

بررسی مقایسه ای مقایسه خودکارآمدی و پذیرش اجتماعی در مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی

نغمه آوری^۱، زهرا علیایی^۲، سیده محبوبه عطار طوسی^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پیام نور شیراز

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات فارس

^۳ دانشجوی کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، موسسه آموزش عالی فاطمیه (س) شیراز (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه خودکارآمدی و پذیرش اجتماعی در مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بود. طرح پژوهش توصیفی و از نوع علی-مقایسه ای بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از مادران کودکان بیش فعال در سال ۱۳۹۸ بودند که به شیوه نمونه گیری در دسترس با استفاده از اجرای پرسش نامه خرسندی زناشویی در دو طیف با خرسندی زناشویی بالا و پایین انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه های خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) (MOE) و پذیرش اجتماعی کراون و مارلو (۱۹۹۶) و مقیاس خرسندی زناشویی ناتان و همکاران (۱۹۷۳) بود. نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد که بین میانگین نمرات خودکارآمدی و پذیرش اجتماعی مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بالا در مقایسه با مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی پایین تفاوت معنی داری وجود دارد. به گونه ای که مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بالا در هر دو متغیر معناخودکارآمدی و پذیرش اجتماعی نمرات بیشتری نسبت به مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی پایین کسب کردند ($p < 0/05$). می توان نتیجه گرفت که خرسندی زناشویی از متغیرهای اساسی و تاثیر گذار در رابطه با خودکارآمدی و پذیرش اجتماعی مادران کودکان بیش فعال است.

واژه های کلیدی: خودکارآمدی، پذیرش اجتماعی، خرسندی زناشویی، بیش فعالی، مادران

مقدمه

اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی (ADHD)، الگوی فراگیر عدم توجه، بیش فعالی و تکانشگری است که شدیدتر و شایع تر از آن الگویی است که در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می شود و با علائمی چون بی توجهی، حواس پرتی، تکانشگری و بیقراری مشخص می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). برای این اختلال سه زیر گروه تعریف شده است: نمود مختلط^۱ (ترکیبی از فقدان توجه و بیش فعالی- تکانشگری)، عمدتاً فقدان توجه^۲ و عمدتاً بیش فعال- تکانشی^۳ (ریچا، رهیم، چامای، کازور، هداد و همکاران، ۲۰۱۴)، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویراست پنجم (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی اینگونه تعریف شده است: الگوی فقدان توجه و یا بیش فعالی- تکانشگری پایدار که مانع کارکرد یا پیشرفت فرد می شود. کارلتون و همکاران (۲۰۱۴) بر این باورند که شروع اولیه نشانگان اختلال بیش فعالی همراه با کاستی توجه مربوط به پیش از ۷ سالگی است. با این حال، ممکن است نشانه های آن تا سال های بعد از آن ظهور پیدا نکنند. معمولاً این مشکل به صورت مشکلاتی در بازی آرام و شرکت بی سروصدا در فعالیت های اوقات فراغت، جنب و جوش مفرط و پرحرفی بروز می یابد. نشانه های بالینی این اختلال باید حداقل در دو محیط (مثل خانه و مدرسه) وجود داشته باشد و عملکرد مناسب اجتماعی، تحصیلی یا غیر درسی کودک را مختل کند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰).^۴

برای تشخیص بالینی این اختلال نشانه ها باید حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد و قبل از ۱۲ سالگی بروز کرده باشند و مشکلات معنا داری در زمینه تحصیلی، اجتماعی، یا در خانه برای کودک ایجاد کرده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال معمولاً از دوران پیش دبستانی آغاز و اغلب تا بزرگسالی تداوم دارد، یکی از شایع ترین اختلالات دوران کودکی است که تقریباً ۵ درصد دانش آموزان را در کشورهای مختلف دنیا تحت تأثیر قرار داده است، در بین پسرها بیشتر از دخترها گزارش شده است و مطالعات اخیر شیوع آن را ۲ تا ۱۸ درصد گزارش کرده اند (اصغری نکاح و عابدی، ۱۳۹۳). این اختلال در دوران نوجوانی و بزرگسالی نیز وجود دارد و شواهد علمی شیوع ۴ درصدی در بزرگسالان را گزارش می کند (ناکائو، رادو و روبیا، ۲۰۱۱). در ایران شیوع اختلال بیش فعالی و نقص توجه به صورت متفاوت از ۲/۷ تا ۱۲/۳ گزارش شده است (کوچک زاده تالمی و نمازی، ۱۳۹۴).

