

The Comparison of Quality of Mother-Child Relationship and Anger Self-Regulation Skill Between Mothers of Normal and with ADHD Students

Asghar Jafari*: Assistant professor of psychology, psychology department, university of Kashan, Kashan, Iran. as_jafari@sbu.ac.ir

Mahasti Samadi Javaheri: M.A. in exceptional psychology, Islamic Azad university, central Tehran branch, Tehran, Iran.

Fatemeh Hesampour: M. A in educational psychology, university of Kashan, Kashan, Iran. fatemeh.hesampour@yahoo.com

Abstract

Introduction: According to evidence based on researches, mothers' cognitive-behavioral skills and interaction with their children is one of the most important factor in occurrence of ADHD. So Present study aimed to compare the quality of mother-child relationship and anger self-regulation skill between mothers of normal and with ADHD children.

Methods: This study was a causal comparative research. forty-two children between seven to twelve years old with ADHD were selected by available sampling from students who referred to counseling centers; and form normal students in Tehran; forty children between seven to twelve years old were selected by multiple cluster sampling, and their mothers answered to questionnaires. Data were collected by questionnaires of mother-child relationship and anger self-regulation skill and were analyzed by t-student.

Results: Findings indicated that there is significant difference in the quality of mother-child relationship and anger self-regulation skill between mothers of normal and with ADHD children. The interaction style of acceptance and anger self-regulation skill in mothers of students with ADHD were less than mothers of normal students; and the non-efficient styles of rejection, over indulgence, overprotection in mothers of students with ADHD were more than mothers of normal students. ($P < 0/01$)

Conclusions: The results of research provide some evidence to suggest that children with ADHD can't internalize effective behavioral patterns and don't experience ability of control of impulsive behaviors and mental processes. Therefore it is recommended for preventing and treatment ADHD promote the styles of efficient interaction and anger self-regulation skill in mothers of children with ADHD.

Keywords

Mother-Child Relationship

Anger Self-Regulation

ADHD

Please cite this article as follows:

Jafari A, Samadi Javaheri M and Hesampour F. The comparison of quality of mother-child relationship and anger self-regulation skill between mothers of normal and with ADHD students. Quarterly journal of social work. 2016; 5 (4); 13-24

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 05 Feb 2017
Accepted: 22 Apr 2017

مقایسه کیفیت رابطه مادر-کودک و مهارت خود نظم‌دهی خشم بین مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و عادی

اصغر جعفری*: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. as_jafari@sbu.ac.i

مهستی صمدی جواهری: کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران.

فاطمه حسامپور: دانشجوی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. fatemeh.hesampour@yahoo.com

واژگان کلیدی

رابطه مادر-کودک

مهارت خودنظم‌دهی
خشم

اختلال بیش‌فعالی-نقص
توجه

چکیده

مقدمه: طبق شواهد پژوهشی، مهارت‌های شناختی-رفتاری مادران و تعاملات کودکان با مادران‌شان در بروز اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه سهم بیشتری دارند. بر این اساس، پژوهش حاضر به منظور مقایسه کیفیت رابطه مادر-کودک و مهارت خود نظم‌دهی خشم بین مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و عادی انجام شد.

روش: روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. چهل و دو کودک دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه هفت تا دوازده سال با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین دانش‌آموزان مراجعه کننده به مراکز مشاوره و چهل کودک عادی هفت تا دوازده سال هم به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین دانش‌آموزان عادی در شهر تهران انتخاب شدند و مادران آنان به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های رابطه مادر-کودک و خود نظم‌دهی خشم جمع‌آوری و به وسیله آزمون t استودنت تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که بین کیفیت رابطه مادر-کودک و مهارت خود نظم‌دهی خشم در دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. سبک تعاملی پذیرش و مهارت خود نظم‌دهی خشم در مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه کمتر از مادران دانش‌آموزان عادی بود و سبک‌های تعاملی ناکارآمد طرد، سهل‌گیری و بیش‌حمایت‌گری در مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه بیشتر از مادران دانش‌آموزان عادی بود. ($P < 0/01$)

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش شواهدی را پیشنهاد می‌کند که در سبک‌های تعاملی ناکارآمد طرد، سهل‌گیری و بیش‌حمایت‌گری، کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه نمی‌توانند الگوهای رفتاری مناسب را درونی‌سازی کنند و توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و فرآیندهای ذهنی را تجربه نمی‌کنند. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور پیشگیری و درمان سبک‌های تعاملی کارآمد و مهارت خود نظم‌دهی خشم مادران تقویت گردد.

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۰۲

اصغر جعفری، مهستی صمدی جواهری و فاطمه حسامپور. مقایسه کیفیت رابطه مادر-کودک و مهارت خود نظم‌دهی خشم بین مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و عادی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۵؛ ۵ (۴): ۲۴-۱۳

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی یکی از اختلال‌های عصبی رشدی است که از سال‌های اولیه تحول ظاهر شده و چند ویژگی اصلی دارد. این ویژگی‌ها عبارتند از نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانش‌گری. (۱ و ۲) که حدود هفت درصد کودکان و نوجوانان به آن مبتلا هستند. اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه یک اختلال رایج در کودکان می‌باشد اما اخیراً مشخص شده است که بزرگسالان هم آن را تجربه می‌کنند. این گروه از بزرگسالان در دوران کودکی دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه بوده‌اند اما به خوبی مورد تشخیص و درمان قرار نگرفته‌اند. (۳) این اختلال مشکلات قابل توجهی در زندگی روزمره ایجاد می‌کند و علاوه بر علائم اصلی خود که شامل پرتحرکی، تکانش‌گری و نقص توجه می‌باشد، مشکلاتی در حوزه‌های تحصیلی، روابط بین فردی و اجتماعی نیز ایجاد می‌کند که اغلب تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. (۴) در خصوص سبب شناسی این اختلال، پژوهشگران عوامل متعددی را مطرح نموده‌اند. در نظریه تأخیر در تحول بخش پیشانی قشر مخ، به عدم کفایت این بخش به عنوان یکی از عوامل زیستی اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه اشاره شده است. این بخش مغز نقش مهمی در مکانیزم بازداری بر ساختارهای پایین تر دارد که عدم کارایی این بخش منجر به عدم بازداری و ضعف در سیستم خود نظم‌دهی می‌گردد. (۵ و ۶) به‌طور کلی اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی، یک اختلال تحولی است. این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی-رفتاری دوران کودکی است و دامنه شیوع آن (اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی) دو به یک تا نه به یک گزارش شده است. (۷) حداقل نشانه‌ها برای تشخیص اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی در بزرگسالان پنج نشانه و برای کودکان، شش نشانه می‌باشد. بسته به نشانه‌های موجود، افراد مبتلا به این اختلال به سه زیر گروه متفاوت تقسیم می‌شوند که از جمله، نوع نارسایی توجه، نوع بیش‌فعال تکانش‌گری و نوع ترکیبی می‌باشد. (۸) در تحقیقات، علت آسیب شناختی اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی را حضور اختلال در مناطق جلویی مغز معرفی می‌کنند. (۹) کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی مشکلات زیادی در حیطه رفتاری، اجتماعی، شناختی، تحصیلی، هیجانی و فیزیکی دارند. (۱۰) نارسایی در بازداری رفتاری و اختلال در کارکردهای اجرایی مشکل اساسی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی محسوب می‌شود، این کودکان از مهارت کافی و لازم برای نظارت بر رفتار خود برخوردار نیستند و نمی‌توانند رفتار خود را برای زمانی طولانی تنظیم کنند. (۱۱)

