

مقایسه تعارضات زناشویی مادران دارای کودک مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی با مادران دارای کودک عادی

عیسی حکمتی^۱

محسن سودمند^۲

دکتر منصور بیرامی^۳

حسین قلی زاده^۴

آیناز منصورنیا^۵

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تعارضات زناشویی مادران دارای فرزند پسر مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی با گروه مقایسه بوده است. بدین منظور ۳۰ نفر از مادرانی که کودکان آنها با استفاده از مصاحبه بالینی و پرسشنامه CSI-4 تشخیص نقص توجه/بیش فعالی دریافت کرده اند، پرسشنامه تعارضات زناشویی را تکمیل نمودند. این کودکان به صورت تصادفی خوشه ای چند مرحله ای از نواحی پنج گانه آموزش و پرورش شهرستان تبریز انتخاب شده بودند. گروه مقایسه نیز شامل مادران کودکان عادی بود که ابتدا کودکانشان از بین دانش آموزان همان مدارس انتخاب و مادران از نظر سن، ابعاد خانواده و تحصیلات با گروه اصلی همتا شده بودند. طرح پژوهش حاضر (علی- مقایسه ای) بود. برای تحلیل داده های آماری نیز از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. تحلیل داده های به دست آمده نشان داد که بین تعارضات زناشویی مادران دو گروه در بعد کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش هیجانی و افزایش جلب حمایت فرزند در سطح $p < 0/001$ تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که ابتلای کودک به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در برخی از ابعاد تعارضات زناشویی مادران و تشدید آن نقش دارد.

واژه های کلیدی: نقص توجه/ بیش فعالی، تعارضات زناشویی، مادران

- کارشناس ارشد روانشناسی - Isa_hekmaty@yahoo.com

- دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تبریز

- دکترای روانشناسی و عضو هیئت علمی دانشگاه تبریز

- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به عنوان الگوی تکراری بیش‌فعالی، تکانشگری و بی‌توجهی توصیف شده است که غالباً شروع آن قبل از هفت سالگی بوده و شدیدتر از آن است که قابل اسناد به رشد طبیعی باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ DSM-IV-TR). تخمین زده شده است که این اختلال در ایالات متحده ۵-۳/۵٪ از کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (انستیتوی ملی سلامت روان، ۲۰۰۸). در واقع طبق نتایج مرکز کنترل بیماری‌ها در ایالات متحده، تقریباً ۴/۴ میلیون نفر از کودکان ۱۷-۴ ساله تشخیص این اختلال را دریافت کرده‌اند (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، ۲۰۰۵). این اختلال در اکثر مراجعان بالینی که طی دوران کودکی این تشخیص را دریافت کرده‌اند، تا بزرگسالی تداوم می‌یابد (بارکلی و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعه لارا و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که تقریباً ۵۰٪ از کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی ملاکهای کامل اختلال را در بزرگسالی نیز نشان می‌دهند.

زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس‌زا برای خانواده درک شده و می‌تواند همه جنبه‌های خانواده را تحت تاثیر قرار دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان می‌باشد، احتمالاً بیشترین تاثیر را خواهد پذیرفت. هر چند به سهم بالقوه رفتارهای والدینی ناکارآمد، در سبب شناسی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی توجه چندانی نشده است (جنسن و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از ری و همکاران، ۲۰۰۰؛ ۵۵۴).

از آنجایی که کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، مشکلاتی در زمینه خودتنظیمی دارند و برای تنظیم رفتارهایشان بیشتر به پسخورندهای

¹- Attention Deficit/ hyperactivity Disorder

²- National Institute of Mental Health

³- Center for Disease Control and Prevention

⁴- Barkley

⁵-Lara

⁶- Rey et al

محیطی وابسته هستند (بارکلی، ۱۹۹۷؛ به نقل از هاروی، ۲۰۰۰؛ ص ۴۳) مطالعه خانواده‌ها و الگوهای رفتاری والدین اهمیت به سزایی دارد. به طوری که کرونیس و همکاران (۲۰۰۷) اظهار کرده اند که آسیب والدین و رفتار والدینی عوامل خطر مهمی در پیامد رشدی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی می باشند. این احتمال وجود دارد که والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، بویژه والدینی که خود نیز اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دارند، چالشهای زیادی برای حفظ ساختار و پیوستگی خانواده داشته باشند (بیدرمن، ۲۰۰۲).

