

# اختلال‌های رفتاری کودکان و تنیدگی مادران: نقش واسطه‌ای خستگی و راهبردهای مقابله

## Children Behavioral Disorders and Mothers' Stress: The Mediating Role of Fatigue and Coping Strategies

Mohammad Hojati  
PhD Candidate in  
Educational Psychology  
Lorestan University

Ezatolah Ghadampoor, PhD  
Lorestan University

عزت‌اله قدم‌پور  
دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی  
دانشگاه لرستان

محمد حجتی\*  
دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی  
دانشگاه لرستان

Mohammad Abbasi, PhD  
Lorestan University

Abbas Senobar  
PhD Candidate in Educational  
Psychology  
Lorestan University

عباس صنوبر  
دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی  
دانشگاه لرستان

محمد عباسی  
استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی  
دانشگاه لرستان

### چکیده

هدف این پژوهش تعیین رابطه بین اختلال‌های رفتاری کودکان و تنیدگی مادران آن‌ها از طریق واسطه‌گری خستگی و راهبردهای مقابله مادران بود. روش این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ انجام شد. شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۲۲۶ نفر از دانش‌آموزان ابتدایی (و مادران آن‌ها) شهر خرم‌آباد بودند که با روش نمونه‌برداری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه اختلال رفتاری راتر-فرم معلم (۱۹۶۷)، مقیاس راهبردهای مقابله-فرم کوتاه (کارور، شی‌یر و وینتراب، ۱۹۸۹)، مقیاس سنجش خستگی (دی‌وریس، میشلسن، ون‌هک و درنت، ۲۰۰۴) و مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها در این پژوهش با آزمون تحلیل مسیر انجام شد. آزمون واسطه‌گری به‌وسیله روش بوت‌استرپ نشان‌دهنده معناداری نقش واسطه‌ای خستگی و راهبردهای مقابله مادران در رابطه بین اختلال‌های رفتاری کودکان و تنیدگی مادران بود. بر اساس نتایج می‌توان گفت که اختلال‌های رفتاری کودکان از طریق افزایش خستگی و راهبردهای مقابله ناکارآمد مادران، تنیدگی آن‌ها را افزایش می‌دهند و تنیدگی در مادران کودکان دارای اختلال‌های رفتاری که از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد استفاده می‌کنند، کمتر از مادرانی است که از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند. از این‌رو، برنامه‌ریزی جهت آموزش مادران کودکان دارای اختلال‌های رفتاری در استفاده از مهارت مدیریت تنیدگی و ترغیب آن‌ها به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در کاهش تنیدگی این مادران مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: اختلال‌های رفتاری، تنیدگی مادران، خستگی، راهبردهای مقابله

### Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between behavioral disorders in children and their mothers' stress through the mediator role of fatigue and coping strategies. The study design was descriptive-correlational which conducted in the 2016-2017 academic year. The participants included 226 elementary students (and their mothers) who were selected by multistage cluster random sampling in Khoramabad. Data were collected by using the Rutter's behavioral disorder questionnaire (Rutter, 1967), Coping Strategies Scale (Carver, Scheier & Weintrub, 1989), Fatigue Assessment Scale (De Vries, Michelsen, Van Hack, & Drente, 2004) and Depression, Anxiety, Stress Scale (Lavibond & Lavibond, 1995). Path analysis was used as statistical method for data analysis. Test of mediation by bootstrapping method established significant mediating role of fatigue and coping strategies in the relationship between behavioral disorders and mothers' stress. Based on the results, it can be concluded that children's behavioral disorders increase mothers' stress by increasing their fatigue and ineffective coping strategies, and stress in mothers of children with behavioral disorders who use effective coping strategies is less than that of mothers who use ineffective coping methods. Therefore, planning to educate mothers of children with behavioral disorders in using stress management skills and encouraging them to use effective coping strategies can reduce the stress of these mothers.

**Keywords:** behavioral disorders, coping strategies, fatigue, mothers' stress

received: 31 October 2018

accepted: 21 July 2019

دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۰۹

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۳۰

Contact information: naser.h63@gmail.com

## مقدمه

بهنجار و متعادل خود خارج شده، فعالیت شناختی آسیب‌پذیر می‌شود و مشکلات رفتاری، به‌صورت احساس اضطراب و افسردگی خود را نشان می‌دهند (شیربیم، سودانی و شفیق‌آبادی، ۱۳۸۷).

از مهمترین منابع احساس لذت و معنا در زندگی، داشتن فرزند و احساس مادر بودن است، اما داشتن نقش مادری چالش‌هایی را نیز به‌همراه دارد و به همین دلیل، تنیدگی‌زاست (زمانی، حبیبی و درویشی، ۱۳۹۴). درواقع این والدین نسبت به افرادی که فرزند ندارند سطح بیشتری از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (کرنیک و گریبنرگ، ۱۹۹۰). از سوی دیگر، مادری کردن برای کودکی که از نظر سلامتی و رفتاری شرایط ویژه‌ای دارد، فرایندی پیچیده و تنیدگی‌زاست. والدین به‌ویژه مادران همواره نگران اتفاقات غیرمنتظره در ارتباط با کودک هستند و به‌سختی می‌توانند تعادل بین مراقبت از کودک و سایر مسئولیت‌های خود مثل زندگی اجتماعی، کار، و وظایف منزل را برقرار کنند (اسمیت، چیترو و بکر، ۲۰۱۵).

اختلال‌های رفتاری<sup>۱۰</sup> کودکان، شرایطی است که در آن، پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد، به‌طوری که بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری<sup>۱۱</sup> فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی بگذارد (ال-یاگون، ۲۰۰۹؛ غباری‌بناب، پرنده، حسین‌خانزاده فیروزجاه، موللی و نعمتی، ۱۳۸۸؛ لسیسن، ویزر و وایت، ۲۰۰۳). از آنجایی که میزان تنیدگی والدینی با شدت اختلال رفتاری کودک رابطه مستقیم دارد (دوودل، ۱۹۹۵)، از این‌رو، ماهیت اختلال نقش مهمی دارد، بدین معنی که اختلال‌های بیرونی<sup>۱۲</sup> نسبت به اختلال‌های درونی<sup>۱۳</sup> تنیدگی بیشتری ایجاد می‌کنند (سندرز و مورگان، ۱۹۹۷؛ کوگل و دیگران، ۱۹۹۲). اختلال‌های هیجانی-رفتاری<sup>۱۴</sup>، شامل پاسخ‌های قابل قبول کودک یا نوجوان به عوامل تنیدگی‌زای محیطی نمی‌شوند. این اختلال‌ها بر اساس داده‌های حاصل از منابع مختلف در مورد کارکردهای هیجانی یا رفتاری فرد، شناسایی می‌شوند و باید حداقل در دو موقعیت

