

رابطه بین بلوغ عاطفی مادران با اختلالات رفتاری فرزندان

رویا ایمانی¹

دکتر نعیمه محب²

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی رابطه بلوغ عاطفی مادران با اختلالات رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی در شهر تبریز می باشد.

روش این مطالعه از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری شامل تمام دانش آموزان دختر و پسر ابتدایی در سال تحصیلی 89-90 در تبریز است؛ با نمونه گیری خوشه‌ای 1032 دانش آموز توسط مقیاس C SI-4 (اسپیرافکین و گادو، سال 1994) دارای اختلال تشخیص داده شدند. به منظور تحلیل داده ها از آزمون همبستگی پیرسون و آزمون خی دو استفاده شد. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بلوغ عاطفی مادران با اختلالات رفتاری فرزندان رابطه معناداری دارد ($p < 0/01$ و $r = 0/434$). همچنین بین تمام مؤلفه های بلوغ عاطفی مادران با میزان اختلالات رفتاری فرزندان رابطه معنادار یافت شد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات رفتاری ، بلوغ عاطفی مادران، دانش آموزان ابتدایی

¹ - کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز (royaimani1390@gmail.com)

² - عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

مقدمه

در زمینه روانشناسی مرضی باور براین است که مشکلات رفتاری هیجانی از شایع ترین مسایلی است که کودکان و نوجوانان با آن در ارتباطند (هالاها و کافمن¹، 1387). از طرف دیگر خانواده محل اولین ارتباط اجتماعی کودک بوده و اصولاً کودک در چارچوب محیط خانوادگی و برحسب جهت گیری های روشهای تربیتی والدین خود، انتظارهای زندگی گروهی را می شناسد. پس تعلیم و تربیت کودک و شکل گیری ابعاد رشدی کودک که در بروز رفتارهای کودک انعکاس می یابد، بدون شک تحت تاثیر والدین خواهد بود که صدالبته نقش محیط نیز با این نقش خانواده درهم تنیده و جدا نشدنی است. از سوی رویکردهای مختلف عوامل متعددی برای تبیین مشکلات رفتاری فرزندان ذکر شده است؛ مانند عامل والدگری (فرزادفرو هومن، 1386)، اضطراب و افسردگی مادر (محمدزاده و نجفی، 1389)، جوهیجانی و رضایت زناشویی (سلطانی فر و بیبا، 1386)، عوامل مربوط به مدرسه و نگرش معلمان (فورتین، لیزارد و مارکات²، 2010)، روابط خانوادگی ادراک شده از سوی فرزندان (لوبنکو و سبر³، 2010)، تعامل دوسویه و پویا بین شخص، سطوح چندگانه محیط و روابط حمایتگرانه اعضای خانواده (نقل از لوبنکو و سبر، 2010). امادر نظام تشخیصی رایج مانند انجمن روانپزشکی آمریکا و سازمان بهداشت جهانی، اختلالات رفتاری عاطفی علی رغم فقدان شواهد واضح برای تفکیک کامل آنها، پدیده های تشخیصی مجزایی تلقی می شوند (محمدزاده و نجفی، 1389). امروزه علاوه بر اینکه دیگر از لفظ اختلالات⁴ رفتاری استفاده نمی شود (هالاها و کافمن، 1387) بلکه تقسیم بندی مشکلات⁵ رفتاری به دو دسته درونی سازی⁶ شده و بیرونی

¹ - Hallahan and Kaufman

² - Fortin, Lessard & Marcotte

³ - Lubenko & Sebre

⁴ - Disorders

⁵ - Problems

⁶ - internalizing

سازی شده،¹ راه را برای پژوهش و بررسی دقیق تر این مشکلات هموارتر ساخته است. مشکلاتی از قبیل نارسایی توجه، بیش فعالی، اختلال سلوک، اضطراب فراگیر، افسردگی، نافرمانی، هراس و... که می توانند به صورت کتک کاری، نزاع، داد و فریاد، خرابکاری، تهدید، فرار از مدرسه، افت تحصیلی و منفی کاری بروز پیدا کند، این موارد اگر جنبه خود انگیخته داشته و همیشگی باشند، می توانند به عنوان مشکلات رفتاری بیان شوند (هالاها و کافمن، 1387).

هرکدام از این مشکلات می توانند زمینه ساز مشکلات دیگری شده، در بزرگسالی نیز به شکل های مختلف ظاهر شوند. پژوهش فانتی² (2007) نشان داد که رفتارهایی مانند انزواجویی، کناره گیری، افسردگی و شکایات جسمانی که جزو مشکلات درونی سازی شده هستند پس از سال دوم مدرسه به تدریج افزایش می یابند و در سال پنجم و ششم به میزان قابل توجه و نگران کننده ای می رسند. درواقع دستیابی کودک به توانایی شناختی، او را قادر می سازد تا رویدادهای منفی و اضطراب زا را به یاد آورده و پیش بینی کند و به خیال پردازی درمورد آنها بپردازد.

فورتین و همکاران (2010) سطح پایین تطابق دانش آموزان دارای مشکل رفتاری، فقدان احترام به قوانین و خودداری آنان از پذیرش درخواست معلمان را در سوق دادن آنان به سمت تعارض و مسؤولیت گریزی و در نهایت ترک تحصیل مؤثر می داند. اوگوز³ (2010) سطح بالای اضطراب و برانگیختگی را مانع انعکاس چیزهایی می داند که بچه ها می خواهند از طریق نقاشی آنها را منتقل سازند. استفان و میکلا⁴ (2010) نیز رفتارهای ناسازگارانه از قبیل نافرمانی و پرخاشگری را که در طول سالهای پیش دبستانی آشکار می شوند، در معرض سوق یافتن به سمت اختلالات ارتباطی دانسته و معتقدند که این افراد رفتارهایی از قبیل بزهکاری، افت تحصیلی، سوء استفاده از مواد و یا طرد از سوی همسالان را تجربه خواهند کرد.