این کودکان مکرراً با والدین شان در زمینه رفتارهای مختلف جر و بحث می کنند، بویژه هنگامی که اختلال سلوک یا نافرمانی مقابله ای را به صورت همزمان داشته باشند (روبین و همکاران، ۲۰۰۸)، آنان غالباً مطیع نبوده، معمولاً قادر به انجام خواسته های والدین نمی باشند (دوپوال و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از کرونیس- توسکانو و همکاران، ۲۰۰۸؛ ص ۱۲۴۲). مطابق گزارش والدین، دامنه زیادی از فعالیتهای روزانه و اغلب روابط شان (والد- کودک، کودک با همشیرها و کودک با دیگران) در طی روز تحت تاثیر رفتارهای این کودکان قرار می‌گیرد (کوگیل و همکاران، ۲۰۰۸). چنین رفتارهایی می‌توانند واکنش‌هایی در والدین ایجاد کرده، و از این طریق بر ساختار و تعارضات خانواده تأثیر بگذارند.

اهمیت انتخاب مادر در این پژوهش آن است که برخی پژوهشگران (پولسکی و نیگ، ۲۰۰۱؛ به نقل از نئوفیتو و وبر، ۲۰۰۵؛ ۳۱۸) بر این اعتقادند هستند که غالباً مادران، خود را درباره رفتارهای نامناسب کودک مقصر می‌دانند. هاربرن و ولبرت (۲۰۰۴) الگوی سرزنش خود در خانواده‌هایی که پسران مبتلا

¹- Harvey

²- Chronis

³- Biederman

⁴- Robin

⁵- Chronis- Tuscano

⁶- Neophytou & Webber

⁷- Harborne & Wolbert

به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی داشتند، نشان داده است که والدین به واسطه نگرش متخصصان و اعضای خانواده، به خاطر مشکلات پسرانشان احساس تقصیر می‌کنند و در نتیجه آن، دچار آشفتگی‌های هیجانی می‌شوند.

علاوه بر این، مادران به رفتارهای خطرناک پسران، بیشتر با خشونت واکنش نشان می‌دهند، زیرا در کنترل چنین رفتارهایی خود را ناتوان احساس می‌کنند (مورونگیلو و هاگ، ۲۰۰۴). از دیدگاه نظریه اسنادی نیز، مادران الگوهای خاصی در مورد رفتارهای کودکان نقص توجه/ بیش‌فعال دارند که قابل توجه است. چن و سیپ (۲۰۰۸) نشان دادند که مادران، رفتارهای بی‌توجهی و تکانشگری را با احتمال زیادی به این شکل در نظر می‌گیرند که در آینده و موقعیتهای مختلف مجدداً اتفاق خواهد افتاد و در کل، آنها واکنش منفی تری برای رفتارهایی که پایدار و کلی درک می‌شوند، نشان می‌دهند. بنابراین احتمال می‌رود، خانواده و بویژه مادر بیشتر تحت فشار قرار گرفته، از نظر روانشناختی دچار آسیب‌هایی شوند که امور خانواده را تاثیر خواهد گذاشت.

مطالعات متعددی که عوامل محیطی و بویژه خانوادگی را در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مورد بررسی قرار داده‌اند. میراندا و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده‌اند که والدین این کودکان، سطوح بالاتر استرس و احساس شایستگی کمتری داشته‌اند. آنها چنین نتیجه‌گیری کردند که این استرس در ارتباط با به‌کارگیری تکنیکهای انضباطی ناکارآمد یعنی سهل‌گیرانه یا سخت‌گیرانه است. علیزاده و آندریس (۲۰۰۲) نیز به این نتیجه دست یافته‌اند که بین ابتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و شیوه‌های والدینی مستبدانه رابطه منفی وجود دارد؛ یعنی والدین این کودکان به شیوه‌ای مستبدانه با کودکان برخورد می‌کنند.

