب آن است. او بیداری و رشد تمایلات جنسی را دارد ولی هدف ندارد و چون غریزه جنسی کاملاً زیرزمینی است، در افراد محجوب و کمرو نوعی اضطراب و گیجی ایجاد می‌کند. در جوامعی که آموزش ارضاء صحیح غریزه جنسی و راه‌های کنترل آن برای نوجوان آموزش داده نمی‌شود، این مشکل مضاعف است و در این جاست که متأسفانه لغزش و سقوط در پرتگاه در کمین است.

5-عدم کنترل بر رفتار و هیجانات ناشی از تغییرات جسمی و روانی دوران بلوغ: به دلیل رشد سریع جسمی و تغییرات مشهود در اندام‌های بدن نوجوان در دوران بلوغ بعضی از رفتارهای هیجانی و عدم کنترل او طبیعی است. مثلاً جلو آمدن سر نوجوان به دلیل احساس بلندتر شدن گردنش، بزرگ شدن بینی و یا عدم کنترل در دست‌هایش برای جابجایی خصوصاً اشیاء ظریف از طرفی و عدم آگاهی و آموزش صحیح او در مقابله با این مسایل از طرف دیگر او را از نظر روحی تحت تأثیر قرار داده به طوری که در خود احساس بی‌کفایتی و حقارت می‌نماید که همین امر موجبات اضطراب را در وی فراهم می‌آورد.

6-ترس از آینده: با پیدایش نیازهای جدید در نوجوان و کشش به سوی ارضای نیازهای آنی و مقطعی، آینده را در ذهن نوجوان مبهم و دور از استرس تصویر می‌نماید به طوری که حتی چگونگی تأمین اقتصادی و تشکیل خانواده برای خود در آینده و ازدواج و تحصیلات عالی را قله‌هایی دور از دسترس می‌پندارد که دستیابی به آن‌ها برای او بسیار دشوار و در بسیاری از موارد از محالات است که البته نقایص تربیتی و آموزشی در درون خانواده، مدرسه و جامعه و محرومیت‌های شدید مالی خانواده به شدت و عمق این مشکل نیز می‌افزاید.

7-دغدغه اقتصادی: یکی از مهم‌ترین مشکلات نوجوانی این است که فرد قبل از اینکه به بلوغ اقتصادی برسد به بلوغ جنسی رسیده است و از طرفی چون به دنبال استقلال و کسب هویت جدید برای خود نیز می‌باشد همیشه به فکر دستیابی زودتر به منافع اقتصادی است و در این ارتباط می‌بینیم نوجوانانی را که مدرسه و تحصیل را رها کرده و به دنبال شغل و کسب درآمد می‌باشند و این خصوصاً در جوامعی که ارزش‌های انسانی و معنوی جای خود را به ارزش‌های مادی داده و شخصیت افراد بر حسب درآمد و پول آن‌ها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد بسیار مشهودتر است و در این ارتباط اوضاع و احوال اقتصادی-اجتماعی و بی‌ثباتی جامعه، جنگ، بیکاری، کمبود امکانات و فقر مالی خانواده از عوامل تشدیدکننده‌ی مشکل محسوب می‌شوند.

8-تعارض بین خواسته‌های والدین و گروه همسالان: در این دوران، نوجوان تحت تأثیر گروه همسالان می‌باشد و والدین را مرتبط به نسل گذشته می‌داند که نیازها و خواسته‌های عصر حاضر او را درک نمی‌کنند. لذا نوجوان خود را در این میان کاملاً گیج احساس می‌کند چون حاضر نیست که محبت والدین را هم از دست بدهد. در چنین مواقعی نوجوانان بعضاً همانند هنرپیشه‌ها نقش بازی می‌کنند تا از مقبولیت والدین و گروه همسالان، هر دو برخوردار شوند.

9-ترس و اضطراب: ناتوانی در سازگاری با موقعیت‌های جدید موجب تشدید ترس و اضطراب در نوجوان می‌شود. مانند: ترس از عدم موفقیت در امتحان یا مورد سرزنش قرار گرفتن در خانه و مدرسه، ترس از پذیرش مسئولیت و ارتباط با جنس مخالف یا مورد پذیرش دوستان واقع نشدن.

10-به‌هم‌ریختگی ارتباط با دیگران: فشارهای روانی، عاطفی و اجتماعی در این دوران موجب می‌شود که نوجوان با خودش، با خانواده‌اش، با دوستانش و به طور کلی با همه رابطه‌اش به هم می‌خورد و احساس کوچک شمردن خود و حقارت می‌کند و حالت عصبی در او افزایش می‌یابد (اکبری،1387).

در یک مطالعه علمی عواملی که ناتوانی نوجوانان را در انطباق و سازش سبب می‌شود، بررسی کرده‌اند که این نتایج به دست آمده است:

* ناتوانی در سازش به دلیل مشکلات مربوط به تحصیل و مدرسه: 60 درصد
* عدم پذیرش نوجوان به وسیله والدین: 70 درصد
* الکل و مواد مخدر: 26 درصد
* طلاق و جدایی والدین: 25 درصد
* مشکلات با دوست: 20 درصد
* مشکلات قانونی: 12 درصد (شهر آرای،1383).

**11-4-2 دیدگاه‌های رشد و نقش گروه همسال**

بر خلاف اعتقاد بسیاری از بزرگسالان، تغییرات هورمونی علت اصلی رفتار ناهنجار در دوران نوجوانی نیست. زمان بلوغ در مورد دختران یک عامل خطر تلقی می‌شود، ولی نه برای پسرها. دخترانی که زود بالغ می‌شوند، بیشتر در معرض مشکلات رفتاری قرار دارند، ولی این فقط در صورتی است که این افراد قبل از دوران نوجوانی مشکلاتی داشته باشند یا با همسالان بزرگ‌تر از خود معاشرت کنند. بعضی از نوجوانان نمی‌توانند تاثیراقدامات خود را درک کنند، زیرا رشد توانایی‌های مربوط به در نظر گرفتن دیدگاه دیگران در آنان به تأخیر افتاده است. بسیاری از نوجوانان در 14 یا 15 سالگی می‌توانند دیدگاه دیگری را ببینند ولی بعضی دیگر نمی‌توانند در آن واحد هم دیدگاه خود و هم دیدگاه دیگری را در نظر بگیرند، و این گاهی لازم در رسیدن به راه‌حلی است که نیازهای هر دو را برطرف می‌کند. غالب نوجوانان بر اساس مراحل رشد اخلاقی کلبرگ در مرحله‌ی 3 قرار دارند. در این مرحله است که گرفتن تأیید دیگران تصمیم‌های اخلاقی را پایه‌ریزی می‌کند. اگر نوجوانان عمدتاً با همسالان ناهنجار معاشرت کنند، در این صورت تصمیم‌گیری آنان بر اساس تأیید شدن توسط این افراد است. نوجوانانی که هنوز به مرحله 3 نرسیده‌اند عمدتاً بر اساس یادداشت‌های ملموس انگیزش پیدا می‌کنند (مرحله 2) یا بر اساس اجتناب از به تله افتادن (مرحله 1). بر اساس نظریه کیگان، غالب نوجوانان در مرحله‌ی بین فردی رشد قرار دارند (یعنی هنوز نمی‌توانند خود را کاملاً از گروه مرجع یا گروه همسالان متمایز کنند). از این رو، بسیاری از نوجوانان نمی‌توانند ارزش‌های خود را از ارزش‌های گروه همسال متمایز کنند. همسالان ناهنجار ممکن است نقش گروه مرجع اولیه را برای نوجوانان ایفا کنند که دارای مشکل رفتاری‌اند (می‌کوچی،1998؛ ترجمه یاسایی،1383).

نقش گروه همسالان در ایجاد مشکلات رفتاری در میان نوجوانان باید مورد توجه خاص قرار گیرد، زیرا این عقیده عمومی وجود دارد که علت این که نوجوانان درگیر مشکلات رفتاری می‌شوند، معاشرت با همسالان بد است. یافته‌های تحقیقاتی این اعتقاد را تأیید نمی‌کند. البته نفوذ همسالان در دوران نوجوانی شدید است، ولی رابطه بین هنجارهای گروه همسال و رفتار تک‌تک اعضای گروه دو سویه است: هنجارهای گروه همسال در رفتار فردی تأثیر می‌گذارد، ولی واقعیت این است که به مصداق مثل قدیمی کبوتر با کبوتر، باز با باز کند. همجنس با همجنس پرواز (براون[[121]](#footnote-121)،1999). نوجوانان به سمت همسالان ناهنجار کشیده می‌شوند و سپس با رفتار ناهنجار یکدیگر را تقویت می‌کنند. البته درست است که بعضی از نوجوانانی که ارزش کمی برای خود قائل‌اند، شدید دوست دارند مورد تأیید دیگران باشند و برای رسیدن به این هدف، تقریباً هر کاری می‌کنند. ولی این موردی استثنایی است نه قاعده، غالب اوقات نوجوانان دچار مشکل، یکدیگر را پیدا می‌کنند و سپس یکدیگر را تقویت می‌کنند. چه عاملی سبب می‌شود که نوجوانی با همسالان ناهنجار معاشرت کند؟ در مورد این موضوع مطالعات کافی و روشن در دست است. نوجوانانی که وابستگی شدید به والدین خوددارند، به احتمال بسیار اندک با گروه همسال ناهنجار صمیمی و نزدیک می‌شوند. نوجوانان خانواده‌های قاطع و اطمینان‌بخش در مقایسه با نوجوانان خانواده‌های مستبد، یا بی‌اعتنا کم تر تحت تأثیر همسالان قرار می‌گیرند و بیش تر به والدین خود گرایش دارند. میزان راهنمایی والدین و هدایت آنان نیز اهمیت دارد (فالجینی و اکسلز[[122]](#footnote-122)،1993) بعضی از والدین نمی‌توانند راهنمایی‌های لازم برای فرزندان خود را فراهم کنند شاید به این دلیل که والدین به نحوی خودشان دچار مشکل‌اند، (مشکلات عاطفی یا جنسی) یا به این دلیل که درگیر مسایل دیگری هستند. نوجوانانی که درست راهنمایی نمی‌شوند، به یکدیگر می‌پیوندند و سپس رفتار ناهنجار یکدیگر را تقویت می‌کنند. همین که رفتار نوجوان دچار اختلال بیشتری شده والدین همان نفوذ اندکی را هم که داشتند، از دست می‌دهند و سرانجام بسیاری از والدین دیگر دست از هدایت و کنترل فرزند بر می‌دارند (می‌کوچی،1998؛ ترجمه یاسایی،1383).

سومین عاملی که در انتخاب معاشرت نوجوان تأثیر می‌گذارد، میزان وابستگی نوجوان به مؤسسات اجتماعی مانند مدرسه،خانه، کلیسا یا محل کار است. نوجوانانی که فعالیت‌های مختلفی می‌کنند کم تر به سمت نوجوانان ناهنجار کشیده می‌شوند. نوجوانی که از لحاظ درسی موفق است، ظاهراً رابطه خوبی با معلمان دارد، فعالیت‌های خارج از برنامه دارد و به فعالیت‌های مذهبی می‌پردازد کم تر احتمال دارد جذب همسالان ناهنجار شود. اگر تجربه مدرسه رفتن نوجوان توأم بااحساس درماندگی و آزردگی باشد ممکن است اصلاً تصور کند که مدرسه رفتن در زندگی برایش اهمیتی ندارد. همین امر سبب می‌شود که تمام فعالیت‌های مربوط به مدرسه رفتن برای کودک بی‌اهمیت شود. مثلاً ورزش یا رفتن به باشگاه. همین که نوجوان به عنوان آدم بی‌مسئولیتی شناخته شد، به دشواری می‌تواند دوباره خلاف آن را ثابت کند و معمولاً به دشواری می‌تواند با نوجوانان موفق دیگر برای یافتن شغل رقابت کند. این نوجوانان فرصت بسیاری پیدا می‌کنند تا با نوجوانان هم سنخ خود معاشرت کنند (می‌کوچی،1998؛ ترجمه یاسایی،1383).

 **12-4-2 تعارض در خانواده**

به طور معمول زمانی که محققان تعارض در خانواده را در نظر می‌گیرند، تمایل دارند که در مورد مجادلات فیزیکی و کلامی شدید در بین اعضای خانواده فکر کنند، حال آنکه این‌گونه تعارض‌ها آشکارترین نوع تعارض هستند و نسبتاً کمتر در خانواده‌های معمولی رخ می‌دهند. بر عکس زندگی‌های روزمره خانواده‌های معمولی با اختلافات کوچک در مورد موضوعات هر روزه پر شده است (اصمتانا،1998؛ نقل از کرافورد[[123]](#footnote-123)، 2006). کامینگز و دیویس[[124]](#footnote-124)(2002) یک تعریف جامع‌تر، معمول تر و غیر کلینیکی از مفهوم تعارض در ارتباط با تعاملات ارائه می‌دهند"هر تعامل بین فردی جزئی و یا مهم که مستلزم اختلاف در عقاید است، خواه این اختلاف بسیار منفی باشد یا بسیار مثبت (کرافورد،2006؛ به نقل از نیکبخت نصرآبادی،1389).

 **1-12-4-2 تعارض والد-نوجوان**

این واقعیت که موقعیت بزرگسالان دست‌یافتنی است شاید برجسته‌ترین صفت رابطه بین والد و نوجوان است. بدیهی است که کسب موفقیت‌آمیز استقلال توسط نوجوان مستلزم تلاش مشترک است. نوجوانان باید همراه با حفظ ارتباط با والدین و محبت نسبت به آنها به تدریج وابستگی عاطفی، کنترل خود را بر فرزندان نوجوان کاهش دهند (بیابانگرد،1384). می‌توان انتظار داشت که تعارضاتی در این فرایند وجود خواهد داشت. نوجوانان معمولاً در جست و جوی استقلال می‌باشند و خیلی از اوقات با مرزها و هنجارهای خانواده به مخالفت بر می‌خیزند که این اغلب منجر به ایجاد تعارض در خانواده می‌شود. تعارض والد-نوجوان به عنوان بحث‌های کلامی تکرارشونده و الگوهای تعامل خانوادگی منفی بین نوجوانان و والدینشان با در نظر گرفتن مسائل گوناگون است که بارها حل نشده باقی می‌ماند. در حقیقت مقداری از تعارض‌ها بین والدین و فرزندان از ویژگی‌های دوران رشد و مورد انتظار است (فاستر و رابینز[[125]](#footnote-125)، به نقل از لانگ[[126]](#footnote-126)، 2001). به نظر می‌رسد که بیشتر نوجوانان و والدینشان می‌توانند با تعارضاتی که پیش می‌آید مقابله کنند، اما در بعضی موارد در رابطه والد-نوجوان اختلال شدیدی، معمولاً در نتیجه پیش‌زمینه‌ای از روابط نامناسب بین والد و کودک، به وجود می‌آید. این‌گونه روابط اغلب با پیامدهای منفی ای چون رفتار بزهکارانه و اختلالات روان‌شناختی همراه است (بیابانگرد،1384). نوجوانی دوره‌ای است که کیفیت تعاملات والد-نوجوان در آن نسبتاً پر استرس و تعارض آمیز می‌باشد. دراین‌باره تفاوت‌های فردی وجود دارد، اگر چه تنها درصد نسبتاً کمی از نوجوان روابط همراه با تعارض شدید با والدینشان را تجربه می‌کنند. یافته‌ها نشان می‌دهد که تعارض والد-نوجوان می‌تواند به وسیله ویژگی‌های کودک و کیفیت سبک‌های والدینی پیشین و کنونی تحت تأثیر قرار بگیرد (استنبرگ،2001).

 **2-12-4-2 پیامدهای تعارض والد-نوجوان**

هنگامی که شدت تعارضات بین والدین و نوجوانان زیاد باشد. منجر به آسیب‌های رفتاری و روانی در نوجوانان می‌شود. برای مثال تحقیقات نشان داده است که تعارض والد-نوجوان با ناسازگاری‌های دوره نوجوانی مانند افسردگی، رفتارهای غیرقابل‌قبول، مشکلات رفتاری در مدرسه و کاهش عملکرد تحصیلی، اضطراب و مشکلات عزت نفس رابطه دارد (خوی نژاد و رجایی،1382).

تعارض نه تنها بر عملکرد نوجوانان تأثیر دارد بلکه اختلالات روان‌تنی را به دنبال دارد و از طریق سلامتی فرد را به مخاطره می‌اندازد، به طور کلی افراد واکنش‌های متفاوتی به موقعیت‌های تعارض از خود نشان می‌دهند، که می‌توان آن‌ها را به صورت زیر خلاصه کرد:

1) پاسخ‌های روان‌شناختی مانند بی‌توجهی، بی‌علاقگی، نارضایتی، انزوا، اضطراب و ناکامی.

2) پاسخ‌های رفتاری مانند مصرف الکل و مواد مخدر، کم خوری، پرخوری، پرخاشگری، خرابکاری.

3) پاسخ‌های فیزیولوژیکی مانند زخم معده، مشکلات تنفسی، فشارخون بالا، انواع سر درد و مشکلات عروقی.

4) واکنش‌های بیوشیمیایی بدن: از قبیل استاع مردمک‌ها، بازداری ترشح بزاق، افزایش تپش قلب، ترشح آدرنالین و نور آدرنالین، بازداری ترشح مایعات هضمی (دایاس[[127]](#footnote-127) و همکاران،1999؛ به نقل از باباپور خیرالدین،1385).

وجود افرادی مختلف با ویژگی‌های شخصیتی، نیازها، باورها، ارزش‌ها، انتظارات و ادراکات متفاوت، سبب بروز اجتناب‌ناپذیر تعارض در خانواده می‌شود. این تعارضات به صورت‌های مختلفی چون رقابت، مجادله، مخالفت، مشاجره، منازعه و کشمکش بین افرا دو گروه‌ها رخ می‌دهد. هر چند بسیاری از افراد، وجود تعارض، تضاد و اختلاف را به عنوان یک پدیده منفی تلقی می‌کنند، اما کنترل دقیق و نظارت صحیح بر تعارض باعث می‌شود تعارض به پدیده‌ای سازنده و مثبت تبدیل گردد (فیاضی، 1388).

تعارض به استقلال نوجوان کمک می‌کند و ارتباط والدی و نوجوان به سوی واگذاری قدرت به صورت متناسب باسن پیش می‌رود. روابط خشن و خصومیت آمیز در خانواده منجر به احساس ناکامی-ناامیدی شده و احساس ناکامی نگرش‌های ضد اجتماعی را در فرد برانگیخته و نگرش ضد اجتماعی برانگیخته‌شده منجر به رفتارهای انحرافی در نوجوانان می‌گردد. در این مدل چنین فرض شده است تعارضات روزمره والدین نوجوانان به تنهایی آسیب‌های جدی را برای نوجوانان نخواهد داشت، مگر اینکه این تعارضات همراه با رفتارهای خشن مانند تنبیه بدنی، و درگیری‌های خصومت‌آمیز والدین با کودکان و نوجوانان باشد (خوی نژاد و رجایی، 1382).

رضایی (1387) پیامدهای تعارض را به دو دسته پیامدهای منفی و مثبت تقسیم کرده است.

الف) پیامدهای منفی (مخرب) تعارض

مقداری تعارض بین نوجوانان و والدین قابل انتظار است. به هر حال سطوح بالای تعارض به صورت مداوم می‌تواند باعث ایجاد مشکلات-روانی و سایر مشکلاتی شود که در طول نوجوانی گسترش می‌یابد و می‌تواند باعث ایجاد مشکل و نقص در پیوندهای رابطه‌ای و تبدیل به مشکلات در زندگی بعدی گردد(الکساندر[[128]](#footnote-128)،2000).

1. تعارض باعث از هم گسیختن پیوندها و بستگی‌های مشترک اعضای خانواده شده و ممکن است به انهدام و متلاشی شدن خانواده بی انجامد.

2. تعارض مخالفت مهار نشده موجبات نارضایتی افراد را فراهم می‌آورد.

3. تعارض می‌تواند باعث کاهش اثربخشی خانواده و تهدیدی بالقوه برای حیات آن باشد.

4. تعارض ممکن است سبب احساس شکست و ذلالت در افراد شود.

5. باعث می‌شود که فاصله و شکاف بین اعضای خانواده افزایش یابد.

6. جوی سرشار از عدم اعتماد و سوء ظن و بدبینی بر روابط بین اعضای خانواده می‌شود.

7. اعضای خانواده بر منابع و خواسته‌های متعصبانه‌ی خود پافشاری می‌کنند.

8. بیش از تلاش برای مشارکت، هماهنگی و همکاری، مخالفت در بین اعضای خانواده تشدید می‌شود (رضایی،87).

ب) پیامدهای مثبت (سازنده) تعارض

کیفیت پیامدهای تعارض در خانواده با ابعاد رشد روان‌شناختی شامل شکل‌گیری هویت، رشد مهارت‌های اجتماعی-شناختی و رشد خود ارتباط مثبت دارد (گراتونت و کوپر،1985؛ نقل از (الکساندر،2000).

تعجب‌آور نیست که پیامدهای سازنده و مثبت تعارض با انتخاب راه حل مرتبط می‌شوند (نیوتن و برگون[[129]](#footnote-129)،19990). اگر تعارض خوب مدیریت شود می‌تواند خلاق و سرگرم‌کننده و خوشایند باشد و باعث افزایش سطح منطق و تصمیم‌گیری شود (الکساندر،2000).

راهبردهای موثر تعارض می‌تواند منجر به نتایج مثبت شود درحالی‌که مدیریت ضعیف تعارض می‌تواند منجر به نتایج منفی بالقوه شود (به نقل از نیکبخت).

1. تعارض نظارت بهتر و سازنده‌ای را خلق می‌کند.

2. مسائلی که مدت‌ها راکد و پشت پرده بوده‌اند، در معرض دید قرار می‌گیرند و حل می‌شوند.

3. دیدگاه و نظرات هر یک از افراد در مورد مسائل مختلف روشن می‌شود.

3. دیدگاه و نظرات هر یک از افراد در مورد مسائل مختلف روشن می‌شود.

4. علایق، تمایلات و خلاقیت‌ها برانگیخته می‌شوند.

5. فرصتی را فراهم می‌آورد تا افراد، توانایی‌ها و استعدادهای خود را مورد ارزیابی قرار دهند.

6. تعارض عاملی برای تغییر است.

7. تعارض نیرویی تحریک‌کننده و انرژی زا است.

8. تعارض باعث بهبود عملکرد فردی و گروهی می‌شود.

9. تعارض باعث رشد و بالندگی فرد و سازگاری اجتماعی می‌شود.

10. تعارض زمینه سازی برای تدوین قوانین جدید است. (رضایی،87).

 **13-4-2 نبود رفتارهای اثربخش فرزند پروری**

والدین نوجوانان مبتلا به اختلالات روان‌شناختی یک ویژگی دیگر هم دارند و آن این است که آنان از نشان دادن رفتارهای مثبت معینی که با رشد سالم نوجوانان ارتباط دارند، عاجزند با توجه به فنون کنترل فرزند این عجز در موضوعات ذیل خود را نشان می‌دهد: ناتوانی در پاداش دهی و شرطی کردن رفتارهای مقبول اجتماعی مثل صداقت (درست‌کاری)، کنترل خود، یاری‌رسانی به دیگران و مهارت‌های حل مسئله و عجز در استفاده از فنون نظم‌بخشی مثل تهدید به پس گرفتن علاقه و عشق به آن‌ها پس از انجام رفتار نادرست و استدلال کردن و توضیح دادن دلایل برگشت از تصمیم‌ها و قول‌هایشان. این والدین همچنین از ارایه قواعد روشن، ارائه تقاضاهای اخلاقی ثابت و نظارت کافی عاجزند. اموری که از نابسامانی و محرومیت‌ها و عدم کار آیی خانواده ناشی می‌شوند. عجز در بروز رفتارهای متجانس با انسجام خانوادگی نیز ارتباط دارد. انسجام خانوادگی عبارت است از میزان تعهد، کمک‌رسانی و حمایتی که اعضای خانواده از یکدیگر به عمل می‌آورند.

ویژگی‌های خانواده منسجم عبارت‌اند از:

1) صرف وقت برای شرکت در فعالیت‌های مشترک 2) میزان نسبتاً پایین کناره جویی، دوری گزینی و رفتارهای جدا 3) میزان بالای تعاملات گرم و صمیمانه در مقایسه با تعاملات خشونت‌آمیز و منفی 4) ارتباط کامل تر بین اعضای خانواده 5) ارزیابی غالباً توأم با عطوفت و مهربانی در مقابل ارزیابی انتقادی از اعضای خانواده 6) تصور اعضای خانواده از این که بین آنان عواطف گرم وجود دارد 7) رضایت از گروه خانوادگی و امید به پایداری آن در آینده (زارب، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، 1386).

 **14-4-2 انتظارات نوجوان از والدین**

همچنان که اولیا از نوجوانان انتظاراتی دارند که بیشتر این انتظارات در قسمت تربیتی و درسی خلاصه می‌شود، متقابلاً نوجوانان نیز از والدین خود انتظاراتی دارند. درباره‌ی خواسته‌های نوجوانان از والدینشان پژوهشی با نمونه 170 نفر در دبیرستان‌های تهران با ابزار پرسشنامه صورت گرفت. درباره‌ی این سؤال که از پدر و مادر خود چه توقعاتی دارید؟ پاسخ‌های متفاوتی به شرح زیر ثبت گردیده است.

70 درصد انتظار داشتند که پدر و مادرها در برابر راهنمایی و نظارت بر کارها و رفت و آمدهایشان به آنان آزادی فکر و استقلال دهند تا در اموری که از هر جهت به آن‌ها مربوط می‌شود حق اظهارنظر، انتخاب و اقدام داشته باشند. آن‌ها توقع داشتند که والدین آن‌ها را درک کنند و به آن‌ها اعتماد نمایند و از اعمال محدودیت‌ها و فشارهای شدید خودداری نمایند.

13 درصد از تبعیض پدر و مادر بین فرزندانشان گله داشتند و از اینکه والدین نزد آشنا و بیگانه آن‌ها را سرزنش و بی‌حرمت می‌کنند و یا همواره ایشان را با سایر افراد خانواده و دوستان مقایسه می‌نمایند بدون اینکه به نقاط مثبت آن‌ها توجه داشته باشند در رنج بودند.

12 درصد اظهار داشتند که از مشاجرت و گفتگوهای خصمانه بین والدین می‌ترسند و از بیم اینکه روزی خانواده‌هایشان از هم می‌پاشند همیشه نگران و آشفته هستند و به همین جهت آرزو دارند که هیچ پدر و مادری لااقل در حضور فرزندانشان با یکدیگر دعوا و نزاع نکنند.

 5 درصد، از وجود فاصله‌ی سنی زیاد بین خود و والدین ایراد گرفتند و معتقد بودند که هر چه فاصله سنی بین والدین و فرزندان بیشتر باشد، داشتن درک درست از همدیگر مشکل تر و تفاهم و دوستی کمتر خواهد بود (اکبری،1387).

 **15-4-2 ارتباط نوجوانان با مادران**

ظاهراً دختران در مقایسه با پسران مشکلات بیشتری را با مادرانشان در میان می‌گذارند. دختران و پسران نوجوان بر این موضوع توافق دارند که آن‌ها بیشتر با مادران خود درباره دوستان، خانواده و احساسات خود صحبت می‌کنند. از آنجا که پدران زمان زیادی را خارج از منزل کار می‌کنند مادران مدت زمان بیشتری را با فرزندانشان سپری می‌کنند، معمولاً مهم‌ترین مرجع قدرت برای کودکانشان محسوب می‌شوند (استنبرگ، 2001). ارتباط عاطفی کودک با مادر خود در مقایسه با دیگر عوامل، پیش‌بینی کننده خوبی برای رفتارهای مثبت آنان در نوجوانی محسوب می‌شود. با این حال پسران و دختران در هنگام آغاز بلوغ به تدریج از والدین فاصله می‌گیرند. از سوی دیگر، مادران معمولاً بیشتر نقش خود را به عنوان والدین ایفا می‌کنند. فشار زیادی را از جانب نوجوان خود متحمل می‌شوند (مونتموری، 1993؛ به نقل از صمدی، 1388). مادران معمولاً بیشتر فرزندان خود را درک می‌کنند و در مقایسه با پدران تأییدکننده تر می‌باشند و نوجوانان همچنین به مادران خود در مقایسه با پدرانشان نظر بهتری دارند (لارسن و همکاران، 1995؛ کولینز و همکاران، 1996).

ناسازگاری بین نوجوانان و والدین، به ویژه میان مادران و دختران بیشتر است (آرنت[[130]](#footnote-130)، 1999؛ لارسن و همکاران، 1998). معمولاً این ناسازگاری‌ها خود را به شکل بحث‌های جزئی و غر زدن در مورد نظافت روزانه، طرز لباس پوشیدن با مدل مو، زباله و شستن ظروف نشان می‌دهد. پدر و مادران مراقب‌اند تا نوجوانان به مواد مخدر معتاد نشوند و از جنگ و دعوای فرزندان به شدت می‌ترسند. مشاجره به نوعی، نتیجه ارتباط نزدیک می‌باشد. به احتمال قوی تر، تعارض نشانه وجود دلبستگی والدین به کودک است تا فقدان بی‌توجهی. (اصمتانا، 2002).

بررسی‌های فراوانی، رابطه‌ی با مادر را نزدیک‌تر و درگیرتر نسبت به پدران گزارش کرده‌اند. در این رابطه‌ی نزدیک، میزان تعارض با مادر به مراتب از پدر بیشتر بوده است (اصمتانا، 2002). نوجوانان با مادران بیشتر از پدران درد دل می‌کنند و در صورت نیاز به مادران اطمینان بیشتری نسبت به پدران دارند و به طرف آنان بیشتر بر می‌گردند. رابطه‌ی دوتایی مادر و دختر از هر دوتایی دیگری در خانواده نزدیک تر می‌باشد. از لحاظ تجربی، یافته‌های تحقیقی تأیید می‌کنند که روابط نزدیک با مادر، زمینه‌ای برای کسب مهارت‌ها، میزان شایستگی اجتماعی برای عملکرد حرکتی و توانایی شناختی می‌باشند. ناسازگاری بین والدین با نوجوانانشان به ویژه دوقلوها و خصوصاً میان مادران و دخترانشان بیشتر است (صمدی، 1389).

**5-2 پیشینه پژوهشی**

در این قسمت برخی از پژوهش‌هایی که با موضوع پژوهش مرتبط می باشدآورده شده است.