¹- externalizing

²- Fanti

³- Oguz

⁴- Stefan&miclea

به هر حال این مشکلات به دلیل ماهیت پنهانشان کمتر شناسایی، تشخیص و برای درمان ارجاع داده می شوند. پژوهش هایی در مورد درمان و کاهش این مشکلات صورت گرفته که از آن جمله می توان به این موارد اشاره کرد. آموزش مدیریت والدین در ارتباط والد-فرزندی که توسط ناظمی، محمدخانی و خوشابی (2010) برای درمان کودکان مبتلا به نارسایی توجه و فزون کنش انجام شده؛ اوزینر¹ ارتباط دوسویه والدگری و مشکلات درونی سازی شده و بیرونی سازی شده را بررسی کرده است (نقل از لوبنکو و سبر، 2010) که البته در این زمینه پژوهش لوبنکو و سبر (2010) نشان داد که برخلاف فرض دوسویه بودن روابط خانوادگی و مشکلات رفتاری، تأثیر کودک بر کیفیت روابط خانوادگی بیش از تأثیر آن بر روابط خانوادگی ادراک شده بر رفتار نوجوان است و انتقال مشکلات رفتاری به نوجوانی توسط کاهش ادراک انسجام و پیوند خانوادگی و افزایش تعارضات، قابل پیش بینی است. از سوی دیگر افرادی مانند جانسون و ماتیسن² (2008) معتقدند که ویژگی های زیست شناختی کودک از قبیل خلق و خو، کنترل تلاشگرانه و عادت رفتاری هدایتگر مشکلات رفتاری و برانگیزاننده والدگری منفی است. در سمت دیگر این نگرش، پژوهش ناظمی، محمدخانی و خوشابی (2010) نشان داد که والدگری منفی با کودکانی که در معرض خطر مشکلات رفتاری هستند، باعث به وجود آمدن داغ³ جسمانی و هیجانی در آنها شده و باعث رفتارهای مشکل زایی می شود که از والدینی که خود به مدل های رفتاری مشکل زا دچارند ناشی می شود. زندن⁴ (1386) نیز معتقد است که برخی کودکان آمادگی بیشتری برای رفتار خشونت آمیز دارند. علاوه بر این استفان و میکلا (2010) معتقدند به کار بستن اقدامات انضباطی معلمان مانند ایجاد پیامدهای منطقی برای رفتارهای خطا و محروم کردن در مدارس برای کاهش مشکلات رفتاری حتی برای آنانی که در معرض این قبیل مشکلاتند؛ مؤثر می داند و این پژوهش همسو با یافته فورتین و

¹- Ozeinar

²-Janson&mathisen

³-Stigma

⁴- Zanden

همکاران (2010) است که نقش نگرش معلم را در کاهش مشکلات رفتاری مؤثر می‌داند.

با مرور پیشینه پژوهشی در مورد مشکلات رفتاری می‌توان به سه حوزه اشاره کرد:

(1) بررسی میزان شیوع مشکلات رفتاری که نجفی، فولادچنگ، عزیزاده و محمدی فر (1388)، نامداری و نظری (1386)، ملکشاهی و فرهادی (1385) انجام داده‌اند.

(2) بررسی عوامل مربوط به مشکلات رفتاری مانند پژوهش خدام، مدانلو، ضیایی و کشتکار (1388) که ارتباط معناداری بین مشکلات رفتاری، تک‌والدی بودن، سکونت در خانواده‌های پرجمعیت و کم‌درآمد، سابقه بحران طی سال اخیر، شغل و تحصیلات والدین و محل تحصیل کودکان یافته‌است؛ یا تحقیق فرج‌اللهی، سرمدی و تقدیری نوش آبادی (1388) که با مقایسه دانش‌آموزان مدارس استثنایی و مدارس تلفیقی، گروه اول را دارای افسردگی کمتر و رفتار ضد اجتماعی بیشتری دانسته که البته در این تحقیق از فرم راتر¹ استفاده شده است و تحقیق محمدی و غرایبی (1386) که هوش هیجانی را با مشکلات رفتاری مرتبط دانسته است. روابط خانوادگی (لوبنکو و سبر، 2010) و افسردگی و اضطراب (محمدزاده و نجفی، 1389) و اختلالات شخصیت در مادران (ارغوانیان، 1388) نیز از عوامل مطرح شده در تحقیقات مختلف است.

(3) مطالعات مربوط به اثر بخشی آموزش‌های مختلف بر روی کودکان و یا مادران در جهت کاهش مشکلات رفتاری؛ مانند آموزش مهارت‌های فرزندپروری (برستان و آیبیرگ؛ گلدبرگ، جانس و دیگران؛ نقل از فرزادفر و هومن، 1387). فرزندپروری مثبت برای مادران (روشن‌بین، پوراعتماد و خوشابی، 1386) آموزش مدیریت والدین در روابط والد-فرزند در مورد کودکان بیش‌فعال با نارسایی توجه (ناظمی و همکاران، 2010)؛ روش‌های

¹ -Rutter

مداخله در مدرسه (استفان و میکلا، 2010)؛ بازی درمانگری بی رهنمود (بیات، 1387) که همگی در کاهش مشکلات رفتاری مؤثر گزارش شده اند.

