

تأثیر اختلافات خانوادگی بر روحیه و برخورد متقابل کودک در خانواده

مهتاب علوی^{*۱}

حامد کرمی^۲

سکینه هاشمی^۳

چکیده

هدف: تحقیق حاضر با هدف بررسی تأثیر اختلافات خانوادگی بر روحیه و برخورد متقابل کودک در خانواده انجام شده است. روش: تحقیق از نوع توصیفی پیمایشی می باشد و کلیه دانش آموزان مقطع ششم ابتدایی که در سال ۹۵-۹۶ در شهر دره شهر مشغول به تحصیل بوده اند جامعه آماری را تشکیل داده اند. نمونه پژوهش ۷۰ نفر از دانش آموزان می باشد که با استفاده از نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده اند. برای گردآوری داده ها از دو پرسشنامه ارزیابی سلامت روانی در کودکان و پرسشنامه اختلافات خانوادگی استفاده شده است. **یافته ها:** نتایج نشان داد بین لجبازی و اضطراب کودکان با اختلافات خانوادگی رابطه معنی دار وجود دارد، اما بین افسردگی و روان پریشی کودکان با اختلافات خانوادگی رابطه ای یافت نشد. **نتیجه گیری:** با توجه به اینکه اکثر مشکلات رفتاری کودکان در محیط خانه و مدرسه منعکس کننده شرایط پیچیده بین فردی و رفتاری اعضای خانواده به ویژه والدین است، والدین باید برای سلامت روحی و روانی کودکان محیطی امن و پر از آرامش در محیط خانه فراهم آورند.

کلمات کلیدی: اختلافات خانوادگی، لجبازی، اضطراب، افسردگی، روان پریشی

۱. کارشناس ارشد علوم تربیتی از دانشگاه علامه طباطبایی تهران، ایران. نویسنده مسئول: mahtab.alavi88@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی از دانشگاه خوارزمی تهران، ایران.

۳. مربی دانشگاه پیام نور تهران ایران.

مقدمه

کودکی که به دنیا می‌آید ممکن است عالی‌ترین و کامل‌ترین امکانات رشد را دارا باشد. وی ممکن است آمادگی داشته باشد و ظرفیت آن را که به شایسته‌ترین وجهی پرورده شود و برترین کمالات دست یابد. کافی است عادی به دنیا بیاید و خانواده و محیط مناسب در اختیارش قرار گیرد تا ببالد و نشو و نما یابد و جایگاه ارجمند خویش را در این دنیا بیابد. اما زندگی خانوادگی و محیط بهداشتی و آموزشی و اجتماعی و فرهنگی بسیاری از مردم جهان چنان است که دست یابی به چنین مقصودی را دشوار و گاه امکان‌ناپذیر می‌سازد. محدودیت‌های محیط زندگی گروهی از کودکان چنان زیاد است که بقای آنان نیز مسیر میشود. بزرگی ارقام فقر و بیماری و مرگ در کشورهای جهان سوم لرزه بر اندام آدم می‌اندازد و مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان نیز که نتیجه ممکن فقر و بیماری و جهل و بد رفتاری و نابسامانی‌های خانوادگی و کاستی‌های آموزشی و اجتماعی و فرهنگی است شدیداً مانع رشد و بالندگی و وصول آن به کمالاتی است که در خلقتشان مقدر شده است (نلسو، ایزرائیل، ترجمه منشی طوسی، ۱۳۸۷).

سال ۲۰۰۱ به عنوان سال بهداشت روانی اختصاص یافته است و در این سال تمام ملل جهان وظیفه دارند که سطح بهداشت روان خود، خانواده و جامعه‌شان را ارتقاء دهند و با افزایش دانش بهداشت و زدودن برچسب‌های مخرب زمینه‌های این رشد را فراهم آورند. اکنون که دوران سرنوشت ساز سازندگی و بازسازی همه جانبه کشور با شتابی فزاینده آغاز گردیده است، زمان آن فرا رسیده است که برنامه توسعه و تامین تندرستی کودکان و ارتقاء سطح بهداشت خانواده و مدارس به عنوان بخش مهمی از سیاستهای ارتقاء بهداشت کشور و اساسی‌ترین حرکت در راستای تامین سلامتی نسل آینده ساز و تحقق بخش توسعه اجتماعی و اقتصادی آتیه کشور، جایگاه و هویت واقعی خود را بازیابد. بدون تردید کاهش منابع، امکانات و اعتبارات مالی، کمبود نیروی انسانی آموزش دیده، رشد افزون جمعیت و بحران زیست که جملگی تهدیدی جدی برای سلامتی نسل آینده است موانع و مشکلات متعددی را در مسیر تحقق اهداف فوق‌الذکر ایجاد خواهد کرد. حل این مشکلات راهی جز مشارکت همه جانبه نهادهای اجتماعی به ویژه خانواده را باقی نمی‌گذارد. اما باید توجه داشت که مشارکت مردم بدون دادن آگاهی و اطلاعات به آنان تحقق نمی‌یابد راه مشارکت همه، آگاهی همه است (شاه محمدی، یزدی ۱۳۸۹).

گرچه پیشینه توجه به نیازها و مشکلات روانی کودکان به عنوان قشر خاص و دارای ویژگی‌های منحصر به فرد خود و نه به عنوان بزرگسالانی کوچک اندام به بیش از چند دهه نمی‌رسد، لیکن در همین مدت کوشش‌های بسیاری در جهت شناخت، تبیین و طبقه‌بندی و ارائه روش‌های درمانی برای اختلالات دوران کودکی و نوجوانی به عمل آمده است. طبقه‌بندی اختلالات کودکان این سوال را مطرح می‌کند که «چند نوع اختلال وجود دارد»؟

سوال اساسی در همه گیر شناسی این است که چه تعداد از کودکان در جمعیت کلی دچار این اختلالات هستند؟ همه گیر شناسی با تشخیص علل یا عوامل همراه با انتشار اختلالات در جمعیت نیز سرو کار دارد اختلالات رفتاری طیفی وسیعی از مشکلات کودکی را از رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی تا رفتارهای افسرده گونه و گوشه گیری در بر می گیرد. کودکان با اختلالات رفتاری بنابر ماهیت رفتارهایشان احتیاجات روانی، تربیتی و آموزشی متفاوتی از سایر کودکان دارند. لذا برای آموزش، تربیت و ترمیم رفتارهای آنان لازم است چگونگی طبقه بندی این اختلالات با توجه به انواع و دشواریهای رفتاری آنان تعیین شود (عیسی زاده، ۱۳۸۶).