طبق مدل مفهومی کمپسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت<sup>۱</sup> سازمان جهانی سلامت<sup>۲</sup> (۲۰۱۰)، عواملی که در سلامت افراد نقش کلیدی دارند عبارت‌اند از: عوامل اجتماعی، سیاسی، ساختاری، و عوامل اجتماعی واسطه<sup>۳</sup>. تعیین‌کننده‌های واسطه، قسمت میانی این مدل را تشکیل می‌دهند که شامل موقعیت زندگی، وضعیت کار، دسترسی به مواد غذایی و خدمات بهداشتی، عوامل روانی-اجتماعی مثل تنیدگی‌های روانی-اجتماعی، عوامل رفتاری مثل مصرف دخانیات و الکل، سبک زندگی، حمایت‌های اجتماعی، عادت‌های جامعه<sup>۴</sup> و موانع انتخاب روش زندگی سالم است. درواقع، این مدل نشان می‌دهد که عوامل ساختاری به‌طور مستقیم بر سلامت فرد تأثیر ندارند، بلکه از طریق عوامل واسطه یا بینابینی، آثار خود را اعمال می‌کنند (سازمان جهانی سلامت، ۲۰۱۰). تنیدگی<sup>۵</sup> از این عوامل بینابینی است که با بسیاری بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های خودایمنی<sup>۶</sup> و بیماری‌های پوستی و غیره در ارتباط است (نلسون و دیگران، ۲۰۰۳). تنیدگی مجموعه‌ای از واکنش‌هاست که در اثر حضور عاملی دیگر (عامل تنیدگی‌زا) در فرد به‌وجود می‌آید و به فرد کمک می‌کند تا تعادل از دست‌رفته را بازگرداند و برای روبه‌روشدن با عامل تنیدگی‌زا آماده شود (راو، ۲۰۰۹). واکنش فرد به عوامل تنیدگی‌زا شامل واکنش‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی است (نولن-هوکسما، فردریکسون و لفتوس، ۲۰۰۹). در دهه‌های اخیر اصطلاح تنیدگی به محرکی اطلاق شده است که می‌تواند تغییراتی در شناخت، هیجان، رفتار و فیزیولوژی بدن ایجاد کند (کرینگ، جانسون، دیویسون و نیل، ۲۰۱۰). اصطلاح تنیدگی، به قرن پانزدهم میلادی برمی‌گردد که به معنای تنش<sup>۷</sup> یا فشار فیزیکی<sup>۸</sup> به‌کار می‌رفت. در سال ۱۷۰۶، این اصطلاح برای توصیف سختی، دشواری یا بدبختی به‌کار برده می‌شد و در اواسط قرن نوزدهم، به معنای فشار<sup>۹</sup>، گسترش یافت و این فشار به معنای نیروی وارده بر بدن و روان مورد استفاده قرار گرفت (باچر، مینکا و هولی، ۱۳۹۴/۲۰۰۷). وقتی که عامل تنیدگی‌زا زندگی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، حالت هیجانی و تفکر فیزیولوژیکی انسان از سطح

1. Commission on Social Determinants of Health (CSDH)  
2. World Health Organization (WHO)  
3. intermediate  
4. community habits

5. stress  
6. self-safety  
7. tension  
8. physical pressure  
9. pressure

10. behavioral disorders  
11. adjustment  
12. external disorders  
13. internal disorders  
14. emotional-behavioral disorders

ضداجتماعی قرار می‌دهد (براون و پرسبی، ۲۰۰۷؛ سنجاک و لئونارد، ۱۹۹۲).

به اعتقاد آلتیره و کلوگ (۲۰۰۸)، تنها راه مبارزه با موقعیت‌های برانگیزاننده<sup>۸</sup> و تنیدگی‌زا داشتن سبک‌های مقابله‌ای<sup>۹</sup> مناسب است. سبک مقابله‌ای بر اساس تعریف لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) شامل تلاش‌های فکری<sup>۱۰</sup>، هیجانی و رفتاری است که افراد هنگام روبه‌رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض تنیدگی به کار می‌گیرند (السید، المشاد و ابراهیم، ۲۰۱۷؛ سودرستروم، دولبیر، لیفرمن و استینه‌پارت، ۲۰۰۰؛ متیود<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴). لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) دو راهبرد مقابله‌ای مسئله‌محور<sup>۱۱</sup> و هیجان‌محور<sup>۱۲</sup> را مطرح می‌کنند و معتقدند که در راهبرد مسئله‌محور، فرد از آن جهت که احساس می‌کند موقعیت قابل مهار است، برای حل مسئله و غلبه بر مشکل تلاش می‌کند (گورتی و دیگران، ۲۰۱۰). نمونه‌هایی از راهبردهای مسئله‌مدار عبارت‌اند از: اقدام به عمل نمودن، فعالیت خاصی انجام دادن، راهنمایی گرفتن، مشورت کردن، برنامه‌ریزی کردن، جمع‌آوری اطلاعات، مطالعه کردن، استفاده از روش حل مسئله، و فکر کردن (گیک، ۱۹۸۶). در مقابل، در روش هیجان‌محور، فرد تنها در جهت کاهش یا مهار پریشانی هیجانی به‌وجود آمده از موقعیت تلاش می‌کند (متیود، ۲۰۰۴). به‌عبارت دیگر، روش‌های هیجان‌محور به معنی عدم سازگاری فرد با محیط است. این راهبردها شیوه‌هایی را توصیف می‌کنند که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاشش را متوجه کاهش احساس‌های ناخوشایند خود می‌کند. واکنش‌های مقابله هیجان‌محور شامل گریه کردن، عصبانی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه<sup>۱۳</sup>، اشتغال ذهنی<sup>۱۴</sup> و خیال‌پردازی<sup>۱۵</sup> است (پارکر و اندلر، ۱۹۹۲). مقابله را می‌توان با اصطلاح‌های متعدد مانند راهبرد، تدبیر<sup>۱۶</sup>، پاسخ<sup>۱۷</sup>، شناخت یا رفتار مشخص کرد (تقوائی‌نیا، ۱۳۹۷). روش‌های مقابله با

متفاوت که یکی از آن‌ها مدرسه است، بروز کنند (شورای کودکان استثنایی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱). اختلال‌های رفتاری برای خانواده‌ها و کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و تمام جنبه‌های فردی و اجتماعی این کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این دسته از کودکان، فراخای توجه کمی دارند، حرمت خود آن‌ها پایین است و در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل داشته و به آسانی ناکام می‌شوند (ویسینک، دی کوویک، یاگمور، استامس و دی‌هان، ۲۰۰۸). پژوهشگران دریافته‌اند که اختلال‌های رفتاری بر عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی زیادی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی (پندینا و دیگران، ۲۰۰۷)، ابتلا به سوء‌مصرف مواد، فعالیت‌های بزهکارانه، اختلال‌های اضطرابی و خلقی، ناتوانی یادگیری<sup>۲</sup>، اختلال‌های عصب‌روان‌شناختی<sup>۳</sup> و اختلال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهند (گائونی، بلاک و بالدوین، ۱۹۹۸). تاکنون طبقه‌بندی‌های گوناگونی برای اختلال‌های رفتاری انجام شده است، اما مهم‌ترین آن‌ها قرار دادن اختلال‌های رفتاری در دو مقوله درونی‌سازی<sup>۴</sup> و برونی‌سازی<sup>۵</sup> است (سالیک، ۲۰۱۳). اختلال‌های رفتار درونی‌سازی به اختلال‌هایی گفته می‌شود که بر خود فرد متمرکز بوده و با هیجان‌های منفی مشخص می‌شوند و دربرگیرنده مشکلاتی نظیر احساس تنهایی<sup>۶</sup>، اضطراب، افسردگی و شکایات جسمانی است، درحالی‌که اختلال‌های رفتار برونی‌سازی، به‌صورت تعارض با دیگران و هنجارهای اجتماعی توصیف می‌شود و رفتارهای قانون‌شکنی و پرخاشگرانه را شامل می‌شود. اغلب کودکان دارای اختلال‌های رفتاری، احساس‌هایی منفی داشته و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. در اغلب موارد، معلمان و هم‌تایان، آن‌ها را طرد کرده و در نتیجه فرصت‌های آموزشی مناسب را از دست می‌دهند. افزون بر آن، انزوای اجتماعی<sup>۷</sup> این کودکان باعث بروز رفتارهای پرخاشگرانه بیشتر در آن‌ها می‌شود؛ بنابراین، مجموعه این عوامل، آن‌ها را در معرض خطر بروز رفتارهای

1. Council for Exceptional Children (CEC)  
2. learning disability  
3. neuropsychological  
4. internalizing  
5. externalizing  
6. loneliness

7. social isolation  
8. exciting situations  
9. coping styles  
10. intellectual  
11. problem-based  
12. emotion-based

13. troubleshooting behaviors  
14. mental engagment  
15. imagination  
16. act  
17. response

