



مقایسه مولفه های طرد، پذیرش و کنترل در مادران کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش فعالی و مادران کودکان

بهنجار

دکتر سعید قنبری^۱

دکتر تقی پورابراهیم^۲

مریم سراجان^۳

چکیده :

هدف: این مطالعه مقایسه مولفه های طرد، پذیرش و کنترل در مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش فعال با مادران دارای کودکان بهنجار بود.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی - مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند دچار نقص توجه و بیش فعال مراجعه کننده به کلینیک های مشاوره و روانشناسی و مادران کودکان بهنجار شهر اهواز بود و به شیوه در دسترس ۵۰ نفر از مادران دارای فرزند بیش فعال و ۵۰ نفر از دانش آموزان بهنجار انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات ابتدا در کودکان ۶ تا ۱۲ سال جهت کسب بررسی تشخیص بیش فعالی، آزمون فهرست رفتاری کودک (CBCL) اجرا شد و برای بررسی مولفه های طرد، پذیرش و کنترل مادران این کودکان از پرسشنامه پذیرش، طرد و کنترل والدینی (فرم بزرگسال) استفاده شد.

یافته ها: افزون بر شاخصهای توصیفی، برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و تحلیل واریانس دو راهه و آزمون رگرسیون همزمان استفاده شد. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد بین مولفه های طرد، پذیرش و کنترل در مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش فعالی با مادران دارای کودکان بهنجار تفاوت وجود دارد.

کلید واژه ها: طرد، پذیرش و کنترل والدین، نقص توجه و بیش فعالی

^۱ عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی تهران

^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی تهران

^۳ کارشناس ارشد مشاوره



مقدمه

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی^۱ (ADHD) یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان است که ۸ الی ۱۰ درصد از کودکان سنین مدرسه را گرفتار می‌کند و شیوع آن در پسران بیشتر است. به علاوه ۵۰ درصد کودکان مبتلا به این اختلال، در نوجوانی و بزرگسالی نیز نشانه‌های قابل توجهی از این اختلال را بروز می‌دهند و بیش از سایر کودکان در معرض پیامدهای منفی تحصیلی، رفتاری، اجتماعی و هیجانی آن قرار داشته و در پیروی از قواعد و اطاعت کردن از دستورات مشکلات قابل توجهی را نشان می‌دهند (بارکلی^۲، ۲۰۰۳). علایم اصلی این اختلال شامل بیش‌فعالی، نقص توجه