

بررسی رابطه بین بی‌ثباتی ازدواج با مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و خودکارآمدی کودکان

مریم غلامحسینی^۱، محسن مشکبید حقیقی^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

^۲ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

نام نویسنده مسئول:

محسن مشکبید حقیقی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بی‌ثباتی ازدواج مادر با مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و خودکارآمدی کودکان انجام گرفته است. این پژوهش به روش توصیفی-همبستگی بوده و جامعه آماری آن شامل کلیه دختران ۱۰-۱۲ ساله مدارس ابتدایی شهر لاهیجان و مادران آن‌ها بوده است. از این تعداد ۳۶۰ نفر به عنوان نمونه به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای در نظر گرفته شدند. از پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان، پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان و پرسشنامه شاخص بی‌ثباتی ازدواج به منظور بررسی متغیرهای اصلی استفاده گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار SPSS-21 و ضریب همبستگی پیرسون بهره گرفته شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین رابطه بی‌ثباتی ازدواج مادر و انواع مشکلات رفتاری درونی ساز شده (شامل خرده مقیاس‌های گوشه‌گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی و مقیاس اضطراب/ افسردگی کودک) رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین، می‌توان گفت مادرانی که دارای ازدواج بی‌ثبات تری هستند، کودکان شان به مشکلات رفتاری درونی ساز شده مبتلا هستند. در نهایت، یافته‌های تحقیق مشخص نمود که بین بی‌ثباتی ازدواج مادر و خودکارآمدی دختران رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

واژگان کلیدی: بی‌ثباتی ازدواج مادر، مشکلات رفتاری، خودکارآمدی، کودکان.

مقدمه

با توجه به اینکه کودکان امروز، صاحبان بلافضل آینده جامعه هستند، سلامتی و بیماری آنان در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسل‌های آینده اثراتی قابل توجه به‌دنبال خواهد داشت. بنابراین لازم است به سلامت روانی- جسمانی این قشر عظیم بیشتر توجه شود. تحقیقات معتبر انجام شده در جهان نشان داده‌اند که میزان اختلالات رفتاری در کودکان سنین دبستانی در مناطق مختلف متغیر بوده و معمولاً بین ۲ تا ۱۲ درصد است. مشکلات رفتاری درون‌سازی در دوران کودکی بسیار شایع بوده و شیوع آن در جهان و مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است. بدیهی است که بسیاری از کودکان در سال‌های نخستین کودکی واجد مشکلات عاطفی و رفتاری هستند که در طی زمان و شاید تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یابد [۱].

مشکلات رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های ابتدایی دوره دبستان مشاهده می‌شود و بین سنین ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسد. میزان شیوع اختلال‌های دوران کودکی در پژوهش‌های مختلف بین ۶ تا ۲۵ درصد گزارش شده است [۲]. این مشاهدات نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر، درصد کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری رو به افزایش است که از دلایل آن می‌توان به افزایش میزان جدایی‌های والد- کودک به دلایلی همچون بی‌ثباتی ازدواج والدین، اشتغال زنان، افزایش میزان طلاق و سپردن مراقبت کودکان به مراقبان غیر والد اشاره نمود [۳]. اهمیت پیشگیری زودرس وقتی بیشتر آشکار می‌شود که مشاهده می‌شود کودکان در سنین پایین به مراکز تخصصی بهداشت روانی ارجاع داده شده و تأخیر در شناسایی مشکلات کودکان نتیجه‌ای جز افزایش تأثیرات موقعیت منفی و ایجاد مشکلات جدی در راه بازپروری یا درمان آن‌ها نخواهد داشت [۴].

خانواده اولین هسته اجتماع و اساسی‌ترین بنیان جامعه است که نقش مهمی در سلامت و بهداشت روانی کودکان و اعضای جامعه دارد [۵]. در میان عوامل اجتماعی زیادی که در رشد و تحول کودک نقش دارند، خانواده بدون شک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. خانواده سالم کودک را برای قبول مسئولیت آماده می‌سازد و به افکار و عواطف و اراده و فعالیت وی شکل خاصی می‌بخشد و او را اجتماعی می‌کند. به این صورت که از طریق تمرین و الگودهی به او یاد می‌دهد که چگونه خود را با هنجارهای اجتماعی هماهنگ سازد [۶]. پژوهش‌ها و مطالعات محققین مختلف نشان داده است که بین فضای حاکم بر خانواده و مشکلات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد. آن‌ها بیان نمودند که افراط و تفریط در زمینه‌هایی چون پذیرش، توجه و مراقبت، آزادی و تشویق و انجام کارهای نادرست و خلاف، نقش مهمی را در ایجاد مشکلات رفتاری کودکان ایفا می‌کند. جو خانوادگی که شامل روابط والدین نسبت به فرزندان، فرزندان نسبت به یکدیگر و والدین نسبت به هم است، می‌تواند در ایجاد سازش کودک نقش تسهیل کننده یا بازدارنده داشته باشد [۷]. بی‌ثباتی ازدواج همراه با مفاهیمی همچون از هم پاشیدگی زناشویی، قطع روابط زناشویی، طلاق، کیفیت زناشویی پایین و ترک ازدواج بیان شده است. به بیان دیگر مفهوم بی‌ثباتی ازدواج به عنوان گرایش زوج به طلاق اشاره دارد که شامل دو حالت شناختی و رفتاری می‌باشد. در واقع بی‌ثباتی ازدواج زمانی مطرح می‌شود که یک عضو از زوج یا هر دو عضو درباره طلاق یا جدایی می‌اندیشند و یا اعمالی را انجام می‌دهند که به پایان رساندن ازدواج گرایش دارد [۸]. پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که مشکلات زناشویی والدین بر فرزندان و کیفیت روابط آن‌ها تأثیر می‌گذارد و بین اختلالات زناشویی و مشکلات رفتاری کودکان رابطه مستقیم وجود دارد [۹]. بر اساس مطالعات انجام شده حداقل ۵ تا ۱۰ درصد کودکان و نوجوانان در سنین مدرسه مشکلات جدی و مستمر هیجانی یا رفتاری دارند که درصد قابل توجهی از این مشکلات ممکن است تا سال‌های بعد هم ادامه‌دار باشند [۲].