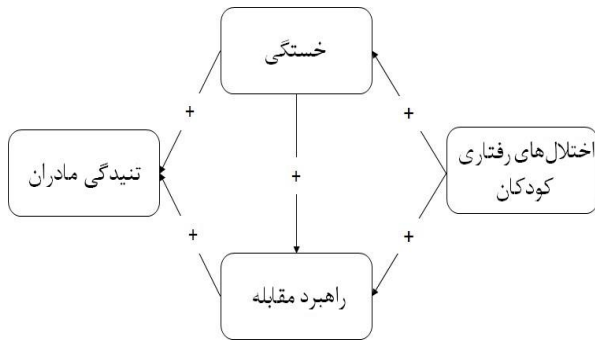
تنیدگی منجر به کاهش فشار روانی و حل تعارض<sup>۱</sup> می‌شود (بنیتولئون و دیگران، ۲۰۱۱؛ تونالی و پاور، ۲۰۰۲؛ داس و دیگران، ۲۰۱۷؛ سارانی، اظهاری، مظلوم و آقامحمدیان شهرباف، ۱۳۹۵؛ سیدمن و دیگران، ۱۹۹۷؛ صفوی، پارسانیا و احمدی، ۱۳۸۹؛ عزیزی، سپاه‌منصور و کوچک‌انتظار، ۱۳۹۶؛ گل‌من، ۱۳۹۷/۲۰۰۵). در بسیاری از جوامع از جمله ایران، مادران معمولاً در مراقبت از فرزندان بیمار خود و رسیدگی به آن‌ها، نقش فعال‌تری بر عهده دارند و در این زمینه نسبت به پدران متحمل فشار روانی بیشتری می‌شوند (خیرآبادی، ملکیان و فخارزاده، ۱۳۸۶). خانواده می‌تواند با حمایت از فرزندان خود، از آن‌ها در برابر عواقب نامطلوب احتمالی در آینده، محافظت کند (جلالی، سروقد و سامانی، ۱۳۹۱ به جای غضنفری و قدم‌پور، ۱۳۸۷). از آنجایی که رفتار سازشی<sup>۲</sup> کودکان تا اندازه‌ای به عوامل بیرون از محیط زندگی بستگی دارد، بنابراین می‌توان با بررسی عوامل مؤثر بر رفتار از جمله سبک مقابله‌ای مادران، رفتار سازشی کودکان با اختلال‌های رفتاری را بهبود بخشید (مشکانی، میرعبدینی و ملاح، ۱۳۹۶؛ نریمانی، آقامحمدیان شهرباف و رجبی، ۱۳۸۶). میزان خستگی افراد عامل دیگری است که با تنیدگی رابطه دارد (پاریش، رز و اندروز، ۲۰۱۰؛ دانتاس، پونتس، آسیس و کولت، ۲۰۱۲؛ گرتستین، کرنیک، بلاچر و بیکر، ۲۰۰۹؛ لیما، کاردوسو و سیلوا، ۲۰۱۶؛ هوگان، ۲۰۱۲). خستگی<sup>۳</sup> احساسی طاقت‌فرسا از فرسودگی و کمبود انرژی است که انجام هرگونه فعالیت فیزیکی و شناختی را مختل می‌کند (گرتستین و دیگران، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، این ناتوانی در انجام و حفظ عملکرد بهینه، در دنیای پژوهشی به علل متعددی چون برهم خوردن نظم چرخه خواب‌ویداری، ریتم‌های زیستی بدن و بار کاری نسبت داده شده است (ویلیامسون و دیگران، ۲۰۱۱). افزون بر این موارد، عوامل متعدد دیگری نیز در بروز خستگی نقش دارند، برای مثال بروز خستگی در زنان به‌طور معناداری بیشتر از مردان است، همچنین خستگی در میان جمعیت‌هایی با طبقات اجتماعی و اقتصادی بالاتر نسبت به گروه مقابل، کمتر است (وات و دیگران، ۲۰۰۰). شکایت‌های رایج افراد دارای

خستگی عبارت‌اند از: فراموشی، کاهش هوشیاری، عدم توانایی در برقراری ارتباط با سایرین، عدم تمایل برای ادامه انجام فعالیت، تحریک‌پذیری، احساس افسردگی و خشم<sup>۴</sup>، و افزایش مدت‌زمان واکنش (تاستین و دیگران، ۲۰۱۷). در حال حاضر خستگی یکی از اجزای جدانشدنی زندگی و حتی برای بسیاری از افراد نیز شکایت از آن به‌صورت یک عادت تبدیل شده است (لاورن و کروپ، ۲۰۰۴). این امر باعث شده است تا خستگی، ساده و کم‌اهمیت به نظر برسد؛ در تأیید آن نیز می‌توان به تعداد اندک پژوهش‌ها انجام‌شده در این زمینه اشاره کرد که تمرکز آن‌ها اغلب روی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همچون سرطان، مالتیپل اسکلروزیس<sup>۵</sup>، بیماری‌های قلبی عروقی و اختلال‌های روانی است (وات و دیگران، ۲۰۰۰). با وجود آنکه خستگی به‌عنوان یک مفهوم گسترده شناخته شده است و شیوع آن در میان جمعیت عادی بین ۷ تا ۴۵ درصد تخمین زده شده است، اما تاکنون تعریفی از آن که مورد قبول همگان باشد، ارائه نشده است (ویلیامسون و دیگران، ۲۰۱۱). از این‌رو، در هر یک از پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه خستگی، پژوهشگران با توجه به هدف خود، خستگی را تعریف کرده‌اند و بر اساس آن، روشی را برای اندازه‌گیری کمی یا کیفی خستگی به‌کار برده‌اند. اگرچه گاهی افراد از واژه خستگی برای بیان افسردگی، ضعف و درماندگی<sup>۶</sup> استفاده می‌کنند (اسمیت، سلترز، تگر-فلوسبرگ، گرینبرگ و کارتر، ۲۰۰۸؛ بنسون، ۲۰۱۰؛ سیمور، وود، گیالو و جلت، ۲۰۱۲؛ لاورن و کروپ، ۲۰۰۴)، خستگی بر تمام ابعاد زندگی افراد اثر می‌گذارد و منجر به کاهش کنش‌وری‌های<sup>۷</sup> فیزیکی، اجتماعی، روانی و تحصیلی می‌شود (رسک، پوکروپ، شینینگ، هاپت و پتریت، ۲۰۰۶). همچنین، اختلال‌های رفتاری کودک بر تعامل‌های کودک با مادر تأثیر می‌گذارد، در نتیجه سلامتی مادرانی که مجبورند به کودک خود رسیدگی کنند، بیشتر در معرض آسیب قرار دارند و همین مسئله منجر به ایجاد احساس خستگی در آن‌ها می‌شود (محمدی‌قره‌قوزلو، گلمحمدنژاد و جوانمرد، ۱۳۹۱). پژوهشگران در ایران نیز سلامت روانی مادران دارای

1. conflict resolution  
2. adaptive behavior  
3. fatigue

4. anger  
5. Multiple Sclerosis (MS)  
6. weakness and helplessness

7. functions



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

## روش

طرح این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مدارس ابتدایی شهر خرم‌آباد و مادران آن‌ها بود که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند و با استفاده از روش نمونه‌برداری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ۲۲۶ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. بر اساس دستورالعمل هو و بنتلر (۱۹۹۸) به‌ازای هر متغیر ۱۵ نفر انتخاب شدند؛ بنابراین ۲۵۰ پرسشنامه توزیع شد که از این میان، ۲۲۶ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش ابتدا با همکاری آموزش و پرورش شهر خرم‌آباد، ۱۰ مدرسه از میان مدارس دوره ابتدایی این شهر انتخاب شدند و دستورالعمل تکمیل پرسشنامه‌ها به همراه یک نامه، به مادران دانش‌آموزان انتخاب‌شده ارسال شد. کلیه شرایط اخلاق پژوهش از جمله رضایت آگاهانه و اطمینان‌بخشی از طریق عدم ضرورت درج نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها و انصراف از همکاری رعایت شد.

