



پیش‌بینی تأثیر سنجش خانواده بر بیش‌فعالی با میانجیگری سلامت روانی در نوجوانان

© منصور کریمی: کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دبیر روان‌شناسی ناحیه یک همدان، همران، ایران (* نویسنده مسئول) Mansoor.karimi1975@gmail.com

چکیده

کلیدواژه‌ها

سلامت روانی،
سنجش خانواده،
بیش‌فعالی،
عملکرد خانواده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت دوره نوجوانی و مشکلات عاطفی- رفتاری در این دوره سنی، نقش عملکرد خانواده در تغییرات اختلالات رفتاری اهمیت دارد. لذا هدف از پژوهش حاضر، پیش‌بینی تأثیر سنجش خانواده بر بیش‌فعالی با میانجیگری سلامت روانی در نوجوانان بود.

روش کار: در این پژوهش توصیفی پیمایشی، جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان دختر و پسر ۱۲ تا ۱۵ ساله مشغول به تحصیل در مقطع تحصیلی متوسطه دوره اول شهر تهران بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و در دسترس تعداد ۶۲۹ نفر (تعداد ۳۰۹ پسر و ۳۲۰ دختر) به‌عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شد. از پرسشنامه‌های سنجش خانواده اپشتاین و همکاران (۱۹۸۳)، بیش‌فعالی کانرز (۱۹۹۹) و ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۴ ساله اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو (۱۹۸۴) استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: اثر غیرمستقیم سنجش خانواده به واسطه سلامت روانی بر بیش‌فعالی برابر ۰/۰۸ و اثر کل آن ۰/۱۵ بود. در میان ابعاد عملکرد خانواده، بین نقش‌ها با مشکلات توجه، پرخاشگری اجتماعی و اضطراب- گوشه‌گیری رابطه معناداری مشاهده نشد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش، به نظر می‌رسد که با بهبود عملکرد خانواده، بیش‌فعالی در نوجوانان کاهش می‌یابد و بالعکس و عملکرد خانواده با افزایش سلامت روانی می‌تواند بیش‌فعالی را کاهش دهد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Karimi M. Predicting the Effect of Family Assessment on Hyperactivity Mediated by Mental Health in Adolescents. Razi J Med Sci. 2022;29(9):12-20.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.



Predicting the Effect of Family Assessment on Hyperactivity Mediated by Mental Health in Adolescents

Mansour Karimi: Master of General Psychology, Secretary of Psychology, District One, Hamedan, Hamedan, Iran
(*Corresponding author) Mansoor.karimi1975@gmail.com

Abstract

Background & Aims: Self-concept is one of the most important factors for success in people's lives. If a person knows his abilities and talents and has a positive perception of his abilities and believes that he can achieve something with it, he has talent. This increases efficiency and effectiveness and achieves goals. The value of a person is the most definite factor in the process of mental development. If a person feels positive about himself, he is healthier and perceives life more positively as natural. Self-concept includes the real and ideal self. Research has shown that his weakness. Conception can play an important role in the development of emotional and psychological disorders. Emotional and behavioral disorders of children are closely related to psychological problems of parents, especially mothers. No matter how severe their mental problems are, the incidence of this type of disorders in their children increases or low mental health of mothers and their stress, anxiety and depression is a family factor. It affects the incidence of emotional and behavioral disorders in children. In fact, certain characteristics of family relationships, especially parental deviations and inconsistencies, strict and unpredictable disciplinary methods, and lack of emotional support from parents can increase the risk of children with these disorders.. In a study in 230 people in Tehran as a sample, it was found that there is a significant negative correlation between conduct disorder and self-concept. Self-concept as a human personality trait is a unique quality. According to Aristotle and Plato, thinkers and philosophers of other ages have commented on the idea of self. Self-concept is instructive, and it is of great importance to both the individual and those who are involved in his upbringing in childhood, and no One is not born with a self-concept, but a self-concept is gradually emerging and at the same time has a dynamic, structured process. Happiness increases with age, education, artistic activity, sports, religion, physical and mental health, and social, family, optimism about the future, and attitudes toward happiness. A study conducted on self-concept and family communication model showed that these two have a significant relationship with each other and self-concept is based on family communication model, dialogue and harmony in high school students. The child's self-concept has a great impact. In such families, approval, love, caressing, encouragement, trust, and a sense of security are seen, and children receive less social problems due to receiving love, security from their parents, and more empowerment, and this process creates a positive self-concept in the child. Becomes. Findings showed that there is a relationship between parents' relationship with children and emotional-behavioral problems and there is a relationship between self-concept and family communication pattern. The present study also seeks to answer these questions: Does family performance have a significant relationship with behavioral disorders? Do behavioral disorders have a significant relationship with self-concept