درباره چگونگی طبقه بندی اختلالات رفتاری، اختلاف نظرها و بحث های گوناگون و فراوانی وجود دارد اشکالات طبقه بندی اختلالات رفتاری بنابر علل ذیل می باشد: ۱- علل متفاوتی می توانند زیربنای مشکلات رفتاری مشابهی باشد و درمقابل انواع متفاوت مشکلات رفتاری می تواند از علل مشابهی حاصل آمده باشد. ۲- فراوانی و تنوع رفتارهای ناسازگارانه بسیار گسترده است. ۳- چگونگی شروع این گونه رفتارها و کیفیت رشد و پیشرفت آنان متفاوت است. ۴- میزان و درجه رشد آنان مختلف است. ۵- چگونگی پاسخ دهی این گونه رفتارها با روشهای درمانی گوناگون متفاوت می باشد (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۰).

آمارهای اپیدمیولوژیک نشان داده اند که تقریباً ۱۴ تا ۲۰ درصد همه کودکان از بدو تولد تا ۱۸ سالگی انواعی از اختلالات روانی را داشته و حدود ۳ تا ۵ درصد این گروه دارای اختلالات شدید روانی می باشند این کودکان مشکلات مهمی در سازگاری به همراه نارسایی خانوادگی - تحصیلی و روابط اجتماعی زندگی دارند، در هر صورت کمتر از ۵/۱ درصد کودکان نیاز به درمان دارند. با کمال تاسف و تعجب باید بگوییم که در کشور ما به مسائل گوناگون و پیچیده کودکان به طور جدی پرداخته نشده است. این در حالی است که اختلالات عاطفی - رفتاری، به ویژه وضعیت نامتعادل و تحول زندگی خانوادگی و اجتماعی در یکی دو دهه اخیر کشور ما بیش از هر زمان دیگری گریبان گیر گروههای وسیعی از کودکان شده است (عیسی زاده، ۱۳۸۶).

نابسامانی های خانوادگی، کمبودهای آموزشی، پرورشی و بهداشتی، جابه جا شدن گروههای اجتماعی و فشارهای ناشی از آن، رشد نامعقول جمعیت، مهاجرت های بی رویه و آوارگی، فقر و اعتیاد گسترده دل آزرده گی و افسردگی و پرخاشجویی و شکوه گرایی های حاصل از غیبت و فقدان سرپرست در بسیاری از خانواده ها و همچنین نا آگاهی های دیرپای والدین کودکان برای مقابله علمی عاقلانه با فشارهایی که زندگی جدید و نا آشنا و پیچیده کنونی به طور مستقیم و غیر مستقیم بر روانهای حساس و پذیرایی خردسالان وارد می آورد. و بسیاری عوامل مهم دیگر سبب شده است که اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان وسعت بی سابقه ای بیابد (استارت، لوریا، ۱۹۹۸ نقل از عیسی زاده، ۱۳۸۶).

در چنین وضعیتی جا دارد که پژوهشگران و متخصصان تعلیم و تربیت و روانشناسی کودک هر چه نیرو و دانش و تجربه در توان و هر چه شور و شوق و دلسوزی در جان دارند به کار گیرند و بر این دشمن مهلک درونی بشورند و کمک کنند تا اختلالهای جانکاه عاطفی را از دل‌های آسیب پذیر کودکان معصوم و دوست داشتنی بیرون کنند و رشد شخصیت سالم و متعادل آنان را امکان پذیر سازند.

تعریف اختلال رفتاری: تعریف و تعیین عملکردهای مختل کار آسانی نیست زیرا الگوهای رفتاری دارای انواع نامحدودی هستند و همچنین نامهای مختلفی دارند، نظیر: اختلال رفتاری، بدکاری رفتار، مشکلات رفتاری، مشکلات روانشناختی، رفتارناهنجار، رفتار ناسازگارانه، اختلالات، نقائص و آسیب شناسی روانی. رفتار مشکل غالباً به عنوان رفتار «ناهنجار» در نظر گرفته شده است، «نا» به معنای «دور» یا «از» و «هنجار» به معنای میانگین یا استاندارد. بنابر این «ناهنجار» به معنای چیزی است که از میزان استاندارد منحرف شده باشد (نلسون^۱ و ایزرائیل^۲، ۲۰۰۰، ص ۱۰۲).

از هر نقطه نظری که به مفهوم بهنجاری و نابهنجاری نگریسته شود، معلوم می‌گردد که یک مفهوم نسبی است. انحراف از یک هنجار، ممکن است آنقدر ناچیز باشد که موجب هیچ نگرانی نشود یا ممکن است به اندازه‌ی زیاد باشد که تردیدی درباره ماهیت نابهنجاری آن باقی نماند. بنابر این مفهوم نابهنجار و بهنجاردو اصطلاح جدائی ناپذیرند و هر یک از آنها را بدون توجه به دیگری نمی‌توان تعریف کرد (دادستان، ۱۳۸۵).

در مورد تعریف مشکلات رفتاری، اتفاق نظر در میان محققین وجود ندارد، و یک تعریف مشخص و محدود برای آن موجود نمی‌باشد. اما اغلب تعاریف روی انطباق رفتار با معیارهای اجتماعی تاکید کرده و چنانچه رفتاری با معیارهای اجتماعی تطبیق داشته باشد، آن رفتار بهنجار تلقی خواهد گردید؛ کراسنر^۳ معتقد است که رفتاری غیر عادی نامیده می‌شوند که با در نظر گرفتن سه متغیر مداخله گر مطالعه گردند. الف): خود رفتار ب): محتوای اجتماعی آن ج): مشاهده کننده ای که در آن وضعیت با تمام نیرو به مطالعه رفتار پرداخته است.

هیچ رفتاری به خودی خود غیر عادی نمی‌باشد، زیرا فردی ممکن است کارهایی از قبیل داشتن توهمات کلامی، گاز گرفتن، امتناع از غذا خوردن و ... را انجام دهد. یا این امکان وجود دارد که در موقعیتهای مختلف فردی خشم و عصبانیت نسبت به هر کس را نشان دهد، لذا با در نظر گرفتن سه عمل یاد شده است که می‌توان تمایز میان رفتارهای عادی و غیر عادی را مشخص و معین نمود (راس، ۱۹۷۴، صفحه ۱۴۹ - ۱۵۷ به نقل از خانجانی، ۱۳۸۸).

