

بررسی نقش عملکرد خانواده و بهزیستی روانشناختی در نگرش به آسیب های اجتماعی دانش آموزان دوره اول متوسطه شهر تبریز

رقیه صلح جو^۱، صمد ناجی بیرق^۱، سجاد علمردانی صومعه^۲

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه تبریز، پردیس ارس.

^۲ مدرس مدعوی دانشگاه پیام نور

نام نویسنده مسئول:

سجاد علمردانی صومعه

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۱۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش عملکرد خانواده و بهزیستی روانشناختی در نگرش به آسیب های اجتماعی دانش آموزان دوره اول متوسطه شهر تبریز بوده است. روش تحقیق کاربردی از نوع همبستگی و پیش بین بوده است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش عبارتست از دانش آموزان دوره اول متوسطه شهر تبریز که در سال ۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بودند. بدین منظور براساس جدول گرجسی مورگان حجم نمونه به تعداد ۳۵۰ نفر به روش نمونه گیری چندمرحله ای انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری متغیرهای مورد مطالعه از پرسشنامه آسیب های اجتماعی آقایی و تیموری تاش، پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (FAD) توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب و مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده های پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در نرم افزار SPSS انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد بین مؤلفه های عملکرد خانواده (حل مسأله، روابط، نقش ها، پاسخگویی اثربخش، درگیری اثربخش، کنترل رفتاری و کارکرد کلی) با نگرش به آسیب های اجتماعی دانش آموزان در سطح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ رابطه مثبت وجود دارد. بین مؤلفه های بهزیستی روانشناختی (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، رشد فردی، زندگی هدفمند و تسلط بر محیط) با نگرش به آسیب های اجتماعی دانش آموزان در سطح معنی داری بزرگتر از رابطه منفی وجود دارد. بنابراین نتیجه می گیریم که نقش عملکرد خانواده و بهزیستی روانشناختی در نگرش به آسیب های اجتماعی مؤثر می باشند و بهتر است سازمان آموزش و پرورش راهکارهایی را در جهت کاهش آسیب های اجتماعی دانش آموزان در مدارس بکار گرفته شود.

واژگان کلیدی: آسیب های اجتماعی، نقش عملکرد خانواده، بهزیستی روانشناختی.

مقدمه

انسان به عنوان یک موجود اجتماعی و برای پرهیز از هرج و مرج، ارزش ها، هنجارهای اجتماعی و نظم اجتماعی را شکل می دهد، لذا هرگاه ارزش های اجتماعی و قواعد رفتار مراعات نشود، نظم اجتماعی آسیب می بیند که از آن در جامعه به عنوان «کجروی» یا انحراف اجتماعی^۱ تلقی می شود. انحراف اجتماعی پدیده‌هایی هستند که در جوامع همگن و غیرهمگن، مدرن و سنتی، دینی و غیردینی به نحوی از انحاء ظهور می یابند بنابراین انحرافات اجتماعی بحث تازه‌ای نیستند اما در عصر حاضر مطالعات از دیدگاه روانشناختی و جامعه شناختی به این مساله متمرکز می شوند. بدین جهت در یک نظام اجتماعی هنگامی که رفتاری به گونه ای چشمگیر با هنجار همگانی اختلال پیدا می کند و مورد کیفر قرار می گیرد آسیب اجتماعی^۲ نامیده می شود (باقری کراچی و مهرابی، ۱۳۹۶).

آسیب‌های اجتماعی باعث بوجود آمدن مشکلات سلامتی نوجوانان و به عبارت دیگر، عوامل مرتبط با سلامت آنان است که بازتابی از تأثیر متقابل چالش‌ها و مشکلات نوجوانان و فرصت‌ها و پیشرفت‌های تحولی جدید آنهاست. براساس مقالات و مطالعات انجام شده در ایران با آسیب عمده و در حال گسترشی در این زمینه روبه رو هستیم (عبدالهی، ۱۳۸۳). مطالعات نشان می‌دهد که مصرف موادمخدر، سیگار، خودکشی در میان نوجوانان روبه افزایش است (افخمی عقدا، نعیم یوری، ملک ثابت، مهرپرور، فلاحتی و لائخ، ۱۳۹۵). در دو دهه اخیر، تحقیقات نشان داده رفتارهای پرخطر و آسیب های اجتماعی تهدید کننده در بین نوجوانان و جوانان افزایش یافته است و تهدید جدی برای تندرستی و سلامتی جامعه محسوب می شود (بریگمن، اسکات^۳، ۲۰۰۱). نوجوانان امروز برخلاف کودکان دیروز، باید با مجموعه‌ای از خطرهای سلامتی جدید دست و پنجه نرم کنند. این خطرها از مواد مخدر و اختلالات قابل انتقال جنسی تا اختلالات خوردن، خودکشی و افسردگی را شامل می‌شود. برخی پژوهشگران نیز معتقدند افزایش روزافزون گرایش‌های نوجوانان به آسیب‌های پرخطر اجتماعی، انعکاسی از مشکلات هیجانی و روانشناختی است که با آنها روبرو هستند (روسمالن-نویجنس، پرینس، ورگر، وانگ و لارگو-جنسن^۴، ۲۰۱۳).