Keywords

Behavioral Disorders,
Family Assessment,
Self-Concept,
Family Function

Received: 10/09/2022

Published: 10/12/2022

in adolescents? The aim of this study was to predict and evaluate family through self-concept on behavioral disorders of adolescent girls and boys aged 12 to 15 years in Tehran.

Methods: The research was a descriptive survey. The sampling method was cluster sampling and available. The statistical population of the study included all adolescent girls and boys aged 12 to 15 years in Tehran who were studying in the first year of high school. The questionnaire was completed by 629 people (309 boys and 320 girls) online. The research tools are: family assessment questionnaires, behavioral disorders, self-concept. In order to analyze the data, Pearson correlation coefficient was used. Structural equation modeling of relationships between variables was analyzed using spss.26 and Amos.24 software.

Results: The indirect effect of family assessment by self-concept, empathy and happiness on behavioral disorders was 0.08 and the total effect was 0.15. Among the dimensions of family functioning, there was no significant relationship between roles with attention problems, social aggression and anxiety-isolation ($P < 0.05$). There was no significant relationship between emotional association with attention problems and social aggression ($P < 0.05$). However, positive and significant relationships were seen between other variables ($P < 0.05$) and the indirect effect of family functioning on behavioral disorders with mediating the role of self-concept is also significant ($P < 0.05$, IE = 0.03). Family performance can reduce behavioral disorders by increasing self-concept.

Conclusion: Based on the results of the study, family performance has a direct and significant effect on adolescent behavioral disorders. Because higher scores on family functioning mean a more unfavorable situation, behavioral disorders in adolescents appear to decrease as family performance improves, and vice versa. The indirect effect of family functioning on behavioral disorders is significant and family functioning can reduce behavioral disorders by increasing self-concept.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Karimi M. Predicting the Effect of Family Assessment on Hyperactivity Mediated by Mental Health in Adolescents. Razi J Med Sci. 2022;29(9):12-20.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

نوجوانی یکی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی است. در این دوره تغییرات فیزیولوژیکی و روانی موجب بروز تحولات عمیق در فرد می‌گردد. هم‌زمانی این تغییرات، برهم خوردن تعادل روانی و جسمانی را موجب می‌شوند. نوجوان در این دوره با رشد سریع جسمانی مواجه است، او از لحاظ عاطفی نارس و از نظر تجربه محدود و از جنبه فرهنگی شکننده و آسیب‌پذیر است (۱). با توجه به گسترده بودن مشکلات روانی و رفتاری در بین کودکان و نوجوانان از یک سو و پیامدهای تحصیلی، اجتماعی، روانی، بهداشتی این اختلالات اگر مداخله مناسبی صورت نگیرد، کودک و نوجوان با ضربات جبران‌ناپذیری مواجه خواهد شد، بنابراین ضروری است نسبت به شناسایی و پیشگیری از مشکلات رفتاری اقدام جدی انجام شود (۲). عمده‌ترین مشکلات دوران کودکی و نوجوانی که باعث مراجعه به متخصص سلامت روانی می‌شود، اختلال‌های رفتاری است (۳). مشکلات رفتاری کودک و نوجوان آن دسته از رفتارهای نابهنجار تلقی می‌شود که ضمن عدم تناسب با سن، شدید، مزمن و مداوم باشد. اختلال در برخی مؤلفه‌های کیفیت زندگی خانواده مثل، سردی خانواده، روابط منفی والد-کودک با مشکلات رفتاری کودک ارتباط دارد (۴). اختلالات رفتاری کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین دارد، مادرانی که از مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بالاتری برخوردارند، در ارتباط گرفتن با کودکان خود بهتر عمل می‌کنند و کودکان سالم‌تری دارند؛ زیرا آن‌ها یاد گرفتند که در روابط بین فردی خود عملکرد درستی داشته باشند، نیازهای دیگران را بشناسند، با دیگران همدلی کنند (۵). یکی از عوامل مهم در رشد شخصیت و سلامت روانی نوجوانان، سلامت روانی است (۶). سلامت روانی از مهم‌ترین عوامل موفقیت در زندگی افراد است. این امر موجب افزایش بازدهی و کارآمدی و تحقق اهداف می‌شود. سلامت روانی به‌عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی انسان کیفیتی منحصر به فرد است. سلامت روانی آموختنی است و این موضوع هم برای فرد و هم برای کسانی که مشمول پرورش او در کودکی هستند، دارای اهمیت فراوانی می‌باشد و هیچ فردی با سلامت روانی به دنیا نمی‌آید، بلکه سلامت روانی به تدریج ظهور بروز می‌یابد و درعین حال دارای