و تکانشگری^۳ می‌باشد که هر کدام بسته به شرایط سنی کودک می‌تواند بارزتر باشد. این بیماری روی عملکرد کودکان در خانواده، اجتماع و مدرسه تأثیر سوء گذاشته و باعث واکنش منفی اطرافیان، خانواده، کادر مدرسه و همسالان می‌شود. این رفتارها مشکلات جدی برای کودک ایجاد کرده و باعث کاهش اعتماد به نفس، احساس بی‌کفایتی^۴، اختلالات ارتباطی^۵، اضطراب^۶، افسردگی^۷ و بزهکاری^۸ می‌شود (کاپلان و سادوک^۹، ۲۰۰۷). وقتی کودکی دارای اختلال باشد، به والدین به خصوص مادران فشار روانی زیادی وارد خواهد شد، چرا که بسیاری از انتظارات آنان در هم ریخته می‌شود و روشهای تربیتی مرسوم در این کودکان تأثیر چندانی نخواهد داشت. در واقع تربیت فرزندان مسئولیت مهم و دشوار تلقی می‌شود. این امر در شرایطی که کودک دارای نشانه‌هایی از بیش‌فعالی، بی‌نظمی، تحریک پذیری، بی‌توجهی، تکانشگری، بی‌ملاحظاتی و نافرمانی باشد؛ بسیار خسته‌کننده تر و سخت تر خواهد بود، چرا که روشهای تربیتی معمول از قبیل آگاه‌سازی، استدلال، سرزنش برای این دسته از کودکان کارساز نیستند. به همین دلیل بیشتر اوقات والدین، به خصوص مادران کودکان، احساس درماندگی کرده و به روشهایی متوسل می‌شوند که وضعیت کودک را وخیم تر می‌کند و از این طریق احساس گناه و آشفتگی بر خانواده حاکم می‌شود و تعاملات آنان منفی می‌شود و والدین به خصوص مادران بخاطر عدم اطاعت کودک، کنترل شدیدی اعمال می‌نمایند و تعارضات زیادی بین پدر و مادر، خواهر و برادران بوجود می‌آید. علاوه بر این ممکن است ناراحتی‌های زیادی از جمله افسردگی در مادر و رفتارهای ضد اجتماعی (سوء مصرف مواد) در پدر پیدا شود. وقتی حضور کودکی با نشانه‌های بیش‌فعالی و نقص توجه جو عاطفی خانواده را متشنج می‌سازد، والدین با فرزند بهنجار خود بدرفتاری می‌کنند (روهنر^{۱۰}، ۲۰۰۴). روابط مادر و کودک به دلیل ویژگیهای منحصر به فرد آن همواره مورد توجه متخصصان بوده است. عمق و گستردگی این پیوند به صورتی است که هر یک از طرفین قادرند در کاستن یا افزودن مشکلات دیگری نقش حیاتی ایفا کنند. بررسیهای متعدد در زمینه تعامل کودکان بیش‌فعال و مادران آنها، نشانگر مشکلات ارتباطی میان آنان و شیوه‌های تربیتی ترجیحاً تنبیهی است. در نتایج مطالعه مش‌جانسون^{۱۱} (۱۹۸۳) نشان داد که مادران کودکان بیش‌فعال دارای عزت نفس پایین تر، احساس گناه فزاینده و احساس انزوای بیشتری نسبت به مادران کودکان بهنجار هستند و همچنین برین^{۱۲} و بارکلی (۱۹۷۸) به

