

بررسی رابطه مشکلات رفتاری کودکان با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش‌فعالی در شهر شیراز

فاطمه بوستانی^۱، مجید برزگر^{۲*}، سیامک سامانی^۳، نادره سهرابی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۲۳ صص: ۴۶-۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۱۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین اختلالات رفتاری کودکان با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش‌فعالی بر روی ۲۵۰ نفر از مادران مراجعه کننده به روانشناسان و مشاوران شهرستان شیراز که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند انجام شد. روش این پژوهش همبستگی است، جهت جمع آوری داده ها از دو پرسشنامه نشانه های بیماری ساخته ی دراگاتیس و سیاهه رفتاری کودک که توسط آخنباخ و همکاران ساخته شده است، استفاده شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید. یافته ها حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که مشکلات رفتاری کودکان رابطه مثبت و معنی داری با خشونت مادر دارد. همچنین نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که اختلالات رفتاری کودکان قادر به پیش بینی خشونت در مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش‌فعالی می باشد.

واژه‌های کلیدی: خشونت مادر، مشکلات رفتاری کودک، نقص توجه همراه با بیش‌فعالی

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

^۳ دانشیار گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

^۴ استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

* نویسنده مسئول مقاله: mbarzegar55@gmail.com

مقدمه

اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی^۱ یکی از شایع‌ترین علل مراجعه به روانپزشک و روانشناس است که در برگیرنده نشانه‌های تحولی نامناسب از جمله: بیش‌فعالی، بی‌توجهی و زودانگیختگی می‌باشد (Sadok & Sadok, 2005.P48). این اختلال مجموعه نشانه‌گانی است با محدودیت میدان توجه، که با سطح رشد فرد ناهماهنگ است و به ضعف تمرکز و رفتار ناگهانی و بیش‌فعالی منجر می‌شود. این بیماری با اختلالات رفتاری و مشکلات فراوانی همچون پرخاشگری، ضعف در تنظیم رفتار، مشکلات یادگیری، انگیزش سطح پایین در زمینه‌های مختلف آموزشی، عملکرد تحصیلی پایین، ترک تحصیل، روابط خانوادگی ضعیف و... همراه است (Berger, Kofman & Avishai, 2007. P259).

پاتریک، آنگلد، بورنز و کاستلو (Patrick, Angold, Burns & Costello, 1994. P38) تأثیر مشکلات روانی و رفتاری کودک را در سه سر فصل دسته‌بندی کردند: تأثیر مشکلات کودک روی روابط خانوادگی، (۲) تأثیر مشکلات کودک روی زندگی اجتماعی خانوادگی و برچسب‌های دیگران بر آن‌ها و (۳) تأثیر مشکلات کودک بر سلامت والدین. در واقع تربیت کودکی که دارای فعالیت مفرط و تحریک‌پذیری و حرف‌شنوی اندک بوده و از دستورها پیروی نمی‌کند، کاری دشوار و خسته‌کننده است. برای این دسته از کودکان روش‌های معمول تربیت از قبیل استدلال و آگاه‌سازی اغلب کارساز نیست. به همین علت والدین آنها احساس ناتوانی کرده و ممکن است به تنبیه و تمسخر کودک اقدام نمایند. بروز این واکنش‌ها از سوی والدین باعث آشفتگی، خشم و اضطراب اعضای خانواده می‌شود (Gorji, 2006.P46). در حقیقت والدین کودکان مبتلا به اختلالات روانپزشکی نگرش‌های خصمانه و یا درگیری مفرط هیجانی نسبت به عضو مبتلا نشان می‌دهند، تشویش و عدم ثبات هیجانی که عمدتاً مادران دارای کودکان دچار اختلال رفتاری با آن درگیر هستند منجر به خشم نامناسب، احساسات مزمن پوچی و نوسان خلقی و... می‌شود. این تشویش و بی‌ثباتی هیجانی سبب می‌شود تا مادر دچار بی‌ثباتی رفتاری، کنترل ضعیف بر هیجانان خود، برانگیختگی شدید فیزیولوژیک و اختلال در روابط بین فردی شود (Taghizadeh, Ghorbani, Saffarinia, 2015. P55).