**1-5-2 تحقیقات صورت گرفته در زمینه پژوهش در داخل کشور**

بوبد و زیکیس (1994، نقل از چن و همکاران، 1998، نقل از شماعی زاده، 1384) در تحقیقات خود نشان داده‌اند که خود کارآمدی بر انتخاب حرفه‌ای کارآفرینان و توسعه روابط آن تأثیر مهمی دارد. همچنین نشان داده‌اند که اگر چه تنوع وسیعی از عوامل فردی وجود دارد که بر انتخاب کارآفرینانه اثر می‌گذارد، لیکن نقش خود کارآمدی و ارتباطات مناسب به عنوان یک مقدمه کلیدی برای شروع فعالیت کارآفرینانه بسیار مهم و اساسی است.

از پژوهش‌های مگ اینتایر و لوین (1991) و مارتینو نانتیان (1993، نقل از اسپکتور، 2003، به نقل از زمانی، 1385) می‌توان دریافت که خود کارآمدی و آموزش روابط والد- فرزندی اثر متقابل بر هم دارند. یعنی همان طور که آموزش روابط والد- فرزند باعث افزایش خود کارآمدی می‌شود، خود کارآمدی نیز می‌تواند عاملی برای پیش‌بینی میزان اثر آموزش روابط والد- فرزندی می باشد.

ادن و زوک[[131]](#footnote-131)(1993، به نقل از زمانی، 1385) یک سری تحقیقات را انجام دادند و کارگاه‌های خود کارآمدی را با دقت کنترل کردند تا تأثیراتش را بر روابط شغلی بررسی نمایند. در این مطالعات تجربی توانایی و انگیزه ابتدایی با انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها کنترل شد، سؤال این بود که خود کارآمدی شرکت‌کنندگان با ارائه اطلاعات با آموزش افزایش می‌یابد یا خیر.

ادن آن را تاثیر "گالانی" نامید که در آن ایمان افراد نسبت به توانایی‌هایشان منجر به آن خواهد شد که بهتر عمل کند، همانند پیشگویی خود کام بخش، ادن و آویرام (1993، به نقل از زمانی، 1385) این تکنیک را برای متقاعد کردن سربازان نیروی دریایی که احتمال داشت به دریازدگی مبتلا شوند استفاده کردند. دریازدگی مشکلات مهمی را برای تمام سربازان ایجاد می‌کند. زیرا به عملکرد شغلی دریا منتقل می‌شود. ادن و زوک یک تحقیق تجربی را ترتیب دادند و سربازان را به طور تصادفی به دو گروه تقسیم کردند. به یک گروه اطمینان دادند که امکان ندارد به دریازدگی مبتلا شوند و یا دریازدگی بر عملکردشان تأثیر بگذارد و در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. در دریا، دریازدگی گروه آزمایش خیلی کمتر بود و عملکردشان از گروه کنترل به تز بود این تکنیک خیلی ساده برای افزایش خود کارآمدی بسیار موثر بوده است (اسپکتور، 2003، به نقل از زمانی، 1385).

بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خود کارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران: پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، فارسی نژاد سال 1384. نتایج: میانگین نمرات سلامت اجتماعی در نمونه کل 95/2 می‌باشد که نمره پایینی است. نمره پسران 08/3 و دختران 82/2 می‌باشد که نشانگر بالا بودن نمره سلامت اجتماعی پسران نسبت به دختران است. با توجه به نتایج تحقیق می‌توان گفت که به طور کلی نوجوانان مورد مطالعه از سلامت اجتماعی پایینی برخوردارند و علت آن را می‌توان به عدم مشارکت نوجوانان در فعالیت‌های اجتماعی و محدود بودن شرایط و فضا برای عملکردهای اجتماعی در سن نوجوانان نسبت داد. فارسی نژاد معتقد است همان‌گونه که افراد خود را سازنده سرنوشت خویش می‌دانند به اجتماع نیز به عنوان مجموعه‌ای از نیروهای بالقوه تأثیرگذار است و سازنده می‌نگرند و در واقع مقیاس رشد اجتماعی در برگیرنده ارزیابی فرد از نیروهای اجتماعی است و نه ارزیابی فرد از توانمندی‌های فرد در قبال اجتماع. همچنین محقق معتقد است که دختران نوجوان با توجه به اینکه بیشتر به شیوه اطلاع مدار با مسائل برخورد می‌کنند ارزیابی بهتری از نیروهای اجتماعی دارند (فارسی نژاد،1384).

جمعه نیا (1387) رابطه‌ی سلامت اجتماعی با سبک‌های هویت یابی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر گنبد را بررسی کرد. او 373 نفر از دانش‌آموزان دبیرستان‌های دولتی شهر گنبد را با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب کرد و در پژوهش خود، از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز (1998) و پرسشنامه‌ی سبک‌های هویت یابی بروزنسکی (1990) استفاده کرد. نتایج این تحقیق نشان داد بین دختران و پسران، از نظر سطح سلامت اجتماعی در ابعاد مشارکت و انسجام اجتماعی، تفاوت معناداری وجود دارد، درحالی‌که در پذیرش و شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی که از ابعاد دیگر سلامت اجتماعی است، در بین دختران و پسران تفاوت معناداری به دست نیامد. همچنین بین سلامت اجتماعی و سبک‌های هویتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (جمعه نیا، 1387).

ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی (1388) در مطالعه‌ای دریافتند که بین خود کارامدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد و افراد دارای خود کارامدی پایین از مصرف مواد برای مقابله با مشکلات استفاده می‌کنند.

گرماوردی و وحدانی نیا (1385) در مقاله پژوهشی به نام سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان در فصلنامه پایش به مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی به منظور بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مدارس دخترانه و پسرانه مقاطع راهنمایی و دبیرستان شهرستان کرج پرداختند و با استفاده از ابزار استاندارد( Gresham & Elliott نسخه والدین) با انجام پرسشنامه و مصاحبه عمیق صورت گرفت. در مجموع 1544 نفر از والدین دانش‌آموزان به سؤالات پرسشنامه مهارت اجتماعی فرزندانشان پاسخ داده و امتیاز مهارت‌های اجتماعی در مورد 1410 نفر از فرزندان آن‌ها به دست آمد. میانگین سنی دانش‌آموزان 7/15 سال (3/1) انحراف معیار بوده و بیش‌ترین آن‌ها در مقطع دبیرستان به تحصیل اشتغال داشتند.. با توجه به نتایج به دست آمده میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان از سطح مطلوبی برخوردار نبوده و باید از طریق بازنگری در برنامه‌های آموزشی و تربیتی در سطح خانواده و مدرسه مهارت‌های اجتماعی آنان را ارتقاء داد.

بررسی اپیدمیولوژیک سلامت اجتماعی در ایالات متحده، مک آرتور، 1995؛ نتایج: تقریباً 40 درصد افراد بزرگسال در سنین 25-74 سال در سه مقیاس سلامت اجتماعی نمره بالایی کسب کرده‌اند. اما 60 درصد افراد بزرگسال در هیچ یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی نمره بالایی کسب نکرده‌اند. 10 درصد افراد در سه و بیشتر از مقیاس سلامت اجتماعی نمره بالا داشته‌اند. داده‌ها نشان داده‌اند که اکثریت افراد بزرگسال در ایالات‌متحده سلامت اجتماعی سطح متوسط تا بالا دارند. نسبت قابل‌توجهی از جمعیت، سلامت اجتماعی پایینی دارند که به تعبیر مک آرتور آن را می‌توان نوعی ناسالمی اجتماعی تعبیر نمود (کنگرلو،1387).

عبدالله تباردرزی (1386) در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک اجتماعی آنان پرداخت. نتایج نشان دادند میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد (22/72) بیشتر از دانشجویان مقطع کارشناسی (42/66) می‌باشد. همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیر وضعیت تأهل، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال ارتباط معناداری وجود داشت (عبدالله تبار و دیگران، 1387).

لاروچ در سال 1998 مطالعه‌ای توصیفی را با عنوان سلامت اجتماعی روی 151 دانشجوی دانشگاه در بوستون ماساچوست انجام داد، هدف مطالعه تعیین ارتباط بین وضعیت سلامت اجتماعی، جنسیت، متوسط نمره تحصیلی و تعیین‌کننده‌های اصلی مرتبط و غیر مرتبط در سلامت با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت آن‌ها بود. زنان دانشجو به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند (مامورت و همکاران، 1387).

سام آرام (1388) در مقاله‌ای به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور می‌پردازد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. همچنین شاخص سهم داشت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهم‌ترین عوامل تحقق هدف پلیس جامعه محور یعنی توانمندسازی اجتماع به منظور کمک به رفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی‌نظمی در اجتماع است. بنابراین امکان تحقق اهداف پلیس جامعه محور در جامعه‌ای با افراد دارای سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی بیشتر است (سام آرام، 1388).

زابلی (1383) با استفاده از روش روان نمایشگری به بررسی بهبود روابط متعارض بین دختران نوجوان با مادران خود پرداخته است. نتایج نهایی فرضیه‌های این پژوهش نشان دادند که آموزش مهارت‌های حل تعارض به همراه روش سایکودراما در بهبود با کاهش میزان تعارض بین دختران نوجوان و مادران آنها به طور معناداری موثر است و عضویت گروهی در جلسات روان نمایشگری در دختران باعث افزایش میزان استفاده از راهبرد استدلال در رفع تعارض با مادر شده است و همین طور میزان استفاده از راهبردهای پرخاشگری کلامی و فیزیکی در رفع تعارض با مادر کاهش یافته است.

قلیلی (1384) به بررسی تأثیر شیوه‌های گفتگوی موثر و حل مسئله بر تعارض زناشویی و روابط خانوادگی شهر اصفهان پرداخت. نتایج حاکی از آن بود که آموزش شیوه‌های گفتگوی موثر بر تعارض خانوادگی موثر است.

در تحقیقی که یحیی عراقی (1384) برای مقایسه‌ی کیفیت رابطه ولی-فرزندی دانش‌آموزان پرخاشگر و غیر پرخاشگر در دبیرستان‌های شهر تهران انجام داد نتایج پژوهش نشان داد که دانش‌آموزان غیر پرخاشگر در تمام ابعاد رابطه پدر-فرزندی از کیفیت بهتری نسبت به دانش‌آموزان پرخاشگر برخوردار بودند. درحالی‌که رابطه مادر-فرزندی در ابعاد همانندسازی و ارتباط تفاوت بین گروه‌ها معنادار بود در عاطفه‌ی مادرانه و سردرگمی نقش معنادار نبود.

در تحقیقی که حیدرنیا و چرخیان (1386) در مورد کیفیت رابطه ولی-فرزندی نوجوانان دچار اعتیاد و نوجوانان عادی انجام دادند، نتیجه گرفتند که کیفیت رابطه ولی-فرزندی در نوجوانان خانواده‌های عادی از لحاظ ابعاد رابطه، بهتر از نوجوانان دچار اعتیاد است. کیفیت رابطه با مادر، نوجوانان خانواده‌های عادی نیز جز در خرده مقیاس سردرگمی نقش، بهتر از کیفیت این رابطه در نوجوانان دچار اعتیاد است.

اشکان ناصح (1386) در تحقیقی به اثربخشی شناخت-رفتار درمانگری گروهی نوجوانان همراه بامهارت آموزی والدین و جلسه‌های مشترک نوجوانان و والدین در کاهش نشانه‌های افسرده وار و روابط نوجوانان ایرانی پرداخت نتایج تحلیل‌های آماری نشان دادند که نشانه‌های افسرده وار پس از شناخت درمانگری گروهی توأم بامهارت آموزی والدین به طور معناداری کاهش یافتند و معناداری تفاوت میانگین‌های بین آزمون اول و پس آزمون نهایی نیز تأثیر جلسه‌های مشترک والدین-نوجوانان را برجسته کرد.

در تحقیقی که گیتی پسند، آرین و کرمی (1387) به منظور بررسی اثربخشی درمان راه حل مدار به شیوه‌ی گروهی بر کاهش تعارضات والد-فرزندی (مادر و دختر) در نوجوانان انجام داد نتایج پژوهش نشان داد که درمان راه حل مدار بر کاهش تعارضات والد-فرزندی در نوجوانان دختر موثر است.

تیمر[[132]](#footnote-132)(2005) آموزش تعاملات والد-فرزندی را با فرزندان بهنجار و با مشکلات رفتاری بررسی کرد نتایج نشان داد که آموزش تعامل والد-فرزندموجب کاهش مشکلات رفتاری بچه‌ها، کاهش استرس والدینی و کاهش بدرفتاری‌های خطرناک می‌شود (به نقل از هدایتی، 1387).

چوات[[133]](#footnote-133)(2005) به بررسی تعامل والد-فرزندی بر درمان اختلالات اضطراب جدایی در بچه‌ها پرداختو وی با آموزش تعامل والد-فرزندی، تغییر بالینی معناداری در اضطراب جدایی مشاهده کرد و با تداوم درمان، رفتار از هم گسیخته کاهش یافت (به نقل از صمدی،1388).

صمدی (1388) به بررسی تأثیر آموزش گروهی رویکرد هیجان محور بر تعارضات ارتباطی مادران و نوجوانان دختر شهر اصفهان پرداخت. نتیجه پژوهش وی نشان داد که روش هیجان محور بر تاکتیک‌های تعارض مادران و دختران نوجوان موثر استو این آموزش سبب افزایش راهبردهای استدلال کلامی و کاهش پرخاشگری کلامی و فیزیکی در مادران و دختران نوجوان می‌شود.

اعظم ابرهیم نجف آبادی در سال (1389) در پژوهشی با عنوان عوامل موثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان 15 تا 24 ساله‌ی شهر اصفهان. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که هر چه زنان جوان از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخورد از، متناسب با آن سلامت اجتماعی بالاتری نیز دارند. بر همین اساس، بین مؤلفه‌های سه گانه ی حمایت اجتماعی (حمایت ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

پل در سال 2007، پژوهشی را به منظور بررسی رابطه‌ی بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان، بین سنین 35 تا 80 انجام داد. نتایج این پژوهش نشان داد که سلامت معنوی عمده‌ترین عامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی این افراد بوده است و سلامت اجتماعی در رتبه‌ی دوم قرار داشت (نجف آبادی، 1389).

سید احمد حسینی حاجی بکنده و ملیحه تقی پور در سال 1389، در پژوهشی به عنوان بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست پرداختند. یافته‌های حاصل از پژوهش حاکی از این است که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند. همین رابطه بین مؤلفه‌های سه گانه حمایت اجتماعی (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی نیز دیده می‌شود.

نیکبخت نصرآبادی (1389) در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های ارتباطی/ حل مسئله و تحلیل رفتار متقابل بر تعارض والد-نوجوان دختران دبیرستانی منطقه جرقویی سفلی پرداخته است. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی/ حل مسئله و تحلیل رفتار متقابل بر ابعاد تاکتیک‌های تعارض نوجوان نسبت به پدر و مادر، میزان تعارض والد-فرزند و نگرش نوجوان نسبت به پدر و مادر موثر است.

نتایج پژوهشی موسوی (1389) با عنوان تأثیر آموزش خانواده با رویکرد راهبردی کوتاه مدت بر تعارض والد-فرزندی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهر اردکان یزد، نشان داد که آموزش خانواده با رویکرد راهبردی کوتاه مدت بر تعارض والد-فرزندی دانش‌آموزان پسر معنادار بوده و تعارض آن‌ها را کاهش داده است.

سرایی جماب، حسن‌آبادی، مشهدی و اصغری نکاح (1390) در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش والدین بر خود کارآمدی مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها بر افزایش خود کارآمدی والدین موثر نبوده است.

به طور کلی یافته هاي بررسی محرری و همکاران(1391). گویاي آن هست که به کارگیري روشهاي تربیت سازنده در والدین، باعث بهبود مهارتهاي فرزند پروري، رضایت و کفایت والدین در تربیت فرزند، کاهش اختلاف نظرهاي والدین، کاهش مشکلات مربوط به تربیت فرزند و کاهش افسردگی، اضطراب و فشار روانی والدین می شود.

**2-5-2 تحقیقات صورت گرفته در زمینه پژوهش در خارج کشور**

پژوهش می (2005) به بررسی نقش‌های بالقوه خود کارآمدی والدین (PSE) در سازگاری والد-فرزند و نقش شناخت‌های والدینی در درک رفتار و احساسات درون خانواده می‌پردازد. که نتایج پژوهش شواهد قاطعی مبنی بر ارتباط میان خود کارآمدی والدین باصلاحیت والدین و عملکرد روان‌شناختی والدین و روابط والد فرزند وجود دارد.

مک دونالد و همکاران (1998) با مطالعه‌ی افراد 16 تا 41 ساله متوجه شدند که هرچه خود کارآمدی و حمایت اجتماعی بیشتر باشد فرد بیشتر از شیوه‌های حل مسئله برای مقابله با تغییرات ناگهانی استفاده می‌کند.

سوانسون و گور[[134]](#footnote-134) (2000، نقل از نیستول، 2003) از مرور پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه خود کارآمدی بیان داشتند که پژوهش‌های زیادی از ارتباط بین علایق شغلی، خود کارآمدی و دستیابی به نتایج مطلوب در روابط با دیگران حمایت کردند.

در تحقیق دیگری تحت عنوان"خود کارآمدی حرفه‌ای و تصورات از حمایت والدین در رشد حرفه‌ای نوجوانان" که توسط ترنر[[135]](#footnote-135) و ریچاردنی لاپان[[136]](#footnote-136)(2002) انجام شد، نقش و سهم حمایت خویشاوندی هم نزدیک و هم دور را در رابطه با رغبت‌های شغلی در خود کارآمدی حرفه‌ای در یک نمونه 139 نفری از نوجوانان دوره متوسطه را مورد بررسی قراردادند.

در رابطه با تئوری شغلی شناختی-اجتماعی آنچه یافت شده است عبارت است از:

خود کارآمدی حرفه‌ای و کاوش و طرح‌ریزی حرفه‌ای به صورت باثباتی بر طبق طبقه‌بندی هال‌اند، رغبت‌های حرفه‌ای دانش‌آموزان جوان را پیش‌بینی می‌کند.

جنسیت و مشاغل مخصوص یک جنس و رغبت‌ها را در حرفه‌های اجتماعی، جستجوگرانه و واقع گرایانه پیش‌بینی می‌کند.

حمایت‌های دریافتی از والدین برای 29 درصد تا 43 درصد از واریانس کل در خود کارآمدی حرفه‌ای برای همه دسته‌های شغلی هالند به حساب می‌آید.

کییز (1998) در تحقیق خود به بررسی رابطه‌ی بین سلامت اجتماع، از خود بیگانگی و ناهنجاری‌های اجتماعی پرداخته است. وی در مطالعه‌ی سلامت اجتماعی در ایالات‌متحده نتایج زیر را به دست آورده است: بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی رابطه‌های مثبت زیادی مشاهده شد. همچنین سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند میزان بالاتری داشت.

بلانکو و دیاز[[137]](#footnote-137) (2007) در مقاله‌ای با عنوان (نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی) سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به عنوان شاخص منظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان انومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت ومنفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند.

بر اساس یافته‌های پژوهش کییز و شاپیرو (2004) وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم تر از مردان است. زنانی که وضعیت شغلی پایین تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری را در مقایسه با مردان با همان جایگاه شغلی گزارش کرده‌اند (کییز و شاپیر[[138]](#footnote-138)و، 2004).

کیکوگنانی و همکاران (2008) در پژوهشی سعی کردند تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند. در این پژوهش جهت تهیه سؤالات سلامت اجتماعی از پرسشنامه کییز (1998) استفاده گردید که شامل 33 گویه می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و سلامت اجتماعی در میان دانشجویان آمریکایی در سطح بالایی قرار دارد و همچنین مشارکت اجتماعی تنها در میان دانشجویان ایتالیایی به طور مثبتی سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند.

کوردک[[139]](#footnote-139)(1992) به مطالعه‌ی رابطه‌ی بین کیفیت روابط والدین-نوجوانان و سازگاری نوجوانان پرداخته و دریافته است که فقدان گرمی و مهارت‌های حل مسئله که از ویژگی‌های روابط پر تعارض هستند، رابطه‌ای منفی با مشکلات سلامتی و استفاده از مواد مخدر دارد.

در تحقیقی که لارسن[[140]](#footnote-140) و همکاران در سال (1998) با عنوان بررسی کردن تغییرات در رابطه والد-فرزند در طول دوره‌ی نوجوانی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که میزان تعارض اوایل دوره‌ی نوجوانی تا نیمه‌ی نوجوانی و از نیمه‌ی نوجوانی تا اواخر نوجوانی کاهش می‌یابد اما تأثیر تعارض از اوایل دوره‌ی نوجوانی تا نیمه‌ی نوجوانی افزایش می‌یابد. نتایج همبستگی مثبتی را بین تعارض و بلوغ نشان داد.

لانگ[[141]](#footnote-141)(2001) با ترکیب دو روش درمانی مهارت‌های ارتباطی / حل مسئله و درمان تغییر رفتار به بهبود تعارضات والدین-نوجوانان پرداخت. نتایج تحقیق او نشان داد که ترکیب درمان مهارت‌های ارتباطی/ حل مسئله و درمان تغییر رفتار منجر به بهبود قابل‌توجه مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی و در نتیجه کاهش تعارض والد-نوجوان می‌شود.

در تحقیقی که جفی[[142]](#footnote-142) و همکاران (2003) به بررسی رابطه‌ی بین سبک‌های حل تعارض و بزهکاری پرداختند نتیجه گرفتند که به طور قابل‌توجهی بین سبک‌های حل تعارض نوجوانان-والدین با بزهکاری رابطه وجود دارد و بزهکاری در پسران نوجوان سطوح بالاتری را از دختران نشان می‌دهد.

ویتینگهام، سوفرونوف، شفیلد و ساندرز[[143]](#footnote-143)(2009) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر برنامه فرزند پروری مثبت بر مادران کودکان دچار اختلال‌های طیف درخودماندگی، به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزش مدیریت رفتار به والدین تأثیر معناداری بر خود کارامدی والدین ندارد.

هیر[[144]](#footnote-144) و همکاران (2009) در یک مطالعه طولی برسی کردند که چگونه کیفیت زندگی زناشویی در بین خانواده‌های سالم به طور متقابل بر کیفیت ارتباط والد-نوجوان برای پیش‌بینی سلامت جسمی، سلامت روانی، سوءمصرف مواد در میانه نوجوانی و اوایل بزرگسالی موثر است. نتایج نشان داد که نوجوانانی که والدینشان کیفیت ارتباط پایینی را داشتند و ارتباط ضعیفی با والدینشان داشتند کمترین نتایج سلامت را داشتند و نوجوانانی که والدینشان کیفیت ارتباط بالایی داشتند و ارتباط والد-نوجوان خوبی باهر دو والد داشتند، به طور موافق بهترین نتایج را داشتند.

فصل سوم

روش پژوهش

**1-3 مقدمه**

در اين فصل ابتدا روش پژوهش، سپس جامعه‌ي آماري، نمونه و روش نمونه‌گيري شرح داده مي‌شود. در ادامه معرفي ابزار پژوهش و ويژگي روان‌سنجي آن خواهد آمد. سپس نحوه مداخله و شيوه اجرا و روش‌هاي تحليل داده‌ها و اطلاعات و شيوه‌هاي آماري بيان مي‌شود.

**2-3 روش پژوهش**

روش اين پژوهش نیمه تجربي است و در طرح این پژوهش، پيش آزمون- پس آزمون با گروه گواه استفاده شده است. دياگرام اين پژوهش در جدول (3-1) آمده است.

**جدول.1-3 دياگرام پژوهش**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| پس آزمون | متغیر مستقل | پيش آزمون | انتخاب تصادفی | گر وها |
| T2 | X1 | T1 | RE | گروه آموزش مبتنی بر روابط والد فرزند |
| T2 | - | T1 | RC | گروه کنترل |

 همان طور که در جدول (3-1) آمده است، طرح پژوهش از نوع پيش آزمون- پس آزمون با گروه گواه (کنترل) است.T1 و T2 به ترتيب نشان‌دهنده پيش آزمون و پس آزمون و X نشان­دهنده متغير مستقل (*آموزش مبتنی بر روابط والد فرزند*) است. متغیر کنترل در اين پژوهش *خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی* بود.

**3-3 جامعه آماري**

جامعه آماري شامل کليه معتادان شهرستان اصفهان که در سال 1392-1393 می‌باشند که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه نموده‌اند.

**4-3 روش نمونه گيري و اجرا**

در پژوهش حاضر با توجه به شرایط خاص جامعه پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. حجم نمونه کلاً شامل 30 نفر بود که از این 30 نفر در گروه آزمايش 15 نفر و در گروه کنترل 15 نفر با استفاده از روش تصادفی قرار داده شد. شرایط وروداعضا نمونه به پژوهش حاضر شامل؛ داشتن حداقل سواد خواندن نوشتن، دارای فرزند نوجوان بودن، نداشتن سن بالای 45سال، همسر معتاد با حداقل 14 سال زندگی مشترک و شرایط خروج اعضا نمونه از پژوهش شامل؛ نداشتن سواد خواندن و نوشتن، غیبت2 جلسه به بالا، جدا زندگی کردن زوجین از همدیگر، نتایج t یک در تعیین افراد نمونه نقش داشته اند.

**5-3 روش گردآوری اطلاعات**

 در این پژوهش از روشهای مطالعه کتابخانه ای و پرسشنامه ای به منظور گردآوری اطلاعات و بهره گیری از آنها در پژوهش استفاده شده است.

**6-3 ابزار پژوهش**

**1-6-3 مقیاس خود کارآمدی عمومی (GSES)**

شرر و همکاران[[145]](#footnote-145)(1982) معتقدند که نظریه‌ی خود کارآمدی، الگویی از فرآیندهای شناختی برای سازش یافتگی می‌باشد و برای اولین بار مقیاسی جهت اندازه‌گیری این باور عمومی تحت عنوان مقیاس خود کارآمدی ساختند که اختصاص به موقعیت خاصی از رفتار ندارد. مقیاس خود کارآمدی عمومی شرر و همکاران دارای 17 گویه است. شرر و همکاران، بدون مشخص کردن عوامل و گویه های آن‌ها معتقدند که این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه‌گیری می‌کند.

 شرر و همکاران همبستگی پیرسون بین مقیاس خود کارآمدی عمومی شرر با مقیاس مسند مهار گذاری،287/0- را به دست آوردند. وودروف و کاشمر[[146]](#footnote-146) (1993)، در بررسی مقیاس خود کارآمدی عمومی شرر روایی این مقیاس را تأیید کردند (به نقل از اصغرنژاد و همکاران،1385). در پژوهش اصغرنژاد و همکاران (1385) نیز برای بررسی روایی ملاکی مقیاس خود کارآمدی عمومی شرر، همبستگی این مقیاس با مقیاس مسند مهار گذاری راتر[[147]](#footnote-147))1996) محاسبه شد که این همبستگی 342/0- به دست آمد. وودروف و کاشمر (1993)، در بررسی مقیاس خود کارآمدی عمومی شرر و همکاران پایایی این مقیاس را تأیید کردند (به نقل از اصغرنژاد و همکاران،1385). در پژوهش اصغرنژاد و همکاران (1385) به منظور بررسی همسانی درونی گویه های کل مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ در مطالعات شرر و همکاران (1982) 86/0، در پژوهش وودورف و کاشمر (1993) 84/0 و در پژوهش اصغرنژاد و همکاران (1385) 83/0 گزارش شده است.

 **2-6-3 پرسشنامه بهزیستی اجتماعی**

پرسشنامه بهزیستی اجتماعی 33 گویه ای توسط کییز (1998) بر اساس مدل نظری او از سازه بهزیستی اجتماعی طراحی شده است که معمولاً به عنوان مقیاس عمومی در روان‌شناسی سلامت اجتماعی جهت تعیین میزان سلامت و بهزیستی اجتماعی به کار می‌رود. پرسشنامه بهزیستی اجتماعی ابتدا توسط صفاری نیا و تبریزی (1391) به زبان فارسی ترجمه و سپس نسخه ترجمه‌شده فارسی به انگلیسی برگردانده شد. پس از آن قابل‌فهم و رسا بودن متن، توسط اساتید روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت و پرسشنامه به تعدادی از دانشجویان داده شد تا اشکالات موجود احتمالی مشخص گردد و به این ترتیب نسخه فارسی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی 33 گویه ای تهیه و بر روی 400 زن و مرد شهر تهران اجرا شده است

نمره‌گذاری: این پرسشنامه که از نوع مداد-کاغذی و خود گزارش دهی است، مشتمل بر 33 گویه و 5 خرده مقیاس "انطباق اجتماعی"،"انسجام اجتماعی"،"مشارکت اجتماعی"،"شکوفایی اجتماعی" و "پذیرش اجتماعی" می‌باشد. نمره‌گذاری گویه ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای "کاملاً موافق=5"،"موافق=4"،"نظری ندارم=3"،"مخالف=2"و "کاملاً مخالف=1"انجام می‌شود. بنابراین، حداقل و حداکثر نمره‌ای که به دست می‌آید به ترتیب برابر با 33 و 165 خواهد بود. لازم به ذکر است که گویه های 1،2،5،6،7،9،10،12،14،15،19،21،23،24،25،26،27،29،32،33 به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

پایایی و روایی: در پژوهش صفاری نیا و تبریزی (1391) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با 85/0 به دست آمد که میزان رضایت بخشی است. همچنین نتایج پژوهش جهت تعیین روایی محتوایی با استفاده از نظر متخصصان حاکی از روایی محتوایی پرسشنامه و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل مؤلفه‌های اصلی pcاز طریق چرخش واریماکس موید وجود پنج عامل دارای ارزش ویژه بزرگ‌تر از یک تحت عنوان"همبستگی اجتماعی"،"انسجام اجتماعی"،"مشارکت اجتماعی"،"شکوفایی اجتماعی"و پذیرش اجتماعی " بوده است.

**7-3 شيوه‌ي اجراي متغير مستقل**

 مهارت‌هاي روابط والد فرزند (متغير مستقل) در 10 جلسه آموزش داده‌شده‌ که شرح جلسات در جدول (3-6) آمده است.

