

Anticipating emotional and behavioral disorders in children with epilepsy based on family communication processes and parental optimism

Narges Sadeghi¹

M. A. in Psychology, Islamic Azad University, Rodehen Branch, Tehran.

Haeideh Saberi. Ph.D

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rodehen Branch

Abstract

The aim of this study is to predict the emotional behavioral disorders in children with epilepsy on family communication processes and optimism of their parents was to study the correlation and regression design was used to study the relationship between variables. The population consisted of parents and children with epilepsy hospital in 2015 are useful. To select a sample of children with epilepsy and their parents from random sampling method was used and the sample size was 250. Research tools optimistic nature scale, YOUTH behavioral and emotional problems scale, self-report scale of family communication process (SFPS). In order to analyze the hypothesis multiple regression were used. The results showed that the level of significance (0/01) between parent communication process in scale with conduct problems, inattention, hyperactivity, anxiety and depression and function of social adaptation of children's shy and there is a significant negative correlation and significance level (0/05) communication between the parents and there was no physical complaints. Regression analysis also shows that 45/9 percent of the variance in behavioral problems, emotional regression by family processes and optimism parents and 20/3 percent of the variance in emotional and behavioral disorders can be explained by the scales of the family.

Keywords: Emotional and behavioral disorders, Epilepsy, Optimism, family communication processes.

پیش‌بینی اختلالات رفتاری هیجانی کودکان مبتلا به صرع بر اساس فرایندهای ارتباطی خانواده و خوش‌بینی والدین

نرگس صادقی^۱

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

هایده صابری

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر پیش‌بینی اختلالات رفتاری هیجانی کودکان مبتلا به صرع بر اساس فرایندهای ارتباطی خانواده و خوش‌بینی والدین آن‌ها بوده است. روش تحقیق پژوهش حاضر همبستگی است. در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه والدین و کودکان مصروع مراجعه‌کننده به بیمارستان مفید در سال ۱۳۹۴ می‌باشند. برای انتخاب نمونه موردنظر از بین کودکان مصروع و والدین آنها از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده و حجم نمونه ۲۴۰ بوده است. ابزار تحقیق مقیاس خوش‌بینی سرشتی مقیاس مشکلات رفتاری هیجانی اخنباخ، مقیاس خودگزارشی فرآیند ارتباطی خانواده (SFPS) بوده است. به‌منظور تحلیل فرضیه‌ها برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که در سطح معناداری (۰/۰۱) بین متغیرهای فرایند ارتباطی والدین با خرده مقیاس مشکلات سلوک، بی‌توجهی، بیش‌فعالی، اضطراب- خجالتی و افسردگی و کارکردهای انطباقی اجتماعی کودکان همبستگی منفی و معنادار وجود دارد و در سطح معناداری (۰/۰۵) بین فرایند ارتباطی والدین با شکایات جسمانی رابطه معنادار وجود ندارد. همچنین تحلیل رگرسیون نشان داد که ۴۵/۹ درصد از واریانس متغیر رگرسیون مشکلات رفتاری هیجانی توسط فرایندهای خانواده و خوش‌بینی والدین و همچنین ۲۰/۳ درصد از واریانس متغیر اختلال رفتاری هیجانی توسط خرده مقیاس‌های فرایند خانواده تبیین می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اختلالات رفتاری هیجانی، کودکان مصروع، فرایندهای ارتباطی خانواده، خوش‌بینی

¹ nargessadeghi@yahoo.com

مقدمه

در پیدایش اختلالات رفتاری هیجانی عامل واحدی را نمی‌توان مسئول دانست بلکه انواعی از عوامل مربوط به والدین و الگوی خانواده و برخی عوامل اجتماعی-فرهنگی - عوامل روان‌شناختی - عوامل زیستی و عوامل زمینه‌ساز و عوامل آشکارساز در پیدایش آن سهیم هستند. برخی عوامل خطرزا می‌توانند موجب گسترش اختلالات رفتاری شوند. این عوامل عبارت‌اند از: تجربه مشکلات عاطفی - اجتماعی مانند مشکلات والدین (نظیر استفاده از الکل یا مواد مخدر) فقر، محرومیت، سوءاستفاده، طردشدن، روابط ناراضیت‌بخش، اختلالات روانی والدین و یا مواجهه با رویدادهای آسیب‌زاست (صادقی، ۱۳۹۲).

اختلال‌های رفتاری و هیجانی شامل رفتار و بروز هیجان‌هایی در کودکان و نوجوانان است که با سن آن‌ها متناسب نیست، با وضعیت فرهنگی آن‌ها همخوانی ندارد و شرایط اخلاقی محیط زندگی این‌گونه رفتارها را تأیید نمی‌کند. این عدم تناسب در رفتارها و هیجان‌ها بر زندگی عمومی فرد اثر می‌گذارد و نشانه‌های آن را در تحصیل زندگی اجتماعی زندگی شخصی و محیط شغلی او می‌توان دید. برخی از نشانه‌های اختلال‌های رفتاری و هیجانی را در همه‌ی کودکان می‌توان دید ولی این نشانه‌ها در برابر فشارهای زندگی و ناراحتی‌ها به وجود می‌آید و موقت و زودگذر است. اختلال‌های رفتاری و هیجانی دوام‌دارند و ماندگار هستند و معمولاً در موقعیت‌های مختلف زندگی مانند خانه، مدرسه، محل کار و محیط‌های اجتماعی دیده می‌شوند. به‌علاوه روش‌های مرسوم و معمول تربیتی که پدر و مادر یا معلم برای کودکان خود انجام می‌دهند، درباره‌ی اختلال‌های رفتاری و هیجانی بی‌تأثیر است (کاپلان ۲۰۰۶، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷). از دیگر سو بسیاری بیماری‌های نورولوژیک هستند که از