1 Nelson , R.W.

2 Israel , A.C

3 Kerasner

انجمن روانپزشکی امریکا (۱۹۹۴) یک اختلال را به عنوان سندرم یا الگوی رفتاری تعریف می کند که موجب درماندگی شخص یا افزایش ریسک مرگ، درد، ناتوانی، یا از دست دادن آزادی می شود (نلسون و ایزرائیل، ۲۰۰۰، صفحه ۲۰۰).

با توجه به نظرات ارائه شده، در ارزیابی رفتار بهنجار از نابهنجار ملاکهای بیان گردیده است که به صورت خلاصه به آنها اشاره می شود. ملاک آماری: این ملاک بر اساس اصل ریاضی منحنی طبیعی است و در این روش آنچه که اکثریت افراد عمل می کنند طبیعی شمرده می شود و آنچه در دو قطب قرار می گیرد نابهنجار قلمداد می گردد. « رفتار نابهنجار رفتاری است که از لحاظ آماری کم بسامد^۱ است و یا از هنجار انحراف دارد» (هیلگارد، ترجمه برهانی و دیگران، ۱۳۸۵).

ملاک هنجار اجتماعی: در این ملاک با توجه به معیارهای ویژه یا هنجارهایی که هر جامعه برای رفتارهای افراد پذیرفته است رفتار نابهنجار باز شناخته می شود. بر اساس این معیار، ملاکها برای هر جامعه جنبه اختصاصی پیدا کرده و نابهنجاری از جامعه ای به جامعه ای دیگر و از زمانی به زمان دیگر فرق می کند.

ملاک غیر انطباقی بودن رفتار: این ملاک بیشتر مد نظر دانشمندان علوم اجتماعی می باشد، آنها معتقدند به جای آنکه رفتار نابهنجار به وسیله ملاک اجتماعی یا آماری تعیین گردد به وسیله چگونگی تاثیر رفتار در بهزیستی فرد یا گروه مشخص می گردد. بر اساس این ملاک، رفتاری غیر طبیعی است که (غیر انطباقی^۲) باشد یعنی پیامدهای زیانباری برای جامعه و فرد به دنبال داشته باشد.

ملاک پریشانی شخص: این ملاک به احساس فرد بیمار از خود بیشتر تاکید دارد تا بر رفتار وی. به بیان دیگر «از زاویه فاعلی یا غیر عینی، یک حالت ناراحت، یک رنج روانی مبهم یا مشخص و یا یک حالت دلهره که تا حدی مبین وجود روشن نگرسی نسبی فرد درباره بیماری خویش است، بر بیمار مستولی است مشخص می گردد (دادستان و منصور، ۱۳۸۹).

ملاک بالینی: این معیار اساس کار تشخیص اختلال روانی بوسیله روانپزشکان که اساس علائم و تشخیصشان بر همین ملاک می باشد را روشن می سازد و بر پایه همین علائم و معیارها فرد سالم را از غیر سالم بازشناسی می کند. « اساس این ملاک همانند روش بالینی در مورد بیماریهای ارگانیکی است. روانشناسان بالینی و روانپزشکان نیز متکی بر نشانه های عملی اختلال روانی چون اضطراب، ترس، افسردگی و ... می باشد» (نوابی نژاد، ۱۳۹۱).

بسیاری از جامعه شناسان و روان شناسان نیز معتقدند که ریشه بسیاری از مشکلات رفتاری و انحرافات شخصیتی در کودکان را باید در الگوهای تربیتی والدین و ویژگی های شخصیتی آنان جستجو کرد. مشکلات خانوادگی اثرات مستقیمی بر آمادگی، تمرکز و توجه کودک به درس و تحصیل دارد. وقتی والدین در وضعیت

^۱ Ross, A.

^۲ Maladaptive

نامطمئنی و اضطرابی قرار داشته باشند، این عدم اطمینان و اضطراب را به کودکان خود منتقل می‌کنند. چنین کودکانی از آمادگی ذهنی لازم برای یادگیری و درک مطلب بهره‌مند نیستند و طبعاً از نظر تحصیلی با مشکلاتی مواجه می‌گردند. در خانواده‌های از هم‌پاشیده و نگران و خانواده‌هایی که یکی یا هر دوی آن‌ها مبتلا به اختلال افسردگی باشد، کودکان از یک رابطه عاطفی مناسب بی‌بهره‌اند و چون ذهن آن‌ها به مسائل جانبی و نامربوط اشتغال دارد، چنین کودکانی در کلاس حضور ذهنی ندارند و نمی‌توانند از توجه و تمرکز کافی برخوردار باشند. افسردگی والدین (به‌خصوص مادر) نه تنها موجب می‌شود که کودک در کسب موقعیت تحصیلی دچار مشکلات قابل توجهی شود، بلکه باعث می‌شود که کودک در زمینه برقراری ارتباطات متقابل اجتماعی با سایر اشخاص نیز دچار مشکلات شود. به‌طور کلی در بیشتر تحقیقات در این زمینه نشان داده شده که این کودکان در مقایسه با سایر کودکان هم‌سن خود (سنین ۶ تا ۱۲ سال) در برابر مسائل و مشکلات زندگی دارای سطح سازگاری پایین‌تری باشند. همچنین در میان آنان علائمی مربوط به اختلال افسردگی مشاهده شود (اسماعیل، ۱۳۸۳).

متخصصین عقیده دارند که اضطراب‌های مزمن کودکان، از بودن آنان در موقعیت‌های فشارزا سرچشمه می‌گیرد. ناتوانی در خارج شدن از موقعیت فشارزا، ناتوانی در انجام کاری درباره بهبود موقعیت، عدم توانایی در تغییر موقعیت، احساس عجز و ناتوانی آنان و نیز نگرش منفی آنان از «خود» را چندین برابر تشدید می‌کند. برای یک کودک اضطراب ممکن است از آن‌جا ریشه بگیرد که مجبور باشد در خانواده‌ای زندگی کند که سوء استفاده می‌کنند. در چنین موقعیتی کودک که این مورد و موارد مشابه را به خوبی درک می‌کند ولی به علت وابستگی‌های مادی و معنوی قدرت قیام ندارد، به ناچار در خود فرو می‌رود و انزوا برمی‌گزیند. در چنین فضایی، کودک بسیار کوچک‌تر از آن است که بتواند درک کند که خانواده‌اش احتمالاً آن قدر درگیر حل مشکلات عدیده خویش است که نمی‌تواند رابطه مناسبی با وی برقرار سازد. یکی از تظاهرات شدید خودپنداری ضعیف، با ضعف اعتماد به نفس، در اقدامات خودکشی متجلی می‌گردد. امروزه پدیده خودکشی در بین کودکان خردسال، توجه بیشتری را به خود جلب کرده است. اگر چه نمونه‌های خودکشی، در میان کودکان خردسال به ویژه زیر سن ۱۵ سالگی بسیار نادر است. اما برخی از موارد خودکشی آنان گزارش شده است (سیف‌نراقی و نادری، ۱۳۹۰).