¹ Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

زندگی کردن با کودک مبتلا به اختلال به عنوان یک عامل استرس زا برای خانواده محسوب می شود و می تواند کلیه جنبه های ساختار خانواده را تحت تاثیر خود قرار دهد و مادران به دلیل اینکه بیشتر با کودکان در ارتباط هستند در این میان احتمالا بیشترین تاثیر را خواهد پذیرفت. به دلیل ویژگیهای منحصر به فرد روابط مادر و کودک این رابطه همواره مورد توجه متخصصان بوده است. عمق و گستردگی این پیوند بصورتی است که هر یک از طرفین قادرند در کاستن یا افزودن مشکلات دیگری نقشی حیاتی ایفا کنند. بررسیهای متعدد در زمینه تعامل کودکان ADHD و مادران آنها، نشانگر مشکلات ارتباطی میان آنان و شیوه های تربیتی ترجیحا تنبیهی است. وقتی کودک دارای اختلال باشد، به والدین بخصوص مادران فشار روانی زیادی وارد خواهد شد، چرا که بسیاری از انتظارات آنان در هم ریخته میشود و روشهای تربیتی مرسوم در این کودکان تاثیر چندانی نخواهد داشت (Larsen Moen, 2014.P28).

مادران کودکانی که مشکلات رفتاری دارند احساس موفقیت کمتر، اثربخشی پایین و احساس خشم، افسردگی و اضطراب بیشتری نسبت به مادران کودکان سالم دارند. مادران معمولا مسولیت مراقبت روزانه را بر عهده دارند، به ویژه زمانی که کودکان کم سن و سال تر هستند. در نتیجه هنگامی که مشکلاتی وجود داشته باشد، مادر بیشترین ناراحتی و ناکامی را احساس می کند (Jafari, Mosavi, Fathi- Ashtiyani & khoshabi, 2012. P520). همکاران (Kashdan et all, 2004. P29) در نتیجه پژوهش خود که به بررسی تاثیرات بیماری های روحی و روانی در والدین کودکان ADHD پرداخته بودند، گزارش نمودند که اضطراب، خشونت و افسردگی در والدین باعث طرد و عدم پذیرش کودکان می شود و در عین حال عملکرد اجتماعی والدین نیز مختل می شود. رفتارها و مشکلات این کودکان به شکل قابل ملاحظه ای بر شرایط جسمی و ذهنی والدین خصوصا مادر به دلیل ارتباط بیشتر با کودک اثر می گذارد و باعث بروز الگوهای ناسازگارانه و ناکارآمد در خانواده می شود (Bloomquist & Micheal, 1996. P13). این کودکان گروه ناهمگونی هستند که مشکلات آنها نیز تنوع زیادی دارد و نسبت به سایر کودکان در زندگی روزمره با مشکلات بیشتری روبه رو هستند همچون اختلالات خلقی، رفتارهای تکانشی و ... که این وضعیت بر ساختار زندگی خانوادگی آن ها نیز تاثیر گذار است (Rohner, Khaleque & Cournoyer, 2005. P33).

میکامی و پیفینیر در نتیجه تحقیقات خود عنوان نمودند (Mikami & Pififfner, 2008, P38) والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری غالباً در برخورد‌های انضباطی، خشن و ناهماهنگ و ناتوان هستند و مهارت‌های هیجانی اندکی دارند. در این خانواده‌ها تعارضات درونی، افزایش روز افزون بیمارهای روحی، مشکلات خانوادگی، طلاق و جدایی، کم شدن روابط و تعاملات با فامیل و آشنایان به شکل گسترده‌ای قابل رویت می‌باشد. همچنین، بالا رفتن فشارها و تنیدگی در مادران با کم شدن عاطفه در آنها همراه هست که این به نوبه خود منجر به نارضایتی پدران از همسران خود شده است. موسی و شفیعی (Musa & Shafiee, 2007, P18) مادران این کودکان با توجه به نشانه‌های رفتاری کودکان خود سطوح بالاتری از استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند که این میزان ناشی از رفتارهای بیرونی این کودکان می‌باشد و این ارتباطات نشان دهنده این مطلب است که اختلالات رفتاری کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین دارد.

