

Risk and Protective Factors in Children's Development

Mohsen Amiri¹, Zahra Sadat Hosseini*²

1. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran

2. M.A of Psychology, Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran

Received: 2017.July.01

Revised: 2017.August.10

Accepted: 2017.August.21

Abstract

Background and Aims: Early years of life are of great importance, because what happens during childhood affects mental and physical health during life. Therefore, the objective of the current study was to briefly present protective and risk factors affecting children's growth.

Materials and Methods: In the present review study, some mentioned issues related to child protective and risk factors were searched and explored in Scopus, Springer, ScienceDirect databases as well as Google search engine for publications between 1980-2016 using risk factors, protective factors, normal growth, child, mental pathology, behavioral issues, and emotional issues keywords.

Conclusion: In the period between infancy and childhood, the quality of children's relation with their parents and caretakers, and all the environments in which they live and learn, has significant effects on their cognitive, emotional, and social growth. Therefore, it is essential that governments, health organizations, and families provide a secure supportive environment and also stable relationships that children need.

Keywords: Risk factors; Protective Factors; Development

Cite this article as: Mohsen Amiri, Zahra Sadat Hosseini. Risk and Protective Factors in Children's Development. J Rehab Med. 2018; 7(2): 285-300.

* **Corresponding Author:** Zahra Sadat Hosseini. M.A. Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran
Email: hosseiniz99@yahoo.com

DOI: 10.22037/jrm.2018.110947.1645

عوامل خطر ساز و محافظ رشد کودکان

محسن امیری^۱، زهرا سادات حسینی^{۲*}

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

* دریافت مقاله ۱۳۹۶/۰۴/۱۰ بازنگری مقاله ۱۳۹۶/۰۵/۱۹ پذیرش مقاله ۱۳۹۶/۰۵/۳۰ *

چکیده

مقدمه و اهداف

سال‌های اول زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا آنچه در دوران کودکی اتفاق می‌افتد در طول زندگی تأثیرات عمده‌ای بر سلامت فیزیکی و روانی خواهد داشت، بنابراین هدف پژوهش حاضر، ارائه خلاصه‌ای از عوامل خطر ساز و محافظ متداولی است که رشد کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

مواد و روش‌ها

در پژوهش مروری حاضر، برخی مباحث مطرح شده مرتبط با عوامل خطر ساز و محافظ رشد کودک، با استفاده از منابع اطلاعاتی Scopus، Science Direct، Springer و جستجوگر Google از سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۶ و با به‌کارگیری کلمات کلیدی عوامل خطر ساز، عوامل محافظ، رشد بهنجار، کودک، آسیب‌شناسی روانی، مشکلات رفتاری و مشکلات هیجانی جستجو و مورد بررسی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری

از بارداری تا دوران کودکی کیفیت روابط کودکان با بزرگسال‌ها و مراقبان‌شان و تمام محیط‌هایی که کودکان در آن زندگی می‌کنند و یاد می‌گیرند، تأثیر قابل توجهی بر رشد شناختی، هیجانی و اجتماعی آنها خواهد داشت، بنابراین لازم است تا دولت‌ها، سازمان‌های بهداشتی و خانواده‌ها محیط‌های امن، حمایتگر و روابط باثباتی که کودکان به آنها احتیاج دارند را فراهم آورند.

واژگان کلیدی

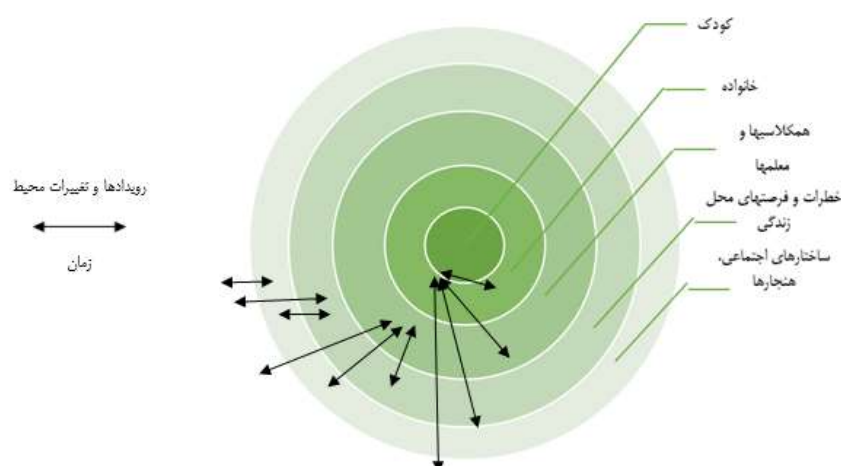
عوامل خطر ساز؛ عوامل محافظ؛ کودک؛ رشد

نویسنده مسئول: زهرا سادات حسینی، گروه روان‌شناسی دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

آدرس الکترونیکی: hosseiniz99@yahoo.com

مقدمه و اهداف

دوران کودکی و سال‌های اولیه زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا اتفاق‌ها و رخدادهایی که کودک در این دوران تجربه می‌کند، زندگی آینده وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در خصوص این موضوع، مطالعات بسیاری مشخص نموده‌اند که بسیاری از مشکلات دوران بزرگسالی مانند اختلال شخصیت، اختلال افسردگی و اضطراب ریشه در دوران کودکی دارند^[۱]، همچنین مطالعه پژوهش‌های صورت‌گرفته توسط محققین اعصاب و روان در دهه‌های اخیر، به فهم چرایی اهمیت رشد دوران کودکی در راستای تشکیل جامعه‌ای باثبات و پویا کمک بسیار زیادی خواهد کرد.^[۲، ۳] تشکیل ساختار پایه‌ای مغز پیش از تولد شروع می‌شود و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد، اما تجربیات اولیه کودکی، بر کیفیت این ساختار تأثیر بسزایی خواهد داشت، چرا که در سال‌های اولیه در هر ثانیه تعداد ۷۰۰ سیناپس عصبی تشکیل می‌شود.^[۴، ۵] و پس از این دوره تکثیر سریع، سیناپس‌های عصبی طی فرآیندی به نام هرس^۱ کاهش می‌یابند که نتیجه آن افزایش کارآمدی مدارهای مغز خواهند بود.^[۶] بنابراین لازم است تا به نیازها و احتیاجات رشدی کودکان در طی این دوره حساس به طور مناسبی پاسخ داده شود. تحقیقات نشان داده‌اند که کودکان برای حفظ و ارتقای سلامتی‌شان به چه ویژگی‌های شخصی و محیطی نیاز دارند، مثلاً وجود رابطه‌ای باثبات و پاسخگو مابین کودک و مراقبانش و تجارب غنی یادگیری در دوران کودکی می‌تواند فواید دائمی در جهت یادگیری و سلامت فیزیکی و روانی وی به همراه داشته باشد.^[۷] در مقابل، بررسی بیولوژیکی استرس در دوران کودکی نشان می‌دهد که استرس مزمن ناشی از ناهنجاری‌هایی چون فقر، سوءاستفاده یا غفلت، رشد ساختار مغز را ضعیف کرده و سیستم پاسخگویی استرس بدن را به‌طور دائم در حالت فعال نگه می‌دارد که پی‌آمد آن افزایش چشمگیر خطر ابتلا به طیف وسیعی از بیماری‌های مزمن خواهد بود.^[۷] بنابراین روشن است که بررسی شاخص‌ها و رویدادهای اولیه‌ای که به نحوی رشد، سلامت روان و بهزیستی کودک را در سراسر زندگی وی تهدید و یا محافظت می‌کنند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به این منظور، در نظر گرفتن دیدگاهی که شامل فرد و بستر زندگی وی است، ضروری خواهد بود. دیدگاه الگوی زیست بوم‌شناختی^۲ که توسط برونفن برنر^۳ ارائه شده است، چنین نقطه‌نظری را فراهم می‌آورد. در این دیدگاه، برنر تأثیرات بافتی را در فرآیند رشد دخیل می‌داند و شخص را به‌صورتی در نظر می‌گیرد که در یک سیستم پیچیده‌ی روابط، رشد خواهد کرد که چندین سطح از محیط بر او اثر می‌گذارد، سطوحی که ناشی از تعاملات مستمر فرد و محیط می‌باشد.^[۸] مدلی که در تصویر ۱ نشان داده شده است، وجود سطوحی مختلف که عوامل محافظ و خطرناک مربوط به رشد در آنها به صورت بالقوه وجود دارد، مشخص شده است، همچنین نماد پیکان دوطرفه به این معنی است که عوامل مختلف در سطوح مختلف بر یکدیگر اثر متقابل دارند. (به عنوان مثال، کودک بر والدین و مراقبت‌کننده‌ی خود تأثیر می‌گذارد و در مقابل والدین کودک نیز به نوبه‌ی خود بر کودک تأثیر خواهند گذاشت). حال در پژوهش حاضر سعی بر آن است تا با استفاده از مدل بوم‌شناختی، عوامل خطرناک و محافظ رشد کودک به تفکیک لایه‌ها و طبقه‌هایی که کودک به‌طور مداوم با آنها در تعامل و برهمکنش است، مطرح شود. با توجه به تصویر ۱، در ابتدا ویژگی‌های شخصی خود کودک مانند جنسیت، میزان بهره‌ی هوشی، خلق‌وخوی کودک، میزان مهارت زبان و غیره مورد مطالعه قرار خواهد گرفت، پس از آن به مطالعه‌ی داخلی‌ترین لایه یعنی به بررسی سطح خانواده پرداخته می‌شود.^[۹]