¹- Morrongiello & Hogg

²- Chen & Seip

³- Miranda

⁴- Andries

والدینی که واکنش های منفی به بدرفتاری های کودکان نشان می دهند (والن و هنکر، ۱۹۹۹؛ به نقل از ویمس و همکاران، ۲۰۰۸؛ ۳۲) احتمالاً به استرسهای زیادی دچار شده اند. مطالعه طولی (کمپل، ۱۹۹۴؛ به نقل از هلر و باکر، ۲۰۰۰؛ ۴۵۹) نشان داد که منفی گرایی مادر، پیش بین نیرومندی (حتی فراتر از مشکلات اولیه رفتاری کودک) درباره تداوم مشکلات کودک است. شور و گو (۲۰۰۷) در مطالعه خود که به بررسی عوامل خانوادگی اختلال نقص توجه/بیش فعالی پرداختند، به این نتیجه دست یافتند که مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی، آشفتگی روانشناختی بیشتر گزارش کرده و حمایت کمتری از سوی خانواده ادراک می کنند. همچنین این مادران از نظر عاطفی کمتر پاسخ دهنده بوده، محافظت و کنترل بیشتری نسبت به کودکانشان اعمال می کنند.

در زمینه نقش ابتلای کودک به اختلالات رفتاری و بویژه نقص توجه/بیش فعالی در مشکلات خانوادگی، اغلب مطالعات به بررسی محیط عمومی خانواده و یا رفتارهای والدینی پرداخته اند و طبق دانسته های ما، تاکنون پژوهشی تعارضات زناشویی مادران این کودکان را مورد بررسی قرار نداده است. با توجه به این مسأله هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت تعارضات زناشویی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی می باشد.

روش

طرح پژوهشی مطالعه حاضر از نوع توصیفی (علی - مقایسه ای) بود.

جامعه آماری، نمونه و شیوه نمونه گیری:

جامعه پژوهش حاضر را مادران دارای فرزند پسر مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی شهرستان تبریز تشکیل داده اند. این کودکان در سال تحصیلی

¹- Wymbs

²- Heller & Backer

³- Shure & Gaue

۸۸-۸۷ در یکی از مدارس ابتدایی نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش تبریز مشغول به تحصیل بودند.

نمونه پژوهش شامل ۳۰ مادر دارای پسر مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی می‌باشد که طبق ملاکهای DSM-IV، کودکان تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دریافت کرده‌اند. این کودکان از بین دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهرستان تبریز انتخاب شده‌بودند.

گروه مقایسه پژوهش حاضر نیز شامل ۳۰ مادر دارای پسر غیر مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (عادی) است که هیچ اختلال رفتاری ندارند. آزمودنی‌ها از نظر ابعاد خانواده (تعداد نفرات خانواده)، سن و تحصیلات با گروه اصلی هم‌تا شده‌اند. گروه مقایسه نیز از بین کودکان همان مدارس و مادران آنها انتخاب و هم‌تا سازی شده‌اند. میانگین سن مادران گروه نقص توجه/ بیش‌فعال ۳۳/۹۶ (SD=۴/۹۶) و گروه مقایسه ۳۳/۵۰ (SD=۳/۹) بود.

هر دو گروه از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای غربالگری شده، سپس مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند.

ابزارهای اندازه‌گیری

در این پژوهش برای دستیابی به اهداف مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

- پرسشنامه‌ی علائم مرضی کودک (CSI-4): این پرسشنامه یک مقیاس درجه بندی رفتار است که اولین بار توسط اسپیرافگین و گادو براساس طبقه بندی DSM-III با نام SLUG به منظور غربالگری ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۱۲-۵ ساله ساخته شده است و بعدها به همراه تغییرات DSM دوباره تجدید نظر شده و در سال ۱۹۹۴ با چاپ DSM-IV با اندکی تجدید نظر، با نام CSI-4 منتشر شده است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۱).