**جدول (2-3). شيوه اجراي آموزش مهارت والد- فرزند**

|  |  |
| --- | --- |
| تعداد جلسات درمان | محتواي جلسات |
| جلسه اول | 1. آشنایی، معرفی فرایند جلسات، مرور برنامه‌ها
2. آشنایی با مفهوم ارتباط و موانع ارتباطی
 |
| جلسه دوم | 1. آموزش مهارت‌های ارتباطی (کلامی و غیرکلامی)
2. بهبود مهارت‌های ارتباط کلامی والدین(مادران) با نوجوان
 |
| جلسه سوم | 1 - مهارت ابراز وجود و خشم2- آموزش مهارت حل مسئله (1) |
| جلسه چهارم | 1. آموزش مهارت‌های حل مسئله (2)
2. آموزش مهارت‌های حل مسئله (3)
 |
| جلسه پنجم | 1. حمایت کردن از نوجوان، کار کردن روی نقش‌ها، ساختار خانواده (شامل شناخت مرزها، ائتلاف‌ها، تعارضات و...) و الگوهای تعاملاتی خانواده
2. داشتن ارتباط درست و صادقانه، بررسی نشانه‌های فردی در خانواده
 |
| جلسه ششم | 1. اصلاح مرزبندی‌ها و تعین نمودن محدودیت‌ها، توجه به استقلال نوجوان
2. دادن مسئولیت و آموزش مسئولیت‌پذیری به نوجوان
 |
| جلسه هفتم | 1. آموزش به اعضا برای بحث و بررسی ارتباط با نوجوانان در مورد مقاومت در برابر فشارهای منفی همسالان برای مقابله با رفتارهای پر خطر مانند استفاده از مواد و...
2. آموزش هیجانات آسیب‌زای والدین
 |
| جلسه هشتم | 1. افشاسازی والدین
2. خطاهای شناختی و بازسازی شناختی
 |
| جلسه نهم | 1. شناسایی چرخه مرضی
2. اختلال در چرخه مرضی
 |
| جلسه دهم | 1. گفت و گوی متقابل
2. مرحله تثبیت جلسات و اجرای پس آزمون.
 |

ابتدا از دو گروه پیش آزمون به عمل آمد سپس گروه‌های آزمایش به مدت 10 جلسه در معرض آموزش متغیر مستقل (آموزش روابط والد فرزند) قرارگرفته و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. بعد از آخرین جلسه آموزشی از هر دو گروه آزمایش و گواه پس آزمون به عمل آمد.

**8-3 شیوه‌ی تجزيه تحليل اطلاعات**

 براي تجزيه و تحليل اطلاعات و آزمون فرضيات از شاخص‌هاي آمار توصيفي و استنباطي استفاده شده است. در آمار توصيفي از شاخص‌هاي ميانگين و انحراف استاندارد و در آمار استنباطي از آزمون تحليل کوواريانس يک متغيره[[148]](#footnote-148)استفاده شد و به منظور بررسي همساني واريانس ها از آزمون لوين استفاده گردید است.

فصل چهارم

تجزيه و تحليل داده

**1-4 مقدمه**

در اين فصل نتايج حاصل از تحليل داده­هاي آماري و آزمون فرضيه­ها ارائه مي­شود. ابتدا با استفاده از شاخص­هاي گرايش مرکزي و شاخص­هاي پراکندگي، خلاصه­سازي داده­ها صورت مي­گيرد و در بخش يافته­هاي استنباطي، به آزمون فرضيه­هاي پژوهش پرداخته مي­شود.

**2-4 روش آماری توصيفي**

جدول (1-4) تعداد والدین را در گروه آزمايش و گواه نشان مي­دهد.

**جدول (1-4). تعداد والدین در گروه آزمايش و گواه**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **گروه گواه** | **گروه آزمايش** |
| تعداد والدین | 15 | 15 |
| مجموع | 30 |

جدول (2-4) روند حضور و افت تعداد افراد نمونه را نشان مي‌دهد.

**جدول (2-4) روند حضور و افت تعداد افراد نمونه**

|  |  |
| --- | --- |
| **پيش آزمون** | **پس آزمون** |
| **آزمايش**  | **گواه** | **کل** | **آزمايش**  | **گواه** | **کل** | **گروه** |
| **15** | **15** | **30** | **15** | **15** | **30** | **تعداد والدین** |

**جدول (3-4). وضعيت تحصيلات افراد نمونه در دو گروه آزمايش و گواه**

|  |  |
| --- | --- |
| گروه‌ها | تحصيلات |
| گروه آزمايش | گروه گواه |  |
| 0 | 0 | زير ديپلم |
| 5 | 7 | ديپلم |
| 4 | 3 | فوق‌ديپلم |
| 6 | 5 | ليسانس و بالاتر |
| 15 | 15 | مجموع |

نمودار (1-4) **وضعيت تحصيلات افراد نمونه در دو گروه آزمايش و گواه**

**3-4 بررسی فرضیه ها**

**1-3-4 فرضيه اول**: فرضيه اول پژوهش عبارت است ازآموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر خود کارآمدی والدین معتاد شهر اصفهان دارای تأثیر مثبت معنادار است.

**جدول 4-4 مقايسه ميانگين و انحراف معيار نمرات خود کارآمدی در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروه | ميانگين | انحراف استاندارد | تعداد |
| پیش آزمون خود کارآمدی | آزمایش | 47.33 | 7.31 | 15 |
| گواه | 44.13 | 5.57 | 15 |
| کلی | 45.73 | 6.59 | 30 |
| پس آزمون خود کارآمدی | آزمایش | 54.60 | 6.19 | 15 |
| گواه | 43.47 | 5.06 | 15 |
| کلی | 49.03 | 7.93 | 30 |

نتایج جدول (4-4) گویای آن است که تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در مقیاس خود کارآمدی در مرحله پیش آزمون کم بوده درحالی‌که در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین‌های پیش و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل زیاد می‌باشد. این مطلب نشان‌دهنده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله الگوی روابط والد فرزند) بر ميزان خود کارآمدی می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است. این یافته ها در نمودار (2-4) نیز نمایش داده شده است.

نمودار (2-4) میانگین نمرات خود کارآمدی در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون

**جدول 5-4: نتايج آزمون لوين مبني بر پیش‌فرض تساوي واريانس در دو گروه**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیرها/ شاخص  | ضريب F | درجه آزادي 1 | درجه آزادي 2 | معناداري |
| خود کارآمدی | 2.20 | 1 | 28 | 0.149 |

نتایج آزمون لوین گویای آن است که پیش‌فرض همسانی واریانس ها در مقیاس آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است.

جدول 6-4 مقایسه توزیع نمرات متغیر های تحقیق با توزیع نرمال

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | شاپرو ویلکز | کالموگروف – اسمیرنف |
| آماره | سطح معناداری | آماره | سطح معناداری |
| خود کارآمدی | 0.982 | 0.87 | 0.069 | 0.20 |

براساس نتایج جدول6-4 آماره کالموگروف – اسمیرنف و شاپرو ویلکز در سطح 05/≥p معنی دار نبوده . بنابراین توزیع نمرات متغیر های تحقیق نرمال می باشد.



نمودار(3-4) شیب خطی رگرسیون در متغیر خودکارآمدی

**جدول 7-4 نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر مداخلات مبتنی بر روابط والد فرزند بر خودکار آمدی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منابع تغییر  | SS | df | MS | F | sig | میزان تأثیر | توان آماری |
| پيش آزمون خود کارآمدی | 192.85 | 1 | 192.85 | 7.39 | 0.011 | 0.21 | 0.74 |
| گروه | 682.33 | 1 | 682.33 | 26.15 | 0.001 | 0.49 | 0.99 |
| مقدار خطا | 704.47 | 27 | 26.09 |  |  |  |  |
| کل مدل | 73955.00 | 30 |  |  |  |  |  |
| مقدار کل تصحیح‌شده | 1826.96 | 29 |  |  |  |  |  |

مقایسه بین متغیر مستقل و سطوح مختلف متغیرهای وابسته گویای آن است که متغیر مستقل بر، **خود کارآمدی** (0.001p≤) تأثیر معنی‌داری دارد. میزان این تأثیر بر متغیر **خو کارآمدی 99** درصد می‌باشد. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و گروه کنترل به لحاظ متغیرهای مزبور تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به این که در مقیاس **خود کارآمدی** بالا بودن نمرات نشان‌دهنده خود کارآمدی و حرمت نفس و سلامت بیشتر افراد و پایین بودن نمرات دال بر خود کارآمدی و حرمت نفس و سلامت کمتر افراد است، اطلاعات جدول بیان‌کننده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله روابط والد فرزند) بر ميزان خود کارآمدی والدین می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است.

**2-3-4 فرضيه دوم**: فرضيه دومپژوهش عبارت است ازآموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر بهزیستی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان دارای تأثیر مثبت معنادار است.

**8-4 مقايسه ميانگين و انحراف معيار نمرات بهزیستی اجتماعی در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروه | ميانگين | انحراف استاندارد | تعداد |
| پیش آزمون بهزیستی اجتماعی | آزمایش | 83.47 | 5.55 | 15 |
| گواه | 81.87 | 5.16 | 15 |
| کلی | 82.67 | 5.33 | 30 |
| پس آزمون بهزیستی اجتماعی | آزمایش | 98.13 | 5.80 | 15 |
| گواه | 82.13 | 5.80 | 15 |
| کلی | 90.13 | 9.93 | 30 |

نتایج جدول (8-4) گویای آن است که تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در مقیاس بهزیستی اجتماعی در مرحله پیش آزمون کم بوده درحالی‌که در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین‌های پیش و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل زیاد می‌باشد. این مطلب نشان‌دهنده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله الگوی روابط والد فرزند) بر ميزان بهزیستی اجتماعی می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است. این یافته ها در نمودار (8-4) نیز نمایش داده شده است.

**نمودار (4-4) میانگین** **نمرات بهزیستی اجتماعی در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

**جدول 9-4 نتايج آزمون لوين مبني بر پیش‌فرض تساوي واريانس در دو گروه**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیرها/ شاخص  | ضريب F | درجه آزادي 1 | درجه آزادي 2 | معناداري |
| بهزیستی اجتماعی | 0.003 | 1 | 28 | 0.954 |

نتایج آزمون لوین گویای آن است که پیش‌فرض همسانی واریانس ها در مقیاس آزمون تحلیل کواریانس رعایت شده است.

**جدول 10 -4 مقایسه توزیع نمرات متغیر های تحقیق با توزیع نرمال**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | شاپرو ویلکز | کالموگروف – اسمیرنف |
| آماره | سطح معناداری | آماره | سطح معناداری |
| بهزیستی اجتماعی | 0.150 | 0.084 | 0.963 | 0.359 |

براساس نتایج جدول 10-4 آماره کالموگروف – اسمیرنف و شاپرو ویلکز در سطح 05/≥p معنی دار نبوده . بنابراین توزیع نمرات متغیر های تحقیق نرمال می باشد .



نمودار(5-4) شیب خطی رگرسیون در متغیر بهزیستی اجتماعی

**جدول 11-4 نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر مداخلات مبتنی بر روابط والد فرزند بر** بهزیستی اجتماعی

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منابع تغییر  | SS | df | MS | F | Sig | میزان تأثیر | توان آماری |
| پيش آزمون بهزیستی اجتماعی | 64.72 | 1 | 64.72 | 1.98 | 0.17 | 0.06 | 0.27 |
| گروه | 1770.48 | 1 | 1770.48 | 54.40 | 0.001 | 0.66 | 0.99 |
| مقدار خطا | 878.73 | 27 | 32.54 |  |  |  |  |
| کل مدل | 246584.00 | 30 |  |  |  |  |  |
| مقدار کل تصحیح‌شده | 2863.46 | 29 |  |  |  |  |  |

مقایسه بین متغیر مستقل و سطوح مختلف متغیرهای وابسته گویای آن است که متغیر مستقل بر، بهزیستی اجتماعی (0.001p≤) تأثیر معنی‌داری دارد. میزان این تأثیر بر متغیر **بهزیستی اجتماعی 99** درصد می‌باشد. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و گروه کنترل به لحاظ متغیرهای مزبور تفاوت معنی‌داری وجود دارد.با توجه به این که در مقیاس بهزیستی اجتماعی بالا بودن نمرات نشان‌دهنده سلامت بیشتر افراد و پایین بودن نمرات دال بر سلامت کمتر افراد است، اطلاعات جدول بیان‌کننده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله روابط والد فرزند) بر ميزان بهزیستی اجتماعی والدین می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است.

**3-3-4 فرضيه سوم**: فرضيه سومپژوهش عبارت است ازآموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر مشارکت اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.

**جدول 12-4 مقايسه ميانگين و انحراف معيار نمرات** مشارکت اجتماعي **در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروه | ميانگين | انحراف استاندارد | تعداد |
| پیش آزمون مشارکت اجتماعي | آزمایش | 16.00 | 1.46 | 15 |
| گواه | 16.93 | 2.01 | 15 |
| کلی | 16.47 | 1.79 | 30 |
| پس آزمون مشارکت اجتماعي | آزمایش | 18.27 | 2.40 | 15 |
| گواه | 16.33 | 1.63 | 15 |
| کلی | 17.30 | 2.24 | 30 |

نتایج جدول (12-4) گویای آن است که تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در مقیاس مشارکت اجتماعي در مرحله پیش آزمون کم بوده درحالی‌که در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین‌های پیش و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل زیاد می‌باشد. این مطلب نشان‌دهنده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله الگوی روابط والد فرزند) بر ميزان مشارکت اجتماعي می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است. این یافته ها در نمودار (12-4) نیز نمایش داده شده است.

**نمودار (6-4) میانگین** **نمرات مشارکت اجتماعی در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

**جدول 13-4 نتايج آزمون لوين مبني بر پیش‌فرض تساوي واريانس در دو گروه**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیرها/ شاخص  | ضريب F | درجه آزادي 1 | درجه آزادي 2 | معناداري |
| مشارکت اجتماعي | 0.03 | 1 | 28 | 0.861 |

نتایج آزمون لوین گویای آن است که پیش‌فرض همسانی واریانس ها در مقیاس آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است.

**جدول 14-4 مقایسه توزیع نمرات متغیر های تحقیق با توزیع نرمال**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | شاپرو ویلکز | **کالموگروف – اسمیرنف** |
| **آماره** | **سطح معناداری** | آماره | سطح معناداری |
| مشارکت اجتماعي | **0.945** | **0.124** | 0.186 | 0.073 |

براساس نتایج جدول 14-4 آماره کالموگروف – اسمیرنف و شاپرو ویلکز در سطح 05/≥p معنی دار نبوده . بنابراین توزیع نمرات متغیر های تحقیق نرمال می باشد .



نمودار(7-4) شیب خطی رگرسیون در متغیر مشارکت اجتماعي

**جدول 15-4 نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر مداخلات مبتنی بر روابط والد فرزند بر مشارکت اجتماعي**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منابع تغییر  | SS | df | MS | F | sig | میزان تأثیر | توان آماری |
| پيش آزمون مشارکت اجتماعي | 36.50 | 1 | 36.50 | 12.05 | 0.002 | 0.30 | 0.91 |
| گروه | 44.93 | 1 | 44.93 | 14.84 | 0.001 | 0.35 | 0.96 |
| مقدار خطا | 81.76 | 27 | 3.02 |  |  |  |  |
| کل مدل | 9125.00 | 30 |  |  |  |  |  |
| مقدار کل تصحیح‌شده | 146.30 | 29 |  |  |  |  |  |

مقایسه بین متغیر مستقل و سطوح مختلف متغیرهای وابسته گویای آن است که متغیر مستقل بر، مشارکت اجتماعي (0.001p≤) تأثیر معنی‌داری دارد. میزان این تأثیر بر متغیر **مشارکت اجتماعی 96** درصد می‌باشد. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و گروه کنترل به لحاظ متغیرهای مزبور تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اطلاعات جدول بیان‌کننده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله روابط والد فرزند) بر ميزان مشارکت اجتماعي والدین می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است.

 **4-3-4 فرضيه چهارم**: فرضيه چهارمپژوهش عبارت است از آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر انسجام اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.

**جدول 16-4 مقايسه ميانگين و انحراف معيار نمرات** انسجام اجتماعي **در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروه | ميانگين | انحراف استاندارد | تعداد |
| پیش آزمون انسجام اجتماعي | آزمایش | 14.93 | 2.31 | 15 |
| گواه | 15.13 | 2.61 | 15 |
| کلی | 15.3 | 2.42 | 30 |
| پس آزمون انسجام اجتماعي | آزمایش | 18.40 | 3.43 | 15 |
| گواه | 15.93 | 2.71 | 15 |
| کلی | 17.17 | 3.29 | 30 |

نتایج جدول (16-4) گویای آن است که تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در مقیاس انسجام اجتماعي در مرحله پیش آزمون کم بوده درحالی‌که در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین‌های پیش و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل زیاد می‌باشد. این مطلب نشان‌دهنده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله الگوی روابط والد فرزند) بر ميزان انسجام اجتماعي می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است. این یافته ها در نمودار (16-4) نیز نمایش داده شده است.

نمودار (8-4) میانگین نمرات انسجام اجتماعی در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون

**جدول 17-4 نتايج آزمون لوين مبني بر پیش‌فرض تساوي واريانس در دو گروه**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیرها/ شاخص  | ضريب F | درجه آزادي 1 | درجه آزادي 2 | معناداري |
| انسجام اجتماعي | 0.86 | 1 | 28 | 0.36 |

نتایج آزمون لوین گویای آن است که پیش‌فرض همسانی واریانس ها در مقیاس آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است.

جدول 18-4 مقایسه توزیع نمرات متغیر های تحقیق با توزیع نرمال

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | شاپرو ویلکز | **کالموگروف – اسمیرنف** |
| **آماره** | **سطح معناداری** | آماره | سطح معناداری |
| انسجام اجتماعي | **0.965** | **0.408** | 0.200 | 0.128 |

براساس نتایج جدول 18-4 آماره کالموگروف – اسمیرنف و شاپرو ویلکز در سطح 05/≥p معنی دار نبوده . بنابراین توزیع نمرات متغیر های تحقیق نرمال می باشد .



نمودار(9-4) شیب خطی رگرسیون در متغیر انسجام اجتماعی

**جدول 19-4 نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر مداخلات مبتنی بر روابط والد فرزند بر انسجام اجتماعي**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منابع تغییر  | SS | df | MS | F | sig | میزان تأثیر | توان آماری |
| پيش آزمون انسجام اجتماعي | 10.60 | 1 | 10.60 | 1.11 | 0.302 | 0.03 | 0.17 |
| گروه | 47.41 | 1 | 47.41 | 4.96 | 0.034 | 0.15 | 0.57 |
| مقدار خطا | 257.933 | 27 | 9.55 |  |  |  |  |
| کل مدل | 9155.00 | 30 |  |  |  |  |  |
| مقدار کل تصحیح‌شده | 314.167 | 29 |  |  |  |  |  |

مقایسه بین متغیر مستقل و سطوح مختلف متغیرهای وابسته گویای آن است که متغیر مستقل بر، انسجام اجتماعي (0.034p≤) تأثیر معنی‌داری دارد. میزان این تأثیر بر متغیر **انسجام اجتماعی 57** درصد می‌باشد. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و گروه کنترل به لحاظ متغیرهای مزبور تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اطلاعات جدول بیان‌کننده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله روابط والد فرزند) بر ميزان انسجام اجتماعي والدین می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است.

 **5-3-4 فرضيه پنجم**: فرضيه پنجمپژوهش عبارت است ازآموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر پذيرش اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.

**جدول 20-4 مقايسه ميانگين و انحراف معيار نمرات پذيرش اجتماعي در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروه | ميانگين | انحراف استاندارد | تعداد |
| پیش آزمون پذيرش اجتماعي | آزمایش | 18.13 | 2.47 | 15 |
| گواه | 17.40 | 3.08 | 15 |
| کلی | 17.77 | 2.77 | 30 |
| پس آزمون پذيرش اجتماعي | آزمایش | 21.80 | 3.59 | 15 |
| گواه | 17.20 | 2.88 | 15 |
| کلی | 19.50 | 3.96 | 30 |

نتایج جدول (20-4) گویای آن است که تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در مقیاس پذيرش اجتماعي در مرحله پیش آزمون کم بوده درحالی‌که در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین‌های پیش و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل زیاد می‌باشد. این مطلب نشان‌دهنده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله الگوی روابط والد فرزند) بر ميزان پذيرش اجتماعي می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است. این یافته ها در نمودار (20-4) نیز نمایش داده شده است.

**نمودار (10-4) میانگین** **نمرات پذیرش اجتماعی در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

**جدول 21-4 نتايج آزمون لوين مبني بر پیش‌فرض تساوي واريانس در دو گروه**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیرها/ شاخص  | ضريب F | درجه آزادي 1 | درجه آزادي 2 | معناداري |
| پذيرش اجتماعي | 0.19 | 1 | 28 | 0.665 |

نتایج آزمون لوین گویای آن است که پیش‌فرض همسانی واریانس ها در مقیاس آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است.

**جدول 22-4 مقایسه توزیع نمرات متغیر های تحقیق با توزیع نرمال**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | شاپرو ویلکز | کالموگروف – اسمیرنف |
| آماره | سطح معناداری | آماره | سطح معناداری |
| پذيرش اجتماعي | 0.956 | 0.240 | 0.200 | 0.125 |

براساس نتایج جدول 22-4 آماره کالموگروف – اسمیرنف و شاپرو ویلکز در سطح 05/≥p معنی دار نبوده . بنابراین توزیع نمرات متغیر های تحقیق نرمال می باشد .



نمودار(11-4) شیب خطی رگرسیون در متغیر پذيرش اجتماعي

**جدول 23-4 نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر مداخلات مبتنی بر روابط والد فرزند بر پذيرش اجتماعي**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منابع تغییر  | SS | df | MS | F | sig | میزان تأثیر | توان آماری |
| پيش آزمون پذيرش اجتماعي | 87.07 | 1 | 87.07 | 11.21 | 0.002 | 0.29 | 0.89 |
| گروه | 126.10 | 1 | 126.10 | 16.23 | 0.001 | 0.37 | 0.97 |
| مقدار خطا | 209.72 | 27 | 7.76 |  |  |  |  |
| کل مدل | 11863.00 | 30 |  |  |  |  |  |
| مقدار کل تصحیح‌شده | 455.50 | 29 |  |  |  |  |  |

مقایسه بین متغیر مستقل و سطوح مختلف متغیرهای وابسته گویای آن است که متغیر مستقل بر، پذيرش اجتماعي (0.000p≤) تأثیر معنی‌داری دارد. میزان این تأثیر بر متغیر **پذیرش اجتماعی 97** درصد می‌باشد. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و گروه کنترل به لحاظ متغیرهای مزبور تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اطلاعات جدول بیان‌کننده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله روابط والد فرزند) بر ميزان پذيرش اجتماعي والدین می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است.

**6-3-4 فرضيه ششم**: فرضيه ششمپژوهش عبارت است ازآموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر انطباق اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.

**جدول 24-4 مقايسه ميانگين و انحراف معيار نمرات** انطباق اجتماعي **در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروه | ميانگين | انحراف استاندارد | تعداد |
| پیش آزمون انطباق اجتماعي | آزمایش | 16.40 | 2.89 | 15 |
| گواه | 16.13 | 2.13 | 15 |
| کلی | 16.27 | 2.50 | 30 |
| پس آزمون انطباق اجتماعي | آزمایش | 19.07 | 1.98 | 15 |
| گواه | 15.93 | 2.40 | 15 |
| کلی | 17.50 | 2.688 | 30 |

نتایج جدول (24-4) گویای آن است که تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در مقیاس انطباق اجتماعي در مرحله پیش آزمون کم بوده درحالی‌که در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین‌های پیش و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل زیاد می‌باشد. این مطلب نشان‌دهنده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله الگوی روابط والد فرزند) بر ميزان انطباق اجتماعي می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است. این یافته ها در نمودار (24-4) نیز نمایش داده شده است.

**نمودار (12-4) میانگین** **نمرات** انطباق اجتماعي **در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

**جدول 25-4 نتايج آزمون لوين مبني بر پیش‌فرض تساوي واريانس در دو گروه**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیرها/ شاخص  | ضريب F | درجه آزادي 1 | درجه آزادي 2 | معناداري |
| انطباق اجتماعي | 0.18 | 1 | 28 | 0.667 |

نتایج آزمون لوین گویای آن است که پیش‌فرض همسانی واریانس ها در مقیاس آزمون تحلیل کواریانس رعایت شده است.

**جدول 26-4 مقایسه توزیع نمرات متغیر های تحقیق با توزیع نرمال**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | شاپرو ویلکز | **کالموگروف – اسمیرنف** |
| **آماره** | **سطح معناداری** | آماره | سطح معناداری |
| انطباق اجتماعي | **0.974** | **0.647** | 0.200 | 0.117 |

براساس نتایج جدول 26-4 آماره کالموگروف – اسمیرنف و شاپرو ویلکز در سطح 05/≥p معنی دار نبوده . بنابراین توزیع نمرات متغیر های تحقیق نرمال می باشد .



نمودار(13-4) شیب خطی رگرسیون در متغیر انطباق اجتماعي

**جدول 4-27: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر مداخلات مبتنی بر روابط والد فرزند بر** انطباق اجتماعي

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منابع تغییر  | SS | df | MS | F | sig | میزان تأثیر | توان آماری |
| پيش آزمون انطباق اجتماعي | 87.07 | 1 | 87.07 | 11.21 | 0.002 | 0.29 | 0.89 |
| گروه | 126.10 | 1 | 126.10 | 16.23 | 0.001 | 0.37 | 0.97 |
| مقدار خطا | 102.544 | 27 | 3.79 |  |  |  |  |
| کل مدل | 9397.00 | 30 |  |  |  |  |  |
| مقدار کل تصحیح‌شده | 209.50 | 29 |  |  |  |  |  |

مقایسه بین متغیر مستقل و سطوح مختلف متغیرهای وابسته گویای آن است که متغیر مستقل بر، انطباق اجتماعي (0.000p≤) تأثیر معنی‌داری دارد. میزان این تأثیر بر متغیر **انطباق اجتماعی 97 درصد** می‌باشد. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و گروه کنترل به لحاظ متغیرهای مزبور تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اطلاعات جدول بیان‌کننده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله روابط والد فرزند) بر ميزان انطباق اجتماعي والدین می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است.

**7-3-4 فرضيه هفتم**: فرضيه هفتم پژوهش عبارت است از آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر شکوفايي اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.

**جدول 28-4 مقايسه ميانگين و انحراف معيار نمرات** شکوفايي اجتماعي **در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروه | ميانگين | انحراف استاندارد | تعداد |
| پیش آزمون شکوفايي اجتماعي | آزمایش | 18.00 | 2.75 | 15 |
| گواه | 16.27 | 2.15 | 15 |
| کلی | 17.13 | 2.58 | 30 |
| پس آزمون شکوفايي اجتماعي | آزمایش | 20.60 | 2.13 | 15 |
| گواه | 16.73 | 2.81 | 15 |
| کلی | 18.67 | 3.14 | 30 |

نتایج جدول (**28-4**) گویای آن است که تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در مقیاس شکوفايي اجتماعي در مرحله پیش آزمون کم بوده درحالی‌که در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین‌های پیش و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل زیاد می‌باشد. این مطلب نشان‌دهنده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله الگوی روابط والد فرزند) بر ميزان شکوفايي اجتماعي می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است. این یافته ها در نمودار (28-4) نیز نمایش داده شده است.

**نمودار (14-4) میانگین** **نمرات** شکوفایی اجتماعي **در دو گروه آزمايش و گواه در مراحل پيش آزمون و پس آزمون**

**جدول 29-4 نتايج آزمون لوين مبني بر پیش‌فرض تساوي واريانس در دو گروه**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیرها/ شاخص  | ضريب F | درجه آزادي 1 | درجه آزادي 2 | معناداري |
| شکوفايي اجتماعي | 0.008 | 1 | 28 | 0.929 |

نتایج آزمون لوین گویای آن است که پیش‌فرض همسانی واریانس ها در مقیاس آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است.

**جدول 30-4 مقایسه توزیع نمرات متغیر های تحقیق با توزیع نرمال**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | شاپرو ویلکز | کالموگروف – اسمیرنف |
| آماره | سطح معناداری | آماره | سطح معناداری |
| شکوفايي اجتماعي | 0.961 | 0.333 | 0.102 | 0.146 |

براساس نتایج جدول 30-4 آماره کالموگروف – اسمیرنف و شاپرو ویلکز در سطح 05/≥p معنی دار نبوده . بنابراین توزیع نمرات متغیر های تحقیق نرمال می باشد .



نمودار(15-4) شیب خطی رگرسیون در متغیر شکوفايي اجتماعي

**جدول 31-4 نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر مداخلات مبتنی بر روابط والد فرزند بر شکوفايي اجتماعي**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منابع تغییر  | SS | df | MS | F | sig | میزان تأثیر | توان آماری |
| پيش آزمون شکوفايي اجتماعي | 30.38 | 1 | 30.38 | 5.69 | 0.024 | 0.17 | 0.63 |
| گروه | 65.16 | 1 | 65.16 | 12.20 | 0.002 | 0.31 | 0.92 |
| مقدار خطا | 144.15 | 27 | 5.33 |  |  |  |  |
| کل مدل | 10740.00 | 30 |  |  |  |  |  |
| مقدار کل تصحیح‌شده | 286.66 | 29 |  |  |  |  |  |

مقایسه بین متغیر مستقل و سطوح مختلف متغیرهای وابسته گویای آن است که متغیر مستقل بر، شکوفايي اجتماعي (0.002p≤) تأثیر معنی‌داری دارد. میزان این تأثیر بر متغیر **شکوفایی اجتماعی 92 درصد** می‌باشد. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و گروه کنترل به لحاظ متغیرهای مزبور تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اطلاعات جدول بیان‌کننده‌ی اثربخشی متغیر مستقل (مداخله روابط والد فرزند) بر ميزان شکوفايي اجتماعي والدین می‌باشد درحالی‌که در گروه گواه، میانگین تغيير محسوسي نيافته است

فصل پنجم

بحث و نتيجه­گیری

**1-5مقدمه**

در اين فصل يافته‌هاي حاصل از تجزيه و تحليل داده‌ها با توجه به يافته‌هاي پژوهش‌هاي قبلي مورد بررسي قرار مي‌گيرد.يافته­هاي پژوهش نشان داد که آموزش روابط والد فرزند باعث افزايش خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی و ابعاد آن ("انطباق اجتماعی"،"انسجام اجتماعی"،"مشارکت اجتماعی"،"شکوفایی اجتماعی"و پذیرش اجتماعی ") شده است و فرضيه­هاي پژوهش تأیید شدند.