در این راستا یکی از متغیر های مهم در رابطه با آسیب های اجتماعی عملکرد خانواده^۵ است. خانواده به عنوان کوچکترین واحد اجتماعی، اساس تشکیل جامعه و حفظ عواطف انسانی است و هر گونه نارسایی در عملکرد خانواده تأثیرات نامطلوبی در بهنجار نمودن افراد ایجاد می کند (اعتصامی‌نیا و حسینیان، ۱۳۹۴). عملکرد خانواده جنبه مهم محیط خانوادگی است که سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجان جوانان را تحت تأثیر قرار می دهد. عملکرد سالم در یک محیط خانوادگی با ارتباطات شفاف، نقش های به خوبی تعریف شده، پیوستگی و تنظیم احساسی خوب مشخص می شود، در حالی که برعکس، عملکرد نامناسب خانواده، با سطوح بالای تعارض، بی سرو سامانی و کنترل رفتاری و احساسی ضعیف تعریف می شود (لونیدیسکی، پالمو، جنیفر، هندلی و جامبرس^۶، ۲۰۱۰).

در پژوهش‌های متعددی نقش خانواده و عملکرد آن در بروز آسیب‌های اجتماعی نشان داده شده است (چن^۷ ۲۰۱۶؛ فارلی، کوربووا، هانگ، استرادا و برادو^۸، ۲۰۱۳). محققان دریافته‌اند که عملکرد خانواده یکی از شاخص های مهم تضمین کننده سلامت روانی خانواده و اعضای آن است و ناکارآمدی آن یکی از عوامل ایجاد کننده و نگهدارنده اختلال‌های روانی، اجتماعی و هیجانی است (قمری، ۱۳۹۰). در واقع از نظر این پژوهشگران خانواده به عنوان یک واحد اجتماعی عاطفی، کانون رشد، شفا بخشی، تحول و یا بروز آسیب هایی است که می تواند، بسترساز شکوفایی یا فروپاشی فرد و روابط اعضای خود باشد. از سوی دیگر، خانواده شالوده ای اساسی در ساختار اجتماعی جوامع است که سلامت یا آسیب آن قوام یا اضمحلال جامعه را در پی دارد (حسینی پور، بخشانی و شکیبیا^۹، ۲۰۱۲).

1. Social Deviance

2. Social Injuries

3. Berigman & escout

4. Rosmalen-Nooijsen, Prins, Vergeer, Wong, Lagro-Janssen

5. Family Performance

6. Lewandowski, Palermo, Jennifer, Handley, Chambers

7. Chen

8. Farrelly, Corbova, Huang, Estrada, Prado

9. Hosseinbor, Bakhshani, Shakiba.

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، بهزیستی روانشناختی^{۱۰} آن جامعه است. سازمان بهداشت جهانی (WHO)^{۱۱} سلامت روان را حالت سلامتی کامل جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف می‌کند که در آن فرد به توانایی خودش پی می‌برد، می‌تواند با استرس‌های معمول زندگی کنار آید، به صورت ثمر بخش و مولد باشد (بری، ۲۰۰۸). همچنین سلامت روانی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. افراد دارای بهزیستی پایین شرایط و رویدادها را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و به همین دلیل هیجانات نامطلوب آسیب‌های پرخطر را تجربه می‌کنند (مگنوس، دینر، فوجیتا و پوود^{۱۲}، ۱۹۹۳). در دیدگاه ریف^{۱۳} (۲۰۱۴)، بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود. بنا به تعریف وی بهزیستی روان شناختی از عامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط تشکیل شده است. به عبارت دیگر، بهزیستی روان شناختی یکی از مفاهیم اساسی روان شناسی سلامت و بیان گر تلاش برای کمال و تحقق توانمندی‌های افراد و در برگیرنده احساس انسجام، پیوستگی، تعادل عاطفی و شناختی است (وینیستین، براون و ریان^{۱۴}، ۲۰۰۹). در این راستا خانواده با فراهم نمودن روابط نزدیک و مثبت می‌تواند نقش مؤثری برای ارتقای سلامت روان افراد داشته باشد. جنگی زهی (۱۳۹۶) در مطالعاتی دریافت بین مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی و صفات شخصیت در دختران و زنان آسیب دیده اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. ایشان در مطالعات خود نیز بیان کرده است که زنان و دختران آسیب دیده اجتماعی به دلیل وضعیت خاص اجتماعی، روحی و روانی خود از سطح پایین بهزیستی روانشناختی برخوردار بوده و همین امر باعث ایجاد مشکلات برای زندگی آنها می‌باشد. بنابراین با توجه به اینکه تاکنون در رابطه با نقش عملکرد خانواده و بهزیستی روانشناختی در نگرش به آسیب‌های اجتماعی دانش آموزان پژوهشی انجام نیافته بود در این پروژه لازم دانسته شد که سؤالات زیر بررسی گردد که آیا بین عملکرد خانواده و نگرش به آسیب‌های اجتماعی دانش آموزان رابطه وجود دارد؟ آیا بین بهزیستی روانشناختی و نگرش به آسیب‌های اجتماعی دانش آموزان رابطه وجود دارد؟

روش

این پژوهش از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش آموزان دختر دوره اول متوسطه شهر تبریز تشکیل می‌داد که در سال تحصیلی ۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش به شیوه چند مرحله‌ای انتخاب شد. بدین ترتیب که از بین نواحی آموزش و پرورش شهر تبریز ناحیه ۳ و ۴ انتخاب شده و از بین دانش آموزان دوره اول متوسطه این نواحی تعداد ۳۵۰ نفر در این مطالعه شرکت داشتند. در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه آسیب‌های اجتماعی آقایی و تیموری تاش (۱۳۸۹)، پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (FAD) توسط ایشتاین، بالدوین و بیشاب^{۱۵} (۱۹۸۳) و مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف^{۱۶} (۱۹۸۹) استفاده شد.