وجود فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه در خانواده با توجه به مشکلات رفتاری خاص این کودکان برای مادران که بیشتر از سایر افراد با کودکان سر و کار دارند، منبع تنیدگی است و بر سلامت روانی و سازگاری آن ها تأثیر می گذارد (عبدالکریمی، موسوی، کوشا، خسروجاوید، ۱۳۹۴). پژوهش ها نشان می دهند که این والدین بیش از والدین کودکان سالم به اختلال های خلقی و اضطرابی، احساس عدم کفایت در فرزندپروری و عدم رضایت از نقش والدینی دچار می شوند و در خانواده های کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، تنیدگی والدینی، احساس بی کفایتی در والدگری، میزان

^۱combined presentation^۲predominantly inattentive^۳predominantly hyperactive-impulsive^۴Richa, Rohayem, Chammai, Kazour, Haddad^۵Carlton^۶Sadock^۷Nakao, Radua

مصرف الکل، محدودیت روابط، تعارض زناشویی، جدایی، طلاق، خشم، افسردگی و انزوا بیشتر است (مش و جانسون، ۲۰۰۱؛ مش، جانسون و بارکلی، ۲۰۰۳؛ رابینر، ۱۳۹۲؛ به نقل از جهانی و حمدی، ۱۳۹۲). به طور کلی شواهد حاکی از آن است که اختلال کم توجهی - بیش فعالی با آشفتگی های خانوادگی و زناشویی، خودکارآمدی ضعیف در فرزندپروری، تنیدگی فرزندپروری بالا و آسیب روانی والدین همراه است (جانسون و مش، ۲۰۰۶).

شواهد پژوهشی نشان می دهد والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه رضایت زناشویی کمتری در مقایسه با والدین کودکان عادی دارند (جهانی و حمدی، ۱۳۹۲). این والدین فشارهای والدینی بیشتری را تجربه می کنند و و کشمکش های زناشویی بیشتری نیز دارند همچنین تحقیات نشان داده اند که خشنودی زناشویی می تواند نقش مهمی در میزان تنش در این خانواده ها داشته باشد (تقاضا، ابوالمعالی و صابری، ۱۳۹۱).

یکی از مهم ترین مؤلفه های کیفیت روابط زناشویی، خرسندی زناشویی است که سطح کلی شادی فرد از ابعاد مختلف رابطه ی زناشویی را نشان می دهد که از روانشناسی مثبت و موضوع کیفیت زندگی وارد زوج درمانی و مباحث سیستمی شده است و یک شاخص قوی کیفیت زندگی زناشویی است (کمپدوش، تایلور، کروگر، ۲۰۰۸). خرسندی زناشویی را یک ارزیابی کلی از درجه ای از شادمانی می دانند که با ابعاد مختلف زندگی زناشویی همراه است. خرسندی زناشویی تلویحاً نشانگر سطوح پایین تعارض است و مشخصه های رفتاری (مثل سطح سازگاری و ارتباطی) مانند تمایل به ازدواج مجدد با همسر فعلی در صورت امکان بازگشت به روزهای اول دارد (فوردینا، توکر و جیمز، ۲۰۰۸). ابعاد خرسندی زناشویی عبارت است از: مسئولیت نسبت به خانواده، پرورش و تربیت فرزندان، فعالیت های اجتماعی، پول، ارتباط کلامی (گفت و شنود) و غیر کلامی، روابط جنسی، پیشرفت تحصیلی (شغلی)، استقلال خود، استقلال همسر و خرسندی کلی (ثنایی، ۱۳۸۷).