یک‌سو در حوزه روانشناسی مهم بوده و از دیگر سو با اختلال رفتاری هیجانی در تعامل‌اند. صرع از جمله این موارد است. جکسون^۱ (۱۹۱۰، به نقل از سیدنی^۲، ۲۰۱۰) معتقد است صرع تخلیه نورونی نابجا، گاه‌گاهی، ناگهانی، شدید و سریع در ماده خاکستری است. از نگاه پژوهشگران صرع فعالیت الکتریکی غیرطبیعی در یک ناحیه از مغز را که باعث تخلیه بار الکتریکی (دشارژ) نورونی می‌شود و منجر به علائم رفتاری، حرکتی وی می‌شود تعریف می‌کنند. اختلال و عدم توازن در غلظت بدن ما و واسطه‌های شیمیائی مختلف در سلول‌های مغزی منجر به تخلیه بار الکتریکی (دشارژ) و نوار منجر به تظاهرات بیماری صرع می‌شود (آزاد، ۱۳۸۶). باید گفت تحقیقات پیشین (فینچام^۳، ۲۰۰۹، هاسکل^۴، ۲۰۱۱) بر رابطه بین وجود اختلال رفتاری هیجانی و صرع صحه گذارده‌اند.

همچنان که هاسکل (۲۰۱۱) معتقد است که حداقل در بین ۱۵ تا ۲۰ درصد از کودکان مبتلا به صرع نشانه‌ها و علائمی از اختلالات رفتاری و هیجانی مشاهده می‌شود. وی علاوه بر این اعتقاد دارد که در بین ۳۵ تا ۶۰ درصد از این کودکان علائم افسردگی و یا پرخاشگری به‌کرات دیده‌شده و گزارش‌شده است. وی با انجام تحقیقی میدانی بر روی این دسته از کودکان متوجه گردید که عمده اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به صرع مربوط به الگوهای رفتاری متأثر از والدین بوده است. از جمله این‌ها الگوها را می‌توان در فرایندهای ارتباطی والدین مشاهده نمود. منظور از فرایندهای ارتباطی خانواده را می‌توان انتقال مفاهیم، اطلاعات و معانی احساس‌ها بین اعضا خانواده، باواسطه یا بدون واسطه دانست (روی^۵، ۲۰۱۴). همچنین فرایندهای ارتباطی خانواده یعنی، برقراری مناسبات بین دو طرف عضو خانواده، از طریق حس ادراک توسط یک فرد و ایجاد سرعت انتقال، درک و جواب‌گوئی در طرف دیگر (میرسپاسی، ۱۳۸۹). تحقیقات نشان

⁴ Hasckel

⁵ Roy

¹ Jackson

² Sidney

³ Finchaam

مصروع حائز اهمیت است. حال با توجه به تحقیقات پیشین مبنی بر تعامل فرایندهای ارتباطی و خوش‌بینی والدین با سطح اختلال رفتاری و هیجانی کودکان محقق بر آن شده‌است تا این موضوع را در بین کودکانی که هم‌زمان از اختلال رفتاری و هم اختلال جسمی چون صرع رنج می‌برند مورد واکاوی قرار داده و به پاسخ این سؤال پژوهشی دست پیدا کند که آیا اختلالات رفتاری هیجانی کودکان مبتلا به صرع بر اساس فرایندهای ارتباطی خانواده و خوش‌بینی والدین آن‌ها قابل پیش‌بینی است؟

روش

روش تحقیق پژوهش حاضر همبستگی است و از طرح رگرسیون برای مطالعه رابطه بین متغیرها استفاده شد با توجه به اینکه هدف تحقیق پیش‌بینی اختلالات هیجانی و رفتاری بر اساس فرایندهای ارتباطی خانواده و خوش‌بینی والدین است. روش تحقیق استفاده‌شده در این پژوهش روش همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه والدین و کودکان مصروع مراجعه‌کننده به بیمارستان مفید در سال ۱۳۹۴ می‌باشند. برای انتخاب نمونه موردنظر از بین کودکان مصروع و والدین آن‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد. بدین منظور با توجه به همکاری واحد پذیرش بیمارستان، لیست کودکان مراجعه‌کننده تهیه شد و از میان لیست به‌صورت تصادفی ۲۴۰ کودک انتخاب شدند.