پرسشنامه آسیب‌های اجتماعی: این پرسشنامه توسط آقایی و تیموری تاش (۱۳۸۹) طراحی شده است و پرسشنامه سنجش نگرش به آسیب‌های اجتماعی با هدف بررسی و ارزیابی نگرش دانش آموزان پیرامون بعضی از آسیب‌های اجتماعی در قالب ۴۲ سوال ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تهیه و تنظیم شده است و دامنه نمرات بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای آسیب‌های اجتماعی بیشتر در فرد می‌باشد. آسیب‌های اجتماعی که در این پرسشنامه مورد نظر بوده است شامل سرقت، پرخاشگری، مواد مخدر، مسائل جنسی، خودکشی و فرار از خانه بوده است. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ

¹⁰ . Psychological Well-Being

¹¹ . World Health Organization

¹² . Magnus, Diener, Fujita, Pavot

¹³ . Ryff

¹⁴ . Weinstein, Brown and Ryan

¹⁵ . Epstein, Baldwin, Bishop

¹⁶ .Reyff

۰/۸۵ بدست آمد. روایی ملاک پرسشنامه سنجش نگرش به آسیب های اجتماعی توسط اساتید دانشگاه تهران ۰/۸۰ بدست آمده است (آقایی و تیموری تاش، ۱۳۸۹).

پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده: این پرسشنامه بنا بر الگوی مک مستر^{۱۷} تدوین شده است که شش بعد از عملکرد خانواده را تحت عنوان حل مشکل، ارتباط، نقشها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار را می سنجد. FAD یک پرسشنامه ۵۳ سوالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بر مبنای الگوی مک مستر که قبلاً ذکر شد، تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب با هدف توصیف ویژگی های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش دهی، مورد سنجش و ارزیابی قرار می دهد. برای نمره گذاری آزمون، به هر سوال ۱ تا ۴ نمره با استفاده از این کلید واژه ها داده می شود: کاملاً موافقم: ۱، موافق: ۲، مخالف: ۳ و کاملاً مخالف: ۴ به سوالها (یا عباراتی) که توصیف عملکرد ناسالم اند، یعنی سوالهای شماره ۱، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۵۳ نمره معکوس داده می شود. در مرحله بعد برای بدست آوردن نمرات هر کدام از خرده مقیاس ها، نمره های سوالهای مربوط به هر کدام از آنها را با هم جمع می کنیم و بعد میانگین می گیریم. نمرات بدست آمده بیانگر نمره هر فرد در هر کدام از خرده مقیاسها است.

روایی؛ FAD تا حدی دارای روایی همزمان و پیش بین است. این ابزار در یک مطالعه مستقل روی ۱۷۸ زوج حدوداً ۶۰ ساله با مقیاس رضایت زناشویی لاک - والاس همبستگی متوسط داشت و قدرت نسبتاً خوبی برای پیش بینی نمرات مقیاس روحیه سالمندی فیلادلفیا نشان داده است. به علاوه این ابزار قدرت متمایز سازی اعضای خانواده های بالینی و خانواده های غیر بالینی دارد بنابراین در هفت خرده مقیاس خود دارای روایی خوبی برای گروه ها شناخته شده است. این آزمون پس از تهیه توسط مؤلفان در سال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا گردید. دامنه ضریب آلفای خرده مقیاس های آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ بدست آمد که همسانی درونی نسبتاً خوبی را نشان می دهد (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳).

مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB)^{۱۸}: در دهه اخیر گرایش به بررسی جنبه های مثبت سلامت افزایش

یافته است. ریف^{۱۹} و کیز^{۲۰} در دهه گذشته الگوی بهزیستی روانشناختی را پیشنهاد نمودند که به طور گسترده ای توسط پژوهشگران بررسی گردید. بهزیستی روانشناختی یک مفهوم چندمولفه ای و در بر گیرنده: ۱- پذیرش خود^{۲۱}: یعنی نگرش مثبت نسبت به خود و پذیرش جنبه های مختلف خود مانند ویژگی های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته، ۲- روابط مثبت با دیگران^{۲۲}: احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک اهمیت این وابستگیها، ۳- خودمختاری^{۲۳}: احساس استقلال و اثرگذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها، ۴- تسلط بر محیط^{۲۴}: حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت های بیرونی و بهره گیری موثر از فرصت های پیرامون، ۵- زندگی هدفمند^{۲۵}: داشتن هدف در زندگی و باور به اینکه زندگی حال و گذشته او معنادار است، ۶- رشد فردی^{۲۶}: احساس رشد مداوم و دستیابی به تجربه های نو به عنوان یک موجود دارای استعداد بالقوه است. نسخه کوتاه این پرسشنامه ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روانشناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد و بنابراین دارای ۶ زیرمقیاس

¹⁷ .McMaster

¹⁸ -Ryff Scales of psychological Well- Being

¹⁹ -Ryff

²⁰ -keyes

²¹ -Self acceptance

²² -Positive relation with others

²³ -Autonomy

²⁴ -Environmental mastery

²⁵ -Purpose in life

²⁶ -personal growth

هر زیرمقیاس سه عبارت) است (ریف، ۱۹۸۹). ضریب همسانی درونی زیرمقیاس های فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی و همچنین ضریب همسانی درونی کل آزمون حدود ۰/۵۰ گزارش شده است (چول یون هونگ^{۲۷}، ۲۰۰۹).