**2-5 مروري بر يافته­هاي پژوهش** اين پژوهش يک مطالعه نیمه تجربي بوده که تأثیر آموزش رابطه والد-فرزندی بر خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان بررسي نموده است. بدين منظور 30 نفر انتخاب‌شده و در گروه آزمايش و گواه به صورت تصادفي جايگزين شدند. هر دو گروه در مراحل پيش آزمون، پس آزمون شرکت کرده و پرسشنامه­ها را تکميل نمودند. متغير مستقل (يا مداخله) الگوي آموزش روابط والد- فرزند بود که در 10 جلسه بر گروه آزمايش اعمال شد. يافته­هاي پژوهش نشان داد که الگوي آموزش رابطه والد-فرزندی باعث افزایش خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی والدین شده است

**3-5 بحث و نتيجه گيري**

1. آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر خود کارآمدی والدین معتاد شهر اصفهان دارای تأثیر مثبت معنادار است.
2. آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر بهزیستی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان دارای تأثیر مثبت معنادار است.
3. آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر مشارکت اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.
4. آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر انسجام اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.
5. آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر پذيرش اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.
6. آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر انطباق اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.
7. آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر شکوفايي اجتماعي والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است.

فرضیه اول پژوهش حاضر عبارت بود از آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر خود کارآمدی والدین معتاد شهر اصفهان دارای تأثیر مثبت معنادار است. که نتایج به دست آمده از پژوهش این فرضیه را تأیید کرده است. در تبیین این یافته قابل‌ذکر می‌باشد که ادراک خود کارآمدی به انتظارات افراد در مورد توانایی‌شان برای عمل در موقعیت‌های آینده بر می‌گردد. افرادی بااحساس خود کارآمدی بالا احتمالاً در برخورد با مسائل مشکل، بیشتر تلاش می‌کنند، در تلاش‌هایشان استقامت می‌ورزند، در طول انجام مسائل آرام هستند تا اینکه برانگیخته باشند و افکارشان را تحلیل گرانه سازمان می‌دهند (پروین، سروان و جان،2005، نقل از زمانی،1385).

افرادی که کارایی شخصی زیادی دارند و معتقدند که می‌توانند به طور موثر با رویدادها و شرایطی که مواجه می‌شوند برخورد کنند، از آنجایی که آن‌ها در غلبه بر مشکلات انتظار موفقیت دارند، در تکلیف‌ها استقامت نموده و اغلب در سطح بالایی عمل می‌کنند. این افراد از اشخاصی که کارایی شخصی کمی دارند، بر توانایی‌های خود اطمینان بیشتری داشته و تردید کمی نسبت به خوددارند، آن‌ها مشکلات را چالش می‌بینند و نه تهدید و فعالانه موقعیت‌های جدید را جستجو می‌کنند. کارایی شخصی زیاد، ترس از شکست را کاهش می‌دهد، سطح آرزوها را بالا می‌برد و توانایی مسئله گشایی و تفکر تحلیل را بهبود می‌بخشد (شولتزو شولتز، ترجمه سید محمدی،1383) که بادی‌های برنجی متغییر مستقل پژوهش که روابط والد- فرزند وقتی تقویت می‌شود به تبع آن انتظارات افراد در مورد توانایی‌هایشان بیشتر شده و نتیجه به دست آمده از پژوهش قابل تبیین می‌باشد.

همچنین قابل‌ذکر می‌باشد که کسانی که خیلی خود بسنده هستند، انتظار دارند موفق شوند و غالباً موفق می‌شوند و کسانی که چندان خود کارآمد نیستند، در مورد توانایی خود در انجام تکالیف شک دارند و به همین جهت نیز کمتر موفق می‌شوند از همین رو عزت نفس آن‌ها کم است (شارف، ترجمه فیروز بخت،1381). همچنین بندورا (1998، به نقل از جباری،1382) خود کارآمدی را به عنوان باورهای در مورد توانایی شخصی برای سازمان دادن و طی کردن مسیرهای عمل به منظور دستیابی به پیشرفت تعریف کرده است که در تشکیل این توانایی شخصی که خود کارآمدی را پیش‌بینی می‌کند نبود تعارض با والدین و به طبع آن ارتباط مناسب با دیگران و تأیید شدن توسط دیگران خیلی موثر می‌باشد. از آن جایی که هویت یابی فرد و تأیید توانایی‌های شخصی و به طبع آن برقراری سلامت وابسته به ارتباط با دیگران است این نتیجه به دست آمده قابل پیش‌بینی بود که نتیجه نیز آن را تأیید نموده است. همچنین پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های استرت[[149]](#footnote-149)(1998) با استفاده از نظریه شناختی-اجتماعی بندورا مداخله‌ای را برای شرکت‌کنندگان جهت افزایش خود کارآمدی تصمیم‌گیری تشکیل دادند. این طرح که طی ده جلسه برای افراد جویای کار اجرا شد نشان داد که خود کارآمدی این افراد پس از جلسات افزایش یافت. مطالعه بعدی تحت عنوان"رشد خود کارآمدی و دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری"است که توسط پاناگوس ودابیوس (2000) انجام شد. این مطالعه عقاید و باورهای خود کارآمدی را بررسی می‌کند که این عقاید و باورها شامل منابعی از اطلاعات کارآمدی، متغیرهای درون دادی شخصی و پیامدهای مورد انتظار در رابطه با رغبت‌های نوجوانان دارای ناتوانی یادگیری( LD ) است. نمونه این پژوهش شامل 96 دانش‌آموز دبیرستانی دارای اختلال یادگیری و شامل تنوع و گوناگونی در زمینه جنسیت، نژاد و زمینه‌های اجتماعی-اقتصادی است. سیستم ترجیح حرفه‌ای کالیفرنیاCOP برای ارزیابی رغبت‌های کارآمدی و پیامدهای مورد انتظار در رابطه با مناطق و نواحی حرفه‌ای به کار می‌رود. متغیرهای درون داد شخصی دیگر، مثل استعداد نیز شامل این طرح پژوهشی می‌شوند. مهاجری و همکاران (1392) در پژوهشی مورد منفرد با عنوان اثربخشی تعامل والد-کودک بر خود کارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش وری بالا به این نتیجه رسیدند که درمان تعامل والد – کودک اجمالاً باعث بهبود ضعیف تا متوسط خود کارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش وری بالا می‌شود.

سرایی جماب، حسن‌آبادی، مشهدی و اصغری نکاح (1390) در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش والدین بر خود کارآمدی مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها بر افزایش خود کارآمدی والدین موثر نبوده است.

ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی (1388) در مطالعه‌ای دریافتند که بین خود کارآمدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد و افراد دارای خود کارآمدی پایین از مصرف مواد برای مقابله با مشکلات استفاده می‌کنند.

ویتینگهام، سوفرونوف، شفیلد و ساندرز[[150]](#footnote-150)(2009) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر برنامه فرزند پروری مثبت بر مادران کودکان دچار اختلال‌های طیف درخودماندگی، به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزش مدیریت رفتار به والدین تأثیر معناداری بر خود کارآمدی والدین ندارد.

در مطالعه تتی و گلف‌اند[[151]](#footnote-151)(1991)؛ به وندی وماش[[152]](#footnote-152)(1999)؛ گروس، فاگ، وبستر- استراتون، گاروی، جولیون و گاردی[[153]](#footnote-153)(2003) به خوبی نشان داده‌شده والدینی که از آموزش شیوه‌های فرزند پروری استفاده کردند خود کارآمدی بالاتری داشتند، قواعد کمتر سخت‌گیرانه ای را وضع می‌کردند، و رفتارهای مثبت تری را نسبت به فرزندانشان بروز می‌دادند. در مقابل، افرادی که خود کارآمدی ضعیف تری دارند با احتمال بیشتری به صورت پرخاشگرانه، اجبارگونه و خصومت‌آمیز رفتار می‌کنند، حساسیت کمتری نشان می‌دهند و ناتوان تر بودند.

یاماموتو، سوزوکی و هالووی[[154]](#footnote-154)(2005،2006) در تحقیقات خود نشان داده‌اند که مشکلات حاکی بر روابط والد – کودک، والدین را مستعد حالات خودسر زنشی و تردید نسبت به توانایی و خود کارآمدی‌شان می‌کند و این امر نقش مهمی در ابعاد مختلف تحول کودک دارد. اثربخشی مهارت‌های حل مسئله و خودکار آمدی در کاهش تعارضات والد- نوجوان در پژوهش‌های مرادی و ثنایی (1385) تأیید شده است.

فارسي نژاد (1383) رابطه سبک‌های هويتي با سلامت اجتماعي و خود کارآمدی تحصيلي دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران ر ا بررسي كرد. نتايج اين پژوهش نشان داد نوجوانان اطلاعات مدار و هنجارمدار و كساني كه از تعهد هويتي بالايي برخوردار بودند، سلامت اجتماعي بيشتري داشتند؛ اما نوجواناني كه در برخورد با مسائل هويتي، شیوه اجتنابي را به كار می‌گرفتند، ميزان تعهد احساس خود کارآمدی و سلامت اجتماعي آن‌ها پايين تر بود. از آنجایی که مسائل هویتی با روابط والد فرزند و تأیید شدن و ایجاد اعتمادبه‌نفس در شخصیت همسو است با نتایج به دست آمده از پژوهش همسو می‌باشد (فارسي نژاد، 1383).

فرضیه دوم پژوهش حاضر عبارت بود از آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر بهزیستی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان دارای تأثیر مثبت معنادار است. که نتایج به دست آمده از پژوهش این فرضیه را تأیید کرده است. در تبیین این یافته قابل‌ذکر می‌باشد که افرادی که از سلامت اجتماعی برخوردارند عملکرد و روابطشان با نوجوانشان و با دیگر افراد بهتر است و دیدگاه ثابت و واضح درباهره ی خودشان و دنیایی که در آن زندگی می کنند دارند.

پژوهشگران معتقدند که ارتباطات مثبت والد- نوجوان باعث سلامت روان سطوح بالای عزت نفس، رضایت زندگی و به طور کلی شادکامی، به همان اندازه سطوح پایین علائم پریشانی جسمی، خودکشی و پریشانی عاطفی می‌شود و بعلاوه ادراک نوجوان از این ارتباطات مثبت نقش- حمایتی در برابر مصرف سیگار، الکل و سایر مواد مخدر دارد (هیرو و همکاران[[155]](#footnote-155)، 2009). مطالعات نشان داده است که از میان تعیین‌کننده‌های سلامت، سهم هر دسته از عوامل تقریباً به قرار زیر است: سهم نظام ارائه خدمات، 25 درصد؛ سهم عوامل زیستی،15 درصد؛ سهم عوامل اجتماعی،50 درصد (مرندی،1385). که بر اساس این مباحث که بهزیستی اجتماعی فرد وابسته به ارتباط والد- نوجوان می‌باشد نتایج به دست آمده از فرضیات دوم تا هفتم که مربوط به بهزیستی اجتماعی فرد است قابل تبیین می‌باشد.

سطوح بالای تعارض به صورت مدام می‌توان باعث ایجاد مشکلات روانی – اجتماعی و سایر مشکلاتی شود که در طول نوجوانی گسترش می‌یابد و می‌تواند باعث ایجاد مشکل و نقص در پیوندهای رابطه‌ای و تبدیل و مشکلات در زندگی بعدی گردد (کولیتز[[156]](#footnote-156) و لارسن،1992) که در این شرایط انطباق اجتماعی فرد کاهش‌یافته که این مبحث مرتبط با فرضیه ششم پژوهش می‌باشد که نشان می‌دهد نتایج به دست آمده از پژوهش مورد تأیید و تبیین است.

سلامت و بیماری نتیجه تعامل میان نیروهای زیستی، روانی و اجتماعی است. دیدگاه کنونی درباره سلامت و بیماری، دیدگاهی وسیع است که شامل تأثیر متقابل جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی زندگی شخص است. این دیدگاه جدید را الگوی زیستی-روانی-اجتماعی می‌خوانند. در این مدل، سلامت و بیماری محصول ترکیب عوامل زیر در نظر گرفته می‌شود:

الف)-ویژگی‌های زیست‌شناختی (مثلاً، زمینه‌های ژنتیکی)

ب)-عوامل رفتاری (مثلاً، سبک زندگی، استرس و باورهای سلامتی) و

ج)-شرایط اجتماعی (مثلاً، تأثیرات اجتماعی، روابط خوشایندی و حمایت اجتماعی)(اگدن[[157]](#footnote-157)،2008)

فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل‌فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. بین مفهوم سلامت روانی و سلامت اجتماعی فاصله نزدیکی وجود دارد. همچنین، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که معیارهای (مقیاس‌های) سلامت اجتماعی همبستگی مثبت با معیارهای سلامتی روانی دارند (سام آرام،1389). در تبیین نتایج به دست آمده از فرضیات دوم تا هفتم قابل‌بیان می‌باشد که وقتی ما الگوی ارتباطی و تعارضات والد- فرزند را تعدیل دهیم به تبع آن جنبه‌های زیستی، روانی و به خصوص اجتماعی فرد را تعدیل داده‌ایم که بر اساس آن مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی فرد را تعدیل و تغیر داده‌ایم که بر این اساس نتایج به دست آمده از فرضیات دوم تا هفتم که در بالا به آن اشاره شده است قابل تبیین می‌باشد.

نتايج پژوهش فرجاد و همكاران (1383) نشان می‌دهد كه اكثر جوانان معتاد، به خانواده‌هایی تعلق داشتند كه داراي مشكلات خانوادگي از قبيل: عدم روابط صحيح و سالم در خانواده، كم بودن سطح سواد والدين، كم بودن در آمد و كم بودن سطح فرهنگي و اجتماعي بودند. طرد فرزندان توسط والدين نيز در گرايش آن‌ها به گروه‌های منحرف و مصرف مواد از اهميت بالايي برخوردار است که در نتیجه باعث کاهش بهزیستی اجتماعی افراد و کاهش انطباق اجتماعی آنان می‌شود.

یافته‌های پژوهش رحمتي و همكاران (1385)، تيلسن و مك بريد[[158]](#footnote-158) (1998) و رپتي و تايلر (1992) نشان می‌دهد در زمینه عوامل خطر و محافظت‌کننده سطوح بالاي ارتباطات بين والدين و فرزندان، وجود فضاي آرام و خالي از تنش در خانواده را يك عامل محافظت‌کننده تلقي مي نمايندومحيط خانوادگي، ارتباط‌های حياتي را برای درك سلامت روان و سلامت فيزيكي فرزندان در گستره زندگي فراهم می‌کند.

شمسي ميمندي (1387) در پژوهش خود روابط بين فردي و بهداشت رواني خانواده را از عوامل مؤثر در گرايش فرزند به اعتياد بيان نموده، از ديدگاه او عدم صميميت و توجه، نقص روابط، اختلاف با والدين و سخت‌گیری‌های بی‌مورد در كنار اعتماد بيش از حد به فرزندان، عبارت‌هایی بودند كه در زیرمجموعه روابط بين فردي قرار گرفتند. طلاق، اختلاف بين والدين و متشنج بودن محيط خانواده و به خصوص تنبيه بدني فرزندان، اجبار خانواده در تأمين مصرف مواد، چندهمسري پدر و بی‌وفایی در زیرمجموعه بهداشت رواني خانواده قرار گرفتند. مديريت ضعيف در خانواده، فقدان انتظارات روشن و واضح والدين در مورد رفتارهاي كودكان، فقدان نظارت بر فرزندان، تنبيه شديد يا نامتناسب با خطاي كودك، از جمله مسائل مربوط به مديريت ضعيف در خانواده است كه می‌توانند مشكلات را براي كودكان به وجود آورند و به طبع آن مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی را کاهش می‌دهد که با آموزش روابط والد- فرزند این عوامل منفی کاهش و بهزیستی اجتماعی فرد افزایش می‌یابد که همسو با نتایج به دست آمده از فرضیات دوم تا هفتم است.

اهميت سلامت اجتماعي در حدي است كه اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعي، با موفقيت بيشتري می‌توانند با مشكلات ناشي از ايفاي نقش‌های اصلي اجتماعي كنار بيايند. آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند كه ثبات و انسجام بيشتري دارند و از مهارت‌های ارتباطی بهتری برخوردارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیت‌های جمعي بيشتر مشاركت كنند و بايد انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهاي اجتماعي بيشتر باشد. اين وضعيت می‌تواند نقش مهمي داشته باشد در پيشگيري از انحراف كه ابعادي فراتر از قلمرو رفتارهاي فردي دارد (عبدالله زاده، 1387). روابط مطلوب با والدين لازمه‌ی بهزيستي رواني و جامعه‌پذیری است و همچنين یافته‌ها نشان می‌دهد كه ادراك كودكان از روابط با والدين اهميت فراواني دارد (واندلر، پرز و شوبي 2007 نقل از اصغري، 1388).

پل در سال 2007، پژوهشي را به منظور بررسي رابطه بين عملكردهاي ارتباطي، سلامت اجتماعي، معنوي و كيفيت زندگي افراد مبتلا به سرطان، بين سنين 35 تا 80، انجام داد. نتايج اين پژوهش نشان داد كه سلامت معنوي عمده‌ترین عامل تأثیرگذار در كيفيت زندگي اين افراد بوده است و سلامت اجتماعي در رتبه دوم قرار داشت (نقل از نجف‌آبادی،1389).

فرضیه سوم پژوهش حاضر عبارت بود از آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر مشارکت اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است. که نتایج به دست آمده از پژوهش این فرضیه را تأیید کرده است. در تبیین این یافته قابل‌ذکر می‌باشد که ابتدا مشارکت اجتماعی مادران پایین بود که احساس پوچی و بی هدفی می کردند و در هیچگونه از کارها مشارکت نمی کردند که آموزش ها باعث شد فرد خود را عضو حیاتی اجتماع بداند و فکر ‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آن‌ها ارزش قائل است سهیم باشند و در نتیجه مشارکت اجتماعی آنها رشد کرد.مشارکت اجتماعی موازی با بعد هدف در زندگی (داشتن باورهایی که به زندگی هدف می‌دهد) از مقیاس‌های سلامت روانی نیز هست. مشارکت اجتماعی همچنین به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و کارآمدی شبیه است. خود کارآمدی یعنی اینکه فرد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام داد و مقاصد خاصی را به اتمام رساند (کییز، 1998).

پژوهشگران معتقدند که ارتباطات مثبت والد- نوجوان باعث می شود زمانی که والدین با توجه به جایگاه خاص خود، آزادی عمل داشته باشند، فرزند دارای ارزشی برابر با بزرگسالان ولی با مسئولیت کمتر خواهد بود و مشورت، همکاری و توجه به گفته ها و خواسته های جمع، محور اصلی قرار خواهد گرفت.در اجرای امور اعضای خانه اغلب فرزند را در جریان قرار می دهند و هیچگونه تحمیلی بر او وجود ندارد. در این حالت پیشرفت فرد به تنهایی مهم نیست؛ بلکه پیشرفت اعضای خانواده ملاک است.(برنارد،1994: 16).

مرتضی منادی(1384) در پژوهش خود تاثیر شیوه های فرزند پروری والدین بر شخصیت اجتماعی و فرهنگی جوانان بیان نموده که نوع نگرش و مشارکت اجتماعی آنها به نوجوانان یا جایگاه آنان در خانواده، شکل رابطه ی والدین را با نوجوانان مشخص و هدایت می کند.طبیعتا فرزندان نیز در برابر کنش ها و مشارکت والدین واکنش نشان می دهند. این مشارکت ها در گذر زمان در شکل شخصیت آنان انعکاس می یابد که همسو با نتایج این پژوهش می باشد.

کیکوگنانی و همکاران (2008) در پژوهشی سعی کردند تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند. در این پژوهش جهت تهیه سؤالات سلامت اجتماعی از پرسشنامه کییز (1998) استفاده گردید که شامل 33 گویه می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و سلامت اجتماعی در میان دانشجویان آمریکایی در سطح بالایی قرار دارد و همچنین مشارکت اجتماعی تنها در میان دانشجویان ایتالیایی به طور مثبتی سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند که همسو با نتایج این پژوهش می باشد.

فرضیه چهارم پژوهش حاضر عبارت بود از آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر انسجام اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است. که نتایج به دست آمده از پژوهش این فرضیه را تأیید کرده است. در تبیین این یافته قابل‌ذکر می‌باشد که انسجام و همبستگی بین والدین باعث می شود که نوجوان در زندگی شان موفق تر باشد و جامعه را به سوی رشد و تعالی سوق می دهد.انسجام باعث می شود که هر یک از اعضای خانواده مسئولیت خود را بدانند که افراد دچار سوء تفاهم نشوند. سبک ارتباطی خانواده و نحوه ارتباط پدر و مادر با فرزندان، عامل موثری در وضعیت روانی و اجتماعی و نگرشهای آنان به زندگی و مناسبات اجتماعی، وجود ارتباط نزدیک و صمیمانه بین اعضا خانواده، فراهم آوردن محیط گرم و صمیمی در خانه، وجود انتظار از یکدیگر از نظر دریافت صمیمیت و محبت و رفتارهای مورد قبول، وجود اعتماد بین اعضای خانواده، و حل مشکلات خانواده از طریق گفتگوهای آرام و صمیمانه منجر به انسجام اجتماعی می شود.

فرضیه پنجم پژوهش حاضر عبارت بود از آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر پذیرش اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است. که نتایج به دست آمده از پژوهش این فرضیه را تأیید کرده است. در تبیین این یافته قابل‌ذکر می‌باشد که مادران یاد گرفتند که هر چه نوجوان خواست بله نگویند و نظرات و خواسته های خود را بیان کنند و در مقابلش نظرات و عقاید نوجوانشان گوش دهند و مطابق انتظارات نوجوانشان رفتار نکنند.و باعث شد پذیرش اجتماعی بالا برود و نظرات و تصورات و انتظارات و عقاید خود را تغییر دهند.

علی اکبر ثمری و احمد لعلی فاز(1384) در پژوهش خود مطالعه اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی بیان نمودند آموزش مهارتهای زندگی بر عامل پذیرش اجتماعی و مهارت های ارتباطی موثر است که همسو با نتایج این پژوهش می باشد.

فرضیه ششم پژوهش حاضر عبارت بود از آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر انطباق اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است. که نتایج به دست آمده از پژوهش این فرضیه را تأیید کرده است. در تبیین این یافته قابل‌ذکر می‌باشد که همبستگی والدین می تواند آثار مثبتی بر احساس کنترل و سلامت در فرزندان خانواده داشته باشد. و مشارکت دادن بیشتر مادر در تصمیم گیری های خانواده باعث ایجاد صمیمیت و ارتباط بهتر والدین با یکدیگر می شود که نتیجه آن ایجاد همبستگی و انسجام بیشتر در کل خانواده می شود نوجوانان یاد می گیرند که در جامعه هم این همبستگی را حفظ کنند.

بهرام جوکار (1378) در پژوهش خود بررسی ادراک نوجوانان از همبستگی و اقتدار در روابط خانوادگی بیان نمود که اوج کاهش همبستگی در نوجوانی می باشد و در دوران نوجوانی باید والدین به فرزندان نوجوانشان نزدیک شوند تا احساس عاطفی ایجاد شود و به خصوص پدر به دختر خود بیشتر نزدیک شود تا همبستگی ایجاد شود که همسو با نتایج این پژوهش می باشد.

فرضیه هفتم پژوهش حاضر عبارت بود از آموزش مبتنی بر رابطه والد –فرزند بر شکوفایی اجتماعی والدین معتاد شهر اصفهان در مرحله پس آزمون موثر است. که نتایج به دست آمده از پژوهش این فرضیه را تأیید کرده است. در تبیین این یافته قابل‌ذکر می‌باشد که مهارت های ارتباطی به والدین کمک می کنند در موقعیت های گوناگون، عاقلانه و درست رفتار کنند؛ به طوری که با خود و دیگران سازگارانه ارتباط برقرار کرده به خصوص با فرزندان و بدون استفاده از خشونت بتوانند مسایل پیش آمده را حل نمایند و ضمن به دست آوردن موفقیت در زندگی، احساس شادمانی داشته باشند. والدینی موفق ترند که در جامعه امروزی بتوانند ارتباط های اجتماعی مطلوب تری برقرار نمایند و الگویی باشند برای فرزندانشان که بتوانند ارتباطهای اجتماعی مناسب تر و گسترده تری برقرار کنند و رفتار والدین زمینه ساز شکوفایی استعدادها و رشد جسمی، اخلاقی ، اجتماعی؛ عاطفی و عقلانی نوجوانان می باشد.

**4-5 محدودیت‌های پژوهش**

از محدوديت‌هاي اين پژوهش مي‌توان به عدم همکاری پدران با پژوهشگر و کاهش عدم تعمیم‌پذیری پژوهش اشاره نمود و نداشتن مرحله پيگيري اشاره نمود. همچنين از ديگر محدوديت‌هاي اين پژوهش جامعه مورد پژوهش حاضر است و در شهرستان اصفهان صورت گرفته که در تعميم نتايج آن بايد به شباهت فرهنگي والدین با اين جامعه پژوهش توجه کرد. همچنين مي‌توان ذکر نمود تأثير پژوهشگر به عنوان مجري آموزش مي‌تواند به سو داري نتايج انجاميده باشد. در زمینه خرده مقیاسهای انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی که جزوه خرده مقیاسهای بهزیستی اجتماعی می باشند تا کنون به این علت که پرسشنامه جدید است تا الان تحقیق انجام نشده و از این نظر امکان ارائه تحقیقات همسو و مقایسه برای این پژوهش امکان پذیر نیست.

**5-5 پيشنهادهاي کابردی**

مراکز ترک اعتیاد مي‌توانند دوره‌هاي آموزش روابط والد-فرزند برگزار نمايند و اين مهارت‌ها را به منظور بهبود خود کارآمدی، بهزیستی اجتماعی، سلامت و سبک زندگی و غیره به والدین آموزش دهند.

1. مراکز مشاوره زندان مي‌توانند دوره‌هاي آموزشي به شيوه‌ي آموزش روابط والد- فرزند را برگزار نمايند و اين مهارت‌ها را به منظور بهبود خود کارآمدی، بهزیستی اجتماعی، سلامت و سبک زندگی و غیره به خانواده‌ها آموزش دهند.
2. نکته‌ي که در پايان تمام کارگاه­هاي آموزشي به افراد بايد يادآور شد اين است که نبايد انتظارات غيرواقع‌ و تغييرات زودهنگام و آن‌چنانی را انتظار داشته باشند و افراد جامعه آموزش بدانند که تغيير نياز به زمان و انتقال مهارت‌های آموخته‌شده به رفتارها و نحوه ارتباط با دیگران باشد.
3. رسانه های اجتماعی هم می توانند از نتایج این نوع پژوهشها برای ساخت فیلم و سریال استفاده نمایند.

**6-5 پيشنهادهاي پژوهشی**

1. به برقراری ارتباط بین اعضا در جلسات گروهی توجه نمایند و سعی نمایند در ابتدای تشکیل جلسات از فنون یخ شکن استفاده و ارتباط ایجادشده را حفظ نمایند.
2. با همکاری اعضا گروه‌ها به تهیه قوانین گروه در ابتدای تشکیل جلسات بپردازند.
3. مدل پژوهش با متغيرهاي متفاوتي بررسي شود. يعني متغيرهاي مداخله گر ديگري نيز بررسي شود. مثل هوش هيجاني شرکت‌کنندگان بر ساير سازه‌هاي مطرح در خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی بررسي شود.
4. اثربخشي آموزش روابط والد- فرزند با ساير شيوه­هاي مهارت‌های زندگی و جرات ورزی مقايسه شود.