¹ - Attention Deficit & Hyperactivity Disorder

² - Barkley

³ - impulsiveness

⁴ - Feeling of inadequacy

⁵ - Association disorder

⁶ - anxiety

⁷ - depression

⁸ - delinquency

⁹ - Kaplan & Sadock

¹⁰ - Rohner

¹¹ - Mesh & Jansoun

¹² - Berin



نقل از روهنر، (۲۰۰۴) خود به این نتیجه رسیدند که مادران کودکان بیش فعال، احساس استرس مادرانه بیشتری نسبت به مادران کودکان بهنجار دارند.

در این زمینه، نظریه طرد و پذیرش والدین نحوه پيامدهای پذیرش و طرد والدین را بر فرزندان توضیح می دهد و همچنین اینکه چرا بعضی والدین گرم و با محبت هستند، در حالی که دیگری سرد و خشن و یا بی توجه و طرد کننده اند. این تئوری بیان می کند طرد والدین در هرجایی از جهان به وسیله ترکیب چهار اصل نشان داده می شود: (۱) سردی و بی مهری^۱، در مقابل گرمی و مهر و محبت، (۲) متخاصم و پر خاشگر^۲، (۳) بی تفاوتی و غفلت^۳ و (۴) طرد^۴ (روهنر و روهنر، ۱۹۸۰). اینکه مادری نسبت به کودک خود پذیرنده؛ یعنی عشق و احساس مثبتش را هم به صورت فیزیکی هم به صورت کلامی ابراز کند و یا طرد کننده؛ یعنی با خصومت، پر خاشگری و یا غفلت و مسامحه با کودک رفتار کند، همگی بر نحوه یستن بزرگسالی که امروز کودک محسومی شود، تأثیرگذار است. پذیرش مربوط است به گرمی، عاطفه، مواظبت، دلداری، تغذیه، حمایت و خلوص محبت که والدین می توانند نسبت به فرزندان نشان احساس و بیان کنند و طرد مربوط است به غیایا طرد معنی دار که به وسیله ی والدین احساس و رفتار می شوند و باعث ایجاد عاطفه و رفتارهای آسیب رسان روانشناختی و فیزیکی متنوع می شود (دونکل و هارباک^۵، ۲۰۰۹). نظریه پذیرش و طرد^۶ (روهنر، ۲۰۰۸) یک نظریه مبتنی بر شواهد درباره اجتماعی شدن و تحول در طول زندگی است و هدف آن پیش بینی علل، پیامدها و دیگر همبسته های عمده پذیرش- طرد در روابط بین فردی به شکلی جهان شمول است. بنا بر این نظریه پذیرش و طرد با هم یک پیوستار دو قطبی را به نام صمیمیت^۷ می سازند که پذیرش یک طرف این پیوستار و طرد در طرف دیگر آن قرار می گیرد. بعد صمیمیت با کیفیت پیوند عاطفی میان افراد و رفتارهای بدنی، کلامی و نمادین افراد برای نشان دادن این احساسات ارتباط دارد. قطب پذیرش با محبت، عشق، مراقبت، آسایش، حمایت و دیگر تظاهرات مثبت و قطب طرد با فقدان یا کمبود معنادار این احساسات و رفتارها و با حضور گسترده ای از رفتارها و عواطف آسیب زای جسمانی و روان شناختی مشخص می گردند. پذیرش کلامی^۸ شامل تشویق، تعریف و گفتن حرفهای خوشایند و پذیرش فیزیکی^۹ شامل بوسیدن، در آغوش گرفتن، نوازش کردن کردن و غیره می باشد. در قطب طرد چهار نوع رفتار را می توانیم مشاهده کنیم: الف) سردی و بی احساسی که در مقابل صمیمیت و محبت است. سردی کلامی شامل عدم تشویق و تعریف و سردی فیزیکی شامل عدم نوازش در آغوش گرفتن و بوسیدن است. ب) رفتار خصمانه و پر خاشگرانه که باز هم دارای دو بعد کلامی و فیزیکی است. ج) بی تفاوتی و نادیده گرفتن که در برگرفته عدم در دسترس بودن فیزیکی و روانشناختی و بی توجهی به نیازهای فرد می باشد و د) طرد نامتمایز^{۱۰} که منظور از این طرد این است که فرد فکر می کند چهره های دلبستگی^{۱۱} وی واقعاً اهمیت چندانی به او نمی دهند و دوستش ندارند، هر چند شاید نشانگر رفتاری خاصی همچون رفتارهای پر خاشگرانه، نادیده گرفتن و بی محبتی را نتوانند به طور روشنی بیان کنند. البته در ویرایش های جدید مقیاس های ساخته شده برای ارزیابی ابعاد پذیرش و طرد، بعد جدیدی به عنوان بعد کنترل اضافه شده است که خود پیوستاری از سخت گیری تا سهل انگاری را شامل می شود (موسوی، مظاهری و قنبری، ۱۳۹۰). طرد والدین اثرات جبران ناپذیری بر کودکان