تصویر ۱: مدل بوم‌شناختی اثرات متقابل لایه‌هایی که شامل عوامل خطرناک و محافظ

1 Pruning

2 Bioecological Model

3 Bronfenbrenner

برای مطالعه لایه مربوط به خانواده، ابعاد گوناگونی چون ویژگی‌های شخصی والدین مانند آسیب‌شناسی روانی والدین، سطح تحصیلات والدین، میزان جرم و تخلف والدین و غیره، ویژگی‌های جمعیتی و مرتبط به ساختار خانواده مانند جمعیت خانواده، انسجام خانواده، تأثیر طلاق و غیره، شاخص اقتصادی اجتماعی مانند سطح اقتصادی اجتماعی، سطح درآمد، وجود شغل ثابت و غیره و ویژگی مرتبط با رابطه بین والد و کودک مانند سبک دلبستگی، میزان حمایتگری و پاسخگویی والدین، استری فرزندپروری و غیره مورد بررسی قرار خواهد گرفت^[۱۲، ۱۱] و در انتها به بررسی پارامترهایی تحت عنوان عوامل خارج از خانه به بررسی لایه‌های مربوط به مدرسه، همسالان و معلمان مانند نگرش کودک به مدرسه، میزان تعهد مدرسه و میزان فعالیت کودک بعد از اتمام مدرسه و غیره، خطرات و فرصت‌های ناشی از محل زندگی مانند محله امن، میزان جرم و جنایت جامعه و غیره و ساختار اجتماعی و هنجارها مانند اثر جمعی، انسجام اجتماعی، میزان خدمات بهداشتی، هنجارها و قوانین جامعه و غیره پرداخته خواهد شد.^[۱۳-۱۵] بنابراین پژوهش حاضر با هدف مطالعه مروری عوامل و پارامترهایی که رشد بهنجار کودک را تسهیل نموده و یا در مقابل آن رشد طبیعی کودک را به نحوی به خطر انداخته و احتمال آسیب وی را افزایش می‌دهند، صورت می‌گیرد. همچنین در مطالعه حاضر سعی بر آن است تا عوامل گوناگون با نظمی خاص و در طبقه‌بندی قابل قبول ارائه گردد.

مواد و روش‌ها

برای استخراج اطلاعات مورد نیاز پژوهش حاضر، از مطالعات و تحقیقات منتشر شده در زمینه عوامل خطر ساز و محافظ رشد بهنجار کودکان در بازه زمانی ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۶ استفاده شده است. برای جستجوی این تحقیقات با به‌کارگیری کلمات کلیدی عوامل خطر ساز، عوامل محافظ، رشد بهنجار، کودک، آسیب‌شناسی روانی، مشکلات رفتاری و مشکلات هیجانی از منابع اطلاعاتی Science، Springer، Scopus، Direct و جستجوگر Google استفاده گردیده است. به این منظور در ابتدا، چکیده تمام پژوهش‌ها به طور دقیق مطالعه گردید و انتخاب پژوهش‌ها از میان مطالعات اولیه بر اساس معیار ورود صورت پذیرفت. بنابراین تنها مطالعاتی تحت پژوهش مروری قرار گرفتند که در وهله اول دوران کودکی را مورد مطالعه قرار داده بودند، بنابراین تحقیقاتی که به بررسی عوامل فوق در دوران نوجوانی و بزرگسالی پرداخته بودند، از پژوهش کنار گذاشته شدند، در وهله دوم رعایت بازه زمانی انتشار مقالات مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت پس از ارزیابی کیفیت پژوهش‌ها، مطالعات نهایی انتخاب شدند.

یافته‌ها

عوامل فردی

در پژوهش‌های مختلف چندین ویژگی فردی به عنوان عامل خطر ساز و یا عامل محافظ شناسایی شده است، در این راستا می‌توان به برخی رفتارها و توانایی‌ها، صفات درونی و روش‌های تفکر راجع به خود و رخدادهایی که در اطراف کودک در جریان است، اشاره نمود.^[۱۶] باید توجه نمود که عوامل محافظ اگرچه در شرایط سخت از کودک در قبال مبتلا شدن به اختلالات و ناهنجاری‌ها مراقب خواهد کرد، اما کودکان تحت تأثیر بسیاری عوامل خارجی نیز هستند.^[۱۷] در جدول ۱ عوامل و ویژگی‌های فردی که برای سلامت روان کودک نقش خطر ساز و یا محافظ را ایفا می‌کند، تعیین شده است. برخی از این عوامل مانند جنسیت^۴، هوشبهر^۵، خلق‌وخو^۶، تنظیم هیجان^۷، مهارت زبان^۸، سطح عاطفه مثبت^۹ کودک نسبت به دیگر ویژگی‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار هستند.

جدول ۱: عوامل خطر ساز و محافظ فردی

عوامل	توضیحات
جنسیت	دخترها نسبت به پسرها، در مواجهه با عوامل خطر ساز و مقابله با مشکلات رشدی مقاوم‌تر هستند و میزان آسیب‌پذیری کمتری را نشان می‌دهند. ^[۱۹، ۱۸، ۱۴]
هوشبهر	بهره هوشی متوسط و بالا به روش‌های مختلفی چون بالا بودن مهارت افراد در پردازش اطلاعات موثر و حل مسئله در مواجهه با تنش‌ها و مشکلات ^[۱۷] و به واسطه عملکرد بالا در مدرسه، پذیرش هنجارهای جامعه و پیوستن به گروه‌های دوستانی که از مقبولیت جامعه برخوردارند ^[۲۰] ، به عنوان عاملی محافظ در رشد بهنجار کودک موثر خواهد بود. ^[۲۱، ۲۲]
خلق‌وخو	کودکان دارای خلق‌وخوی دشوار بیشتر در معرض ابتلا به آسیب روانی و مشکلات رفتاری هستند، در حالی که کودکانی که دارای خلق‌وخوی

⁴ Gender

⁵ Intelligence

⁶ Temperament

⁷ Emotion Regulation

⁸ Language Skill

⁹ Positive Affect

<p>آسان هستند از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردارند.^[۳۳] کودکان دارای خلق‌وخوی آسان، با نظمی خاص به محرک‌های جدید پاسخ داده و در مقابل تغییرات سازگاری بالایی دارند، همچنین دیگران نیز به میزان بسیار زیادی پذیرای آنها هستند. در مقابل آن، کودکانی با خلق دشوار، نشانه‌هایی از بی‌نظمی‌های بیولوژیکی را بروز می‌دهند و در مواجهه با محرک‌های جدید با کناره‌گیری و به‌صورت منفی واکنش نشان می‌دهند.^[۲۴-۲۶، ۱۸]</p>	
<p>مستن^{۱۲} و کتاسورس^[۲۰، ۱۳] تنظیم خود را به دست آوردن کنترل توجه، هیجان و رفتار تعریف نموده‌اند. تنظیم هیجان به عنوان عامل محافظ انعطاف‌پذیری شناسایی شده است و به اهمیت آن در رشد بهنجار کودک تأکید شده است^[۲۷-۲۵]؛ همچنین توانایی تنظیم خود به عنوان هسته روابط بین فردی و روابط با هم‌سالان^[۲۸، ۲۷]، پیروی از قوانین^[۲۸] و کاهش خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب مطرح شده است.</p>	<p>هیجان موثر^{۱۰} و خودتنظیمی^{۱۱}</p>
<p>وجود هم‌زمان مشکلات و تأخیر در رشد زبان با نابهنجاری‌های سلامت روان گروه‌های بالینی کودکان قابل توجه است.^[۳۱-۳۰] بنر و همکارانش^[۳۲] میزان بروز هم‌زمان اختلالات زبان را در کودکانی با اختلالات روان ۷۱ درصد و وجود هم‌زمان مشکلات سلامت روان در کودکانی با اختلالات زبان را ۵۷ درصد برآورد کرده‌اند. بنابراین طبق این یافته‌ها هم‌پوشانی بسیار بالایی بین اختلالات وابسته به زبان و مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان وجود دارد. همچنین در دیگر پژوهش‌ها نشان داده شده است که کودکانی که در اوایل کودکی دارای اختلالات زبانی بوده‌اند، در آینده با احتمالی بیشتر نسبت به کودکان بهنجار، اختلالات روانی شایع دوران کودکی و نوجوانی چون افسردگی، اضطراب، مشکلات رفتار مخرب و اختلال توجه و بیش‌فعالی را در سطوح بالینی نشان می‌دهند.^[۳۳]</p>	<p>مهارت زبان و تأخیر در رشد زبان</p>
<p>عاطفه مثبت به عنوان جزئی از خلق‌وخو عمل می‌کند^[۳۴] و رفتارهایی چون لبخندزدن و خندیدن را شامل می‌شود.^[۳۶، ۳۵] پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین عاطفه مثبت کودک و اشکال مختلفی از عملکردهای تطبیقی مانند، سبک دلبستگی ایمن، شایستگی اجتماعی، تفکر خلاق و خودتنظیمی ارتباطی معنادار وجود دارد^[۳۸، ۳۷] و در مقابل وجود نابهنجاری در عاطفه مثبت، پیامدهای نامطلوبی چون افزایش احتمال بروز اختلال‌ها و نابهنجاری‌های رشدی را در کودک، به‌همراه خواهد داشت.^[۳۹، ۴۰] به صورت کلی، سطح متوسط عاطفه مثبت در رشد بهنجار کودک نقشی کمک‌کننده دارد و در مقابل، حد کرانی عاطفه مثبت (بالا و پایین) در کودک می‌تواند منجر به ایجاد ناسازگاری و نابهنجاری شود.^[۴۱] □</p>	<p>عاطفه مثبت کودک</p>
<p>قطعا ژنتیک در ایجاد و جلوگیری از ایجاد اختلالات روانی نقش بسیار مهمی دارد و به نوعی ژنتیک در بروز اختلالات روانی و مشکلات سلامت روان، هم نقش خطرناک و هم نقش محافظ را ایفا می‌کند.^[۴۲]</p>	<p>ژنتیک^{۱۴}</p>
<p>مشکلات پزشکی چون جراحت و عفونت در زمان جنینی کودک، اختلالات عصبی روان‌شناختی، آسیب دیدن مغز، در معرض مسمومیت قرار گرفتن کودک در هنگام بارداری و غیره در ایجاد و بروز مشکلات رفتاری، هیجانی و کارکردی کودکان نقش بارزی ایفا می‌کند.^[۴۲]</p>	<p>مشکلات پزشکی</p>
<p>مشکل توجه و اختلال ADHD در دوران کودکی، یکی از پیش‌بین‌های بروز رفتارهای خشونت‌آمیز در آینده است.^[۴۳]</p>	<p>مشکلات توجه و اختلال ADHD^{۱۵}</p>
<p>عزت نفس و اعتماد به نفس برای کودکانی که با همسالان بزهکار ارتباط دارند^[۴۴] و کودکانی که در محیط‌های فقیر زندگی می‌کنند^[۴۵]، اثر حفاظتی دارد.</p>	<p>عزت نفس^{۱۶} و اعتماد به نفس^{۱۷}</p>
<p>خودکارآمدی به باور شخصی فرد درباره توانایی‌هایش در رسیدن به اهدافش برمی‌گردد و این متکی بودن به خود، کودک را در تفکر و عمل مستقل و توانا می‌کند و این توانایی جزء عوامل محافظ شخصی افراد خواهد بود.^[۴۶]</p>	<p>خودکارآمدی^{۱۸}</p>
<p>کودکانی که از مهارت‌های بالایی کنار آمدن برخوردارند، می‌توانند اثر شرایط را تعدیل کنند.^[۱۷]</p>	<p>مهارت‌های کنار آمدن^{۱۹}</p>
<p>کودکانی که چنین می‌پندارند که بر شرایط کنترل دارند، نسبت به دیگر کودکان در شرایط و موقعیت‌های سخت زندگی، نسبتاً کمتر پاسخ منفی خواهند داد و آمادگی بیشتری برای حل مشکل پیش‌آمده خواهند داشت.^[۱۷]</p>	<p>منبع کنترل درونی^{۲۰}</p>
<p>عامل مشارکت در فعالیت‌های جامعه‌پسند برای افرادی که با همسالان بزهکار ارتباط دارند، بیشتر اثر محافظتی دارد.^[۴۷]</p>	<p>مشارکت در فعالیت‌های جامعه‌پسند^{۲۱}</p>
<p>احتمال بروز خشونت در کودکان و نوجوان‌هایی که نسبت به بزهکاری نگرش منفی دارند، کمتر است و نگرش منفی نسبت به بزهکاری اثری محافظ دارد.^[۴۸]</p>	<p>نگرش به بزهکاری^{۲۲}</p>