بیان مسئله

اصطلاح مشکلات رفتاری به رفتارهایی اطلاق می‌شود که با وجود پایین نبودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری فرد از اندازه عمومی و دارای شدت، تکرار، مداومت در زمان‌ها و مکان‌های متعدد باشد، بطوریکه در عملکردهای تحصیلی- رفتاری دچار درماندگی شده و باعث کاهش میزان کارایی فرد گردد. این گونه افراد دائماً از سوی اطرافیان به طور مستقیم یا غیرمستقیم طرد می‌شوند [۱۰]. مطالعات نشان داده‌اند که کودکان در خانواده‌های آشفته، مشکلات رفتاری درون‌سازی شده بیشتری نسبت به کودکان عادی دارند [۱۱]. در همین راستا مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و خودکارآمدی کودکان در خانواده‌های مستعد طلاق و بی‌ثبات قابل بررسی می‌باشد. در واقع، دسته‌بندی مشکلات دوران کودکی در قالب مشکلات درون‌سازی شده از جامع‌ترین و پرکاربردترین پژوهش‌ها در زمینه طبقه‌بندی اختلالات دوران کودکی است که از رویکرد ابعادی پیروی می‌کند [۱۲]. مشکلات درون‌سازی شده از نظر ماهیت، درون فردی هستند و به شکل کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی بروز پیدا می‌کند. این دسته از مشکلات بیش از آنکه موجب ناراحتی اطرافیان شود موجب رنج خود کودک می‌شود. نشانه‌های مشکلات درون‌سازی شده عبارتند از سکوت زیاد، اضطراب و افسردگی، بازداری و ناامیدی، کناره‌گیری، انزوای اجتماعی و دردهای بدنی هستند [۱۳].

مشخصه اصلی اختلال‌های درونی سازی شده، رفتارهای بیش از حد مهار شده‌ای است که معطوف به درون هستند [۱۲]. به عبارتی، مشکلات درون‌سازی شده شامل نوعی آشفتگی اصلی در هیجان‌ها و خلقیات است. نشانه‌شناسی این اختلالات غالباً دربرگیرنده احساس‌های حقارت، خودآگاهی زیاد، کناره‌گیری اجتماعی، کمرویی، ترس، دلبستگی بیش از حد، غم و اندوه مزمن است [۱۴]. کودکان دچار اختلال‌های درونی سازی شده با مشکلات فراوانی روبرو هستند که از میان آنها می‌توان به سطح پایین عزت نفس، ضعف تحصیلی و مشکلات ارتباطی با همسالان اشاره کرد [۱۵]. در واقع، اختلالات درون‌سازی رفتارهایی هستند که بیشتر به درون خود کودک هدایت می‌شوند. این اختلالات از مشکلاتی تشکیل شده‌اند که بر اساس سمپتوم‌های بیش از حد کنترل شده قرار دارند و شامل اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال اضطراب اجتماعی، افکار تکرار شونده، فوبیای خاص، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال افسردگی عمده و اختلال دیستیمیک می‌شود [۱۶]. خانواده یکی از مهمترین عوامل محیطی است که بعد کارکردی آن در مطالعه‌های مختلف مورد تامل قرار گرفته است. والدین با رفتارهای خود آفریننده‌های موقعیت‌هایی هستند که رفتارهای خاص را در فرزندان بر می‌انگیزند و یا سرمشق‌هایی را برای الگوسازی در اختیار آنها قرار داده و یا به تشویق دسته خاصی از رفتارها می‌پردازند [۱۷]. تجربه‌های نخستین کودکان با مراقبان، به ویژه مادر در شکل‌گیری و تحول ساختار روانی مانند هیجان، شخصیت و رفتار نقش مهمی دارند. یکی از متغیرهای تأثیرگذار در روابط بین کودکان با مراقبان و نحوه مراقبت از کودکان در برابر بسیاری از مشکلات درون‌سازی، ارتباط همدلانه و ثبات در روابط والدین است [۱۸].

یکی از عوامل مهم در ایجاد رابطه مطلوب اجتماعی با همسالان، خودکارآمدی اجتماعی یا بصورت خاص‌تر، خودکارآمدی در تعامل با همسالان است. خودکارآمدی اجتماعی به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در رسیدن به معیارها و ارتباطات اجتماعی است و خودکارآمدی در تعامل با همسالان به ارزیابی کودک از توانایی خود برای متقاعد کردن همسالانش به گونه‌ای که احساسات و رفتار آنها را به شیوه‌ای جمع پسند تحت تأثیر قرار دهد، اطلاق می‌شود [۱۹]. از آنجا که خانواده به عنوان بنیادی‌ترین نهاد اجتماعی، نخستین پایگاه ارتباطی با فرزندان محسوب می‌شود، نقش موثری در شکل‌گیری شخصیت و شاخص‌های سلامت روان فرزندان ایفا می‌کند و تعاملات با والدین از جمله مسائل مهمی است که بر رشد شخصیتی کودکان و نوجوانان موثر است [۲۰].

خودکارآمدی، احساس شایستگی، کفایت و قابلیت است که فرد در کنار آمدن با چالش‌های زندگی، حد مهاری که بر زندگی خود دارد و قضاوت در مورد توانایی تکمیل یک تکلیف، در خود احساس می‌کند. خودکارآمدی محوری‌ترین مفهوم نظریه شناختی- اجتماعی بندورا است. باورهای خودکارآمدی مبنای فرآیندهای مهمی مانند انگیزش، بهزیستی روانی و علایق فردی است [۲۱]. به عقیده بندورا، خودکارآمدی از مهم‌ترین عوامل در رشد ارتباطات سالم و مطلوب اجتماعی است که رضایت از زندگی فرد را در پی دارد [۲۲]. از سوی دیگر شایستگی اجتماعی به عنوان یکی از بهترین پیش‌بینی کننده‌های موفقیت تحصیلی و اجتماعی و عملکرد مطلوب فعلی و آینده در نظر گرفته می‌شود [۲۳]. حیطه‌های مختلف خودکارآمدی عبارتند از: الف) خودکارآمدی تحصیلی به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در یادگیری، حل مسائل تحصیلی و دستیابی به موفقیت‌های تحصیلی؛ ب) خودکارآمدی هیجانی به معنای کودک از توانمندی خود در رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی است؛ ج) خودکارآمدی تعاملی که به معنای ادراک کودک از توانمندی خود در رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی است. والدین، گروه همسالان و محیط آموزشی، در رشد خودکارآمدی نقش دارند [۲۲].