**پرسشنامه اختلال‌های رفتاری راتر-فرم معلم**<sup>۲</sup> (راتر، ۱۹۶۷). این پرسشنامه از رایج‌ترین ابزارها برای مشخص کردن ناراحتی‌های روانی کودکان است که دارای دو فرم الف (فرم والدین) و ب (فرم معلمان) است. در این پژوهش فرم معلمان مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه شامل پنج زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: پرخاشگری-فزون‌کنشی<sup>۳</sup>، تنیدگی و افسردگی<sup>۴</sup>، سازش‌نیافتگی اجتماعی<sup>۵</sup>، رفتارهای ضداجتماعی<sup>۶</sup> و

فرزند مبتلا به بیماری‌های خاص و مزمن را نسبت به مادران دارای فرزند بدون بیماری، پایین‌تر گزارش می‌کنند (صبحی، احدی، رجب و حجازی، ۱۳۹۰). پژوهش نعمت‌پور و شهبازیان (۱۳۸۴) نیز نشان داد ۷۵ درصد مادران از سلامت عمومی برخوردار نبودند و بیشترین مشکل گزارش‌شده، تنیدگی و افسردگی بود.

به‌طور کلی، از دلایل اهمیت انتخاب این موضوع برای پژوهش می‌توان به رفتارهای بسیار دشوار و چالش‌برانگیز کودکان دارای اختلال‌های رفتاری، اثرات نامطلوب تنیدگی بر والدین و خانواده که موجب بروز بیماری‌های روان‌تنی<sup>۱</sup> می‌شوند و اثرات به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر اشاره کرد. افزون بر آن، با توجه به ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی برای سلامت روانی والدین و این واقعیت که هر برنامه‌ریزی در این خصوص مستلزم شناسایی عوامل مزاحم و عوامل ارتقاء و بهبودی‌بخش آن است، همچنین با توجه به اینکه نویسندگان مقاله، پژوهشی درخصوص رابطه اختلال‌های رفتاری کودکان و تنیدگی مادران با واسطه‌گری خستگی و راهبرد مقابله مادران نیافتند، به‌منظور پر کردن خلاء موجود، این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین اختلال‌های رفتاری کودکان و تنیدگی مادران آن‌ها از طریق واسطه‌گری خستگی و راهبرد مقابله مادران طراحی شده (شکل ۱) و بر همین اساس، فرضیه‌هایی زیر تدوین شد:

۱. اختلال رفتاری کودکان بر خستگی مادران اثر مثبت مستقیم دارد.
۲. اختلال رفتاری کودکان بر راهبرد مقابله ناکارآمد مادران اثر مثبت مستقیم دارد.
۳. خستگی مادران بر راهبرد مقابله آن‌ها اثر مثبت مستقیم دارد.
۴. خستگی مادران بر تنیدگی آن‌ها اثر مثبت مستقیم دارد.
۵. راهبرد مقابله ناکارآمد مادران بر تنیدگی آن‌ها اثر مثبت مستقیم دارد.
۶. اختلال رفتاری کودکان بر تنیدگی مادران آن‌ها از طریق خستگی و راهبرد مقابله اثر مثبت غیرمستقیم دارد.

1. psychosomatic diseases

2. Rutter's behavioral disorder questionnaire

3. aggression-overactive

4. stress and depression

5. social disagreement

6. antisocial behavior

در این پژوهش، ضریب اعتبار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ به دست آمد.

**مقیاس مقابله‌ای**<sup>۶</sup> (کارور، شی‌یر و وینتراب، ۱۹۸۹). این مقیاس برای سنجش انواع سبک‌های مقابله‌ای طراحی شده و ۲۸ ماده دارد و ۱۴ زیرمقیاس دارد که عبارت‌اند از: خود گنج‌گردانی<sup>۷</sup>، مقابله فعال<sup>۸</sup>، انکار<sup>۹</sup>، استفاده مرضی از مواد<sup>۱۰</sup>، کاربرد حمایت هیجانی<sup>۱۱</sup>، کاربرد ابزاری حمایت<sup>۱۲</sup>، انزوای رفتاری<sup>۱۳</sup>، برون‌ریزی<sup>۱۴</sup>، چارچوب مثبت دادن<sup>۱۵</sup>، برنامه‌ریزی<sup>۱۶</sup>، شوخ‌طبعی<sup>۱۷</sup>، پذیرش<sup>۱۸</sup>، مذهب<sup>۱۹</sup> و خودسرزنش‌گری<sup>۲۰</sup>. برخی از این زیرمقیاس‌ها سازش‌یافته و برخی دیگر روش‌های مقابله‌ای دشوار و کمتر سازش‌یافته محسوب می‌شوند (کارور، ۱۹۹۷). هریک از این زیرمقیاس‌ها دارای دو ماده و هر ماده شامل ۴ گزینه است. آزمودنی‌ها می‌بایست پاسخی را که معمولاً به عوامل تنیدگی‌زا می‌دهند بیان کنند. در این مقیاس نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده از سبک‌های مقابله ناکارآمد است.

در پژوهش کارور و دیگران (۱۹۸۹)، ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های مقیاس مقابله‌ای با متغیرهای دیگری همچون سرسختی در زمینه‌یابی دیدگاه‌های شخصی<sup>۲۱</sup> (مؤسسه سرسختی<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۵)، حرمت خود در مقیاس حرمت خود روزنبرگ<sup>۲۳</sup> (۱۹۶۵) و رگه اضطراب در سیاهه رگه-حالت اضطراب اسپیلرگر<sup>۲۴</sup> (۱۹۷۰) معنادار گزارش شد و اعتبار زیرمقیاس‌های ابزار بین ۰/۴۵ تا ۰/۹۲ به دست آمد.

ضریب اعتبار ابزار در این پژوهش با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ به دست آمد.

**مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی**<sup>۲۵</sup> (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵). مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی برای سنجش سازه‌های روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و تنیدگی ساخته شده است. نسخه اصلی این مقیاس دارای ۴۲ ماده است

اختلال نارسایی توجه<sup>۱</sup>. فرم الف از ۳۱ ماده و فرم ب از ۳۰ ماده تشکیل شده است. ماده‌های این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت سه‌درجه‌ای از ۰ تا ۲ نمره‌گذاری می‌شوند. در صورتی که جمع نمره‌های فرد در این پرسشنامه بالاتر از نمره برش (۹) یا بیشتر) باشد، فرد دارای اختلال رفتاری است (راتر، ۱۹۶۷).

در پژوهش میرزائی (۱۳۹۳) روایی همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه سیستم ارزیابی رفتار کودکان<sup>۲</sup> (رینولد<sup>۳</sup> و کامپوس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴) تأیید شد. فروغ‌الدین (۱۳۷۲) نقل از خوشایی و دیگران، (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی با استفاده از روش دونیمه کردن و بازآزمایی، ضریب اعتبار ابزارها را به ترتیب برابر ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش کرد که بیانگر اعتبار مطلوب ابزار است.

در این پژوهش ضریب اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ به دست آمد.

**مقیاس سنجش خستگی**<sup>۵</sup> (دی‌وریس، میشلسن، ون‌هک و درنت، ۲۰۰۴). این مقیاس شامل ۱۰ ماده (۵ ماده مربوط به خستگی فیزیکی و ۵ ماده مربوط به خستگی روانی) است که روی طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱=هرگز تا ۵=همیشه نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۰ و حداکثر آن ۵۰ است. نمره ۱۰ تا ۲۱ نشانگر نبود خستگی و نمره ۲۲ تا ۵۰ نشان‌دهنده خستگی قابل توجه است (درنت، لوور و دی‌وریس، ۲۰۱۲).