از سوی دیگر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی بر تعامل کودکان با والدین‌شان و نیز شیوه پاسخ‌دهی والدین به این کودکان تأثیر می‌گذارد، زیرا این کودکان بسیار پر حرف، منفی‌گرا و بی‌اعتنا هستند و کمتر مشارکت و همکاری دارند، همچنین این کودکان ممکن است از اجرای قواعد و قوانین سرباز زنند، رفتارهای برونی‌سازی شده همچون پرخاشگری و قانون‌شکنی از خود نشان دهند، در انجام کارهای محوله اهمال کار بوده و همچنین در انجام فعالیت‌های خواسته شده و نظم در امور زندگی روزمره نیز با مشکل مواجه می‌باشند. (۱۲ و ۱۳) بسیاری از تفاوت‌هایی که در رفتار کودکان مشاهده می‌شود، ناشی از تفاوت در مسایل خانوادگی آنان می‌باشد. ارتباط اساس روابط اجتماعی و یک ضرورت برای شکل‌گیری انواع رفتارها است. و در تعامل والد-فرزند ایجاد و حفظ روابط بین والدین و فرزندان بسیار حیاتی می‌باشد. ارتباط باعث تعامل قوی بین والدین و کودک می‌شود و به‌طور قابل توجهی به درک و پذیرش متقابل بین والدین و کودک کمک می‌کند. (۱۴ و ۱۵) کارنس هولت (۱۶) معتقد است تعامل والد-فرزند نخستین معرف دنیای ارتباطات کودک و یک رابطه مهم و حیاتی برای ایجاد امنیت و عشق است که متشکل از ترکیبی از رفتارها، احساسات و انتظاراتی است که منحصر به پدر و مادر خاص و یک کودک خاص است در خصوص اهمیت آن بیشتر پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که عامل خانواده و مخصوصاً رفتار والدین در دوران کودکی نقش مهمی در بروز مشکلات رفتاری در کودکی و بزرگسالی دارد. (۱۷ و ۱۸) زیرا کودکان آینه والدین هستند و رفتار کودک عکس‌العملی به عوامل محیطی و خصوصاً نسبت به عملکرد والدین می‌باشد.

خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرآیندی دو سویه با هم تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات شگرفی بر یکدیگر بگذارند. با تامل در کیفیت روابط والدین با کودک و موشکافی در آن می‌توان به نقش حساس مادر در ارتباط با کودک پی برد. در دهه‌های اخیر روانشناسان تأکید بسیاری بر روابط

کودک با مراقبانش داشته‌اند، آن‌ها واکنش‌های متقابل را اساس رشد عاطفی و شناختی کودکان ذکر کرده‌اند. رشد شخصیت کودک به شیوه رفتار مادر و ساختمان منش او بستگی دارد. نظراتی که برگرفته از دیدگاه روان تحلیل‌گری است، فرض را بر این گذاشته است که کنش‌های متقابل ابتدایی بین مادر و فرزند باید از کیفیتی برخوردار باشد که لازمه رشد اولیه کودک است. (۱۹) حضور کودک با مشکلات و اختلال‌های رفتاری که یکی از مهمترین و شایعترین آن‌ها اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی است که در هر خانواده، ساختار آن را تحت تاثیر قرار داده و سلامت روانی خانواده به‌خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می‌دهد. در محیط خانواده که به‌واقع جامعه‌ای محدود است، کنش و واکنش‌های میان اعضا تاثیر بسزایی در افزایش یا کاهش مشکلات موجود دارد. تولد کودکی با مشکلات سازگاری در هر خانواده‌ای با نوعی تنش همراه است و در چنین موقعیتی اگرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، ممکن آسیب ببیند اما مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند دچار اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی، والدین، به‌ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می‌دهد. (۲۰)

نتایج پژوهش‌ها همواره تاثیر عوامل محیطی مانند شیوه‌های فرزندپروری و رابطه والدین با کودکان را بر رفتار و کنش‌های روانی-اجتماعی نشان می‌دهند. (۱۶) موریس، مسترس و ونبراکل در پژوهشی دریافتند که رفتارهای مرتبط با پذیرش، ابراز محبت و همچنین رفتارهای طرد و انتقاد با سطوح بالاتر اضطراب و افسردگی رابطه دارد. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که طرد، فقدان محبت و حمایت بیش از حد موجب افزایش خطر تحول اختلال‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی در کودکان می‌گردد. افکار و احساسات خوشایندی که در اثر تجارب ناشی از روابط اولیه با مادر در کودکان ایجاد می‌شود به الگوهای کارآمد درونی و نگرش‌های شناختی-هیجانی تبدیل می‌گردند و موجب می‌شوند کودک "خود" را ارزشمند و دوست داشتنی و دیگران را هم ارزشمند و قابل اعتماد و یا این که خود را بی‌کفایت و بی‌ارزش و دیگران را هم غیرقابل اعتماد و بی‌ارزش بداند. (۲۱) باری و کوچنسکا (۲۲) در پژوهشی که بر صد و دو خانواده به‌طور طولی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که کودکان در سنین مختلف از نظر عاطفی شرایط گوناگونی را در تعامل با والدین خود تجربه می‌کنند که با توجه به نوع ارتباط والدین می‌تواند پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی آینده آن‌ها باشد. سول (۲۳) روابط اولیه بین مادر و کودک را به دو صورت رابطه مثبت (باز) و رابطه منفی (بسته) تعریف می‌کند. در رابطه باز فرد از طریق در میان گذاشتن آزادانه افکار، نگرش‌ها و احساسات با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند در صورتی که در رابطه بسته یا معیوب جنبه‌های منفی مانند تردید در صحبت کردن و گزینش در احساسات وجود دارد.