وجود مشکلات رفتاری در کودکان پیش بینی کننده ی مهمی در خودکارآمدی والدینی مادران به شمار رفته و باعث می شود تا والدین به ویژه مادران، در انتظارات و ادراک خود از اینکه تا چه حد می توانند به عنوان یک والد به گونه ای شایسته و موثر عمل کنند و همچنین تا چه اندازه قادرند تاثیر مثبت بر رفتار و رشد و سازگاری فرزندشان بگذارند، احساس خودکارآمدی پایینی داشته باشند (ویو، شاو، دیشن، و ملوین، ۲۰۰۸؛ به نقل از مغربی و همکاران، ۱۳۹۴). الساری خودکارآمدی را اعتقاد فرد به داشتن توانایی برای سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به یک هدف خاص تعریف کرده است. به نظر وی یکی از عوامل مهم در ایجاد انگیزه فرد برای اقدام، عقیده او در توانایی اش برای اقدام و تأثیرگذاری است (صلحی، کاظمی و حقانی، ۱۳۹۲). خودکارآمدی به عنوان یک مفهوم از مفاهیم یادگیری اجتماعی مطرح شده است و اولین بار در سال ۱۹۹۷ توسط بندورا مطرح شد (آلتو، یوتلا، آرو، ۱۹۹۷). خودکارآمدی بر پایه و اساس روشن شدن لیاقت و قابلیت فرد، برای کنار آمدن مؤثر با بسیار از موقعیت های تنش زا است (جعفری شیرازی، ۱۳۹۰).

^۴Kamp Dush, Taylor, & Kroeger

^۵Furdyna, Tucker, & James

^۶Olsary

^۷Bandura

^۸Aalto, Uutela, Aro

والدین کودکان با اختلال کم توجهی - بیش فعالی سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزندپروری را تجربه می کنند و احساس عدم کفایت دارند (محرری، شهریور و تهرانی دوست، ۱۳۸۸). یافته های پژوهشی نشان می دهند والدینی که فرزند با اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی دارند، نسبت به والدینی که فرزندان بهنجار دارند، از میزان خودکارآمدی پایین تری برخوردارند (پریماک، هندریکس، لانگاکر، آداجی - مجیا، ویس و همکاران، ۲۰۱۲). در بسیاری از موارد، مادر به عنوان^۱ خاستگاه اصلی رشد و نمو کودک و به عنوان پرنفوذترین عامل تاثیرگذاری بر کودک، از خودکارآمدی والدینی ضعیفی برخوردار است، تا جاییکه تعاملات بی کیفیت، نامناسب و پسرورنده مادر با کودک، عامل مهمی در شکل گیری و پیشرفت اختلالات کودک تلقی می شود (ملک پور و همکاران، ۱۳۹۲).

فقدان شایستگی که مبین احساس بی لیاقتی و ناتوانی در انجام وظایف والدینی است، بیشترین تأثیر را بر تنیدگی والدین دارد (استورا، به نقل از عبدالکریمی و همکاران، ۱۳۸۹). اگر والدین، احساس بی لیاقتی داشته باشند، ناتوان شده، به استرس شدید و کاهش اعتماد به نفس دچار می شوند و به تدریج به افسردگی و سایر مشکلات روانی مبتلا می شوند و این فشار روانی، توانایی آن ها را برای تربیت مؤثر کودکان تحت تأثیر قرار می دهد؛ همچنین، احساس ناکارآمدی والدین در حل مسائل، به سبک والدگری بی ثبات و غیرمقتدر در آن ها منجر می شود (کوستین، لیچل و اسمیت، ۲۰۰۴).^۴

از دیگر حوزه هایی که می تواند تحت تأثیر حضور کودک بیش فعال در خانواده قرار گیرد، پذیرش اجتماعی است. پذیرش اجتماعی را حرف زدن و رفتار مطابق انتظارات دیگران می نامند. پذیرش اجتماعی در شکوفایی با سلامت روان ارتباط دارد و می توان کیفیت ارتباط با جامعه را عضو پیوستگی و یکپارچگی فرد دانست. بر چانگ و همکاران نشان دادند که در خانواده هایی که کودکان معلول دارند جایگاه اجتماعی افراد خانواده معلول آسیب می بیند. از نظر کیس افراد خانواده دارای کودکان معلول دچار انزوای اجتماعی، کاهش ارتباط خانوادگی، حس تنهایی، عقب نشینی از زندگی واقعی، طلاق، ترس اجتماعی، کاهش شرکت در محافل محلی و افزایش رفتارهای ضد اجتماعی می شود (موسی، علیزاده، یاور کرمانی پور حسینی، ۱۳۹۳).