بررسی پژوهش های دیگر در مورد اختلالات عاطفی - هیجانی مادران به خصوص افسردگی و اضطراب؛ مانند خانجانی، هداوندخانی و حججی (1389) لاندی و همکاران؛ گارت اشتاین و همکاران؛ لیم و همکاران و مک کارتی و می ماهون (نقل از خانجانی، 1389) روشنگر نقش مهم بلوغ عاطفی مادران در رشد سالم و بهداشت روان فرزندان شان است. در همین راستا کول¹ (سینگ و بهارگاوا، 1974) برجسته ترین علامت بلوغ عاطفی را توانایی تحمل تنش می داند از سویی دیگر سئول² (نقل از منبع قبلی) رشد عاطفی بالنسبه کامل را در قابلیت انطباق بالای فرد می داند. اما ال ای هورینگ ورث (نقل از منبع قبلی) افراد دارای بلوغ عاطفی را آن دسته از افرادی می داند که توان کنترل ترحم نسبت به خود به جای نشان دادن ترحم به خود و پاسخگویی تدریجی پاسخ های عاطفی را دارد. به این ترتیب مشخص می شود بلوغ عاطفی مادر که بی شک برجسته ترین نقش را در زندگی کودک ایفا می کند می تواند در برخورد های عملی مادر با مشکلات رفتاری و حتی جلوگیری از آن با استفاده از به کار بستن بلوغ عاطفی خود در مواقع بحرانی یا معمولی زندگی علاوه بر اینکه الگویی عملی برای رفتار مناسب فرزندش ارائه می دهد؛ از سوی دیگر با داشتن ظرفیت استفاده از مشاوره و یا نظرات کارشناسان از پیشرفت مشکلات رفتاری به سمت نوجوانی و یا وخیم تر شدن آنها جلوگیری می کند؛ چراکه این مشکلات دارای این ویژگی هستند که با برخورد صحیح با آنها از بین می روند و دیگر ادامه پیدا نمی کنند (هالاها و کافمن، 1387).

¹- Cole

²-Seoul

اما اهداف اصلی در این پژوهش این است که:

- 1) تعیین رابطه بین بلوغ عاطفی مادران با میزان مشکلات رفتاری فرزندانشان .
- 2) بررسی تفاوت مشکلات رفتاری برحسب جنسیت در دانش آموزان ابتدایی تبریز.

روش پژوهش: این مطالعه از نوع مطالعات همبستگی است که ارتباط بین متغیرها را بررسی می کند.

جامعه آماری ، گروه نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان دبستانی شهر تبریز بود که با استفاده از نمونه گیر خوشه ای از هر ناحیه آموزش و پرورش 2 مدرسه دخترانه و 2 مدرسه پسرانه و با در نظر گرفتن عدم تراکم این مدارس در یک محدوده شهری- انتخاب شد و بدین ترتیب پس از انتخاب 20مدرسه دخترانه و پسرانه، از هر مدرسه و از هر پایه تحصیلی یک کلاس برگزیده شد. تعدادکل دانش آموزان انتخاب شده 2628 نفر بود. در مرحله بعد دانش آموزان که دارای مشکلات رفتاری، توسط پرسشنامه مشکلات رفتاری غربال شدند که از میان 2150 پرسشنامه مسترد شده، 2103 (955 پسر و 1148 دختر) پرسشنامه قابل قبول بودند و در مرحله بعد دارای اختلال رفتاری مشخص شدند تا پرسشنامه بلوغ عاطفی در اختیار مادران این گروه از دانش آموزان قرار گیرد.

ابزارها

1. مقیاس علایم مرضی کودکان یک مقیاس درجه بندی رفتار است که اولین بار توسط گادو واسپیرافکین¹ براساس طبقه بندی DSMIII با نام SLUG به منظور غربال 18 اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شد. بعدها درسال 1987 فرم CSI-3R به دنبال طبقه بندی DSM-III-R ساخته شد و در سال 1994 با چاپ چهارم DSMIV با تغییرات اندکی مورد تجدید نظر قرار