- 10 Effective Emotional
- 11 Self Regulation
- 12 Masten
- 13 Coatsworth
- 14 Genetic
- 15 Attention Problems/ADHD
- 16 Self-esteem
- 17 Self-confidence
- 18 Self-efficacy
- 19 Coping Skills
- 20 Internal Locus of Control
- 21 Involvement in Prosocial Activities
- 22 Attitudes Toward Delinquency

عوامل مرتبط با خانواده

پژوهش‌گران معتقدند که یکی از مهم‌ترین منابع برای رشد طبیعی کودک، حضور مراقبت‌کننده‌ای است که منابع مادی چون مواد غذایی، سرپناه و منابع انتزاعی تری چون عشق، مهرورزی، ایمنی و امنیت را برای وی فراهم نماید.^[۴۹] هنگامی که هر گونه اختلالی در این سیستم مراقبت‌کننده به وجود آید، شانس رشد طبیعی کودک به شدت محدود خواهد شد، در موارد خیلی شدید مانند برخی تیم‌خانه‌هایی که نیازهای پایه پرورشی کودکان تأمین نمی‌شود، عواقب رشدی بسیار شدید و انکارناپذیر خواهد بود.^[۵۰] حتی در شرایطی که نیازهای مادی کودک به بهترین شکل ممکن رفع گردد، فقدان رابطه‌ای گرم و صمیمی بین کودک و والدین با بروز مشکلات رفتاری و عاطفی متعددی مرتبط است.^[۵۱] در مقابل، در شرایطی که سیستم مراقبت‌کننده به صورتی فعال عمل نماید، می‌تواند به کودکان برای غلبه بر شرایط سخت کمک بسیار زیادی نماید.^[۴۹] والدین مهارت‌هایی را که فرزندانشان برای موفقیت در تکالیف بعدی رشدی نیاز دارند به آنها آموزش می‌دهند، برای ارائه رفتارهای قابل قبول آنها را راهنمایی می‌نمایند و برای رشد شناختی و اجتماعی آنها شرایط مورد نیاز را فراهم می‌کنند.^[۲۰] بنابراین بررسی نقش سیستم مراقبت‌کننده و خانواده به عنوان عامل خطر ساز و محافظ رشد بهنجار کودک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. برای تحقق بخشیدن بر این هدف لازم است تا جنبه‌های مختلفی چون ویژگی‌های شخصی والدین، ویژگی‌های جمعیتی و روابط والدین با یکدیگر، عوامل اقتصادی-اجتماعی خانواده و روابط والدین با کودک را مورد مطالعه قرار داد. در ادامه هر کدام از ابعاد مطرح‌شده به صورت کامل مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

ویژگی‌های شخصی والدین

ویژگی‌های شخصی والدین به عنوان یکی از ابعاد مربوط به سیستم مراقبت‌کننده و عملکرد خانواده، نقش مهمی را در رشد کودک ایفا می‌کند، از این بین می‌توان به عواملی چون سلامت روان والدین، سطح تحصیلات پدر و مادر، میزان جرم و تخلف خانواده اشاره نمود. با توجه به شاخص‌های مطرح‌شده برای بررسی تأثیر مراقبت‌کننده‌های اصلی، در فرآیند رشد کودک، مادر از نقشی کلیدی و مهم برخوردار است و چه در قالب عامل خطر ساز و چه در قالب عامل محافظ نقشی پررنگ خواهد داشت. در جدول ۲، عوامل و ویژگی‌های مرتبط با ویژگی‌های شخصی والدین که در راستای رشد بهنجار کودک نقش خطر ساز و یا محافظ را ایفا می‌کنند، عنوان شده است.

جدول ۲: عوامل خطر ساز و محافظ مرتبط با خانواده (ویژگی‌های شخصی والدین)

عوامل	توضیحات
آسیب‌روانی والدین ^{۲۳}	آسیب‌شناسی روانی والدین به شدت با احتمال ابتلای فرزندان به اختلال‌های روانی رابطه دارد. ^[۵۲، ۵۳] نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که به جز خودکشی، وجود هر اختلالی در والدین با افزایش احتمال و خطر ابتلای کودک به سطحی از آن اختلال، ارتباطی معنادار وجود دارد. ^[۵۲] اعتیاد والدین به الکل ^{۲۴} و مواد مخدر به عنوان عاملی پیش‌بینی‌کننده اختلال‌هایی چون اختلال سلوک، ADHD، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی شناخته شده است. ^[۵۵] همچنین اختلال شخصیت ضد اجتماعی والدین با بروز اختلال‌هایی چون ODD، ADHD و اختلال سلوک کودکان رابطه‌ی معنادار وجود دارد. ^[۵۶] افسردگی مادر ^{۲۵} رابطه بسیار قوی با مشکلات رفتاری، هیجانی و عملکردی کودک دارد. ^[۵۷، ۵۸، ۵۹] همچنین افسردگی پدر ^{۲۶} نیز به واسطه ایجاد تعارض در رابطه پدر و کودک با افزایش احتمال بروز مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده کودک به‌طور معنادار رابطه دارد. ^[۶۰]
سطح تحصیلات والدین	سطح پایین تحصیلات والدین، در شکل‌گیری مشکلات رفتاری کودک مانند بروز رفتار ضد اجتماعی به عنوان عاملی خطر ساز طبقه‌بندی شده است. ^[۶۱، ۶۲]
جرم و جنایت والدین ^{۲۷}	در صورتی که والدین خانواده خلافکار باشند، احتمال ارتکاب به جرم و بزهکاری فرزندان افزایش می‌یابد. ^[۶۳]
سن مادر ^{۲۸}	مادران سن بالاتر نسبت به مادران کم‌سن (نوجوان) در هنگام برقراری تعامل با فرزندانشان سطح حساسیت بیشتری را نشان می‌دهند و از لحاظ عاطفی و شناختی، شیوه فرزندپروری کارآمدتری را ارائه می‌دهند. ^[۶۴] کودکان مادران کم‌سن (نوجوان) به علت منابع محدود و مهارت پایین مادر، با احتمالی بیشتر از دیگر کودکان دچار اختلالات عاطفی-رفتاری و تأخیر رشد خواهند شد. ^[۶۵]
گرمی ^{۲۹} و ملایمت عاطفی مادر نسبت به کودک	میزان بالای گرمی و ملایمت عاطفی مادر برای کودکان دارای خلق‌وخوی دشوار ^[۶۶] ، کودکانی که در معرض روش تربیتی خشن هستند ^[۶۷] و کودکانی که در معرض خشونت اجتماعی ^[۶۸] هستند، نقشی محافظ ایفا می‌کند.