فرآیندی پویا ساختارمند می‌باشد (۷).

خانواده به‌عنوان یک سیستم در مرکز توجه قرار می‌گیرد و پویایی خانواده بر کارکرد اعضای آن تأثیرگذار است. روابط بین اعضای خانواده رابطه زوج، روابط والد کودک، مشکلات مدرسه، مشکلات رفتاری فرزندان در خانواده و مسائل و مشکلات مربوط به فرزندپروری، چالش‌های موجود در خانواده، مسائل و مشکلات سلامت از جمله مسائل بیماری بررسی می‌شود (۸). کارکرد اساسی خانواده در واقع فراهم کردن زمینه برای تحول و حمایت اعضا در سطوح روانی، اجتماعی و زیستی است. در این الگو بعد کارکرد خانواده بررسی شده است. حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، روابط عاطفی، کنترل رفتار، از ابعاد کارکرد خانواده به شمار می‌روند (۹). خانواده‌درمانی باعث بهبود عملکرد خانواده می‌شود. عملکرد نامطلوب و خصمانه، موجب آشفتگی در روابط بین اعضای خانواده می‌شود و یک دور باطل از ارتباط نامطلوب و واکنش خصمانه و گاهی موارد تنبیه و سرزنش را موجب می‌شود (۱۰). تحقیقات چوی (Choi) و همکاران (۲۰۱۸) در زمینه عملکرد خانواده بر رفتار کودک و نوجوان نتیجه گرفتند که تأثیر متقابل عملکرد خانواده بر رفتار کودک و همچنین کودک بر رفتار والدین از اهمیت بیشتری برخوردار است، چرا که عملکرد ناسالم خانواده می‌تواند ابعاد سالم کارکردی خانواده از جمله تعیین نقش اعضای خانواده و مشخص کردن وظایف هر یک ایجاد روابط صمیمانه و دور از تحقیر و سرزنش، کنترل صحیح رفتار متقابل، تبادل اطلاعات عاطفی را در خانواده مخدوش نماید (۱۱). نتایج پژوهش هندری (Hendry) و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که کیفیت زندگی خانواده بر شدت مشکلات رفتاری فرزندان اثر دارد (۱۲). عملکردهای خانواده کودک‌کن مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی فاینبرگ (Feinberg) و همکاران (۲۰۰۲) مورد بررسی قرار گرفت و به این نتیجه دست یافتند که خانواده‌های این کودکان در مقایسه با گروه کنترل در همه ابعاد خانواده عملکرد ضعیف‌تری نشان دادند (۱۳). کنترل روان‌شناختی به‌عنوان یکی از عوامل اصلی زمینه‌ساز اختلالات رفتاری در نوجوانان است. (۱۴). شون (Shone) و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود نشان داد که رفتار والدین یکی از مؤثرترین عوامل در بروز

می‌دهد. این آزمون پس از تهیه تو سب مؤلفان در سال ۱۹۹۹ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا گردید. دامنه ضریب آلفای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۵ بدست آمد که همسانی درونی نسبتاً خوبی را نشان می‌دهد.

ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۴ ساله (4-CSI) بر اساس (DSM-5): پرسشنامه سلامت روان کودکان از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی است که بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. نسخه اولیه پرسشنامه را اسپرافکین (Sprafkin) و همکاران در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدید نظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه 3-CSI آن نیز ساخته شد تا اینکه 4-CSI در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدید نظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (4-CSI) همان نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. در پژوهش حاضر، از چک‌لیست والدین استفاده شده بود. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال بود. پرسشنامه سلامت روان کودکان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است.

جهت بررسی و تعیین مدلیابی اختلالات رفتاری بر اساس سنجش خانواده و با میانجیگری خودپنداره در نوجوانان تکمیل پرسشنامه‌های ارزیابی سنجش خانواده، اختلالات رفتاری و خودپنداره به صورت آنلاین تهیه شد و سپس با مراجعه به مناطق ۲ و ۵ آموزش و پرورش و هماهنگی با مدیر مدارس، پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین در اختیار دانش آموزان قرار گرفت. پرسشنامه‌ها در مدت زمان ۲ ماه تکمیل شدند، سپس داده‌ها بررسی و جمع‌آوری شد و در این پژوهش پس از بررسی مفروضات از ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی روابط بین خرده مقیاس‌ها و متغیرهای میانجی

مشکلات بیرونی و درونی نوجوانان می‌باشد (۱۵). با توجه به اهمیت دوره نوجوانی و مشکلات عاطفی-رفتاری در این دوره سنی، نقش عملکرد خانواده در تغییرات اختلالات رفتاری، در این مطالعه به دنبال پاسخ به این سؤال هستیم که آیا عملکرد خانواده بر تغییرات اختلالات رفتاری رابطه معنادار است؟ آیا اختلالات رفتاری با خودپنداره در نوجوانان دارای ارتباط معنادار می‌باشد؟

روش کار

در این پژوهش توصیفی پیمایشی، جامعه آماری نوجوانان می‌باشند که در مدارس دخترانه و پسرانه و در مقطع تحصیلی متوسطه دوره اول مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه ۶۲۹ نوجوان دختر و پسر در رده سنی ۱۲ تا ۱۵ سال بود که ۳۲۰ دختر و ۳۰۹ پسر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای و در دسترس انتخاب شده‌اند. ابزارهای پژوهش در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

مقیاس سنجش خانواده: پرسشنامه سنجش خانواده یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بر مبنای الگوی مک مستر، تدوین شده است. این مقیاس، حیطه‌های مشکل‌دار را به ساده‌ترین و مؤثرترین وجه ممکن شناسایی می‌کند. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش‌دهی، مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. این آزمون پس از تهیه توسط مؤلفان در سال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا گردید. دامنه ضریب آلفای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ بدست آمد که همسانی درونی نسبتاً خوبی را نشان می‌دهد.

پرسشنامه بیش‌فعالی: مقیاس بیش‌فعالی دارای ۲۶ گویه که توسط کانرز در سال ۱۹۹۹ تنظیم شد که نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت چهارگزینه‌ای بوده که از صفر تا سه نمره‌گذاری شده بود و میزان اختلال را در مورد کودک مورد سنجش قرار

استفاده شد. سپس با استفاده از مدل سازی معادلات ساختاری روابط تحلیل شد. تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS.26 و Amos.24 انجام شد.

یافته‌ها

جدول ۱ نشان می‌دهد که در بین ابعاد عملکرد خانواده، نقش‌ها با مشکلات توجه، پرخاشگری اجتماعی و اضطراب- گوشه‌گیری رابطه مثبت و معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). بین همراهی عاطفی نیز با مشکلات توجه و پرخاشگری اجتماعی رابطه معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). سایر متغیرها روابط مثبت و معناداری را نشان دادند ($P < 0/05$). نتایج درج شده نشان می‌دهد که اثر مستقیم عملکرد خانواده بر بیش فعالی مثبت و معنادار است ($P < 0/05$, $\gamma = 0/08$). بر این اساس عملکرد خانواده بر بیش فعالی نوجوانان اثر مستقیم و معناداری دارد. از آنجا که نمرات بالاتر در عملکرد خانواده به معنای وضعیت نامطلوب‌تر هستند، چنین به نظر می‌رسد که با بهبود عملکرد، بیش فعالی در نوجوانان کاهش می‌یابد و بالعکس. نتایج در جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم عملکرد خانواده بر بیش فعالی با نقش واسطه‌ای سلامت