این مقیاس شامل دو فرم معلم و والد است که فرم معلم برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده است و فرم معلم ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را شامل می‌شود (همان منبع). گروه A این

پرسشنامه مربوط به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است که سه زیرمجموعه نقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری و مرکب را شامل می‌شود.

در زمینه پایایی و اعتبار این پرسشنامه، چندین پژوهش صورت گرفته که همگی حاکی از معتبر بودن آن می‌باشد آمرمان و همکاران (۱۹۹۷) اعتبار سازه این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه دست یافتند که نمره-های CSI-4 با فرم رفتاری کودک (CBCL) و پرسشنامه شخصیتی کودکان (CPI) همبستگی مثبتی دارد. این نتایج اعتبار سازه CSI-4 را به عنوان پرسشنامه مرضی کودکان مورد حمایت قرار می‌دهد.

گادو و اسپیرافکین (۱۹۹۴) پایایی این پرسشنامه را با فاصله زمانی دو هفته، بر روی ۳۶ کودک دارای اختلال هیجانی بررسی کرده و پایایی بازآزمایی آن را برای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، با تکانشگری و بدون آن به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸۹ گزارش کردند (همان منبع). در ایران نیز توکلی‌زاده و همکاران (۱۳۷۶) با هدف کلی تعیین میزان شیوع اختلالهای ایدایی و نقص توجه، فرم معلم و والد CSI-4 را بر روی ۴۰۰ دانش آموز دبستانی اجرا کرده و به این نتیجه دست یافت که استفاده از هر دو فرم معلم و والد در غربالگری اختلالهای مورد بررسی از حساسیت و ویژگی مطلوبی برخوردار است. همچنین پایایی فرم های والد و معلم نیز از طریق باز آزمایی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ آورد شد (توکلی‌زاده، ۱۳۷۵؛ همان منبع).

• پرسشنامه تعارضات زناشویی: این پرسشنامه توسط براتی و ثنایی (۱۳۷۵) به منظورسنجش تعارضات زن و شوهر تهیه شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۴۲ سوالی است و هفت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که عبارتند از کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از همدیگر.

آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی گروهی ۳۲ نفری برابر با ۰/۵۳ و برای هفت خرده مقیاس به این ترتیب است: کاهش همکاری ۰/۳۰؛ کاهش

رابطه جنسی ۰/۵۰؛ افزایش واکنش های هیجانی ۰/۷۳؛ افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴؛ کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۱. گزارش شده است که پرسشنامه تعارضات زناشویی از اعتبار محتوایی خوبی برخوردار است (براتی ۱۳۷۵؛ به نقل از ثنایی و همکاران، ۱۳۷۹).

شیوه اجرا

در گام اول ۲ ناحیه (ناحیه ۱ و ۵) به صورت تصادفی از پنج ناحیه آموزش و پرورش شهرستان تبریز معین و از هر ناحیه دو مدرسه ابتدایی انتخاب شدند. در گام بعدی برای شناسایی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، با استفاده از ابزار محقق ساخته بر اساس DSM-IV، کودکان مشکوک به داشتن نشانه های اختلال مذکور توسط معلمان معرفی شدند که تعداد آنها در ۴ مدرسه ۵۶ نفر بود. در گام سوم برای تشخیص اختلال با مادران این کودکان مصاحبه بالینی به عمل آمد. همچنین از پرسشنامه CSI-4 فرم معلم و والد برای تشخیص استفاده شد و ۳۷ کودک که طی مصاحبه بالینی تشخیص اختلال دریافت کرده و در CSI-4 نمرات بالاتر از نقطه برش به دست آورده بودند، وارد پژوهش شدند. از بین آنها ۴ نفر به دلیل جدا شدن والدین از همدیگر و یا در قید حیات نبودن یکی از والدین و ۳ کودک به دلیل داشتن اختلال همزمان از پژوهش کنار گذاشته شدند.