یافته ها

ابتدا آماره های توصیفی گروه نمونه مورد مطالعه ذکر می شود. پس برای دستیابی به هدف مطالعه، داده از طریق رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار می گیرد.

جدول ۱: آماره های توصیفی مؤلفه های عملکرد خانواده، بهزیستی روانشناختی و آسیب های اجتماعی

انحراف استاندارد	میانگین		
3.98	12.21	حل مسأله	
3.96	14.94	روابط	
5.26	20.39	نقش ها	عملکرد خانواده
4.33	14.53	پاسخگویی اثربخش	
4.46	16.98	درگیری اثربخش	
4.20	17.73	کنترل رفتاری	
4.21	26.61	کارکرد کلی	
2.71	10.27	پذیرش خود	بهزیستی روانشناختی
2.91	9.61	روابط مثبت با دیگران	
3.51	10.51	خودمختاری	
3.12	10.54	رشد فردی	
3.41	10.74	زندگی هدفمند	
2.51	11.24	تسلط بر محیط	
17.25	119.39	آسیب های اجتماعی	

در جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه های عملکرد خانواده، بهزیستی روانشناختی و آسیب های اجتماعی گزارش شده است.

جدول ۲: خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل

شاخص	R	^۲ R	تعدیل شده ^۲ R	خطای استاندارد برآورد
۱	0.666	.444	.432	13.001

براساس جدول (۲) و (۳) نسبت F و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون $F=38/941$ بدست آمد که در سطح ۰/۰۰۰ با درجه آزادی (۷ و ۳۴۲) معنادار می باشد و R^2 محاسبه شده بر اساس این متغیرها ۰/۴۴۴ است یعنی این ۷ متغیر با هم ۴۴/۴٪ از واریانس متغیر نگرش به آسیب های اجتماعی را تبیین می کنند.

جدول ۳: نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی-داری
بین گروهی	46077.338	7	6582.477	38.941	0.000
درون گروهی	57810.114	342	169.035		
کل	103887.452	349			

با توجه به ضرایب و سطح معنی داری مندرج در جدول ۴ رابطه بین مؤلفه های حل مسأله، روابط، نقش ها، پاسخگویی اثربخش، درگیری اثربخش، کنترل رفتاری و کارکرد کلی در نگرش به آسیب های اجتماعی معنی دار بوده است یعنی هرچه عملکرد خانواده ها سالم تر باشد نگرش به آسیب های اجتماعی نیز کمتر است و برعکس.

جدول ۴: ضرایب استاندارد و استاندارد نشده عملکرد خانواده با نگرش به آسیب های اجتماعی

مدل	ضرایب استاندارد نشده	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد شده	t	سطح معناداری
	B		Beta		
ثابت	66.751	5.267		12.672	0.000
حل مسأله	-0.746	0.369	-0.172	2.019	0.044
روابط	-0.744	0.348	-0.171	2.135	0.033
نقش ها	-0.577	0.261	-0.176	2.210	0.028
پاسخگویی اثربخش	-1.137	0.317	-0.285	3.589	0.000
درگیری اثربخش	-0.837	0.423	-0.216	1.977	0.049
کنترل رفتاری	-1.763	0.450	-0.430	3.915	0.000
کارکرد کلی	-0.796	0.335	-0.195	2.379	0.018

در ادامه به بررسی رابطه مؤلفه های بهزیستی روانشناختی در نگرش به آسیب های اجتماعی بررسی می گردد.

جدول ۵: خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل

شاخص	R	R ^۲	تعدیل شده R ^۲	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۴۲۸	۰/۱۸۳	۰/۱۶۹	۱۵/۲۲۷

بر اساس جدول (۵) و (۶) نسبت F و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون $F = 12/837$ بدست آمد که در سطح $0/000$ با درجه آزادی (۳۴۳ و ۶) معنادار می باشد و R^2 محاسبه شده بر اساس این متغیرها $0/183$ است یعنی این ۶ متغیر با هم $18/3$ از واریانس متغیر نگرش به آسیب های اجتماعی را تبیین می کنند.

جدول ۶: نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	19050.289	6	3175.048	12.837	0.000
درون گروهی	84837.163	343	247.339		
کل	103887.452	349			

با توجه به ضرایب و سطح معنی داری مندرج در جدول ۷ رابطه بین مؤلفه های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، رشد فردی، زندگی هدفمند و تسلط بر محیط در نگرش به آسیب های اجتماعی معنی دار بوده است یعنی هرچه بهزیستی روانشناختی مطلوب تر باشد نگرش به آسیب های اجتماعی نیز کمتر است و برعکس.

جدول ۷: ضرایب استاندارد و استاندارد نشده بهزیستی روانشناختی با نگرش به آسیب های اجتماعی

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد شده Beta	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد نشده B	مدل
0.000	30.663		5.380	164.974	ثابت
0.034	-2.124	-0.113	0.337	-0.716	پذیرش خود
0.043	-2.029	-0.118	0.315	-0.639	روابط مثبت با دیگران
0.008	-2.667	-0.137	0.252	-0.672	خودمختاری
0.039	-2.068	-0.113	0.300	-0.620	رشد فردی
0.004	-2.919	-0.149	0.258	-0.753	زندگی هدفمند
0.009	-2.622	-0.135	0.353	-0.925	تسلط بر محیط