با این وجود مرور پیشینه پژوهشی نشانگر این نکته است که علیرغم اهمیت مؤلفه های مذکور تا کنون کمتر پژوهشی به بررسی و مقایسه متغیرهای مورد بحث این پژوهش در مادران کودکان با اختلال بیش فعالی - نقص توجه با میزان خرسندی زناشویی بالا و پایین به عنوان مؤلفه ای که می تواند همه مؤلفه های دیگر پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد، پرداخته است. در همین راستا و با توجه به خلأ پژوهشی در این زمینه هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه ی خودکارآمدی و پذیرش اجتماعی در مادران کودکان بیش فعال با میزان خرسندی زناشویی بالا و پایین انجام خواهد شد. با استناد به آنچه گفته شد می توان فرضیه زیر را بیان کرد:

✓ بین خودکارآمدی و پذیرش اجتماعی مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بالا و پایین تفاوت وجود دارد.

^۱Primack, Hendricks, Longacre, Adachi-Mejia, Weiss

^۴Costin, Lichle, Hill-Smith

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء پژوهش های کاربردی؛ و از حیث گردآوری داده ها، از آنجا که به دنبال مقایسه متغیر مستقل در متغیر وابسته می باشد از نوع پژوهش های توصیفی و علی-مقایسه ای می باشد.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران کودکان مبتلا اختلال نقص توجه بیش فعالی هستند که در سال تحصیلی ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره کودک مراجعه می کنند. نمونه پژوهش حاضر را ۶۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی در دو گروه با خرسندی زناشویی بالا و پایین (هر گروه ۳۰ نفر) که به کلینیک نگاهی نو مراجعه کرده و کودکانشان تشخیص اختلال نقص توجه-بیش فعالی دریافت کرده اند، تشکیل دادند که با استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش حاضر عبارت اند بود از اینکه: ۱) مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه بی فعالی باشند، ۲) سن مادران بین ۲۰ تا ۴۰ سال باشد، ۳) شرکت کنندگان به بیماری جسمی و روانی مزمن مبتلا نباشند، ۴) سابقه هیچ گونه بیماری روانی و جسمانی خاصی نداشته و ۵) تحت درمان دارویی و روان شناختی خاصی نیز نباشند. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل نقض هر یک از موارد ذکر شده و یا عدم تکمیل پرسش نامه ها بود.

ابزارهای پژوهش شامل مقیاس خرسندی زناشویی، خودکارآمدی عمومی و پذیرش اجتماعی کراون و مارلو (۱۹۸۶) می باشد.

مقیاس خرسندی زناشویی (MHS): این مقیاس توسط ناتان اچ. آزرین، باری تی. ناستر و رابرت جونز (۱۹۷۳) ساخته شده است که از ۱۰ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش میزان خرسندی زناشویی بکار می رود. این ابزار از ۱۰ گزاره درباره ازدواج افراد تشکیل شده است که در یک طیف لیکرتی ۷ درجه ای (به شدت موافق تا به شدت مخالف (مقیاس بندی شده است. این ابزار از گزاره هایی مثل "اگر بار دیگر زندگی ام تکرار شود، باز با همین شخص ازدواج می کنم" تشکیل شده است. نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده این است که افراد خرسندی و شادکامی بیشتری را در ازدواجشان تجربه می کنند. از هر پرسش می توان به عنوان یک شاخص مستقل برای خرسندی زناشویی در زمینه های خاصی از تعامل زناشویی استفاده کرد. لذا، نمره ها عبارت از پاسخ به هر سؤال بوده و دامنه آن از ۱ تا ۱۰ است. برای بدست آوردن شاخص کلی خرسندی زناشویی می توان کل سؤالات را جمع کرد. دامنه نمرات کل مقیاس بین ۱۰ تا ۱۰۰ است. در پژوهش لورنز (۲۰۰۸) پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵، و در پژوهش صیدی، نظری و ابراهیمی (۱۳۹۴) نیز ضریب برای آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: این مقیاس توسط شرر و همکاران نخستین بار در سال (۱۹۸۲) ساخته شده، سازندگان این آزمون، بدون مشخص کردن عوامل و عبارات مرتبط در این پرسشنامه معتقدند که این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و تلاش برای رویارویی با موانع را اندازه گیری می کند. این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که پاسخ ها بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم، تنظیم می شود. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۵ تا ۷ امتیاز تعلق می گیرد. نمرات بالا نشان دهنده خودکارآمدی بالای فرد است. نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتباریابی شده است. بختیاری و براتی (۱۳۷۶) برای سنجش روایی سازه ای مقیاس خودکارآمدی عموم، نمرات بدست آمده از این مقیاس را با اندازه های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه های خصوصیات شخصیتی