جو عاطفی خانواده و حمایت‌انگیزه‌های یادگیری که از طرف والدین در اختیار کودک قرار می‌گیرد، می‌توانند در رشد فکری او تأثیر بسزایی بگذارند، تحقیقات نشان داده است که کمبود تجربه‌های جدید و جالب یا عدم همکاری والدین و معلمین در این امر باعث افسردگی و دلزدگی، و دلسردی و بی‌حوصلگی در کودکان می‌شود و پیشرفت هوشی آنان را کند می‌کند. مهم‌ترین انگیزه در زندگی کودک دریافت تشویق و تصدیق از طرف کسانی است که به او علاقه‌مندند و کودک از آنان سرمشق می‌گیرد. پس والدین باید آگاهی منطقی و هماهنگ با مرحله رشدی کودک داشته باشند. تحقیقات نشان داده کودکانی که مسئولیت را نیاموخته‌اند در سنین بزرگسالی وارد

مشاغلی می شوند که در آنها کمتر مسئولیت وجود داشته باشد. در نتیجه بر احساس طرد شدن و بیگانگی آن‌ها دامن زده می شود. برخی از گرایش‌های تربیتی والدین با پیدایش رفتارهای غیر انطباقی فرزندان رابطه دارد (وبستر و هابرث، ۱۹۹۴). همچنین مطالعات نشان داده اند که مشکلات رفتاری فرزندان با اختلال روان پزشکی والدین رابطه دارد (زیما و همکاران، ۱۹۹۶؛ راتر و کویتون، ۱۹۸۴).

اگر در خانواده شرایط و روابط ناسالم و منفی وجود داشته باشد، تأثیری بر روی فرزندان خواهد گذاشت و منش‌های عاطفی ناهنجاری در آن‌ها شکل خواهد گرفت. نقش‌های منفی از قبیل حسادت، پرخاشگری، احساس عدم امنیت، مضطرب، پرخاشگر، ناسازگار و افسرده می گردد. لسلت (۱۹۸۷) ناسازگاری کودکان و نوجوانان ناشی از شکست در دوران کودکی و در خلال دوران دلبستگی مادر می داند (اسماعیل، ۱۳۸۳).

پس رابطه والدین با فرزندان در ایجاد سازگاری کودکان و نوجوانان می تواند تسهیل کننده یا بازدارنده باشد. توافقی همگانی وجود دارد که خانواده‌ها در پیدایش اختلال‌های رفتاری تأثیر مهمی دارد (هتر نیتگون و مارتین، ۱۹۷۹؛ به نقل از نلسون و ایزرایل، ۱۹۸۴؛ ترجمه منشی طوسی، ۱۳۸۷).

از آن‌جا که مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می کند، لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می شود. تحقیقات نشان داده اند که اختلالات رفتاری کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین دارد. هر چه مشکل روانی والدین شدیدتر باشد ظهور اختلال‌های رفتاری کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین دارد. هر چه مشکل روانی والدین شدیدتر باشد ظهور اختلال‌های رفتاری کودکان سریع‌تر خواهد بود (بلانز و همکاران، ۱۹۹۱).

بردسلی و همکاران (۱۹۸۳) اظهار کرده اند که بیماری روانی یکی از والدین احتمال ابتلای به بیماری روانی را در کودکان افزایش می دهد (داکلاس، ترجمه یاسایی، ۱۳۸۵).

اکثر روان‌شناسان معتقدند که کمبودهای کیفی و کمی در رابطه‌ی اولیه بین مادر و نوزاد اختلال در سلامت روان نوزاد را در پی خواهد داشت و این بیشتر به صورت عوارض جسمانی یا روان‌تنی و سایکو سوماتیک خود را نشان خواهد داد. عوارضی مثل بی خوابی، دل درد، اسهال و یبوست و ناراحتی‌ها و اختلالات پوستی و گوارشی می توانند به دلیل کمبودهای عاطفی و روانی در این دوره ظاهر شوند و در بسیاری از موارد والدین، متخصصین و دست‌اندرکاران بدون توجه به ریشه عاطفی و روانی این عوارض با آن‌ها برخورد می کنند.

رنه اشپیتز روان‌تحلیلگر اتریشی الاصل آمریکایی به پدیده آزرده‌گی‌های روان جسمی اشاره می کند که نتیجه نارسائی‌های کمی و کیفی در رابطه عاطفی بین مادر و کودک هستند. اشپیتز معتقد است که اختلالاتی مانند اغمای نوزاد، قولنج سومین ماه و اگزمای کودکی زمانی به وجود می آیند که در اولین سال زندگی نوزاد از محبت عاطفی مادر محروم شده باشد یا سهل‌انگاری و طرد شدن از طرف مادر نسبت به نوزاد دیده شود (اشپیتز، ۱۹۶۶).

رابطه مادر فرزند نزد مادران مضطرب با مادران غیر مضطرب متفاوت است. مادران مضطرب در روابط عاطفی با فرزندان خود دچار مشکل اند، به آن‌ها کمتر محبت می‌کنند، کمتر لبخند می‌زنند و در تعامل با فرزندان بیشتر حالتی انتقادی و عصبی دارند. زمانی که والدین از نظر روان‌شناختی، اجتماعی یا اقتصادی تحت فشار باشند، در مراقبت و ابراز محبت به کودکان ناتوان و تحریک‌پذیر خود دچار مشکل می‌شوند و این امر به نوبه خود باعث ایجاد یک دلبستگی ناامن می‌شود. از سویی والدین در مقابل کودک نیازمند و آسیب‌پذیر خود دچار اضطراب می‌شوند و از سوی دیگر این اضطراب، آنان را از لحاظ عاطفی در نظر کودک غیر قابل دسترسی می‌کند و کودک در مقابل، دچار اضطراب می‌شود (اشپیتز، ۱۹۶۶).