روانی معنادار است ($P \leq 0/05$). بر این اساس اثر غیرمستقیم عملکرد خانواده بر بیش فعالی معنادار است و عملکرد خانواده با افزایش سلامت روانی می‌تواند بیش فعالی را کاهش دهد. در مجموع و بر اساس آنچه مورد بررسی قرار گرفت، اثر غیرمستقیم سنجش خانواده به واسطه سلامت روانی بر بیش فعالی برابر $0/08$ و اثر کل آن $0/15$ است.

بحث

با توجه به نتایج، عملکرد خانواده بر اختلالات رفتاری نوجوانان اثر مستقیم و معناداری دارد. از آنجا که نمرات بالاتر در عملکرد خانواده به معنای وضعیت نامطلوب‌تر هستند، چنین به نظر می‌رسد که با بهبود عملکرد خانواده، بیش فعالی در نوجوانان کاهش می‌یابد و بالعکس و اثر غیرمستقیم عملکرد خانواده بر بیش فعالی نیز معنادار است. نتایج به دست آمده پژوهش با نتایج به دست آمده با نتایج چوی (Choi) و همکاران (۲۰۱۸) (۱۱) و شون (Shone) و همکاران (۲۰۰۵) (۱۵) همسو و هماهنگ است. در زمینه عملکرد خانواده بر رفتار کودک و نوجوان و تأثیر متقابل عملکرد خانواده بر رفتار کودک و همچنین کودک بر رفتار والدین از اهمیت

جدول ۱- ضرایب همبستگی عملکرد خانواده و اختلالات رفتاری

عملکرد خانواده	اختلال سلوک	مشکلات توجه	پر خاشگری اجتماعی	اختلالات رفتاری	اضطراب- گوشه‌گیری
حل مشکل	۰/۱۸**	۰/۱۵**	۰/۱۶**	۰/۲۰**	۰/۲۰**
ارتباط	۰/۰۸*	۰/۱۰**	۰/۱۵**	۰/۱۰**	۰/۱۰**
نقش‌ها	۰/۱۰**	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۰۱
همراهی عاطفی	۰/۰۹*	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۱۰**	۰/۱۰**
آمیزش عاطفی	۰/۱۹**	۰/۱۷**	۰/۱۶**	۰/۱۹**	۰/۱۹**
کنترل رفتار	۰/۱۳**	۰/۱۶**	۰/۱۲**	۰/۱۴**	۰/۱۴**
عملکرد کلی	۰/۱۵**	۰/۱۹**	۰/۱۸**	۰/۱۶**	۰/۱۶**

** $P < 0/01$ * $P < 0/05$

جدول ۲- اثرات غیرمستقیم عملکرد خانواده بر اختلالات رفتاری با نقش واسطه‌ای خودپنداره

مسیر	شاخص	ضرایب
عملکرد خانواده ← سلامت روانی ← بیش فعالی	ضریب استاندارد نشده	۰/۹۲
	ضریب استاندارد شده	۰/۰۳
	سطح معناداری	۰/۰۱۶

همسالانشان تفاوت دارد. اغلب کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارد و با دیگران بدرفتاری می‌کنند (۷).