همچنین، بکر، بلاچر، ثرنیک و ادلبروک (Baker, Blacher, Crnic, & Edelbrock, 2002, P438) در نتیجه پژوهش خود عنوان نمودند که وقتی بچه‌ها دارای مشکلات رفتاری باشند به احتمال قوی تری والدینشان استرس بیشتری دارند. این استرس باعث می‌شد که والدین در زمینه فرزند پروری از سبک‌های فرزند پروری ناکارآمد تر بهره ببرند و این خود زمینه لازم برای تعارض در خانواده‌ها را فراهم می‌کرد. در مجموع باید خاطر نشان کرد که در خانواده‌ها مادر بیشترین استرس را متحمل می‌شود زیرا مادران مسئولیت پذیری بیشتری را در زمینه مراقبت کودک دارند و همچنین تمایل بیشتری نسبت به مراقبت از فرزند خود دارند. بنابراین مادران آسیب پذیری بیشتری در این شرایط دارند و میزان این استرس با مشکلات رفتاری کودک رابطه مستقیم دارد. این آسیب پذیری به رفتار منفی کودک زمانی شدیدتر می‌شود که مادر تک‌والد باشد، به طور کلی با توجه به گستردگی شیوع این اختلال و آسیب پذیری مادران از وضعیت کودکان و به تبع تاثیر آن بر ساختار خانواده اجرای تحقیقات و پژوهش‌های دانشگاهی در این زمینه گامی مهم و مؤثر محسوب میشود، لذا با توجه به مطالب مطرح شده پژوهشگران در این پژوهش درصدد هستند به این سؤال پاسخ دهد که آیا بین اختلالات رفتاری کودکان با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش فعالی ارتباط وجود دارد؟

فرضیه های پژوهش

- بین اختلال رفتاری درونی سازی شده با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش فعالی ارتباط وجود دارد.
- بین اختلال رفتاری برونی سازی شده با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش فعالی ارتباط وجود دارد.
- بین مشکلات بی توجهی با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش فعالی ارتباط وجود دارد.
- بین اختلال رفتاری درونی سازی شده، اختلال رفتاری برونی سازی شده و مشکلات بی توجهی با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش فعالی ارتباط چندگانه وجود دارد.

ابزار و روش

این تحقیق از لحاظ هدف کاربردی است و از لحاظ روش تحقیق، توصیفی - همبستگی است. و برای تحلیل داده ها، از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شده و هم چنین برای محاسبه داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودکان ADHD در شهر شیراز می باشند، نمونه ها از بین مادرانی که به مراکز اختلالات رفتاری و درمانی روانشناختی، مشاوره ای مراجعه نموده اند، انتخاب شده است و برای انتخاب نمونه ها، از روش نمونه گیری، تصادفی ساده استفاده شده است. و در مجموع ۲۵۰ نفر انتخاب شدند ابزار پژوهش شامل:

پرسشنامه سیاهه ی رفتاری کودک^۱ (CBCL)

در این پژوهش برای اندازه گیری مشکلات هیجانی رفتاری کودکان از سیاهه ی رفتاری کودک آخنباخ و رسکورلا، (Achenbach & Rescorla, 2001) استفاده است. بخش دوم سیاهه رفتاری کودکان با داشتن ۱۱۳ ماده به سنجش مشکلات هیجانی و رفتاری می پردازد. پاسخ دهنده بر اساس وضعیت کودک هر ماده را به صورت صفر (نادرست است)، یک (گاهی درست است) و دو

¹ The Child Behavior Check List

(غالباً درست است) درجه بندی می کند. نمره مشکلات هیجانی رفتاری از طریق جمع نمره های مشکلات رفتاری درونی سازی شده (شامل محورهای گوشه گیری، مشکلات بدنی، اضطراب و افسردگی) و مشکلات برونی سازی شده (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه) و مشکلات مربوط به توجه به دست می آید. دامنه مشکلات هیجانی رفتاری از صفر تا ۲۴۰ و گستره نمرات t برای دامنه مرزی از ۶۰ تا ۶۳ و بالاتر از نمره ۶۳ برای دامنه بالینی در نظر گرفته شده است (Achenbach & Rescorla, 2001. P56). گلاسر (Glosser, 2001. P174) میزان اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را برای مشکلات هیجانی و رفتاری به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷ و مشکلات برونی سازی شده به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و مشکلات رفتاری درونی سازی شده ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کرد. در پژوهش حاضر جهت محاسبه ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده که به ترتیب برای مشکلات برونی سازی شده، درونی سازی شده، و مشکلات توجه ۰/۸۹ و ۰/۹۱، ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه نشانه های بیماری^۱ (BIS)

این پرسشنامه توسط دراگاتیس (Derogatis, 1993) ساخته شده است و یک پرسشنامه گزارش شخصی است که در ۵۳ ماده به صورت پنج درجه ای لیکرت ارائه می شود و طیف وسیعی از بیماری های روانی را در بر می گیرد که در این پژوهش از خرده مقیاس خشونت استفاده شده است. در این پژوهش پس از دریافت اصل پرسشنامه و نمره گذاری آن از سازنده، ترجمه و هنجاریابی شد و در پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. دراگاتیس (Derogatis, 1993. P469) ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش نموده است که حاکی از ضریب پایایی بالای این پرسشنامه می باشد. در پژوهش حاضر جهت محاسبه ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده که ۰/۸۱ به دست آمد.