- 23 Parents' Psychopathology
- 24 Parents' Alcoholism
- 25 Maternal's Depression
- 26 Paternal's Depression
- 27 Parents' Criminality
- 28 Age of Mother
- 29 Warmth

میزان حساسیت ^{۳۰} مادر نسبت به کودک	میزان حساسیت بالای مادر برای کودکانی که در معرض روش تربیتی خشن ^[۶۹] ، خشونت خانگی ^[۷۰] و خشونت اجتماعی ^[۶۸] هستند، نقش محافظتی دارد.
میزان همدلی ^{۳۱} مادر نسبت به کودک	همدلی بالای مادر برای کودکانی که دارای مادرانی با سطح استرس بالا هستند، نقش محافظتی دارد. ^[۷۱]

ویژگی‌های جمعیتی و ساختار خانواده

از دیگر ابعاد مرتبط با خانواده که برای مطالعه عوامل خطر ساز و عوامل محافظ رشد بهنجار کودک ضروری است، ویژگی‌های ساختاری و جمعیتی خانواده می‌باشد. برخی از این عوامل مانند تعداد افراد خانواده، حضور و یا عدم حضور مادر بزرگ، خواهر و برادر بهنجار، وقوع طلاق و زندگی کودک با تک‌والد به بررسی رابطه ساختار و پیکره خانواده با میزان حفظ سلامت روان کودک می‌پردازد و برخی دیگر از عوامل مانند میزان همبستگی و انسجام خانواده، میزان مدیریت و نوع عملکرد خانواده، وقوع رویدادی ناگهانی که برای کودک شوک‌آور است، میزان استرس و تنش‌های موجود در خانواده و وجود تعارض بین والدین به مطالعه رابطه بافت خانواده با میزان آسیب‌پذیری سلامت روان کودک می‌پردازد. اسامی و توضیحات مربوط به این عوامل در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: عوامل خطر ساز و محافظ مرتبط با خانواده (ویژگی‌های جمعیتی و ساختار خانواده)

عوامل	توضیحات
جمعیت خانواده ^{۳۲}	خانواده‌های کم جمعیت نسبت به خانواده‌های پر جمعیت، فشار مالی کمتر و به تبع آن سطح استرس کمتری را نیز تجربه می‌کنند. ^[۷۲] جمعیت زیاد خانواده به عنوان یکی از پیش‌بین‌های ارتکاب به جرم و بزهکاری معرفی شده است. ^[۷۳]
وقوع رویدادی منفی و یا جدید در زندگی	وقوع رویدادهای منفی مانند از دست دادن یکی از والدین، جراحت شدید والدین، تولد جدید خواهر یا برادر در خانواده، تغییر محل زندگی و غیره را می‌توان به عنوان پیش‌بینی برای بروز مشکلات رفتاری ^[۷۴] و آسیب‌شناسی روانی کودکان در نظر گرفت. ^[۷۵]
انسجام خانواده ^{۳۳}	هنگامی که ساختار خانواده‌ای منسجم و یکپارچه باشد، در زمان روبروشدن با مشکلات و بحران‌های زندگی، به دلیل اتحاد و وجود تعهد در افراد احتمال حل مشکل بیشتر خواهد بود. ^[۴۶] وجود گرمی و انسجام در الگوی روابط خانواده در خانواده‌هایی که والدین از افسردگی رنج می‌برند، به عنوان عاملی محافظ شناسایی شده است. ^[۷۶]
استرس خانواده ^{۳۴}	استرس بالای زندگی، احتمال بروز اختلالات رشدی را در شکل مشکلات رفتاری و یا به شکل مشکلات مرتبط با آسیب‌شناسی افزایش می‌دهد. ^[۷۷]
طلاق ^{۳۵}	بین طلاق والدین و ظهور مشکلاتی چون افسردگی، کاهش پیشرفت تحصیلی، بروز رفتارهای پرخطر و افزایش تمایل به خودکشی در کودکان رابطه‌ای معنادار وجود دارد. ^[۷۸]
تک‌والدی (مادر) ^{۳۶}	مادر مجرد به عنوان عاملی خطر ساز برای سلامت روان کودک مطرح است. مادران مجرد بیشتر برای تأمین هزینه‌های خانواده دچار مشکل می‌شوند و بیش از دیگر خانواده‌ها به حمایت اجتماعی نیاز دارند. ^[۷۹]
حضور و دخالت مادر بزرگ ^{۳۷}	در صورتی که کودک در معرض روش تربیتی خشن و سخت‌گیرانه مادر قرار داشته باشد، دخالت مادر بزرگ به عنوان عاملی محافظ موثر خواهد بود. ^[۸۰]
رابطه والدین	وجود رابطه پایدار و صمیمی پدر و مادر با یکدیگر محیط سازگاری را برای کودک فراهم می‌آورد و به موجب آن سلامت و رشد کودک ارتقا می‌یابد. ^[۸۱]

30 Sensitivity

31 Empathy

32 Family Size

33 Family Cohesiveness

34 Family Stress

35 Divorce

36 Single Parenthood

37 Grandmother Involvement

تعارض خانواده ^{۳۸}	وجود تعارض در روابط بین فردی در خانواده، احتمال بروز مشکلات مربوط به سلامت روان را افزایش می‌دهد. ^[۸۳]
مدیریت ^{۳۹} و عملکرد خانواده ^{۴۰}	وجود تربیت، نظم و انضباطی ثابت در فرزندپروری برای کودکانی که سابقه زورگویی و قلدری دارند، اثر حفاظتی دارد. ^[۸۳]
داشتن خواهر و برادر بهنجار ^{۴۱}	زمانی که مراقبان اولیه نتوانند به صورت مداوم حضور داشته باشند، داشتن خواهر و یا برادری که بتواند از کودک مراقبت کند، نقش عاملی محافظ را برای کودک ایفا خواهد کرد. ^[۸۴]

عامل اقتصادی-اجتماعی

یکی دیگر از ابعاد مرتبط با سیستم خانواده که مطالعه آن به منظور بررسی عوامل خطر ساز و محافظ رشد بهنجار کودک لازم است، عوامل اقتصادی و اجتماعی می‌باشد. این عامل نیز مانند دیگر عوامل خود به تهابی تأثیرگذار نخواهد بود. مثلاً سطح نامطلوب اقتصادی-اجتماعی منجر به ایجاد شرایط نامساعد و تأثیرگذار دیگر خواهد شد و در نهایت برهمکنشی از عوامل بر رشد و سلامت روان کودک تأثیر خواهد گذاشت. این عامل نیز مانند دیگر عوامل از چندین عامل زیربنایی مانند سطح اقتصادی-اجتماعی، سطح درآمد خانواده و ثبات شغلی تشکیل شده است. عناوین کامل عوامل مربوطه در جدول ۴ گردآوری شده است.

جدول ۴: عوامل خطر ساز و محافظ مرتبط با خانواده (ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی)

عوامل	توضیحات
سطح پایین اقتصادی-اجتماعی ^{۴۲}	سطح بالای اقتصادی-اجتماعی به علت بالا بودن استطاعت خانواده‌ها برای تأمین کالاهای مورد نیاز، خدمات و منابع ضروری رشد کودکان، به طور بالقوه منجر به رفاه کودک خواهد شد و این عامل آسیب‌پذیری کودک را در مقابل مشکلات رفتاری و عاطفی کاهش خواهد داد. ^[۸۵] در مقابل کودکانی که در خانواده‌هایی با سطح اقتصادی-اجتماعی پایین رشد می‌کنند، به این منابع و تجربه‌های مورد نیاز دسترسی ندارند، در نتیجه در معرض خطر بروز مشکلات رشدی قرار می‌گیرند. ^[۸۶] به عبارت دیگر، شرایط نامساعد اقتصادی-اجتماعی خانواده تا حد زیادی آسیب‌شناسی روانی کودک را پیش-بینی می‌کند. ^[۷۵] و با افزایش نرخ ترک تحصیل، سوء مصرف مواد، بدرفتاری و کودک‌آزاری ارتباط دارد. ^[۸۱]
سطح درآمد پایین ^{۴۳}	فقر و تنگدستی خانواده به صورت مستقیم و غیرمستقیم (به واسطه تأثیری که بر عوامل دیگری چون سلامت روان والدین دارد) بر عملکرد هیجانی-اجتماعی کودکان تأثیر منفی می‌گذارد. ^[۷۹، ۸۷] یکی از عوامل خطر ساز مرتبط با درآمد ناکافی، مسکن نامناسب می‌باشد. ^[۸۸] و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بافت قدیمی خانه با تأخیر در پیشرفت تحصیلی کودکان رابطه دارد. ^[۸۹]
شغل ثابت	کودکان والدینی که برای مدتی بیکار بوده‌اند و یا کار خود از دست داده‌اند، نسبت به دیگر کودکان با احتمالی بیشتر از افسردگی و تنهایی رنج خواهند برد. ^[۹۰]
منابع و امکانات	ناکافی بودن منابع و امکانات ضروری برای رشد کودکان به شکل غیرمستقیم بر کارکردهای کودکان اثر منفی می‌گذارد و به عنوان عاملی خطر ساز در سلامت کودک مطرح است. ^[۹۱]

رابطه والدین با کودک

تا به اینجا، ابعاد مختلفی از ابعاد مرتبط با خانواده چون ویژگی‌های شخصی والدین، ویژگی‌های جمعیتی، ساختاری و اقتصادی خانواده مورد بررسی قرار گرفته است. حال سعی بر آن است تا یکی از مهم‌ترین جنبه‌های تأثیرگذار سیستم خانواده یعنی رابطه والدین با کودک توضیح داده شود. هر کدام از ابعاد به عنوان عاملی خطر ساز یا محافظ در رشد بهنجار کودک نقش مهمی را ایفا می‌کند، اما رابطه بین والدین با کودک از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. عناوین عوامل مربوط به رابطه والدین با کودک و توضیحات مربوط به هر کدام در جدول ۵ مطرح شده است. از مجموعه‌ای از این عوامل می‌توان به طور نمونه به کیفیت رابطه والدین با کودک، نوع سبک دلبستگی، اعمال بدرفتاری و تنبیه جسمی، میزان پاسخگویی و حمایت والدین اشاره نمود.