بلاک (۲۴) معتقد است که احساسات و افکار مربوط به روابط مادر و کودک پایه‌های محکمی بادوامی در درون شخص تثبیت می‌گردد و در طول زندگی ادامه می‌یابد و در بزرگسالی در رابطه فرد با دیگران تاثیر می‌گذارد. پژوهش‌های متمرکز بر عوامل والدینی عموماً فرزندپروری را هم در پرتو سبک‌های فرزند پروری جهانی و هم رفتارهای خاص والدینی مفهوم‌سازی نموده‌اند. این سبک‌ها به‌صورت مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیر می‌باشد که بر اساس ارتباط بین کودک-والد و به‌ویژه ارتباط بین مادر و کودک تحقق می‌یابد. (۲۵) خشم از شایعترین مشکلات کودکان و روان‌درمانی است. (۲۶، ۲۷، ۲۸ و ۲۹) پرخاشگری را می‌توان به‌عنوان رفتاری تعریف کرد که منجر به آسیب یا صدمه زدن به دیگران می‌شود. (۳۰) یکی از انواع پرخاشگری که در اوایل سال‌های کودکی پدیدار می‌شود پرخاشگری خصمانه است که شامل دو حالت پرخاشگر آشکار فیزیکی و کلامی، شامل رفتارهای خصمانه نظیر زدن، هل دادن، لگد زدن و نیز تهدید به انجام این اعمال به‌صورت کلامی است. (۳۱)

پرخاشگری رابطه‌ای، شکلی از پرخاشگری است که فرد پرخاشگر با هدف برهم زدن روابط دوستانه و بین فردی قربانی، اقدام به پخش شایعات یا بدگویی و وادار کردن افراد به قطع ارتباط با فرد می‌نماید و از این طریق باعث منزوی شدن او می‌گردد. (۳۱) پژوهشگران بر این باورند که اگر خشم به‌صورت سالم و کنترل شده ابراز نگردد، هیجان سالمی نخواهد بود، به‌خصوص که این هیجان می‌تواند موجبات بروز رفتارهای پرخاشگرانه را فراهم آورد. (۳۲)

خشم مهار نشده، سازگاری و سلامتی افراد را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد. همواره تعداد فراوانی از مسایل بین فردی و اجتماعی وجود دارد که از این هیجان متأثر شده و خشونت قابل پیش‌بینی‌ترین پیامد

دانستن مهارت‌های مطلوب این امکان را برای شخص می‌آورد که زندگی خود را در سطح روزانه نگه دارد و در مقابله با انسان‌های دیگر، فرهنگ و محیط خود، این توانایی را به صورت سازگاران، مثبت و متبلور سازد. (۳۶) داشتن مهارت کنترل خشم باعث افزایش قدرت سازگاری فرد و بالا رفتن ظرفیت روان‌شناختی او می‌شود. اطلاع نداشتن در خصوص سبک زندگی سالم و فقر مهارت‌های لازم، زمینه را برای بروز بیماری‌های روانی و معضلات اجتماعی فراهم می‌کند که علت عمده آن فقر آموزش‌های لازم از سوی والدین و مدرسه است. (۳۷)

یافته‌ها نشان می‌دهد که میزان توانایی فرد در کنترل و تنظیم هیجانات می‌تواند یک متغیر پیش‌بینی‌کننده در کارکردهای اجتماعی باشد، و می‌توان از طریق آن مشکلات رفتاری کودکان را نیز پیش‌بینی کرد. بنابراین با توجه به نقش کیفیت رابطه مادر-کودک و مهارت کنترل خشم در شکل‌گیری و بروز مشکلات رفتاری کودکان؛ و به منظور تعیین رابطه بین این عوامل و اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه در دانش‌آموزان، به بررسی این سؤال پژوهشی پرداخته شد که آیا بین کیفیت رابطه مادر-کودک و مهارت خودنظم‌دهی خشم در بین مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و عادی تفاوت وجود دارد؟

آن است. (۳۳) توجه مختصری که در نظریه روان تحلیل‌گری، به مفهوم خشم شده است الهام بخش فرضیه ناکامی-پرخاشگری بوده و آن نیز به نوبه خود، پژوهش‌های ناظر بر رفتار پرخاشگرانه را تقویت کرده است. (۳۴) همچنین مدیریت خشم می‌تواند با بهبود عواملی که مستقیماً با مهارت‌های اجتماعی در ارتباط است باعث بهبود روابط انسانی گردد. برای مثال لیندن فیلد در کتاب کنترل خشم راهکارهایی را در مواجهه با کنترل خشم بیان می‌کند که اکثر آن‌ها در رابطه مستقیم با مهارت‌های ارتباطی هستند. وی در این رابطه از راهکارهای مواجهه با طغیان خشم را کنترل زبان بدن، تأیید احساسات شخص مقابل، صحبت درباره احساسات و ترس‌ها، گوش دادن و نشان دادن آن به طرف مقابل، گرفتن حالت صلح جویانه و ابراز نیازها و خواسته‌های خود با آرامش، جدیت و مصرانه می‌داند. (۳۵)

روش

جامعه آماری کلیه مادران کودکان سنین هفت تا دوازده سال (دوره ابتدایی) بود که در تابستان ۱۳۹۴ به مراکز مشاوره دانش، فراگیران مرزی و بیمارستان رسول اکرم (ص) مراجعه نمودند و دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه تشخیص داده شدند. جامعه آماری کودکان عادی کلیه دانش‌آموزان دوره ابتدایی در منطقه دو شهر تهران بودند که در سال ۱۳۹۴ در فعالیت‌های تابستانی در مدرسه شرکت می‌کردند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای چهل و پنج نفر انتخاب شدند. به این صورت که از بین مدارس منطقه دو که برنامه فعالیت‌های تابستانی داشتند پنج مدرسه انتخاب و از هر مدرسه هم یک کلاس انتخاب شد که مجموعاً چهل و پنج نفر بودند. برای انتخاب کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه هم از بین دانش‌آموزانی که به مراکز مشاوره دانش، فراگیران مرزی و بیمارستان رسول اکرم (ص) مراجعه کردند و بوسیله روانشناسان بالینی این مراکز تشخیص اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه برای آن‌ها داده شده بود، چهل و پنج نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند.

روش تحقیق علی-مقایسه‌ای بود. ابتدا مصاحبه تشخیصی با مادران در مورد مشکلات رفتاری کودکان انجام گرفت. بر اساس اطلاعات مادران و تشخیص روانشناسان بالینی بر مبنای DSM-5 تشخیص اولیه اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه برای کودکان داده می‌شد. همچنین از چک لیست نشانگان اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه برای تشخیص دقیق‌تر این اختلال استفاده شد. این چک لیست نشانه‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری کودکان را می‌سنجند. با توجه به این که در چندین مرکز مشاوره نمونه‌گیری انجام شد، سعی شد از ملاک‌های تشخیصی یکسانی برای تشخیص اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه استفاده شود. در صورتی که برای کودک اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه تشخیص داده می‌شد، پرسشنامه‌های مهارت خود نظم‌دهی خشم و رابطه مادر-کودک بر روی مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و همچنین بر روی مادران کودکان عادی اجرا گردید. و به این صورت داده‌های مورد نیاز مربوط به متغیرها جمع‌آوری شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک استفاده شد. این مقیاس نگرش سنج توسط رابرت (۱۹۶۱) ساخته شد. که نقطه نظر مادران را در خصوص چهار سبک تعاملی مادر-کودک (پذیرش فرزند، بیش‌حمایت‌گری، سهل‌گیری و طرد) ارزیابی می‌کند. ضمیری (۱۳۸۴) این ابزار را بر روی گروهی از افراد اجرا نمودند که از طریق آلفای کرانباخ روایی آن را در زیر مقیاس‌های پذیرش فرزند ۰/۷۷، سهل‌گیری ۰/۷۳، طرد فرزند ۰/۷۵ و بیش‌حمایت‌گری ۰/۷۸ به‌دست آورد و برای اعتبار آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن ضرایب اعتبار را برای زیر مولفه‌های آن به ترتیب ۰/۵۷، ۰/۵۵، ۰/۴۱ و ۰/۵۳ به‌دست آورد.