در جریان تعاملات مادران افسرده کودکان به ندرت بیان‌چهره‌ای مثبت و بیشتر بیان‌چهره‌ای منفی، کاهش بیان کلامی، کاهش فعالیت و بازیگوشی و تقابل بیشتر حالات عاطفی منفی مادرانشان را نشان می‌دادند. خردسالان و کودکان مادران افسرده، تاخیر هیجانی، اختلال‌هایی در تنظیم عاطفه، مشکلات جدایی و دلبستگی ناایمن را نشان می‌دهند. خردسالان و پیش‌دبستانی‌های مادران افسرده در تعامل با مادرانشان کاهش بیان کلامی، افزایش بازداری در موقعیت‌های ناآشنا، و رفتارهای اجتماعی بازداری شده مضطرب با همسالانشان را نشان می‌دهند. فرزندان مدرسه‌رو در جریان تعاملات مادر کودک منفی‌گرایی و رفتار خارج از تکلیف را نشان می‌دهند و در تعاملات با مادرانشان راحت نیستند. به طور کلی آن‌ها نسبت به کودکان مادران بهنجار صمیمیت کمتر و گوشه‌گیری، انزوای اجتماعی، بی‌توجهی و ناشکیبایی بیشتری نشان می‌دهند. اختلال در جریان دوره نوجوانی به صورت بی‌اعتنایی شدید، تعارض و گوشه‌گیری بروز می‌کند. با توجه به این که روابط بین نسلی در رفتار جنایی اثبات شده است. شواهد موجود حاکی از این است که آسیب‌شناسی روانی والدین با رفتار پرخاشگرانه و ضد اجتماعی کودکان ارتباط دارد. شخصیت اجتماعی والدین ارتباط ویژه و تنگاتنگی با اختلال سلوک کودکان دارد. این ارتباط برای پدران بسیار روشن است. این بین اول اختلال سوء مصرف مواد در والدین و دوم شخصیت هیستریایی مادر با الگوهای رفتار ضد اجتماعی است. پرخاشگری کودکان نیز با پرخاشگری دوران کودکی والدین ارتباط دارد. ارتباط افسردگی مادر با پرخاشگری کودک نیز پیچیده است، و در پژوهش‌های مختلف گزارش شده است. در برخی گزارش‌ها نیز اثرات وراثتی در پرخاشگری کودک نیز پیچیده است و در پژوهش‌های مختلف گزارش شده است. در بعضی گزارش‌ها نیز اثرات وراثتی در پرخاشگری و رفتار ضد اجتماعی کودکان و نوجوانان به صورت ضعیفی گزارش شده است. اما در کل والدین به صورت منفی، رفتارهای پرخاشگرانه و بی‌اعتنایی کودک را به طور فزاینده‌ای تقویت می‌کنند.

بدرفتاری در دوران کودکی اغلب در خانواده هایی چندین مشکلی اتفاق می افتد که در آن ها فقر و تنگدستی، آسیب شناسی والدین و اختلال عملکرد خانواده تأثیر زیادی در رشد کودک می گذارد (مرکز ملی پژوهش، ۱۹۹۳) (توکلی، ۱۳۸۶).

فرضیه های پژوهش: بین لجبازی نافرمانی کودکان با اختلافات خانوادگی رابطه وجود دارد. بین اضطراب کودکان با اختلافات خانوادگی رابطه وجود دارد. بین افسردگی کودکان با اختلافات خانوادگی رابطه وجود دارد. بین روان پریشی کودکان با اختلافات خانوادگی رابطه وجود دارد.

روش تحقیق

تحقیق حاضر یک تحقیق کاربردی، از نوع توصیفی-پیمایشی بوده که مبتنی بر روش گردآوری میدانی است. جامعه آماری شامل دانش آموزان ششم ابتدایی در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ و والدین آنها ساکن شهر دره شهر می باشد. در این تحقیق ۷۰ نفر از دانش آموزان ششم ابتدایی به همراه ۷۰ نفر از والدین آنها (مادر یا پدر) به روش نمونه گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب شده است. نمونه ای را تصادفی گویند که نحوه انتخاب آن به گونه ای باشد که هر یک از عناصر جامعه شانس برابر برای انتخاب شدن داشته باشند. برای جمع آوری داده ها از دو پرسشنامه ارزیابی سلامت روان در کودکان و پرسشنامه اختلاف خانوادگی استفاده شده است. پرسشنامه ارزیابی سلامت روان در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۴ ساله (CSI-4). پرسشنامه ارزیابی سلامت روان در کودکان و نوجوانان ۴۱ سوال را دربر میگیرد. این پرسشنامه جهت ارتقاء رشد، وضعیت تحصیلی و سازگاری می باشد. سلامت روان بهداشت روان شامل نحوه تفکر، احساس و عمل ما در مقابل مواجه شدن با موقعیت هایی است که در زندگی پیش می آید. متأسفانه کودکان و نوجوانان زیادی هستند که از مشکلات استرس هیجانی رنج می برند. سلامت روانییک کودک هیچ ارتباطی با بهره هوشی وی ندارد. هم محیط و هم ساختار بیولوژیک فرد در میزان سلامت روان کودکان و نوجوانان تأثیر گذار است.

روایی و پایایی پرسشنامه: قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه گیری هر آنچه اندازه می-گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه-گیری در شرایطیکسان تا چه اندازه نتایجیکسانی به دست می-دهد. این پرسشنامه نیز با توجه به تحقیقات دیگر محققان و با نظر استاد راهنما بود استفاده شد. نحوه تهیه و تنظیم پرسشنامه به عنوان ابزاری برای گردآوری اطلاعات و داده های مورد نیاز در تحقیق یا پایان نامه و غیره نیاز مند طراحی مناسب سوالات و دقت بالایی می باشد که سعی شد این موارد لحاظ گردد. روایی این پرسشنامه توسط اسپرافگین، لانی و گادو در سال ۱۹۸۴ به دست آمده است.

نمره گذاری پرسشنامه: بایک استثناء سوالات مربوط به همه گروه ها به صورت زیر نمره گذاری می شود.

هرگز = ۰ گاهی = ۰ اغلب = ۱ بیشتر اوقات = ۱

جزء C سوال ۳۲ ت ۴۱

پرسشنامه اختلافات خانوادگی تجدید نظر شده: این پرسشنامه یک ابزار ۵۴ سوالی است که برای سنجیدن اختلافات زن و شوهری بر مبنای تجربیات بالینی استاد راهنمای پژوهش ساخته شده است. این پرسشنامه هشت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که عبارتند از کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنشهای هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر، و کاهش ارتباط موثر. مشاوران و سایر متخصصان بالینی می‌توانند از این پرسشنامه برای سنجیدن تعارضات های زن و شوهری و ابعاد آن استفاده کنند.