38 Family Conflict

39 Management

40 Family Functioning

41 Pro-Social Siblings

42 Income

جدول ۵: عوامل خطر ساز و محافظ مرتبط با خانواده (رابطه والدین با کودک)

عوامل	توضیحات
کیفیت رابطه والدین - کودک ^{۴۴}	حضور و توجه مثبت والدین در زمینه‌های مختلف چون تهیه مواد غذایی مناسب، محبت کردن و عشق ورزیدن به کودک و تأمین نیازهای امنیت و احساس ایمنی وی در حفظ سلامت روان کودک موثر است. ^[۴۹]
عملکرد خانواده ^{۴۵}	عملکرد ناکارآمد خانواده به عنوان عامل خطر ساز در زمینه افزایش احتمال ارتکاب جرم و تخلف شناخته شده است. ^[۹۲]
جو مثبت خانواده	وجود جو و فضای مثبت به همراه اختلافات کم بین والدین در رشد بهنجار کودک موثر خواهد بود. ^[۹۳]
دلبستگی ایمن ^{۴۶} ، ناایمن و آشفته	دلبستگی ایمن، الگویی از سبک دلبستگی است که در آن کودک به راحتی از والدین جدا می‌شود و در شرایط استرس‌زا در جهت یافتن والدین خود تلاش کرده و هنگام تعامل با والدینش، آنها را به عنوان پایگاهی ایمن تلقی می‌کند. ^[۹۴] کودکان دارای سبک دلبستگی ناایمن و آشفته، با احتمال بیشتری از دیگر کودکان، علائمی از اختلال‌های روانی که با معیارهای بالینی منطبق است را نشان می‌دهند. ^[۹۵، ۹۶، ۹۷] همچنین در کودکان دارای سبک دلبستگی آشفته، افزایش گزارش نشانه‌های افسردگی و کم‌رویی توسط خود کودک و افزایش گزارش اضطراب اجتماعی، بی‌توجهی و مشکلات فکری توسط والدین کودک دیده می‌شود. ^[۹۵]
پذیرش درک شده توسط والدین ^{۴۷}	پذیرش بالا توسط والدین در رشد بهنجار کودک اثر ارتقا ایفا می‌کند (اما برای عامل خطر ساز خشونت اجتماعی هیچ نقش حائلی ایفا نمی‌کند). ^[۹۸]
بدرفتاری ^{۴۸} ، غفلت ^{۴۹} از کودک، تنبیه بدنی و آزار جسمی ^{۵۰}	بدرفتاری با کودکان در انواع مختلف آن مانند غفلت، آزار جسمی، جنسی و غیره احتمال بروز رفتارهای خشونت‌آمیز را در سال‌های آتی کودک افزایش می‌دهد. ^[۹۹] همچنین، کودکانی که مورد آزار جسمی قرار می‌گیرند، نسبت به دیگر کودکان با احتمالی بیشتر دچار اختلال - هایی چون افسردگی، اضطراب ^[۱۰۰] ، اختلال رفتار مخرب ^[۱۰۱] ، مشکلات دلبستگی ^[۱۰۲] و مشکلات مهارت‌های اجتماعی ^[۱۰۳] می‌شوند.
حداقل یکی از مراقبت کننده‌ها رابطه‌ای گرم و حمایت‌گری با کودک داشته باشد.	حضور گرم و صمیمی حداقل یکی از والدین و یا مراقبت‌کننده‌ها (پدر بزرگ، مادر بزرگ، مادرخوانده و پدرخوانده) کسی که محدودیت - ها را برای کودک تعیین می‌کند، می‌تواند به عنوان عاملی محافظ بر سلامت روان کودک موثر باشد. ^[۱۰۴]
خشونت خانوادگی ^{۵۱}	کودکانی که شاهد خشونت خانگی هستند، با احتمالی بیشتر از دیگر کودکان در معرض مشکلات درونی‌سازی شده چون افسردگی و اضطراب و مشکلات برونی‌سازه شده چون قلدری و دروغ‌گویی قرار خواهند گرفت. ^[۱۰۵]
ابراز مخالفت و عدم تأیید رفتار ضد اجتماعی توسط والدین ^{۵۲}	عدم تأیید رفتارهای ضد اجتماعی توسط والدین برای عدم بروز مشکلات رفتاری به عنوان عاملی محافظ مطرح است، اما برای عوامل خطر ساز چون وجود سوء رفتار پیشین ^[۱۰۶] و استفاده مواد توسط همسالان ^[۱۰۷] نقش حائلی ایفا نخواهد کرد.
وجود روال و جریان عادی در خانواده ^{۵۳}	این عامل به وجود شرایطی ثابت در روابط و خانواده اشاره دارد، مثلاً والدین هر روز زمان مشخصی از سرکار به خانه برگردند و هر شب میزانی از وقت خود را صرف صحبت و بازی با فرزندانشان کنند. وجود روال عادی در خانواده به عنوان عاملی محافظ در رشد کودک تأثیر گذار می‌باشد. ^[۱۰۸]
استرس فرزندپروی ^{۵۴}	میزان استرس بالای فرزندپروی والدین احتمال بروز مشکلات درونی‌سازی شده، مشکلات برونی‌سازی شده ^[۱۰۸] و ارتکاب جرم و تخلف جدی توسط کودکان را افزایش می‌دهد. ^[۱۰۹]
نظارت والدین ^{۵۵}	آگاهی داشتن والدین از فعالیت‌هایی که کودک در خارج از خانه انجام می‌دهد ^[۱۱۰] ، نظارت بالای مادر برای کودکان دارای خلق‌وخوی دشوار ^[۱۱۱] و کودکانی که در مناطق محروم زندگی می‌کنند ^[۱۱۲] ، عامل محافظ محسوب می‌شود.
تنظیم ناکارآمد هیجان توسط والدین	تنظیم ناکارآمد هیجان والدین با نمایش مشکلات درونی‌سازی شده توسط کودکان ارتباط معنادار دارد، در این رابطه تنظیم ناکارآمد هیجان کودک نقش میانجی دارد. ^[۱۱۳]
پاسخدهی ^{۵۶} والدین	میزان بالای پاسخدهی والدین برای کودکان دارای خلق‌وخوی دشوار اثر محافظتی دارد. ^[۱۱۴]

44 Parent-child Relationship Quality

45 Family Functioning

46 Secure Attachment

47 Perceived Acceptance by Parent

48 Misbehavior

49 Neglect

50 Physical Abuse

51 Family Violence

52 Parent Disapproval of Antisocial Behavior

53 Routines in the Family

54 Parental Stress

55 Parental Monitoring

56 Responsiveness

<p>والدینی که در مسائل مربوط به آموزش و مدرسه مشارکت زیادی دارند و مدام با مسائل تحصیلی کودکانشان درگیر هستند، از سطح حمایتگری بالایی برخوردارند.^[۱۱۵] درگیری بالای والدین برای کودکانی که در مدارس با سطح خشونت بالاتر از حد بهنجار جامعه تحصیل می‌کنند^[۱۱۶] و یا در محله‌هایی با شرایط نامساعد زندگی می‌کنند^[۱۱۶]، اثر محافظ دارد. همچنین حمایتگری بالای والدین برای سلامت کودکانی که در معرض خشونت اجتماعی^[۱۱۷] و وقایع استرس‌زای زندگی^[۶۹] هستند، بسیار مفید است، اما لازم به ذکر است که حمایت مفرط از کودک و نوجوان احتمال ارتکاب به جرم و بروز رفتار بزهکاری را افزایش می‌دهد.^[۹۲]</p>	<p>مشارکت و حمایتگری والدین^{۵۷}</p>
<p>والدین در این سبک از فرزندپروری در تأمین ضروریات پرورش کودک، ایجاد رابطه‌ای گرم و صمیمی با کودک و کنترل رفتارهای وی بسیار کوشا هستند.^[۱۱۸]</p>	<p>فرزندپروری مقتدرانه^{۵۸}</p>

عوامل محافظ در خارج از محیط خانواده

سلامت و رشد بهنجار کودکان نه تنها تحت تأثیر ویژگی‌های فردی و خانواده‌ای که در آن رشد می‌کنند، قرار دارد، بلکه به واسطه تعامل و ارتباط بالایی که با محیطی خارج از محیط خانواده دارند، تحت تأثیر لایه‌های مختلفی چون جمع دوستان و همسالان، مدرسه، محله و شبکه‌های اجتماعی و جامعه نیز هستند.^[۱۱۷] بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که محیط فیزیکی و جامعه نیز بر سلامت و رشد بهنجار کودکان اثر بسزایی خواهند گذاشت و مطالعه هر کدام از آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. لازم به ذکر است که عوامل فوق در پژوهش حاضر، در دو سطح عوامل مرتبط با همسالان و مدرسه و عوامل مربوط به محل زندگی و جامعه مورد بررسی قرار گرفته است.

عوامل مرتبط با همسالان و مدرسه

کودکان بخش قابل توجهی از وقت خود را در مدرسه و در تعامل با همسالان، همکلاسی‌ها و معلمان خود می‌گذرانند. تجربه‌های حاصل از مدرسه برای کودکانی که دوران اواخر کودکی و نوجوانی خود را می‌گذرانند، بسیار با عملکرد روانیشان مرتبط است.^[۱۱۹] در نتیجه در راستای بررسی عوامل خطر ساز و محافظ رشد کودک لازم است تا جنبه‌های مرتبط با این سطح از تعاملات کودک نیز مورد بررسی قرار گیرد. از مجموعه‌ای از این عوامل می‌توان به نگرش کودک به مدرسه، میزان تعهد مدرسه و میزان فعالیت کودک بعد از اتمام مدرسه اشاره نمود. لیست عوامل مرتبط با همسالان و مدرسه و توضیحات مربوط به آن در جدول ۶ مطرح شده است.