¹ - cold and unaffectionate

² - hostile and aggressive

³ - indifferent and neglect

⁴ - rejection

⁵ - Dunkel & Harbke

⁶ - Acceptance and rejection theory

⁷ - intimacy

⁸ - verbal acceptance

⁹ - physical acceptance

¹⁰ - undifferentiated rejection

¹¹ - interest



می گذارد. طبق پژوهش شاهید و همکاران^۱ (۲۰۰۹) در طی پژوهشی، تجربه بیشتر طرد والدینی و فقدان محبت و مهر به به عنوان پیش بین های مشکلات رفتاری، ضدا اجتماعی و رفتارهای بزهکاری مشخص کردند. همچنین روهنر و بریتنر^۲ (۲۰۰۸)؛ به نقل از کولا و رث، (۲۰۰۹) گزارش دادند، شواهد طولی زیادی وجود دارد که نشان می دهند طرد والدین مقدم بر رشد و تحول مشکلات سلامت روان، همانند افسردگی، مشکلات رفتاری و اختلالات رفتاری^۳ و سوء مصرف مواد است. در بررسیهای مربوط به به خانواده های کودکان بیش فعال، توجه ویژه ای به تعامل های اجتماعی بین کودکان و مادران شان اختصاص یافته است. کودکان بیش فعال به دلیل مشکلاتی چون پرتحرکی، بی قراری و کم توجهی تأثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضای خانواده و فضای کلی حاکم بر این محیط می گذارند. وجود اینگونه رفتارها در کودک، به بروز واکنشهایی چون پرخاشگری، تنبیهات جسمانی واحساس خصومت از جانب والدین (نسبت به کودک) می انجامد. این عکس العمل ها در نهایت منجر به حاد شدن مشکلات کودک می گردد. به این ترتیب چرخه معیوبی به وجود می آید، به شکلی که تدریجاً تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر می رسد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). خانواده های کودکان مبتلا به بیش فعالی، استرس بیشتری را تحمل می کنند و همچنین ارتباط متقابل بین والدین و فرزندان نسبت به سایر خانواده هادچار مشکلات بیشتر می باشد. بسیاری از مادران از روش های پرخاشگرانه برای کنترل این کودکان استفاده می کنند (تولی، یاکونو و مک جیو^۴، ۲۰۰۸). مادرانی که دارای کودکانی بامشکلات رفتاری هستند به طور معمول در عملکرد خود به عنوان یک والد دارای کاستیهایی می باشند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). همچنین یافته ها، حاکی از نقش مادران در این اختلال، به خصوص انتظارات اجتماعی، تنیدگی و اعتماد والدینی است (کولا و رث^۵، ۲۰۰۵). ضمن اینکه تهدیدهای مادران، وضعیت خلقی آنها، مشکلات رفتاری کودک، احساس شایستگی والدین، خودکارآمدی^۶ و افسردگی مادران، در مشکلات رفتاری کودکان نقش دارد (کارلوت، مندی و جنوا^۷، ۲۰۰۶). بنابر تحقیقات متعدد، پژوهشگران بسیاری قائل به تأثیر "تعامل" در روابط مادر و کودک بیش فعال هستند. واقعیت نیز آن است که نمی توان به سادگی از رفتار کودک یا والد به عنوان علت مشکل صحبت نمود، زیرا این روابط دارای پیچیدگی های بسیاری است. شاید تأثیر مثبت بکارگیری شیوه های درمانی چون برنامه های آموزش مدیریت والدین تأکیدی بر مسئله تعامل بر این روابط باشد (ایمان زاده، ۱۳۹۰).

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش شامل مادران دارای فرزند بیش فعال و بهنجار شهر اهواز بود. ۵۰ نفر مادران دارای فرزند بیش فعال از بین مادرانی که به کلینیکهای مشاوره و روانشناسی شهر اهواز مراجعه کردند و فرزند آنها تشخیص بیش فعالی دریافت کرده بود انتخاب شدند. پرسشنامه فهرست رفتاری کودک (CBCL) جهت تشخیص دقیق اختلال نقص توجه و بیش فعالی و پرسشنامه طرد، کنترل و پذیرش والدینی در اختیار آنها قرار گرفت. همچنین تعداد ۵۰ نفر از دانش آموزان بهنجار که دارای بیش فعالی نبودند با روش نمونه گیری در دسترس از مدارس ابتدایی شهر اهواز انتخاب و پرسشنامه فهرست رفتاری کودک (CBCL) جهت تشخیص عدم اختلال نقص توجه و بیش فعالی و همچنین پرسشنامه طرد، کنترل و پذیرش والدینی در اختیار آنها قرار گرفت. ملاکهای ورود به پژوهش

1- Shahid, Mullick., Nahar, Nahar & Khan

2- Britner

3- Conduct disorder

4- Tully , Iacono & McGue

5- Koula & Ruth

6- self efficacy

7- Charlotte , Mandy & Jeneva



در گروه مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و کمبود توجه در برگیرنده تشخیص بیش فعالی کودکان سنین بین ۶ تا ۱۲ سال از سوی یک روانپزشک یا روانشناس بالینی، کسب نمره مرزی یا بالینی در آزمون فهرست رفتاری کودک در زیرمقیاس مشکلات برونی سازی شده بود. ملاکهای ورود به پژوهش در گروه مادران کودکان بهنجار در برگیرنده عدم وجود تشخیص بیش فعالی، نمره پایین تر از مرزی در دو زیرمقیاس مشکلات برونی سازی شده و درونی سازی شده در مقیاس فهرست رفتاری کودک می باشد. ملاکهای خروج نیز عبارتند از وجود عقب ماندگی مشکلات ذهنی در کودکان (که بر اساس پرونده کودک مشخص می شود)، نمره بالینی در مقیاسهای درونی سازی شده فهرست رفتاری کودک و تک والدی بودن.