کودکی که احساس خودکارآمدی ندارد، به دنبال چالش با محیط نیست و در شرایطی مشخص دچار ترس و اضطراب می‌شود و چون ذهنیت و باور به ناتوان بودن دارد، همیشه احساس می‌کند به دیگران نیاز دارد تا از او حمایت کنند و همواره نگران است که حمایت مورد نظر را از دست بدهد. فقدان خانواده حمایتگر و عدم وجود رابطه ایمن و توأم با اعتماد، میل به حمایت و ترس از طرد شدن را بیشتر می‌کند [۲۴]. بنابراین یک عامل ایجاد فشار محیطی در خانواده می‌تواند در کودکان باعث بروز اختلال رفتاری شود و مشکلات متعددی را برای آنان به وجود آورد. پژوهش حاضر به دنبال یافتن رابطه بی‌ثباتی ازدواج مادر با ابعاد درون‌سازی و خودکارآمدی کودک است. تعیین ابعاد به خودی خود نیازمند مداخله جدی در رفتار مادران و مداخله در فرایند ازدواج بی‌ثبات آنان است و باید مشخص گردد کدام یک از ابعاد درون‌سازی کودک نیازمند توجه ویژه است. پژوهش حاضر از دو جنبه نظری و کاربردی حائز اهمیت است؛ از جنبه نظری نتایج تحقیق حاضر می‌تواند اطلاعاتی در مورد کیفیت ازدواج مادر و اهمیت آن در تحول مشکلات رفتاری و خودکارآمدی کودکان فراهم آورده و در بهبود بهداشت روانی کودکان در خانواده موثر واقع شود. مزایای جنبه کاربردی تحقیق آن است که مشاوران و درمان‌گرانی که به کار تشخیص، درمان و راهنمایی کودکان می‌پردازند، در کار با اختلال‌های رفتاری کودکان می‌توانند ضمن آگاهی از انواع مشکلات درون‌سازی شده کودکان و ارزیابی چگونگی خودکارآمدی آنان به بررسی ریشه احتمالی مشکلات در روابط زوجین و رفتار مادران بپردازند. با توجه به مسائل مطرح شده به نظر می‌رسد بررسی تأثیرات ناپایداری و بی‌ثباتی ازدواج در پیش‌بینی مشکلات رفتاری کودکان و خودکارآمدی آن‌ها از اهمیت به سزایی برخوردار است. از این رو تحقیق حاضر برای پاسخگویی به فرضیه‌های زیر طراحی شده است.

فرضیه اول: بین بی‌ثباتی ازدواج مادر و مشکلات درون‌سازی شده دختران رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیه دوم: بین بی‌ثباتی ازدواج مادر و خودکارآمدی دختران رابطه معناداری وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر به روش توصیفی-همبستگی اجرا شده است و بدین واسطه متغیر بی‌ثباتی ازدواج مادر به عنوان متغیر پیش‌بین و متغیرهای مشکلات رفتاری درونی سازی شده و خودکارآمدی دختران به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دختران ۱۰-۱۲ ساله مدارس ابتدایی شهر لاهیجان (تعداد ۲۳۳۰) نفر و مادران آن‌ها بوده است. حجم نمونه پژوهش بر اساس جدول مورگان (۳۳۱) نفر (دانش آموزان دختر و به همان تعداد مادران این دختران) تعیین شد و به منظور افزایش اعتبار پژوهش و کاستن از خطای نمونه‌گیری حجم نمونه به ۳۶۰ نفر افزایش پیدا کرد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد؛ بدین معنا که از میان کلیه مدارس ابتدایی دخترانه دولتی شهر لاهیجان، تعدادی از مدارس ابتدایی دخترانه (پورضیاییان ۲، مقداد، چمران، کانون الزهرا) به تصادف انتخاب و در میان این مدارس تعدادی از کلاس‌های چهارم، پنجم و ششم انتخاب و دانش‌آموزان این کلاس‌ها به همراه مادرشان به پرسشنامه‌های مربوطه پاسخ دادند. به این دلیل این گروه سنی انتخاب شدند تا ملاحظات عملی اجرای ابزار (توانایی خواندن و فهم محتوای سوالات) رعایت گردد. مادران توسط محقق به مدارس دعوت و فرم خود را به صورت انفرادی در دفتر آموزشگاه تکمیل کردند، اما دانش‌آموزان به صورت گروهی پرسشنامه خودکارآمدی را در کلاس درس تکمیل کردند. ابزار استفاده شده در این پژوهش به شرح زیر انتخاب شدند:

سیاهه رفتاری کودکان (CBCL)^۱: سیاهه رفتاری کودک از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ (ASEBA)^۲ بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون‌سازی شده را تشکیل می‌دهند. این پرسشنامه مشکلات عاطفی-رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶-۱۸ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود. ضرایب کلی اعتبار فرم‌های CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. این ابزار برای اولین بار در ایران توسط تهرانی‌دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شده است. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شد. این پرسشنامه از ۱۱۵ سوال در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان تشکیل شده است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد. بدین ترتیب که نمره «۰» به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره «۱» به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره «۲» نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. این فرم، ۸ مشکل یا سندرم عاطفی-رفتاری را اندازه می‌گیرد که عبارت است از: اضطراب/افسردگی (مواد ۱۲، ۱۴، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۴۵، ۵۰، ۵۲، ۷۱، ۹۱ و ۱۱۲)؛ گوشه‌گیری/افسردگی (مواد ۵، ۴۲، ۶۵، ۶۹، ۷۵، ۱۰۲، ۱۰۳ و ۱۱۱)؛ شکایات جسمانی (مواد ۴۷، ۴۹، ۵۱، ۵۴، ۵۶)؛ مشکلات اجتماعی (مواد ۱۱، ۱۲، ۲۵، ۲۷، ۳۴، ۳۶، ۳۸، ۴۸، ۶۲، ۶۴ و ۷۹)؛ مشکلات تفکر (مواد ۹، ۱۸، ۴۰، ۴۶، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۶، ۷۰، ۷۶، ۸۰، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۹۲ و ۱۰۰)؛ مشکلات توجه (مربوط به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی) (مواد ۱، ۴، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۴۱، ۶۱، ۷۸ و ۸۰)؛ رفتار قانون شکنی (مواد ۲، ۲۶، ۲۸، ۳۹، ۴۳، ۶۳، ۶۷، ۷۲، ۷۳، ۸۱، ۸۲، ۹۰، ۹۶، ۹۹، ۱۰۱، ۱۰۵ و ۱۰۶)؛ رفتار پرخاشگری (شامل مواد ۳، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۷، ۵۷، ۶۸، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۴، ۹۵، ۹۷ و ۱۰۴). این ابزار را هم می‌توان به صورت خودگزارشی و هم به صورت مصاحبه اجرا کرد. همچنین CBCL را می‌توان به منظور اندازه‌گیری تغییرات رفتاری کودک در زمان یا به دنبال درمان مورد استفاده قرار داد.

پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان (SEQ-C)^۳: پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان توسط موریس (۲۰۰۱) و با اقتباس از پرسشنامه خودکارآمدی بندورا، باربارانلی، کاپارا، پاستورلی (۱۹۹۶) ساخته شده است که شامل ۲۳ ماده است که از خرده‌آزمون خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و خودکارآمدی هیجانی تشکیل شده و توانایی آزمودنی را در موقعیت‌های مختلف می‌سنجد. خرده‌آزمون خودکارآمدی اجتماعی که شامل هشت ماده اول پرسشنامه است، توانمندی ایجاد ارتباط با همسالان، قاطعیت و رسیدن به معیارهای اجتماعی را می‌سنجد. خرده‌آزمون خودکارآمدی تحصیلی شامل هشت ماده دوم پرسشنامه است و احساس توانمندی در مدیریت رفتارهای یادگیری، تسلط بر موضوعات درسی و تحقق انتظارات تحصیلی را مورد سنجش قرار می‌دهد. خرده‌آزمون خودکارآمدی هیجانی شامل هفت ماده آخر پرسشنامه است و احساس توانمندی فرد را در مقابله با هیجانات منفی و کنترل آن‌ها می‌سنجد. موریس (۲۰۰۲) ساختار مقیاس در سه حیطه اجتماعی، تحصیلی و هیجانی را نشان داد. پایایی مقیاس نیز خوب گزارش شده است و ثبات درونی آن ۰/۸۰ محاسبه شد. در مطالعه موریس (۲۰۰۱) علاوه بر بررسی روایی همگرا و واگرای مقیاس، پایایی کل مقیاس ۰/۷۰، خودکارآمدی اجتماعی ۰/۷۸،

^۱ - Child Behavior Check list

^۲ - Achenbach System of Empirically Based Assessment

^۳ - Self-Efficacy Questionnaire -Children

خودکارآمدی تحصیلی ۰/۸۷، خودکارآمدی هیجانی ۰/۸۰ و خودکارآمدی تحصیلی ۰/۸۷ گزارش شده است. برای نمره گذاری این پرسشنامه ابتدا در هر عبارت به ترتیب زیر به پاسخ‌ها نمره بین ۱ تا ۵ داده می‌شود (۵: بسیار زیاد و ۱: اصلاً). نمره بیشتر به معنی داشتن خودکارآمدی بیشتر است. با جمع نمرات ماده‌های هر خرده مقیاس و کل ماده‌های مقیاس، چهار نمره محاسبه می‌گردد که عبارتند از: نمره خودکارآمدی اجتماعی، نمره خودکارآمدی تحصیلی، نمره خودکارآمدی هیجانی و نمره خودکارآمدی کلی. دامنه نمرات برای خودکارآمدی کلی از ۲۳ الی ۱۱۵، برای خودکارآمدی اجتماعی و تحصیلی از ۸ الی ۴۰ و برای خودکارآمدی هیجانی از ۷ الی ۳۵ است.

پرسشنامه شاخص بی‌ثباتی ازدواج (MII)^۴: این شاخص یک ابزار ۱۴ سوالی است که در سال ۱۹۸۷ توسط جان ادواردز، جانسون و بوث برای اندازه‌گیری عدم ثبات ازدواج زناشویی تدوین شده است. این آزمون برای اولین بار در سال ۱۹۸۹ برای ۲۰۳۴ زن و مرد متاهل زیر ۵۵ سال و همچنین برای زن و مرد متاهل ۱۵۷۸ در سال ۱۹۸۳ به کار گرفته شد. روایی این مقیاس در پژوهش‌های متعددی مورد سنجش و تایید قرار گرفته است و همبستگی مثبت آن با مقیاس‌های مربوط به مشکلات زناشویی و همبستگی منفی آن با مقیاس‌های مربوط به تعامل و خرسندی زناشویی همبستگی مورد تایید قرار گرفته است. پایایی این مقیاس هم با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است. یاری پور (۱۳۷۹)، از روش همبستگی بین دو نیمه برای ارزیابی قابلیت اعتبار آزمون استفاده کرد و ضریب اعتبار ۰/۷۰ گزارش شد. نمره گذاری ۱۴ سوال اول به صورت طیف لیکرت با درجه‌بندی (۴: خیلی؛ ۳: اغلب؛ ۲: گاهی؛ ۱: هرگز) اندازه‌گیری شد. حداقل نمره ۱۴ و حد اکثر نمره ۵۶ می‌باشد و افزایش نمره به معنی آن است که بی‌ثباتی ازدواج در زوج بالا رفته است. میزان آلفای بدست آمده برای هر یک از متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. میزان آلفای بدست آمده برای هر یک از متغیرهای پژوهش

متغیرها	تعداد گویه‌ها	مقدار آلفای در آزمون نهایی
بی‌ثباتی ازدواج	۱۹	۰/۷۹
مشکلات رفتاری دختران	۱۰۶	۰/۷۱
خودکارآمدی	۲۳	۰/۸۱

همان‌گونه که از جدول ۱ مشخص است، میزان آلفای کرونباخ برای هر یک از شاخص‌های پژوهش محاسبه شد و با توجه به اینکه همه این ضرایب در آزمون نهایی بزرگ‌تر از ۰/۷۰ بودند، این موضوع نشان دهنده همبستگی درونی بین گویه‌ها برای سنجش مفاهیم مورد نظر است. در نتیجه می‌توان گفت که ابزار سنجش از پایایی لازم برخوردار می‌باشد.