¹⁻ Gadow&sprafkin

گرفت و با نام CSI-4 منتشر گردید. CSI-4 همانند فرم های قبلی دارای دوفرم والد و معلم است. از آنجایی که مادران ارتباط بیشتری با کودکانشان دارند، تصمیم گرفته شد از فرم والدین استفاده شود. این فرم دارای 97 سؤال است که توسط والدین پاسخ داده می شود. در فرم والدین کلیه اختلالات در 11 گروه عمده گنجانده شده اند و هریک از گروهها زیر مجموعه خاص خود را داشته و شامل سؤالات مربوط به خوداست. این گروهها مشتمل هستند بر: گروه A اختلال نارسایی توجه، فزون کنشی- شامل نوع عمدتا بی توجه، نوع عمدتا فزون کنش- تکانشی و نوع مرکب. گروه B اختلال لجبازی و نافرمانی؛ گروه C: اختلال سلوک؛ گروه D: اختلالات اضطرابی شامل اضطراب فراگیر؛ گروه E: اختلالات اضطرابی و تیک شامل هراس مشخص، وسواس فکری، وسواس عملی، فشار روانی پس آسیبی، تیک حرکتی و تیک صوتی؛ گروه F: اختلالات روان پریشی شامل اسکیزوفرنی؛ گروه G: اختلالات خلقی شامل افسردگی شدید و افسرده خویی؛ گروه H: اختلالات فراگیر رشدی شامل اختلال اتیستیک و اسپرگر؛ گروه I: اختلالات اضطرابی شامل هراس اجتماعی؛ گروه J: اختلال اضطرابی شامل اضطراب جدایی؛ گروه K: اختلالات دفع شامل شب ادراری و بی اختیاری مدفوع؛ گروه L: گروه اضافی (نقل از بیات، 1387). نمره گذاری آزمون به دوروش برش غربال کننده و نمره گذاری برحسب شدت نشانه های مرضی انجام می شود که در این بررسی شیوه غربال کننده استفاده شده است (هرگز و گاهی نمره "0" و بیشتر و اغلب اوقات نمره "1"). گادو و اسپیرافکین اعتبار باز آزمایی این مقیاس را به این شرح به دست آوردند: AD/HD نوع عدم توجه (0/67)، AD/HD نوع تکانشی فزون کنشی (0/82)، AD/HD نوع مرکب (0/78)، اختلال لجبازی - نافرمانی (0/75)، اختلال سلوک (0/67)، اضطراب فراگیر (0/65)، اختلال افسردگی اساسی (0/56)، افسرده خویی (0/54)، اسکیزوفرنی (0/37)، اتیستیک (0/74)، هراس اجتماعی (0/65)، اضطراب جدایی (0/72)، (نقل از خانجانی و همکاران، 1389). در تحقیق کلانتری و همکاران اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تصنیف

برای فرم معلم 0/91 و برای فرم والدین 0/85 به دست آمده است (نجفی و همکاران، 1388). روایی محتوایی پرسشنامه در پژوهش محمداسماعیل در سال 1380 مورد تأیید 9 نفر از روانپزشکان قرار گرفته است (نقل از منبع قبلی). توکلی زاده و همکاران در 1376 (نقل از خانجانی و همکاران، 1389) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/92 به دست آوردند.

2. مقیاس بلوغ عاطفی یاشویر سینک و بهارگاوا (EMS) که در سال 1974 ساخته شده است، یک مقیاس گزارش شخصی 5 گزینه ای است که دارای 48 سوال است. سوالات این مقیاس خواستار اطلاعات برای هر یک از 5 گزینه ای است که به صورت خیلی زیاد، زیاد، نامشخص، احتمالاً هرگز می باشد. سوالات طوری است که جواب مثبت خیلی زیاد نمره "5"، زیاد "4"، نامشخص "3"، احتمالاً "2" و پاسخ منفی هرگز نمره "1" دریافت می دارد. درضمن عوامل مربوط به عدم بلوغ عاطفی شامل این موارد می باشد. 10 سوال اول مربوط به عدم ثبات عاطفی، 10 سوال دوم مربوط به بازگشت عاطفی، 10 سوال سوم مربوط به ناسازگاری اجتماعی، 10 سوال چهارم مربوط به فروپاشی شخصیت و 8 سوال آخر مربوط به فقدان استقلال می باشد. اما تفسیر نمرات در این مقیاس بدین ترتیب است: نمرات 80-50 بسیار باثبات؛ 88-81 نسبتاً باثبات؛ 106-89 بی ثبات و 240-107 بسیار بی ثبات.

روایی این مقیاس در برابر معیارهای بیرونی یعنی پرسشنامه سازگاری حوزه "گها" برای دانشجویان کالج توسط سینها و سینگ تعیین شده است. در این پرسشنامه حوزه گها، سازگاری عاطفی دانشجویان کالج را اندازه می گیرد و تعداد سوالات این حوزه 21 مورد است. همبستگی گشتاوری حاصل بین کل نمرات در 21 سوال حوزه گها و کل نمرات در مقیاس بلوغ عاطفی 0/64 بود (نقل از حافظ آبادی و بافتی، 1386). پایایی توسط آزمون- باز آزمون بروی دانشجویان اندازه گیری شد که شامل دختران و پسران 24-20 ساله بودند. فاصله زمانی بین این دو آزمون 6 ماه بود و همبستگی گشتاوری بین این دو

اجرا 0/75 بود. همسانی درونی این مقیاس با محاسبه ضریب همبستگی های بین کل نمرات و نمرات هر یک از 5 گروه تعیین شد. عدم ثبات عاطفی 0/75 بازگشت عاطفی 0/63 ناسازگاری اجتماعی 0/58 فروپاشی شخصیت 0/86 و فقدان استقلال 0/42 به دست آمد (سینگ و بهارگاوا، 1974).

طرح پژوهش: در این تحقیق که از نوع همبستگی است؛ اختلالات رفتاری به عنوان متغیر ملاک و بلوغ عاطفی به عنوان متغیر پیش بین به کار رفته است. روند پژوهش: مادران ابتدا به پرسشنامه مشکلات رفتاری در مورد فرزندان خود پاسخ دادند؛ بعد از غربالگری دانش آموزان دارای مشکل رفتاری، پرسشنامه بلوغ عاطفی که در مورد خود مادران بود، در اختیار این دسته از مادران قرار گرفت.

نتایج

ابتدا فراوانی و درصد اختلالات رفتاری بر حسب جنسیت، نواحی آموزش و پرورش و پایه تحصیلی به دست آمد.

جدول 1: فراوانی و درصد اختلالات رفتاری براساس جنسیت در دانش آموزان ابتدایی

جنسیت	تعداد کل	افراد دارای اختلال	درصد معتبر افراد دارای اختلال
دختر	1148	560	54/3
پسر	955	472	45/7
کل	2103	1032	100

در این پژوهش 54/3% از دانش آموزان دارای اختلال را دختران و 45/7% را پسران تشکیل دادند.