پرسشنامه بیان صفت و حالت خشم (STAXI-2): اسپیلبرگر (۳۹)

نسخه اولیه این پرسشنامه را ساخت. در اینجا از نسخه دوم آن که دارای پنجاه و هفت سؤال می‌باشد، استفاده شده است. این پرسشنامه دارای سؤالات ساده و به‌صورت گزینه‌های زیاد، متوسط، کم و هرگز می‌باشد. نویدی (۳۴) در پژوهشی که با دانش‌آموزان در ایران انجام داد ضریب آلفای کرانباخ را برای روایی این پرسشنامه ۰/۷۱ به‌دست آورد و خدایاری فرد (۱۳۹۰) هم با استفاده از روش بازآزمایی اعتبار ۰/۷۳ را برای این پرسشنامه گزارش کردند.

۲-۲-۱

میانگین سنی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه، $8/2 \pm 1/1$ و مادران آنان $37/2 \pm 4$ و همچنین میانگین سنی کودکان عادی $8/4 \pm 1/3$ و مادران آنان $39/2 \pm 5/1$ بود. در جدول شماره یک ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران آزمودنی‌ها در ابعاد طبقات اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات مادران و وضعیت اشتغال نشان داده شده است. پس از جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه مخدوش کنار گذاشته شد که در نهایت داده‌های مربوط به چهل و دو کودک دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و چهل کودک عادی با استفاده از آزمون t استودنت مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های حاصل از تحلیل در جداول شماره دو و سه ارائه شده است. در جدول شماره یک میانگین و انحراف معیار ابعاد رابطه مادر-کودک و مهارت خود نظم‌دهی خشم نشان می‌دهد که مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه در مولفه‌های مطلوب مانند پذیرش (۲۸/۵۹) در برابر (۳۸/۹۲) و خود نظم‌دهی خشم (۳۳/۳۸) در برابر (۳۹/۱) در سطح پایین‌تری نسبت به کودکان عادی قرار دارند ولی در مولفه‌های نامطلوب مانند طرد (۳۵/۱۴) در برابر (۲۳/۵۲)، سهل‌گیری (۳۵/۵۲) در برابر (۳۶/۸۲) و بیش‌حمایت‌گری (۳۵/۶۱) در برابر (۲۵/۷) نسبت به کودکان عادی در سطح بالاتری قرار دارند. همان‌طور که نتایج جدول شماره سه نشان

می‌دهد بین سبک‌های تعاملی مادر-کودک، پذیرش ($t=9/42, P<0/01$)، طرد ($t=10/78, P<0/01$)، سهل‌گیری ($t=7/22, P<0/01$)، بیش‌حمایت‌گری ($t=8/96, P<0/01$) و خود نظم‌دهی خشم ($t=-2/09, P<0/039$) در دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول (۳) خلاصه نتایج آزمون t برای مقایسه رابطه مادر-کودک و مهارت خودنظم‌دهی خشم بین مادران کودکان ADHD و عادی

متغیر	گروه	میانگین	T	درجه آزادی	سطح معناداری
پذیرش	بیش‌فعالی عادی	۲۸/۵۹ ۳۸/۹۲	-۹/۴۲	۸۰	۰/۰۰۱
طرد	بیش‌فعالی عادی	۳۵/۱۴ ۲۳/۵۲	۱۰/۷۸	۸۰	۰/۰۰۱
سهل‌گیر	بیش‌فعالی عادی	۳۵/۵۲ ۲۶/۸۲	۸/۹۶	۸۰	۰/۰۰۱
بیش‌حمایت‌گری	بیش‌فعالی عادی	۳۵/۶۱ ۲۵/۷	۷/۲۲	۸۰	۰/۰۰۱
خود نظم‌دهی خشم	بیش‌فعالی عادی	۳۳/۳۸ ۳۹/۱	-۲/۰۹	۸۰	۰/۰۳۹

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

ویژگی	سطوح	مادران کودکان عادی				مادران کودکان ADHD	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
طبقات اقتصادی-اجتماعی	بالا	۲۴	۴۰	۲۵	۵۹/۵۲		
	متوسط	۱۰	۲۵	۱۰	۲۳/۸۰		
	پایین	۶	۱۵	۷	۱۶/۶۶		
تحصیلات مادران	دیپلم	۵	۱۲/۵	۲۶	۶۱/۹۰		
	لیسانس	۲۸	۷۰	۱۴	۳۳/۳۳		
	فوق لیسانس و بالاتر	۷	۱۷/۵	۲	۴/۷۶		
وضعیت اشتغال مادران	شاغل	۲۳	۵۷/۵	۱۷	۴۰/۴۷		
	خانه دار	۱۷	۴۲/۵	۲۵	۵۹/۵۲		

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نمره حداقل	نمره حداکثر
پذیرش	بیش‌فعالی عادی	۴۲ ۴۰	۲۸/۵۹ ۳۸/۹۲	۵/۰۳ ۴/۸۹	۱۹ ۲۴	۳۸ ۴۸
طرد	بیش‌فعالی عادی	۴۲ ۴۰	۳۵/۱۴ ۲۳/۵۲	۵/۶۵ ۳/۸۸	۲۶ ۱۷	۴۷ ۳۳
سهل‌گیری	بیش‌فعالی عادی	۴۲ ۴۰	۳۵/۵۲ ۲۶/۸۲	۴/۵۴ ۴/۲۲	۲۴ ۱۷	۴۷ ۳۵
بیش‌حمایت‌گری	بیش‌فعالی عادی	۴۲ ۴۰	۳۵/۶۱ ۲۵/۷	۷/۴۳ ۴/۵۹	۲۱ ۱۳	۵۵ ۳۷
خود نظم‌دهی خشم	بیش‌فعالی عادی	۴۲ ۴۰	۳۳/۳۸ ۳۹/۱	۱۱/۵ ۱۳/۲	۱۱ ۱۱	۵۷ ۶۳

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین رابطه مادر-کودک و مهارت خود نظم‌دهی خشم در دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. در سبک تعاملی پذیرش و خود نظم‌دهی خشم دانش‌آموزان دارای ADHD در سطح پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان عادی قرار دارند. ولی در سبک‌های تعاملی طرد، سهل‌گیری و بیش‌حمایت‌گری دانش‌آموزان دارای ADHD در سطح بالاتری نسبت به دانش‌آموزان عادی قرار دارند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های بارکلی (۱۲)، کارنس و همکاران (۱۶)، همایونی و همکاران (۱۷)، اسپچلینگ (۱۵)، جانستون (۱۸)، همسو می‌باشد.