جدول ۶: عوامل خطر ساز و محافظ مرتبط با محیط خارج از خانواده (عوامل مرتبط با همسالان و مدرسه)

عوامل	توضیحات
<p>داشتن همسالان مثبت و برقراری و تعامل مثبت با آنها</p>	<p>کودکانی که با همسالانی مثبت رابطه دارند، از انعطاف‌پذیری رفتاری بیشتری برخوردارند^[۱۱۷] و همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که اثر حفاظتی عامل تعامل مثبت با همسالان برای کودکان دارای خلق و خوی دشوار به میزان بیشتری تأثیر گذار است (این اثر فقط در کودکان دختر مشاهده شده است).^[۱۲۰]</p>
<p>دوستی با همسالانی که هنجار جامعه را رعایت می‌کنند.^{۵۹}</p>	<p>روابط دوستی بهنجار با ارائه سیستم‌های حمایتی مناسب، به پرورش سازگاری آموزشی، اجتماعی و عاطفی کمک می‌کنند.^[۱۱۷، ۱۰۴]</p>
<p>محیط مثبت مدرسه^{۶۰}</p>	<p>محیط مثبت فرصت و امکان شکل‌گیری و ایجاد روابط بهنجار کودک با همسالان و بزرگسالان را فراهم می‌کند.^[۱۱۵]</p>
<p>دلبستگی و ارتباط در مدرسه</p>	<p>افرادی که احساس دلبستگی و ارتباط بیشتری را با مدرسه گزارش می‌دهند، سطوح پایین‌تری از مشکلات عاطفی، رفتارهای پرخطر و خشونت را نشان می‌دهند.^[۱۱۹]</p>
<p>نگرش نسبت به مدرسه^{۶۱}</p>	<p>نگرش منفی نسبت به مدرسه خطر بروز رفتارهای خشونت‌آمیز را افزایش می‌دهد.^[۱۲۱، ۴۸]</p>
<p>میزان تعهد مدرسه^{۶۲}</p>	<p>تعهد مدرسه به عنوان عامل محافظ خطر بروز رفتارهای خشونت‌آمیز، قانون‌شکنی و بزهکاری را کاهش می‌دهد.^[۱۰۶]</p>
<p>فعالیت‌های بعد از مدرسه^{۶۳}</p>	<p>مشارکت کودکان در فعالیت‌های فوق برنامه مانند فعالیت‌های هنری، رقص، موسیقی، تئاتر و فعالیت‌های ورزشی به عنوان عاملی محافظ موثر خواهد بود.^[۱۰۴]</p>

57 Supportive Parents

58 Authoritative Parenting

59 Relationships with Prosocial Peers

60 Positive School Environment

61 Attitudes Toward School

62 School Commitment

63 After School Activities

عوامل مربوط به محل زندگی و جامعه

کودک از ابتدای زندگی به صورت مستقیم و بیش از آن به صورت غیرمستقیم تحت تأثیر شرایط محیطی و ویژگی‌های جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، قرار می‌گیرد. این محیط به شکل‌های مختلفی رشد بهنجار کودک را دستخوش تغییرات قرار می‌دهد، اما تأثیرات آن با افزایش سن و تعاملات کودک با جامعه به میزان چشمگیری افزایش خواهد یافت.^[۱۳۳] حال این تغییرات می‌تواند نقش خطرناک یا محافظ را برای سلامت و رشد کودک داشته باشد. مثلاً میزان جرم و جنایت جامعه با میزان بروز خشونت در کودکان و نوجوانان رابطه‌ای معنادار دارد، افرادی که در جامعه‌ای با نرخ متوسط جرم و جنایت و فقر زندگی می‌کنند، در مقایسه با افرادی که در جامعه‌ای با نرخ بالای جرم و جنایت و فقر هستند، به طور معنادار میزان خشونت کمتری را نشان می‌دهند.^[۴۸] از مجموعه‌ای از این عوامل، می‌توان به انسجام ساختار جامعه، اثر جمعی و میزان خدمات بهداشتی اشاره نمود. لیست عوامل مربوط به محل زندگی و جامعه و توضیحات مربوط به آن در جدول ۷ مطرح شده است.

جدول ۷: عوامل خطرناک و محافظ مرتبط با محیط خارج از خانواده (عوامل مربوط به محل زندگی و جامعه)

عامل	توضیحات
اثر جمعی ^{۶۴}	اثر جمعی احساس مشترک شایستگی اجتماعی است و دارای دو مولفه انسجام اجتماعی، اعتماد و کنترل غیررسمی اجتماعی است و به واسطه‌ی مسئولیت، همکاری و ارتباطات، سلامت رفتار افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ^[۱۳۳] اثر جمعی به عنوان عاملی محافظ در بروز رفتارهای تهاجمی و بزهکاری به حساب می‌آید. ^[۱۳۴، ۱۳۵] لازم به ذکر است که اثر محافظتی این عامل برای کودکانی که در مناطق محروم زندگی می‌کنند، بیشتر خواهد بود. ^[۱۳۶] همچنین اثر محافظتی انسجام اجتماعی نیز برای کودکانی که در معرض غفلت و بی‌توجهی والدین هستند ^[۱۳۴] و کودکانی که به دلیل داشتن مراقبی افسرده نادیده انگاشته شده‌اند ^[۱۳۷] ، اثر حفاظتی بالاتری را نشان می‌دهد.
انسجام ساختار محله و جامعه و میزان ناامنی محله	محیط و ساختار اجتماعی نقش مهمی را به عنوان عامل محافظ ایفا می‌کند و منجر به بالا رفتن میزان انعطاف‌پذیری می‌شوند. محله ناایمن با نرخ بالای خشونت و جنایت و فقدان زیرساخت و خدمات بهداشتی مناسب همراه است. ^[۱۳۸] بنابراین کودکانی که در محیط ناامن زندگی می‌کنند، وضعیت نامناسبی خواهند داشت و نسبت به مشکلات رشدی آسیب‌پذیر خواهند بود. ^[۱۳۹]
خدمات دولتی و عمومی بهداشت ^{۶۵} و مداخله زودهنگام ^{۶۶}	خدمات بهداشت و درمان همگانی مناسب نقشی محافظ در آسیب‌شناسی روانی ایفا می‌کند. ^[۱۴۰] مداخله زودهنگام و به موقع در شرایطی که کودکان حمایت کافی را از مراقبان اولیه خود دریافت نمی‌کنند، برای حفظ سلامت روان کودکان و در راستای پیشگیری از آسیب‌شناسی عاملی محافظ خواهد بود. ^[۱۴۱]
به‌کارگیری آداب‌ها و هنجارهای جامعه ^{۶۷}	این عامل، آداب و رسوم فرهنگی، روال‌ها، هنجارهای سنتی، ارزش‌ها، استانداردها و قوانین را شامل می‌شود. ^[۱۴۲]
میزان جرم و جنایت جامعه	میزان جرم و جنایت محیط زندگی افراد به عنوان عاملی خطرناک در سلامت روان کودکان موثر خواهد بود و همچنین به عنوان پیش‌بین بزهکاری کودک در دوران نوجوانی و بزرگسالی شناسایی شده است. ^[۱۳۱]
کیفیت خانه‌ها ^{۶۸}	این عامل، شرایط ساختاری خانه، نظافت و غیره را مورد بررسی قرار می‌دهد. کیفیت پایین خانه به عنوان عاملی خطرناک عمل خواهد کرد و مانند میزان جرم و جنایت جامعه یکی از پیش‌بین‌های بزهکاری خواهد بود. ^[۱۳۱]

نتیجه گیری

بر اساس پژوهش مروری حاضر، می‌توان چنین نتیجه گرفت که از بارداری تا دوران کودکی، تمام محیط‌هایی که کودک در آن زندگی می‌کند، تأثیر قابل توجهی بر شناخت، هیجان و رشد اجتماعی وی خواهد داشت، همچنین تحقیقات بسیاری نیز تأثیر بسزای دوران کودکی بر مشکلات و اختلالات بزرگسالی را تایید می‌نمایند.^[۱] در این خصوص، پژوهش‌های تجربی، فهرست گسترده‌ای از عوامل خطرناک و محافظ رشد بهنجار کودک را شناسایی کرده‌اند. این عوامل هنگامی که نقش عامل خطرناک را ایفا می‌کنند، آسیب‌پذیری کودک را در برابر

64 Collective Efficacy

65 Adequate Health Service

66 Early Intervention

67 Uses Rituals and Norms

68 Quality House

مشکلات و ناپهنجاری‌های عاطفی، رفتاری و اجتماعی افزایش می‌دهند^[۱۳۳] و هنگامی که نقش عامل محافظ را ایفا خواهند کرد، مقاومت و پایداری کودک را در برابر خطرات افزایش خواهند داد.^[۱۱۵] از آن جایی که به احتمال زیاد بیشتر کودکان در طول رشد حداقل یک مرتبه با عوامل خطرناک روبرو خواهند شد، بررسی و مطالعه آنها امری ضروری می‌باشد. فهرست عواملی که از مطالعه و جمع‌آوری پژوهش‌های گذشته حاصل شده است، در سطوح مختلف ویژگی‌های مرتبط با کودک، ویژگی‌های مربوط به خانواده و ویژگی‌های مربوط به محیط خارج از خانه که شامل مدرسه، محله و جامعه می‌باشد، طبقه‌بندی شده است. با استفاده از این نتایج، پژوهشگران، دولت‌ها، مدارس و خانواده‌ها می‌توانند در جهت ارتقای سلامت کودکان جامعه نقش بسزایی ایفا نمایند^[۱۳۳] و عواملی را که جزو عوامل پویا طبقه‌بندی خواهند شد را در جهت بهبود وضعیت سلامت روان تغییر دهند.^[۱۳۴] مثلاً با بهبود ویژگی‌های فردی خود کودک مانند ارتقای سطح خودتنظیمی و عزت نفس کودک و آموزش سبک دلبستگی ایمن و سبک فرزندپروری مقتدرانه به والدین می‌توان در جهت کاهش خطر ابتلای کودکان به مشکلات روانی-اجتماعی اقدامی مناسب نمود. به همین ترتیب دولت‌ها و سازمان‌های بهداشتی نیز می‌توانند با کنترل میزان جرم و جنایت جامعه، میزان بیکاری افراد و بهبود ارائه خدمات بهداشتی-درمانی محیط و فضایی مناسب جهت رشد کودکان فراهم نمایند.