جدول 2: فراوانی و درصد اختلالات رفتاری برحسب نواحی آموزش و پرورش

درصد معتبر	درصد	فراوانی	نواحی آموزش و پرورش
20/1	20/1	207	یک
22/3	22/3	230	دو
21/2	21/2	219	سه
15/3	15/3	158	چهار
21/1	21/1	218	پنج
100	100	1032	کل

همانگونه که جدول 2 نشان می دهد در این پژوهش 20/1% از دانش آموزان نمونه مربوط به ناحیه یک آموزش و پرورش، 22/3% ناحیه دو، 21/2% ناحیه سه، 15/3% ناحیه چهار و 21/1% از ناحیه پنج بودند؛ به این ترتیب درصد نمونه ها در هر ناحیه تقریباً یکسان است.

جدول 3: فراوانی و درصد پایه تحصیلات دانش آموزان دارای اختلالات رفتاری

درصد معتبر	فراوانی	پایه تحصیلات
17/4	180	اول
20/4	211	دوم
19/9	205	سوم
23/3	240	چهارم
19	196	پنجم
100	1032	کل

جدول 3 بیانگر فراوانی و درصد افراد دارای اختلال در تحقیق بر اساس پایه تحصیلی شان می باشد؛ بدین ترتیب که 17/4% دانش آموزان کلاس اول، 20/4% کلاس دوم، 19/9% کلاس سوم، 23/3% کلاس چهارم و 19% کلاس پنجم بودند؛ در واقع بیشترین میزان اختلالات رفتاری در بین پایه های مختلف مربوط به کلاس پنجم بوده است.

به منظور بررسی رابطه بلوغ عاطفی مادران با اختلالات رفتاری فرزندانشان به عنوان اولین هدف تحقیق از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول 4: جدول ضرایب همبستگی میان عوامل عدم بلوغ عاطفی و میزان مشکلات رفتاری

متغیرها	تعداد مادران	تعداد فرزندان	ضریب همبستگی
عدم ثبات عاطفی	1021	1032	0/396**
بازگشت عاطفی	1021	1032	0/277**
ناسازگاری اجتماعی	1013	1032	0/264**
فروپاشی شخصیت	1014	1032	0/387**
فقدان استقلال	1014	1032	0/187**

**ضرایب همبستگی در سطح ($p < 0/01$) معنادار هستند.

طبق نتایج جدول 4 بلوغ عاطفی مادران در تمام عوامل رابطه معناداری بامیزان اختلالات رفتاری دارد؛ در بین عوامل بلوغ عاطفی، بازگشت عاطفی با همبستگی 0/412 بالاترین مقدار همبستگی را نشان داده که این عامل همانطور که قبلا ذکر شده بود بالاترین همبستگی را با کل آزمون بلوغ عاطفی دارد. جهت بررسی تفاوت میزان اختلالات رفتاری در دختران و پسران از آزمون خی دو استفاده شده است.

جدول 5: تفاوت میزان اختلالات رفتاری از نظر متغیر جنسیت در دانش آموزان ابتدایی تبریز

خی دو	کل	زیاد	متوسط	کم	میزان اختلالات	
					جنسیت	فرآوانی مشاهده شده
18/616*	560	205	179	176	فرآوانی مورد انتظار	فرآوانی مشاهده شده
	560	173/1	194/3	192/2		
	472	114	179	179	فرآوانی مورد انتظار	فرآوانی مشاهده شده
	472	145/9	163/7	162/4		

* = $p < 0/05$

نتایج جدول 5 نشان می دهد که میزان اختلالات رفتاری در پسران و دختران متفاوت بوده و این میزان در دختران این تحقیق بیش از پسران می باشد.

برای بررسی عمیق تر و تحقق بخشیدن به دومین هدف تحقیق، تفاوت نوع اختلالات رفتاری در دختران و پسران این بار با استفاده از نمره گذاری وجود اختلال و عدم وجود اختلال وبا استفاده از آزمون خی دو انجام شد.

جدول 6: آزمون تفاوت دختران و پسران ابتدایی تبریز برحسب نوع اختلالات رفتاری

جنسیت اختلال	دختر	پسر	مجذور کای دو
بی توجهی	97	142	12/92**
بیش فعالی	60	87	13/77**
ADHD	14	32	11/01**
لججاری	142	130	1/85
اختلال سلوک	25	19	0/15
اضطراب فراگیر	122	92	0/82
هراس خاص	190	97	23/06**
وسواس فکری	53	39	0/45
وسواس عملی	46	35	0/45
استرس پس از سانحه	59	48	0/04
تیک حرکتی	29	40	4/46*
تیک صوتی	12	16	1/51
اسکیزوفرنی	18	15	1/19
افسردگی اساسی	31	27	0/02
افسرده خوبی	69	49	2/17
اوتیسم	18	14	2/91
آسپرگر	43	51	3/10
هراس اجتماعی	74	64	0/03
اضطراب جدایی	322	249	0/32*
شب اداری	15	18	1/05
بی اختیاری مدفوع	7	5	0/07

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

نتایج آزمون خبی دو همانگونه که جدول 6 نشان می دهد بیانگر این است که اختلالات بی توجهی، بیش فعالی، نقص توجه - بیش فعالی نوع مرکب، تیک حرکتی بیشتر در پسران؛ هراس خاص و اضطراب جدایی بیشتر در دختران وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