برای هر سوال پنج گزینه در نظر گرفته شده که به تناسب ۱ تا ۵ نمره به آنها اختصاص داده شده است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ است. سوال های خرده مقیاس ها از این قرار است: کاهش همکاری، پرسشهای ۴، ۱۲، ۱۸، ۲۵، ۳۴، کاهش رابطه جنسی، پرسشهای ۵، ۱۳، ۱۹، ۳۵، ۴۰؛ افزایش جلب حمایت فرزند، پرسشهای ۹، ۲۲، ۳۱، ۳۸، ۴۴؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، پرسشهای ۸، ۱۵، ۲۱، ۲۹، ۳۷، ۴۳؛ کاهش رابطه فردی با خویشاوندان همسر و دوستان، پرسشهای ۱، ۲۳، ۳۲، ۴۶، ۵۰، ۵۳؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، پرسشهای ۲، ۱۰، ۱۷، ۲۴، ۳۳، ۳۹، ۴۸؛ کاهش ارتباط موثر پرسشهای ۳، ۷، ۱۱، ۱۶، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۴۱، ۴۵، ۴۷، ۵۲، ۵۴.

حداکثر نمره هر خرده مقیاس مساوی با تعداد سوالهای آن خرده مقیاس ها ضربدر ۵ است. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر و تعارض کمتر است. نمره گذاری گزینه ها به این صورت است: هرگز (۱)، بندرت (۲)، گاهی (۳)، اکثرا (۴)، همیشه (۵). سوالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷، ۵۴ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند.

اعتبار (پایایی) و روایی: یکی از روشهای محاسبه قابلیت اعتماد استفاده از فرمول کرونباخ است. این روش برای محاسبه هماهنگی درونی ابزار اندازه گیری از جمله پرسشنامه ها یا آزمونهایی که خصیصه های مختلف را اندازه گیری می‌کند بکار می‌رود. در این گونه ابزارها، پاسخ هر سوال می‌تواند مقادیر عددی مختلف را اختیار کند. برای محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ابتدا باید واریانس نمره های هر زیر مجموعه سوال های پرسشنامه (یا زیر آزمون) و واریانس کل را محاسبه کرد. سپس با استفاده از فرمول زیر مقدار ضریب آلفا را محاسبه کرد.

$$r_a = \frac{j}{j-1} \left(1 - \frac{\sum S_j^2}{S^2} \right)$$

که در آن:

j = تعداد زیرمجموعه‌سوالهای پرسشنامه یا آزمون.

$$S_j^2 = \text{واریانس زیرآزمون } j\text{ام}$$

$$S^2 = \text{واریانس کلاًزمون}$$

آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر با ۹۶/۰ به دست آمد و برای ۸ خرده مقیاس آن از این قرار است: کاهش همکاری، ۰/۸۱؛ کاهش رابطه جنسی، ۰/۶۱؛ افزایش واکنش های هیجانی، ۰/۷۰؛ افزایش جلب حمایت فرزند، ۰/۳۳؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، ۰/۸۶؛ کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۰/۸۹؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، ۰/۷۱؛ و کاهش ارتباط موثر، ۰/۶۹. پرسشنامه از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. در مرحله تحلیل محتوای آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سوال با کل پرسشنامه و مقیاس های آن، به دلیل همبستگی مناسب تمام سوالات، هیچ سوالی حذف نشد.

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون همبستگی و آزمون تی) استفاده شده است. در این بخش توسط آزمون همبستگی پیرسون به آزمون آماری فرضیه های پژوهشی پرداخته شده است. فرضیه ۱: بین لجبازی و نافرمانی کودکان با اختلافات والدین رابطه وجود دارد: فرض H_0 : بین لجبازی و نافرمانی کودکان با اختلافات والدین رابطه وجود ندارد. فرض H_1 : بین لجبازی و نافرمانی کودکان با اختلافات والدین رابطه وجود دارد.

جدول ۱. همبستگی بین لجبازی کودکان و اختلافات والدین

تعداد نمونه	سطح معناداری	همبستگی پیرسون
۷۰	۰.۰۰	۰.۸۱۶

چنانچه در جدول فوق ملاحظه میگردد چون میزان همبستگی ($r = 0.816$) است و مقدار سطح معناداری (0.00) شد و چون سطح معنی داری به دست آمده از سطح خطای مورد نظر ($\alpha = 0/05$) کوچکتر است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر رد گردید و فرض H_1 (فرض محقق) تایید شد بعبارت دیگر بین لجبازی و نافرمانی کودکان با اختلافات والدین رابطه معنادار وجود دارد.

فرضیه ۲: بین اضطراب کودکان با اختلافات والدین رابطه وجود دارد: فرض H_0 : بین اضطراب کودکان با اختلافات والدین رابطه وجود ندارد. فرض H_1 : بین اضطراب کودکان با اختلافات والدین رابطه وجود دارد.

جدول ۲. همبستگی بین اضطراب کودکان و اختلافات والدین

تعداد نمونه	سطح معناداری	همبستگی پیرسون
۷۰	۰	۰.۶۶۷

چنانچه در جدول فوق ملاحظه می‌گردد چون میزان همبستگی ($r = 0.667$) است و مقدار سطح معناداری ($p < 0/05$) شد و چون سطح معنی داری به دست آمده از سطح خطای مورد نظر ($\alpha = 0/05$) کوچکتر است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر رد گردید و فرض H_1 (فرض محقق) تایید شد لذا نتیجه میگیریم فرض صفر رد گردید بعبارت دیگر بین اضطراب کودکان با اختلافات والدین رابطه معنادار وجود دارد.

فرضیه ۳: بین افسردگی کودکان با اختلافات والدین رابطه وجود دارد: فرض H_0 : بین افسردگی کودکان با اختلافات والدین رابطه وجود ندارد. فرض H_1 : بین افسردگی کودکان با اختلافات والدین رابطه وجود دارد.

جدول ۳. همبستگی بین افسردگی کودکان و اختلافات والدین

تعداد نمونه	سطح معناداری	همبستگی پیرسون
۷۰	۰.۱۶	۰.۴۲۵

چنانچه در جدول فوق ملاحظه می‌گردد چون میزان همبستگی ($r = 0.425$) است و مقدار سطح معناداری ($p < 0/05$) شد پس چون سطح معنی داری به دست آمده از سطح خطای مورد نظر ($\alpha = 0/05$) بزرگتر است با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر تایید گردید و فرض H_1 (فرض محقق) رد شد بعبارت دیگر بین افسردگی کودکان با اختلافات والدین رابطه معنادار وجود ندارد.