^۱ Brief Symptom Inventor

یافته ها

یافته های پژوهش در قالب دو قسمت یافته های توصیفی و یافته های استنباطی ارائه شده است. در زیر یافته های توصیفی مربوط به میانگین سنی مادران، تعداد فرزندان، میانگین و انحراف معیار نمره های آزمودنی ها روی متغیرهای پژوهش در جداول ذیل نمایش داده شده اند

جدول ۱. فروانی و درصد سن مادران و تعداد فرزند

انحراف معیار	میانگین	
۸/۳	۳۴/۸۶	سن
۰/۸۹	۲/۲۷	تعداد فرزند

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین سن مادران دانش آموزان بیش فعال ۳۴/۸۶ و میانگین تعداد فرزندان ۲/۲۷ به دست آمد.

جدول ۲- یافته های توصیفی مربوط به اختلالات رفتاری

متغیر ها	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
مشکلات برون سازی	۲۱/۶۴	۱۴/۲۲	۱	۴۶
مشکلات درون سازی	۱۶/۳۶	۹/۲۹	۰	۵۲
مشکلات بی توجهی	۹/۳۷	۴/۱۷	۰	۱۸
اختلالات رفتاری (کل)	۴۷/۳۷	۲۳/۱۱	۴	۱۱۵

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار اختلالات رفتاری کل همراه با مولفه های آن گزارش شده است.

جدول ۳- یافته های توصیفی متغیر خشونت مادر

متغیر ها	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
خشونت مادر	۱۲/۷۱	۴/۳۳	۵	۲۳

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می گردید میانگین و انحراف معیار خشونت مادر گزارش شده است.

بررسی آزمون فرضیه پژوهش

- ۱- بین اختلال رفتاری درونی سازی شده با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش فعالی ارتباط وجود دارد.
 - ۲- بین اختلال رفتاری برونی سازی شده با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش فعالی ارتباط وجود دارد.
 - ۳- بین مشکلات بی توجهی با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش فعالی ارتباط وجود دارد.
 - ۴- بین اختلال رفتاری درونی سازی شده، اختلال رفتاری برونی سازی شده و مشکلات بی توجهی با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش فعالی ارتباط چندگانه وجود دارد.
- برای پاسخگویی به فرضیه های فوق از روش های همبستگی ساده پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شده است. همبستگی متقابل بین متغیرهای پژوهش به روش گشتاوری پیرسون محاسبه شد و نتایج در جدول زیر نشان داده شده اند.

جدول ۴. رابطه همبستگی اختلالات رفتاری با خشونت مادر

مشکلات بی توجهی	مشکلات درون سازی	مشکلات برون سازی	متغیرها
		۱	مشکلات برون سازی
	۱	**۰/۴۰	مشکلات درون سازی
۱	**۰/۴۸	**۰/۶۹	مشکلات بی توجهی
**۰/۳۸	**۰/۱۶	**۰/۵۵	خشونت مادر

** $P < .0/01$

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، رابطه بین مشکلات درونی سازی شده، مشکلات برونی سازی شده و مشکلات بی توجهی با خشونت مادران نشان داده شده است. نتایج نشان می‌دهد این سه متغیر رابطه معنی داری با خشونت مادران دارند. در نتیجه هر سه فرضیه مربوط به روابط ساده تایید می‌شود. این نتایج حاکی از این می‌باشد که هر چه سطح اختلالات رفتاری بیشتر باشد میزان خشونت در مادران نیز بیشتر است.

در این قسمت قبل از آزمون فرضیه ۴ پژوهش و انجام رگرسیون پیش فرض های آن را مورد بررسی قرار می دهیم.

فرض ۱- نرمال بودن توزیع متغیرها

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نرمال بودن توزیع داده ها را نشان می دهد. اگر داده ها دارای توزیع نرمال باشند امکان استفاده از آزمون پارمتریک وجود دارد و در غیر این صورت باید از آزمون ناپارمتریک استفاده کنیم مقادیر این آزمون در جدول ۵ ارایه شده است.

جدول ۵. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیرها	K-S	P
مشکلات درون سازی شده	۱/۲۱	۰/۱۲۱
مشکلات برون سازی شده	۱/۰۵	۰/۲۱۶
مشکلات بی توجهی	۱/۲۶	۰/۱۴۱
خشونت	۱/۱۱	۰/۱۰۹

با توجه به مقادیر جدول ۵ و همانطور که ملاحظه می شود مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرها معنی دار نمی باشد و بنابراین اگر نتیجه این آزمون معنی دار نباشد توزیع نرمال است و امکان استفاده از آزمون پارمتریک وجود دارد. لذا فرض نرمال بودن توزیع نیز پذیرفته می شود.