روش اجرا

در پژوهش حاضر بعد از انجام هماهنگی‌های اداری با اداره آموزش و پرورش شهر لاهیجان و کسب مجوز توسط پژوهشگر، تعداد ۳۶۰ نفر دانش آموز دختر و مادران‌شان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. سپس پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان (CBCL) و پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان (SEQ-C) و پرسشنامه شاخص بی‌ثباتی ازدواج (MLL) در بین آن‌ها توزیع شد. بدیهی است که دو پرسشنامه CBCL و SEQ-C توسط کودکان و پرسشنامه MLL توسط مادران آن‌ها تکمیل شد. هدف از این کار آن بوده تا اثر مسائلی چون مشکلات روحی مادران در معرفی مشکلات دختران کاهش یابد. به طور همزمان جهت اطمینان از درک دانش‌آموزان از مفاهیم مربوط به گزینه‌های آزمون، توضیحات شفاهی به صورت گروهی درباره هر آیتم به دانش‌آموزان داده شد. برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار، تحلیل میانگین و فراوانی و درصد استفاده شد. همچنین برای تجزیه تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده گردید. بنابراین، ابتدا با استفاده از آمار توصیفی به توصیف متغیرهای مربوطه و در انتها با استفاده از آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون)، آزمون فرضیه‌ها تحقق یافته است.

یافته‌ها

نتایج به‌دست آمده در خصوص ویژگی‌های ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که بر اساس توزیع سنی مادران در نمونه مورد بررسی، غالب مادران را افراد بالاتر از ۳۰ سال و به ویژه ۳۵ تا ۳۹ ساله تشکیل دادند، به صورتی که حدود ۴۰ درصد در آن گروه قرار داشتند. پاسخگویان ۴۰ تا ۵۲ ساله نیز ۴۰ درصد نمونه را تشکیل دادند. میانگین سنی پاسخگویان حدود ۳۶ سال بود. در خصوص توزیع فراوانی

^۴- Matital Instability Index

مادران برحسب مدت ازدواج آن‌ها مشخص گردید که اکثر مادران مورد بررسی ۱۰ تا ۲۹ سال پیش ازدواج کرده بودند. به بیان دقیق‌تر، از ازدواج ۳۲ درصد آن‌ها ۱۰ تا ۱۴ سال و از ازدواج ۴۸ درصدشان ۱۵ تا ۱۹ سال می‌گذشت. حدود ۱۴ درصد نیز سابقه ازدواج‌شان به ۲۰ تا ۲۴ سال پیش بر می‌گشت و تنها نزدیک به ۶ درصد ۲۵ سال یا بیشتر از مدت ازدواج‌شان می‌گذشت. در زمینه وضعیت تحصیلات مادران، اکثر آن‌ها دارای تحصیلات دیپلم بودند، چندان که نزدیک به نیمی از آن‌ها در این گروه قابل دسته‌بندی بودند. تحصیلات لیسانس با نزدیک به ۱۷ درصد و فوق لیسانس با حدود ۱۳ درصد در مرتبه بعد قرار گرفتند. در مرحله بعد، نتیجه آزمون آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش حکایت از آن داشت که شکل توزیع متغیرهای مورد بررسی شبیه توزیع نرمال است. لذا با عنایت به برآورده شدن مفروضه‌های آماری، می‌توان از آزمون‌های سطح پارامتریک (در اینجا آزمون پیرسون) استفاده کرد، زیرا مهم‌ترین شروط آزمون پارامتریک عبارتند از: ۱- سطح سنجش متغیر وابسته فاصله‌ای باشد و ۲- توزیع داده‌ها نرمال باشد. شرط نخست از طریق تجمیع گویه‌های سطح ترتیبی برآورده شد و با توجه به برآورده شدن شرط دوم، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود.

جدول ۲. رابطه بین بی‌ثباتی ازدواج مادر و ابعاد مشکلات درون‌سازی شده دختران

متغیر	میانگین	انحراف معیار	مقدار آزمون	Sig.	df	نتیجه
بی‌ثباتی ازدواج مادر	۳۰	۷/۱				
نادیده گرفتن قواعد از سوی دختران	۵۰	۱۰	۰/۱۲۱	۰/۰۲۱	۳۵۸	تأیید فرضیه
بروز رفتار پرخاشگرانه در بین دختران	۵۰	۱۰	۰/۳۵۸	۰/۰۰۱	۳۵۸	تأیید فرضیه

یافته‌های به‌دست آمده در خصوص فرضیه اول پژوهش نشان داد که ضریب همبستگی محاسبه شده ($r=0/33$) بزرگتر از اندازه مبین جدول در سطح $0/05$ با درجه آزادی ۳۵۸ است. از این رو، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت بین بی‌ثباتی ازدواج و مشکلات درون‌سازی شده دختران ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد، به صورتی که با افزایش بی‌ثباتی ازدواج مادران، میزان مشکلات درون‌سازی شده دختران نیز افزایش می‌یابد. جدول ۳ نتایج مربوط به رابطه بین بی‌ثباتی ازدواج مادر و مشکلات درون‌سازی شده دختران را نشان می‌دهد.

جدول ۳. رابطه بین بی‌ثباتی ازدواج مادر و مشکلات درون‌سازی شده دختران

متغیر	میانگین	انحراف معیار	مقدار آزمون	Sig.	df	نتیجه
بی‌ثباتی ازدواج مادر	۳۰	۷/۱				
مشکلات درون‌سازی شده دختران	۵۰	۱۰	۰/۳۲۹	۰/۰۰۱	۳۵۸	تأیید فرضیه

در جدول ۴ نتایج مربوط به رابطه بین بی‌ثباتی ازدواج مادر و ابعاد مشکلات درون‌سازی شده دختران نشان داده است. همانطور که در این جدول مشخص گردید، مشکلات درون‌سازی شده در ابعادی همچون اضطراب دختران، انزوای دختران، شکایت‌های جسمانی دختران، مشکلات اجتماعی دختران و مشکلات توجه دختران با بی‌ثباتی ازدواج مادران رابطه معنادار دارد، اما همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، این رابطه در مورد زیرمؤلفه مشکلات تفکر دختران صدق نکرد.