ابزارها

الف) مقیاس خوش‌بینی: این پرسشنامه‌ی شامل ۱۰ ماده است که از نسخه اصلی که توسط شییر و کارور (۱۹۹۵) ساخته‌شده، کوتاه‌تر است و دامنه‌ی نمرات این آزمون بین صفر تا ۲۴ متغیر است (قربانی، ۱۳۹۲). این آزمون در سال ۱۳۸۳، توسط خدابخشی در ایران هنجاریابی شده است. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ

می‌دهند که تشریک‌مساعی، مؤثرترین روش در پیشبرد ارتباطات مؤثر در بین اعضا خانواده است، که لازمه آن مشارکت، همفکری و همکاری اعضا است و تنها در محیطی که راستی، صداقت و برابری وجود دارد به بهترین صورت ممکن، مؤثر واقع می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد که والدینی می‌توانند چنین محیط‌هایی را خلق کنند و موفقیت را در جهت ایجاد یک جو تفاهم بدون «بردوباخت» تغییر دهند، که دارای مهارت ارتباطی بالا باشند (ایدروهاتفیلد^۱، ۲۰۰۹)؛ و در این بین در غالب پژوهش‌های انجام‌شده برای مفهوم فرایندهای ارتباطی والدین متغیرهای تعدیل‌کننده‌ای فرض شده‌اند که سطح خوش‌بینی والدین از جمله آن‌هاست (ورف، ۲۰۱۲ به نقل از صادقی، ۱۳۹۲).

تحقیقات نشان داده‌اند که خوش‌بینی به‌طور قدرتمندی با رفتار، افکار و عواطف همراه است. خوش‌بینی به‌طور منفی با علائم افسردگی مرتبط است. خوش‌بینی همچنین راهبردهای کنار آمدن مسئله مدار و راه‌های مؤثرتر تنظیمات روانی را بیشتر به کار می‌گیرد که هر دو به عملکرد بهتر منجر می‌شوند (تایلور و آرمور، ۱۹۹۶). بیشتر اینکه خوش‌بینی بین دیدگاه فرد راجع به دنیا و خود و بهزیستی نقش واسطه‌ای دارد (کارادماس، ۲۰۰۶)، بنابراین، خوش‌بینی ممکن است با نتایج بهتر از طریق تنظیم رفتار و احساسات و یا از طریق واسطه‌گری ساختارها و فرایندهای شناختی مهم مرتبط باشد که این موضوع به تعامل ارتباطی بین والدین و کودک مصروع کمک می‌کند.

کارور و شییر^۲ (۲۰۰۸) پیشنهاد کرده‌اند که خوش‌بینی، طرح‌های توانایی شخصی یا موفقیتی که به‌آسانی قابل‌دسترساند را محافظت می‌کنند. خوش‌بینی منعکس‌کننده‌ی ارزیابی خوب از محیط است تا از توانایی‌های فردی؛ بنابراین ارزیابی توأم هر دو نوع از انتظارات برای مشخص نمودن مشارکت و روابط بینابینی در بین والد و فرزند

² Carver & Sheir

¹ Idrohatfild

پ) مقیاس خودگزارشی فرآیند ارتباطی خانواده (SFPS): این مقیاس توسط سامانی (۱۳۸۷) بر پایه الگوی نظری فرآیند و محتوای خانواده ساخته شد و دارای ۴۳ سؤال در مقیاس لیکرتی پنج نمره‌ای است که از کاملاً موفق = ۵ تا کاملاً مخالف = ۱ نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس، ۵ حیطه‌ی (۱) تصمیم‌گیری و حل مسئله، (۲) مهارت مقابله، (۳) انسجام و احترام متقابل، (۴) مهارت ارتباطی و (۵) باورهای مذهبی را در برمی‌گیرد. نمره بالا در هر یک از این حیطه‌ها نشانگر وجود بیشتر آن فرآیند در میان اعضای خانواده است. ضریب آلفا به ترتیب برای عامل تصمیم‌گیری و حل مسئله، مهارت مقابله، انسجام و احترام، مهارت ارتباطی و باورهای مذهبی ۰/۸۶ و ۰/۷۹، ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۸۸، گزارش شده است (سامانی، ۱۳۸۷).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و همچنین به منظور تحلیل فرضیه‌ها برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

اختلالات رفتاری هیجانی کودکان مبتلا به صرع بر اساس فرآیندهای ارتباطی خانواده و خوش‌بینی والدین آنها قابل پیش‌بینی است.

۰/۷۴ به دست آمده است که نشان‌دهنده پایایی بالای آزمون است (قربانی، ۱۳۹۲). در رابطه با روایی این آزمون پژوهش‌های مکرر نشان داده‌اند که خوش‌بینی و بدبینی سرشتی با طیف گسترده‌ای از سازه‌های مرتبط مانند عزت‌نفس، ناامیدی و روان‌آزرده‌خویی (فانتانی و جونز، ۱۹۹۷؛ شییر و کارور، ۱۹۸۵؛ شییر و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از قربانی، ۱۳۹۲) رابطه دارند

ب) مقیاس مشکلات رفتاری هیجانی اخبناخ: برای اندازه‌گیری میزان اختلالات هیجانی رفتاری دانش‌آموزان، از پرسش‌نامه‌ی مشکلات رفتاری هیجانی اخبناخ (CBCL) استفاده شد. این سیاهه را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه‌خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل کند. این پرسش‌نامه ۱۱۳ پرسش چهارگزینه‌ای دارد و برخی سؤالات آن، باز پاسخ هستند. اخبناخ ضریب پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در ایران، یونسی و همکاران (۱۳۸۰)، به نقل از صادقی، ۱۳۹۲). ضریب پایایی این پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برآورد کرده‌اند. همچنین روایی سازه‌ی این مقیاس به روش واگرایی (همبستگی پرسشنامه‌ی کانرز) ۰/۵۲ گزارش شده است (اخبناخ و همکاران، ۱۹۹۹).