فرض ۲- خطی بودن رابطه بین متغیرها

به منظور بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرهای پیش بین و ملاک رابطه بین متغیرها مورد آزمون قرار گرفته شد و نتایج در جدول ۶ ارایه شده است.

جدول ۶. خطی بودن رابطه بین متغیرهای پیش بین با ملاک

متغیرها			مقادیر آماری
مشکلات برون سازی شده با خشونت	مشکلات درونی سازی شده با خشونت	مشکلات بی توجهی با خشونت	
۰/۵۵	۰/۱۶	۰/۳۹	R
۰/۳۱	۰/۰۲	۰/۱۵	RS
۱۵۲/۷۱	۸/۸۱	۵۴/۲۲	F
$p = ۰/۰۰۱$	$p = ۰/۰۰۱$	$p = ۰/۰۰۱$	P

همانطور که مقادیر جدول ۶ نشان می دهد کلیه مقادیر به دست آمده از لحاظ آماری معنی دار می باشد لذا فرض خطی بودن رابطه بین متغیرها نیز پذیرفته می شود.

فرض ۳- بالا نبودن همبستگی متغیرهای پیش بین

به منظور آزمون پیش فرض شماره ۳ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پیش بین ترسیم شده است که در جدول ۷ نتایج نشان داده شده است.

جدول ۷. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳
مشکلات برونی سازی	۱	۰/۴۰	۰/۶۹
مشکلات درونی سازی	-	۱	۰/۴۸
مشکلات بی توجهی	-	-	۱

همانطور که نتایج جدول ماتریس همبستگی نشان می دهد همبستگی بین متغیرها در سطح خیلی بالایی نیست و در واقع متغیرهای پیش بین چیز واحدی را اندازه نمی گیرند. در نتیجه پیش فرض شماره ۳ نیز پذیرفته می شود.

فرض شماره ۴- نمونه گیری پژوهش باید تصادفی انجام گیرد که با توجه به شرایط اجرای پژوهش این فرض نیز رعایت شده است. در نتیجه با توجه به شرایط موجود به منظور بررسی روابط چندگانه از روش رگرسیون خطی استفاده می نمایم و نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون در جدول ۸ به شرح زیر گزارش شده است.

در خصوص آزمون فرضیه ۴ پژوهش نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون در جدول ۸ به شرح زیر گزارش شده است.

جدول ۸- خلاصه مدل رگرسیون چندگانه مربوط به خرده مقیاس های مشکلات درون سازی

شده، مشکلات برون سازی شده و مشکلات بی توجهی با خشونت مادر

الگو	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	R	R ^۲	Sig
رگرسیون	۱۴۸۴/۹۰۷	۳	۴۹۴/۹۶۹	۳۸/۱۴	۰/۵۶۳	۰/۳۱۸	۰/۰۰۱
باقیمانده	۳۱۹۱/۹۲۹	۲۴۶	۱۲/۹۷۵				

همانگونه که نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی خرده مقیاس های مشکلات درون سازی شده، مشکلات برون سازی شده و مشکلات بی توجهی با خشونت مادر ۰/۵۶ و ضریب تعیین آن برابر ۰/۳۱ می باشد که در سطح $p = ۰/۰۰۱$ معنی دار است. با توجه به ضریب تعیین به دست آمده مشخص شده است که حدود ۳۱ درصد واریانس خشونت مادر توسط خرده مقیاس های مشکلات درون سازی شده، مشکلات برون سازی شده و مشکلات بی توجهی تبیین می‌شود در نتیجه فرضیه شماره ۴ پژوهش تایید می‌شود. اما، همان طور که در جدول شماره ۹ مشاهده می‌شود، ضرایب رگرسیون استاندارد (β) برای خرده مقیاس های مشکلات درونی سازی شده ($\beta = -۰/۰۸۷$ و $p = ۰/۲۲۵$) و مشکلات بی توجهی ($\beta = ۰/۰۲۷$ و $p = ۰/۷۷۵$) می باشند که از لحاظ آماری معنی دار نمی‌باشند. به طور کلی این نتایج نشان می‌دهد که از بین متغیر های پیش بین سهم متغیر برونی سازی شده در پیش بینی متغیر وابسته بیشتر است. در خصوص معنی دار نشدن ضرایب رگرسیون استاندارد (β) برای خرده مقیاس های مشکلات درونی سازی شده و مشکلات بی توجهی می‌توان از عامل حساسیت بتا به همبستگی بین متغیرهای پیش بین اشاره کرد. یعنی مقادیر ضرایب بتا تا حدودی تابع همبستگی بین متغیرهای پیش بین است و در این پژوهش با توجه به اینکه متغیر های پیش بین تا حدودی با هم همبستگی دارند زمانی که مشکلات درونی سازی شده و مشکلات بی توجهی به عنوان پیش بین دوم و سوم وارد تحلیل می‌شوند ضرایب بتا کاهش می‌یابد.