همچنین نتایج تحقیق نشان داد که عملکرد خانواده با افزایش سلامت روانی می‌تواند بیش‌فعالی را کاهش دهد. در تایید نتایج پژوهش می‌توان از نتایج فرناندز (Fernández) و همکاران (۲۰۱۹) (۱) و کرونیس (Chronis) و همکاران (۲۰۰۳) (۹) استفاده کرد. کنترل روان‌شناختی به‌عنوان یکی از عوامل اصلی نتایج زمینه‌ساز اختلالات رفتاری در نوجوانان است. کنترل روان‌شناختی با مشکلات درونی سازی رابطه مثبت دارد و کنترل رفتاری با مشکلات بیرونی سازگارتر است. رفتار والدین یکی از مؤثرترین عوامل در بروز مشکلات بیرونی و درونی نوجوانان می‌باشد، این مشکلات رفتاری با رفتار والدین ارتباط مستقیم دارد. اختلافات والدین با فرزندانشان به ویژه مواردی که همراه با توهین و تحقیر، ضرب، شتم، باشد به احساس عدم امنیت روحی و جسمی، تنفر همراه با احساس گناه، خشم از والدین و رفتارهای ناپه‌نجان اجتماعی از قبیل سوء مصرف مواد، فرار از خانه، اقدام به خودکشی و خودزنی منجر می‌شود (۶). بعضی مواقع موضوع فرزندان موضع، یاس، احساس پوچی بوده و در خود خلأ بزرگی احساس می‌کنند. این خلأ همان نبود محبت و عواطف والدین است و این زمینه ساز قبول عواطف دروغین همراه با نیت‌های شوم دیگران می‌شود. بسیاری از تغییرات رفتاری فرزندان در دوران بلوغ و نوجوانی، اگر چه ممکن است موجب آزرده‌گی والدین گردد و مسئله آفرین شود، اما باید آن‌ها را رفتارهای طبیعی دوران بلوغ به شمار آورد؛ اما باید آن‌ها را رفتارهای طبیعی دوران بلوغ به شمار آورد. ویژگی‌هایی چون پافشاری، استقلال، دوری از والدین، به طور معمول نشانه‌های رشد سالم کودک و بالغ شدن او هستند. برخی از رفتارهای ویژه‌ای که در این دوره مشاهده می‌شوند، دستاورد تلاش نوجوان در برخورد با شرایط خاص هستند (۱). در تبیین این نتایج می‌توان گفت که وقتی کودکان به مرحله نوجوانی می‌رسند دچار تعارض با والدین می‌شوند و باعث به هم ریختن رابطه عاطفی و احساسی بین والدین و فرزندان می‌شود

بسیاری برخوردار است، چرا که عملکرد نا سالم خانواده می‌تواند ابعاد سالم کارکردی خانواده از جمله تعیین نقش اعضای خانواده و مشخص کردن وظایف هر یک ایجاد روابط صمیمانه و دور از تحقیر و سرزنش، کنترل صحیح رفتار متقابل، تبادل اطلاعات عاطفی را در خانواده مخدوش نماید (۱۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت و عملکرد خانواده به شدت مشکلات رفتاری اثر دارد. خانواده‌درمانی باعث بهبود عملکرد خانواده می‌شود. عملکرد نامطلوب و خصمانه، موجب آشفتگی در روابط بین اعضای خانواده می‌شود و یک دور باطل از ارتباط نامطلوب و واکنش خصمانه و گاهی موارد تنبیه و سرزنش را موجب می‌شود. خانواده با عملکرد طبیعی خود می‌تواند به‌عنوان یک نهاد اجتماعی، آینده‌سازان جامعه را مقابل آسیب‌های فرهنگی و اجتماعی مصون سازد و به طور غیرمستقیم، مهارت‌های زندگی مورد نیاز فرزندان را آموزش دهد، در مقابل هرگونه اختلال در این کارکردها نیز خانواده را از نیل به اهداف دور می‌کند (۱۵).

با توجه به اهمیت ویژه‌ای که خانواده و روابط والدین با فرزندان دارند، باید توجه خاصی به این امر داده شود در خانواده‌هایی که تحقیر، تهدید و سرزنش وجود دارد، ارتباط مناسب و توأم با اعتماد در بین اعضا وجود ندارد، مرزهای بین اعضای خانواده روشن و واضح نیست، نقش‌ها و وظایف اعضا متناسب با سطح رشدی آن‌ها نیست، حل مسئله و مشکل به طور مناسب اتفاق نمی‌افتد، همراهی عاطفی وجود ندارد و تعارض‌ها به طور مناسب حل و فصل نمی‌شود، عملکرد خانواده دچار مشکل است (۵). خانواده نخستین پایگاهی است که شخصیت و عواطف فرد در آنجا تشکیل یافته و رشد می‌کند. بدیهی است که می‌تواند یک منشأ اختلالات عاطفی، رفتاری در ساختار و تعاملات خانوادگی محسوب شود و در این میان نقش مادران به‌عنوان مهم‌ترین عضو خانواده در رفتار کودکان، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. وجود رفتارهای مانند پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری در کودکان تا حدودی طبیعی است، ولی در برخی از کودکان شدت این رفتارها به نوعی است که رفتارشان با رفتار