در پژوهش جوادپور، کشاورزی، چوبینه و آقابگی (۱۳۹۳) برای بررسی روایی و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده مقیاس از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی به شیوه واریماکس استفاده شد و بارهای عاملی بیشتر از ۰/۵۰، ملاک ورود هر ماده به یک عامل قرار گرفت و نتایج نشان داد که این مقیاس از روایی قابل قبولی برخوردار است. درنت و دیگران (۲۰۱۲) روایی این ابزار را مطلوب گزارش کردند و اعتبار آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ گزارش کردند.

1. attention deficit

2. The Behavior Assessment System for Children (BASC)

3. Reynolds, C. R.

4. Kamphaus, R. W.

5. Fatigue Assessment Scale (FAS)

6. coping Scale

7. self-distract

8. active counter

9. denial

10. substance use

11. use emotional support

12. use instrumental support

13. behavioral disengagement

14. venting

15. positive reframing

16. planning

17. humor

18. acceptance

19. religion

20. self-blaming

21. Personal Views Survey (PVS)

22. Hardiness Institute

23. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

24. Spilberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

25. Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21)

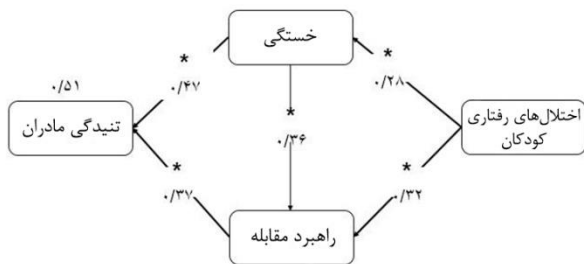
جدول ۱

ماتریس ضرایب همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	<u>M</u>	<u>SD</u>	۱	۲	۳	۴
۱. اختلال‌های رفتاری	۲۳/۰۶	۱۰/۸۶	-			
۲. خستگی	۲۸/۶۸	۸/۹۶	۰/۲۷*	-		
۳. راهبرد مقابله	۶۴/۹۱	۲۰/۵۷	۰/۴۹*	۰/۴۴*	-	
۴. تنیدگی مادران	۱۲/۵۱	۴/۴۴	۰/۳۵*	۰/۶۳*	۰/۵۷*	-

\*P < .۰/۰۱

بر اساس نتایج جدول ۱، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده بین تمام متغیرهای پژوهش معنادار است. به منظور ارزیابی الگوی پیشنهادی، از روش تحلیل مسیر استفاده شد. برای تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها شاخص‌های برازندگی ریشه دوم واریانس خطای تقریب<sup>۱</sup>، شاخص برازندگی تطبیقی<sup>۲</sup>، شاخص هنجار شده برازندگی<sup>۳</sup>، شاخص برازندگی<sup>۴</sup>، و شاخص توکر-لوپیس<sup>۵</sup>، شاخص برازندگی افزایشی<sup>۶</sup> و شاخص احتمال نزدیکی<sup>۷</sup> استفاده شد. نتایج به دست آمده RMSEA=۰/۰۹، PCLOSE=۰/۲۲، TLI=۰/۹۶، IFI=۰/۹۹، GFI=۰/۹۹ و  $X^2/df=۲/۳۷$  نشانگر برازش مطلوب مدل است (قاسمی، ۱۳۹۲). مدل نهایی پژوهش در شکل ۲ ارائه شده است.



\*P < .۰/۰۱

شکل ۲. مدل نهایی پژوهش

همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، همه ضریب مسیرهای مستقیم، معنادار به دست آمده است. ضریب مسیر اختلال‌های رفتاری کودکان به خستگی ( $\beta=۰/۲۸$ ،  $P<۰/۰۰۱$ )

که افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. نسخه کوتاه شده این مقیاس با ۲۱ ماده توسط لایونوند و لایونوند (۱۹۹۵) ساخته شد. این فرم به علت کوتاه‌تر بودن و داشتن ویژگی‌های فرم اصلی، کاربرد بیشتری در پژوهش‌ها دارد. این ابزار اغلب توسط روان‌شناسان و روان‌پزشکان استفاده می‌شود و افزون بر کاربردهای پژوهشی، به عنوان یک ابزار غربالگری کوتاه نیز مورد توجه قرار گرفته است. در این پژوهش برای سنجش تنیدگی مادران از ماده‌های مربوط به تنیدگی این مقیاس استفاده شد.

روایی همگرای این مقیاس از طریق مقایسه نمره‌های یک نمونه فرعی برگرفته از جمعیت عمومی جامعه (۳۱۵ نفر) با گروه همتایی از بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی (۱۳۰ نفر) تأیید شد (اصغری‌مقدم، ساعد، دیباج‌نیا و زنگنه، ۱۳۸۷). مرادی‌پناه (۱۳۸۴) نقل از اسدزندی، سیاری، عبادی و سنایی (نسب، ۱۳۹۰) اعتبار ابزار را با روش آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و تنیدگی ۰/۸۹ گزارش کرد.

در این پژوهش، ضریب اعتبار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۲ به دست آمد.

به منظور شناسایی دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری از معلمان خواسته شد تا دانش‌آموزانی را که حدس می‌زنند مشکل داشته باشند انتخاب کرده و پرسشنامه اختلال‌های رفتاری فرم معلم را در مورد آن‌ها کامل کنند. بعد از تشخیص اولیه، دانش‌آموزانی که نمره‌ای بالاتر از نقطه برش پرسشنامه داشتند، انتخاب شدند و سایر ابزارها در اختیار مادران این دانش‌آموزان قرار گرفت تا کامل کرده و پس از یک هفته به معلم تحویل دهند.

در این پژوهش تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تحلیل مسیر انجام شد.

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس ضرایب همبستگی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

- |  |                                |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Root mean square error of approximation (RMSEA) | 3. Normed Fit Index (NFI)      | 6. Incremental Fit Index (IFI) |
| 2. Comparative Fit Index (CFI)                     | 4. Goodness of Fit Index (GFI) | 7. PCLOSE                      |
|  | 5. Tucker-Lewis Index (TLI)    |                                |

و راهبرد مقابله مادران ( $\beta=0/32, P<0/001$ ) مثبت معنادار است. همچنین، ضریب مسیر خستگی به راهبرد مقابله ( $\beta=0/36, P<0/001$ ) و تنیدگی مادران ( $\beta=0/47, P<0/001$ ) مثبت معنادار است. افزون بر آن، ضریب مسیر راهبرد مقابله به تنیدگی مادران ( $\beta=0/37, P<0/001$ ) مثبت معنادار است. نتایج آزمون بوت‌استرپ<sup>۱</sup> نیز نشان داد که اثر غیرمستقیم اختلال‌های رفتاری کودکان بر تنیدگی مادران ( $\beta=0/28, P<0/001$ ) از طریق خستگی و راهبرد مقابله معنادار است. همچنین با توجه به شکل ۲ می‌توان گفت که در مجموع مدل پیشنهادی پژوهش می‌تواند ۵۱ درصد از واریانس متغیر وابسته یعنی تنیدگی مادران را تبیین کند.