اولین و مهم ترین یافته این پژوهش آن است که بین بلوغ عاطفی مادران با میزان مشکلات رفتاری فرزندانشان رابطه معناداری وجود دارد؛ در واقع مادرانی که بلوغ عاطفی بالاتری دارند دارای کودکانی هستند که میزان کمتری از اختلالات رفتاری را دارا هستند. این یافته با یافته هایی که به نوعی سلامت روانی و شخصیتی مادر را در سیر تحولات کودکان مهم تلقی کرده اند نیز همخوانی دارد. مطالعات لی¹ و همکاران (نقل از خانجانی و همکاران، 1389) نشان داد که آسیب روانی مادر موجب اختلالهای عاطفی- هیجانی و مشکلات تحصیلی فرزندان می شود. چنانچه مادر دچار افسردگی شدید یا اختلالات وحشت باشد، فرزند او احتمالاً دچار مشکلات رفتاری هیجانی خواهد شد. افسردگی مادر با اختلال افسردگی، هراس اجتماعی، رفتار ایدایی، اضطراب جدایی و اختلال اضطراب چندگانه و یا کاهش عملکرد اجتماعی در کودکان ارتباط دارد. اختلال وحشت مادر با اختلال وحشت آکروفوبیا، اختلال اضطراب جدایی و اختلال اضطراب چندگانه ارتباط دارد. پژوهش ناظمی و همکاران (2010) نشان داد که والدگری منفی با کودکانی که در معرض خطر مشکلات رفتاری هستند، باعث به وجود آمدن داغ² جسمانی و هیجانی در آنها شده، رفتارهای مشکل زایی را بوجود می آورد که از والدینی که خود به مدل های رفتاری مشکل زا دچارند ناشی می شود.

پژوهشگران دیگر نیز کشف کرده اند که تحریک پذیری دایمی والدین می تواند به سلامت عاطفی کودک و به رشد توانایی های شناختی او آسیب

¹- Lee

²-Stigma

برسانند. مادرانی که افسرده اند، درمقایسه با مادران دیگر با فرزند، کمتر عاطفی، کمتر خود مختار و بیشتر محافظه کارند. همچنین آنها نسبت به کودک بزرگتر خود کمتر بردبارند و بیشتر تمایل دارند آنها را تنبیه کنند. برعکس، کودکان تقریباً یک ساله ای که والدین شاد دارند، با آنها رابطه عاطفی محکمتری برقرار می کنند و در نتیجه به نظر می رسد که نسبت به بچه هایی که والدین آنها ظاهراً شاد نیستند، امتیازهای بیشتری به دست می آورند (زندن، 1386).

به علاوه با توسل به دیدگاه مورگان¹ (سینگ و بهارگاوا، 1974) که تحلیل درست از بلوغ عاطفی را در نظر گرفتن تمام حیطه فردیت، نیروها و توانایی لذت بردن از این نیروها می داند؛ می توان عنوان کرد زمانی که مادر بتواند به چنان بلوغی برسد که نیروهای موجود در خود را باور کرده و بپذیرد و درصدد اعتلای جنبه های مثبت نیروهایش باشد دیگر حالات منفی مانند احساس حقارت، بی قراری، خصومت، پرخاشگری و خود محوری به او دست نمی دهد چه، این حالات نشانگر بازگشت عاطفی مادر و نقصان در بلوغ عاطفی او خواهد بود. آن هم مادری که یک الگوی برجسته رفتاری و در دسترس کودک بوده و رفتار کودک می تواند انعکاسی از رفتار مادر با او باشد. تبیین دیگر با استفاده از این دیدگاه سئول² (نقل از منبع قبلی) است که اگر رشد عاطفی فرد بالنسبه کامل باشد، قابلیت انطباق او بالاست و تمایلات بازگشتی او کم است و حساسیت های او حداقل است؛ با نگاهی به عوامل بازگشت عاطفی که بدان اشاره شد و با توجه به همبستگی بالای این عامل با فروپاشی شخصیت و فقدان استقلال می توان چنین نتیجه گرفت که هراس، بدبینی، خصومت، پرخاشگری، خودمداری، عصبیت و وابستگی مادر به عنوان یکی از جنبه های عاطفی - محیطی موجود در رشد کودک و نوجوان می تواند در بروز اختلالات رفتاری فرزندش نقش آفرینی کند چرا که حالات هیجانی مادر و خلق و خوی او، شرایط مراقبتی و تربیتی را ایجاد می نماید که نشانه های مرضی مانند بیقراری و تحریک پذیری

¹-Morgan

²-Seoule

و ناامیدی و خشم و یا آرامش، خودداری و غلبه شناخت و تعقل بر هیجان را در فرزند ایجاد می کند.

یافته مربوط به تفاوت دختران و پسران در اختلالاتی مانند کمبود توجه و بیش‌فعالی نیز می‌تواند مؤید اهمیت این عامل (بازگشت عاطفی) در بروز این قبیل اختلالات باشد؛ از طرف دیگر وقتی مشاهده می‌شود که هراس خاص و اضطراب جدایی در دختران بیش از پسران است و نیز همبستگی بالاتر بازگشت عاطفی در نمره بلوغ عاطفی مادران با اختلالات رفتاری فرزندان نشان دلیلی دیگری بر اهمیت رابطه بلوغ عاطفی مادران با اختلالات رفتاری فرزندان و نیز موضوع همانندسازی دختران با الگوهای رفتاری مادرانشان آشکار می‌شود؛ چرا که دختران مضطرب امروز مادران آسیب‌پذیری خواهند بود که احتمالاً فرزندان با اختلالات رفتاری تربیت خواهند کرد. به طور کلی این نتیجه که اختلاف معناداری بین جنسیت و اختلال رفتاری وجود دارد، تأییدکننده نتایج خدام و همکاران (1388) و غیائی، نظرپور، بختی، پورنجف و شیرینی (1387) می‌باشد و با توجه به این که در تحقیق‌های یاد شده از فرم راتر استفاده شده بود، اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، اختلال سلوک و رفتارهای ناسازگارانه به عنوان اختلالاتی که در دختران و پسران تفاوت دارند، ذکر شده است اما در این تحقیق این تفاوت تنها در اختلالات بی‌توجهی، بیش‌فعالی و اختلال بی‌توجهی/بیش‌فعالی (ADHD)، هراس خاص و تیک حرکتی دیده شد.