که ممکن است مثبت یا منفی باشد. خودپنداره مثبت نشان دهنده این است که فرد خودش را در مقام شخصی با نقاط قوت و ضعف می‌پذیرد و این امر باعث بالا رفتن اعتماد به نفس او در روابط اجتماعی می‌شود (۴).

پژوهش حاضر همانند دیگر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بوده از جمله اینکه، محدودیت مکانی و پایه خاص باعث می‌شود که نتایج قابل تعمیم به جامعه بزرگتر نباشد. به دلیل پاندمی ویروس کرونا و شرایط پیش آمده در جامعه از جمله عدم حضور دانش آموزان در مدارس تعداد نمونه مورد آزمون بسیار کم بود.

در زمینه پیشنهادهایی برای پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: تکرار پژوهش به صورت مقایسه دو گروه نوجوانان پسر و دختر با یکدیگر، تکرار پژوهش برای کودکان مقطع ابتدایی و مقایسه دو گروه پسر و دختر با یکدیگر، انجام پژوهش با متغیرهای میانجی گرایش به اعتیاد، عوامل موثر بر اعتیاد و شیوع رفتارهای پرخطر (ایذر، اعتیاد، استعمال دخانیات، خشونت و روابط جنسی).

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که رابطه عملکرد خانواده با توجه به میانجی‌های سلامت روانی اثرات بسیار مهمی در ایجاد یا پیشگیری از بیش‌فعالی در نوجوانان دارد، لذا توجه به عملکرد خانواده به‌عنوان یک عامل مهم روان‌شناختی دارای اهمیت است.

References

1. Fernández-Bustos JG, Infantes-Paniagua Á, Cuevas R, Contreras OR. Effect of Physical Activity on Self-Concept: Theoretical Model on the Mediation of Body Image and Physical Self-Concept in Adolescents. *Front Psychol*. 2019;10:1537.
2. Garn AC, Morin AJS, White RL, Owen KB, Donley W, Lonsdale C. Moderate-to-vigorous physical activity as a predictor of changes in physical self-concept in adolescents. *Health Psychol*. 2020;39(3):190-198.
3. Onetti W, Álvarez-Kurogi L, Castillo-Rodríguez A. Adherence to the Mediterranean diet pattern and self-concept in adolescents. *Nutr Hosp*.