جدول ۱. مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه آماری رگرسیون مشکلات رفتاری هیجانی بر فرآیند خانواده و خوش‌بینی والدین

شاخص مدل	df	F	P	R	R ²
رگرسیون	۲	۲۲/۲۳۴	۰/۰۱۲	۰/۶۷۸	۰/۴۵۹
باقیمانده	۲۳۷				
کل	۲۳۹				

رگرسیون خطی حاضر می‌تواند برای پیش‌بینی استفاده شود. علاوه بر این، نسبت F محاسبه شده (۲۲/۲۳۴) در سطح اطمینان حداقل ۹۹ درصد معنادار است. در ادامه نتایج برآورد مدل معنادار در قالب جدول ضرایب رگرسیون در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، مقدار R² به دست آمده (۰/۴۵۹) بدین معنی است که ۴۵/۹ درصد از واریانس متغیر رگرسیون مشکلات رفتاری هیجانی توسط فرآیندهای خانواده و خوش‌بینی والدین تبیین می‌شود. مقدار R مشاهده شده (۰/۶۷۸) نیز نشان‌دهنده آن است که مدل

جدول ۲. مدل معناداری رگرسیون

پیش‌بینی کننده‌ها	B	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	۲۷/۹۸۳	-	۱۴/۷۴۸	۰/۰۰۱	-	-	۲/۰۱۳
خوش‌بینی	-۰/۳۰۹	-۰/۲۴۳	-۴/۳۲۵**	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳	۱/۲۲۸	
فرایند خانواده	-۰/۳۸۹	-۰/۳۶۸	۵/۳۶۵**	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱	۱/۳۲۴	

می‌سازد. داده‌های به دست آمده برای عامل (VIF) نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از شاخص‌ها بزرگ‌تر از ۲ نیستند و نزدیک به آن می‌باشند در نتیجه می‌توان از رگرسیون خطی استفاده نمود. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، از مقدار R مشاهده شده (۰/۶۷۸) می‌توان نتیجه گرفت که بین فرایندهای خانواده و خوش‌بینی والدین و مشکلات رفتاری هیجانی کودکان مصروع همبستگی معنادار وجود دارد. در نتیجه، شواهد برای پذیرش فرضیه کافی است. با مراجعه به آماره t و سطوح معناداری می‌توان قضاوت کرد که هر دو متغیر فرایندهای خانواده و خوش‌بینی والدین با متغیر مشکلات رفتاری هیجانی کودکان همبستگی معنادار دارند. ضریب بتا به دست آمده نشان داد که متغیر خوش‌بینی ($\beta = -0/243$) و فرایند خانواده ($\beta = -0/368$) با مشکلات رفتاری هیجانی همبستگی منفی و معنادار دارد. در نهایت، با توجه به این توضیحات و ضریب به دست آمده می‌توان معادله رگرسیون را بر اساس ضرایب رگرسیون استاندارد شده به صورت زیر تدوین کرد:

با توجه به متغیرهای پیش‌بین، یعنی خرده مقیاس‌های فرایند خانواده (تصمیم‌گیری و حل مسئله، مهارت مقابل، انسجام و احترام متقابل، مهارت ارتباطی و باورهای مذهبی) و متغیر ملاک یعنی، رفتاری هیجانی از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد که در جدول ۳ ارائه شده است.

باید عنوان کرد استقلال خطاها یعنی تفاوت بین مقادیر واقعی و مقادیر پیش‌بینی شده توسط معادله رگرسیون از یکدیگر از جمله مفروضات اساسی است که در رگرسیون مدنظر قرار می‌گیرد. بدین منظور به منظور بررسی استقلال خطاها از یکدیگر از آزمون دوربین واتسون^۹ استفاده می‌شود. با توجه به به آماره دوربین واتسون در جدول بالا برابر ۲/۰۱۳ است و در فاصله مجاز ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد که نشان از استقلال خطاها است و این بدان معنی است که فرض وجود همبستگی بین خطاها رد شده و خطاها دارای همبستگی نیستند و می‌توان از رگرسیون استفاده کرد. از جمله مفروضات ثانویه در رگرسیون بررسی عدم وجود هم خطی^{۱۰} بین متغیرهای مستقل است. هم خطی وضعیتی است که نشان می‌دهد یک متغیر مستقل تابعی خطی از سایر متغیرهای مستقل است. نتایج آزمون هم خطی در جدول ۲ در قالب دو شاخص تولرانس و عامل افزایش تولرانس (VIF) درج شده است. تولرانس، درصد واریانس در یک پیشگو است که نمی‌توان با پیشگوهای دیگر آن را توضیح داد. وقتی تولرانس به صفر نزدیک می‌شود، هم خطی چندگانه بزرگی وجود دارد و خطای استاندارد ضرایب رگرسیون بزرگ خواهد شد. مقادیر تولرانس در جدول ۲ نشان می‌دهد هیچ‌یک از تولرانس‌ها نزدیک به صفر نیستند و در نتیجه می‌توان از تحلیل رگرسیون استفاده نمود. عامل افزایش تولرانس (VIF) نیز معکوس تولرانس بوده و هرچه قدر افزایش یابد (بزرگ‌تر از ۲) باعث می‌شود ضرایب رگرسیون افزایش یافته و رگرسیون برای پیش‌بینی نامناسب

$$Y(\text{رفتاری هیجانی}) = 27/983 - 0/243(\text{خوش‌بینی}) - 0/368(\text{فرایند خانواده})$$