منابع

1. Fryers T, Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*. 2013;9:1.
2. Knudsen, E.I., et al., Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2006. 103(27): p. 10155-10162.
3. Child, H.U.C.o.t.D., A Science-based Framework for Early Childhood Policy: Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children. 2007: Center on the Developing Child, Harvard University.
4. Bourgeois, J., Synaptogenesis, heterochrony and epigenesis in the mammalian neocortex. *Acta Paediatrica*, 1997. 86(S422): p. 27-33.
5. Huttenlocher, P.R. and A.S. Dabholkar, Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. *Journal of comparative Neurology*, 1997. 387(2): p. 167-178.
6. Shonkoff, J., The timing and quality of early experiences combine to shape brain architecture: working paper no. 5. Cambridge, MA: National Scientific Council on the Developing Child, 2007.
7. Shonkoff, J., et al., Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain. 2009, Working Paper 3. Retrieved from www.developingchild.harvard.edu.
8. Bronfenbrenner, U., Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 1977. 32(7): p. 513.
9. Bronfenbrenner, U. and S.J. Ceci, Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological review*, 1994. 101(4): p. 568.
10. Bronfenbrenner, U., Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 1986. 22(6): p. 723.
11. Bradley, R.H., et al., The home environments of children in the United States Part II: Relations with behavioral development through age thirteen. *Child development*, 2001. 72(6): p. 1868-1886.
12. Burchinal, M., et al., Social risk and protective child, parenting, and child care factors in early elementary school years. *Parenting: Science and Practice*, 2006. 6(1): p. 79-113.
13. Rutter, M., Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. 2000.
14. Luthar, S.S., J.A. Sawyer, and P.J. Brown, Conceptual issues in studies of resilience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2006. 1094(1): p. 105-115.
15. Masten, A. and M. Reed, Resilience in development. [In:] CR Snyder, SJ López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). 2002, New York: Oxford University Press. McCubbin, HI, Thompson, EA, Thompson, AI, & Futrell, J.(1999). *The dynamics of resilient families*. London: SAGE Publications.
16. Masten, A.S., J.L. Powell, and S.S. Luthar, A resilience framework for research, policy, and practice. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 2003: p. 1-25.
17. Vanderbilt-Adriance, E. and D.S. Shaw, Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2008. 11(1-2): p. 30-58.
18. Bassarath L. Conduct disorder: a biopsychosocial review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2001;46(7):609-16.
19. Condly, S.J., Resilience in children a review of literature with implications for education. *Urban Education*, 2006. 41(3): p. 211-236.
20. Masten, A.S. and J.D. Coatsworth, The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*, 1998. 53(2): p. 205.
21. White, J.L., T.E. Moffitt, and P.A. Silva, A prospective replication of the protective effects of IQ in subjects at high risk for juvenile delinquency. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1989. 57(6): p. 719.
22. Tiet, Q.Q., et al., Resilience in the face of maternal psychopathology and adverse life events. *Journal of Child and Family Studies*, 2001. 10(3): p. 347-365.
23. Mathewson, K., V. Miskovic, and L. Schmidt, Individual differences in temperament: Definition, measurement, and outcomes. 2012.

24. Chess, S., Temperament in clinical practice. 1995: Guilford Press.
25. Buckner, J.C., E. Mezzacappa, and W.R. Beardslee, Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and psychopathology*, 2003. 15(01): p. 139-162.
26. Werner, E.E., Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and psychopathology*, 1993. 5(04): p. 503-515.
27. Eiesenberg, N., et al., The Relations of Regulation and Emotionality to Resiliency and Competent Social Functioning in Elementary School Children. *Child development*, 1997. 68(2): p. 295-311.
28. Feldman, R. and P.S. Klein, Toddlers' self-regulated compliance to mothers, caregivers, and fathers: implications for theories of socialization. *Developmental psychology*, 2003. 39(4): p. 680.
29. Cohen, N.J., Language impairment and psychopathology in infants, children, and adolescents. 2001: Sage Publications.
30. Conti-Ramsden, G., Commentary: Increased risk of later emotional and behavioural problems in children with SLI—reflections on Yew and O’Kearney (2013). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2013. 54(5): p. 525-526.
31. Cantwell, D.P. and L. Baker, Clinical significance of childhood communication disorders: Perspectives from a longitudinal study. *Journal of Child Neurology*, 1987. 2(4): p. 257-264.
32. Benner, G.J., J.R. Nelson, and M.H. Epstein, Language Skills of Children with EBD A Literature Review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2002. 10(1): p. 43-56.
33. Yew, S.G.K. and R. O’Kearney, Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2013. 54(5): p. 516-524.
34. Rothbart, M.K., *Becoming who we are: Temperament and personality in development*. 2011: Guilford Press.
35. Gartstein, M.A. and M.K. Rothbart, Studying infant temperament via the revised infant behavior questionnaire. *Infant Behavior and Development*, 2003. 26(1): p. 64-86.
36. Rothbart, M.K., et al., Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child development*, 2001. 72(5): p. 1394-1408.
37. Lengua, L.J., Associations among emotionality, self-regulation, adjustment problems, and positive adjustment in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2003. 24(5): p. 595-618.
38. Greene, T.R. and H. Noice, Influence of positive affect upon creative thinking and problem solving in children. *Psychological reports*, 1988. 63(3): p. 895-898.
39. Trofimova I, Christiansen J. Coupling of Temperament with Mental Illness in Four Age Groups. *Psychological reports*. 2016 Apr;118(2):387-412.
40. Joiner, T.E. and C.J. Lonigan, Tripartite model of depression and anxiety in youth psychiatric inpatients: Relations with diagnostic status and future symptoms. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2000. 29(3): p. 372-382.
41. Davis, M. and C. Suveg, Focusing on the positive: A review of the role of child positive affect in developmental psychopathology. *Clinical child and family psychology review*, 2014. 17(2): p. 97-124.
42. Huberty, T.J., *Anxiety and depression in children and adolescents: Assessment, intervention, and prevention*. 2012: Springer Science & Business Media.
43. Herrenkohl, T.I., J. Lee, and J.D. Hawkins, Risk versus direct protective factors and youth violence: Seattle Social Development Project. *American journal of preventive medicine*, 2012. 43(2): p. S41-S56.
44. Krohn, M.D., et al., Shelter During the Storm A Search for Factors That Protect At-Risk Adolescents From Violence. *Crime & Delinquency*, 2014. 60(3): p. 379-401.
45. Li, S.T., K.M. Nussbaum, and M.H. Richards, Risk and protective factors for urban African-American youth. *American Journal of Community Psychology*, 2007. 39(1-2): p. 21-35.
46. Place, M., et al., Developing a resilience package for vulnerable children. *Child and Adolescent Mental Health*, 2002. 7(4): p. 162-167.
47. Kaufmann, D.R., et al., Prosocial involvement and antisocial peer affiliations as predictors of behavior problems in urban adolescents: Main effects and moderating effects. *Journal of Community Psychology*, 2007. 35(4): p. 417-434.
48. Pardini, D.A., et al., Identifying direct protective factors for nonviolence. *American journal of preventive medicine*, 2012. 43(2): p. S28-S40.
49. Masten, A.S., Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 2001. 56(3): p. 227.
50. Beckett, C., et al., Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study. *Child development*, 2006. 77(3): p. 696-711.
51. Luthar, S.S. and S.J. Latendresse, Comparable “risks” at the socioeconomic status extremes: Preadolescents' perceptions of parenting. *Development and Psychopathology*, 2005. 17(01): p. 207-230.
52. McLaughlin, K.A., et al., Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 2012: p. bjp. bp. 111.101253.
53. Beidel, D.C. and S.M. Turner, At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1997. 36(7): p. 918-924.
54. Hettema, J.M., et al., The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*, 2005. 62(2): p. 182-189.
55. Clark, D.B., et al., Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2004.

56. Breaux, R.P., The Role of Parent Psychopathology in the Developmental Trajectories of Preschool Children with Behavior Problems. 2013.
57. Goodman, S.H., et al., Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review*, 2011. 14(1): p. 1-27.
58. Goodman, S.H., Depression in mothers. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2007. 3: p. 107-135.
59. England, M.J. and L.J. Sim, Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention. 2009: National Academies Press.
60. Kane, P. and J. Garber, The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 2004. 24(3): p. 339-360.
61. Murray, J. and D.P. Farrington, Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2010. 55(10): p. 633-642.
62. Derzon, J.H., The correspondence of family features with problem, aggressive, criminal, and violent behavior: A meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 2010. 6(3): p. 263-292.
63. Farrington, D.P., Family influences on delinquency. *Juvenile justice and delinquency*, 2010: p. 203-222.
64. Moore, M.R. and J. Brooks-Gunn, Adolescent parenthood. *Handbook of parenting*, 2002. 3: p. 173-214.
65. Black, C. and M. Ford-Gilboe, Adolescent mothers: resilience, family health work and health-promoting practices. *Journal of advanced nursing*, 2004. 48(4): p. 351-360.
66. Sentse, M., et al., Buffers and risks in temperament and family for early adolescent psychopathology: generic, conditional, or domain-specific effects? The trails study. *Developmental psychology*, 2009. 45(2): p. 419.
67. Lansford, J.E., et al., Corporal punishment, maternal warmth, and child adjustment: a longitudinal study in eight countries. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2014. 43(4): p. 670-685.
68. Veira, Y., et al., Child behavior problems: Role of cocaine use, parenting, and child exposure to violence. *Psychology of violence*, 2014. 4(3): p. 266.
69. Alink, L.R., et al., Maternal sensitivity moderates the relation between negative discipline and aggression in early childhood. *Social Development*, 2009. 18(1): p. 99-120.
70. Manning, L.G., P.T. Davies, and D. Cicchetti, Interparental violence and childhood adjustment: How and why maternal sensitivity is a protective factor. *Child development*, 2014. 85(6): p. 2263-2278.
71. Walker, L.O. and C.Y. Cheng, Maternal Empathy, Self-Confidence, and Stress as Antecedents of Preschool Children's Behavior Problems. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 2007. 12(2): p. 93-104.
72. Smokowski, P.R., et al., Childhood risk and protective factors and late adolescent adjustment in inner city minority youth. *Children and Youth Services Review*, 2004. 26(1): p. 63-91.
73. Fischer, D.G., Family size and delinquency. *Perceptual and motor skills*, 1984. 58(2): p. 527-534.
74. Ford, T., R. Goodman, and H. Meltzer, The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2004. 39(6): p. 487-496.
75. Flouri, E., S. Mavroveli, and N. Tzavidis, Modeling risks: effects of area deprivation, family socio-economic disadvantage and adverse life events on young children's psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2010. 45(6): p. 611-619.
76. Walsh, F., Family resilience: A framework for clinical practice. *Family process*, 2003. 42(1): p. 1-18.
77. Skinner, E.A. and M.J. Zimmer-Gembeck, Parenting, Family Stress, Developmental Cascades, and the Differential Development of Coping, in *The Development of Coping*. 2016, Springer. p. 239-261.
78. Vousoura, E., et al., Parental divorce, familial risk for depression, and psychopathology in offspring: a three-generation study. *Journal of Child and Family Studies*, 2012. 21(5): p. 718-725.
79. Jackson, A.P., et al., Single Mothers in Low-Wage Jobs: Financial Strain, Parenting, and Preschoolers' Outcomes. *Child development*, 2000. 71(5): p. 1409-1423.
80. Barnett, M.A., et al., Grandmother involvement as a protective factor for early childhood social adjustment. *Journal of Family Psychology*, 2010. 24(5): p. 635.
81. Benzie, K. and R. Mychasiuk, Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child & Family Social Work*, 2009. 14(1): p. 103-114.
82. Wille, D.-P.N., et al., Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 2008. 17(1): p. 133-147.
83. Lösel, F. and D. Bender, Aggressive, delinquent, and violent outcomes of school bullying: Do family and individual factors have a protective function? *Journal of school violence*, 2014. 13(1): p. 59-79.
84. Rak, C.F. and L.E. Patterson, Promoting resilience in at-risk children. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 1996. 74(4): p. 368.
85. Brooks-Gunn, J. and G.J. Duncan, The effects of poverty on children. *The future of children*, 1997: p. 55-71.
86. Bradley, R.H. and R.F. Corwyn, Socioeconomic status and child development. *Annual review of psychology*, 2002. 53(1): p. 371-399.
87. Henderson, A.D., T.V. Sayger, and A.M. Horne, Mothers and sons: A look at the relationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression, and family cohesion. *The Family Journal*, 2003. 11(1): p. 33-41.
88. Orthner, D.K., H. Jones-Sanpei, and S. Williamson, The resilience and strengths of low-income families. *Family relations*, 2004. 53(2): p. 159-167.