شیوع بالای مشکلات اضطرابی و کم‌توجهی در این تحقیق همچنانکه اوگوز (2010) نیز در تحقیقاتش آورده است، عواملی مانند اضطراب و برانگیختگی، در تمرکز و یادگیری مشکلاتی را به وجود می‌آورد؛ بیانگر این حقیقت است که جو اضطرابی حاصل از مادری با بلوغ عاطفی بی‌ثبات کودک مضطرب و وابسته را پرورش می‌دهد این اضطراب به انحاء مختلف در رفتار فرزند نمایان می‌شود که یکی از این موارد کم بودن دامنه توجه و تمرکز در فرزند خواهد بود. به هر حال تبیین کلی این است که رفتار عاطفی بالغ در هر سطحی حاصل رشد طبیعی است، در شکل‌گیری انواع دلبستگی در کودکان نیز کودکانی که

دلبستگی آرام بخش تشکیل داده اند، ظاهراً مراقبت های مادرانه منسجم، حساس و عاطفی در یافت کرده اند؛ به علاوه مادری که قادر به کنترل عواطف خویش باشد. تحمل تأخیر ارضا را دارد بدون آنکه تأسف خورد و رنج بکشد؛ از آنجایی که یکی از عوامل حساسیت مادری که در رشد دلبستگی و عواطف کودک مؤثر است، همین توان تحمل تأخیر در ارضای مادر است و اوست که از زمان تولد نوزادش باید گوش به زنگ نیاز نوزادش باشد تا از همان ابتدا پایه های امنیت روانی کودکش را پی ریزی نماید؛ پس میزان بالای اضطراب جدایی در دانش آموزان به خصوص در دختران این پژوهش می تواند گواه این تبیین باشد؛ چرا که کودکی که به والدین خود دلبستگی عمیق پیدا می کند از آنها طرحواره هایی در معنای اشخاص مهربان و عاطفی فراهم می آورد. این کودک در مورد خود نیز طرحواره هایی در معنای کسی که شایستگی محبوبیت، پرستاری و حمایت شدن را دارد، فراهم می آورد و چنین کودکانی در موقعیت استرس آور یا دشوار مقاومتر و پایدارتر به نظر می رسند و این از دید اریکسون اولین موفقیت روانی - عاطفی کودک است که بدون اضطراب و خشم بپذیرد که مادرش از جلو چشمش دورتر رود، چراکه او این پذیرش را بر اثر مسائل بیرونی به اطمینان درونی تبدیل کرده است.

اما در مورد دلیل بالابودن مشکلات رفتاری در پایه چهارم می توان بیان کرد که سخت شدن دروس به یکباره و نسبت به کلاس سوم و شیب تند فشار درسها و اضطراب فرد از یک طرف، و فشار والدین برای خوب درس خواندن از سوی دیگر می تواند از منابع اضطراب و موجد اختلالات رفتاری در فرد شود چه رفتار معلمان و اولیای مدرسه و نیز رفتار والدین می توانند مزید علت در به وجود آمدن اختلالات رفتاری شوند. دانش آموزی که ناسازگاری نشان می دهد و اضطرابها و فشارهای درونی خود را در تعامل با دوستان و همکلاسی های خود بیرون می ریزد و از طرفی ناظم و اولیای مدرسه نیز با برخی تنبیهها و سرزنشها بار این فشار را بیشتر کرده و ناخواسته دور باطلی را به وجود می آورند که در آن متضرر واقعی خود کودک است.

نتیجه گیری : این پژوهش مؤید آن است که مادرانی که دارای بلوغ عاطفی کمتری هستند در معرض خطر داشتن فرزندانی با مشکلات رفتاری خواهند بود با وجود این ابعاد و سبکهای مربوط به تعلیم و تربیت کودکان به توانایی های کلی والدین مربوط می شوند؛ مثلا برحسب بافت و موقعیت، والدین می توانند مهربان یا نامهربان، سخت گیر و یا سهل گیر، منظم یا نامنظم باشند اما با توجه به بافت جامعه ما که در میان والدین، مادر بیشترین ارتباط را با کودکش دارد تبیین احتمالی آن است مادران دارای بلوغ عاطفی پایین تر در برخورد با فرزندان خود دارای آسیب های احتمالی هستند که در بروز و شدت یافتن اختلالات رفتاری فرزندانشان می تواند با اهمیت تلقی گردد پس لازم است تا با توجه بیشتر به مقوله بلوغ عاطفی به ویژه در دختران که مادران آینده هستند، از سهم این عامل در اختلالات رفتاری کودکان تا حدودی کاست .