10. Multicollinearity

9 - Durbin- Watson

جدول ۳. مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون اختلال رفتاری هیجانی بر خرده مقیاس‌های فرایند خانواده

شاخص مدل	SS	df	Ms	F	P	R	R ²	SE
رگرسیون	۵۸۶۲/۴۳۲	۲	۲۹۳۱/۲۱۶	۲۴/۵۴۷	۰/۰۱۳	۰/۵۰۲	۰/۲۵۲	۲۱/۲۱۴
باقیمانده	۲۹۲۸۶/۱۱۱	۲۳۷	۱۰۹/۴۵۲					
کل	۳۵۱۴۸/۵۴۳	۲۳۹						

جدول ۴ معناداری رگرسیون

شاخص متغیر	B	β	t	sig	تولرانس	VIF	دوربین واتسون
ثابت	۴۲/۳۲۶	-	۱۸/۳۶۵*	۰/۰۰۱	-	-	۲/۰۳۱
مهارت مقابله	-۰/۴۴۷	-۰/۳۲۷	-۲/۱۹۱**	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹	۱/۴۱۷	
حل مسئله	-۰/۴۳۲	-۰/۲۹۶	-۲/۱۳۶*	۰/۰۲۰	۰/۵۴۷	۱/۳۶۷	
باورهای مذهبی	-۰/۲۵۲	-۰/۳۴۱	-۱/۳۳۸**	۰/۰۰۳	۰/۴۶۷	۱/۷۴۱	
ارتباط	-۰/۳۰۶	-۰/۲۱۸	-۴/۰۸۷**	۰/۰۰۱	۰/۷۸۳	۱/۳۸۸	
انسجام	-۰/۳۱۷	-۰/۲۱۶	۳/۸۷۲**	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵	۱/۳۹۶	

$R^2 = ۰/۲۴۱$; $F = ۲۴/۵۴۷$ **؛ R^2 تعدیل شده: $R^2 = ۰/۲۵۲$; $R = ۰/۵۰۲$ * (معنادار در سطح $۰/۰۱$ * معنادار در سطح $۰/۵۰$)

نسبت F محاسبه شده (۲۴/۵۴۷) در سطح اطمینان حداقل ۹۹ درصد معنادار است. ضریب بتا به دست آمده در جدول ۴ نشان داد که متغیر مهارت مقابله (۰/۳۲۷-)، حل مسئله (۰/۲۹۶-)، باور مذهبی (۰/۳۴۱-)، ارتباط (۰/۲۱۸-) و احترام و انسجام (۰/۲۱۶-) با مشکلات رفتاری هیجانی کودک همبستگی منفی و معنادار دارند، بدین معنی که با یک واحد تغییر در هر کدام از خرده مقیاس‌های فرایند ارتباطی خانواده مقدار مشکلات رفتاری هیجانی کودکان به اندازه آن متغیر، به صورت معکوس تغییر می‌کند و مقدار t محاسبه شده برای هر کدام از تغییرها در سطح $۰/۰۱$ معنادار است، لذا توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که خرده مقیاس‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله، مهارت مقابله، انسجام و احترام متقابل، مهارت ارتباطی و باورهای مذهبی می‌توانند با اطمینان ۹۹٪ تغییرات مربوط به مشکلات رفتاری هیجانی فرزندان را پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که ۴۵/۹ درصد از واریانس متغیر رگرسیون مشکلات رفتاری هیجانی توسط فرایندهای خانواده و خوش‌بینی والدین تبیین می‌شود. از جمله تحقیقات همسو

با توجه به آماره دوربین واتسون در جدول ۴ برابر ۲/۰۳۱ است می‌توان گفت که عدد به دست آمده در محدوده مجاز قرا گرفته و لذا خطاها دارای عدم همبستگی بوده و می‌توان از رگرسیون استفاده کرد. مقادیر تولرانس در جدول ۴ نشان می‌دهد هیچ‌یک از تولرانس‌ها نزدیک به صفر نیستند و در نتیجه مشکلی در تحلیل رگرسیون ایجاد نمی‌گردد. مقادیر مربوط به عامل تورم تولرانس واریانس نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از شاخص‌ها بسیار بزرگ‌تر از ۲ نیستند و نزدیک به آن می‌باشند در نتیجه مشکلی در استفاده از رگرسیون خطی وجود ندارد. با توجه به شاخص‌های تولرانس و VIF ملاحظه می‌شود که هر یک از این شاخص‌ها برای متغیرهای مستقل در وضعیت مطلوب قرار داشته و شرط هم خطی چندگانه وجود ندارد. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقدار R^2 به دست آمده (۰/۲۵۲) بدین معنی است که ۲۵/۲ درصد از واریانس متغیر اختلاف رفتاری هیجانی توسط خرده مقیاس‌های فرایند خانواده (تصمیم‌گیری و حل مسئله، مهارت مقابله، انسجام و احترام متقابل، مهارت ارتباطی و باورهای مذهبی) تبیین می‌شود. مقدار R مشاهده شده (۰/۵۰۲) نیز نشان‌دهنده آن است که مدل رگرسیون خطی حاضر می‌تواند برای پیش‌بینی استفاده شود. علاوه بر این،