فرضیه ۴: بین روان پریشی کودکان و اختلافات خانوادگی رابطه وجود دارد: فرض H_0 : بین روان پریشی کودکان و اختلافات خانوادگی رابطه وجود دارد. فرض H_1 : بین روان پریشی کودکان و اختلافات خانوادگی رابطه وجود دارد.

جدول ۴. همبستگی بین روان پریشی کودکان و اختلافات والدین

تعداد نمونه	سطح معناداری	همبستگی پیرسون
۷۰	۰.۲۴۷	۰.۳۷۲

چنانچه در جدول فوق ملاحظه می‌گردد چون میزان همبستگی ($r = 0.372$) است و مقدار سطح معناداری ($p < 0/05$) شد پس چون سطح معنی داری به دست آمده از سطح خطای مورد نظر ($\alpha = 0/05$) بزرگتر است با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر تایید گردید و فرض H_1 (فرض محقق) رد شد بعبارت دیگر بین روان پریشی کودکان با اختلافات خانوادگی رابطه معنادار وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: بین لجبازی و نافرمانی کودکان با اختلافات والدین رابطه وجود دارد. نتیجه آزمون فرضیه پژوهشی با ($p < 0/05$) خطا تایید شد. به عبارت دیگر بین لجبازی و نافرمانی کودکان با اختلافات والدین در سطح معناداری ($p < 0/05$) رابطه معنی دار وجود دارد. در توجیه این یافته می‌توان گفت خانواده بیش از هر عنصر دیگری در ایجاد رفتارهای نافرمانی و لجبازی کودکان نقش دارند، تا جاییکه می‌توان گفت یکی از بهترین راه‌های کنترل

لجبازی کودکان کنترل و بهبود ارتباطات و روابط خانوادگی می باشد والدینی که با یکدیگر اختلاف نظر دارند و در مشاجرات از فرزندان خود می خواهند طرف یکی از والدین را بگیرد یا درگیر در مشاجرات والدین شود. و همین سبب می شود در مقابل یکی از والدین بیشتر لجبازی کنند وقتی هر یک از والدین دچار مشکل زناشویی و یا دشواری ارتباط با همسر خود شده باشند در بر آوردن نیازهای فرزندان شان نیز ناتوان خواهند بود و فرزندان را در نگرانی های خود شریک می کنند. و سبب بروز اختلالاتی مانند لجبازی در کودکان می گردند.

نتایج این پژوهش با یافته های تحقیقات فرشید نژاد (۱۳۸۰)؛ قشقایی (۱۳۸۱)، مهرابی (۱۳۸۴)، شهیم (۱۳۸۲)، رضازاده (۷۹)، ابادری (۱۳۸۵)، شیرسوار فرد (۱۳۸۵)، کریمی (۱۳۸۶)، حسن پور (۱۳۸۶)، انصاری (۱۳۸۷)، پروت، مارکال و مارکال (۱۹۹۲)، کانت ول و بیلر (۱۹۹۱)، لوین و لانگ نس (۲۰۰۳)، مارگاریت وراوین (۲۰۰۵)، پاستور (۲۰۰۵) همخوانی و هماهنگی می کند. که آنها نیز در تحقیقات خویش بر ریشه داشتن لجبازی کودکان در رفتارهای والدین در خانه تاکید کرده اند.

فرضیه دوم: بین اضطراب کودکان و اختلافات والدین رابطه معنی دار وجود دارد. نتیجه آزمون فرضیه پژوهشی با (۰/۰۵) خطا تأیید شد. به عبارت دیگر «بین اضطراب کودکان با اختلافات والدین در سطح معناداری ($p < 0/05$) رابطه معنی دار وجود دارد». بسیاری از روانشناسان معتقدند که اولین عامل ایجاد کننده نگرانی در کودک اختلاف و نزاع والدین است زیرا در این صورت آرامش و آسایش کودک سلب می شود. تحقیقات نشان داده است که کودکان خانواده هایی که همواره بین والدین شان اختلاف و درگیری وجود دارد، معمولاً دچار نگرانی شدید و مشکلات عاطفی و روانی هستند. کودک زمانی که در معرض اختلاف های والدین خود قرار می گیرد، شدیداً ناراحت و در مورد آینده خود دچار دلواپسی می شود. این کودکان معمولاً "کم حرف"، "گوشه گیر" و "بهانه جو" بار می آیند و همیشه نگرانند که روزی نزاع والدین شان باعث شود یکی از آنها او را ترک کند! احساس ناامنی و آشفتگی در خانه باعث اضطراب شدیدی در کودک می شود.

نتایج این پژوهش با یافته های تحقیقات، گرجی (۱۳۷۹)، فرشید نژاد (۱۳۸۰)، صفایی (۱۳۸۱)، شهیم (۱۳۸۲)، مهرابی (۱۳۸۴)، رضازاده (۱۳۷۹)، ابادری (۱۳۸۵)، شیرسوار فرد (۱۳۸۵)، کریمی (۱۳۸۶)، حسن پور (۱۳۸۶)، انصاری (۱۳۸۷)، پروت، مارکال و مارکال (۱۹۹۲)، کانت ول و بیکر (۱۹۹۱)، لوین و لانگ نس (۲۰۰۳)، مارگالیت و راوین (۲۰۰۵) و سچمان و پاستور (۲۰۰۵) تور - کاسپا (۲۰۰۲)، استونسون و رومنی (۱۹۹۵) هماهنگی کامل دارد. که آنها نیز در نتایج تحقیق خود بر رابطه مستقیم بین اضطراب کودکان و اختلافات والدین تاکید دارند.

فرضیه سوم: بین افسردگی کودکان و اختلافات والدین رابطه وجود دارد. نتیجه آزمون فرضیه پژوهشی با (۰/۰۵) خطا تأیید نشد. به عبارت دیگر «بین افسردگی کودکان با اختلافات والدین در سطح معناداری ($p < 0/05$) رابطه معنادار وجود ندارد»: نتایج این پژوهش با یافته های تحقیقات گرجی (۱۳۷۹)، فرشید نژاد (۱۳۸۰)، صفایی