**منابع**

1. ابوالقاسمی عباس، پورکرد مهدی و نریمانی محمد،1388. ارتباط مهارت‌های اجتماعی و خودکارامدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان، فصلنامه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی سبزوار، 16(4)،ص 188-181.
2. احمدی سید احمد،1382.روانشناسی نوجوانان و جوانان.اصفهان:انتشارات مشعل.
3. ادیب راد نسترن، ادیب راد مجتبی و دهشیری غلامرضا،1384.مقایسه بین باورهای ارتباطی زنان مراجعه کننده به مراکز قضایی و زنان مایل به ادامه زندگی مشترک شهر تهران فصلنامه خانواده پژوهشی،2،ص42-27.
4. اصغرنژاد طاهره، احمدی ده قطب الدینی احمد، فرزاد ولی الله و خداپناهی محمد کریم، 1385. مطالعه ویژگی‌های روان سنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر. مجله روان شناسی، سال دهم، شماره 3(39)، پاییز 1385،ص 274-262.
5. اعزازی شهلا،1386. جامعه شناسی خانواده با تاکید نقش ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر.نشر تهران: روشنگران و مطالعات زنان.
6. اکبری ابوالقاسم،1387مشکلات نوجوانی و جوانی.تهران:انتشارات رشد و توسعه.
7. امامی سهیلا و محمدی محمدرضا، 1383. روشهای نوین در تربیت کودکان و نوجوانان.تهران:انتشارات نسل فردا.
8. اوبرین گوردن ای،1382. روان شناسی کار و بیکاری. ترجمه غضنفری احمد ، یزدانی فضل الله. تهران: آوای نور.
9. باباپور خیرالدین جلیل،1385.بررسی رابطه بین شیوه های حل تعارض ارتباطی و سلامت روانشناختی دانشجویان.فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، 1،4،ص 46-33.
10. بارکر فیلیپ،1382.خانواده درمانی پایه.ترجمه دهقانی محسن و دهقانی زهره.تهران:انتشارات رشد
11. باقری نسترن،1385. تاثیر اروبیک در خودپنداره، تایید خویشتن، شادکامی و پذیرش اجتماعی زنان رشت. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
12. بکتاش ماری،1384. اثر ***گروه مواجهه در حل تعارض مادرها و دخترها 15-14 شهر تهران***. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره،4(15)،ص62-48.
13. بولتون رابرت، 1384. روانشناسی روابط انسانی(مهارت های مردمی).ترجمه سهرابی حمیدرضا، تهران، انتشارات رشد.
14. بیابانگرد اسماعیل،1384. روانشناسی نوجوانان دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
15. تباردرزی عبدالله،1386. بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دمگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، پایان نامه کارشناسی ارشد علوم بهزیستی و توانبخشی.
16. علی اکبر ثمری، احمد لعلی فاز، 1384. مطالعه اثر بخشی مهارتهای زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی.فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هفتم، بهار و تابستان 1384.
17. جباری حسن، خداپناهی محمد کریم و حیدری محمود.،1382. بررسی مقایسه ای دانشجویان از لحاظ مسند مهارگذاری، باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خود نظم داده شده. مجله روانشناسی سال هفتم.2، ص 226-218.
18. جوکار بهرام، 1378. بررسی ادراک نوجوانان از همبستگی و اقتدار در روابط خانوادگی. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دوره پانزدهم ، شماره 1، پاییز 1378.
19. جمعه نیا سکینه،1387. بررسی رابطه ی سلامت اجتماعی با سبک های هویت یابی دانش آموزان دبیرستان های دولتی شهر گنبد، پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشکده ی روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی.
20. چرخیان امیر و حیدرنیا احمد،1386. کیفیت رابطه ولی-فرزندی نوجوانان دچار اعتیاد و نوجوانان عادی. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، 6، 25،ص 57-39.
21. حاتمی پریسا،1389. بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تاکید بر شبکه های اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
22. حجازی الهه و نقش زهرا،1387. الگوی ساختاری رابطه ادراک از ساختار کلاس، اهداف پیشرفت، خودکارآمدی و خودنظم بخشی در درس ریاضی. تازه های علوم شناختی،10(4)، ص 38-27.
23. حسینی حاجی بکنده، احمدی سید احمد، تقی پورملیحه، 1389. بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. فصلنامه ی پژوهش اجتماعی، سال سوم، شماره هفتم، دوره تابستان..
24. خدایاری فرد محمد، 1380. **مسائل نوجوانان و جوانان**.تهران:انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
25. خسروی صدراله، 1389. اثر بخشی آموزش الگوی ارتباطی خانوادگی کثرت گرا بر میزان شادی،رضایت از زندگی زوجین و مهارت های اجتماعی فرزندان در دوره ابتدایی.پایان نامه دکتری رشته روان شناسی عمومی دانشگاه اصفهان.
26. خوی نژاد غلامرضا و رجایی علیرضا،1382. تعارض والد-نوجوان و بزه دیدگی رفتاری: یک مدل جدید در تبیین بزه دیدگی رفتاری. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.
27. داوود بهزاد1384. سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقاء سلامت روان، فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوم، شماره هشتم.
28. رجبی غلامرضا، عطاری یوسفعلی و شکرکن حسین،1382. اعتباریابی و مقایسه انتظارات و خودکارآمدی شغلی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، 1 و 2، ص71-100.
29. رجبی غلامرضا، عطاری یوسفعلی، شکرکن حسین.،1383. اعتباریابی و مقایسه انتظارات و خودکارآمدی شغلی در دانشجویان دختر وپسر دانشگاه شهید چمران اهواز.مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز،1 ، 2، ص71،-100.
30. رحمتي عباس،1385. ***بررسي نگر***ش دانشجويان نسبت به سوءمصرف موادمخدر. مجموعه مقالات سومين سمينار سراسري بهداشت رواني دانشجويان.
31. رضایی حسین،1387. مدیریت تعارض. مجله رشد(فنی و حرفه ای)، 3، 3، 87.ص.
32. رعیت رکن آبادی مهناز،1387. بررسی تاثیر آموزش رفتاری-ارتباطی بر تعارضات زناشویی زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره نیروی انتظامی استان یزد.پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی،دانشگاه اصفهان.
33. رفیعی حسن، سمیعی مرسده، امینی رارانی مصطفی و اکبریان مهدی،1389. سلامت اجتماعی ایران:از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار.نخستین هم اندیشی ملی سلامت اجتماعی.مجموعه مقالات و سخرانیها.وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی،دفتر سلامت روانی-اجتماعی و اعتیاد.
34. زابلی پریسا،1383. سنجش روان نمایشگری در بهبود مهارت های رفع تعارض مادران در دختران. تازه ها و پژوهشهای مشاوره، 4، 13،ص 93-81.
35. زارب ژانت،1386. ارزیابی و شناخت-رفتاردرمانی نوجوانان.ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی، تهران: انتشارات رشد
36. زمانی فاطمه،1385. تاثیر مشاوره شغلی به شیوه نظریه یادگیری-اجتماعی کرامبولتز بر رفتار تجارب خانگی در زنان شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره شغلی؛ دانشگاه اصفهان(چاپ نشده).
37. سام آرام عزت الله،1389. "بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور"، فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره 1.
38. سجادی حمیرا و سید جلال صدرالسادات، 1384. شاخص های سلامت اجتماعی، مجله علمی آموزشی اقتصادی-سیاسی اطلاعات، سال 1384، شماره 207.
39. سجادی حمیرا،1383. مجله اطلاعات سیاسی-اقتصادی، شماره ص207 - 208.
40. سرابی جماب ملیحه، حسن آبادی حسین، مشهدی علی و اصغری نکاح محسن، 1390. تاثیر آموزش والدین بر خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی، مجله اصول بهداشت روانی، سال سیزدهم، شماره 1، ص 93-84.
41. سعیدی محمدرضا، تاج الدین محمدباقر،1388. برنامه ریزی اجتماعی. چاپ اول، موسسه فرهنگی و هنری راهدانه، تهران..
42. سوانسون جبن و فواد نادیا،1383. نظریه های جدید مشاوره شغلی و کاربرد. ترجمه رقیه موسوی، تهران: انتشارات اصلح.
43. شارف ریچارد اس،1381. نظریه‌های ***روان درمانی و مشاوره***. ترجمه فیروز بخت، مهرداد.مشهد. آستان قدس رضوی.
44. شریفیان اکبر،1385. بررسی عوامل موثر بر خشونت خانگی. رساله دکتری جامعه شناسی،دانشگاه علامه طباطبایی.
45. شماعی زاده مرضیه، 1384. بررسی *تاثیر مشاوره شغلی شناختی- اجتماعی بر افزایش خودکارآمدی کارآفرینی دانشجویان دانشگها اصفهان.* ***پایان*** نامه کارشناسی ارشد مشاوره شغلی؛ دانشگاه اصفهان. (چاپ نشده).
46. شمسي ميمندي م، ضياءالديني ح، شريفي يزدي ع، 1387. مجله علمي دانشگاه علوم پزشكي قزوين.. سال دوازدهم، شماره4پي درپي 49ص.
47. شهر آرای مهرناز،1383.روان شناسی رشد نوجوانان .تهران:نشر علم.
48. شولتز دوان سیدنی الن،1389. نظریه های شخصیت. ترجمه سید محمدی یحیی. تهران؛ نشر ویرایش.
49. شولتز دوان، 1384. نظریه های ششخصیت، مترجمان یوسف کریمی، فرهاد جمهریريال سیامک نقش بندی، بهزاد گودرزی، هادی بحیرایی، محمدرضا نیکخواه، تهران: نشر ارسباران، 1384،(تاریخ نشر کتاب به زبان اصلی، 1990).
50. صادقی محمود،1387. جایگاه دین در سلامت روان. انتشارات طریق کمال.
51. صفاری نیا مجید و تبریزی ،1391. آزمون‌های ***روان شناسی اجتماعی و شخصیت***، انتشارات ارجمند. ص 57-63
52. صمدی شهین، 1388. بررسی تاثیر آموزش گروهی رویکرد هیجان محور بر تعارضات ارتباطی مادران و نوجوانان دختر شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه اصفهان.
53. ضیایی، سیده سلیل1388. اثر آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه وابستگان به مواد مخدر. (پایان نامه کارشناسی ارشد). مشهد: دانشگاه فردوسی.
54. عابدی احمدرضا، 1380. بررسی رابطه بین انگیزش پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر و پسر دوره متوسطه شهر اصفهان با ویژگیهای خانوادگی و شخصیتی آنان. گزارش طرح تحقیقاتی سازمان آمزش و پرورش استان اصفهان(بدون انتشار).
55. عابدی محمدرضا،1384. ساخت، هنجاریابی و بررسی روانی و پایائی آزمون استعداد شناختی کارآفرینی در دانشگاه اصفهان، گزارش طرح تحقیقاتی مرکز کارآفرینی دانشگاه اصفهان.(بدون انتشار).
56. عبدالله تبار هادی، کلدی علیرضا، محققی کمال سید حسین، ستاره فروزان، آمنه و صالحی مسعود،1387. بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره 30و31.
57. عراقی یحیی،1388. بررسی کیفیت رابطه والد-فرزندی دو گروه از دانش آموزان پسر پرخاشگر و غیر پرخاشگر دبیرستان های شهر تهران.فصلنامه مطالعات روانشناختی،4، 4، 113ص.
58. فارسی نژاد معصومه،1383. بررسی رابطه سبک های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان های شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی دانشگاه تهران.
59. فرجاد محمد حسین ، بهروش هما و وجد زهره ،1382. ***اعتياد و شيوه هاي درمان آن براي خانواده*** . چاپ چهارم , تهران, مركز مطبوعات و انتشارات قوه ي قضائيه، معاونت اجتماعي و پيشيگيري از وقوع جرم.
60. فیاضی مرجان، 1388. تعارض ادراک شده و سبک های مدیریت آن. پژوهش نامه مدیریت تحول، 1 ، 2،ص 25-18.
61. قلیلی زهره ، 1384. بررسی تاثیر شیوه های گفتگوی موثر و حل مسئله بر تعارض زناشویی زوجین شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان.
62. کریم زاده منصوره و محسنی نیک چهره،1385. بررسی خودکارآمدی تحصیلی با پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران. مطالعات زنان، 4 (2).ص 45-29.
63. کنگرلو مریم،1386. بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکار اجتماعی.
64. کول کریس،1383. موفقیت ارتباط.ترجمه عبدالرحمید ابراهیمی، و.تهران:انتشارات طرح جامع پارسیان.
65. کونولی کولی دبلیو و کونولی جین کلوز، 1389.خانواده درمانی مثبت. ترجمه تبریزی مصطفی، قدرتی سیما و احمدی صدیقه، تهران: انتشارات ارسباران.
66. کیم هالفورد،1384. زوج درمانی کوتاه مدت(یاری به زوجین برای کمک به خودشان)، ترجمه مصطفی تبریزی و دیگران، نشر فراروان.
67. گرماوردی غلامرضا و وحدانی نیا مریم سادات،1385. سلامت اجتماعی، بررسی میزان مهارت های اجتماعی دانش آموزان، فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره دوم، دوره بهار، ص 147-153.
68. گلدنبرگ ایرنه و گلدنبرگ هربرت،1386. خانواده درمانی.ترجمه شاهی برواتی، ح، نقشبندی، س و ارجمند،ا، تهران:انتشارات رشد.
69. گیتی پسند زهرا،آرین خدیجه و کرمی ابوالفضل،1387. اثر بخشی درمان راه حل مدار بر کاهش تعارضات والد-فرزندی در نوجوانان دختر شهر تهران. تازه ها و پژوهشهای مشاوره، 7(27)،ص 80-63.
70. لطفی بهناز،1387. تاثیر *آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر کاهش تعارض‌های والد-فرزند در دختران نوجوان شهر کرمان* تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره،7،18،ص13-17.
71. مارموت مایکل و ویلیکسون ریچارد،1387. مولفه های سلامت اجتماعی، ترجمه علی منتظری، انتشارات جهاد دانشگاهی، تهران.
72. متقی سمیرا ،سید ابراهیم حسینی نسب، عباس عصاری آرانی و لطف علی عاقلی،1392. بررسی عوامل موثر بر سرمایه گذاری در بخش سلامت کشور های عضو سازمان کنفرانس اسلامی(رویکرد اقتصادی- اجتماعی) فصلنامه علمی پژوهشی دانش سرمایه گذاری سال دوم،شماره ششم،ص123تا139.
73. محرري فاطمه ، سلطانی فر عاطفه ، خالصی حمید و اسلامی نجمه1391. **بررسی تأثیر آموزش برنامه تربیت سازنده به مادران در بهبود روابط با فرزندان نوجوان؛مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ سال 55 ، شماره2 تابستان 91، ص116-123**
74. محمدی اصل عباس،1382. سلامت اجتماعی در ایران؛ نشریه گزارش، شماره 145،
75. مرادی امید و ثنایی باقر،1385. بررسی ***تاثیر مهارت‌های حل مسئله بر تعارضات والد-فرزند دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران***. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره،5،20،38-23.
76. مرندی سید علیرضا،1385. عوامل ***اجتماعی سلامت***. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
77. مسعودنیا ابراهیم،1386. خودکارآمدی ادراک شده و راهبردهای مقابله در موقعیت‌های استرس زا، مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، 13(4)،ص67-57.
78. مصحف هایده،1384. بررسی تاثیر مشاوره شغلی به سبک نظریه یادگیری و انتخاب شغل کرامبولتز بر تغییر نگرش و افزایش رفتار کارآفرینانه دانشجویان دانشکاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه اصفهان(چاپ نشده).
79. مهاجری آتنا سادات، پوراعتماد حمیدرضا، شکری امید و خوشابی کتایون، 1392. اثربخشی درمان تعامل والد – کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش وری بالا. فصلنامه روان شناسی کاربردی، سال هفتم، شماره 1، ص 38-21.
80. موحدی امین،1388. "بررسی تاثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران" پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما: غلامرضا لطیفی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
81. موسوی رضا،1389.تاثیر آموزش خانواده با رویکرد راهبردی کوتاه مدت بر تعارض والد-فرزندی دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر اردکان یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده،دانشگاه اصفهان.
82. میرزایی محمد،1384. جمعیت و توسعه با تاکید بر ایران، تهران: مرکز مطالعات و پژوهش های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
83. میکوچی جوزف،1383. نوجوانان و خانواده درمانی(شکستن چرخه اختلاف و کنترل).تجمه یاسایی،م.تهران:انتشارات ققنوس.
84. منادی مرتضی، 1384.تاثیر شیوه های فرزند پروری والدین بر شخصیت اجتماعی و فرهنگی جوانان. فصلنامه خانواده و پژوهش(سال دوم، شماره 2، تابستان 1384).
85. ناصح اشکان،1386. اثربخشی شناخت-رفتار درمانگری گروهی نوجوانان همراه با مهارت آموزی والدین و جلسه های مشترک نوجوانان و والدین در کاهش نشانه های افسرده وار نوجوانان ایرانی. فصلنامه روانشناسی ایرانی،3، 12، 323ص.
86. نجف آبادی اعظم،1389. عوامل موثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان 15 تا 24 ساله ی شهر اصفهان. فصلنامه سلامت و روانشناسی، شماره 2.
87. نوابی نژاد شکوه1380. خانواده ***و فرزندان در دوره‌ی راهنمایی***. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
88. نیکبخت نصرآبادی اعظم،1389. بررسی *تاثیر آموزش گروهی مهارت‌های ارتباطی/ حل مسئله و تحلیل رفتار متقابل بر تعارض والد-نوجوان دختران دبیرستانی منطقه جرقویه سفلی*. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان.
89. هارجی اون ، ساندرز کریستسن و دیکسون دیوید،1384. مهارت های اجتماعی در ارتباطات میان فردی.ترجمه بیگی، خ و فیروزبخت،م.تهران:انتشارات رشد.
90. هدایتی بنت الهدی،1388. بررسی تاثیر آموزش تربیتی اسلام محور به والدین بر نگرش و رفتار نوجوانان دختر شهر فریدون کنار. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان.
91. هزارجریبی جعفر، صفری شمالی رضا1391. آناتومی رفاه اجتماعی،چاپ اول، موسسه انتشاراتی جامعه و فرهنگ تهران. بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی جوان 18 تا 29 ساله شهر نقده. منبع اینترنت. سایت انجمن رفاه اجتماعی.
92. هلجین ریچاردیی و ویتبورنريا سوزان کراسريا، 1387. آسیب شناسی روانی دیدگاه های بالینی درباره ی اختلا ل های روانی (جلد اول)، مترجم: یحیی سید محمدی، تهران، نشر روان.(تاریخ نشر کتاب به زبان اصلی، 2003).
93. همتی سجاد، 1391. تدوین ***و استاندارد سازی بسته آموزشی بومی مهارت‌های ارتباطی بر مبنای آسیب شناسی تعاملی والد- نوجوان در دانش آموزان مقطع متوسطه شهر اصفهان.*** پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان.
94. وودجولیا،1388. ارتباطات میان فردی؛ روان شناسی تعاملی اجتماعی. ترجمه فیروزبخت،مهرداد.تهران:انتشارات مهتاب.
95. Alexander, K. L.(2000). Pro social behaviors of adolescents in work and family life: Empathy and conflict resolution with parent and peers. Retrieved From Dissertation & These: Full text.(Publication, aat9982514).
96. Bandura, A. (1989). theory Social learning. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
97. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freemam.
98. Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An argentic perspective. Annu Rev Psychol, 52, 1-26.
99. Bandura, A. (2006). Health promotion by social cognitive means. Journal of Nutrition Education Behavior, 31, 64-131.
100. Bandura, A.(1986). Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. Englewood cllifs, NJ: prentice Hall.
101. Blanco, Amalio & Diaz. Dario,(2007), social order and mental health: a social well-being approach, Autonoma university of Madrid, psychologe in spain, vol. 11(5).
102. Bondy, E. M. & Mash. E. J. (1999). Parenting efficacy, perceived control over caregiving failure, and mothers’ reactions to preschool children's misbehavior [Absract]. Journal of Child Study, 29(3): 57-73.
103. Burke, D.(1994).The effects of a school.based cognitive problem-solving communications program on family communication adaptability, and cohesiveness for adolescents.Dissertation University of san Francisco.Retrieved from Dissertation & Theses:Full Text.
104. Burleson. A.. & Kaminer. Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. Addictive Behaviors, 30, 17, 51-64.
105. Chao, R. K.(2001).Extending research on the consequence of parenting style for Chinese Americans and European Amercans. Child Development, 72(6): 1832-1843.
106. Cicognani, Elvira. Pirini, clodia. Keyes, cory.(2008). Social participation, Sense of Community and social well-being: A Study on American, Italian and Iranian University Students. 89:97-112.
107. Collins,A &LOURSEN, B. (1992).Conflict and relationship during adolescent,INC,U.Shantz, & W.W.Hartup. (Eds).conflict in child and adolescent development(216-241).New YORK: Cambridge university press.
108. Crawford, J, E, L (2006).Conflict resolution in the parent-adolescent dyad:perception of daily conflict and links of family function.Retrieved from Dissertation &Theses: Full Text.(publication No,NR23011).
109. Elaine shaw, N. B. A.(2008). The relationships between perceived parenting style, academic self-efficacy and college adjustment of freshman engineering students. Masters thesis. University of North Texas.
110. Eurlingbontekoe. E. (2005). Homesickness, personality and personality disorders: An overview and therapeutic considerations. Psychol aspects of geograph moves: Homesickness and acculturation Stress. 179-196.
111. Fitzpatrick, M, A, & Ritchie, L. D.(1994). Communication schemata within the family: Multiple perspectives on family interaction, Human Communication Research, 20, 275-301.
112. Fitzpatrick, M. A.(2004).The family communication patterns theory:Observation on its development and application,The journal of family communication.4,167-179.
113. Foltz, Mc, B & Luzzo & Anthony. D.(1998).Increasing the career decision making self-efficacy of nontraditional college students. Journal of college counseling. 7(1). http: web3. Enpnet. Com/eitration.asp.
114. Forehand, R., Wells, K. McMahon. R. Griest. D., & Rogers, T. (1982). Maternal perception of maladjustment in clinic-referred children: An extension of earlier research. Journal of Behavioral Assessment, 4, 140-151.
115. Franques, P., Auriacombe, M., & Tignol, J. (2000). Addiction and personality. Journal of Encephale, 26, 68-78
116. Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol and drug abuse: Spirituality in alcoholics anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services. Psychiatric Services, 5,3, 307-309.
117. Greene, B. A, Miller, R. B, Crowson, M, Duke, B, L, & Akey, K, L. (2004).
118. Gross, D., Fogg, L., Webster-Stratton, C., Garvey, C., Julion, W., & Grady, J. (2003). Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71 (2): 261- 278.
119. Hair,E,More,K.,Hadley,A.,Kaye;K.,Day,R, & Other,D. (2009).Parent marital quality and the parent-adolesent relationship:Effect ion adolescent and young aduir health outcomes.from Academic Research libarary (Document ID:1836693871).
120. Hair,E,More,K.,Hadley,A.,Kaye;K.,Day,R, & Other,D.(2009).Parent marital quality and the parent-adolesent relationship:Effect ion adolescent and young aduir health
121. Hastings,R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. American Journal on Mental Retardation, 107(3): 222-232.
122. Hill, C. G., Hawkins, D., Catalano, R. F., Abbott, R. D., & Guo, J. (2005). Family influences on the daily smoking initiation. Journal of Adolescent Health, 37(3), 202-210.
123. Jaffe, W, B, & Zarilla, T, J, D.(2003).Adolescent problem solving, parent problem solving and externalizing behavior in adolescent, Behavior Therapy,34,295-311.
124. Kazdin, A. E. (2005). Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescent. New York: Oxford University Press.
125. Keael, J.(2006). Urbon dictionary, Canada publishers.
126. Kelly, L, Keaten, J, A,Pinch,C,Duarte, I, H,Hoffinan,P, &, Michels, M, M.(2002).Family communication patterns and the development of reticence.communication Education.51.202-209.
127. Keyes, C, l, M. (2003). Complete mental health: an agenda for the 21 lst sentury.
128. Keyes, C, L, M.(2004). The nexus of cordioascular disease and depression revisited: The ncom-plete mental health perspective and the moderating role age and gender. Aging and mental ltealth, 8-266-274.
129. Keyes, C, L.M. (2005). Mental illness and or mental health? Investigating axioms of com- pellet state model of health. Journal of health. Journal of consoling and clinical psychology, 73(3), 539-548.
130. Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being social psychology Quarteriy. 2, 121-140.
131. Keyes, C.M. and Shapiro, A. (2004), Social Well-being IN The U.S.: A Descriptive Epidemology, Orville Brim: Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds), Healthing Are You? A National Study OF Well-being Of Midlife, University Of Chicago Press.
132. Keyes, COM.(1998), social well\_being. Social psyciology quarterly.
133. Keyes,C.m. AND Shapiro, A.(2004), Social well-being IN The U.S.A.Descriptive Epidemology, Orville Brim: Carol D. Ryff & Ronald C.
134. Kim, Y. H. (2003). Correlation of mental health problem with psychological constructs in Adolescents. International. Journal of nursing studies, Vol, 40, p 115-124.
135. Kosten, M. S.(2004).Parent-adolescent conflict and adolescent functioning in a collectivist, eyhnically heterogenous culture: Malaysia, The Ohio state University.
136. Kurdek, l, a.(1992). The adjustment of adolescent in stepfather and stepmother families. Journal of marriage and The family, 54, 725-736.
137. Larsen, B .(1995). Conflict and social interaction in adolescent relationships. Journal of Research on Adolescent, 5, 55-70.
138. Larson, J. S. (1996) The world Heaith Organization Definition of Health: Social Versus Spiritual Health”, social Indicators Researrch, 38: 181-192.
139. Larson, James,(1993), the measurement of social well-being social indicators Research 28, pp285-296.
140. Laursen,B, Coy, K. C, & Collins, W. A. (1998). Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: Ameta-analysis. Child Development, 69, 817-832.
141. Lee, A. S.(2007).Young adults committed romantic relationships: A longitudinal study on the dynamics among parental divorce relationships with mather and father,and childrens committed romantic relationship.Unpublished for the degree of doctor the University of Arizona.
142. Lim, V. K. G, & Leng-Loo, G.(2001).Effeects of parental job insecurity and parenting behaviors on youths self-efficacy and work attitudes. Journal of vocational Behavior, 63(2):86-98.
143. Long, S.(2001). Problem-solving communication training and behavioral exchange for treatment of parent-adolescent conflict. Retrieved from Dissertation & These Full Text.(publication, AA73015544).
144. Luthans, F, Stajkovic, A (1998). Going Beyond traditional motivational and Behavioural approaches. Journal of organizational dynamics. Spring, 62-72.
145. Macdonald., E, M. Pica, S, Macdonald. S, Hayes, R, L. Baglioni, A. J.(1998). Stress and coping in early pasychosis: Role of symptoms, self-efficacy. And social support in coping with stress. British Journal of psychiatry. 172(133). 122-127.
146. Magid, V., Colder, C.R., & Stroud, L.R. (2009). Negative affect, stress and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and Marijuana use. Addictive Behaviors, 34, 11, 973-975.
147. Mussen, P.(2003). MCT theory-American population in D.W.(pp20-33). Pacific Grove. C. A: Brooks/cole.
148. May(2005).clinical psychology review.volume 25, issue3, pages341-363
149. Nakamuratani. T. (2005). Human personality traits are associated with individual environmental traits in male adolescents. Comprehensive Psychiatry, 46, 56- 60.
150. Newton, D., & Burgoon, J .(1999). The use and consequences of verbal influence strategies during interpersonal disagreements. Human Communicatin Research, 16, 477-518.
151. Nystul. M.(2003). Introduction to counseling and science perpective.second Edition. United state of America Ally and bacan.
152. Ogden,j.(2008).hwalth psychology:atextbook.buckingham:open university press.
153. Pearlin. L.I., Menaghan. E.G, Lieberman. M.A., Mullan. J.T. (1981). The stress process. J Health and Social Behav. 337-356.
154. Peterson, M ,&Green, S.(1999).Families firest keys to successful family communication.http://www.ext.vt.edu/pubs/family/
155. Pnagos, S, R. Dabois, D. (2000). Career self-efifcacy development and students with learning dis abilities. Learning disabilities Research & practice. 14(1). 25-34.
156. Rommer, D., & Hennessy, M. (2007). A biosocial–affect model of adolescent sensation seeking the role of affect evaluation and peer group influence in adolescent drug use. Society for Prevention Research, 8, 89-101.
157. Ryff, C. D. & Singer, B.(2000). Interpersonal flourishing: Appositive health agenda for the new millennium. Personality ans social psychology review, 4, 30, 44.
158. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology, 57, 1069-1081.
159. Semetana, J, G. Daddis, & Chuang, S, S. (2002).” Cean yur room” Alongiudinal investigation of adoleseent parent conflict and conflict resolution in middle class African American families. Journal of Adolesent Research, 18. 631-650.
160. Sherer, M., Maddux, J. E., Mercadante, B., Prentice Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R. W. (1982). The self–efficacy scale: Construction and validation. Psychological Reports, 51,2,663-671.
161. Sofronoff, K., & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome, Journal of Autism, 6(3): 271-286.
162. Stenberg, L, & Morris, A, S.(2001).Adolescent annual,Review of psychology,52.83-110.
163. Street, E.(1998). Use of a job cloub to increase self-efficacy: A case study of return work. Journal of exployment counseling. 35(2). Fill://A/I.htm.
164. Teti, D., M., & Gelfand. D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy,. Journal of Child Development, 62 (5): 918-929.
165. Tilson Elizabeth C, McBride Colleen M. Lipkus, Isaac M and Catalano Richard F. Testing the interaction between parent–child relationship factors and parent smoking to predict youth smoking. Journal of Adolescent Health. September 1998, Pages 167-180
166. Tilson, E., Colleen, M., Mcbride, I. M., Lipkus, R., & Catalano, F. (2004). Testing the interaction between parent-child relationship factors and parent smoking to predict youth smoking. Journal of Adolescent Health, 35(3), 182- 189.
167. Turner, sh. Lapan, R. T.(2000). Career self-efficacy and perception support in Adolescent career development. The career development Quarterly.51-45-55.
168. UNESCO. (1994). Prevention of drug abuse through education and information: an interdisciplinary responsibility within the context of human development. Prevention Education series 1
169. Vanvliet. A.J. (2001). Homesickness: Antecedents, consequences and mediating processes.
170. Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M. R. (2009). Do parental attributions affect treatment outcome in a parenting program? An exploration of the effects of parental attributions in an RCT of Stepping Stones Triple P for the ASD population.. Journal of Research in Autism Spectrum Disorders, 3(1): 129-144.
171. WHO (2000) world Health Organization Report, [www.who.int](http://www.who.int). connected ar june 2002.
172. World Health organization (WHO)1979, Health for all, sr. NO5.
173. Yamamoto, Y. Suzuki, S. & Holloway, S. (2006). Maternal involvement in preschool Childs’s edition in Japan: Relation to parenting beliefs and socioeconomic status. Early Childhood Research Quarterly 21.332-346.
174. Zulla, R.(2008). Parental attachment, caretaking responsibilities and self-efficacy in the adjustment of Canadian immigrants. Masters thesis. University of Alberta.

**پيوست 1- فرمت جلسات آموزشی**

**پکیج جلسات آموزشی**

* **جلسه اول**

موضوع 1: آشنایی، معرفی فرایند جلسات، مرور برنامه‌ها

موضوع 2: آشنایی با مفهوم ارتباط و موانع ارتباطی

اهداف 1

1. تعیین و تشریع اهداف و قوانین جلسات آموزشی
2. آشنایی با یکدیگر و ایجاد جو دوستانه
3. ایجاد انگیزه و اعتماد در جلسه و تاکید بر اهمیت صداقت
4. بررسی انتظارات از شرکت‌کنندگان، تشویق اعضا برای بیان ترس‌ها و نگرانی‌ها
5. ارائه تکلیف

اهداف 2:

1. آشنایی با مفهوم ارتباط و موانع ارتباطی
2. آشنایی با اصول مهارت‌های ارتباطی
3. افزایش تبادلات رفتاری مثبت و کاهش تبادلات منفی
4. ارائه تکلیف

شیوه اجرا موضوع 1:

در اولین جلسه درمانگر خود را معرفی می‌نماید. با مطرح کردن سؤالاتی در ارتباط با تعارض بین اعضای خانواده به شناسایی نوع و میزان مشکل و همچنین بررسی تمایل شرکت‌کنندگان و سایر افراد نسبت به آموزش می‌پردازد. منطق جلسات آموزشی و همچنین ساختار جلسات آموزشی و همچنین ساختار جلسات شامل، تعداد، مشخص کردن فواصل بین جلسات، متعهد شدن افراد به انجام تکالیف آموزشی، برای اعضا بیان می‌شود. همچنین ایجاد جو دوستانه، ایجاد انگیزه و اعتماد در خانواده و نوجوان، تاکید بر اهمیت صداقت، اعتماد و رازداری و در نهایت رسیدن به سطح انتظارات خانواده از جلسات مورد بحث و تبادل‌نظر قرار می‌گیرد.