در تبیین نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت که چون رفتارهای والدین به‌ویژه مادر و بازخوردهایشان نقش بسزایی در شکل‌گیری و تداوم رفتارهای کودکان دارند. لذا محتوای کیفی رفتارها و بازخوردهای مادران در چارچوب تعاملات مادر-کودک به فرزندان انتقال می‌یابد. سبک تعاملی پذیرش از جمله شیوه‌های تعاملی مثبت و مطلوبی از طرف مادران است که رفتارهای موثر و سازنده‌ای را در کودک تقویت می‌کنند. از آنجایی که در این سبک تعاملی بازخوردهای مادر بر اساس صداقت و احساس مشترک نسبت به کودک، همانندسازی با کودک، پاسخ صادقانه احساسی نسبت به کودک، روابط عاشقانه و عاطفی مادر-کودک، علایق صادقانه در مورد لذت‌ها و فعالیت‌های کودک، علایق صادقانه در مورد تحول کودک، کنترل‌های منطقی، مقتدرانه و غیر مخرب، ثبات و انضباط، نظم و ترتیب و برنامه منظم در زندگی روزمره، داشتن درخواست‌های منطقی از کودک، ایجاد برخوردهای اجتماعی متناسب خارج از منزل و داشتن مفهومی از کودک به‌صورت یک کودک خوب انجام می‌گیرد و پاسخ‌های کودک به این سبک تعاملی مادر به‌صورت پاسخ مثبت به اجتماعی شدن، تحول مثبت به سمت اجتماعی شدن، تحول حس مهربانی و محبت، ایجاد اشتیاق و علاقه‌مندی نسبت به دنیا، احساسات با ثبات (پایدار در رفتار) و ارزیابی خود به‌طور واقع‌بینانه می‌باشد، می‌توان انتظار داشت که در پرتوی سبک تعاملی پذیرش از طرف مادر، رفتارهای اجتماعی شده و سازنده‌ای در کودکان ایجاد شود. در سبک تعاملی پذیرش رابطه مادر و کودک یک رابطه گرم و صمیمی توأم با آزادی عمل و اقتدار می‌باشد که موجب می‌شود کودکان به خوبی رفتارهای اجتماعی را یاد بگیرند و درونی‌سازی الگوهای رفتاری را به آسانی انجام دهند. در این سبک تعاملی کودکان به راحتی توانایی لازم را برای ارضاء نمودن رفتارهای بیرونی و نیازهای درونی شان به‌دست می‌آورند. پیامد سبک تعاملی پذیرش که به‌صورت رفتارهای اجتماعی شده، درونی‌سازی نمودن مهارت‌های رفتاری و یادگیری الگوهای رفتاری نمود پیدا می‌کند، موجب می‌گردد که این دسته از کودکان رفتارهای بهنجار را به خوبی یاد بگیرند. از طرف دیگر با عنایت به واکنش‌های کودکان به رفتارهای پذیرش مادر، یک فرصت مطلوب و سازنده‌ای در راستای تقویت رفتارهای اجتماعی شده، ارضای نیازهای روانی و ثبات در احساسات و رفتار برای کودکان فراهم می‌شود. در صورتی که مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه از سبک تعاملی پذیرش در سطح پایین‌تری قرار دارند. علیزاده و اندریس (۳۸) معتقدند که والدین کودکان بیش‌فعال بیشتر از سایر والدین به فرزندان خود واکنش منفی نشان می‌دهند و نمی‌توانند در رابطه با فرزندان‌شان تعاملات مطلوبی داشته باشند. بنابراین نمی‌توانند الگوهای رفتاری مثبت و سازنده‌ای را در دانش‌آموزان ایجاد کنند. لذا منطقی به‌نظر می‌رسد که سبک تعاملی پذیرش در مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه در سطح پایین‌تری نسبت به مادران دانش‌آموزان عادی قرار داشته باشند. در صورتی که سبک‌های تعاملی طرد، سهل‌گیری و بیش‌حمایت‌گری مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه در سطح بالاتری نسبت به دانش‌آموزان عادی قرار دارند. در حقیقت مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه در سبک‌های تعاملی نامطلوب طرد، سهل‌گیری و بیش‌حمایت‌گری نسبت به دانش‌آموزان عادی در سطح بالاتری قرار دارند.

نتایج پژوهش ماوتون و همکاران (۳۹) نشان داد که بین سبک تعاملی طرد در مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که چون در سبک تعاملی طرد، کودک از طرف مادر رانده می‌شود ارتباط موثر و سازنده‌ای بین مادر و کودک شکل نمی‌گیرد. بنابراین بر خلاف سبک تعاملی پذیرش، در سبک تعاملی طرد فرآیند درونی‌سازی مهارت‌های رفتار اجتماعی و یادگیری