(۱۳۸۱)، شهیم (۱۳۸۲)، مهرابی (۱۳۸۴)، رضازاده (۱۳۷۹)، اباذری (۱۳۸۵)، شیرسوار فرد (۱۳۸۵)، کریمی (۱۳۸۶)، حسن پور (۱۳۸۶)، انصاری (۱۳۸۷)، پروت، مارکال و مارکال (۱۹۹۲)، مانت ول و بیکر (۱۹۹۱)، لوین و لانگ نس (۲۰۰۳)، مارگالیت و راوین (۲۰۰۵) و سچمان و پاستور (۲۰۰۵)، تور-کاسپا (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که اختلافات والدین عامل اساسی در افسردگی کودکان است زیرا پیش از آنکه کودکان این سنین بخواهند علت رفتارهای پر مشاجره والدین را بفهمند آنچه نصیب این بچه‌ها می‌شود، ترس و اضطراب و افسردگی است. معمولاً این بچه‌ها از رفتن به مهد کودک امتناع می‌کنند چرا که از وضعیت موجود نگرانند اما نمی‌توانند علت آن را از نظر شناختی توضیح دهند. در دوره دبستان، قوه شناختی تا حدودی رشد پیدا می‌کند اما کودک هنوز به مهارت‌های شناختی پیچیده دست پیدا نکرده، در نتیجه از مشاجرات والدینش احساس شرم، خجالت و گناه می‌کند. کودکان چنین می‌پندارند که آنها علت نزاع‌های والدین هستند. و این عامل اصلی افسردگی این کودکان است. اما در تحقیق حاضر و تحقیق به فندریچ (۱۹۹۰) رابطه ای بین این دو متغیر یافت نشد و دلیل آن را می‌توان در تفاوت نمونه‌ها یا ابزارهای اندازه‌گیری عنوان کرد.

فرضیه چهارم: بین روان‌پریشی کودکان و اختلافات والدین رابطه وجود دارد. نتیجه آزمون فرضیه پژوهشی با $(p < 0/05)$ خطا رد شد. به عبارت دیگر «بین روان‌پریشی کودکان و اختلافات والدین در سطح معناداری $(p < 0/05)$ رابطه معنی دار وجود ندارد». به طور کلی ریشه همه اختلالات روان‌پزشکی تقریباً همچنان ناشناخته مانده است و نمی‌توان گفت عامل خاصی دلیل وجود این اختلال است. عواملی که باعث می‌شود کودک به یک نوع از اختلال روان مثل روان‌پریشی دچار شود، در درجه اول وجود موارد ژنتیکی و زیست‌شناختی در فرد است، ولی عوامل اجتماعی و فرهنگی نیز در شکل‌گیری اختلالات روان نقش مهمی دارند. که یافته‌های تحقیقات گرجی (۱۳۷۹)، فرشید نژاد (۱۳۸۰)، صفایی (۱۳۸۱)، شهیم (۱۳۸۲)، مهرابی (۱۳۸۴)، رضازاده (۱۳۷۹)، اباذری (۱۳۸۵)، شیرسوار فرد (۱۳۸۵)، کریمی (۱۳۸۶)، حسن پور (۱۳۸۶)، انصاری (۱۳۸۷)، کانت ول و بیکر (۱۹۹۱)، لوین و لانگ نس (۲۰۰۳)، لدویتر (۲۰۰۳)، امپارا (۲۰۰۴)، مارگالیت و راوین (۲۰۰۵) و سچمان و پاستور (۲۰۰۵)، تور-کاسپا (۲۰۰۱) رابطه بین روان‌پریشی کودکان و اختلافات والدین را تایید کرده‌اند. اما در تحقیق حاضر رابطه ای بین این دو متغیر یافت نشد.

منابع

- اسماعیل، محمد. (۱۳۸۳). بررسی رابطه اختلالات رفتاری کودکان با بهداشت روانی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران.
- توکلی، محمدباقر. (۱۳۸۶). بررسی رابطه‌ی اشتغال مادران با سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی فرزندان آنها در مقطع ابتدایی شهرستان سنندج، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۸۵). روانشناسی مرضی-تحوالی از کودکی تا بزرگسالی. انتشارات سمت.
- دادستان، پریرخ؛ منصور، محمود. (۱۳۸۹). مبانی آزمایشی بالینی و فرآیند تحقیق. انتشارات سمت.
- سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت الله. (۱۳۹۰). اختلالات رفتاری کودکان و روش های اصلاح و ترمیم آن. نشر دفتر تحقیقات و انتشارات بدر تهران.
- شاه محمدی، داود؛ باقری یزدی، عباس. (۱۳۸۹). ادغام بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه، ۴۳ پلاهنک، تهران، انتشارات مجمع علمی فرهنگی.
- عیسی زاده، علی اصغر. (۱۳۹۳). مجموعه مقالات حقوق کودک حقوق خانواده. نشر نظری.
- مهرابی، گلپر. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر جو عاطفی خانواده در رشد اجتماعی فرزندان در بین دانش‌آموزان سال اول مدارس راهنمایی شهر کرمان، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی علامه طباطبایی.
- نلسون و همکاران. (۱۳۸۷). اختلالات رفتاری کودکان، ترجمه‌ی محمدتقی منشی طوسی، انتشارات آستان قدس رضوی.
- نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۹۱). اثربخشی الگوی خانواده درمانی، مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، شماره ۲۴.
- هنری ماسن، پاول و همکاران. (۱۳۸۰). رشد و شخصیت کودک، ترجمه‌ی مهشید یاسایی، نشر مرکز.
- هیلگارد، ارنست و همکاران. (۱۳۸۸). زمینه‌های روانشناسی، ترجمه‌ی علی‌اکبر سیف، محمد نقی براهینی و دیگران، انتشارات رشد، تهران.

The Impact of Family Differences on the Mood and Interaction of the Child in the Family

Mahtab Alavi^{1*}

Nahid Karami²

Sakineh Hashemi³

Abstract

The present study aimed to investigate the effect of family disputes on the morale and intercourse of the child in the family. And research is descriptive-survey; and all sixth grade elementary students who have been studying in the city of Darreh Shahr in the years 95-96 have formed a community of society, the research sample is 70 students who have been selected using simple random sampling. To collect data, two mental health assessment questionnaires in children and family disputes questionnaire were used, the results showed that there is a significant relationship between child abuse and anxiety in children with family disputes but there is no relationship between depression and psychosis of children with family disputes. Therefore, since most children's behavioral problems in the home and school reflect the complex interpersonal and behavioral conditions of family members, especially parents, parents must provide a safe and comfortable environment for the children's mental and mental well-being.

Key Words: Family Differences, Leukobia, Anxiety, Depression, Psychosis

¹ Master of Science in Education from Allameh Tabatabai University of Tehran, Iran.
Corresponding author: mahtab.alavi88@yahoo.com

² Master's degree in Educational Psychology from Kharazmi University of Tehran, Iran.

³ Instructor of Payame Noor University of Tehran, Iran.