جدول ۵. رابطه بین بی‌ثباتی ازدواج مادر و ابعاد مشکلات درون‌سازی شده دختران

متغیر	میانگین	انحراف معیار	مقدار آزمون	Sig.	df	نتیجه
بی‌ثباتی ازدواج مادر	۳۰	۷/۱				
اضطراب دختران	۵۰	۱۰	۰/۲۰۶	۰/۰۰۱	۳۵۸	تأیید فرضیه
انزوای دختران	۵۰	۱۰	۰/۳۶۴	۰/۰۰۱	۳۵۸	تأیید فرضیه
شکایت‌های جسمانی دختران	۵۰	۱۰	۰/۱۵۴	۰/۰۰۴	۳۵۸	تأیید فرضیه
مشکلات اجتماعی دختران	۵۰	۱۰	۰/۱۱۶	۰/۰۲۷	۳۵۸	تأیید فرضیه
مشکلات تفکر دختران	۵۰	۱۰	۰/۰۰	۱	۳۵۸	رد فرضیه
مشکلات توجه دختران	۵۰	۱۰	۰/۱۵۲	۰/۰۰۴	۳۵۸	تأیید فرضیه

نتایج به دست آمده در خصوص فرضیه دوم پژوهش نشان داد که ضریب همبستگی محاسبه شده ($r=0/18$) بزرگتر از اندازه میانگین جدول در سطح $0/05$ با درجه آزادی ۳۵۸ است. از این رو، با ۹۹ درصد اطمینان می توان گفت بین بی ثباتی ازدواج و خودکارآمدی دختران ارتباط منفی و معناداری وجود دارد، به صورتی که با افزایش بی ثباتی ازدواج مادران، میزان خودکارآمدی دختران کاهش می یابد. جدول ۶ نتایج مربوط به رابطه بین بی ثباتی ازدواج مادر و خودکارآمدی دختران را نشان می دهد.

جدول ۶. رابطه بین بی ثباتی ازدواج مادر و خودکارآمدی دختران

متغیر	میانگین	انحراف معیار	مقدار آزمون	Sig.	df	نتیجه
بی ثباتی ازدواج مادر	۳۰	۷,۱	-۰/۱۸	۰/۰۰۱	۳۵۸	تأیید فرضیه
خودکارآمدی دختران	۸۲,۵	۱۲,۴				

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف شناسایی رابطه بی ثباتی ازدواج مادر با مشکلات درون سازی و خودکارآمدی کودکان به روش توصیفی همبستگی انجام شده و بدین واسطه ۳۶۰ نفر از دانش آموزان دختر ۱۰-۱۲ ساله شهر لاهیجان و مادران شان که به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شده بودند به پرسشنامه های بی ثباتی ازدواج و سیاهه رفتاری کودکان (توسط مادران) و خودکارآمدی (توسط دانش آموزان) پاسخ داده و نتایج به کمک ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در خصوص فرضیه اول یافته های تحقیق رابطه بین بی ثباتی ازدواج مادر و مشکلات اضطراب کودکان نشان دهنده آن است که همبستگی معناداری بین این دو وجود دارد. بر این اساس، می توان گفت بین ثبات یا بی ثباتی ازدواج مادران رابطه ای با وجود یا عدم وجود اضطراب در کودکان آن ها داشته است و تغییرات این مستقل از یکدیگر نیست. در واقع، اضطراب هشدار می دهد که فرد را گوش به زنگ می کند، یعنی به فرد هشدار می دهد که خطری در راه است و باعث می شود که فرد بتواند برای مقابله با خطر اقداماتی به عمل آورد. وجه افتراق آن با ترس این است که ترس در پاسخ به خطری معلوم، بیرونی، معین با منشاء غیرتعارضی ایجاد می شود، حال آنکه اضطراب در پاسخ به تهدیدی ایجاد می شود که نامعلوم، درونی و مبهم است یا از تعارض منشاء گرفته است [۲۵]. اضطراب، تشویش فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب علائم دستگاه خودکار، نظیر سردرد، تپش قلب، احساس تنگی نفس و ناراحتی معده نیز با آن همراه است. فرد مضطرب ممکن است احساس بی قراری کند و نمی تواند به مدت طولانی یک جا بنشیند. مجموعه علائمی که در حین اضطراب وجود دارد اغلب در هر فرد به گونه ای متفاوت از دیگران وجود دارد.

برخی از شیوه های ضعیف والدگری، با رفتارهای درون سازی شده مثل انزوا/ افسردگی کودکان ارتباط دارد. برای مثال شیوه والدگری زیاد درگیر، وابسته به تایید، والدگری بیش واکنشی، ناامنی کودکان، والدگری مقتدر و ضعیف، همگی با رفتارهای درون سازی شده در کودکان ارتباط دارند. دو مورد از مقالات گزارش دادند که رابطه منفی بین فرزندپروری مقتدر و علائم درون گرایی وجود دارد. این بررسی سیستماتیک رابطه معناداری را بین والد-کودک و درون سازی نشانه ها در کودکان نشان می دهد. بنابراین، این یافته ها دال بر تأیید وجود رابطه مثبت و معنادار بین بی ثباتی ازدواج مادر و مشکلات انزوای کودکان شناختی است. شکایات جسمانی پایدار با سبب شناسی طبی نامشخص که در موارد شدید تحت عنوان اختلال جسمانی کردن شناخته شده، یکی از معمولی ترین مشکلات مربوط به کودکان و نوجوانان می باشد که اغلب بر عملکرد کودک در مدرسه، خانواده و ارتباط با همسالان تاثیر می گذارد. معمولاً نشانه های جسمانی حداقل شش ماه طول کشیده و بر اساس معاینه جسمانی و آزمایش ها قابل توجه نیستند و این نشانه ها به صورت عمدی ایجاد و وانمود نمی شوند [۲۶]. از فراوان ترین این نشانه ها سردرد، نشانه های معده ای- روده ای و نیز دردهای عضلانی- استخوانی می باشد [۲۵]. بر این اساس، می توان گفت تغییرات این دو متغیر مستقل از یکدیگر است و نمی توان گفت مادرانی که ازدواج بی ثبات تری دارند، کودکان شان دردهای جسمانی کمتر یا بیشتری دارند.