الگوهای رفتاری مثبت در کودکان مختل می‌شود. طرد از طرف مادر معمولاً به صورت غفلت از کودک، جدایی کودک از والدین، انکار کودک، تنبیه یا بدرفتاری، استفاده از تهدیدها، تحقیر و تولد ناخواسته انجام می‌گیرد و پاسخ‌های کودک هم به طرد معمولاً به صورت واکنش‌ها و بازخوردهایی برای کسب عواطف، تلاش برای جلب توجه، واکنش جامعه‌ستیزی و واکنش خصومت می‌باشد. در چنین شرایطی کودک فرصت‌های یادگیری الگوهای رفتاری و درونی‌سازی کردن مهارت‌های رفتاری را از دست می‌دهد. بنابراین در این پژوهش دانش‌آموزان بیش‌فعال که نمرات طرد در آنها بالاتر است، معمولاً با بازخوردهایی مانند غفلت، جدایی، انکار، تنبیه و استفاده از تهدیدها و تحقیرهایی مواجه می‌شوند. در چنین شرایطی است که این افراد برای جلب توجه، کسب عواطف، کاهش اضطراب و هماهنگ نمودن تکانه‌های درونی خودشان از رفتارهای بی‌قراری، تکانشی و متنوعی استفاده می‌کنند. این رفتارها بنابه ماهیت تکانشی که دارند عدم توجه، بی‌ثباتی، افکار مغشوش و کم‌دقتی را در آنان ایجاد می‌کنند. در این پژوهش همچنین نتیجه گرفته شد که بین سبک تعاملی سهل‌گیری در مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. این نتیجه با دیدگاه‌های برک (۴۰) همسو می‌باشد که معتقد است سبک تعاملی سهل‌گیرانه مادر شرایط بروز و تقویت علائم اختلالات رفتاری مانند پرخاشگری و اختلال بیش‌فعالی را در دانش‌آموزان دارای ADHD فراهم می‌سازد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت چون والدینی که از شیوه‌های سهل‌گیرانه استفاده می‌کنند مهرورز و پذیرا هستند ولی متوقع نیستند و از هرگونه اعمال کنترل بر روی رفتار فرزندان، خودداری می‌کنند و همچنین به فرزندانشان اجازه می‌دهند هر طوری که خودشان خواستند تصمیم بگیرند و رفتار کنند در حالی که این افراد هنوز قادر به کنترل تکانه‌ها و مدیریت رفتارهایشان نیستند. فرزندان این گونه مادران می‌توانند هر وقت که دوست دارند، غذا بخورند، بخوابند و هر قدر که می‌خواهند تلویزیون تماشا کنند. آنها مجبور نیستند روش انجام رفتارهای اجتماعی صحیح را یاد بگیرند یا در انجام کارهای خانه مشارکت کنند. در صورتی که برخی از والدین سهل‌گیر، واقعاً معتقدند که این روش بهترین شیوه می‌باشد. اکثر والدین از توانایی خود در تاثیر گذاشتن بر رفتار فرزندان‌شان مطمئن نیستند و از لحاظ اداره کردن خانواده خود، بی‌کفایت و بی‌برنامه هستند. (۴۰) فرزندان والدین سهل‌گیر، خیلی ناپخته هستند آنها در کنترل کردن تکانه‌هایشان مشکل دارند و وقتی از آنها خواسته می‌شود کاری را انجام دهند که با تمایلاتشان مغایرت داشته باشد نمی‌توانند آن کار را انجام دهند. آنها بسیار پرتوقع و وابسته به بزرگترها هستند و در مقایسه با کودکانی که والدینشان کنترل بیشتری

بر آنها دارد، در انجام رفتارهای انضباطی مدرسه استقامت کمتری نشان می‌دهند. رابطه بین شیوه تربیتی آسان‌گیر و رفتار وابسته، خصوصاً در پسرها، قوی‌تر است. (۴۰) بنابراین در این پژوهش دانش‌آموزانی که میانگین نمرات سبک تعاملی سهل‌گیرانه در آنها بالاتر است به علت عدم دریافت بازخوردهای بازدارنده و کنترل‌کننده از طرف مادر و در نتیجه عدم یادگیری کنترل تکانه‌ها، معمولاً رفتارهای تکانشی و بیش‌فعالی در آنها دیده می‌شود و چون توانایی کنترل رفتارهایشان را ندارند اغلب با حالت‌های بی‌قراری و عدم توجه همراه است.

افزون بر این چون والدین سهل‌گیر دارای ویژگی‌های رفتاری بدین شرح هستند: ۱- کودکان خود را کاملاً آزاد می‌گذارند و آنان را به حال خود رها می‌کنند. ۲- کودکان را وادار به رعایت آداب و قوانین زندگی نمی‌کنند. ۳- در این خانواده‌ها قوانین ارتباطی وجود ندارد. ۴- این خانواده‌ها بیشتر به زمان حال فکر می‌کنند و آینده‌نگر نیستند. آنان از کودکان خود انتظاری ندارند و انتظارات و قوانین خانواده را به طور واضح به فرزندان ابلاغ نمی‌کنند. ۵- انتظارات و خواسته‌های والدین از یکدیگر مشخص و منطقی نیست. ۶- در برابر خواسته‌های (هر چند غیر منطقی) فرزندان تسلیم شده و به کودک خود باج می‌دهند. ۷- والدین در یک مسیر حرکت نمی‌کنند. در این خانواده‌ها، انضباط ناهمسان وجود دارد. ۸- توقع و انتظار ناچیزی برای رفتار مستقل و رشد یافته‌ی کودکان خود دارند. ۹- به رفتار و عکس‌العمل فرزندان بازخورد نمی‌دهند. ۱۰- در این نوع خانواده، تظاهرات آزاد میان فرزندان به وفور مشاهده می‌شود. ۱۱- تظاهرات آزاد تکانشی در فرزندان تقویت می‌شود. (ثبات اخلاقی ندارند). (۴۱) بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که بازخوردهای این دسته

از والدین تقویت کننده رفتارهای تکانشی و بیش‌فعالی در کودکان باشند. نتایج پژوهش کارازه و همکاران (۴۲) نشان داد که سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه با اختلال بیش‌فعالی، رفتار و کردار و اضطراب جدایی رابطه مثبت معنی‌دار دارد و سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه اختلال بیش‌فعالی را به‌طور قوی پیش‌بینی می‌کند.

در پژوهش حاضر همچنین این نتیجه به‌دست آمد که بین سبک تعاملی بیش‌حمایت‌گری در مادران دانش‌آموزان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش علیزاده و آندریس (۳۸)، کارازه و همکاران (۴۲)، صادق خانی و همکاران (۴۳)، روگرس و همکاران (۴۴)، جانسون و همکاران (۵۲) و جانسون و همکاران (۴۵) همسو بود. صادق خانی و همکاران (۴۳)، نشان دادند که بین شیوه‌های فرزند پروری مادران گروه‌های پژوهش در الگوهای تربیتی مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه، تفاوت معنی‌داری وجود دارند. مادران کودکان با اختلال لجبازی-نافرمانی و بیش‌فعالی نسبت به مادران کودکان عادی بیشتر از شیوه‌ی فرزند پروری سهل‌گیرانه و کمتر از شیوه‌ی فرزندپروری مقتدرانه استفاده می‌کنند. همچنین نتایج پژوهش کردستانی و همکاران (۱۱) نشان داد آموزش اصلاح رفتار به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، مشکلات رفتاری فرزندان را کاهش داده و از به‌وجود آمدن تنیدگی در روابط والد فرزند پیگیری می‌نماید. نتایج پژوهش علیزاده و آندریس (۳۸) نشان داد، بین رفتارهای افراطی والدین در ابعاد عاطفی، اجتماعی، رفتاری و رفتارهای ناسازگار، عزت نفس و رفتارهای بیش‌فعالی در کودکان رابطه معناداری وجود دارد. در تبیین این نتیجه در پژوهش حاضر می‌توان

گفت چون حمایت بیش از حد از والدین، مانع یادگیری مهارت‌های اجتماعی و الگوهای رفتاری کودکان می‌گردد، مهارت‌های اساسی‌تر مانند مسئولیت‌پذیری، ثبات رفتاری، رعایت قوانین زندگی جمعی و توجه به دیگران در آنان تحول پیدا نمی‌کند. به‌نظر می‌رسد ضعف در این مهارت‌ها می‌تواند زمینه‌پدیدآیی، تحول، بروز و تقویت رفتارهای ناسازگار و غیراجتماعی مانند پرخاشگری و رفتارهای تکانشی و بیش‌فعالی را فراهم سازد. همچنین نتایج پژوهش کیمیایی و بیگی (۴۶) نشان داد کارکرد خانوادگی مادران دارای کودکان بیش‌فعالی به مراتب ضعیف‌تر از مادران سالم است و آموزش مهارت‌های حل مساله، کارکرد خانوادگی مادران بیش‌فعال به‌خصوص قدرت حل مساله، نقش والدی، کنترل رفتار و عملکرد کلی آن‌ها را بهبود می‌بخشد.