اهداف جلسات عبارت‌اند از: 1. بهبود ارتباط بین والدین و نوجوان 2. حل یا کاهش تعارض بین والدین و نوجوان. 3. پذیرش احساسات یکدیگر 4. ارتقا حمایت عاطفی یکدیگر 5. نزدیک شدن هر دو به یکدیگر.

در این جلسه با طرح سؤال، دوست دارید چه اتفاقی در خانواده‌تان بی افتد؟ یا الآن متوجه چه مشکلی در ارتباط با نوجوان، والدین هستید؟ از سطح انتظارات و پیرو آن از نوع مشکل کنونی و از راه حل مورد استفاده در برخورد با آن مشکل اطلاعاتی به دست می‌آید.

آموزش در جلسه اول: تنفس عمیق باهدف تمرین و تمرکز بر زمان حال.

تکلیف

تمرین تنفس عمیق دو بار در روز، خصوصاً در مواقع اضطراب، عصبانیت و قبل از خواب.

مشخص کردن مشکلات در روابط و شیوه مقابله هر یک و ثبت در کار برگ مربوط

مشکلات موجود در روابط و شیوه مقابله

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | موقعیت | موضوع مشکل | شیوه‌ی انتخابی |
| پدر |  |  |  |
| مادر |  |  |  |
| نوجوان |  |  |  |

شیوه اجرا موضوع 2:

در ابتدا آموزش با تعریف ارتباط برای اعضا آغاز می‌شود و بیان می‌شود که ارتباط فرایند ارسال و دریافت پیام است و ارتباط برقرارکنندگان همزمان هم فرستنده پیام هستند و هم گیرنده آن و در مواقع همه‌کاره‌ای ما نوعی ارتباط محسوب می‌شود. سپس تعریف مهارت‌های ارتباطی و فواید آن برای اعضا تشریح می‌گردد و عنوان می‌شود که برقراری ارتباط بخش اصلی زندگی ما را تشکیل می‌دهد و یادگیری مهارت‌های ارتباطی باعث می‌شود که انسان در شغل، زندگی خانوادگی و در ارتباط با دوستان و اقوام موفق باشید و اینکه خیلی از مشکلاتی که انسان‌ها در محیط کار، زندگی با همسر و با فرزندان و با دوستان دارند به خاطر این است که شیوه برقراری ارتباط صحیح را نمی‌دانند و در واقع مهارت‌های ارتباطی بیانگر توانایی و اعتمادبه‌نفس فرد است و باعث افزایش احترام فرد نزد دیگران می‌شود. سپس موانع ارتباطی شامل: انتقاد، هشدار دادن، تهدید، اخطار دادن، دستور دادن، وادار سازی از طریق استدلال، سخنرانی یا بحث کردن، اسم گـذاشتن روی همدیگر، مسخره کردن و تحقیر کردن، وارسی، بازجویی و بازپرسی، پرسش‌های زیاد و نامناسب، قضاوت کردن، انتقاد کردن، مخالف کردن و مقصر شمردن دیگری و... با ارائه مثال توضیح داده می‌شود.

تکلیف

از اعضا خواسته می‌شود تا در روابط خود دقت کنند و تا جلسه آینده چند نمونه از این موانع ارتباطی را مشخص می‌کنند و بنویسند.

همچنین مشخص کنند که غیر از موانع ذکرشده چه مشکلاتی مانع یک ارتباط موثر بین والدین و نوجوانان شود.

موانع ارتباطی

|  |
| --- |
| مشکلات و موانع ارتباطی |
|  |

**جلسه** دوم

موضوع 1: آموزش مهارت‌های ارتباطی (کلامی و غیرکلامی)

موضوع 2: بهبود مهارت‌های ارتباط کلامی والدین با نوجوانان

اهداف 1

1. آموزش انواع مهارت‌های ارتباط کلامی
2. آموزش انواع مهارت‌های غیرکلامی
3. ارائه تکلیف

اهداف 2

1. مروری بر تکالیف جلسه قبل
2. افزایش تدبیر و عاقبت‌اندیشی در روابط والد- فرزندی
3. افزایش مهارت والدین برای تشخیص و انتخاب موقعیت سخن
4. کنترل هیجانات والدین در تعامل با نوجوان
5. تکلیف

شیوه اجرا موضوع 1:

جلسه با سلام و احوال‌پرسی آغاز می‌شود. سپس خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل بیان می‌گردد. پس از آن انواع ارتباط شامل:

ارتباط کلامی و ارتباط غیرکلامی با ذکر مثال برای اعضا تعریف می‌گردد و بیان می‌شود مجموع روابطی را که از طریق گفتن و گفتگو حاصل می‌شود ارتباط کلامی می‌گویند که مهارت‌های ارتباطی کلامی مؤلفه‌های مختلفی دارد که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: تقویت‌های کلامی، مهارت‌های سؤال کردن، انتخاب واژه‌های مناسب و منظور از تقویت‌کننده‌های کلامی، کلماتی است که فرد را برای تشویق رفتارها یا فعالیت‌های دیگران بر زبان می‌آورد که به سه دسته تقسیم می‌شوند:

1. تصدیق/تاکید 2. تحسین/حمایت 3. توسعه/پاسخ

سپس مهارت‌های ارتباطی غیرکلامی مانند:1. تماس جسمی و توجه به خصایص ظاهری که به نحوه‌ی استفاده از پوشش، لباس و سایر اشخاص که تصویری را از شخص نشان می‌دهد اطلاق می‌شود.2. استفاده از حرکات و زبان بدن (وضعیت بدن، برقراری تماس چشمی، حالات چهره ژست‌ها) به نوجوانان آموزش داده می‌شود.

همچنین مهارت‌های مربوط به شروع و تداوم یک ارتباط گرم و صمیمی برای اعضا بیان می‌شود و به صورت زیر به آن‌ها گفته می‌شود که وقتی در نقش گوینده و یا در نقش شنونده هستند چه نکاتی را باید رعایت کنند. سخن گفتن فنی است که آدمی به وسیله آن بر دیگران تأثیر می‌گذارد. دیگران را ترغیب و اقناع می‌کند و همواره در مراودات اجتماعی کاربرد دارد. در اولین لحظه برقراری ارتباط شما با سلام یا احوال‌پرسی قدرت بیان خود را نشان می‌دهید. اینکه چقدر باصلابت سلام کنید یا از روی ترس یا ناراحتی و یا چیز دیگری، وضعیت روحی شما را نشان می‌دهد. گفتن در بین مهارت‌های چهارگانه بیش‌ترین کاربرد را دارد و برای برقراری ارتباط مهم تلقی می‌شود. لذا بایستی در هنگام سخن گفتن و یا سخنرانی نکاتی را رعایت کنیم.

* خوب گوش کردن ما را برای بهتر گفتن آماده می‌کند.
* مطالعه کردن به ما فرصت می‌دهد تا حرفی برای گفتن داشته باشیم.
* درباره آنچه اطلاعات نداریم اظهارنظر و صحبت نکنیم.
* از به کار بردن کلماتی که معنای آن را نمی‌دانیم خودداری کنیم.
* به جز آغاز ارتباط سعی کنید اگر از شما پرسش نشد درباره خودتان سخن نگویید.
* هنگام گفتگو به دیگران نیز فرصت گفتن بدهید.
* سعی کنبد از نظرات بزرگان هنگام سخن گفتن نقل‌قول کنید.
* در سخن گفتن از دیگران تقلید نکنید.

شنیدن

سرچشمه بیشتری از مشکلات روزمره، عدم توجه به سخنان دیگران است. چرا که بسیاری اوقات بدون اینکه بدانیم دیگری درباره چه چیزی سخن خواهد گفت فکر می‌کنیم همه چیز را می‌دانیم. ((شنیدن، بهره‌مندی از دانایی تمامی افرادی است که با آنان زندگی می‌کنیم))

حال چگونه از ای مهارت‌ها بهتر و بیشتر بهره‌مند شویم:

* بپذیریم که دیگران حق حرف زدن و حرفی برای گفتن دارند.
* از قطع کردن حرف دیگران خودداری کنیم.
* همواره سعی کنید فقط به حرف یک گوینده گوش فرا دهید.
* شنونده فعالی باشید یعنی آنچه را که گوینده درست می‌گوید تأیید نمایید.
* اگر ابهامی درباره سخنان گوینده دارید سؤال کنید.
* برای نوجوانان خیلی مهم است که والدین آنان به سخنانشان گوش دهند.
* گوش دادن یعنی اینکه برای دیگران و حرف آنان احترام قائل هستید.

تکلیف

از والدین خواسته می‌شود که انواع مهارت‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی را در مقابل فرزند خود به کار ببرند و نتیجه را در جلسه آینده گزارش کنند.

|  |  |
| --- | --- |
| مهارت‌های ارتباطی به کار گرفته‌شده | نتیجه (پیامد) |
|  |  |

شیوه اجرا موضوع 2:

هدف ما از مباحث قبل آگاهی بخشی به شما از میزان اثربخشی عملکرد شما بر رفتار و نگرش نوجوان بود. با توجه به توضیحات پیش به دو نکته اساسی می‌رسیم:

شما به عنوان الگوی راهنمای نوجوانان هستید و جهت اثربخشی برنامه آموزشی، پیش از آنکه مطالب و تکنیکهای را به صورت گفتاری و ارتباط کلامی به نوجوان آموزش دهید، لازم است تا تغییراتی در رفتار خود ایجاد نمایید.

جهت تغییر رفتار نوجوان، بایستی به بعد بینشی و انگیزشی نیز توجه کرد. یعنی تکنیک ها باید با بیان دلیل و منطق به او ارائه شوند تا نوجوان آن‌ها را به صورت عقلانی بپذیرد. همچنین تکالیف پیشنهادی به او باید مناسب با گرایش و انگیزه‌هایش باشد.

جهت تقویت رابطه حسنه میان والدین و نوجوان، اولین قدم اصلاح ارتباط کلامی است. امام علی (ع) در این زمینه فرمود: ایمان هیچ بنده‌ای درست نشود، تا آنکه دلش درست شود و دلش درست نشود تا آنکه زبانش درست شود.

با برقراری ارتباط کلامی مناسب را جهت انتقال مفاهیم و تربیت صحیح به فرزندان آماده می‌نمایید.

چون با کلام موثر نوجوان تصور مثبتی از والدین پیدا می‌نماید. امام علی (ع) می‌فرمایند: ای مالک،باید همت تو در این راه آن باشد که حسن ظن مردم را به دست آوری. زیرا حسن تفاهم رنج‌های بسیاری را از تو دور می‌سازد.

 از والدین می‌خواهیم تا واژه‌های مورد کاربرد خود را موارد زیر بیان نمایند:

زمانی که فرزندتان دیر به خانه بر می‌گردد.

زمانی که فرزندتان از شما تقاضای پول می‌نماید.

زمانی که فرزندتان امتحان دارد و درس‌هایش را نخوانده است.

سپس به صحبت‌های آن گوش می‌کنیم و بعد تکینک های لازم را ارائه می‌نماییم.

سخن بجا گفتن: قبل از بیان هر حرفی به فرزندانتان آن را بررسی نمایید که آیا زمان مناسبی را برای حرف زدن با او انتخاب نموده‌اید؟ آیا حرفتان مناسب با وضع حال نوجوان است؟ مثلاً آیا در موقع خستگی فرزندتان، شروع به نصیحت کردن او کرده‌اید؟ یا زمانی که برای رفتن به فوتبال عجله دارد، مشغول حرف زدن راجع به وضیعت تحصیلی‌اش شده‌اید؟

امام صادق (ع) فرمودند: هیچ یک از شما سخن بیهوده نگوید و بسیاری از سخنان مفید را هم به زبان نیاورید، مگر آنگاه که برایش جایی بیابد. چه بسا کسی که سخن نابجا بگوید و با آن سخن بر خود جنایت کند.

تدبر در سخن: قبل از بیان هر حرفی، به نتایج و آثار آن فکر کنید. حرف شما چه تأثیری روی فرزندتان می‌گذارد؟ آیا رغبت لازم برای جواب دادن را در او ایجاد می‌نماید؟ یا بالعکس، مانع حرف زدنش با شما می‌شود؟ بررسی پیامد حرف‌هایتان از بروز مشکلات احتمالی جلوگیری می‌کند. پیامبر (ص) در این مورد فرمودند: زبان مؤمن در پشت دل اوست و دل منافق در پشت زبان او. مؤمن پیش از سخن گفتن درباره آن تدبر می‌کند. اخلاص (تعیین هدف سخن): قبل از بیان حرفتان باید هدف خود را از حرف زدن با او مشخص سازید. آیا قصد شما از حرف زدن همدردی و همدلی با فرزندتان است؟ یا هدفتان ابراز هیجانات ناشی از خشم و ناراحتی است؟ گاهی اوقات قبل از شنیدن حرف‌های فرزندتان راجع به او قضاوت می‌کنید. مثلاً وقتی که او از مدرسه دیر برمی‌گردد، فکر می‌کنید حتماً با دوستانش بیرون رفته است یا...و با همین قضاوت به حرف‌هایش گوش نمی‌دهید. این برخورد مانع نزدیکی نوجوان نسبت به شما می‌شود. پس قبل از حرف زدن هدف خود را مشخص نمایید.

اگر آمادگی شنیدن حرفهای نوجوان را به علت عصبانیت و ناراحتی زیاد ندارید، بهتر است ابتدا خودتان را کمی آرام کنید. تا قبل از آرامش، کمتر در اطراف او باشید. روش‌هایی که جهت آرام‌سازی به شما کمک می‌کنند عبارت‌اند از:

الف) خود تلقینی گفتاری (خود گویی): اندکی با خودتان خلوت کنید و حرف‌هایی که قرار است به فرزندتان بگویید، با خود تکرار کنید. سپس بررسی کنید این حرف‌ها چه تأثیری روی از می‌گذارد؟ آیا موجب تغییر رفتارش می‌شود یا موجب تعارض بیشتر در روابطتان می‌شود؟ اگر پیامد حرفهای شما عدم اطمینان و ایجاد مقاومت در فرزندتان می‌شود، بطوریکه کمتر بتواند مشکلات مهم‌تر زندگی‌اش را با شما در میان بگذارد، آیا این حرف‌ها ارزش بیان کردن را دارند؟

ب) خود معیاری در ارتباط با دیگران: آنچه را شما در شرایط مشابه با وضعیت فرزندتان از دیگران انتظار دارید، چیست؟ از شما می‌خواهم تا مواردی که فرزندتان از شما انتظار کمک داشت، را بیان کنید. عکس‌العمل شما چه بود، فرض کنید شما در این مشابه قرارگرفته‌اید، انتظار خود را از طرف مقابل بیان کنید. بین واکنش شما در برابر فرزندتان و انتظار شما از مخاطب فرضی چه تفاوت‌هایی وجود دارد؟

ج) تکنیک وانمود سازی: بعد از اینکه خود را با روش‌های زیر آرام نمودید، طبق این روش باید خود را به بردباری، نرم‌خویی، نگرانی، شنوندگی، مشورت خواهی و هر حالتی که در آن شرایط به شما جهت نزدیک‌تر شدن به نوجوان کمک می‌نماید، وانمود سازید. حضرت علی (ع) می‌فرماید: اگر بردبار نیستی، خود را به بردباری بنمای، زیرا اندک است کسی که خود را همانند مردمی می‌کند و از جمله آنان به حساب نیاید. به عنوان مثال: گاهی اوقات نوجوان بسیار عصبانی است بطوریکه در برابر هر نوع رفتار شما، حالت پرخاشگری از خود نشان می‌دهد، در چنین شرایطی باید وانمود به بردباری و صبر نمایید تا نوجوان را آرام کنید و بعد شروع به حرف زدن نمایید. نوجوان خود را در بعضی از موضوعات صاحب‌نظر می‌داند. شما با مشورت خواهی با وانمود به نظرخواهی شرایط گفتگو با او را فراهم نمایید.

تکلیف

نقش خود را در پیدایش خصوصیات منفی فرزند یادداشت نموده و کار برگ‌های مربوط را پر کنید. تکنیک مربوط به آرام‌سازی خود (خود معیاری در ارتباط با دیگران، خود تلقینی گفتاری) را در منزل اجرا کنید و نتایج را یادداشت نمایید.

**نقش والدین در پیدایش خصوصیات منفی فرزند**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| خصوصیات منفی فرزندم | علل پیدایش این خصوصیات | من چقدر نقش داشته‌ام؟ |
|  |  |  |

**جلسه سوم**

موضوع 1: مهارت ابراز وجود و خشم

موضوع 2: آموزش مهارت حل مسئله (1)

اهداف موضوع 1:

1. بررسی تکلیف، مرور مباحث جلسه قبل
2. آشنایی اعضا با انواع سبک‌های پاسخ‌دهی
3. آشنایی اعضا بامهارت ابراز وجود
4. ابراز خشم نوجوانان
5. ارائه تکلیف

اهداف موضوع 2:

1. آشنا کردن اعضا با شیوه‌های غلط حل اختلافات
2. آشنا کردن اعضا با مفهوم حل مسئله
3. بیان کلی مراحل مختلف حل مسئله
4. کمک به اعضا در تشخیص موقعیت‌های مسئله آفرین
5. کمک به اعضا در تعریف دقیق مسائل خود
6. ارائه تکلیف و توضیح در مورد آن

شیوه اجرا موضوع 1:

بعد از سلام و احوال‌پرسی و بررسی تکلیف جلسه قبل، انواع سبک‌های پاسخ‌دهی شامل (سلطه‌پذیری، پرخاشگری و ابراز وجود) برای اعضا عنوان می‌گردد. در ابتدا سبک پاسخ‌دهی سلطه پذیرانه برای اعضا تشریح می‌شود و بیان می‌شود که بسیاری از افراد سلطه‌پذیر، احساسات خالصانه، نیازها، ارزش‌ها و نگرانی‌های خود را بیان نمی‌کنند و به دیگران اجازه می‌دهند که به حریمشان تجاوز کنند و حقوقشان را نادیده بگیرند. ابن افراد به ندرت خواسته‌هایشان را مطرح می‌کنند و حتی وقتی که امکان ارضای این نیازها وجود داشته باشد آن‌ها را نادیده می‌گیرند و دیگر اینکه افراد سلطه‌پذیر نیازهایشان را بیان می‌کنند، اما به گونه‌ای که چنان مؤدبانه و نامطمئن است که جدی تلقی نمی‌شود.

سپس سبک پرخاشگرانه توضیح داده می‌شود و پرخاشگری تعریف می‌شود و همچنین ویژگی‌های این سبک که عبارت‌اند از: صحبت کردن پیش از اتمام صحبت‌های دیگران، بلند و تهاجمی حرف زدن، کنایه زدن، خیره شدن و... و انواع پرخاشگری که شامل جسمانی، کلامی و عصبانیت می‌باشد برای اعضا عنوان می‌شود. و سپس ابراز وجود برای اعضا تعریف می‌شود و بیان می‌شود که افرادی که از این سبک استفاده می‌کنند، در واقع از مهارت‌های ارتباطی استفاده می‌کنند و حرمت نفس خود را حفظ می‌کنند. و سپس ویژگی‌های افراد جرات مند و کارکردهای ابراز وجود برای اعضا توضیح داده می‌شود که چگونه ابراز وجود کنند و پیام‌های سه بخشی ابراز وجود که شامل رفتار، احساس و اثرات آن می‌شود که چگونه ابراز وجود کنند و پیام‌های سه بخشی ابراز وجود که شامل رفتار، احساس و اثرات آن می‌شود برای اعضا توضیح داده می‌شود که چگونه ابراز وجود کنند و پیام‌های سه بخشی ابراز وجود که شامل رفتار، احساس و اثرات آن می‌شود برای اعضا با ذکر مثال توضیح داده می‌شود. اگر چه خشم اولین هیجان ابراز نشده نباشد، ولی توجه به آن هنگام کار کردن روی وقایع گسسته گذشته لازم است. بسیاری از نوجوانان افسرده برای والدینشان بسیار حمایت‌کننده و وفادار بوده و نگران رنجاندن والدینشان از طریق بیان افکار و احساساتشان (مانند طرد هیجانی) هستند. درحالی‌که بعضی دیگر احساس نمی‌کنند که حق دارند که به نیازهایشان توجه شود.

**تکلیف**

از والدین خواسته می‌شود که رفتارهای پرخاشگرانه خود را در رابطه با نوجوانان مشخص کنند و به جای آن با توجه به آموزش‌های داده‌شده رفتارهای مناسب و مبتنی بر ابراز وجود به کار ببرند و کار برگ را تکمیل کنند.

|  |  |
| --- | --- |
| رفتارهای پرخاشگرانه در مقابل نوجوان | رفتارهای مناسب و جایگزین |
|  |   |

شیوه اجرا موضوع 2:

در ادامه جلسه موضوع با عنوان حل مسئله مطرح می‌شود و بیان می‌شود که مسئله می‌تواند رویدادی منحصر و دارای محدودیت زمانی باشد (مانند از دست دادن قطار برای رفتن به یک سفر شغلی) و یا اختلافات و تعارضات (مثلاً اختلافات با نوجوان بر سر موضوعی مانند تماشای تلویزیون) و یا موقعیت‌های مضمن و مداوم مثل (احساس تنهایی، کسالت) باشد. آموزش مهارت‌های حل مسئله شامل آموزش به افراد گروه برای اجرا کردن مراحل آموزشی در زندگی خود و خانواده خویش است. باید به افراد خانواده کمک شود تا مشکلات بزرگ را به مشکلات کوچک تری تقسیم کنند و در هر زمان فقط روی یکی از این مشکلات متمرکز شوند. سپس برای هر مشکل راه‌حل‌هایی ارائه کنند. در مرحله بعد، فواید و مضرات هر یک از این راه‌حل‌ها مطرح و آنگاه بهترین راه حل انتخاب‌شده و به کار گرفته می‌شود. در نهایت افراد خانواده باید تشویق شوند تا موفقیت خود را برای حل مشکل جشن بگیرند. سپس شیوه‌های غلط حل مشکل در تعارضات مانند انکار، اجتناب، تسلیم و سلطه‌گری برای اعضا تشریح می‌گردد. آنگاه مراحل صحیح حل مسئله برای اعضا بیان می‌شود که این پنج مرحله عبارت‌اند از:1- تشخیص موقعیت کلی 2- مشخص کردن و فرمول‌بندی مسئله (تعریف عینی مشکل) 3- ایجاد راه‌حل‌های بدیل 4- تصمیم‌گیری و انتخاب راه حل 5- اجرای راه حل و ارزیابی.

سپس بیان می‌شود که اولین مرحله برای حل صحیح یک مشکل، تشخیص موقعیت کلی است. در این مرحله برای اعضا توضیح داده می‌شود که چرا موقعیت‌های مسئله آفرین بروز پیدا می‌کنند. در این مرحله به اعضا گفته می‌شود که می‌توانند یاد بگیرند تا مستقلاً با مشکلات خود مواجه شوند و همچنین در مورد موقعیت‌های مسئله آفرین اعضا در ارتباط با نوجوانان مثال‌هایی زده می‌شود و در این مرحله به اعضا آموزش داده می‌شود تا بپذیرند که موقعیت‌های مسئله آفرین بخش طبیعی زندگی‌اند و این امکان را بپذیرند که می‌توانند بر بسیاری از این موقعیت‌ها فائق آیند.2. موقعیت‌های مسئله آفرین را به محض پیش آمدنشان تشخیص دهند 3. جلوی تمایل به پاسخ دادن به اولین سائق خود را بگیرند. هر قدر فرد بیشتر امید داشته باشد که می‌تواند به طور مستقل بر مشکلاتش غلبه کند، حتی اگر فوراً معلوم نباشد که چه اقداماتی باید انجام دهد، احتمال توفیق او در یافتن راه حل مناسب بیشتر می‌شود. همچنین به اعضا گفته می‌شود که اولین قدم در کلیه استدلال‌ها، مگر ساده‌ترین انواع آن‌ها، مکث کردن و فکر کردن است، آن‌ها خاطرنشان می‌کنند که اگر شخصی در هنگام مواجه با یک مشکل فوراً پاسخ دهد، ممکن است وقت کافی را برای بروز پاسخ‌های موثر باقی نگذارد، پاسخ‌هایی که به شخص در انتخاب سلسله اقدامات موثر کمک می‌کند.

سپس دومین گام حل مسئله یعنی مشخص کردن و فرمول‌بندی مسئله (تعریف عینی مشکل) برای اعضا تشریح می‌گردد و به اعضا گفته می‌شود که اغلب موقعیت‌های مسئله آفرین در عالم در واقع در هم و بر هم هستند یعنی مبهم و فاقد اطلاعات لازم هستند و فرد باید تمام جنبه‌های موقعیت مسئله آفرین را مشخص کند و موقعیت‌ها را به صورت عینی تعریف کند و مثال‌هایی در این زمینه در ارتباط با نوجوانان بیان می‌شود. درمانگر به اعضای گروه آموزش می‌دهد که چگونه مشکل را به صورت درست تعریف کنند. او این کار را از طریق الگو دهی ارائه تعریفی گویا و درست از مشکل و از طریق تصحیح تعریف مشکل به صورتی نادرست و بازتاب‌های آن، صورت می‌دهد. سپس از اعضای گروه خواسته می‌شود که این مراحل را در خانواده خود اجرا نمایند و نتایج را به گروه انعکاس دهند.

**تکلیف**

از اعضا خواسته می‌شود تا جلسه آینده هر کدام 5 موقعیت مسئله آفرین بین خود و فرزندانشان را مشخص کنند و به تعریف دقیق مسئله و موضوع تعارض بپردازند و کار برگ مربوطه را تکمیل کنند.

|  |  |
| --- | --- |
| پنج موقعیت مسئله آفرین | تعریف دقیق مسئله |
| 1.2.3.4.5. |  |

**جلسه چهارم**

موضوع 1: آموزش مهارت‌های حل مسئله 2

موضوع 2: آموزش مهارت‌های حل مسئله 3

اهداف موضوع 1:

1. مرور مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و پاسخگویی به اشکالات
2. آشنا کردن اعضا با سومین گام حل مسئله یعنی ایجاد راه‌حل‌های بدیل
3. آشنا کردن اعضا با چهارمین گام حل مسئله یعنی تصمیم‌گیری و انتخاب بهترین راه حل مسئله
4. ارائه تکلیف و توضیح در مورد آن

اهداف موضوع 2:

1. آشنا کردن اعضا با پنجمین گام حل مسئله یعنی اجرای راه حل و ارزیابی آن
2. ارائه تکلیف و توضیح در مورد آن

شیوه اجرا موضوع 1

در ابتدا مباحث جلسه قبلی و دو گام نخستین مهارت حل مسئله بیان می‌شود و سپس تکالیف اعضا بررسی می‌گردد و سپس گام سوم در حل مسئله یعنی ایجاد راه‌حل‌های بدیل برای اعضا تشریح می‌گردد و به آن‌ها آموزش داده می‌شود که در این مرحله می‌توانند از بارش مغزی استفاده کنند و این شیوه برای آن‌ها تشریح می‌گردد و بیان می‌شود که در این مرحله 3 قاعده اصلی وجود دارد: 1- انتقاد ممنوع است 2- هر راه‌حلی به ذهن رسید صرف‌نظر از عجیب و غیرعملی بودن آن بیان گردد 3- کمیت مطلوب است و هر چه فرد بتواند راه حل بیشتری ارائه دهد بهتر است.

در این مرحله اعضای گروه (و سپس در خانواده، اعضا خانواده) تشویق می‌شوند تا برای حل مسئله، راه‌حل‌های جایگزین ارائه دهند اما به طور موقت، به ارزیابی این راه‌حل‌ها اقدام نکنند. درمانگر راه‌حل‌های دیگری را نیز ممکن است پیشنهاد کند. از یکی از اعضای گروه خواسته می‌شود تا این راه‌حل‌ها را یادداشت کند.

سپس مرحله چهارم حل مسئله یعنی تصمیم‌گیری و انتخاب بهترین راه حل برای اعضا تشریح می‌گردد و بیان می‌شود که تمیم گیری بیان راه حل است و در صورتی مطلوب است که بهترین راه حل انتخاب شود و برای انتخاب راه حل باید به سه اصل توجه کرد:

موثر بودن راه حل: یعنی راهی انتخاب شود که از سایر راه‌حل‌ها اثرش بیشتر باشد و بهتر بتوان مشکل را حل کند.

عملی بودن راه حل: یعنی راه‌حلی انتخاب شود که بتوان به عمل درآورد و امکان اجرای آن باشد.

مفید بودن راه حل: یعنی راه‌حلی انتخاب شود که بازدهی و نتیجه آن بیشتر باشد.

همچنین بیان می‌شود که در انتخاب یک راه حل باید محاسن و معایب آن را مد نظر قرارداد و در این زمینه مثال‌هایی بیان می‌شود.

 **تکلیف**

از اعضا خواسته می‌شود تا برای یکی از مسئله‌هایی که در جلسه قبل تعریف کرده‌اند، راه‌حل‌های متعدد ارائه دهند و سپس معایب و محاسن هر راه حل را بنویسند و بهترین راه حل را انتخاب کنند و کار برگ مربوطه را تکمیل کنند.

|  |  |
| --- | --- |
| موقعیت مسئله آفرین |  |
| تعریف دقیق مسئله |  |
| ارائه راه‌حل‌های متعدد |  |
| محاسن راه‌حل‌ها |  |
| معایب راه‌حل‌ها |  |
| انتخاب بهترین راه حل |  |

شیوه اجرا موضوع 2

در این مرحله گام پنجم در حل مسئله یعنی اجرای راه حل و ارزیابی آن برای اعضا تشریح می‌گردد و برای آن‌ها توضیح داده می‌شود که پس از انتخاب راه حل شخص باید راه حل خود را اجرا کند و پیامدهای کارهایش را مشاهده کند و نتیجه واقعی را با نتیجه مورد انتظار خود مقایسه کند و اگر نتیجه رضایت‌بخش بود می‌تواند فرایند حل مسئله را خاتمه دهد و اگر نه باید به گام‌های قبلی برگردد و جریان را تا زمانی که نتیجه رضایت‌بخش باشد، ادامه دهد. سپس دوباره این گام‌ها با ارائه مثال در زمینه اختلاف با فرزندان برای اعضا توضیح داده شود. در مرحله ارزیابی، از هر یک از اعضای گروه خواسته می‌شود تا در مورد پیامدهای مثبت و منفی ممکن برای هر کدام از راه‌حل‌های جایگزین، به فرضیه‌سازی بپردازند. سپس از آن‌ها خواسته می‌شود تا با دادن امتیاز مثبت یا منفی به راه‌حل‌های مذکور، به ارزیابی هر یک از آن‌ها بپردازند. اگر در مورد راه حل توافقی همگانی حاصل شد، آن راه حل به‌کاربرده می‌شود. اگر توافق عمومی حاصل نشد، به اعضای گروه برای مذاکره مصالحه آمیز درباره مشکل، آموزش داده می‌شود. اگر راه‌حلی وجود داشت که حداقل یکی از والدین یا نوجوانان، به آن یک امتیاز مثبت داده بود، درمانگر با همان شروع می‌کند. او فهرستی از راه‌حل‌های ممکن را ارائه می‌کند تا اعضای خانواده به منظور دستیابی به یک راه حل همگانی، آن‌ها را ارزیابی کنند. در مرحله نهایی، اعضای گروه جزئیات را مشخص می‌کنند و مشکلات موجود بر سر راه عملی کردن راه حل را معلوم می‌کنند. در این مرحله سامانه‌ای به وجود می‌آید که همه اعضای گروه، آن را برای کاربرد و اجرای موفقیت‌آمیز ارزیابی و پایش، مناسب‌ترین گزینه می‌دانند. در صورتی که راه حل موفقیت‌آمیز نباشد، روش دیگری مورد مذاکره قرار می‌گیرد. سپس از اعضای گروه خواسته می‌شود که این مراحل را در خانواده خود اجرا نمایند و نتایج را به گروه انعکاس دهند.