به‌قار: ۱: خانواده‌های سالم، ۲: خانواده‌های غیرسالم و ۳- خانواده‌های مشکل‌دار بود. خانواده‌های سالم سطح فرآیند و محتوای مناسبی دارند. خانواده‌های غیرسالم سطح فرآیند و محتوای پایینی دارند. محققان معتقدند فرزندان در تبیین ویژگی خانواده سالم و نقش خانواده در سلامت نوجوانان بر مواردی از قبیل روابط خانوادگی، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی فرزندان، میزان صمیمیت والدین با فرزندان، میزان نظارت و کنترل فرزندان، تسهیلات رفاهی ورزشی، امکانات آموزشی و باورهای مذهبی خانواده اشاره دارند.

باید گفت مشکلات رفتاری در بین کودکانی که دارای بیماری‌های دیگری همچون صرع هستند، نسبت به کودکانی که سالم. به میزان بیشتری مشاهده می‌شود. زندگی همراه با صرع، عامل ایجاد مشکلات روانی در بین کودکان و بروز مشکلاتی نظیر عدم دستیابی کافی به اعتمادبه‌نفس، اختلال سلوک، اضطراب‌های روانی، زودرسی در حالات جنسی، بیش‌فعالی در کودکان و افسردگی و اقدام به خودکشی در نوجوانی و جوانی است.

مطالعات پیشین نشان می‌دهد کودکان مصروع، نمی‌توانند کارهای خود را به همان خوبی بچه‌های همسان انجام دهند. این مطلب، نتیجه ۱۰ سال مطالعه آنان است. به اعتقاد آن‌ها کودکانی که با خود بیماری‌های خاص را یدک می‌کشند در شرایط نامساعد و نامطلوب‌تری قرار دارند. بچه‌هایی دارای اختلال رفتاری که با بیماری‌هایی خاص همچون صرع دست‌وپنجه نرم می‌کنند، نسبت به بچه‌های اختلال رفتاری سالم، دو برابر بیشتر مبتلا به مشکلات رفتاری و روانی هستند (به‌یر و استافورد^{۱۳}، ۲۰۰۷، ترجمه خرازچی، ۱۳۸۷).

بیماری صرع نقش مهمی در تأثیر حالات خلقی متفاوت بر عملکرد افراد در موقعیت گروهی و اجتماعی ایفا می‌کند و

می‌توان به کوئینگ، مک کالوچ و لارسون^{۱۱} (۲۰۱۱)، به نقل از صادقی، (۱۳۹۳) اشاره کرد

خانواده عامل مؤثر در وضعیت روان‌شناختی تک‌تک اعضای خانه به‌شمار می‌آید. مطابق مدل فرآیند و محتوای خانواده^{۱۲}، رفتار فرزندان نتیجه یا شاخصی از عملکرد خانواده، حاصل تعامل سه دسته از عوامل است: فرایندهای خانواده، محتوای خانواده و بافت اجتماعی خانواده. منظور از فرایندهای خانوادگی «کنش‌هایی است که امکان سازمان‌دهی و انطباق هرچه مؤثرتر را برای اعضای خانواده فراهم می‌آورد و شامل مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های مقابله، مهارت در تصمیم‌گیری محل مسئله، انسجام و احترام متقابل و باورهای مذهبی خانواده است (سامانی، ۲۰۱۰). محتوا یا پتانسیل‌های خانوادگی دربرگیرنده سرمایه‌های مختلف اعضای خانواده به لحاظ تحصیلات، شغل، درآمد، سلامت جسمی و روانی، فضای زندگی، تسهیلات آموزشی و زمان باهم سپری کردن است. منظور از بافت اجتماعی خانواده نیز نظام اعتقادی و استانداردهایی است که نهاد خانواده را در یک جامعه در بر گرفته است. این بعد از مدل همچنین شامل شرایط استرس‌زای محیطی پیرامون خانواده نیز است. به‌طور مثال، خانواده‌ای که دارای فرزندان با اختلال رفتاری هیجانی، بیش‌فعالی و یا لجبازی و نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک می‌باشند ر شرایط بحران متفاوت از خانواده‌ای است که در معرض این دسته از بحران‌های نمی‌باشند. مطابق با مدل فرآیند و محتوای خانواده، خانواده‌ای که به لحاظ سطح فرآیند و محتوای خانواده از وضعیت بهینه‌ای برخوردار باشد، از عملکرد روان‌شناختی مناسب‌تری برخوردار است (سامانی و صادق زاده، ۲۰۱۰).

بر اساس ابعاد فرآیند و محتوای در مدل بافت نگر فرآیند و محتوای خانواده می‌توان قائل به سه گونه‌ی کلی برای خانواده

¹³ Behyer & Stafford

¹¹ Coing, Kaluch & Larson

¹² Family Process and Content Model (FPC Model)

ببخشد این امر بر تسلط شخص بر بیماری صرع نیز تأثیر می‌گذارد و لذا وجود اختلال رفتاری هیجانی می‌تواند به گسترش بیماری‌هایی نیز کمک کند. این امر بر مناسبات و تعاملات دیگر افراد خانواده تأثیر منفی می‌گذارد. لذا رابطه منفی خوش‌بینی و فرایندهای ارتباطی والدین با اختلال رفتاری فرزندان از این منظر قابل تبیین است.