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش عملکرد خانواده و بهزیستی روانشناختی در نگرش به آسیب های اجتماعی دانش آموزان دوره متوسطه اول شهر تبریز بود و نتایج حاصل از رگرسیون چند گانه نشان می دهد که بین مولفه های عملکرد خانواده با نگرش به آسیب های اجتماعی در دانش آموزان دوره اول متوسطه شهر تبریز رابطه غیر مستقیم وجود دارد یعنی هرچه عملکرد خانواده سالم تر باشد نگرش به آسیب های اجتماعی نیز کمتر است. نتایج این پژوهش با یافته های پژوهشگرانی از جمله باقری کراچی و مهرابی (۱۳۹۶)، غفاری فارسانی و همکاران (۱۳۹۵)، یحیی زاده، (۱۳۸۸)، چن (۲۰۱۶)، بندسن، دمسگارد، تولستراب، ارسبول و هولستین^{۲۸} (۲۰۱۳) و بانون، هاریس و ترافتون^{۲۹} (۲۰۱۲) همسو بوده است. در تبیین فرضیه حاضر می توان گفت در شکل گیری رفتار و دیدگاه های اجتماعی فرزندان، جنبه های عاطفی روابط والدین و فرزندان نقش مهمی دارد. در خانواده هایی که والدین رفتارهای محبت آمیز دارند، معمولاً کودکان نیز با رفتارهای اخلاقی مثبت و احترام به دیگران و انگیزه پیشرفت رشد می یابند. تأثیر و نفوذ خانواده بر ابعاد مختلف رشد اجتماعی فرزندان بی شمار است. خویش پنداری و احساس ارزشمندی خود در حال شکل گیری فرزندان به شدت از نگرش های اعضای خانواده به خصوص پدر و مادر نسبت به او تأثیر می پذیرد. همچنین میزان پذیرش اجتماعی کودک از سوی همسالان و توانایی برقراری روابط صمیمانه با آنها از محیط خانوادگی او نشأت می گیرد. اگر والدین صادقانه به فرزندان محبت کنند و به وی اعتماد کنند، او نیز دوست داشتن دیگران و مورد علاقه دیگران بودن را یاد می گیرد. کودکانی که توانایی های ضروری برای کارکردهای بین فردی مؤثر را یاد نگرفته اند. پرخاشگر، تندخو و منزوی و ناسازگارند و مورد تنفر دیگران قرار گرفته و توان همکاری مؤثر با دیگران را ندارد و به شدت در معرض خطرات جسمی، روحی، اخراج از مدرسه و آسیب های اجتماعی می باشند. روش های انضباطی والدین با سوء مصرف مواد در فرزندان به عنوان یکی از مهمترین آسیب اجتماعی نیز ارتباط دارد. والدین نوجوان معتاد، بیشتر از سبک والدینی استبدادی و طردکنندگی استفاده می کنند در حالی که کاهش تنبیه در خانواده، بکارگیری مهارتهای والدینی و بهبود ارتباطات خانوادگی امکان ابتلاء به اعتیاد و آسیب های اجتماعی را کاهش می دهد. در بسیاری از تحقیقات به اهمیت عملکرد خانواده بر رشد نوجوان اشاره شده و فرایندهای والدینی از جمله نقش مدیریتی و نظارتی والدین، همبستگی خانواده، ارتباط والدین و نوجوان و سبک والدین، و بسیاری از عوامل دیگر را

²⁸ . Bendtsen, Damsgaard, Tolstrup, Ersbøll, Holstein

²⁹ . Bonn, Harris, Trafton

بررسی کرده اند. این یافته ها مطرح می کند که کنترل رفتاری و همبستگی و عدم تضاد در محیط خانواده می تواند رشد مثبت مفهوم خود و کفایت اجتماعی را سبب شود (سانتراک^{۳۰}، ۲۰۰۵؛ شهسواری، ۱۳۸۲). عامل کنترل و نظارت مؤثر بر رفتار نوجوان همراه با روش متقاعدسازی عامل مهمی در پیشگیری از آسیب های اجتماعی در نوجوانان پسر می باشد، به طوری که نمونه های با درگیری کم تر در آسیب پذیری رفتارهای مخاطره آمیز وجود کنترل به همراه شیوه متقاعدسازی را گزارش دادند و بر عکس وجود آزادی بیش از حد و شیوه کنترل مجبورسازی به عنوان عوامل خطر آفرین می باشند. بنابراین آزادی و عدم کنترل و روابط نامناسب با والدین و افراد خانواده، احتمالاً به عنوان عامل خطر ساز ایفای نقش می کرده است و عملکرد مثبت خانواده و روابط گرم با والدین و افراد خانواده به عنوان عامل محافظتی عمل می کرده است (خسروی، کیامنش، السادات بنی جمالی و نیک منش، ۱۳۸۵). باقری کراچی و مهرابی (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان داد که میانگین نگرش به آسیب اجتماعی دانش آموزانی که والدین آنان تحصیلات پایین تر، سن بالاتر، وضعیت اقتصادی نامطلوب تر دارند نسبت به بقیه دانش آموزان بیشتر است. همچنین میانگین نگرش به آسیب اجتماعی دانش آموزانی که پدر آنان بیکار است، مادر آنان نیز شاغل نیست و یا پدر و مادر آنان با هم زندگی نمی کنند، نسبت به بقیه دانش آموزان بالاتر است. یافته های تحقیقی (یحیی زاده، ۱۳۸۸) نشان می دهد که خانواده به صورت مستقیم و غیرمستقیم نقش بسیار مهمی در گرایش کودکان و نوجوانان به رفتارهای مخاطره آمیز از جمله مواد مخدر و مشروبات الکلی و به تبع آن آسیب های اجتماعی ایفا می کند. اطلاعات حاصل از مصاحبه های بالینی نشان می دهد شیوه نادرست سرپرستی والدین در گرایش آنها به مصرف مواد مخدر نقش بسزایی داشته است. چن (۲۰۱۶)^{۳۱} معتقد است که در خصوص ارتباط مثبت عملکرد خانواده و مولفه های آن با متغیر قربانی شدن باید گفت با توجه به اینکه هرچه نمره دانش آموز در متغیر عملکرد خانواده بیشتر باشد یعنی عملکرد خانواده نامناسب تر باشد، قربانی شدن در مدرسه بیشتر می شود. یافته های پژوهشی نشان می دهد که فرایندهای خانواده بر اضطراب، افسردگی و فشار روانی نوجوانان اثر می گذارد خانواده محیط مهمی است که با طیف وسیعی از رفتارهای اجتماعی و هیجان، با فرزندان ارتباط دارد. بانون و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه ای به این نتیجه دست یافتند که گفتگو و روابط نزدیک والدین با فرزندان از زورگویی آن ها جلوگیری کرده و پرخاشگری والدین احتمال زورگویی را در نوجوانان افزایش می دهد.