**تکلیف**

از اعضا خواسته می‌شود تا مثال‌های ارائه‌شده خودشان در تکالیف دو جلسه قبل را در رسیدن به مرحله نهایی حل مسئله ادامه دهند و نتیجه را گزارش دهند.

* **جلسه پنجم**

موضوع 1: حمایت کردن از نوجوان، کار کردن روی نقش‌ها، ساختار خانواده (شامل شناخت مرزها، ائتلاف‌ها، تعارضات و...) و الگوهای تعاملاتی خانواده

موضوع 2: داشتن ارتباط درست و صادقانه، بررسی نشانه‌های فردی در خانواده

اهداف موضوع 1:

1. نیاز به حمایت نوجوان و جوابگو بودن دیگر اعضا
2. بررسی علل ایجاد مشکل در خانواده
3. ایجاد احساس مسئولیت بیشتر در پدر و مادر برای بررسی راه‌های ایجاد روابط بازتر بین اعضا خانواده (بازسازی مرزها، مرجع قدرت و...)
4. بررسی تأثیر ویژگی‌های رفتاری و شخصیتی والدین و نقش الگوپذیری در نوجوان

اهداف موضوع 2:

1. آموزش نحوه‌ی درست برقراری ارتباط با صداقت، عشق و احترام بیشتر
2. آشنایی با تأثیر پیام‌های کلامی و غیرکلامی

شیوه اجرا موضوع 1:

در ابتدا تکلیف جلسه قبل مورد بررسی قرار می‌گیرد. در ادامه درباره لزوم حمایت از نوجوان و جوابگویی و بررسی راهبردهای گوناگونی که والدین و نوجوان برای انداختن تقصیر به گردن دیگری، انکار یا ناچیز انگاری مشکلات و به وجود آوردن شرایطی برای رفتارهای مشکل زا به کار می‌گیرند، صحبت می‌شود. درباره اینکه مسئولیت ایجاد مشکل در خانواده باید از بیمار معلوم به سایر اعضای خانواده منتقل می‌شود، به طوری که همه اعضا در خانواده خود را مسئول الگوهای مشکل زا بدانند، بحث می‌شود. به خانواده تفهیم می‌گردد که هر کسی در ایجاد رفتارهای مشکل زا و باقی ماندن مشکل نقش دارند. در بعضی از خانواده‌ها الگوها و مراودت بین اعضای خانواده در یک الگوی سلسله مراتبی به خوبی سازمان داده می‌شود و اعضا به آسانی با یکدیگر در ارتباط هستند. اما در بعضی از خانواده‌های دیگر، این الگوها و مراودات ضعیف است و آرایش‌های کلی فراهم می‌باشند که اعضای خانواده بدان طریق به آسانی و به طور معنی‌دار نمی‌توانند باهم در تعامل باشند. در هر یک از این موارد وقایع رشدی یا موقعیتی، استرس، خشونت و هرج‌ومرج، کارکرد مختل را در خانواده دچار بحران می‌شود (گلادینگ، ترجمه بهاری و همکاران، 1382 نقل از همتی،1391).

سیستم خانواده وظایف خود را از طریق زیر منظومه‌های خود متمایز و اجرا می‌کند. اعضا زیر منظومه‌های خانواده را تشکیل می‌دهند. هر فرد به زیر منظومه‌های متفاوتی تعلق دارد که در هر کدام دارای سطح قدرت متفاوتی است و مهارت‌های متمایزی را فرامی‌گیرد. سازمان زیر منظومه‌ای خانواده، در عین اینکه مهارت‌های بین شخصی را در سطوح مختلف اعمال می‌کند، در روند حفظ "من هستم" های متمایزکننده اعضا هم به آن‌ها کارآموزی باارزشی می‌دهد. معمولاً زیر منظومه‌ها به وسیله‌ی مرزها از همدیگر جدا می‌شوند. مرزها مقرراتی هستند که معنی می‌کنند چه کسی و چگونه جز این زیر منظومه است و نقش مرز، حراست از عمل متمایز سیستم می‌باشد (مینوچین، ترجمه ثنایی، 1380).

مرزهای درون خانواده باید واضح و مشخص باشد. وجود "مرزهای نامشخص" و یا "مرزهای خشک" و نا منعطف نشانه وجود آسیب و اختلال در سیستم خانواده است. خانواده‌ای که مرزهای آن خشک و نا منعطف است به خانواده‌ی گسسته و خانواده‌ای که مرزهای آن نامشخص باشد، خانواده به هم تنیده نامیده می‌شود. در هر دو نوع خانواده‌ی گسسته و به هم تنیده، احتمال زمینه‌های آسیب وجود دارد. مشکلات در خانواده علاوه بر مغشوش بودن سطوح ارتباط، از مغشوش بودن سطوح قدرت در سیستم روابط هم ناشی می‌شود (ثنایی، 1380).

معمولاً در سیستم خانواده‌های به هم تنیده و از هم گسسته سطوح ارتباط، نوع ارتباط و سطوح قدرت دارای اشکال می‌باشد که باعث به وجود آمدن تعارض و اختلاف در بین زیر منظومه‌های خانواده خواهد شد. هر گاه در یک رابطه دوتایی یکی از دو نفر به علت تنش، تعارض، ضعف یا نیاز به قدرت در شرایط نامطلوبی قرار گیرد، وارد رابطه با شخص سومی می‌شود یا به اصطلاح "مثلث سازی" می‌کند. مثلث سازی، وضعیت والدینی است که هر دو سعی در جلب حمایت کودک در تنازع خود با همسرشان دارند، کودک در این مثلث دچار تعارض وفاداری نسبت به والدین خود می‌شود. نزدیکی او به هر یک از والدین موجب احساس استرس و بی‌وفایی نسبت به والد دیگر است.

در مثلث "ائتلاف ولی-فرزندی تعارض والدین آشکارتر است. نزدیکی کودک به یکی از والدین باعث بروز نشانه مرضی او می‌گردد (ثنایی، 1387). در نتیجه فرزندان هم به ناسازگاری و اختلاف با والدینشان می‌پردازند و والدین هم کنترلی بر رفتار فرزندان نمی‌توانند داشته باشند. به طور خلاصه اگر بادید سیستمی به تعارض به وجود آمده فرزندان با والدین نگاه کنیم، باید توجه داشته باشیم که رفتار فرد تابعی از کل سیستم و رفتار سایر اعضا و عناصر است. در خانواده اگر والدین دائماً در حال نزاع و درگیری باشند و به ائتلاف با فرزندان بر علیه طرف مقابل بپردازند و در این میان حقوق فرزندان را نادیده بگیرند، فرزندان هم به عنوان زیر منظومه‌ای از این سیستم دچار بحران خواهند شد و اختلافات والدین بر سلامتی آن‌ها و تعاملات اجتماعی آن‌ها تأثیر دارد و اگر فرزندان بفهمند که حقوقشان ضایع شده است، یا خودشان را از خانواده جدا می‌کنند یا به اعتراض و ناسازگاری با والدین و دیگر اعضا خواهند پرداخت.

**تکلیف**

پیدا کردن نقش‌های قالبی در خانواده و شناخت برچسب‌هایی که احتمالاً به نوجوان زده می‌شود. ثبت در کار برگ و ارائه در جلسه بعد.

**کار برگ ویژه والدین**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | نقش والدین | برچسب |
| پدر | 1.2.3. | 1.2.3. |
| مادر | 1.2.3. | 1.2.3. |

شیوه اجرا موضوع 2:

بررسی مباحث قبل شامل: بیان نقش‌های قالبی اعضای خانواده و برچسب‌ها به همراه علل آن توسط والدین. (بیان و شرح این موضوع که به چه میزان این برچسب‌ها و نقش‌ها در جهت‌دهی رفتار و افکار تأثیر دارند).

اجرای تکنیک مجسمه‌سازی یا تندیس خانواده در جلسه برای قرار دادن اعضای گروه در موقعیت‌های فیزیکی ای که روابط بین آن‌ها را به نمایش می‌گذارد. اجرای این فن در جلسه به تفهیم مواردی از قبیل نقش‌ها، الگوهای تعاملاتی، تأثیر وضعیت بدنی در نحوه‌ی تبادل پیام‌های غیرکلامی برای ایجاد روابط بازتر بین اعضای خانواده مفید می‌باشد.

اجرای تکنیک کشیدن دوایر: هدف از اجرا و طرح این فن نشان دادن قدرت خانواده به والدین، دوری و نزدیکی اعضا به یکدیگر و ائتلاف‌ها می‌باشد.

**تکلیف**

ادامه‌ی کار روی شناسایی واکنش‌های دفاعی، تنفس عمیق روزانه، به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی آموخته‌شده در روابط.

**جلسه ششم**

موضوع 1: اصلاح مرزبندی‌ها و تعیین نمودن محدودیت‌ها، توجه به استقلال نوجوان

موضوع 2: دادن مسئولیت و آموزش مسئولیت‌پذیری به نوجوان

اهداف موضوع

آشنا نمودن والد با نحوه‌ی صحیح ایجاد محدودیت برای نوجوان و مرزبندی‌های صحیح در خانواده، برخورد با نوجوان، کنترل خشم در برخورد با نوجوان در صورت تخلف از محدودیت‌های وضع‌شده..

شیوه اجرا موضوع 1:

به بحث گذاشتن کنترل درونی و بیرونی در جلسه؛ بیان این مطلب که اعمال کنترل برای نوجوان باید بیرونی باشد یا درونی؟ نظرات شرکت‌کنندگان در جلسه پرسیده می‌شود. چگونگی و ساختار کنترل بیرونی مشخص می‌شود و موارد ذیل آموزش داده می‌شود:

همراه با امر و نهی، تحقیر، سرزنش، تنبیه و مقایسه نباشد.

عمل والدین قبل از گفتار

همسو بودن پدر و مادر با یکدیگر

رعایت ادب همراه بامحبت

گوش دادن به نوجوان به جای فقط گوینده بودن

برجسته‌سازی نکات مثبت به جای منفی

حق انتخاب قائل شدن برای نوجوان

سیر نزولی داشتن کنترل نوجوان با توجه به افزایش سن

بحث و تبادل‌نظر دراین‌باره که در هنگام عصبانیت و خشم چه حرف‌هایی به خود می‌زنند و جملات زیر را جایگزین آن نمایند:

من آرام باقی می‌مانم.

چند نفس عمیق می‌کشم.

من در حال تنفس هستم.

من آرام شدم.

سعی می‌کنم مأیوس نشوم.

باز هم سخت تر تلاش می‌کنم.

**تکلیف**

سعی در رعایت مرزهای بیان‌شده در جلسه، توسط والدین، برای نوجوان و تمرین برای کنترل خشم به همراه ثبت در کار برگ و ارائه در جلسه بعد.

شیوه اجرا موضوع 2

موارد زیر به اعضا آموزش داده می‌شود: باید شجاعت این را داشته باشید که به نوجوانتان فرصت تجربه دوباره را بدهید، حتی وقتی اشتباه می‌کند و شکست می‌خورد. بعضی اوقات او خودش تلاش دوباره‌ای نمی‌کند، چون می‌داند که شما خودتان کنترل امور را به دست گرفته‌اید و به جای او اقدام خواهید کرد، بعد گناه را به گردن شما می‌اندازد و سرزنشتان می‌کند، به عنوان مثال: شما را وادار می‌کند تکالیفش را به جای او حل کنید و به غر زدن‌های هر روز شما عادت می‌کند، درحالی‌که باید خودش کارهای مثبت و وظایفش را انجام دهد. شما باید آنان را با پیامدهای رفتارش مواجه کنید نه اینکه کارهای باقیمانده او ر

ا خودتان انجام دهید.

* گام‌هایی برای دادن مسئولیت

گام اول: به نوجوان نشان داده شود که مشکلش را می‌فهمید.

گام دوم: با نشان دادن عشق و حمایت، مسئولیت حل مشکل را به خودش واگذار نمائید.

گام سوم: به نوجوان بگویید که شما اطمینان دارید او می‌تواند کنترل امور را به دست گیرد و مشکل را به بهترین شکل حل کند.

گام چهارم: به او بگویید که اگر این مشکل دوباره پیش بیاید چه خواهید کرد. باید نوجوان را از پیامدهای رفتارشان آگاه کنید تا محدودیت‌ها را درک کنند.

مثال: مشکل: نوجوان به موقع برای رفتن به مدرسه حاضر نمی‌شود. والدین می‌توانند برای اصلاح این مشکل به شیوه زیر عمل کنند:

بیان مشکل: (گام اول): می‌دانم از غر زدن‌های من برای اینکه به موقع بیدار شوی و به مدرسه بروی خسته شده‌ای، من هم از اینکه تو را به مدرسه برسانم و در نتیجه به محل کارم دیر برسم خسته شده‌ام.

واگذاری مسئولیت (گام دوم): از این به بعد من برای بیدار کردنت چندین بار صدایت نمی‌کنم به جای آن یک ساعت زنگ دار به تو می‌دهم.

اعتمادتان را نشان دهید (گام سوم): مطمئنم که می‌توانی این کار را انجام دهی، چون برای رفتن به مسافرت می‌توانی به موقع بیدار شوی.

تعیین پیامدهای رفتار از سوی والدین (گام چهارم): در صورت دیر شدن، من تو را به مدرسه نخواهم رساند و برگه توجیه تا خیر برای مدرسه را هم امضا نخواهم کرد. اگر غیبت کنی باید عقب‌ماندگی درس‌هایت را روز جمعه جبران کنی.

تکلیف

مشخص کردن یک مورد از نقش‌های فرزند در خانواده و دادن مسئولیت آن به نوجوان با توجه به موارد آموزش داده‌شده در جلسه به اعضا و ارائه توضیحات در جلسه بعد توسط مادران.

کار برگ

**مسئولیت و آموزش مسئولیت‌پذیری**

|  |  |
| --- | --- |
| موقعیت | نوع مسئولیت |
|  |  |

**جلسه هفتم:**

موضوع 1: آموزش به اعضا برای بحث و بررسی ارتباط با نوجوانان در مورد مقاومت در برابر فشارهای منفی همسالان برای مقابله با رفتارهای پر خطر مانند استفاده از مواد و...

موضوع 2: آموزش هیجانات آسیب‌زای والدین

اهداف موضوع 1:

1. آشنایی با علل جذب نوجوانان به گروه‌های همسال، مزایا و مضرات عضویت در این گروه‌ها
2. آشنایی با عوامل مستعد کننده نفوذ همسالان
3. نحوه صحیح پیشگیری از تأثیرپذیری نوجوان در گروه‌های منفی
4. بررسی تأثیر همسالان در جذب نوجوانان به گروه و شکاف بین نوجوانان و والدین.

اهداف موضوع 2:

1. شناسایی و ابراز هیجانات آسیب‌زای نوجوانان
2. روشن سازی اسنادهای نوجوانان
3. ارائه تکلیف

شیوه اجرا موضوع 1:

بحث درباره عواقبی که ممکن است در نتیجه رابطه با همسالان بزهکار به وجود می‌آید (قضاوت نادرست، خطر کردن، رفتارهای خود تخریبی و...)، بیان میزان فشار گروه همسالان بر رفتار نوجوان، و آموزش این امر به والدین که باید نوجوان یاد بگیرد تا بین ارزش‌های همراهی با جمع در مقابل اهمیت تصمیم خودشان تعادل برقرار نمایند. آموزش این موضوع که دلایل فشار گروه همسالان به این خاطر که آنان به دنبال کسب هویت هستند تا بفهمند که هستند، دائم درباره اینکه دیگران چگونه رفتار می‌کنند، کنجکاوی می‌کنند. می‌خواهند محبوب باشند و اغلب گروه‌های مختلف نقشی و رفتاری همسالان را تجربه می‌کنند تا اینکه جای مناسبی برای خود پیدا کنند.

ارائه راه‌حل‌های لازم در مورد جذب نوجوان توسط والدین مانند توجه به برقراری ارتباط، گوش دادن، تمرکز صحیح و درک و تقویت نکات مثبت رفتاری.

آموزش تعیین نکات مثبت و منفی رفتاری و موانع ایجاد ارتباط موثر و روش‌های سازش با نوجوانان، به والدین توسط درمانگر.

**تکلیف**

از مادران خواسته می‌شود تا فهرستی از نشانه‌های اعتمادبه‌نفس ضعیف در نوجوان و راه‌های انتخابی مقابله با آن را تهیه نموده و در کار برگ مربوطه ثبت و در جلسه بعد به همراه بیاورند.

**عدم اعتمادبه‌نفس در روابط با گروه همسالان از دید مادران**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| موقعیت | علائم عدم اعتمادبه‌نفس | راه‌های مقابله |
|  |  |  |

شیوه اجرا موضوع 2:

ادامه جلسه با ابراز هیجانات نوجوانان که توسط مادران یادداشت شده است شروع می‌شود. اگر والدین غیر دفاعی بوده، شنونده خوبی باشند و ژست کنجکاوی به خود بگیرند، احساسات و هیجانات نوجوانان اغلب بیرون ریخته می‌شود و نوجوانان شیوه ایمن تری را در پیش‌گرفته و احساسات بیشتری را بروز می‌دهند. درحالی‌که ابراز خشم، تقاضای استقلال را تقویت کرده و گسترش می‌دهد، محرکی برای اعمال خود ابرازی نیز می‌باشد. اعمال خود ابرازی بیان هیجانات آسیب‌پذیر، تمایل برای ارتباط بیشتر را نشان داده و باعث رفتارهای دلبسته به دیگران می‌شود. این احساسات آسیب‌پذیر اغلب پنهان یا نادیده گرفته می‌شوند و در عوض از طریق رفتارهای تخریب‌کننده یا خود تنبیهی بیان می‌شوند.

در صورتی که نوجوان غم و اندوه خود را بیان کند نشانه باز بودن و پذیرنده بودن توسط والدین است. در نتیجه والدین موثرتر، هماهنگ تر و معمولاً، حداقل برای مدت کوتاهی مراقبت‌کننده‌های موثرتری می‌شوند. اگر هیجانات آسیب‌پذیر پدیدار نشوند، مشاور سعی می‌کند آن‌ها را تحریک کند. با این حال، بررسی و کند و کاو همدلانه والدین در مورد این هیجانات اغلب موفقیت‌آمیزترند. مشاور از اینکه آن‌ها بیش از حد بخواهند به نوجوان فشار آورند یا به صورت افراطی بخواهند دردهایشان را باهم سهیم شوند، جلوگیری می‌کند. به صورت ایده آل والدین از دید نوجوانان فرض‌های مطلق خود را در مورد شکست، احساس گناه و مسئولیت‌پذیری درباره‌ی شکست‌های دلبستگی بیان می‌کنند. به نظر سلیگمن افراد بد بین شکست خود را به علت‌های درونی، پایدار و کلی نسبت می‌دهند. افراد خوش‌بین شکست‌های خود را به علت‌های بیرونی، ناپایدار و اختصاصی نسبت می‌دهند.

**تکلیف**

مادران، نوجوانان خود را در برخورد با مسائل، چگونه می‌بینند؟

از دید مادران، نوجوانان خود را در برخورد با مسائل چگونه می‌بینند؟

**دیدگاه والدین(مادران)**

|  |  |
| --- | --- |
| دیدگاه مادران راجع به نوجوانان در برخورد با مسائل |  |
| دیدگاه مادران راجع به خود در برخورد با مسائل |  |

**جلسه هشتم:**

موضوع 1: افشاسازی والدین

اهداف موضوع 1:

1. افشاسازی والدین
2. ارائه تکلیف

اهداف موضوع 2:

1. آشنایی اعضا با منطق ایجاد خلق منفی
2. آموزش انواع خطاهای شناختی
3. آشنایی اعضا با افکار خود آیند منفی

شیوه اجرا موضوع 1:

بعد از سلام و احوال‌پرسی و بررسی تکلیف جلسه قبل، جلسه با افشاسازی والدین شروع می‌شود. قبل از این جلسه مشاوره باظرافت، مانع از تلاش والدین برای توضیح، دفاع یا عذرخواهی به خاطر رفتارهای گذشته‌شان می‌شد.

 در این جلسه مشاور والدین را تشویق می‌کند که به صورت خلاصه، تصورات خود را از وقایع ضربه زننده یا شکایات و نارضایتی‌های آشکارشده بیان کنند. حرفهای والدین ممکن است شامل موفقیت، شرایط تسکین‌دهنده یا ضعف‌های شخصی باشد.صحبت در مورد ندامت و پشیمانی در همه موارد مشترک و شایع است. مشاور مانع از این می‌شود که از کار خود دفاع کنند و یا بخواهند در مورد دردها و از دست داده‌های خود حرف بزنند. والدین تشویق می‌شوند که اطلاعاتی را در مورد تجربه نوجوانان که اعتراف کرده را بیان کنند. والدین بعضی از ضعف‌ها و آسیب‌پذیری‌های خود را بیان می‌کنند. مثلاً "ما هم می‌ترسیم که اتفاقی برای شما روی دهد.

در این مرحله والدین(مادران) بیشتر افشا کننده و بیان‌کننده تجربه و احساسات خودشان هستند. این اعتراف والدین به آن‌ها کمک می‌کند که با تصمیم‌گیری‌های بد خود مواجه شوند و در قبال کارهای گذشته خود مسئولیت‌پذیر باشند. در اینجا به ذکر مثال‌هایی از اعضای گروه پرداخته می‌شو و سپس از اعضای گروه خواسته می‌شود که این مباحث را در خانواده خود اجرا نمایند و نتایج را به گروه انعکاس دهند. مثلاً والد در برخورد با فرزند می‌گوید: موقعی که من با تو این برخورد را دارم می‌خواهم اتفاق بدی برای تو نیفتد و می‌ترسم بلایی بر سر تو بیاید)).

آیا می‌فهمی چه میگویم؟ نگرانی اصلی من این است که اتفاق بدی برای شما بیفتد. تنها چیزی که برای من مهم است تو هستی که آسیب نبینی. وقتی که تو پرخاشگری می‌کنی دلیل آن را نمی‌دانم همیشه باید مواظب باشم که چیزی نگویم که باعث شروع یک درگیری و جدال بین من و تو شود.

این اعتراف درک جدیدی به نوجوانان در مورد خودشان و والدینشان می‌دهد. والدین به عنوان انسان‌هایی مستقل با آسیب‌پذیری‌ها درگیری‌ها و ناراحتی‌هایشان دیده می‌شنود و این نگرش جدید انگیزه انتقام‌جویی و طرد را کاهش می‌دهد و راه را برای بیان احساسات مثبت باز می‌کند.

تکلیف

مشاور از والدین می‌پرسد: وقتی که نوجوان احساسات خود را بیان می‌کردند شما چه احساسی دارید؟ وقتی که نوجوان حرف شما را نمی‌پذیرند در درون خود چه احساسی دارید؟ وقتی که نوجوانان احساسات خود را بیان می‌کردند شما را یاد چه موضوعاتی می‌انداخت؟

شیوه اجرا موضوع 2:

سپس مشاور توضیح می‌دهد که چگونه افکار بر احساس آن‌ها تأثیر می‌گذارد و چگونه این احساس‌ها نوع رفتار را تغییر می‌دهد و بهترین راه حل برای تغییر شخص در واقع تغییر افکار او است. سپس افکار خود آیند منفی هر کس در ارتباط با خود تجارب فعلی و آینده برای اعضاء توضیح داده می‌شود و این که وقتی با حادثه‌هایی رو به رو می‌شویم ما سریعاً آن حادثه را با توجه به شناخت‌ها یا چهارچوب ذهنی‌مان که معلوم نیست درست است یا غلط تعبیر و تفسیر می‌نماییم. سپس انواع خطاهای شناختی (تعمیم بیش از حد استدلال به شیوه‌ی همه یا هیچ شخصی سازی برچسب زدن و ...) با ارائه مثال برای والدین توضیح داده می‌شود و برای آن‌ها شرح داده می‌شود که چگونه این خطاها در ارتباطات آن‌ها اختلال ایجاد می‌کند.

مشاور خطاهای شناختی را به صورت زیر برای والدین توضیح می‌دهد.

1. استدلال به شیوه همه یا هیچ: همه چیز را سفید و در غیر این صورت سیاه می‌بینید هر چیز کمتر از کامل شکست بی‌چون و چرا ست. مادری که با پرخاشگری فرزندش مواجه گردید به سار ناراحت شده و گفت: تمام برنامه‌ها و زحمت‌های تربیتی من دود شد و به هوا رفت. با این طرز تلقی به قدری ناراحت شد که حتی تا چند روز حاضر نشد با فرزندش صحبت کند.

2. تعمیم بیش از حد: هر حادثه منفی و از جمله یک ناکامی ارتباطی را شکستی تمام‌عیار و تمام‌نشدنی تلقی را می‌کنید و آن را با کلمات یون ((هرگز)) و ((همیشه)) توصیف می‌کنید.

3. بی‌توجهی به امر مثبت: با بی‌ارزش شمردن تجربه‌های مثبت بین شما اصرار بر مهم نبودن آن‌ها دارید. کارهای خود را بی‌اهمیت می‌خوانید میگویید که هر کسی که میتوانمد این کار را انجام دهد. بی‌توجهی به امر مثبت شادی زندگی را می‌گیرد و شما را به احساس ناشایسته بودن سوق می‌دهد.

4. نتیجه‌گیری شتاب‌زده: بی آن که زمینه محکمی وجود داشته باشد نتیجه‌گیری شتاب‌زده می‌کنید ذهن‌خوانی: بدون بررسی کافی نتیجه می‌گیرید که طرف مقابل در برخورد با شما واکنش منفی نشان می‌دهد. پیشگویی: پیش‌بینی می‌کنید که اوضاع بر خلاف میل شما در جریان خواهد بود بدون هر گونه بررسی میگویید: آبرویم خواهم رفت از عهده‌ی انجام این کارها بر نمی‌آیم.

5. درشت‌نمایی: از یک سو درباره اهمیت مسائل و شدت اشتباهات خود مبالغه می‌کنید و از سوی دیگر اهمیت جنبه‌های مثبت زندگی را کمتر از آنچه هست برآورده می‌کنید.

6. بایدها و نبایدها: انتظار دارید اوضاع آن طور که شما می‌خواهید و انتظار دارید باشد پدر یا مادر میگویند: نباید این همه اشتباه می‌کردم ممکن است آن قدر تحت تأثیر این عبارت قرار بگیرند که چند روز متوالی حال و روز بدی داشته باشند.

7. برچسب زدن: جای این که بگویید اشتباه کردم به خود برچسب منفی می‌زنید من بازنده هستم این برچسب‌ها تجربه‌هایی بی‌فایده هستند که منجر به خشم اضطراب و دلسردی می‌شوند.

گاه برچسب زدن متوجه دیگران است. وقتی کسی در مخالفت با شما حرفی میزند ممکن است او را یک متکبر بنامید بعد احساس می‌کنید مشکل به جای رفتار یا اندیشه بر سر ((شخصیت)) یا ((جوهر و ذات)) اوست. در نتیجه او را به طور کلی بد قلمداد می‌کنید و در این شرایط فضای مناسبی برای ارتباط سازنده ایجاد نمی‌شود.

8. شخصی سازی: خود را بی‌جهت مسئول حادث‌هایی قلمداد می‌کنید که به هیچ‌وجه امکان کنترل آن را نداشته‌اید.

وقتی زنی از آموزگار پسرش شنید که او در مدرسه خوب درس نمی‌خواند با خود گفت: این نشان می‌دهد که من مادر بدی هستم شخصی سازی منجر به احساس گناه خجالت و ناشایسته بودن می‌شود

تکلیف

از والدین(مادران) خواسته می‌شود که فهرستی از تعارضات خود را انتخاب کرده و نوع خطای شناختی استفاده‌شده در آن تعارض را در مقابل آن بنویسند.

**فهرست تعارضات و خطاهای شناختی**

|  |  |
| --- | --- |
| فهرست تعارضات | خطاهای شناختی مورد استفاده |
|  |  |

**جلسه نهم:**

موضوع 1: شناسایی چرخه مرضی

موضوع 2: اختلال در چرخه مرضی

اهداف موضوع 1:

1. آشنایی والدین با چرخه مرضی
2. آشنایی با چگونگی وخیم تر شدن مشکل
3. برقرار کردن رابطه بین نشانه مرضی و تعاملات خانواده
4. ارائه تکلیف
5. اهداف موضوع 2:
6. متوقف کردن چرخه مرضی در خانواده
7. ایجاد تغییر و بهبود و گسترش روابط والدین و نوجوانان
8. توانمند ساختن افراد برای برقراری روابط پایدار و رشد دهنده
9. ارائه تکلیف

شیوه اجرا موضوع 1:

در تشخیص چرخه‌ی مرضی سه منبع اطلاعاتی ضروری است: 1) زبانی که هر یک از اعضای خانواده برای توصیف مشکل به کار می‌برند هر یک از اعضای خانواده مشکل را چگونه می‌بینند؟ مشاور جلسه را با این پرسش آغاز می‌کند که ((مشکل از نظر شما چگونه است)) و به این ترتیب از زبان هر یک از اعضای گروه روایتی می‌شنوند.