ابزارهای پژوهش

الف: پرسشنامه پذیرش، طرد و کنترل والدینی^۱ (فرمبزرگسالان برای پدر و مادر؛ روهنر و خالق، ۲۰۰۵؛ به نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۹۰). این پرسشنامه والدین از ابعاد رفتاری پذیرش، طرد و کنترل و پذیرش فرزند خویش می پردازد. پرسشنامه پذیرش، طرد و کنترل والدینی ۷۲ ماده دارد و دارای پنج زیرمقیاس است: (۱) صمیمیت/محبت مادرانه یا پدرانه، (۲) رفتار خصمانه/پرخاشگریمادرانه و پدرانه، (۳) بی تفاوتی/نادیده گرفتن پدر یا مادر، (۴) طردتمایزنا یافته و (۵) کنترل رفتاری. این ماده ها بر مبنای مقیاسلیکرت چهار درجه ای از یک (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شوند. بررسی های روهنر (۲۰۰۴) نشان داده اند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است. همچنین، در آخرین پژوهش روهنر و خالق (۲۰۰۸) همسانی درونی پرسشنامه برای مادران برابر با ۰/۷۶ و برای پدران ۰/۷۴ گزارش شده است. در ایران برای تأیید روایی پرسشنامه نیز از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد که سه عامل پذیرش، طرد و کنترل به دست آمد. در پژوهشی نیز ضرایب آلفایکرونباخ برای مقیاس های پذیرش پدران و مادران ۰/۹۵ و ۰/۹۴ و مقیاس طرد پدران و مادران ۰/۹۷ و ۰/۹۶ و همچنین کنترل پدران و مادران ۰/۸۷ و ۰/۸۸ بدست آوردند و نتایج اعتبار آزمون - بازآزمون با فاصله سه ماه برابر با ۰/۸۶ بدست آوردند (به نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۹۰). پایایی پرسشنامه پذیرش، طرد و کنترل والدینی در این پژوهش با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

ب: فهرست رفتاری کودک: این فهرست توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می کند و او را به طور کامل می شناسد براساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته تکمیل می شود. این فهرست را به دو صورت می توان مورد بررسی قرار داد. ابتدا می توان از نیمرخ هایی که براساس اختلالهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (نسخه چهارم) تنظیم شده اند استفاده کرد، مورد بررسی قرار داد. این جهت گیری براساس اختلالهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی مشکلات عاطفی، اضطرابی و بدنی را دربر می گیرد. همچنین مشکلات عاطفی - رفتاری را می توان براساس مقیاس های نشانگانی که مبتنی بر تجربه هستند مورد بررسی قرار داد. نشانگان، مجموعه ای از مشکلات و نشانه ها هستند که تمایل به وقوع همزمان دارند. برای تشخیص نشانگان در فهرست رفتاری کودک از روش های تحلیل عوامل استفاده شده است که براساس آن عوامل یا نشانگان اضطراب/ افسردگی، گوشه گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی بوجود آمده اند که تشکیل دهنده مشکلات درونی سازی شده هستند و از مجموع نمرات مقیاسها، نمره مشکلات کلی به دست می آید (اخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). پاسخ دهنده در فرم ۱۱۳ سؤالی، بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماهه گذشته به صورت ۰ = نادرست، ۱ = گاهی یا تا حدی درست، ۲ = کاملاً یا غالباً درست درجه بندی می کند. این فهرست بوسیله مینایی (۱۳۸۵) در تهران هنجاریابی شده است. نتایج این پژوهش نشان دهنده اعتبار و روایی مناسب آن در نمونه پژوهش بوده است. برای مثال همسانی درونی مقیاسها از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ بوده است. ثبات زمانی

¹ - Parental Acceptance, Rejection and Control Questionnaire

² - Achenbach & Rescorla



مقیاسها از روش آزمون - بازآزمون با یک فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته بررسی شده است و دامنه ضرایب بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ بوده است. همبستگی های ماده کل، تمایزگذاری گروهی و تحلیل عاملی نیز نتایج مثبتی به همراه داشته است و پایایی پرسشنامه فهرست رفتاری کودکدر این پژوهش با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲۶ بدست آمد.

یافته ها

یافته های توصیفی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص های مرکزی و پراکندگی مولفه های طرد، پذیرش و کنترل نمونه پژوهش

شاخص ها	مادران دارای کودکان بهنجار		مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش فعالی	
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
طرد	۶۲/۶۶	۶/۴۹	۷۲/۰۶	۶/۲۲
پذیرش	۷۰/۹۴	۵/۳۵	۶۰/۶۶	۷/۲۳
کنترل	۶۲/۶۶	۷/۴۵	۷۲/۷۴	۵/۵۲

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، در مولفه طرد مادران دارای کودکان بهنجار با میانگین (۶۲/۶۶)، انحراف معیار (۶/۴۹) هستند و مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش فعالی با میانگین (۷۲/۰۶)، انحراف معیار (۶/۲۲) می باشند و در مولفه پذیرش مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش فعالی با میانگین (۶۰/۶۶)، انحراف معیار (۷/۲۳) و مادران دارای کودکان بهنجار با میانگین (۷۰/۹۴)، انحراف معیار (۵/۳۵) هستند و در مولفه کنترل مادران دارای کودکان بهنجار با میانگین (۶۲/۶۶)، انحراف معیار (۷/۴۵) و مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش فعالی با میانگین (۷۲/۷۴)، انحراف معیار (۵/۵۲) می باشند.

برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شد نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش

شاخص	تعداد	مقدار Z
طرد	۱۰۰	۱/۲۱
پذیرش	۱۰۰	۱/۴۱
کنترل	۱۰۰	۰/۷۴۳

با توجه به اینکه مقدار (Z) کالموگروف - اسمیرنوف بین (۱/۹۶+) تا (۱/۹۶-) قرار دارند که بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرهاست. برای بررسی فرضیه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون های تحلیل واریانس چندمتغیره

اثر	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح	مجذور
			مفروض			
اثر پیلاپی	۰/۵۴۷	۳۸/۶۶	۳	خطا	معناداری	اتا
لامبدای ویکلز	۰/۴۵۳	۳۸/۶۶	۳	۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۷



همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود مقدار ارزش اثر پیلایی ۰/۵۴۷ و مقدار F بدست آمده ۳۸/۶۶ می باشد که در سطح ۹۹ درصد اطمینان از لحاظ آماری معنادار است که بیانگر آن است که حداقل در یکی از متغیرها بین دو گروه تفاوت وجود دارد.

با توجه به اینکه آزمون های چندمتغیره از لحاظ آماری معنادار می باشد بنابراین می توانیم به ارزیابی هریک از متغیرهای وابسته بطور جداگانه بپردازیم. لذا جهت بررسی هریک از متغیرهای وابسته بطور جداگانه نتایج آزمون اثرهای بین گروهی مورد توجه قرار گرفته است. که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می شود.

جدول ۴ نتایج آزمون اثرهای بین گروهی

مجذور ایتا	Sig	F	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیروابسته	مجذور ایتا
۰.۳۵۸	۰.۰۰۰۱	۵۴.۶۳	۲۲۰.۹	۱	۲۲۰.۹	طرد	متغییرهای وابسته
۰.۴۰۰	۰.۰۰۰۱	۶۵.۲۱	۲۶۴۱.۹	۱	۲۶۴۱.۹	پذیرش	
۰.۳۷۶	۰.۰۰۰۱	۵۹.۰۱	۲۵۴۰.۱	۱	۲۵۴۰.۱	کنترل	