اغلب کودکان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بد رفتاری می کنند و در بیشتر موارد معلمان و همکلاسی ها آنان را طرد می کنند و در نتیجه فرصت های آموزشی آنان کاهش می یابد. از سوی دیگر انزوای اجتماعی این کودکان موجب پرخاشگری هرچه بیشتر آنان می گردد [۸]. همچنین پژوهش ها نشان می دهد کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری پایین ترین سطح کنشوری اجتماعی را نشان می دهند [۲۷]. از همین رو، یافته ها در خصوص آزمون رابطه بین بی ثباتی ازدواج مادر و مشکلات اجتماعی کودکان حکایت از آن دارد که همبستگی معناداری بین این دو متغیر وجود ندارد و مشکلات اجتماعی کودکان در بین مادران دارای ازدواج با ثبات به اندازه مادران دارای ازدواج بی ثبات است و با بین کودکان این دو گروه از مادران مشکلات اجتماعی کودکان یکسان است. همچنین رشد شناختی بر سایر جنبه های رشد نیز تأثیر بسیار زیادی دارد و این تأثیر به حدی است که در صورت وجود مشکلات شناختی و عدم درمان آن، بروز مشکلات عاطفی و رفتاری و نیز احتمال ایجاد مشکلات تحصیلی برای کودک را به دنبال خواهد داشت. بر اساس این نتیجه می توان گفت که بین بی ثباتی ازدواج

مادر و مشکلات تفکر کودکان رابطه معناداری وجود ندارد و وضعیت این متغیر را در بین کودکان نمی‌توان براساس میزان بی‌ثباتی در ازدواج مادران‌شان ارزیابی کرد. از طرفی، ویژگی اصلی مشکلات توجه، رفتارهایی است که از لحاظ اجتماعی اخلاص گرانه محسوب می‌شوند. یعنی موقعیت‌های اجتماعی را مختل می‌کنند و به دو دسته کم توجهی و بیش فعالی تقسیم می‌شود [۲۵]. از همین رو، ممکن است ازدواج برخی از مادران بی‌ثبات باشد، اما کودکان‌شان دارای مشکلات توجه نباشند یا بالعکس.

در رابطه با فرضیه دوم می‌توان گفت که در شرایطی که پیچیدگی و سختی رفتار افزایش یابد، خودکارآمدی کودک کم می‌شود [۲۸]. مفهوم خودکارآمدی در مرکز نظریه شناختی و اجتماعی آلبرت بندورا قرار دارد که با قضاوت فرد به انجام توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. بندورا بر این باور بود که خودکارآمدی یکی از مهم‌ترین عوامل تنظیم رفتار در انسان است (سروقد، رضایی و معصومی، ۱۳۸۹). پژوهش کابلینسکی و همکاران (۲۰۰۶) در ارتباط با نقش والدین در مشکلات رفتاری کودکان آمریکایی نشان داد نقش والدین، سبک زندگی، تعارض‌های خانوادگی و افسردگی مادر در پیش‌بینی مشکلات رفتاری کودکان موثر است. مادرانی که از تجارب بهتری در پرورش کودک خود بهره‌مند بودند، افسردگی کمتر و سعی در رفع تعارض‌های خانوادگی داشتند، در کودکان‌شان مشکلات رفتاری کمتری دیده شد [۲۹].

در مطالعه شناخت اجتماعی کودکان با استفاده از معیار شناخت اجتماعی توسط گاردنر (۲۰۱۱) مشخص گردید که ارتباط معناداری بین خودکارآمدی اجتماعی والدین و کودکان‌شان است. همچنین تفاوت‌های قابل توجه بین نمرات اجتماعی و شناختی والدین و فرزندان نشان دهنده مسیر توسعه مهارت‌های اجتماعی شناختی بود. بنابراین، بر اساس نتیجه آزمون رابطه بی‌ثباتی ازدواج مادر و خودکارآمدی کودکان شان می‌توان گفت در نمونه مورد بررسی رابطه ضعیفی با شدت ۰/۱۲ وجود دارد اما با توجه به مقدار خطای بالاتر از ۰/۰۵، به نظر می‌رسد همبستگی فوق ناشی از خطای نمونه‌گیری باشد و نمی‌توان گفت بین دو متغیر مذکور رابطه وجود دارد. در نهایت با توجه به نتایج بدست آمده، پیشنهادات کاربردی زیر قابل ارائه می‌باشد:

- از آنجا که یافته‌های تحقیق نشان داده است بی‌ثباتی ازدواج مادر با مشکلات درون سازی شده دختران رابطه دارد. تشکیل کلاس‌های گروهی برای آموزش مادران در دوره ابتدایی حائز ارزش ویژه‌ای خواهد بود. محتوای قابل پیش‌بینی برای آموزش می‌تواند شامل مفاهیمی چون ارتباط موثر، عوامل موثر در رضامندی زندگی زناشویی، مهارت‌های زندگی (حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود)، باورهای شناختی و آموزش والدگری مثبت باشد.

- از آنجا که بخشی از بی‌ثباتی ازدواج مادر به روابط وی با همسرش بستگی دارد، از این رو به نظر می‌رسد تشکیل کلاس‌های آموزشی فقط با حضور مادران چندان بسنده نخواهد بود. از این رو، سیستم‌های آموزشی چون انجمن‌های اولیا و مربیان مدارس باید به دنبال روش‌هایی برای جلب رضایت و افزایش انگیزه پدران برای حضور در جلسات مشترک با مادران باشند. قطعاً حداقل مزایای حضور توأم پدر و مادر، ایجاد آگاهی و رشد متوازن بین زن و مرد و ایجاد آگاهی یکسان برای توزیع یکسان روابط والد-فرزند در هر دو والد است.

- بی‌ثباتی ازدواج مادران می‌تواند تابع شرایط سلامت روانی آنان باشد. در صورت مشاهده مشکلات یا درون‌سازی در مدارس، مدیران و روانشناسان و مشاوران آموزشی باید از طریق جلسات انفرادی، برنامه موثر انفرادی، برنامه موثر مداخله‌ای و درمانی را پیگیری نمایند. از این رو، افزایش اطلاعات مشاوران و روانشناسان شاغل در آموزشگاه‌ها و مراکز مشاوره آموزش و پرورش در خصوص شناسایی و ارزیابی مشکلات درون‌سازی دانش آموزان از یکسو و افزایش توانایی حرفه‌ای این کارشناسان برای مداخله موثر در ترمیم شرایط روانی والدین حائز ارزش ویژه‌ای است.

- پیگیری برنامه‌های مذکور وابسته به بازبینی و تدوین محتوای ضمن خدمت مشاوران و روانشناسان شاغل در آموزش و پرورش کشور است. از سوی دیگر تجهیز دفاتر مشاوره آموزش و پرورش به ابزارهای تشخیصی مشکلات درون‌سازی حائز ارزش ویژه‌ای خواهد بود.