متوسط ۰/۶۱ و در سطح ۰/۰۵ معنادار و در جهت تأیید سازه مورد نظر بود (به نقل از کرامتی و شهرآرای، ۱۳۸۳). همچنین ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمده است (شمائی زاده و عابدی، ۱۳۸۴).

پرسشنامه پذیرش اجتماعی کراون و مارلو (۱۹۸۶): این مقیاس یکی از معتبرترین مقیاس های سنجش پذیرش اجتماعی است. این مقیاس دارای ۳۳ سؤال که به صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می شود هدف از آن سنجش میزان پذیرش اجتماعی در افراد است. پذیرش اجتماعی یعنی این که بیشتر مردم به منظور سازگار شدن با دیگران از زاویه دید آن ها بنگرند و مانند آن ها عمل کنند این امر اغلب دیگران را از این که صادقانه خود واقعی شان را بروز دهند باز می دارد (کیل، ۲۰۰۶). نمرات پایین تر از ۲۰ نشان دهنده پذیرش اجتماعی پایین و بالاتر از ۲۰ نیز نشان دهنده پذیرش اجتماعی بالا می باشد. در پژوهش بیرامی، موحدی، خرازی نوتاش، آلبرت (۱۳۹۴) نیز آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد. در تحقیق شرف الدین (۱۳۸۹) برای تعیین پایایی مقیاس یاد شده نیز از دو روش آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن مقیاس استفاده شده است که به ترتیب برابر ۰/۷۰ و ۰/۶۷ می باشد و بیانگر ضرایب قابل قبول می باشد. از نظر اعتبار و روایی نیز این مقیاس با سایر ابزارهای روانشناختی که برای اندازه گیری پذیرش اجتماعی طراحی شده است همبستگی بالا و قابل قبول نشان داده است (ثمری و لعلی فاز، ۱۳۸۴).

روش اجرای پژوهش

روش اجرای پژوهش حاضر میدانی و بدین گونه بود که ابتدا از بین مراکز مشاوره کودک شهر تهران مراکز مشاوره بهجو، به شیوه تصادفی انتخاب شده و سپس از بین مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی مراجعه کرده به این مراکز با استفاده از اجرای پرسش نامه خرسندی زناشویی و بر اساس نمرات برش پرسش نامه تعداد ۶۰ نفر از مادران در دو طیف خرسندی زناشویی بالا و پایین (هر گروه ۳۰ نفر) که واجد ملاک های شرکت در پژوهش بودند، انتخاب شدند. آزمودنی های انتخاب شده در مرحله بعد پس از آگاهی از هدف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه به پرسشنامه های خرسندی زناشویی، خودکارآمدی و پذیرش اجتماعی و پاسخ دادند. همچنین افراد دو گروه از نظر متغیرهای سن، وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات با هم همتا شدند. به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. به آنان اطلاع داده شد که نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه گیری کلی و نه به صورت فردی منتشر خواهد شد و آن ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند.