علاوه بر این، ۵۰ کودک عادی، به صورت تصادفی از بین همان مدارس انتخاب شده و از طریق CSI-4، مورد ارزیابی قرار گرفتند و ۳ نفر از کودکان به دلیل کسب نمره بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه مذکور از پژوهش کنار گذاشته شدند. از بین ۴۷ نفر باقیمانده ۱۱ نفر از مادران، به دلیل نداشتن ملاکهای لازم برای همتا بودن (شامل قرار نگرفتن در دامنه سنی ۲۶-۴۶؛ تحصیلات بالاتر از لیسانس و تعداد نفرات (بالاتر از ۴ نفر) خانواده) و یک آزمودنی به دلیل طلاق حذف شدند. از بین افراد باقیمانده ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در نهایت پرسشنامه تعارضات زناشویی توسط مادران

کودکان در هر دو گروه تکمیل گردید و داده ها جمع آوری شده، با استفاده از روشهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

جدول شماره ۱) آماره های توصیفی متغیرهای مربوط به گروههای مورد مطالعه را نشان می دهد. مطابق مندرجات این جدول، در اغلب متغیرهای تعارضات زناشویی، گروه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی نمرات بالاتری به دست آورده اند که نشانگر تعارض بالای این گروهها می باشد.

جدول شماره ۱: آماره های توصیفی متغیرهای تعارضات زناشویی در گروههای پژوهشی

| گروه | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
|--|--------------------|---------|------------------|
| کاهش همکاری | نقص توجه/ بیش فعال | ۱۶/۷۶ | ۲/۴۳ |
| | مقایسه | ۱۰/۹ | ۲/۱۳ |
| کاهش رابطه جنسی | نقص توجه/ بیش فعال | ۱۹/۷ | ۲/۲۷ |
| | مقایسه | ۱۳/۲۶ | ۲/۳۷ |
| افزایش واکنش هیجانی | نقص توجه/ بیش فعال | ۳۱/۹ | ۲/۹۶ |
| | مقایسه | ۱۹/۷ | ۲/۳۸ |
| افزایش جلب حمایت فرزند | نقص توجه/ بیش فعال | ۱۱/۷ | ۱/۸۴ |
| | مقایسه | ۱۵/۹ | ۲/۱۳ |
| افزایش رابطه فردی با خویشاوندان | نقص توجه/ بیش فعال | ۱۷/۲ | ۳/۷۲ |
| | مقایسه | ۱۶/۹ | ۱/۸۸ |
| کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر | نقص توجه/ بیش فعال | ۱۸/۶۳ | ۲/۳۴ |
| | مقایسه | ۱۷/۹۶ | ۲/۴۲ |
| جداکردن امور مالی از همدیگر | نقص توجه/ بیش فعال | ۱۸/۴۳ | ۲/۰۱ |
| | مقایسه | ۱۷/۹ | ۱/۹ |

با توجه به سطوح متغیرهای مستقل و وابسته، برای مقایسه دو گروه در متغیرهای تعارضات زناشویی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شده است. البته قبل از انجام تحلیل واریانس چند متغیره پیش فرضهای آن را مورد بررسی قرار دادیم که بدین منظور، برای

بررسی عدم تفاوت ماتریس کواریانس از آزمون M باکس و برای برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده نمودیم. نتایج آزمون اول، نشان داد که آزمون M باکس معنادار نبوده ($F=0/۸۷$; $p<0/۶۶$) و پیش فرض اول رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون لون برای هر هفت بعد تعارضات زناشویی معنادار نبوده، نشان می‌داد که این پیش فرض رعایت شده است، لذا از آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره (۲) نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره

| تاثیر | شاخص تحلیل واریانس | F | df | سطح معناداری | مجذور اتا |
|-------|--------------------|-------|----|--------------|-----------|
| گروه | Wilks Lambda | ۹۴/۹۰ | ۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۲ |