- از طریق کارگاه‌های متفاوت نیز می‌توان دانش مشاوران و روانشناسان شاغل در مراکز دولتی و خصوصی کشور را در زمینه استفاده از فنون تشخیص و ارزیابی مشکلات درون‌سازی شده کودکان افزایش داد. این مشاوران در این کارگاه‌ها می‌توانند با عوامل موثر در بروز آسیب برای کودکان بویژه بی‌ثباتی ازدواج والدین آشنا و با افزایش توانمندی خود در زمینه فنون خانواده درمانی و زوج درمانی نقش موثرتری را در کودکان آسیب‌دیده ایفا نمایند.

منابع و مراجع

- [1] Gimpel, G.A., Peacock, G.G., & Holland, M.L. (2003). Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years. Guilford Press.
- [۲] علیپور، فرزاد. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش روش ترکیبی مهارت فرزند پروری مثبت و رفتار ایمن به مادران بر بهبود علائم مشکلات رفتاری درونی سازی و برونی سازی کودکان پیش دبستانی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۸(۲)، ۱۳۴-۱۲۳.
- [3] Hanson, R.F., & Spratt, E.G. (2000). Reactive attachment disorder: What we know about the disorder and implications for treatment. *Child Maltreatment*, 5(2), 137-145.
- [4] Braza, P., Carreras, R., Muñoz, J.M., Braza, F., Azurmendi, A., Pascual-Sagastizábal, E. & Sánchez-Martín, J.R. (2015). Negative maternal and paternal parenting styles as predictors of children's behavioral problems: Moderating effects of the child's sex. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 847-856.
- [5] Fagan, P.F., & Churchill, A. (2012). The effects of divorce on children. *Marriage & Religion Institute*, 12, 1-48.
- [6] Bornstein, M.H., & Bradley, R.H. (2014). Socioeconomic status, parenting, and child development. Routledge.
- [۷] احدی، حسن؛ بنی جمالی، شکوه السادات (۱۳۸۷). روانشناسی رشد: مفاهیم بنیادی در رشد کودک، تهران: نشر جیحون.
- [8] Brown, I., & Percy, M.E. (Eds.). (2007). A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities. Baltimore: PH Brookes.
- [9] Stutzman, S.V., Bean, R.A., Miller, R.B., Day, R.B., Day, R.D., Feinauer, I., Porter, C. (2011). Marital conflict and adolescent outcomes: Across-ethnic group comparison of latino and European American youth. *Children and youth services Review*, 33(5), 663-668.
- [۱۰] ملکشاهی، فریده و فرهادی، علی. (۱۳۸۷). بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی شهرستان خرم آباد ۱۳۸۵. فصلنامه علمی پژوهشی دانشجویان علوم پزشکی لرستان، ۱۰(۳)، ۶۵-۵۷.
- [۱۱] حسینی یزدی، سیده فاطمه؛ مشهدی، علی؛ کیمیایی، سیدعلی و عاصمی، زهرا. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه مداخله‌ای ویژه کودکان طلاق بر مشکلات برونی سازی و درونی سازی شده کودکان طلاق. روانشناسی خانواده، ۱۲(۱)، ۱۴-۳.
- [12] Achenbach, T.M., & Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA school age: Form profiles. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, & Families.
- [13] Marchant, M.R., Solano, B.R., Fisher, A.K., Caldarella, P., Young, K.R., & Renshaw, T.L. (2007). Modifying socially withdrawn behavior: A playground intervention for students with internalizing behaviors. *Psychology in the Schools*, 44(8), 779-794.
- [14] Farmer, R.F., Seeley, J.R., Kosty, D.B., Gau, J.M., Duncan, S.C., Lynskey, M.T. & Lewinsohn, P.M. (2015). Internalizing and externalizing psychopathology as predictors of cannabis use disorder onset during adolescence and early adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 541.
- [15] Cicchetti, D., & Toth, S.L. (2014). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. In *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (pp. 9-28). Psychology Press.
- [۱۶] دیویسون، جerald؛ نیل، جان؛ کرینگ، ان ام و جانسون، شری ال. (۱۳۹۴). آسیب شناسی روانی، ترجمه مهدی دهستانی، تهران: انتشارات روان.
- [17] Pervin, L.A., Cervone, D.J. (2005). Personality, theory and research. New York: John Wiley and sons, 250-70.
- [۱۸] خانجانی، زینب، بهادری خسروشاهی، جعفری. (۱۳۹۶). بررسی تحول همدلی، اختلالات درونی سازی و برونی سازی در دانش آموزان دختر و پسر ۵ تا ۱۱ سال. فصلنامه فرهنگ مشاوره و رواندramانی، ۸(۳۰)، ۲۱۸-۱۹۵.
- [19] Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R., & Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 555-565.
- [۲۰] لطف آبادی، حسین. (۱۳۸۵). روان شناسی رشد، تهران: انتشارات سمت.

- [21] Pajares, F. (2003). Self-efficacy beliefs, motivation, and achievement in writing: A review of the literature. *Reading & Writing Quarterly*, 19(2), 139-158.
- [22] Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and social Psychology*, 76(2), 258.
- [23] Rantanen, K.; Eriksson, K. & Nieminen, P. (2010). Social competence in children with epilepsy: A review. *Epilepsy & Behavior*, 24(3):295-303.
- [24] صنعت نگار، سارا؛ حسن آبادی، حسین؛ اصغری نکاح، سیدمحسن. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی قصه درمانی گروهی بر ناامیدی و تنهایی. نشریه روانشناسی کاربردی، ۶(۴)، ۷-۲۳.
- [25] Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.
- [26] گنجی، مهدی. (۱۳۹۴). آسیب شناسی روانی DSM-5، تهران: نشر ساوالان.
- [27] پورحسین، رضا؛ حبیبی، مجتبی؛ عاشوری، احمد؛ قنبری، نیکزاد؛ ریاحی، یاسمن و قدرتی، یاسمن. (۱۳۹۴). میزان شیوع اختلال های رفتاری در کودکان پیش دبستانی، اصول بهداشت روانی، ۱۷(۵)، ۲۳۹-۲۳۴.
- [28] Nutbeam, D., & Harris, E. (2004). *Theory in a nutshell*. Australia: McGraw.
- [29] Koblinsky, S.A., Kuvalanka, K.A., & Randolph, S.M. (2006). Social skills and behavior problems of urban, African American preschoolers: Role of parenting practices, family conflict, and maternal depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 554-563.