همچنین این پژوهش یافته دیگری نیز داشت، که بر اساس آن بین بهزیستی روانشناختی با نگرش به آسیب های اجتماعی در دانش آموزان دوره اول متوسطه شهر تبریز رابطه غیر مستقیم وجود دارد. یعنی با افزایش بهزیستی روانشناختی بر نگرش به آسیب های اجتماعی نیز کاسته می شود. این نتایج با یافته های پژوهشگرانی از جمله جنگی زهی (۱۳۹۶)، افخمی عقدا و همکاران (۱۳۹۵)، نوروزی و امیری مجد (۱۳۹۴)، عطادخت، رنجبر، غلامی و نظری (۱۳۹۲)، دیاز، اسپنیدر و منتل^{۳۲} (۲۰۱۲) و اولچوسکی، گراهام، بورلی و دوبکینک^{۳۳} (۲۰۰۹) همسو بوده است. در تبیین فرضیه حاضر می توان گفت که بهزیستی روانشناختی بر کنترل بیماری ها و واکنش پذیری افراد در مقابل آسیب پذیری و مشکلات کمک می کند. لذا خانواده هایی که در آنان بهزیستی روانشناختی ارتقاء یابد جو سالمی را برای رشد و پرورش اعضاء خانواده تأمین می کند تا افراد خانواده رشد کنند و به استقلال برسند. بنابر تعریف ریف و کیز (۱۹۸۹) از دو مؤلفه ی روابط مثبت با دیگران و خودمختاری می توان نتیجه گرفت که خانواده هایی که دارای این ویژگی ها هستند تأثیر بسزایی بر کاهش آسیب پذیری اجتماعی و سلامت روان فرزندان شان خواهند داشت (صیدی سارویی، فرهنگ، امینی و حسینی، ۱۳۹۲). بهزیستی روانشناختی هم دارای مؤلفه های عاطفی و هم مؤلفه های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث وقایع پیرامون خودارزیابی مثبتی دارند، در حالیکه افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت زندگی شان را آسیب پذیر و نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی را تجربه می کنند بنابراین تجربه بهزیستی روانشناختی بالا و در پی آن تجربه هیجانات مثبت باعث بالا رفتن کیفیت زندگی می گردد و نقش خود را به عنوان مؤلفه ای مؤثر بر سلامت روانی خانواده و کاهش آسیب پذیری اجتماعی نگه