## بحث

هدف این پژوهش بررسی رابطه بین اختلال‌های رفتاری کودکان و تنیدگی مادران آن‌ها از طریق واسطه‌گری خستگی و راهبرد مقابله مادران بود. نتایج پژوهش نشان داد که متغیرهای اختلال‌های رفتاری، خستگی و راهبرد مقابله با تنیدگی رابطه دارند. با توجه به یافته‌های پژوهش، فرضیه اول مبنی بر اثر مستقیم اختلال رفتاری کودکان بر خستگی مادران تأیید شد. این یافته با پژوهش لسیس و دیگران (۲۰۰۳) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت مراقبت از کودکان دارای اختلال‌های رفتاری، منجر به خستگی و کاهش انرژی مادران می‌شود که می‌تواند به‌طور قابل توجهی بر قابلیت‌های ذهنی و جسمی آن‌ها تأثیر بگذارد و ایجاد الگوهای ناسازگارانه<sup>۲</sup> در مادران را به‌همراه داشته باشد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که اختلال‌های رفتاری کودکان، نقش مؤثری بر استفاده مادران از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار دارد که نشانگر تأیید فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اثر مستقیم اختلال رفتاری کودکان بر راهبرد مقابله هیجان‌مدار مادران است. این یافته با پژوهش آلتیره و کلگ (۲۰۰۸)، تونالی و پاور (۲۰۰۲) و گورتی و دیگران (۲۰۱۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این مادران از رویارویی با فشارهای روانی که گاهی می‌تواند منبع اصلی مشکلات آن‌ها باشد،

می‌گریزند و درصدد حل مشکلات نیستند. در نتیجه استفاده از روش‌های مقابله هیجان‌مدار و اجتنابی منجر به کاهش سازگاری و بروز مشکلات روانی از جمله تنیدگی در آن‌ها می‌شود. در تبیینی دیگر می‌توان گفت، با توجه به اینکه مادران بیش‌تر وقت خود را با کودکان سپری می‌کنند و از نزدیک با مشکلات و خطرات احتمالی که ممکن است فرزندشان را تهدید کند، آشنا هستند، بنابراین انتظار می‌رود که میزان ترس مرضی در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری، بیشتر باشد و مجموعه این مسائل و مشکلات مانند پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی موجب افزایش روان‌گسستگی<sup>۳</sup> و تنیدگی و در نتیجه، پایین آمدن سلامت روانی آن‌ها شود (نریمانی و دیگران، ۱۳۸۶).

افزون بر آن، یافته دیگر پژوهش نشان داد که خستگی مادران بر راهبرد مقابله آن‌ها اثر مستقیم دارد. این یافته همسو با پژوهش‌های اسمیت و دیگران (۲۰۰۸) و سیمور و دیگران (۲۰۱۲) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که خستگی و کاهش انرژی مادران در نتیجه اختلال‌های رفتاری فرزندانشان منجر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد هیجان‌محور و اجتنابی خواهد شد. همچنین نتایج نشان‌دهنده تأیید فرضیه چهارم مبنی بر وجود اثر علی خستگی مادران بر تنیدگی آن‌ها است. این نتایج با پژوهش پاریش و دیگران (۲۰۱۰)، دانتاس و دیگران (۲۰۱۲)، گرسین و دیگران (۲۰۰۹)، لیما و دیگران (۲۰۱۶) و هوگان (۲۰۱۲) همسو است. مادران کودکان دارای اختلال‌های رفتاری، با مشکلاتی از جمله صرف انرژی و وقت زیاد، انزوای اجتماعی و مشکلات دیگری روبه‌رو هستند. این صرف انرژی، وقت و انزوای اجتماعی منجر به خستگی می‌شود. خستگی به معنای احساس ذهنی از ضعف، کمبود انرژی و فرسودگی است که بر تمام ابعاد زندگی افراد اثر گذاشته و منجر به کاهش عملکردهای فیزیکی، اجتماعی، روانی و غیره می‌شود. بنابراین می‌توان بیان کرد خستگی مادران که حاصل از گوشه‌گیری و منزوی شدن آن‌ها به دنبال مراقبت از کودکان دارای اختلال و رفتارهای نامناسب کودکان است، منجر به تنیدگی در مادران خواهد شد (رسک و دیگران، ۲۰۰۶؛ لورن و کروپ، ۲۰۰۴).



۱۳۸۹). افراد دارای سبک مقابله‌ای مسئله‌محور توانایی بیشتری در تحمل تنیدگی و مهار تکانه‌ها داشته و دارای خودآگاهی هیجانی<sup>۱</sup> و انعطاف‌پذیری بیشتری هستند. این افراد انعطاف‌پذیری بیشتری نیز دارند؛ در نتیجه هر وقت احساس کنند مشکلی وجود دارد، به دلیل داشتن کفایت و انگیزه کافی برای مقابله مؤثر با مشکل از طریق سازگاری فعال و مثبت در برابر تنیدگی (چاره‌اندیشی و مؤثر بودن و یافتن روش‌های مناسب برای حل مشکل)، شرایط تنیدگی‌زا را بهتر تحمل می‌کنند. همچنین، آن‌ها از طریق تجزیه و تحلیل موقعیت، بهترین راه حل را در برخورد با مسائل پیدا می‌کنند، بحران‌ها و مشکلات را بهتر پشت سر می‌گذارند و کمتر دچار یأس و ناامیدی می‌شوند. این افراد با به‌کارگیری روش‌های مقابله‌ای مناسب، بر بسیاری از تعارض‌های فردی، مشکلات جسمانی و روانی خود غلبه می‌کنند و از عملکرد شناختی و روانی بهتری برخوردار هستند. در مجموع، پژوهش‌های نشان می‌دهد که مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری، فشار روانی و تنیدگی بالایی را متحمل می‌شوند. با توجه به اینکه پرداختن به نیازهای جسمی و عاطفی کودکان با اختلال‌های رفتاری نیازمند وضعیت روانی مناسبی از طرف مادران آن‌ها است، می‌توان گفت شناخت مادران از اختلال‌های رفتاری کودکان، راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و تأثیر آن‌ها در کاهش خستگی، در کاهش تنیدگی آن‌ها سودمند است. استفاده مادران از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد منجر به کاهش تنیدگی و در نتیجه پذیرش، نگهداری و کنار آمدن با مشکل فرزندشان می‌شود و این مادران بهتر می‌توانند نیازهای فرزند خود را برآورده کنند. درحالی‌که استفاده مادران از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد منجر به تشویش<sup>۲</sup>، اضطراب و تنیدگی فراوان مادران کودکان دارای اختلال می‌شود.

در مورد محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت که این پژوهش روی تنیدگی مادران انجام شد و می‌توان در پژوهش‌های آتی از پدران نیز به‌عنوان نمونه استفاده کرد. با توجه به موقعیت تنیدگی‌زای مادران کودکان دارای اختلال‌های رفتاری، برنامه‌ریزی در جهت آموزش راهبردهای مدیریت تنیدگی، راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و ترغیب آن‌ها برای

یافته‌های دیگر به دست آمده از این پژوهش بر تأیید فرضیه پنجم که مبنی بر اثر مستقیم راهبرد مقابله مادران بر تنیدگی آن‌ها است، دلالت دارد. این یافته با پژوهش السید و دیگران (۲۰۱۷)، داس و دیگران (۲۰۱۷)، سارانی و دیگران (۱۳۹۵)، سودرستروم و دیگران (۲۰۰۰)، سیدمن و دیگران (۱۹۹۷)، عزیزی و دیگران (۱۳۹۶) و غضنفری و قدم‌پور (۱۳۸۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که بر راهبرد مقابله‌ای حل مسئله متمرکز هستند نسبت به افرادی که از رویارویی متمرکز بر هیجان و رویارویی اجتنابی استفاده می‌کنند، در موقعیت‌های تنیدگی‌زا شواهد کمتری از آشفتگی از خود بروز می‌دهند، تسلط بیشتری بر موقعیت‌ها دارند و بهتر می‌توانند خود را با شرایط دشوار سازگار سازند (گل‌من، ۲۰۰۵/۱۳۹۷). همچنین نتایج به دست آمده، فرضیه ششم پژوهش مبنی بر اثر غیرمستقیم اختلال رفتاری کودکان بر تنیدگی مادران آن‌ها از طریق خستگی و راهبرد مقابله را تأیید می‌کند.