جدول ۹- مشخصه های آماری رگرسیون چندگانه خرده مقیاس های مشکلات برون سازی شده، مشکلات درون سازی شده و مشکلات بی توجهی با خشونت مادر

P	T	Beta	B	متغیرهای پیش‌بین
۰/۰۰۱	۷/۵۷۵	۰/۵۷۵	۰/۱۷۵	مشکلات برونی سازی شده
۰/۲۲۵	-۱/۲۱۶	-۰/۰۸۷	-۰/۰۴۱	مشکلات درون سازی شده
۰/۷۷۵	۰/۲۸۶	۰/۰۲۷	۰/۰۲۸	مشکلات بی توجهی

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین اختلالات رفتاری کودکان (اختلال برونی سازی شده، درونی سازی شده و بی توجهی) با خشونت مادران دارای کودکان نقص توجه همراه با بیش فعالی می باشد. همانگونه که در تحلیل یافته ها ملاحظه شد هر سه فرضیه مربوط به روابط ساده (فرضیه شماره ۱ و ۲، ۳) تایید گردید در تبیین این یافته ها می توان عنوان نمود که فرایند تولد کودک برای والدین لذت آور است گر چه این فرایند با مشقات و ناراحتی های فراوانی همراه است. علی رغم مشکلات زیادی که والدین برای تولد فرزند خود متحمل می شوند باید گفت که امید به سالم بودن و بهنجار بودن کودک در مسیر رشد معمولاً احساس اعتماد در آنان ایجاد می کند و کودک خود را می پذیرند ولی در صورت آگاهی والدین، از نابهنجار بودن کودکشان در مسیر رشد، آرزوها و امید هایشان به یأس تبدیل می شود و مشکلات شروع می شود. اولین شخصی که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می کند مادر است. مادر وقتی متوجه مشکلات رفتاری در کودک خود می گردد، موجی از احساس گناه، ناکامی و محرومیت ناشی از نابهنجار بودن کودک در وی ایجاد می شود که طبیعتاً غم، خشم، اندوه و افسردگی را به دنبال دارد. و این عامل خود زمینه ساز تعارض در خانواده است. در مجموع این شرایط می تواند سبب گوشه گیری و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خود کم بینی و بی ارزشی در مادر شود که پیامد عزت نفس پایین، بروز افسردگی در مادران دارای مشکلات رفتاری و به خطر افتادن سلامت روانی آن ها است. تولد کودکی که دارای مشکلات سازگاری است، باعث می شود که تنش در خانواده افزایش یافته به خصوص مادر را تحت تاثیر قرار می دهد (Michaeli-Monee, 2009. P108). این یافته ها با نتایج پژوهش های هوانگ، چائو و یانگ (Huang, Chao, Yong, 2003. P279) واینر، تانووک، جنکینز، (Wiener, Tannock & Jenkins, 2012. P25) همچنین، همیر، اسکاچت، بارکلی، (Wehmeier, Schachat, Barkeli, 2010. P212) همخوانی دارد. در واقع خلق خوی کودک رفتار و عواطف مادر را تحت تاثیر قرار می دهد. به خصوص کودکان بیش فعال به دلیل مشکلات پرتحرکی و بی قراری و کم توجهی تاثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضای خانواده و فضای کلی حاکم بر این محیط می گذارد. این عوامل باعث می شود که پرخاشگری و احساس خصومت از جانب والدین نسبت به کودک افزایش یابد و منجر به چرخه معیوبی می شود که کل سیستم خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد. از آنجا که مادر نخستین مراقب کودک است تاثیر قطعی