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود مقدار F بدست آمده برای متغیروابسته طرد ۵۴/۶۳ می باشد که از لحاظ آماری در سطح ۹۹ صدم اطمینان معنادار است که بیانگر تفاوت دو گروه در متغیر وابسته طرد می باشد بر این اساس فرضیه ۱ مورد تایید قرار می گرد. مقدار F بدست آمده برای متغیر وابسته پذیرش ۶۵/۲۱ می باشد که از لحاظ آماری در سطح ۹۹ صدم اطمینان معنادار است بر این اساس فرضیه ۲ مورد تایید قرار می گرد. مقدار F بدست آمده برای متغیر وابسته کنترل ۵۹/۰۱ می باشد که از لحاظ آماری در سطح ۹۹ صدم اطمینان معنادار است بر این اساس فرضیه ۳ مورد تایید قرار می گرد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از بررسی فرضیه پژوهشی نشان داد که بین مولفه های طرد، پذیرش و کنترل در مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش فعالی با مادران دارای کودکان بهنجار تفاوت وجود دارد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. که بیانگر تفاوت متغیر وابسته طرد، پذیرش و کنترل براساس متغیر مستقل می باشد. با توجه به میانگین مولفه طرد در مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش فعالی (۷۲/۰۶) و میانگین مولفه طرد در مادران دارای کودکان بهنجار (۶۶/۲۲) می باشد و با توجه به اینکه تفاوت دو میانگین در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنادار است بنابراین میانگین مولفه طرد در مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش فعالی (۶۶/۲۲) بیشتر از میانگین مولفه طرد در مادران دارای کودکان بهنجار می باشد و با توجه به مجذور اتای ۰/۳۵۸ بدست آمده برای مولفه طرد بیانگر این است که متغیر مستقل تقریباً ۳۶ درصد تغییرات متغیر وابسته (مولفه طرد) را تبیین می کند. با توجه به میانگین مولفه پذیرش در مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش فعالی (۶۰/۶۶) و میانگین مولفه پذیرش در مادران دارای کودکان بهنجار (۷۰/۹۴) می باشد و با توجه به اینکه تفاوت دو میانگین در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنادار است بنابراین میانگین مولفه پذیرش در مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش فعالی به طور معناداری کمتر از میانگین مولفه پذیرش در مادران دارای کودکان بهنجار می باشد و با توجه به مجذور اتای ۰/۴۰۰ بدست آمده



برای مولفه پذیرش‌بیانگر این است که متغیر مستقل تقریباً ۴۰ درصد تغییرات متغیر وابسته (مولفه‌پذیرش) را تبیین می‌کند. با توجه به میانگین مولفه کنترل‌در مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی (۶۲/۶۶) و میانگین مولفه کنترل‌در مادران دارای کودکان بهنجار (۷۲/۷۴) می‌باشد و با توجه به اینکه تفاوت دو میانگین در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنادار است بنابراین میانگین مولفه کنترل در مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی به طور معناداری بیشتر از میانگین مولفه کنترل در مادران دارای کودکان بهنجار می‌باشد با توجه به مجذور اتای ۰/۳۷۶ بدست آمده برای مولفه کنترل بیانگر این است که متغیر مستقل تقریباً ۳۸ درصد تغییرات متغیر وابسته (مولفه کنترل) را تبیین می‌کند. با توجه به مجذور اتای بدست آمده برای مولفه های طرد، پذیرش و کنترل‌در مادران دارای کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی با مادران دارای کودکان بهنجار مجذور اتای بدست آمده برای مولفه پذیرش بیشتر می‌باشد که بیانگر این است متغیر مستقل بر مولفه پذیرش بیشتر از مولفه های طرد و کنترل تاثیر دارد و همچنین با توجه به اینکه مجذور اتای بدست آمده برای مولفه کنترل بیشتر از مولفه طرد تاثیر دارد. در نتیجه متغیر مستقل بیشترین تاثیر را به ترتیب بر مولفه پذیرش ۴۰ درصد، مولفه کنترل ۳۸ درصد و مولفه طرد ۳۶ درصد دارد. این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش‌های میرعالی (۱۳۹۰)، بدیهی (۱۳۹۰)، جعفری و همکاران (۱۳۸۹) در داخل کشور و همچنین با نتایج پژوهش‌های کنت ول (۲۰۱۱) و مش و جانسون (۲۰۱۱)؛ به نقل از کولاورث، (۲۰۰۹) هم خوانی دارد. میرعالی (۱۳۹۰) به این نتیجه رسید که میان سبک‌های فرزندپروری والدین دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با فرزندان بهنجار آنها در سطح معناداری تفاوت معناداری بوده است.

اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان است و این اختلال، در نوجوانی و بزرگسالی نیز نشانه‌های قابل توجهی از این اختلال را بروز می‌دهند و بیش از سایر کودکان در معرض پیامدهای منفی تحصیلی، رفتاری، اجتماعی و هیجانی آن قرار داشته و در پیروی از قواعد و اطاعت کردن از دستورات مشکلات قابل توجهی را نشان می‌دهند (بارکلی، ۲۰۰۳). علایم اصلی این اختلال شامل بیش‌فعالی، نقص توجه و تکانشگری می‌باشد که هر کدام بسته به شرایط سنی کودک می‌تواند بارزتر باشد. این بیماری روی عملکرد کودکان در خانواده، اجتماع و مدرسه تأثیر سوء گذاشته و باعث واکنش منفی اطرافیان، خانواده، کادر مدرسه و همسالان می‌شود. وقتی کودکی دارای اختلال باشد، به والدین به خصوص مادران فشار روانی زیادی وارد خواهد شد، چرا که بسیاری از انتظارات آنان در هم ریخته می‌شود و روش‌های تربیتی مرسوم در این کودکان تأثیر چندانی نخواهد داشت. در واقع تربیت فرزندان مسئولیت مهم و دشوار تلقی می‌شود. به همین دلیل بیشتر اوقات والدین، به خصوص مادران کودکان، احساس درماندگی کرده و به روش‌هایی متوسل می‌شوند که وضعیت کودک را وخیم‌تر می‌کند و از این طریق احساس گناه و آشفتگی بر خانواده حاکم می‌شود و تعاملات آنان منفی می‌شود و والدین به خصوص مادران بخاطر عدم اطاعت کودک، کنترل شدیدی اعمال می‌نمایند و تعارضات زیادی بین پدر و مادر، خواهر و برادران بوجود می‌آید. در این زمینه، نظریه طرد و پذیرش والدین نحوه پیامدهای پذیرش و طرد والدین را بر فرزندان توضیح داده شد و همچنین اینکه چرا بعضی والدین گرم و با محبت هستند، در حالی که دیگری سرد و خشن و یا بی توجه و طرد کننده‌اند.

منابع

- ایمان زاده، ح (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی مادران پسران بیش‌فعال و مادران پسران عادی مقطع ابتدایی شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- موسوی، پ، مظاهری، ع و قنبری، س (۱۳۹۰). رابطه پذیرش، طرد و کنترل همسر با سازگاری روانشناختی: بررسی نقش تفاوت‌های جنسی، مجله روانشناختی، ۵۸، سال پانزدهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۰.



- Achenbach, T., M. & Rescoria, L., A. (2001). *Manual for the ASEBA School- Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center of Children, Youth & Families.
- Charlotte, J. Mandy, C. Jeneva, O. (2006). *Mothers attribution for behavior in no problem boys, boys with attention deficit hyperactivity disorder and boys with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant behavior*. *J Clin Adolesc Psychol*, 35(1), 60-71.
- Dunkel, C., S. & Harbke, C., R. (2009). *Direct and indirect effects of birth order on personality and identity: Support for the null hypothesis*. *The Journal of Genetic Psychology*, 170, 159-175.
- Kaplan, H., I. Sadock, V., A. (2007). *Synopsis of Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Koula, N. Ruth, W. (2009) *Attention deficit hyperactivity disorder: The family and social context*. *Aust Soc Work*, 58(3), 313-25.
- Rohner & A. Khaleque (Eds.), *Handbook for the study of parental acceptance and rejection* (4th ed., pp. 379-398). Storrs, CT: Rohner Research Publications.
- Rohner, P. R. (2000). *The warmth dimension: foundation of parental acceptance- rejection theory*. Rohner research consultant in family issues, USA.
- Rohner, R. P. (2004). *The parental "acceptance-rejection syndrome": Universal correlates of perceived rejection*. *American Psychologist*, 59: 827-840.
- Rohner, R. P. (2008). *Introduction to parental acceptance-rejection theory studies of intimate adult relationships*. *Cros-Cultural Research*, 42, 12 5.
- Rohner, R. P. (2008). *Introduction to parental acceptance-rejection theory studies of intimate adult relationships*. *Cross-Cultural Research*, 42.
- Rohner, R. P., & Rohner, E. C. (1980). *Worldwide tests of parental acceptance-rejection theory*. *Behavioral Science Reserch*, 15, 1 -21.
- Rohner, R. P., & Britner, P. A. (2002). *Worldwide Mental Health Correlates of Parental Acceptance-Rejection: Review of Cross-Cultural and Intracultural Evidence*. *Cross-Cultural Research*, 36:16-47.
- Shahid, S. F., Mullick, M. S., Nahar, J. SH., Nahar, J., & Khan, S.)2009(. *Relation between parental rejection and personality*. *Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University Journal*, 2, 61- 65.
- Tully, E., C. Iacono, W., G. McGue, M. (2008). *An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders*. *M J Psychiatry*, 165(9), 1148-1154.