³⁰. Santrock

³¹ Chen

³². Diaz, Schneider, Mantal

³³. Olchowski, Graham, Beverly, Dupkanick

می دارد (میرز^{۳۴}، ۱۹۹۵). با توجه به مؤلفه خودپذیری، افراد دارای نگرش مثبت به خود می باشند که این مورد می تواند باعث تجربه های مثبت هیجانی و عاطفی شود و این مولفه در نگرش به آسیب های اجتماعی جایگاه ویژه ای برعهده دارد. طبق نظر لاکمن^{۳۵} ارتباط مثبت با دیگران (والدین، زوجین و فرزندان) به عنوان یکی از مؤلفه های بهزیستی روانشناختی بر کاهش آسیب های اجتماعی تاثیر می گذارد (تاتیلیوگ^{۳۶}، ۲۰۱۴). خودمختاری و تسلط بر محیط؛ نیز توانایی اشخاص برای انتخاب و ایجاد محیطی مناسب است که به عنوان یکی از شرایط اساسی سلامت روان و کاهش آسیب های اجتماعی مطرح است. این دیدگاه بر توانایی شخص در تغییر و ایجاد خلاقیت های از طریق فعالیت های ذهنی و جسمی توصیف می شود و تسلط بر محیط به معنای تغییر در محیط و استفاده از امکانات بالقوه در حد مورد نیاز می باشد (فرشاد، کلانترکوشه و فرح بخش، ۱۳۹۶). هدفمندی در زندگی به معنای احساسی هدایت شده است، بنابراین کسی که عملکرد مثبت گونه ای در زندگی دارد نشانه ای بر داشتن اهداف در زندگی است که نشان می دهد زندگی دارای معنا می باشد و این امر بر کاهش آسیب های اجتماعی موثر می باشد (ریف، ۲۰۰۶). رشد شخصی؛ عملکرد روانشناختی مطلوب خانواده نیازمند چیزی است که در ویژگی های قبلی یافت نمی شود و آن رشد و توسعه به عنوان یک سیستم کامل است، و نیاز به خودشکوفایی، گشودگی به تجربه، برای مثال، یک ویژگی برای عملکرد مثبت کامل شخص می باشد. جنگی زهی (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان داد بین مؤلفه های بهزیستی روانشناختی و سبک های مقابله ای و صفات شخصیت در دختران و زنان آسیب دیده اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. ایشان در مطالعات خود نیز بیان کرده است که زنان و دختران آسیب دیده اجتماعی به دلیل وضعیت خاص اجتماعی، روحی و روانی خود از سطح پایین بهزیستی روانشناختی برخوردار بوده و همین امر باعث ایجاد مشکلات برای زندگی آنها می باشد. افخمی عقدا و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان داد که بین آسیب های اجتماعی و کیفیت زندگی در جامعه رابطه معنی دار وجود دارد. همچنین بین آسیب های اجتماعی سرقت، پرخاشگری، استفاده از مواد مخدر، مسائل جنسی، خودکشی و فرافراز از خانه با کیفیت زندگی رابطه معنی دار وجود دارد. و در ادامه بیان می کند که وجود آسیب های اجتماعی می تواند جامعه را با دشواری های فراوانی روبرو ساخته و بر وضعیت سلامت جسمی و روانی آنان تأثیر سوء داشته باشد و سطح کیفیت زندگی را کاهش دهد. نوروزی و امیری مجد (۱۳۹۴) نیز در پژوهشی نشان دادند که آسیب شناسی رفتارهای پرخطر توانسته اند در مجموع ۹ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی را با نقش آفرینی دو مؤلفه استفاده قلیان و خشونت تبیین کند. عبارتی رفتارهای پرخطر با بهزیستی روانشناختی دختران رابطه منفی داشته است. اولچوسکی و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که مصرف سیگار با کاهش ورزش، سلامتی پایین و افزایش آسیب اجتماعی همراه است. در این پژوهش نقش عملکرد خانواده و بهزیستی روانشناختی بالاتر با کاهش نگرش به آسیب های اجتماعی همراه بوده است. بنابراین یافته حاضر، به عنوان یک مؤلفه مؤثر در پیشگیری از آسیب های اجتماعی بر آموزش های خانواده و ساختار خانواده توصیه می گردد. با توجه به اینکه پژوهش بر روی دانش آموزان دوره اول متوسطه شهر تبریز انجام گرفته است لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه ها باید ملاحظات مرتبط با ویژگی های این گروه سنی مد نظر قرار گیرد و پیشنهاد می گردد در مطالعات آتی پژوهش هایی طولی جهت استنباط رابطه علت و معلولی در مورد متغیرهای این پژوهش صورت گیرد.

34 . Myers,

35 . Lukmen

36 . Tatilioglua

منابع و مراجع

- [۱] اعتصامی نیا، سهیلا. حسینیان، سیمین. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و شیوه فرزند پروری با اعتیاد فرزندان به اینترنت در بین دانش آموزان دختر شهرستان خوی، اولین کنگره بین المللی روانشناسی و علوم تربیتی.
- [۲] افخمی عقدا، محمد. نعیم یآوری، مجید. ملک ثابت، حمزه. هوشنگ مهرپرور، امیر، فلاحتی، مریم. لائح، مهدیه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه آسیب های اجتماعی با کیفیت زندگی در شهر یزد. مجله علمی و پژوهشی علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۴، شماره ۳.
- [۳] آقایی، علی اکبر. تیمورتاش، حسن (۱۳۸۹) بررسی رابطه و فرآیند آسیب اجتماعی و امنیت اجتماعی. مقاله پژوهشی دانشنامه، دوره ۳، شماره ۴.
- [۴] باقری کراچی، امین. مهربانی، امیرحسین. (۱۳۹۶). مقایسه نگرش به آسیب اجتماعی در دانش آموزان بر حسب زمینه های خانوادگی، فصلنامه، دانشکده علوم فنون و انتظامی، دوره ۹، شماره ۴.
- [۵] جنگی زهی، نسرین. (۱۳۹۶). رابطه بهزیستی روانشناختی، سبکهای مقابلهای و صفات شخصیت در دختران و زنان آسیب دیده اجتماعی (مطالعه موردی)، چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناختی.
- [۶] خسروی، زهره. کیامنش، علیرضا. السادات بنی جمالی، شکوه. نیک منش، زهرا. (۱۳۸۵). بررسی کیفی نقش عملکرد خانواده در بروز رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان، مطالعات روانشناختی، دوره ۴، شماره ۳.
- [۷] شهبوساری، محمدهادی. (۱۳۸۲). بررسی رابطه تعامل های درونی خانواده با رشد قضاوت های اخلاقی و سازگاری دانش آموزان پسر در شهرستان های اراک، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت معلم.
- [۸] صیدی سارویی، محمد. فرهنگ، صدف. امینی، مرضیه. حسینی، سیده مریم. (۱۳۹۲). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و ویژگیهای شخصیتی با بهزیستی روانشناختی با واسطه گری تاب آوری در بیماران ام. اس. روش ها و مدل های روانشناختی، سال سوم، شماره ۱۱.
- [۹] عبدالهی، محمد. (۱۳۸۳). مشکلات و فرایندهای اجتماعی در ایران، انتشارات تهران.
- [۱۰] عطادخت، اکبر. رنجبر، محمدجواد. غلامی، فائزه. نظری، طوبی. (۱۳۹۲). گرایش دانشجویان به رفتارهای پرخطر و ارتباط آن با متغیرهای فردی- اجتماعی و بهزیستی روان شناختی، مجله سلامت و مراقبت، دوره ۱۵، شماره ۴.
- [۱۱] غفاری فارسانی، صادق. حیدری، کامران. غفاری فارسانی، علی. غفاری فارسانی، مریم. (۱۳۹۵). نقش خانواده در پیشگیری از آسیب های اجتماعی، همایش پایش جرایم و آسیب های اجتماعی و راهکارهای پیشگیرانه، شهرستان فارس، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فارس.
- [۱۲] فرشاد، محمدرضا. کلانتر کوشه، سید محمد، فرحبخش، کیومرث. (۱۳۹۶). نقش بهزیستی روانشناختی در ارتقاء سلامت روانی خانواده، دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی.
- [۱۳] قمری، محمد. (۱۳۹۰). مقایسه ابعاد کارکرد خانواده و کیفیت زندگی و ارتباط این متغیرها در افراد معتاد و غیرمعتاد، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد. ۵، ۱۷، ۸۷-۹۵.
- [۱۴] نوروزی، خدیجه. امیری مجد، مجتبی. (۱۳۹۴). رابطه رفتارهای پرخطر و بهزیستی روانشناختی دختران دبیرستانی، مرکز همایش بین المللی صدا و سیما.
- [۱۵] یحیی زاده، حسین. (۱۳۸۸). تاثیر عوامل خانوادگی بر گرایش افراد ، به سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه پژوهش اجتماعی، ۲، ۱۲۳-۱۳۳.
- [16] Bendtsen P, Damsgaard MT, Tolstrup JS, Ersbøll AK, Holstein BE (2013). Adolescent alcohol use reflects community-level alcohol consumption irrespective of parental drinking. *J Adolesc Health*;53(3): 368-73.
- [17] Bergman MM, Scott J. (2001). Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: gender and socio-economic differences. *J Adolesc*. 24(2): 183-97.
- [18] Berry, H. L. (2008). Subjective perceptions about sufficiency and enjoyment of community participation and associations with mental health. *Australasian Epidemiologist*, 15(3), 4-9.