اگر رفتار والدین سرشار از جنبه‌های تعارض‌آمیز و سرزنش باشد و کودک طرد و تمسخر شود و نگرش‌های منفی نسبت به او وارد شود، در نتیجه فرزند از اعتماد به نفس پایینی بهره‌مند خواهد شد و انگیزه کنجکاوانه و خلاقیت آن‌ها سرکوب می‌شود و احساس حقارت جایگزین آن می‌شود (۳). اکثر مشکلات رفتاری کودکان منعکس‌کننده شرایط پیچیده بین فردی اعضای خانواده به ویژه والدین می‌باشد؛ به عبارت دیگر وجود مشکلات رفتاری در کودکان به منزله روابط معیوب اعضای خانواده است (۷). خودپنداره آموختنی است و این موضوع هم برای فرد و هم برای کسانی که مشمول پرورش او در کودکی هستند، دارای اهمیت فراوانی می‌باشد. ارتباطات خانوادگی و روابط بین والدین و فرزندان، خودپنداره فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. خودپنداره منعکس‌کننده میزان رضایت خاطر و خشنودی نوجوان، از تعامل و گفت‌وگو با والدین است. خودپنداره باعث سازگاری بهتر نوجوانان با جامعه می‌شود. خودپنداره نوجوان در خانواده شکل می‌گیرد و هر تعارضی در محیط خانواده، باعث احساس ناامنی، عزت نفس پایین می‌شود (۵). هر چه روابط خانوادگی بین والدین و فرزندان بیشتر باشد، انگیزه پیشرفت بالاتری را در فرزندان شاهد هستیم. فرزندان خانواده‌ای که از جو عاطفی مطلوبی برخوردارند، محبت بیشتری دریافت می‌کنند. این دسته از والدین به فرزندان خویش اعتماد کرده و جوی سرشار از احساس امنیت برای آن‌ها به وجود می‌آورند (۶). در نتیجه نوجوان خودپنداره قوی‌تری خواهد داشت و بهتر مشکلات را حل خواهد کرد. بروز تحولات فرهنگی-اجتماعی-اقتصادی چشم‌گیر، موجب شده است که در سال‌های اخیر، ارتباطات کمتری بین فرزندان نوجوان و والدین شان، نسبت به دو دهه قبل برقرار شود. عدم برقراری تماس‌های کلامی و غیرکلامی بین والدین و فرزندان، خود می‌تواند مانع جدی و مهمی برای رشد بهنجاری در رفتارهای روان‌شناختی فرزندان باشد که از جمله این عوامل می‌توان به خودپنداره اشاره کرد (۲). خودپنداره ارزیابی کلی فرد از خودش است. این ارزیابی ناشی از ارزیابی‌های ذهنی فرد از ویژگی‌های خود است

2019;36(3):658-664.

4. Konowalczyk S, Rade FCA, Mello ZR. Time perspective, sports club membership, and physical self-concept among adolescents: A person-centered approach. *J Adolesc.* 2019;72:141-151.

5. Povedano-Diaz A, Muñiz-Rivas M, Vera-Perea M. Adolescents' Life Satisfaction: The Role of Classroom, Family, Self-Concept and Gender. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;17(1):19.

6. Logan DE, Gray LS, Iversen CN, Kim S. School Self-Concept in Adolescents With Chronic Pain. *J Pediatr Psychol.* 2017;42(8):892-901.

7. Levey EKV, Garandeanu CF, Meeus W, Branje S. The Longitudinal Role of Self-Concept Clarity and Best Friend Delinquency in Adolescent Delinquent Behavior. *J Youth Adolesc.* 2019;48(6):1068-1081.

8. Chacko A, Wymbs BT, Flammer-Rivera LM, Pelham WE, Walker KS, Arnold FW, et al. A pilot study of the feasibility and efficacy of the Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) program for single mothers of children with ADHD. *J Atten Disord.* 2008;12(3):270-80.

9. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Kipp HL, Baumann BL, et al. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(12):1424-32.

10. Chavez-Hernandez AM, Correa-Romero FE, Acosta-Rojas IB, Cardoso-Espindola KV, Padilla-Gallegos GM, Valadez-Figueroa I. Suicidal Ideation, Depressive Symptomatology, and Self-Concept: A Comparison Between Mexican Institutionalized and Noninstitutionalized Children. *Suicide Life Threat Behav.* 2018;48(2):193-198.

11. Choi C, Ferro MA. Comparing Self-Concept Among Youth Currently Receiving Inpatient Versus Outpatient Mental Health Services. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27(1):69-74.

12. Hendry K, Ownsworth T, Waters AM, Jackson M, Lloyd O. [Formula: see text] Investigation of children and adolescents' mood and self-concept after acquired brain injury. *Child Neuropsychol.* 2020;26(8):1005-1025.

13. Feinberg E, Swartz K, Zaslavsky A, Gardner J, Walker DK. Family income and the impact of a children's health insurance program on reported need for health services and unmet health need. *Pediatrics.* 2002;109(2):E29.

14. Szilagyi PG, Dick AW, Klein JD, Shone LP, Zwanziger J, McInerney T. Improved access and quality of care after enrollment in the New York State Children's Health Insurance Program (SCHIP). *Pediatrics.* 2004;113(5):e395-404.

15. Shone LP, Szilagyi PG. The State Children's Health Insurance Program. *Curr Opin Pediatr.* 2005;17(6):764-72.