در نهایت نتایج نشانگر تأیید مدل کلی پژوهش و تأثیر اختلال‌های رفتاری کودکان بر خستگی مادران و راهبرد مقابله آن‌ها، همچنین تحت تأثیر قرار دادن شرایط تنیدگی‌شان بود. این یافته همسو با یافته‌های دوودل (۱۹۹۵)، سندرز و مورگان (۱۹۹۷) و کوگل و دیگران (۱۹۹۲) است که نشان داده‌اند میزان رابطه بین اختلال‌های رفتاری کودکان و تنیدگی مادران از طریق اثر متغیرهای دیگر مانند خستگی و راهبرد مقابله مادران بیشتر یا کمتر می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که داشتن فرزند به‌رغم ایجاد احساس غرور و لذت در مادران، برای آن‌ها تنیدگی‌زاست و موجب چالش‌هایی می‌شود. عوارض منفی ناشی از این چالش‌ها به تجربه اضطراب و افسردگی بیشتر در مادران می‌انجامد (کرنیک و گرینبرگ، ۱۹۹۰). از طرفی اگر فرزندان دچار اختلال‌های رفتاری نیز باشند، میزان تنیدگی والدین بیشتر خواهد شد. اختلال‌های رفتاری، اختلال‌هایی شایع و ناتوان‌کننده هستند که برای خانواده، محیط و کودک، مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند (سنچک و لئونارد، ۱۹۹۲). در تبیین بخش دیگری از یافته‌ها می‌توان گفت که روش‌های مقابله‌ای با تنیدگی منجر به کاهش فشار روانی و حل تعارض می‌گردد (صفوی و دیگران،

(۱۳۹۵). بررسی ارتباط راهبردهای مقابله در بارداری با میزان تنیدگی ادراک‌شده مادران باردار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۱۸ (۷)، ۷-۱۴.

شیربیم، ز.، سودانی، م. و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت تنیدگی بر افزایش سلامت روان دانشجویان. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی (اندیشه و رفتار) (روان‌شناسی کاربردی)*، ۲ (۸)، ۱۸-۷.

صبحی، ا.، احدی، ح.، رجب، ا. ا. و حجازی، م. (۱۳۹۰). رابطه ویژگی‌های شخصیتی والدین و عملکرد خانواده با کنترل متابولیک در کودکان مبتلا به دیابت نوع اول. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲ (۱)، ۳۲-۱۷.

صفوی، م.، پارسنیا، ز. و احمدی، ز. (۱۳۸۹). بررسی سلامت روان و شیوه‌های مقابله با تنیدگی در خانواده بیماران مصروع مراجعه‌کننده به انجمن صرع ایران. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران*، ۳۰ (۳)، ۱۹۸-۱۹۴.

عزیزی، ل.، سپاه‌منصور، م. و کوچک‌انتظار، ر. (۱۳۹۶). مدل‌یابی انطباق‌پذیری و انسجام خانواده کودکان مبتلا به اوتیسم بر اساس منابع خانواده و سبک‌های مقابله با تنیدگی با میانجی‌گری تنیدگی ادراک‌شده والدین. *دوفصلنامه روان‌شناسی معاصر*، ۱۲ (۳)، ۱۹۷-۱۸۶.

غباری‌بناب، ب.، پرند، ا.، حسین‌خانزاده فیروزجاه، ع.، موللی، گ. و نعمتی، ش. (۱۳۸۸). میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۹ (۳)، ۲۳۸-۲۲۳.

غضنفری، ف. و قدم‌پور، ع. ا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و بهداشت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۰ (۳۷)، ۵۴-۴۷.

قاسمی، و. (۱۳۹۲). *مدل‌سازی معادله ساختاری در پژوهش‌های علوم اجتماعی با کاربرد Amos Graphics*. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

کلمن، د. (۱۳۹۷). *هوش هیجانی: خودآگاهی احساسی، خویشتنداری، همدلی و یاری به دیگران*. ترجمه ن. پارسا. تهران: انتشارات رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۵).

محمدی‌قره‌قوزلو، ر.، گلمحمدنژاد، غ. ر. و جوانمرد، غ. ح. (۱۳۹۱). تأثیر آرامش‌آموزی در کاهش اضطراب و افسردگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۱۲ (۴)، ۳۲-۲۲.

مشکانی، م.، میرعابدینی، س. ح. و ملاح، م. (۱۳۹۶). رابطه بین تنیدگی و سبک‌های مقابله‌ای مادران با رفتارهای سازشی کودکان. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۷ (۲)، ۲۸-۲۲.

میرزائی، ل. (۱۳۹۳). *بررسی کفایت روان‌سنجی پرسشنامه سیستم ارزیابی*

استفاده از این راهبردها در مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی‌زا سودمند است. همچنین به مشاوران و روان‌شناسان کودک توصیه می‌شود تا در جهت شناخت عوامل مؤثر بر تنیدگی مادران، شناساندن اختلال‌های رفتاری کودکان به مادران و نحوه برخورد مادران با اختلال‌های کودکان خود، در جهت کاهش تنیدگی آن‌ها تلاش کنند.

## منابع

اسدزندی، م.، سیاری، ر.، عبادی، ع. و سنایی‌نسب، ه. (۱۳۹۰). میزان فراوانی افسردگی، اضطراب و تنیدگی در پرستاران نظامی. *مجله طب نظامی*، ۱۱۳ (۲)، ۱۰۸-۱۰۳.

اصغری‌مقدم، م. ع.، ساعد، ف.، دیباج‌نیا، پ. و زنگنه، ج. (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS) در نمونه‌های غیربالینی. *دوفصلنامه دانش‌سور رفتار*، ۱۵ (۳۱)، ۳۸-۲۳.

باچر، ج.، مینکا، س. و هولی، ج. (۱۳۹۴). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه ی. سیدمحمدی، تهران: ارسباران (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۷).

تقوایی‌نیا، ع. (۱۳۹۷). نقش تعدیل‌کننده سبک‌های مقابله‌ای در رابطه بین سبک‌های دلبستگی با وسواس مرگ سالمندان. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۴ (۵۶)، ۴۷۳-۴۶۱.

جلالی، ا.، سروقد، س. و سامانی، س. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای روان‌بنه‌های شناختی در ارتباط با فرایند و محتوای خانواده و شیوه‌های مقابله با تعارض. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۹ (۳۳)، ۹۲-۸۳.

جوادی‌پور، ف.، کشاورزی، س.، چوبینه، ع. ر. و آقایی، م. (۱۳۹۳). پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه بازیابی خستگی‌اخذگی مفرد شغلی در جمعیت کاری ایران. *دوماهنامه سلامت کار ایران*، ۱۱ (۶)، ۸۳-۷۶.

خوشبای، ک.، مرادی، ش.، شجاعی، س.، همتی، ع.، قربان‌دهشیری، غ. ر. و عیسی‌مراد، ا. (۱۳۸۶). بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان ایلام. *مجله توان‌بخشی*، ۱۸ (۲۹)، ۳۳-۲۸.

خیرآبادی، غ. ر.، ملکیان، آ. و فخارزاده، م. (۱۳۸۶). مقایسه شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به آسم و مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵ (۱)، ۲۶-۲۱.

زمانی، ن.، حبیبی، م. و درویشی، م. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی‌گری دیالکتیکی با گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی مادران کودکان معلول. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۸ (۱)، ۴۲-۳۲.

سارانی، آ.، اظهاری، ص.، مظلوم، س. ر. و آقامحمدیان‌شعرباف، ح. ر.