در خصوص مهارت خود نظم‌دهی خشم هم نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مهارت خود نظم‌دهی خشم در کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش نیکولت (۴۷) و رایز (۴۸) همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش‌ها نشان دادند دانش‌آموزانی که توانایی مدیریت خشم در آنان بالا است کمتر به سمت رفتارهای ناسازگار، خشونت‌های اجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی گرایش دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت، کنترل خشم موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی در کودکان شده و می‌توان گفت آموزش مهارت‌های کنترل خشم در افراد توانمندی‌های روانی و اجتماعی ایجاد می‌کند که در بهبود مهارت‌های ارتباطی موثر است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که خشم مهار نشده ارتباطات بین فردی را با خطر جدی روبه‌رو می‌سازد و می‌تواند افراد را از کارکرد بهینه باز دارد؛ از این رو مداخله‌های کنترل خشم بر کاهش شدت، طول دوره و فراوانی بیان خشم همراه با کمک به بروز پاسخ‌های سازگارانه به مسائل میان فردی تاکید دارند. با توجه به روابط متقابلی که بین متغیرهای خشم و کیفیت ارتباطات بین فردی دیده می‌شود، از آموزش خشم می‌توان به‌عنوان تدبیری برای بهبود مهارت‌های ارتباطی بهره گرفت. (۴۹) مازوتا (۴۸) هم معتقد است دانش‌آموزانی که از مهارت خود نظم‌دهی خشم پایین‌تری برخوردارند معمولاً از مدرسه فرار می‌کنند و درگیر رفتارهای ضداجتماعی و تکانشی می‌شوند. مهارت خود نظم‌دهی خشم در کودکان موجب می‌شود که آنان بتوانند توانایی لازم را برای کنترل و مدیریت هیجان خشم به‌دست آورند. کودکانی که دارای مهارت خود نظم‌دهی خشم بالایی هستند برون‌ریزی و درون‌ریزی خشم‌شان را مدیریت می‌کنند و می‌توانند آن را به‌طور صحیح و اجتماع‌پسند ابراز نمایند. بنابراین در پژوهش حاضر هم دانش‌آموزانی که توانایی خود نظم‌دهی خشم در آنان بالا است،

شدن یا خونسرد بودن به هنگام خشمگین شدن، مربوط می‌شود. از آن جایی که نتایج این پژوهش نشان داد که مهارت خود نظم‌دهی خشم در دانش‌آموزان دارای رفتار بیش‌فعالی پایین‌تر از دانش‌آموزان عادی می‌باشد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نداشتن مهارت لازم برای مدیریت هیجان خشم در دانش‌آموزان شرایط بروز رفتارهای تکانشی و بیش‌فعالی را فراهم می‌سازد. همچنین نتایج پژوهش‌ها و همکاران (۵۰) نشان داد تقویت خودپنداره فرد که در متن آموزش‌های مدیریت خشم است، رضایت افراد را از خود ارتقا می‌دهد و توانایی بیشتری در زمینه مدیریت خشم و احساسات منفی برای افراد را فراهم می‌کند.

منطقی به نظر می‌رسد که گرایش بیشتری به انجام رفتارهای تکانشی و بیش‌فعالی داشته باشند. در حقیقت، دانش‌آموزانی که در فرآیند تحول روانی قبل و بعد از ورود به مدرسه توانایی لازم برای مدیریت هیجان خشم را یاد نگرفته باشند، تمایل بیشتری به انجام رفتارهای تکانشی دارند و زمینه بروز و تقویت رفتارهای بیش‌فعالی در آنان شکل می‌گیرد. مدیریت و کنترل خشم در قالب چهار مولفه عمده مفهوم سازی شده است: برون‌ریزی یا بیان بیرونی خشم که شامل ابراز خشم نسبت به اشخاص دیگر یا اشیاء موجود در محیط می‌شود؛ درون‌ریزی یا بیان درونی خشم که به جهت‌گیری خشم به درون شخص اشاره می‌کند و افرادی که در این مؤلفه نمره بالایی کسب می‌کنند ممکن است خشم را در درون خود نگه دارند یا احساسات خشم را سرکوب کنند؛ مهار برون‌ریزی یا کنترل بیرونی خشم بر اساس کنترل احساسات خشم به وسیله جلوگیری از بیان خشم نسبت به اشخاص دیگر یا اشیاء پیرامون تعریف می‌شود و بالاخره، مهار درون‌ریزی یا کنترل درونی خشم به کنترل سرکوب احساسات از طریق آرام

پیشنهادهای

با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی مادران کودکان عادی و دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه در شهر تهران انجام شده است. که دارای شاخص‌های سبک‌زندگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوتی هستند، به نظر می‌رسد که عوامل ایجادکننده و تداوم بخش مشکلات رفتاری از جمله اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه در کودکان این خانواده‌ها بسیار متفاوت باشند، که می‌تواند محدودیت‌هایی در زمینه تعمیم نتایج، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناسی ایجاد کند. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی بر روی جوامع آماری که به لحاظ سبک زندگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی خانواده‌ها مانند طبقات اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال همگن‌تر باشند، انجام شود. بنابراین با توجه به نتایج به‌دست آمده در این پژوهش به متخصصانی که با کودکان و دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار بیش‌فعالی-نقص توجه کار می‌کنند، پیشنهاد می‌شود "مهارت خود نظم‌دهی خشم" را در چارچوب بازی درمانی و کلاس‌های آموزشی، آموزش دهند و زمینه تقویت این مهارت را در کودکان و دانش‌آموزان فراهم آورند. همچنین با شناسایی سبک‌های تعاملی نامطلوب و ناکارآمد مادران، به کمک آموزش‌های لازم نسبت به اصلاح و تقویت سبک‌های تعاملی مطلوب اقدام نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی به صورت آزمایشی و با تاکید بر نقش ویژگی‌های والدینی بر روی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه انجام گیرد.

منابع

References:

1. EG. W. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-9.
2. Sadock, BN. J., Sadock. V. A. & K. attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *J Am Academy Child Adolesc Psychiatry*. 2015;48(1).
3. Figueras A, Muro P, Calderon C CL. Information about Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Anu Psicol*. 2001;32(4):99-116.
4. Barkley RA. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain Dev*. 2014;25(2):77-83.
5. Kaplan HI SB. . Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences. Williams and Wilkins. 1988;
6. Giedd, J .N., Blumenthal, J., Molloy, E.,& Castellanos FX. Brain imaging of attention deficit/hyperac-

tivity disorder. *Ann N Y Acad Sci.* 2001;93(4):13–49.