مندرجات جدول فوق حاکی از آن است که با توجه به میزان F به دست آمده که برابر ۹۴/۹۰ می‌باشد تاثیر گروه بر متغیرهای پژوهش در سطح $p<0/۰۰۱$ معنادار می‌باشد و با توجه به مجذور اتای به دست آمده، میزان تاثیر گروه ۰/۹۲ می‌باشد. با توجه به معناداری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) از آزمون اثرات بین آزمودنی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره (۳) نشان داده شده است.

جدول شماره ۳: نتایج اثرات بین آزمودنی ابعاد تعارضات زناشویی بر حسب گروههای مطالعه

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | میانگین مجذورات | درجات آزادی | نسبت F | سطح معناداری |
|--|--|-----------------|-------------|--------|--------------|
| گروه | کاهش همکاری | ۵۱۶/۲۶ | ۱ | ۹۸/۴۷ | ۰/۰۰۱ |
| | کاهش رابطه جنسی | ۶۲۰/۸۱ | ۱ | ۱۱۴/۶۱ | ۰/۰۰۱ |
| | افزایش واکنش هیجانی | ۲۲۳۲/۶ | ۱ | ۳۰۹/۰۴ | ۰/۰۰۱ |
| | افزایش حمایت از فرزند | ۲۶۴/۶ | ۱ | ۶۶/۴۳ | ۰/۰۰۱ |
| | افزایش رابطه فردی با خویشاوندان | ۱/۳۵ | ۱ | ۱/۳۵ | ۰/۶۹ |
| | کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر | ۶/۶۶ | ۱ | ۶/۶۶ | ۰/۲۸ |
| خطا | جدا کردن امور مالی از همدیگر | ۴/۲۶ | ۱ | ۴/۲۶ | ۰/۲۹ |
| | کاهش همکاری | ۵/۲۴ | ۵۸ | | |
| | کاهش رابطه جنسی | ۵/۴۱ | ۵۸ | | |
| | افزایش واکنش هیجانی | ۷/۲۲ | ۵۸ | | |
| | افزایش حمایت از فرزند | ۳/۹۸ | ۵۸ | | |
| | افزایش رابطه فردی با خویشاوندان | ۸/۷ | ۵۸ | | |
| کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر | ۵/۶۸ | ۵۸ | | | |
| جدا کردن امور مالی از همدیگر | ۳/۸۲ | ۵۸ | | | |

مطابق مندرجات این جدول، بین دو گروه در ابعاد کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش هیجانی و افزایش حمایت از فرزند، رابطه معناداری وجود دارد که با توجه به میانگین گروهها، این معناداری به نفع گروه مقایسه می باشد. به دیگر سخن، مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در این ابعاد عملکرد ضعیف تری دارند و آسیب بیشتری نشان می دهند.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه تعارضات زناشویی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی با گروه مقایسه بود. نتایج پژوهش نشان داد که مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در مقایسه با گروه مقایسه، در برخی از ابعاد تعارضات زناشویی، وضعیت نامطلوبی دارند. این بدان معنا است که این خانواده ها تحت تأثیر نشانه های اختلال کودک قرار گرفته، در نتیجه مشکلاتی مادران این خانواده ها افزایش پیدا می کند. این یافته همسو با یافته هایی است که نشان می دهند سطوح بالای تعارض و سطوح پایین پیوستگی در خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال مذکور وجود دارد (بیدرمن و همکاران، ۲۰۰۲؛ لانگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ پرسمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسکرودر و همکاران، ۲۰۰۸)؛ در حالی که با نتایج پژوهش ری و همکاران (۲۰۰۰) که نشان داد محیط خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، تفاوتی با گروه مقایسه ندارد، ناهمسو می باشد. نتایج ما نشان داد که خانواده های دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در ابعاد کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش جلب حمایت فرزند و افزایش واکنش هیجانی نمرات بالاتری نسبت به گروه مقایسه به دست آوردند. این بدین معناست که مادران در این ابعاد عملکردی پایین تری دارند. این نتایج با یافته های آکارد و همکاران (۲۰۰۶)، کاشدن و همکاران (۲۰۰۴)، جانستون و ماش (۲۰۰۱)،