89. Yeung, W.J., M.R. Linver, and J. Brooks-Gunn, How money matters for young children's development: Parental investment and family processes. *Child development*, 2002. 73(6): p. 1861-1879.
90. McLoyd, V.C. and L. Wilson, Maternal behavior, social support, and economic conditions as predictors of distress in children. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1990. 1990(46): p. 49-69.
91. Whittaker, J.E.V., et al., Family risks and protective factors: Pathways to Early Head Start toddlers' social-emotional functioning. *Early Childhood Research Quarterly*, 2011. 26(1): p. 74-86.
92. van der Laan, A.M., et al., Serious, minor, and non-delinquents in early adolescence: The impact of cumulative risk and promotive factors. The TRAILS study. *Journal of abnormal child psychology*, 2010. 38(3): p. 339-351.
93. Masten, A.S., et al., 12 Resilience in Development. *The Oxford handbook of positive psychology*, 2009: p. 117.
94. Boyd, D.R., H.L. Bee, and P.A. Johnson, Lifespan development. 2006: Pearson/A and B.
95. Borelli, J.L., et al., Links between disorganized attachment classification and clinical symptoms in school-aged children. *Journal of Child and Family Studies*, 2010. 19(3): p. 243-256.
96. Greenberg, M.T., Attachment and psychopathology in childhood. 1999.
97. Crowell, J.A., R.C. Fraley, and P.R. Shaver, Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 1999. 2: p. 635.
98. Taylor, K.W. and W. Kliewer, Violence exposure and early adolescent alcohol use: An exploratory study of family risk and protective factors. *Journal of Child and Family Studies*, 2006. 15(2): p. 201-215.
99. Taillieu TL, Brownridge DA, Sareen J, Afifi TO. Childhood emotional maltreatment and mental disorders: results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child abuse & neglect*. 2016 Sep 30(59):1-2.
100. Pelcovitz, D., et al., Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1994. 33(3): p. 305-312.
101. Dykman, R.A., et al., Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 1997. 32(1): p. 62-83.
102. Barnett, D., J. Ganiban, and D. Cicchetti, Maltreatment, negative expressivity, and the development of type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1999: p. 97-118.
103. Pollak, S.D. and D.J. Kistler, Early experience is associated with the development of categorical representations for facial expressions of emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2002. 99(13): p. 9072-9076.
104. Alvard, M.K. and J.J. Grados, Enhancing Resilience in Children: A Proactive Approach. *Professional psychology: research and practice*, 2005. 36(3): p. 238.
105. MELISSA, M. and M.D. STILES, Witnessing domestic violence: the effect on children. *Am Fam Physician*, 2002. 66(11): p. 2052.
106. Herrenkohl, T.I., et al., Protection against antisocial behavior in children exposed to physically abusive discipline. *Journal of Adolescent Health*, 2005. 36(6): p. 457-465.
107. Ellickson, P.L., J.S. Tucker, and D.J. Klein, Reducing early smokers' risk for future smoking and other problem behavior: insights from a five-year longitudinal study. *Journal of Adolescent Health*, 2008. 43(4): p. 394-400.
108. Stone LL, Mares SH, Otten R, Engels RC, Janssens JM. The co-development of parenting stress and childhood internalizing and externalizing problems. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2016 Mar 1;38(1):76-86.
109. Farrington, D.P., Developmental and life-course criminology: Key theoretical and empirical issues-the 2002 Sutherland Award address. *Criminology*, 2003. 41(2): p. 221-225.
110. Stattin, H. and M. Kerr, Parental monitoring: A reinterpretation. *Child development*, 2000. 71(4): p. 1072-1085.
111. Clark, D.A., et al., Early adolescent temperament, parental monitoring, and substance use in Mexican-origin adolescents. *Journal of adolescence*, 2015. 41: p. 121-130.
112. Supplee, L.H., E.B. Unikel, and D.S. Shaw, Physical environmental adversity and the protective role of maternal monitoring in relation to early child conduct problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2007. 28(2): p. 166-183.
113. Han, Z.R. and A. Shaffer, The relation of parental emotion dysregulation to children's psychopathology symptoms: The moderating role of child emotion dysregulation. *Child Psychiatry & Human Development*, 2013. 44(5): p. 591-601.
114. Kochanska, G. and S. Kim, Difficult temperament moderates links between maternal responsiveness and children's compliance and behavior problems in low-income families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2013. 54(3): p. 323-332.
115. Masten, A.S., Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and psychopathology*, 2007. 19(03): p. 921-930.
116. Farrell, A.D., et al., Normative beliefs and self-efficacy for nonviolence as moderators of peer, school, and parental risk factors for aggression in early adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2010. 39(6): p. 800-813.
117. Jain, S. and A.K. Cohen, Behavioral adaptation among youth exposed to community violence: A longitudinal multidisciplinary study of family, peer and neighborhood-level protective factors. *Prevention Science*, 2013. 14(6): p. 606-617.

118. Eriksson, I., et al., What protects youths from externalising and internalising problems?: A critical review of research findings and implications for practice. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 2011. 21(2): p. 113.
119. Ozer, E.J., The impact of violence on urban adolescents longitudinal effects of perceived school connection and family support. *Journal of Adolescent Research*, 2005. 20(2): p. 167-192.
120. Berdan, L.E., S.P. Keane, and S.D. Calkins, Temperament and externalizing behavior: social preference and perceived acceptance as protective factors. *Developmental psychology*, 2008. 44(4): p. 957.
121. Henry, D.B., et al., Risk and direct protective factors for youth violence: results from the Centers for Disease Control and Prevention's Multisite Violence Prevention Project. *American journal of preventive medicine*, 2012. 43(2): p. S67-S75.
122. Copeland-Linder, N., S.F. Lambert, and N.S. Ialongo, Community violence, protective factors, and adolescent mental health: A profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2010. 39(2): p. 176-186.
123. Lochner, K., I. Kawachi, and B.P. Kennedy, Social capital: a guide to its measurement. *Health & place*, 1999. 5(4): p. 259-270.
124. Yonas, M.A., et al., Perceptions of neighborhood collective efficacy moderate the impact of maltreatment on aggression. *Child Maltreatment*, 2010. 15(1): p. 37-47.
125. Molnar, B.E., et al., Effects of neighborhood resources on aggressive and delinquent behaviors among urban youths. *American Journal of Public Health*, 2008. 98(6): p. 1086-1093.
126. Odgers, C.L., et al., Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and psychopathology*, 2008. 20(02): p. 673-716.
127. Kotch, J.B., et al., Does social capital protect against the adverse behavioural outcomes of child neglect? *Child Abuse Review*, 2014. 23(4): p. 246-261.
128. Snell-Johns, J., J.L. Mendez, and B.H. Smith, Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting change with underserved families. *Journal of Family Psychology*, 2004. 18(1): p. 19.
129. Papero, A.L., Is early, high-quality daycare an asset for the children of low-income, depressed mothers? *Developmental Review*, 2005. 25(2): p. 181-211.
130. Wright, M.O.D. and A.S. Masten, Resilience processes in development, in *Handbook of resilience in children*. 2005, Springer. p. 17-37.
131. Loeber, R., et al., Do cognitive, physiological, and psychosocial risk and promotive factors predict desistance from delinquency in males? *Development and psychopathology*, 2007. 19(03): p. 867-887.
132. Owens EB, Shaw DS. Poverty and early childhood adjustment. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. 2003:267-92.
133. Andershed A, Andershed H, Farrington D. Risk and protective factors among preschool children for future psychosocial problems—What we know from research and how it can be used in practice. Report written on the commission of the Nordic Welfare Center. 2012.
134. Ward T, Beech AR. Dynamic risk factors: a theoretical dead-end? *Psychology, Crime & Law*. 2015;21(2):100-13.