- CEC advocacy and Governmental Relations. Committee Regarding the New proposed U.S.*
- Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor Parenting Stresses with Young Children. *Child Development, 61*(5), 1628-1637.
- Dantas, M. S., Pontes, J. F., Assis, W. D., & Collet, N. (2012). Family difficulties and difficulties in caring for children with cerebral palsy (Portuguese). *Journal of Nursing, 33*, 73-80.
- Das, S., Das, B., Nath, K., Dutta, A., Bora, P., & Hazarika, M. (2017). Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having children with autism: A North East India-based study. *Asian Journal of Psychiatry, 28*, 133-139.
- De Vries, J., Michielsen, H. J., Van Heck, G. L., & Drent, M. (2004). Measuring fatigue in sarcoidosis: the fatigue assessment scale (FAS). *British Journal of Health Psychology, 9*(3), 279-291.
- Dowdell, E. B. (1995). Caregiver burden: Grandmothers raising their high risk grandchildren. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 33*(3), 27-30.
- Drent, M., Lower, E. E., & De Vries, J. (2012). Sarcoidosis-associated fatigue. *European Respiratory Journal, 40*, 255-263.
- El-Sayed, H. E. S. M., Elmashad, H. A. M., & Ibrahim, A. A. W. (2017). Benson's relaxation therapy: Its effect on stress and coping among mothers with high risk pregnancy. *International Journal of Nursing Didactics, 7*(6), 16-25.
- Gaoni, L., Black, Q. C., & Baldwin, S. (1998). Defining adolescent behavior disorder: An overview. *Journal of Adolescence, 21*(1), 1-13.
- Gerstein, E. D., Crnic, K., Blacher, J., & Baker, B. L. (2009). Resilience and the course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*(12), 981-997.
- Gick, M. L. (1986). Problem-solving strategies. *Educational Psychologist, 21*(1-2), 99-120.
- Goretti, B., Portaccio, E., Zipoli, V., Hakiki, B., Siracusa, G., Sorbi, S., & Amato, M. P. (2010). Impact of cognitive impairment on coping
- رفتار کودکان (فرم معلم) جهت کودکان سنین ۱۱ تا ۶ سال استان فارس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- نریمانی، م.، آقامحمدیان شعراف، ح. و رجیبی، س. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۳۴-۳۳، ۲۴-۱۵.
- نعمت‌پور، س. و شهبازیان، ح. ب. (۱۳۸۴). ارتباط عوامل تنیدگی‌زای ناشی از دیابت در والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک با سلامت عمومی آن‌ها. مجله علمی پزشکی، ۵، ۵۴۵-۵۳۵.
- Altieri, M. J., & Kluge, S. V. (2008). Family Functioning and Coping Behaviors in Parents of Children with Autism. *Journal of Child and Family Studies, 18*(1), 83-92.
- Al-Yagon, M. (2009). Comorbid LD and ADHD in childhood: socioemotional and behavioral adjustment and parents' positive and negative affect. *European Journal of Special Needs Education, 24*(4), 371-391.
- Benito-León, J., Rivera-Navarro, J., Guerrero, A. L., de las Heras, V., Balseiro, J., Rodríguez, E., ... & Caregiver Quality of Life in Multiple Sclerosis (CAREQOL-MS) Study Group. (2011). The CAREQOL-MS was a useful instrument to measure caregiver quality of life in multiple sclerosis. *Journal of Clinical Epidemiology, 64*(6), 675-686.
- Benson, P. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*(2), 217-228.
- Brown, I., & Percy, M. E. (2007). *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (p. xxv). Baltimore: PH Brookes.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-83.
- Council for Exceptional Children. (1991). *Report of the*

- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B., & Loftus, G. (2009). *Atkinson and Halgard's introduction to psychology*, Australia: Wad worth/Thomson Learning.
- Pandina, G. J., Bilder, R., Harvey, P. D., Keefe, R. S., Aman, M. G., & Gharabawi, G. (2007). Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. *Biological Psychiatry*, *91*(3), 386-398.
- Parish, S. L., Rose, R. A., & Andrews, M. E. (2010). TANF's impact on low-income mothers raising children with disabilities. *Exceptional Children*, *76*(2), 234-253.
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, *6*(5), 321-344.
- Reske, D., Pukrop, R., Scheinig, K., Haupt, W. F., & Petereit, H. F. (2006). Measuring fatigue in patients with multiple sclerosis with standardized methods in German speaking areas. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *74*(9), 497-502.
- Rowe, P. (2009). Kaplan & Sadocks Concise Textbook of Clinical Psychiatry. *Journal of Mental Health*, *18*(4), 360-361.
- Rutter, M. A. (1967). Children's behavior questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *8*, 1-11.
- Salik, M. J. (2013). *Differential prediction of internalizing and externalizing symptomatology from temperament and parenting*. A Dissertation Presented in partial Fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy, Arizona State University.
- Sanders, J. L., & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child & Family Behavior Therapy*, *19*(4), 15-32.
- Seidman, R. Y., Watson, M. A., Corff, K. E., Odle, P., Haase, J., & Bowerman, J. L. (1997). Parent stress and coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, *12*(3), 169-177.
- Senchak, M., & Leonard, K. E. (1992). Attachment styles and marital adjustment among Newlywed couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, *9*(1), 51-64.
- strategies in multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, *112*(2), 127-130.
- Hogan, D. P. (2012). *Family consequences of children's disabilities*. New York: Russell Sage Foundation.
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, *3*(4), 424-453.
- Koegel, R. L., Schreibman, L., Loos, L. M., Dirlich-Wilhelm, H., Dunlap, G., Robbins, F. R., & Plien, A. J. (1992). Consistent stress profiles in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *22*(2), 205-216.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2010). *Abnormal psychology* (11<sup>th</sup> Ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Lauren, B., & Krupp, M. D. (2004). *Fatigue in Multiple Sclerosis: A guide to diagnosis and management*. New York: Demos Medical Edi.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lesesne, C. A., Visser, S. N., & White, C. P. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: Association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics*, *111*(Supplement 1), 1232-1237.
- Lima, M. B. S., Cardoso, V. D. S., & Silva, S. S. D. C. (2016). Parental stress and social support of caregivers of children with cerebral palsy. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *26*(64), 207-214.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335-343.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, *37*(7), 1401-1415.
- Nelson, D. B., Grisso, J. A., Joffe, M. M., Brensinger, C., Shaw, L., & Datner, E. (2003). Does stress influence early pregnancy loss? *Annals of Epidemiology*, *13*(4), 223-229.

- Tustin, A. W., Hirsch, A. G., Rasmussen, S. G., Casey, J. A., Bandeen-Roche, K., & Schwartz, B. S. (2017). Associations between Unconventional Natural Gas Development and Nasal and Sinus, Migraine Headache, and Fatigue Symptoms in Pennsylvania. *Environmental Health Perspectives, 125*(2), 189-197.
- Watt, T., Groenvold, M., Bjorner, J. B., Noerholm, V., Rasmussen, N. A., & Bech, P. (2000). Fatigue in the Danish general population. Influence of socio-demographic factors and disease. *Journal of Epidemiology & Community Health, 54*(11), 827-833.
- Williamson, A., Lombardi, D. A., Folkard, S., Stutts, J., Courtney, T. K., & Connor, J. L. (2011). The link between fatigue and safety. *Accident Analysis & Prevention, 43*(2), 498-515.
- Wissink, I. B., Dekovic, M., Yagmur, S., Stams, G. J., & de Haan, M. (2008). Ethnic identity, externalizing problem behavior and the mediating role of self-esteem among Dutch, Turkish-Dutch and Moroccan-Dutch adolescents. *Journal Adolescent, 31*(2), 223-240.
- World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.
- Seymour, M., Wood, C., Giallo, R., & Jellett, R. (2012). Fatigue, stress and coping in mothers of children with an Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(7), 1547-1554.
- Smith, J., Cheater, F., & Bekker, H. (2015). Parents' experiences of living with a child with a long-term condition: a rapid structured review of the literature. *Health Expectations, 18*(4), 452-474.
- Smith, L. E., Seltzer, M. M., Tager-Flusberg, H., Greenberg, J. S., & Carter, A. S. (2007). A Comparative Analysis of Well-Being and Coping among Mothers of Toddlers and Mothers of Adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(5), 876-889.
- Soderstrom, M., Dolbier, C., Leiferman, J., & Steinhardt, M. (2000). The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavioral Medicine, 23*(3), 311-328.
- Tunali, B., & Power, T. G. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*(1), 25-34.