تاریخچه‌ی مشکل: تا کنون چه راه‌حل‌هایی امتحان شده است؟ تلاش‌های ناموفق قبلی برای حل و فصل مشکل مشاور را آگاه می‌کند که چه کارهای انجام‌نشده و چگونه این راه‌حل‌ها به مشکل دامن زده است.

تبادلات درون فردی که در خانواده صورت می‌گیرد مشاور با توجه به الگوهای گفتگو کسی که حرف میزند چه موقع حرف میزند و درباره‌ی چه چیز حرف میزند چه کسی با چه کسی گفتگو می‌کند و چه تبادل دوتایی کمتر و بیشتر انجام می‌شود و به طور کلی چرخه‌ی درمان بینشی کسب می‌کند و مشاور از این طریق تضادها را در تبادلات آشکار می‌کند.

مشاور در مورد چرخه مرضی برای والدین توضیح می‌دهد و با یک مثال شبیه مثل زیر این چرخه را توضیح می‌دهد: خانواده‌ای را در نظر بگیرید که پسر نوجوانش خلق و خوی خشن و پرخاشگری را به نمایش می‌گذارد. والدین ممکن است چنان سرگرم نشانه‌های پرخاشگرانه پسر نوجوان شوند که سایر روابط خود از جمله روابط با یکدیگر و رابطه با سایر فرزندان را فراموش کنند. والدین هر چه بیشتر بر خشونت پسر و کنترل آن متمرکزشوند، به سایر صفات و ویژگی‌های فرزند خود مثل شوخ‌طبعی هوش یا آسیب‌پذیری وی کمتر توجه خواهند کرد در پاسخ به این کوته‌بینی، این خصوصیات پسر کم‌کم محو می‌شوند و گرایش به ((مشکل)) تلقی شدن نوجوان تقویت می‌شود. اکنون خانواده در دام افتاده است. پسر نوجوان به عنوان مشکل برچسب خورده است و احساس می‌کند خانواده قادر به درک او نیست و همین مسئله جدایی او را از دیگران افزایش می‌دهد. پسر که از رهنمودهای خانواده محروم شده است همیشه مستعد برای رفتارهای انفجاری است و بنابراین تمرکز خانواده بر خشونت نوجوان شدیدتر می‌شود.

**ظهور نشانه مرضی در نوجوان**

**تمرکز خانواده بر حذف نشانه مرضی**

**نوجوان "مشکل" تلقی می‌شود**

**روابط نادیده گرفته می‌شود**

**نوجوان احساس می‌کند"درکش نمی‌کنند" و کناره می‌گیرد**

**روابط تخریب می‌شود**

**نشانه مرضی شدت پیدا می‌کند**

سپس مشاور چرخه‌های مرضی معمول و رایج بین والدین و نوجوانان را مورد بررسی قرار می‌دهد.

تکلیف

از والدین(مادران) خواسته می‌شود که یکی از تعارضات مهم خود را در کار برگ مربوطه نوشته و آن را به صورت چرخه مرضی رسم کرده و برای جلسه بعد بیاورند.

|  |
| --- |
| موضوع تعارض (نوع تعارض، عنوان تعارض) |
|  |
| رسم چرخه مرضی |
|  |

شیوه اجرای موضوع 2:

پس از آن که مشاور ماهیت خاص چرخه‌ی مرضی را برای والدین آموزش داد جلسه به منظور اختلال در این چرخه آغاز می‌شود. هر گاه اعضای خانواده برانگیخته شوند تا الگوی تازه و متفاوتی را تبادل کنند، چرخه مرضی موقتاً مختل می‌شود. البته در بسیاری از موارد این مختل شدن‌ها موقتی است و گاهی هم وقتی چرخه دوباره بروز می‌کند، خانواده آن را فراموش می‌کند. بنابراین زمانی که خانواده الگوی تازه و متفاوتی را در تبادلات خود به کار بردند چرخه باید مکرراً مختل شود تا اعضای خانواده الگو تازه را به تدریج چیزی طبیعی قلمداد کنند در مواقع مختلف والدین با کمک روش‌های مختلفی می‌تواند چرخه‌ی مرضی را مختل کند که این روش‌ها عبارت‌اند از:

* حمایت از گفتگو و ترغیب آن: هنگامی که ادراکات متضادی حاکم باشد چرخه‌ی بیماری مانع از صمیمیت واقعی می‌شود. والدین باید به اعضای خانواده کمک کند تا تفاوت‌های خود را بشناسند بی آن که به یکدیگر حمله کنند یا بی آن که به اجبار احساس کنند که باید به توافق برسند.
* آشکار کردن تضادهای پنهان: تضادها به طور طبیعی در طی یک گفتگو خود را نشان می‌دهد. خانواده‌هایی که در برابر تأثیرات مختل‌کننده تضاد بیش از حد حساس‌اند، ممکن است در این مرحله بازگشت کنند و حالاتی که حاکی از تضاد\_اجتناب است از خود بروز دهند. مثلاً بر شخص سومی تمرکز کنند که تنش بین آن‌ها را کاهش دهد. این فرایند صرفاً این باور را در اعضای خانواده تقویت می‌کند که نمی‌توانند با تضاد کنار آبند با سازی مثبت از سوی مشاور می‌تواند مفید باشد برای مثال والدین می‌تواند انتقاد والدین از عملکرد نوجوان در مدرسه را این‌گونه تعبیر کند که آن‌ها معتقدند که نوجوان می‌تواند در مدرسه موفق می‌شود. این نکته بسیار اهمیت دارد که تضاد به جای اینکه فوراً حل و فصل شود باز شود.
* تضعیف کردن کنترل: در صورت بروز رفتاری که بالقوه زندگی نوجوان را تهدید می‌کند طبیعی است که اعضای خانواده روش‌هایی برای کنترل یکدیگر بکار می‌برند تا مانع بروز رفتاری شوند. کنترل آنتی تز گفتگوی واقعی است. در گفتگوی واقعی هدف درک و پذیرش است نه تنها وادار کردن دیگری به تغییر. والدین اعضای خانواده را تشویق می‌کنند که کنجکاوی را جانشین کنترل کنند به خصوص اعضای خانواده را تشویق می‌کند که:

1. به جای رهنمود دادن سؤال کنند 2. در مقابل واکنش‌های خود مسئولیت‌پذیر باشند و سعی نکنند رفتار دیگری را تغییر دهند تا اضطراب خود را کاهش دهند.

* تشویق تغییر یک جانبه: خانواده درمانگران با پدیده اول تو آشنا هستند هر یک از اعضای خانواده مایل‌اند تغییر کنند به شرط این که کس دیگری قدم اول را بردارد. این الگو به این شکل عمل می‌کند من تغییر می‌کنم به شرط این که تو تغییر کنی!! والدین می‌توانند با این بن بست دو سویه‌ی متناقض از طریق ایجاد تغییری یک جانبه مبارزه کند. والد مسئولیت تغییر را مستقیماً بر دوش یکی از اعضای خانواده می‌بیند اگر این عضو خانواده در تغییر موفق باشد و چرخه‌ی بیماری درهم‌شکسته می‌شود.
* مشخص کردن و به نمایش گذاشتن پیامدهای استثنایی: اعضای خانواده به دلیل ادراکات جانبدارانه و مکمل غالباً وقایعی را که با چرخه‌ی بیماری تناسب ندارند، نمی‌بینند. مایکل وایت اصطلاح پیامدهای منحصربه‌فرد را در مواقع بکار برده است که مشکل چندان جدی نیست. یا این که اصلاً مشکلی وجود ندارد. از آن جا که اعضای خانواده اطلاعاتی را انتخاب می‌کنند که ادراکات سوگیرانه شان را تأیید کند خودشان به دشواری می‌توانند به این پیامدهای منحصربه‌فرد توجه کنند بهتر است والد به خانواده کمک کند تا به این پیامدهای منحصربه‌فرد توجه کنند و سپس از آن‌ها بخواهد روایت‌های تازه‌هایی در مورد آن‌ها ایجاد کنند.
* ساختن داستان‌های جدید: تجاربی که اعضای خانواده با یکدیگر دارند در زبان رمزگذاری می‌شود و به شکل داستان‌ها یا روایت‌ها با یکدیگر ارتباط می‌یابد خانواده‌ها هنگامی به درمان مراجعه می‌کنند که روایت‌هایی از مشکل با خود به همراه می‌آورند و پیامدهای منحصربه‌فرد را نادیده می‌گیرند یعنی دیگر نمی‌بینند که گاهی مشکلشان چندان شدید نیست و گاهی هم اصلاً وجود ندارد. والد به خانواده کمک می‌کند تا روایت‌های مشکل محور را ساخت شکنی کنند و به جای آن روایتی بگذارند که به پیامدهای منحصربه‌فرد توجه بیشتری معطوف شود و روایت تازه‌ای درباره‌ی پیامدهای منحصربه‌فرد بسازند و آن را در تقابل با روایت مشکل محور قرار دهند.

تکلیف

از والدین خواسته می‌شود که به کاری که قبلاً انجام می‌داده‌اند و مفید بودن آن به اثبات رسیده است ادامه دهند.

مشاور به والدین می‌گوید که از حالا تا دفعه بعد که ما یکدیگر را ملاقات مکنیم؛ می‌خواهم که با دقت به من بگویید که دفعه بعد چه چیزی در زندگی، خانواده یا رابطه شما اتفاق می‌افتد و شما می‌خواهید کاری کنید که ادامه یابد.

**جلسه دهم**

موضوع: گفتگوی متقابل

اهداف:

1. گفتگوی متقابل
2. ارزیابی فنون بکار گرفته‌شده توسط والدین(مادران) و نوجوانان
3. ارزیابی نتایج مثبت حاصل از طرح درمانی و رفع نواقص آن
4. نظرخواهی از والدین(مادران) در مورد نحوه ارائه جلسات

شیوه اجرا

بعد از سلام و احوال‌پرسی و بررسی تکلیف جلسه قبل، جلسه با گفتگوی متقابل بین والدین شروع می‌شود. به نظر می رسد که شناسایی و اختلال در چرخه مرضی زمینه‌ساز یک گفت گوی متقابل و تعاملات رو به رشد و متناسب خانواده است. همچنان که والدین احساس شنیده شدن و فهمیده شدن می‌کنند گفتگو دو طرفه می‌شود در این مرحله همدلی و پذیرش نقاط ضعف و قدرت یکدیگر بیشتر می‌شود. مشاور برای والدین توضیح می‌دهد وقتی که شما از زبانی که بر من تاکید دارد استفاده می‌کنید باب گفتگو باز می‌شود همچنین بیان می‌کند که وقتی شما می‌گویید: تو فلان کار را کردی یا تو فلان احساس را در من به وجود آوردی در واقع عنان هیجانات خود را به دیگری می‌دهید.

این قضیه موجب تضعیف ما شده و در کل انگیزه برای تغییر دادن وقایع کم می‌شود می‌توانید این زبان من را به صورت آزمایشی برای چند روز به کار ببرید و نتایج آن را بررسی کنید در این مرحله والدین به نوجوانان نزدیک تر شده و میگویند ما دوست داریم به تو نزدیک شویم اما بعضی مواقع نمی‌دانیم چگونه این کار را انجام دهیم از خشم تو دچار هراس می‌شویم.

هر قدر والدین برای نوجوانان دسترس تر می‌شوند و نوجوانان قادر به بیان احساسات ضد و نقیض می‌شوند والدین محدودیت برای ابراز خشم تعیین می‌کنند مثلاً از نوجوان می‌خواهند که به جای ابراز خشم به ابراز نیازهایش بپردازد و کم‌کم روش خصومت‌آمیز خود را تغییر دهند والدین یاد می‌گیرند که از یکدیگر حمایت کنند و مشاور به والدین کمک می‌کند که به نوجوانان بگویند به ما کمک کنید که همان والدینی که می‌خواهیم شویم در پایان جلسات آموزشی از والدین(مادران) خواسته می‌شود بازخورد خود را نسبت به کل جلسات و اثری که بر رابطه‌شان دارد بیان کنند. سعی در بر طرف کردن مشکل می‌کند و به ارائه اطلاعات لازم پیرامون مسئله مورد نظر می‌پردازد. در پایان نیز پس آزمون مجدد از والدین و نوجوانان گرفته می‌شود. همچنین منظور از همکاری والدین(مادران) حضور مداوم آن‌ها در طول جلسات، تشکر و قدردانی می‌کند.

**پیوست 2- پرسشنامه بهزیستی اجتماعی**

پرسشنامه بهزیستی اجتماعی

پاسخ دهنده عزیز:

این پرسشنامه شامل یک سری گویه های مربوط به نگرش شما به بهزیستی اجتماعی است.برای هر گویه پنج گزینه ممکن وجود دارد.لطفا گزینه ای را که بیانگر احساس شما می باشد علامت بزنید.انتخاب پاسخ برای شما بین گزینه های (کاملا موافق،موافق،نظری ندارم،مخالف و کاملا مخالف)می باشد.لطفا برای هر گویه فقط یک گزینه را انتخاب کنید.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عبارت | کاملا موافق | موافق | بی نظر | مخالف | کاملا مخالف |
| 1 | احساس می کنم به چیزی که آن را جامعه می نامم،تعلقی ندارم. |  |  |  |  |  |
| 2 | دنیا برای من بیش از اندازه پیچیده است. |  |  |  |  |  |
| 3 | رفتار من بر رفتار سایر افراد جامعه اثر می گذارد. |  |  |  |  |  |
| 4 | فکر می کنم چیز با ارزشی برای ارائه دادن به دنیا دارم. |  |  |  |  |  |
| 5 | معتقدم که پیشرفت جامعه متوقف شده است. |  |  |  |  |  |
| 6 | فکر می کنم دیگران غیر قابل اعتماد هستند. |  |  |  |  |  |
| 7 | جامعه برای افرادی مثل من رو به توسعه نیست. |  |  |  |  |  |
| 8 | معتقدم مردم مهربان هستند. |  |  |  |  |  |
| 9 | دانشمندان تنها کسانی هستند که می توانند چگونگی عملکرد دنیا را درک کنند. |  |  |  |  |  |
| 10 | نمی توانم بفهمم که در دنیا چه می گذرد |  |  |  |  |  |
| 11 | احساس می کنم بخش مهمی از جامعه هستم. |  |  |  |  |  |
| 12 | بیشتر فرهنگها آنقدر بیگانه اند که نمی توانم آنها را درک کنم. |  |  |  |  |  |
| 13 | معتقدم اگر حرفی برای گفتن داشته باشم،افراد جامعه به من گوش خواهند داد. |  |  |  |  |  |
| 14 | معتقدم مردم خودمدار هستند. |  |  |  |  |  |
| 15 | فکر نمی کنم نهادهای اجتماعی نظیر قانون و دولت بتوانند وضع زندگی مرا بهبود ببخشند. |  |  |  |  |  |
| 16 | فکر می کنم فهمیدن دنیایی که در آن زندگی می کنم،ارزشمند است. |  |  |  |  |  |
| 17 | به نظر من جامعه پیوسته در حال رشد است. |  |  |  |  |  |
| 18 | فکر می کنم جامعه ما برای همه،مکان مولدی است. |  |  |  |  |  |
| 19 | احساس می کنم مردم قابل اعتماد نیستند. |  |  |  |  |  |
| 20 | با سایر افراد جامعه ام احساس صمیمیت و نزدیکی می کنم. |  |  |  |  |  |
| 21 | پیش بینی آنچه بعدا در جامعه اتفاق خواهد افتاد،برایم دشوار است. |  |  |  |  |  |
| 22 | من جامعه ام را منبع آسایش و راحتی در نظر می گیرم. |  |  |  |  |  |
| 23 | فکر می کنم افراد فقط برای خودشان زندگی می کنند. |  |  |  |  |  |
| 24 | فعالیت های روزمره من نتیجه ارزشمندی برای جامعه ندارد. |  |  |  |  |  |
| 25 | به نظر من چیزی به عنوان پیشرفت اجتماعی وجود ندارد. |  |  |  |  |  |
| 26 | من وقت و انرژی ارائه هیچ چیزی به جامعه ام را ندارم. |  |  |  |  |  |
| 27 | معتقدم این روزها افراد متقلب تر شده اند. |  |  |  |  |  |
| 28 | فکر می کنم کار من ماحصل مهمی برای جامعه دارد. |  |  |  |  |  |
| 29 | فکر می کنم اگر حرفی برای گفتن داشته باشم،جامعه آن را جدی نمی گیرد. |  |  |  |  |  |
| 30 | فکر می کنم دنیا دارد مکان بهتری برای همه می شود. |  |  |  |  |  |
| 31 | فکر می کنم افراد نگران مشکلات سایرین هستند. |  |  |  |  |  |
| 32 | احساس می کنم هیچ چیز مهمی برای مشارکت در جامعه ندارم. |  |  |  |  |  |
| 33 | معتقدم سایر افراد جامعه برای من به عنوان یک فرد ارزش قائلند. |  |  |  |  |  |

**پیوست 3 پرسشنامه خودکارآمدی**

اسم رمز: سن: رشته تحصیلی:

لطفا هر یک از آیتم های زیر را خوانده و انطباق آن با شخصیت خود را مشخص کنید. برای هر آیتم بهترین را علامت بنزنید. اگر در پاسخ گویی به هر آیتم تردید دارید، اولین عددی که به ذهنتان رسید آن را علامت بزنید.

**سوالات خود کارآمدی**

لطفاً جملات زیر را به دقت خواهنده و یکی از پنج گزینه را که میزان موافقت شما با عبارت مورد نظر را بیان می کند در پاسخنامه مشخص نمائید.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عبارت | کاملاً موافقم | موافقم  | نظری ندارم(حد وسط) | مخالفم  | کاملاً مخالفم |
| 1-وقتی طرحی می ریزم، مطمئن هستم می توانم آن را انجام دهم. |  |  |  |  |  |
| 2-یکی از مشکلات من این است که وقتی می بایست کار را انجام دهم، نمی توانم از عهده آن برآیم. |  |  |  |  |  |
| 3-اگر نتوانم کاری را بار اول انجام دهم ، به تلاشم برای انجام آن ادامه می دهم. |  |  |  |  |  |
| 4-وقتی که اهداف مهم برای خود تعیین می کنم ح، بندرت به آنها دست می یابم |  |  |  |  |  |
| 5-قبل از تمام کردن کارهایم ، آن را رها می کنم. |  |  |  |  |  |
| 6-از روبرو شدن با مشکلات اجتناب می کنم. |  |  |  |  |  |
| 7-در صورتیکه کاری خیلی پیچیده بنظر برسد حتی زحمت امتحانش را بخود نمی دهم. |  |  |  |  |  |
| 8-هنگامی که کاری را که باید انجام دهم نامناسب است ، آنقدر پایداری می کنم تا آن را تمام کنم. |  |  |  |  |  |
| 9-وقتی تصمیم به انجام کاری گرفتم ، بطور جدی و دقیق رئوی انجام همان کار تمرکز می کنم. |  |  |  |  |  |
| 10-هنگامی که سعی می کنم چیز جدیدی بیاموزم ، اگر در ابتدا موفق نشوم بزودی آن را رها می کنم. |  |  |  |  |  |
| 11-وقتی مشکلات غیر مترقبه ای برایم رخ می دهد بخوبی از پس آن بر نمی آیم. |  |  |  |  |  |
| 12-از یادگیری مطالب جدید هنگامی که بنظرم مشکل بیایند اجتناب می کنم. |  |  |  |  |  |
| 13-شکست باعث تلاش بیشتر من می شود. |  |  |  |  |  |
| 14-به توانایی خود برای کارها اعتماد ندارم. |  |  |  |  |  |
| 15-به خودم متکی هستم. |  |  |  |  |  |
| 16-به سادگی تسلیم می شوم. |  |  |  |  |  |
| 17-توانایی برخورد با اغلب مشکلاتی را که در زندگی برایم پیش می آید، ندارم. |  |  |  |  |  |

**Study of the effectiveness of teaching Parent-child relationship to Social wellbeing and addicted parents of Isfahan City**

**Abstract**

Background and Aim: The purpose of this study efficiency of trainings parent-child relationship on self efficacy and the social wellbeing of addicted parents in Isfahan city. Method The present study quasi-experimental a pretest-posttest with control group. Sample: members of Samples of this study were 30 students who using on convenient sampling were selected. And with replace randomly in two education group parent-child relationships (n = 15) and control (n = 15) were investigated. Independent variables research in the study of training relations parent-child (10 sessions) in which the experimental trained group members were and in control groups of training did not do. Tools: questionnaire used by in this research was to questionnaire self efficiency and the social wellbeing of. The general hypothesis was That based education relationship Offspring- Parent on self efficacy and the social wellbeing of of parents addicted city of Isfahan has a positive impact significant. The statistical method used in this research was to evaluate variables by covariance.

Conclusions: The results showed that the relationship between education based Offspring- Parent on self-efficacy and the social wellbeing of has been parents of addicted of Isfahan has a significant positive effect In other words, the general hypothesis The present study was approved.Based on the results obtained could be to enhance self-efficacy and health most of the community The present study training used Parent-Offspring relations.

*Keywords:*Training relationships parent-Offspring, self efficacy, the social wellbeing, Parent

****

**Islamic Azad University**

**Yazd Branch**

**Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of M. A. in** **Counseling and Guidance**

Title

**Study of the effectiveness of teaching Parent-child relationship to Social wellbeing and addicted parents of Isfahan City**

Supervisor**:**

**Dr. Mohammadreza iravani mohammadabadi**

Advisor**:**

**Dr. Hasan zarei mahmodabadi**

By**:**

 **Zahra valipour marghmaleki**

**December 2014**

1. Ogden,j. [↑](#footnote-ref-1)
2. Richard&duige [↑](#footnote-ref-2)
3. Galanter [↑](#footnote-ref-3)
4. UNESCO [↑](#footnote-ref-4)
5. Magid,,Colder., & Stroud [↑](#footnote-ref-5)
6. Franques, Auriacombe & Tignol [↑](#footnote-ref-6)
7. Rommer, & Hennessy [↑](#footnote-ref-7)
8. Burleson & Kaminer [↑](#footnote-ref-8)
9. Bandura [↑](#footnote-ref-9)
10. Bandura [↑](#footnote-ref-10)
11. Hastings & Brown [↑](#footnote-ref-11)
12. Myers [↑](#footnote-ref-12)
13. Pearlin, Menaghan , Lieberman, Mullan [↑](#footnote-ref-13)
14. Van-Vliet [↑](#footnote-ref-14)
15. Forehand. Wells. McMahon. Griest & Rogers [↑](#footnote-ref-15)
16. Fantuzzo and et al [↑](#footnote-ref-16)
17. Nakamura–Tani [↑](#footnote-ref-17)
18. Hill, Hawkins, Catalano Abbott & Guo [↑](#footnote-ref-18)
19. Tilson, Colleen, Mcbride, Lipkus & Catalano [↑](#footnote-ref-19)
20. Eurling-Bontekoe [↑](#footnote-ref-20)
21. Kazdin [↑](#footnote-ref-21)
22. Massen,keegan,Houston & kanjer [↑](#footnote-ref-22)
23. Gohnson,. Kent and Leather [↑](#footnote-ref-23)
24. collins [↑](#footnote-ref-24)
25. Cloninger [↑](#footnote-ref-25)
26. Stajkovic [↑](#footnote-ref-26)
27. Pervin, Cervon & John [↑](#footnote-ref-27)
28. Sholtz & Sholtz [↑](#footnote-ref-28)
29. Denoble [↑](#footnote-ref-29)
30. Spector [↑](#footnote-ref-30)
31. Zulla [↑](#footnote-ref-31)
32. Elaine Shaw [↑](#footnote-ref-32)
33. Chao [↑](#footnote-ref-33)
34. Ashny Vynad [↑](#footnote-ref-34)
35. James [↑](#footnote-ref-35)
36. Chen [↑](#footnote-ref-36)
37. Pervin & John [↑](#footnote-ref-37)
38. Self - regulation [↑](#footnote-ref-38)
39. Desharins [↑](#footnote-ref-39)
40. Bouillon [↑](#footnote-ref-40)
41. Godin [↑](#footnote-ref-41)
42. Garcia [↑](#footnote-ref-42)
43. Schmitz [↑](#footnote-ref-43)
44. Doerfler [↑](#footnote-ref-44)
45. Olerry [↑](#footnote-ref-45)
46. Weinberg [↑](#footnote-ref-46)
47. Jake [↑](#footnote-ref-47)
48. Dolce [↑](#footnote-ref-48)
49. Kores et all [↑](#footnote-ref-49)
50. Maning [↑](#footnote-ref-50)
51. Write [↑](#footnote-ref-51)
52. Bouffard [↑](#footnote-ref-52)
53. Bouchard [↑](#footnote-ref-53)
54. Parent [↑](#footnote-ref-54)
55. Lariuee [↑](#footnote-ref-55)
56. Wood [↑](#footnote-ref-56)
57. Lock [↑](#footnote-ref-57)
58. Lattam [↑](#footnote-ref-58)
59. Bores [↑](#footnote-ref-59)
60. Rangel [↑](#footnote-ref-60)
61. Charch [↑](#footnote-ref-61)
62. Zandre [↑](#footnote-ref-62)
63. Reuce [↑](#footnote-ref-63)
64. Karl at all [↑](#footnote-ref-64)
65. Social actualization [↑](#footnote-ref-65)
66. Social cohesion [↑](#footnote-ref-66)
67. Social integration [↑](#footnote-ref-67)
68. Social acceptance [↑](#footnote-ref-68)
69. Keael [↑](#footnote-ref-69)
70. Launge [↑](#footnote-ref-70)
71. Social paricipation [↑](#footnote-ref-71)
72. Social Determinants of Health(SDH) [↑](#footnote-ref-72)
73. Streeter [↑](#footnote-ref-73)
74. Perceived support [↑](#footnote-ref-74)
75. Enacted social support [↑](#footnote-ref-75)
76. Embedeness [↑](#footnote-ref-76)
77. Lindys & Tamsoon [↑](#footnote-ref-77)
78. Identity accumulation hypothesis [↑](#footnote-ref-78)
79. DeficiencymModel [↑](#footnote-ref-79)
80. World Health Organization(WHO) [↑](#footnote-ref-80)
81. A state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disase or infirmity(WHO, 1948) [↑](#footnote-ref-81)
82. Rasenfild [↑](#footnote-ref-82)
83. Graham [↑](#footnote-ref-83)
84. Waite [↑](#footnote-ref-84)
85. Marks [↑](#footnote-ref-85)
86. Lambert [↑](#footnote-ref-86)
87. Cacioppo [↑](#footnote-ref-87)
88. Rogers [↑](#footnote-ref-88)
89. Maslow [↑](#footnote-ref-89)
90. Reber [↑](#footnote-ref-90)
91. Goldstein [↑](#footnote-ref-91)
92. Allport [↑](#footnote-ref-92)
93. Yung [↑](#footnote-ref-93)
94. Halford [↑](#footnote-ref-94)
95. Micucci, Joseph, A [↑](#footnote-ref-95)
96. Fitzpatrick [↑](#footnote-ref-96)
97. Peterson, R & Green ,S [↑](#footnote-ref-97)
98. Barker [↑](#footnote-ref-98)
99. Clark & shields [↑](#footnote-ref-99)
100. Burke [↑](#footnote-ref-100)
101. Wood [↑](#footnote-ref-101)
102. Hargie [↑](#footnote-ref-102)
103. Cole [↑](#footnote-ref-103)
104. Heslin [↑](#footnote-ref-104)
105. Wheldall [↑](#footnote-ref-105)
106. Siegel [↑](#footnote-ref-106)
107. Bolton [↑](#footnote-ref-107)
108. Feldman [↑](#footnote-ref-108)
109. Fitzpatrick [↑](#footnote-ref-109)
110. Richie [↑](#footnote-ref-110)
111. Kelly, L & at all [↑](#footnote-ref-111)
112. Mcleod &at all [↑](#footnote-ref-112)
113. kosten [↑](#footnote-ref-113)
114. lee [↑](#footnote-ref-114)
115. Barber [↑](#footnote-ref-115)
116. Semetana [↑](#footnote-ref-116)
117. Jenkins [↑](#footnote-ref-117)
118. Sateir [↑](#footnote-ref-118)
119. micocci , jozeph A [↑](#footnote-ref-119)
120. konger [↑](#footnote-ref-120)
121. Brun [↑](#footnote-ref-121)
122. Faligini & Accels [↑](#footnote-ref-122)
123. Crawford [↑](#footnote-ref-123)
124. Commings & Davies [↑](#footnote-ref-124)
125. Faster & Rabins [↑](#footnote-ref-125)
126. Long [↑](#footnote-ref-126)
127. Dayas [↑](#footnote-ref-127)
128. Alexander [↑](#footnote-ref-128)
129. Newton & Burgoon [↑](#footnote-ref-129)
130. Arnet [↑](#footnote-ref-130)
131. Eden & Zuk [↑](#footnote-ref-131)
132. Thimer [↑](#footnote-ref-132)
133. Choat [↑](#footnote-ref-133)
134. Gore [↑](#footnote-ref-134)
135. Terner [↑](#footnote-ref-135)
136. Richard T Lapan [↑](#footnote-ref-136)
137. B lanco & Diaz [↑](#footnote-ref-137)
138. Keyes & Shapiro [↑](#footnote-ref-138)
139. Kurdek [↑](#footnote-ref-139)
140. Laursen [↑](#footnote-ref-140)
141. Long [↑](#footnote-ref-141)
142. Jaffe [↑](#footnote-ref-142)
143. Whittingham, Sofronoff., Sheffield, & Sanders [↑](#footnote-ref-143)
144. Hair [↑](#footnote-ref-144)
145. Sherer., Maddux , Mercadante, Prentice – Dunn, Jacobs, & rogers [↑](#footnote-ref-145)
146. Woodruff & cashmer [↑](#footnote-ref-146)
147. Rutter [↑](#footnote-ref-147)
148. Ancova [↑](#footnote-ref-148)
149. Strett [↑](#footnote-ref-149)
150. Whittingham, Sofronoff., Sheffield, & Sanders [↑](#footnote-ref-150)
151. Teti, & Gelfand [↑](#footnote-ref-151)
152. Bondy & Mash [↑](#footnote-ref-152)
153. Gross, Fogg, Webster-Stratton Garvey, Julion, Grady [↑](#footnote-ref-153)
154. Yamamoto . Suzuki . Halloway [↑](#footnote-ref-154)
155. Hair ,E ,More ,K [↑](#footnote-ref-155)
156. collins [↑](#footnote-ref-156)
157. Ogden,j. [↑](#footnote-ref-157)
158. Richard&duige [↑](#footnote-ref-158)