7. Alijani A RM& GS. The effectiveness of mother's cognitive- behavioral group interventions on the number of ADHD children's behavioral problems. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2013;84:874–8.

8. Bakhshayesh A MR. Effectiveness of Play Therapy on the Reduction of Children's Severity Symptoms with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Promotion of Their Academic Performance. *sjimu.* 2015;22(6):1–13.

9. Soreff SADHD. Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Med Spec psychiatry child.* 2010;

10. RA B. Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook. *Medifocus_com Inc;* 1991;2.

11. DK. The effect of behavioral parent training on improving the mental health of mothers with attention deficit hyperactivity disorder children and decreasing their children's externalizing behavior. *J Behav Sci.* 2014;8(3):21–2.

12. Barkley RA E. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2014;1023–5.

13. Bussing R, Zima BT, Mason DM, Meyer JM, White K GC. ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *J Adolesc Heal.* 2012;51(6):593–600.

14. Popov LM IR. Parent-Child Relationship: Peculiarities and Outcome. *Rev Eur Stud.* 2015;7(5):253.

15. Schilling CM, Walsh A YI. ADHD and criminality: A primer on the genetic, neurobiological, evolutionary, and treatment literature for criminologists. *J Crim Justice.* 2011;39(1):3–11.

16. K. C-H. Child-Parent Relationship Therapy for Adoptive Families. *Fam Journal.* 2012;20(14):419–26.

17. Homauni M, Mariani BM, Yaacob SN AM. Parent-child relationship and aggression among adolescents in Tehran, Iran. *Life Sci J.* 2014;11(9):766–70.

18. Johnston C. Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev.* 2012;32:215–28.

19. B B. Comparing personality traits in mothers of ADHD and normal boys primary school, Tehran, B.A.. Thesis in Psychology, Faculty of Psychology and Education, Tehran University. 2009.

20. F M-M. 19. Michaeli-Monee F. Structural relationships between psychological well-being and perceived emotional intelligence, the ability to control negative thinking and depression in mothers of children with mental retardation and comparing it with normal child. *Res Except Child.* 2009;9(2):103–20.

21. Muris P, Meesters C van BA. Assessment of anxious rearing behaviors with a modified version of "Egna Minnen Beträffande Uppfostran" questionnaire for children. *J Psychopathol Behav Assess.* 2003;25(4):229–37.

22. Barry CM, Nelson L, Davarya S US. Religiosity and spirituality during the transition to adulthood. *Int J Behav Dev.* 2010;34(4):311–24.

23. LJ S. Hostility in cases of essential hypertension. *Am J Psychiatry.* 1939;95(6):1449–54.

24. Block EB. Adult attachment styles, children's self – competence and children's cognitive ability: An ecological study. Unpublished doctoral dissertation in Louisiana state university. 2004.

25. Ghanbari S., Nadali H. SMP. Relationship between parenting styles and internalizing symptoms in children. *J Behav Sci.* 2009;3(2):23–4.

26. Goodwin T, Pacey K GM. Children: Violence prevention in preschool settings. *J ChildAdoles Psychiatry Nurs.* 2003;16(2):52–9.

27. Sukhodolsky DG, Kassinove H GB. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggress Viol Behav.* 2004;9(3):247–69.

28. Bornmann BA, Mitelman SA B DA. Psychotherapeutic relaxation: How it relates to levels of aggression in a school within inpatient child psychiatry: A pilot study. *Arts Psychother.* 2007;34(3):216–22.

29. S S. Relational aggression among preschoolers. *Clin Psychiatry Psychol.* 2007;13(3):264–71.

30. Anderson CA BB. Human aggression. *Annu Rev Psychol.* 2002;53(1):27–51.

31. Crick NR GJ. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child development.* 1995. 710-722 p.

32. BW L. Anger in our age of anxiety: What clinicians can do. *HONG KONG Pract.* 2001;23(6):258–64.

33. A N. The Efficacy of Anger Management Training on Adjustment Skills of High School Male Students in Tehran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2009;14(4):394–403.

34. Taylor JL NR. Anger treatment for people with developmental disabilities: A theory, evidence and manual based approach. John Wiley Sons. 2005;

35. Lindel Field G. Controlling Anger, Translated by: Shamsi poor, H. Version one, Tehran: Javaneh Roshd publications. 2010. 54 p.

36. Belva B.C. MJ. An examination of specific daily living skills deficits in adults with profound intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2013;34(1):596–604.

37. Van Vugt E.S., Deković M., Prinzie P., Stams G.M. AJJ. Evaluation of a group-based social skills training for children with problem behavior. *Child Youth Serv Rev.* 2013;1(35):162-7.
38. Alizadeh H AC. Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child Fam Behav Ther.* 2002;24(3):37-52.
39. Mautone JA, Lefler EK PT. Promoting family and school success for children with ADHD: Strengthening relationships while building skills. *Theory Pract.* 2011;50(1):43-51.
40. Burke L. Developmental Psychology. first volume. Translation Yahya S. M.Tehran, mental publications. 2007. 48 p.
41. Farhadian R. Family and transformation in education, Qom: Islamic Propagation Office printers. 1999. 67 p.
42. Karzadeh, sh, Abdi, M HH. Studying Family Functioning and the Role of Maternal Parenting Styles in Predicting Children's Behavioral Problems in Boys Aged 5 to 10 Years in Ahvaz City. *J Thought Behav Clin Psychol.* 2015;9(36):17-26.
43. Sadegh Khani, A., Ali Akbari Dehkordi, M., & Kakujouibari A. Maternal parenting practices on male students aged 7 to 9 years of primary school with oppositional defiant disorder and normal in the city of Ilam. *J Except.* 2014;3(6):95-109.
44. Rogers M, Wiener J, Marton I TR. Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Sch Psychol.* 2009;47(3):167-85.
45. Johnston C, Hommersen P SC. Acceptability of behavioral and pharmacological treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: Relations to child and parent characteristics. *Behav Ther.* 2008;39(1):23-32.
46. Kimiaee S. A. BF. Comparison the family function of normal and ADHD mothers. *J Behav Sci.* 2010;4(2):19-20.
47. IA N. The second step violence prevention program: Effectiveness of a brief social skills curriculum with elementary-age children. 2004. 76 p.
48. SA R. The efficacy of a violence prevention intervention with elementary school children. 2004.
49. Rezaei Mirghaed M. Anger management skills training on improving communication skills of delinquent girls. 2013. Master thesis. Tehran: Allameh Tabatabai University. 2013.
50. Ho BP, Carter M SJ. Anger Management Using a Cognitive Behavioural Approach for Children with Special Education Needs: A literature review and meta analysis. *Int J Disabil Dev Educ.* 2010;57(3):245-65.