همچنین، یافته‌های حاصل از بررسی خرده مقیاس‌های فرایند خانواده، نشان داد که ۲۰/۳ درصد از واریانس متغیر اختلاف رفتاری هیجانی توسط خرده مقیاس‌های فرایند خانواده تبیین می‌شود. پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی ارتباط مشکلات رفتاری نوجوان و برخی فرایندهای خانواده انجام‌گرفته است بیانگر رابطه بین این زمینه‌ها با مشکلات رفتاری نوجوان است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که فرایندهای خانواده بر اضطراب، افسردگی و فشار روانی نوجوانان اثر می‌گذارد. یافته‌ها نشانگر یک ارتباط محکم بین تعارضات ارتباطی والدین و بروندادهای رفتاری نوجوانان، صرف‌نظر از قومیت آن‌ها، است. به‌عبارت‌دیگر، بین رفتارهای درونی شده و برونی شده نوجوانان و تعارضات آشکار و نا آشکار والدین رابطه وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که تعارض بین فرزندان و والدین رشد مشکلات سلوک را در آن‌ها پیش‌بینی می‌کند و دیگر اینکه انسجام خانوادگی که یکی از موارد فرایندهای خانوادگی است، با مشکلات رفتاری برونی شده ارتباط منفی دارد.

در خصوص تبیین این نتایج می‌توان گفت که گرمی روابط و عواطف و همچنین پیوند عاطفی موجود در بین اعضای خانواده که از ویژگی‌های اصلی خانواده‌های منسجم محسوب می‌شود، در فرزندان آن‌ها این احساس را به وجود می‌آورد که موردپذیرش والدین هستند و والدین نسبت به خواسته‌های آن‌ها حساس و مسئول هستند. این مسئله باعث ایجاد آرامش و عدم احساس اضطراب در فرزندان آن‌ها می‌شود، در نتیجه فرزندان چنین خانواده‌هایی ویژگی‌هایی نظیر رفتارهای

لذا این مهم موردتوجه بسیاری از پژوهشگران واقع‌شده است. پژوهشگران معتقدند این افراد نمی‌توانند در زندگی با مشکل، در دسر و گرفتاری گروهی روبه‌رو نشوند، ولی می‌توان به آن‌ها آموزش داد که در مواجهه با این‌گونه موقعیت‌ها به شیوه صحیح عمل کنند. بعضی از این افراد حتی قادر به برطرف کردن مسائل روزمره خود نیستند و در مقابل کوچک‌ترین مسئله یا انتخاب دچار پریشانی، دستپاچگی، آشفتگی و ناراحتی اضطراب می‌شوند در این میان کودکان اطرافیان بیش‌فعال و اختلال سلوک بیشتر از بقیه از این مسئله رنج می‌برند.

بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت اختلالات رفتاری هیجانی یک سازه‌ی چندوجهی است که در تعامل با دیگر بیماری‌ها همچون صرع خود را بیشتر نشان می‌دهد، بیماری صرع به‌نوبه‌ی خود امکانات و توانایی‌های فرد را در مقابله‌ی مؤثر با موقعیت‌ها تحلیل می‌برد؛ و لذا وجود اختلالات رفتاری هیجانی در شخص مصروع، به زمینه‌ای برای افزایش تنش و تعارض بر سر تحمیل آرمان‌های دست‌نیافتنی از یک‌سو و ناتوانی در تحقق آن آرمان‌ها از سوی دیگر، تبدیل می‌شود. این سبک تعامل تعارضی و نگرانی از انجام رفتار نامطلوب، باعث اضطراب اطرافیان و والدین نیز شده و سبب می‌شود این گروه والدین پس از خرابکاری کودک در خود احساس گناه و حقارت کرده و حالتی تدافعی می‌گیرند. نتیجه‌ی حالت تدافعی، محدود شدن آزادی فرد و عیان نشدن کامل ماهیت حقیقی یا خود اوست. در این حالت تحقق خود به‌صورت کامل انجام نمی‌پذیرد، چراکه جنبه‌های خاصی از آن را باید مهار زد. شخص باید رفتار خود را محدود ساخته و واقعیت را تحریف کند، زیرا حتی آگاهی به رفتارها و اندیشه‌های بی‌ارزش همان اندازه برایش تهدیدآمیز است که بروز آن. از آنجاکه او نمی‌تواند با نظری باز و به‌طور کامل با محیط خویش رابطه‌ی متقابل برقرار کنند، میان تصویری که از خود دارد و واقعیتی که او را در میان گرفته است، ناسازگاری ایجاد می‌شود. در نتیجه نمی‌تواند تمام جنبه‌های خود را فعلیت

پیشگیری از مشکلات رفتاری آنان دارد لذا نتایج به دست آمده از این منظر قابل تبیین است.

منابع

سامانی، سیامک ۱۳۸۷ تهیه و طراحی مقیاس فرآیندهای خانوادگی برای خانواده‌های ایرانی. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۶۲-۱۶۸، (۲) ۱۴.