- [19] Bonn, M. O., Harris, A. H. S., & Trafton, J. A. (2012). Prevalence of cannabis use disorder diagnoses among veterans in 2002, 2008, and 2009. *Psychological Services*, 9, 404-416.
- [20] Chen JK, Astor RA.(2016). School Violence in Taiwan: Examining How Western Risk Factors Predict School Violence in an Asian Culture. *Interpersonal Violence*. 25(8),1388-1410.
- [21] Chloe uyen hoang. (2009). Promoting mental health in older adults. A dissertation in counseling psychology, Texas tech university.
- [22] Diaz J, Schneider R, Mantal PS.(2012). Globalization asre-traumatization: rebuilding Haiti from the Spirit Up. *Journal of Social Issues*. 68: 493-513.
- [23] Epstein, N. B. Baldwin. L. M., & Bishop, D. S. (1983). The Macmaster model of family assessment device. *Journal of Marital and Family therapy*. 9(2),171-180.
- [24] Farrelly C. Corbova D, Huang S, Estrada Y, Prado G. (2013). The role of acculturation and family functioning in predicting HIV risk behaviors among Hispanic delinquent youth J Immigr Minor Health. 15(3):83-476.
- [25] Hosseinbor, M., Bakhshani, N., & Shakiba , M. (2012). Family functioning of addicted and non-addicted individuals: A comparative study. *Int J High Risk Behaviour Addict*, 1(3), 109-114.
- [26] Larni Ch. (2000). Security Pathology. Tehran: Payam Pouya.
- [27] Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Jennifer, S. Y., Handley, S. Y., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 11(11), 1027-1038).
- [28] Magnus K, Diener E, Fujita F, Pavot W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 65(5): 1046-1053.
- [29] Myers, D. G, Diener. E. (1995) "Who is happy?" *Psychological science*. 6, 10-19.
- [30] Olchowski AE, Graham JW, Beverly EA, Dupkanick CW.(2009). Cigarette smoking, physical activity, and the health status of college students. *Journal of Applied Social Psychology*. 39(3): 683-706.
- [31] Rosmalen-Nooijens KA, Prins JB, Vergeer M, Wong SH, Lagro-Janssen AL (2013). "Young people,adult worries": RCT of an internet-based self-support method "Feel the ViBe" for children, adolescents .and young adults exposed to family violence, a study protocol. *MC Public Health*. 15; 13: 226.
- [32] Ryff, C. D. (2014). Psychological well- being revisited: Advance in the science and practice of eudemonia. *Psycho Therapy and Psychosomatics*, 83 (1): 10-28.
- [33] Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- [34] Ryff, C. D., Singer, B. H. (2006). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0.
- [35] Suntrrock, J. W.(2005). Adolescence. The McGraw. Hill Companies. www. Mhhe. Com/ Santrocklo.
- [36] Tatlılioğlu, K. (2014). Research Of Relation Between Undergraduates' Recognising Parent Attitudes With Psychological Well-Being, *Procedia - Social And Behavioral Sciences* 143, 463 – 470,
- [37] Weinstein, N., Brown, K. W., and Ryan, R. M. (2009). "A Multi-Method Examination of the Effect of Mindfulness on Stress Attribution, Coping and Emotional Well-being". *Journal of Research in Personality*. 43, 374-385.