منابع:

- ارغوانیان، ژیلا (1388)، رابطه اختلال شخصیتی مادران با مشکلات رفتاری دانش آموزان دبستانی تبریز در سال 88-87 پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد تبریز.
- بیات، مریم (1387)، بازی درمانگری بی رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی سازی شده. فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال 4، شماره 15، صفحات 267-276.
- حافظ آبادی، فهیمه و بافتی، فاطمه (1386)، تفاوت بلوغ عاطفی دانشجویان خانم مجرد و متأهل 30 - 18 ساله. پایان نامه کارشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان.
- خانجانی، زینب؛ هداوند خانی، فاطمه و حججی، سید نوید (1389)، اختلالات درونی سازی نقش اضطراب و افسردگی مادران در سلامت روان دختران نوجوان. مجله روانشناسی بالینی، سال 2، شماره 1 (پیاپی 5)، صفحات 41-50.
- خدام، حمیرا؛ مدانلو، معصومه؛ ضیایی، طیبه؛ کشتکار، عباسعلی (1388)، اختلالات رفتاری و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان سن مدرسه شهر گرگان. پژوهش در حیطه پرستاری، دوره 4، شماره 14، صفحات 29-37.
- روشن بین، مهدیه؛ پوراعتماد، حمیدرضا خوشابی، کتایون (1386)، تاثیر آموزش برنامه گروهی فرزند پروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان 10-4 ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه. فصلنامه خانواده پژوهی، دوره 3، شماره 10، صفحات 572-555.
- رحیمی، رقیه (1387)، بررسی روابط ساده و چندگانه سلامت روان و بلوغ عاطفی دانش آموزان پایه دوم دبیرستان های عادی و تیزهوشان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
- سلطانی فر، عاطفه و بینا، مهدی (1386)، بررسی شیوع نشانه های افسردگی کودکان دبستانی 11-9 ساله در تهران و رابطه آن با عملکرد خانواده. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال 9، شماره 33 و 34، صفحات 7-14.
- سینگ، ی و بهارگاو، م. مقیاس بلوغ عاطفی (1389)، ترجمه ابوالفضل کرمی (1974). روان تجهیز سینا.
- غیاثی، نسرین؛ نظریور، فریبا؛ بختی، فریبا، پور نجف، عبدالحسین و شیرینی، خسرو (1386)، بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان دختر و پسر دبستانی شهر ایلام در سال تحصیلی 85-86. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره 16، شماره 1، بهار 87.
- فرج الهی، مهران؛ سردمدی، محمدرضا و تقدیری نوش آبادی، امیر (1388)، مقایسه عملکرد تحصیلی و رفتاری دانش آموزان پسر کم شنوای مدارس استثنایی و تلفیقی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال 9، شماره 3، صفحات 273-281.

- فرزادفر، زینب و هومن، حیدرعلی (1387)، نقش آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر کاهش تنیدگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان. فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال 4، شماره 15، صفحات 277-292.
- محمدرزاده، علی و نجفی، محمود (1389)، نقش اضطراب و افسردگی در تبیین اختلالات نارسایی توجه در کودکان دبستانی. مجله روانشناسی بالینی، سال 1، شماره 4، صفحات 59-66.
- محمدی، سید داوود و غرابی، بنقشه (1386)، ارتباط اختلالات رفتاری با هوش هیجانی در دانش آموزان. مجله دانشگاه کرمان، دوره 14، شماره 4، صفحات 289-299.
- ملکشاهی، فریده و فرهادی، علی (1385)، بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی شهرستان خرم آباد. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، شماره 3، صفحات 57-65.
- نامداری، پریساو نظری، هدایت (1386)، میزان شیوع اختلال های رفتار ایذایی در کودکان دبستانی شهر خرم آباد در سال 1384. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره 9، شماره 3، صفحات 40-35.
- نجفی، محمود؛ فولادچنگ، محبوبه؛ علیزاده، حمیدو محمدی فر، محمدعلی (1388)، میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان دبستانی. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال 9، شماره 3، صفحات 239-254.
- وندر زندن، ج (1386)، روان شناسی رشد ترجمه حمزه گنجی. تهران: موسسه نشر ساوالان.
- هالاهان، دو کافمن، ج (1387)، کودکان استثنایی مقدمه‌ای بر آموزشهای ویژه. ترجمه مجتبی جوادیان. (1944). مشهد: نشر آستان قدس رضوی.
- Fanti, k.a. (2007), trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to 12: findings from the nichd study of the requirements for PhD degree. Georgiastste University.
- Fortin, L; lessard, A; & marcotte, D. (2010), Comparison by gender of students with behavior problems who dropped out of school. Journal of social and behavioral sciences. , 2. Retrieved december 2, (2009). from <http://www.sciencedirect.com>.

-
- Jansen, H; & Mathisen, K. (2008), Temperament profiles from infancy to middle childhood development and associations with behavior problems. *developmental psychology*. 44(5), 1314-1328.
 - Lubenko, J; & Sebre, S (2010), Longitudinal associations between adolescent behavior problems and perceived family relationships. *Journal of procedia social and behavior sciences*. 5. Retrieved January 20, 2010. from <http://www.sciencedirect.com>.
 - Nazemi, F; Mohammadkhani, P; & Khoshabi, K. (2010), parent management used in abusive parent-children intervention in children with ADHD. *Journal of procedia social and behavioral sciences*. 5, 244-249.
 - Oguz, V. (2010), the factors influencing children's drawings. *Journal of procedia social and behavioral sciences*. January, 3003-3007.
 - Stefan, C; & Miclea, M. (2010), Prevention program for children with emotional and social competencies. *Journal of procedia social and behavioral sciences*, 5, 127-139.