بر شخصیت و رشد در خانواده دارد. بسیاری از مشکلات روانشناختی ریشه در این تعامل دارد. خود مادر بیشتر در معرض مشکلات ناشی از اختلالات رفتاری است و کانون بیماری در خانواده است. در بررسی فرضیه ۴ پژوهش یافته های حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد، که اختلالات رفتاری کودکان (اختلال درونی سازی شده، برونی سازی شده و بی توجهی) قادر به پیش بینی خشونت مادر هستند. این یافته با نتایج پژوهش های صورت گرفته شده توسط آناستاپولوس، گورمونت، شلتون و دوپال (Anastopoulos, Guevremont, Shelton & Dupaul, 1992. P519) جعفری ندوشن و همکاران (Jafari- Nodoshan, Ahmadi, Mohammadi, & Borough, 2016. P115) لارسن مون (Larsen Moen, 2014. P35) همخوان می باشد. در واقع وقتی میزان اختلالات رفتاری در کودکان افزایش می یابد، این عامل به طور مستقیم باعث بروز خشونت و پرخاشگری در مادر می گردد. زیرا مادر و کودک ارتباطی تعاملی و دو طرفه با یکدیگر دارند. اگر کودک دارای اختلال رفتاری باشد، میزان پریشانی مادر افزایش یافته و این افزایش باعث شدت گرفتن اختلال رفتاری در کودکان می شود. زیرا ویژگی های اصلی این اختلال، یعنی ناتوانی در مهار رفتار حرکتی، نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری و پرخاشگری، برای والدین تحمل پذیر نیست، از طرفی این اختلال موجب آسیب دیدن فرایندهای شناختی، مهارت های اجتماعی و هیجانی کودکان می شود، به نحوی که فراوانی مشکلات تحصیلی، هوشی، رفتاری، شخصیتی و شغلی در این گروه از افراد، بیش از جمعیت عادی است (Hechtman, 2000.P485). همانطور که نتایج نشان داد مشکلات برونی سازی شده بیشترین سهم را در میزان پیش بینی خشونت مادران داشت. در واقع می توان گفت بچه هایی که علائم درونی سازی دارند بیشترین تأثیرش روی خود کودک است و والد به طور مستقیم تحت تأثیر مسائل هیجانی کودک نیست، و دلیل آن می تواند مهار رفتاری باشد که این کودکان دارا هستند. والد ناآگاه از ناهنجار بودن علائم رفتاری کودک خود می تواند عاملی برای تحت تأثیر قرار نگرفتن سلامت روان مادران باشد، و در صورت وجود آگاهی استرس های محیطی برای مادران دارای فرزند با مشکلات درونی سازی در مقایسه با مادران دارای فرزند با مشکلات برونی سازی کمتر است. می توان گفت وجود کودک دارای مشکل برونی سازی از هر نوع موجب افزایش ترس های ویژه در اعضای خانواده و به ویژه مادر به دلیل احتمال بدنامی و یا پایین آمدن منزلت اجتماعی آن ها می گردد. در واقع رابطه این کودکان به علت تکانشگری و نداشتن توجه به پیامدهای اعمال خود، با والدین تیره شده و تضاد میان کودک و مادر بیشتر می شود

و تا دوران نوجوانی ادامه می‌یابد. (Chronis, 2004 . P2). در توجیه افسردگی و وسواس- اجباری می‌توان گفت که این مادران استرس‌های زیادی را تحمل می‌کنند، در درازمدت این استرس‌های زیاد، منجر به نشخوارهای ذهنی و افکار خودآیند منفی می‌شود، بنابراین انتظار این می‌رود که میزان افسردگی، خشونت و وسواس اجباری در این مادران بیشتر باشد و مجموعه این مسائل و مشکلات چون افسردگی، خشونت، ترس مرضی، وسواس اجباری و حساسیت شخصی موجب افزایش روان‌پریشی و در نتیجه پایین آمدن سلامت روانی مادران دارای کودک با مشکلات رفتاری می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از پرسشنامه خودگزارشی اشاره نمود همچنین، جلب نظر مراکز و والدین جهت همکاری و اجازه استفاده از محیط و امکانات آنان از دیگر چالش‌های روبه‌رو به شمار می‌رفت. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش و تایید ارتباط اختلالات رفتاری کودکان با پریشانی مادران توصیه می‌شود برنامه‌های آموزشی مناسب جهت افزایش آگاهی خانواده‌ها برای روبه‌رو شدن با انواع اختلالات رفتاری تهیه و به روش‌های موثر از قبیل استفاده بهینه‌تر از رسانه‌های جمعی منتشر گردد. همچنین، استفاده مطلوب‌تر از ظرفیت کتاب‌های آموزشی از جمله راهکارهای دیگر برای چیره شدن بر مشکلات کنونی و افزایش سلامت روحی و روانی در مادران دارای کودکان دارای اختلال است.