سامانی، سیامک و صادق زاده، مرضیه ۱۳۸۶ بررسی خود-گسستگی در نوجوانان بر اساس مدل فرایند و محتوای خانواده. فصلنامه‌ی مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۱۱-۱۱۰، ۱۲۴، ۳۰.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین. (۱۳۸۸). خلاصه روان‌پزشکی. علوم رفتاری روان‌پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی، جلد سوم، تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷).

صادقی، نسری. (۱۳۹۲). مقایسه مشکلات هیجانی رفتاری کودکان مصروع و کودکان عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

آزاد، حسین (۱۳۸۶)، روانشناسی مرضی کودک، تهران، نشر آشنا. چاپ دوم

میرسپاسی، حسین. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش گروهی برنامه فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری مادران کودکان تک سرپرست ۴-۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه. فصلنامه تازه‌های عصب‌شناختی، ۳(۸)، ۴۱-۶۰.

به‌یر، چری و استافورد، لورا. (۱۳۸۷). تعامل والدین و کودکان، ترجمه محمد دهگانپور و مهرداد خرازچی، تهران، انتشارات رشد.

قربانی، زهره. (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیتی و سطح خوش‌بینی والدین با میزان خوش‌بینی فرزندان نوجوان آن‌ها. پایان‌نامه‌ی تحصیلی کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

Sidney, S. Allen, J. (2010). Epilepsy by attention of human reticular formation and thalamic intralaminar nuclei. *Science*, 271: 512-515.

Finchaam, E. (2009). Motor preparation, motor execution, attention, and executive functions in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropsychology, Development, and Cognition*, 11: 153-173.

Hasckel, k, P. (2011). Children with developmental Epilepsy disorder: At home and in the classroom. Canada:

انطباقی و سازگارانه، کارآمدی تحصیلی، روابط مؤثر و رفتار بر طبق هنجارهای اجتماعی، افزایش عزت‌نفس و در نتیجه کاهش اضطراب، استرس و ناامیدی دارند اما از طرفی در خانواده‌هایی که کیفیت و فرایند روابط منفی است و سرشار از تعارض و اختلاف است، تعارض به فرزند و رفتارهای او گسترش پیدا می‌کند و این‌گونه فرایندهای ارتباطی زمینه‌های خانوادگی موجب مشکلات سازگاری در کودکان می‌شود. بسیاری از اختلال‌های رفتاری در خانواده‌هایی مشاهده می‌شود که فضای حاکم بر آن پرخاشگرانه باشد و ارتباطات برای فرزند تهدیدآمیز تلقی شود. از این‌رو مهارت ارتباطی ضعیف خانواده بر بروز مشکلات رفتاری فرزندان مؤثر است. نظر به این‌که منظور از مقابله با فشار روانی، روش مواجهه با دشواری‌ها و کوشش برای غلبه بر آن‌ها است. لذا احتمالاً هرچه قدر که در خانواده مهارت مواجهه و مقابله با تعارضات و دشواری‌ها کارآمدتر باشد فرزندان خانواده کمتر برای مقابله با تعارضات و دشواری‌ها از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند و در نتیجه بروز مشکلات رفتاری در آن‌ها که نتیجه‌ی استفاده از روش‌های مقابله ناکارآمد است کاهش می‌یابد. باید گفت پدیدایی و تداوم نشانه‌های اختلال رفتاری در اعضای خانواده به خاطر استفاده‌ی مکرر از یک راه‌حل نادرست توسط والدین است. به اعتقاد این نظریه‌پردازان، بروز یا تداوم نشانه‌ها به‌واسطه‌ی استفاده‌ی مکرر از راه‌حل‌های بی‌تأثیر در برخورد با مسائل مختلف است. لذا با افزایش مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری خانواده، بروز مشکلات هیجانی رفتاری در اعضای خانواده و به‌تبع آن در فرزندان کاهش می‌یابد. در زمینه‌ی فرایندهای ارتباط والد-فرزند می‌توان گفت این ارتباط دوجانبه است و تقویت هر یک از این جنبه‌ها، موجب ارتقاء سایر جنبه‌های مثبت چه در فرایند و چه در محتوای خانواده می‌شود. به عبارت دیگر، خانواده به‌ویژه فرزندان، از طریق رشد این مهارت‌ها وارد یک چرخه‌ی مثبت رو به رشد می‌شوند که نقش مهمی در

psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74: 106–119

Karademas, Evangelos C. (2012) Optimism, self-efficacy and information processing of threat- and well-being-related stimuli. *Stress and Health* 23: 285–294.

Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being. The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences* 40 (2011) 1281–1290

Achenbach, T. M. Howell, C. T. Quay, H. c. & Connors. C. k. (1999). National survey of problems and competencies among four to sixteen year olds. *Monographs of the society research in child development*, 56: 24-31.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1995). About Optimism. A handbook of models and measures (pp. 214–220). Washington, DC: American Psychological Association.

CanChild, Center for Childhood Disability Research. 87: 140-149.

Taylor, S.E. and Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity, *Journal of Personality* 64, pp. 873–898.

Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2008). Optimism. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 75–89). Washington, DC: American Psychological Association.

Roy, T. (2014). Optimism and coping as moderators of the relationship between chronic stress and burnout. *Psychological Reports*, 92: 1215–1226.

Idrohatfild, E. C. (2009). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and