غنی زاده و شمس (۲۰۰۷) هماهنگ می باشد. آکارد و همکاران (۲۰۰۶) به این نتیجه دست یافتند که آمیزش عاطفی والدین با سلامت روانی کودک در ارتباط می باشد. دو مطالعه دیگر، به ترتیب نشان دادند که والدین این کودکان در پاسخ دهی مناسب و آمیزش عاطفی با اعضای خانواده مشکل دارند.

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از این است که والدین دارای فرزند مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی اختلاف بیشتری را با همسران خود دارند، از آنجایی که در همکاری و رابطه جنسی آنها کاهش دیده می شود. در واقع چنین وضعیتی، نشانگر فضای خانوادگی پرتنش می باشد که والدین برای کاهش تنش از یکدیگر اجتناب می کنند. افزایش جلب حمایت فرزند از سوی مادر، شاید ناشی از ناکارآمدی راهبردهای دیگر در رویارویی با کودک مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی باشد، به طوری که مطالعات پیشین (مثل جانستون و ماش، ۲۰۰۱) اشاره کرده اند که والدین این کودکان از روشهای پاسخ دهی مناسب در مواجهه با اعضای خانواده استفاده نمی کنند. گرچه، به احتمال زیاد تلاش برای جلب حمایت فرزند موجب بهبود رفتارهای این کودکان نخواهد شد و تنش بیشتری را به مادر وارد خواهد کرد این مسأله مطابق با یافته دیگر این مطالعه است که مادران این کودکان واکنش هیجانی بیشتری نشان می دهند. افزایش واکنش هیجانی، می تواند ناشی از این باشد که این کودکان حرف شنوی کمتری از والدین دارند. در واقع چنانکه قبلا ذکر شد به دلیل این عدم اطاعت از دستورات والدین، مادران این کودکان منفی گرایی بیشتری در مقابل رفتارهای این کودکان نشان می دهند. در چنین خانواده هایی اغلب اعضاء، واکنش منفی به رفتارهای کودکان نشان خواهند داد، زیرا بر خلاف کودکان عادی، این کودکان به خواسته‌های والدین پاسخ‌دهنده مناسبی نداده و موجب خشم و عصبانیت آنها می شوند.

البته در تفسیر این یافته ها باید به این نکته توجه داشت که تعارضات زناشویی بیشتر در گروه مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی

¹- Ackard

بدین معنی نیست که اختلال کودک علت این تعارضات است، بلکه عکس این مسأله نیز می‌تواند صادق باشد و برای بررسی آن لازم است مطالعات آتی از روشهای علت یابی استفاده نمایند. در کل با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، در مداخلات درمانی برای این کودکان، رویکردهای سیستمی می‌توانند مفید باشند، هر چند درمان کودک به تنهایی نیز شاید تا حدودی مشکلات خانواده را رفع کند. چنانکه مطالعه کرونیس و همکاران (۲۰۰۳) و نئوفیتو و وبر (۲۰۰۵) نیز نشان داد درمان نه تنها برای کودک بلکه برای کل خانواده مفید بوده است.