References

- Achenbach, T, & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research center of children.
- Anastopoulos, A, Guevremont, D, Shelton, T, & Dupaul, G. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal Abnorm Child Psychol. 20(5), 503-520.
- Baker, B, Blacher, J, Crnic, K, & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. American Journal on Mental Retardation, 107(6), 433-444.
- Berger, A., Kofman, V., & Avishai, U. (2007). Multidisciplinary Perspective on Attention and the Development of Self-Regulation. Progress in Neurobiology, 82(5), 256-286.
- Bloomquist, Micheal L.(1996). Skill training for children with behaviour disorders: a parent and therapist guide book . Translator: J. Alaghbandrad. Tehran: Publishing the Sena. Year 1383,.

- Chronis, A.H. (2004) Enhancement to the behavioral parent training paradigm for families of children with (ADHD): Review and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 7, 1-27.
- Derogatis, L. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual*. *Development and psychopathology*, 12, 467-488.
- Gorji, Y. (2006). Evaluating and comparing the effectiveness of the use of behavior modification methods by parents, teachers and the combination of both in reducing the symptoms of ADHD and attention deficit disability in elementary school students. PhD thesis of psychology, Allameh Tabataba'i University.
- Glosser, G. (2001). Clues to the cognitive organization of reading and writing from developmental hyperlexia, *Neuropsychology* 10, 168-175.
- Hechtman L. (2000). Assessment and diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiat Clin of North AM*, 9(3), 481-489.
- Huang, H, Chao, C, & Yang, P.C. (2003). Behavior Parent training for Taiwanese parent of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 57, 275-281.
- Jafari- Nodoshan, A, Ahmadi, N, Mohammadi, N, & Borough, T. (2016). Comparison and effectiveness of self-regulation and practice focused on educational development and reducing the severity of symptoms in children aged 11 to 14 years with attention deficit hyperactivity disorder in Yazd district 1. 6th International Congress of Children and Adolescents in Psychiatry, Tabriz University of Medical Sciences and Health Services, 117-112.
- Jafari, B, Mousavi, R, Fathi- Ashtiani, A, & Khosbaki, K. (2012). Effectiveness of positive parenting program on mental health of mothers of children with ADHD-attention deficit disorder. *Quarterly Journal of Family Research*, 6(42), 510-521.
- Johnston, C, & Mash, E, J. (2001). *Families of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research*. 200-215.
- Kashdan, T, Jacob, R, Pelham, w, Lang, A, Hoza, B, Jonathan, B, & Gnagy, M. (2004). Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33- 1.
- Larsen Moen, O. (2014). Everyday life in families with a child with ADHD and public health nurses' conceptions of their role. *Distribution: Karlstad University Faculty of Health, Science and Technology Department of Health Sciences*. 24-38.
- Michaeli-Monee, F. (2009) Structural relationships between psychological well-being and perceived emotional intelligence, the ability to control negative thinking and depression in mothers of children with mental retardation and comparing it with normal children. *Research in Exceptional Children*, 9 (2), 103-120.

- Mikami, A., & Pfiffner, L. (2008). Sibling Relationships Among Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 4 22-34.
- Musa, R., Shafiee, Z. (2007). Depressive, anxiety and stress levels among mothers of ADHD children and their relationships to ADHD symptoms. *AJP*, 8, 20-8.
- Patrick, M.K.S., Angold, A., Burns, B.J., and Costello, E.J. (1994). The Child and Adolescent Burden Assessment (CABA) Parent Interview, Version 4.1, Developmental Epidemiology Program, Duke University.
- Rohner, R, Khaleque, A, & Cournoyer, D. (2005). Introduction to parental acceptance rejection theory, methods, evidence, and implications. *Handbook for the study of parental acceptance and rejection*, (4theditin), (1-35). Storrs, CT: Rohner Research Publications.
- Sadok, B, & Sadok, V. (2005). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences-Clinical Psychiatry*. Translated by Rafiei, H, & Sobhanian, KH, Tehran: Arjmand.
- Taghizadeh, M, Ghorbani, T, & Saffarinia M. (2015). Effectiveness of emotion regulation techniques of dialectical behavior therapy on emotion regulation strategies in women with borderline personality disorder and substance abuse disorder: multiple baseline design. *Research on mental health*, 9(3), 50-61.
- Wehmeier, P, Schacht, A, & Barkley, A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *J. Adolesc. Health*, 46, 209–217.
- Wiener, T, Tannock, R., & Jenkins, J. (2012). Parenting Stress in Families of Children With ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2(4), 18-27.