منابع:

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر شده (DSM-IV-TR). ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایک آوادیسپانس (۱۳۸۶). تهران: انتشارات سخن.
- توکلی زاده، جهانشیر؛ بوالهروی، جعفر؛ مهريار، امير هوشنگ؛ دژکام، محمود (۱۳۷۶). بررسی جمعیت شناسی اختلال رفتار ایدایی و نقص توجه در دانش آموزان دبستانی گناباد. مجله اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۱ و ۲: ص ۴۰-۵۱.
- ثنایی، باقر؛ علاقبند، ستیلا و هومن، عباس (۱۳۷۹). مقیاسهای سنجش خانواده وازدواج. تهران: موسسه انتشارات بعثت.
- محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۱). بررسی اعتبار روایی و نقاط برش اختلال های پرسشنامه علائم مرضی CSI-4. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- Ackard, D.M., Neumark-Sztainer, D., Story, P. C. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*; 30:59-66.
- Alizadeh A, Andries C. (2002). Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child & Family Behavior Therapy*; 24:37-52.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111: 279-289.
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Monuteaux, M. C. (2002). Impact of exposure to parental attention-deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, 32: 817-827.
- Center for Disease Control and Prevention. (2005). Mental health in the United States: prevalence of diagnosis and medication treatment for attention- deficit/ hyperactivity disorder. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, 842-847.
- Chen, M., Seipp, C. M., Johnston, C. (2008). Mothers' and Fathers' Attributions and Beliefs in Families of Girls and Boys

- with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 39:85–99.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., et al. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit / hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43: 70–82.
 - Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T.L., Rooney, M. E., Diaz, Y. & Pian, J. (2008). Associations between Maternal Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36:1237–1250.
 - Coghill, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. and Buitelaar, J.(2008). Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a European survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:31, doi: 10.1186/1753-2000-2-31.
 - Ghanizadeh, A. and Shams, F. (2007). Children's Perceived Parent-Child Relationships and Family Functioning in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 29(3): 1-11.
 - Harborne, A. & Wolpertt, M. (2004). Making sense of ADHD: A battle for understanding? Parents' views of their children being diagnosed with ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9 (3): 327–340.
 - Harvey, E. A. (2000). Parenting similarity in children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 22(3): 39-54.
 - Heller, T. L., and Baker B. L. (2000). Maternal Negativity and Children's Externalizing Behavior. *Early Education & Development*, 11(4): 483-498.
 - Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attentiondeficit/ hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4: 183–207.

- Kashdan, T. B., Jacob, R., Pelham, W., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D., & Gnagy, E. (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 and Adolescent Psychology* 33, 169-181.
- Lange, G., Sheerin, D., & Carr, A. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27:76-96.
- Lara, C., Fayyad, J., Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. et al (2009). Childhood Predictors of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World, Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry*, 65:46-54.
- Miranda, A., Jarque, S., Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical program at school versus psychostimulant medications. *Psicothema*, 18: 335-341.
- Morrongiello, B.A., Hogg, K. (2004). Mothers' reactions to children misbehaving in ways that can lead to injury: implications for gender differences in children's risk taking and injuries. *Sex Roles* 50:103-118.
- National Institute of Mental Health. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>. Accessed 3 April 2007.
- Neophytou, K., Webbe, R. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder: The family and social context. *Australian Social Work*, 58(3): 313-325.
- Pressman, L. J., Loo, S. K., Carpenter, E. M., Asarnow, J. R., Lynn, D., McCracken, J. T., et al. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45: 346-354.

-
- Rey, J. M., Walter, G., Plapp, J. N., Denshire, E. (2000). Family environment in Attention Deficit/ Hyperactivity, Oppositional Defiant and Conduct Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3): 553-457.
 - Robin, A.L (2008). Family intervention for home-based problems of adolescents with attention-deficit / hyperactivity disorder. *Adolescent medicine: state of the art reviews* 19 (2): 268-277.
 - Schroder, V. M., Kelly, M. L. (2008). Association between family environment, Parenting practice and executive Functioning of Children with and without ADHD. *Journal of Family and Child study*. DOI 10.1007/s10826-008-9223-0.
 - Shur, S., Gau, F.(2007). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8): 688 – 696.
 - Wymbs, B. T., Pelham, W. E., Molina, B. s., Gnary, E. M. (2008). Mother and adolescents Reports of Interparental Discord Among parents of Adolescents With and Without Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*, 16(1): 29-41.