برای بررسی توصیفی یافته ها در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی (میانگین، انحراف استاندارد)، و جهت تعیین نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف- اسمرینف استفاده می گردد. در سطح استنباطی نیز جهت بررسی فرضیه های پژوهش، تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) و آنووا استفاده خواهد شد.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا بررسی‌های حاصل با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی انجام و سپس یافته‌های حاصل از اجرای آزمون‌های آماری جهت پاسخ به سؤالات پژوهشی ارائه شده است. جدول (۱) میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره را در مورد متغیرهای خرسندی زناشویی، خودکارآمدی و تعاملات پذیرش اجتماعی نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
خرسندی زناشویی		۶۶	۱۵/۳	۳۵	۹۲
خودکارآمدی	خرسندی زناشویی پائین	۴۷/۱۰	۶/۲	۳۴	۶۲
	خرسندی زناشویی بالا	۵۴/۴۷	۱۰	۳۶	۸۱
پذیرش اجتماعی	خرسندی زناشویی پائین	۱۵/۴۷	۱/۴	۲	۲۱
	خرسندی زناشویی بالا	۱۸/۶۰	۴/۵	۱۱	۲۸

یافته‌های استنباطی

قبل از انجام آزمون فرضیه و تحلیل واریانس چند متغیره، باید آزمون پیش شرط‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک یعنی نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها (تحلیل واریانس) گرفته شود. بنابراین برای آزمون نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمرینف و برای آزمون همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده می‌شود.

جدول ۲. خلاصه آزمون کالموگراف اسمیرونف

متغیرها		خرسندی زناشویی پائین		خرسندی زناشویی بالا	
		آماره‌ی آزمون	سطح معنی‌داری	آماره‌ی آزمون	سطح معنی‌داری
پذیرش اجتماعی		۰/۶۷	۰/۷۷	۰/۶۶	۰/۷۸
خودکارآمدی		۰/۹۵	۰/۳۳	۰/۹۸	۰/۲۹

چنانکه در اطلاعات جدول بالا مشاهده می‌شود، سطح معناداری در همه متغیرهای پژوهش هر دو گروه، بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. یعنی داده‌های مربوط به متغیرهای "پذیرش اجتماعی" و "خودکارآمدی" دارای توزیع نرمال است.

جهت بررسی همگنی واریانس ها نیز از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن نشان داد که مقدار معنی داری بالاتر از ۰/۰۵ بود و همگنی واریانس ها مورد تأیید قرار گرفت ($p < 0.05$).

فرضیه پژوهش: بین خودکارآمدی و پذیرش اجتماعی مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بالا و پایین تفاوت وجود دارد.

جدول ۳. آزمون t مستقل برای مقایسه خودکارآمدی مادران با خرسندی زناشویی بالا و پایین

متغیرها	گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t مشاهده شده	سطح معنادار
خودکارآمدی	خرسندی زناشویی پایین	۳۰	۴۷/۱۰	۶/۲	۵۸	۳/۴	۰/۰۱
	خرسندی زناشویی بالا	۳۰	۵۴/۴۷	۱۰			
پذیرش اجتماعی	خرسندی زناشویی پایین	۳۰	۱۵/۴۷	۴/۱	۵۸	۲/۸	۰/۰۱
	خرسندی زناشویی بالا	۳۰	۱۸/۶۰	۴/۵			

چنانکه جدول بالا نشان می دهد t به دست آمده در سطح ۰/۰۱ است ($t_{58} = 3.4, sig = .01$)؛ بنابراین می توان فرضیه صفر را در سطح ۰/۰۱ به نفع فرضیه تحقیق رد کرده و با ۹۹ درصد اطمینان پذیرفت که از نظر "خودکارآمدی" بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر میزان "خودکارآمدی" مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بالا، به طور معنی داری بالاتر از مادران با خرسندی زناشویی پایین است.

در متغیر پذیرش اجتماعی نتایج جدول (۳) نشان می دهد که احتمال دقیق این پیشامد برابر با ۱ درصد می باشد ($t_{58} = 2.8, sig = .01$)؛ بنابراین می توان با رد فرضیه صفر، با ۹۹ درصد اطمینان پذیرفت که بین پذیرش اجتماعی مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بالا و پایین تفاوت معنی داری وجود دارد. به طوری که مادران با خرسندی زناشویی بالا، نسبت به مادران دارای خرسندی زناشویی پایین، از پذیرش اجتماعی بالاتری برخوردارند.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی مقایسه ای خودکارآمدی و پذیرش اجتماعی در مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بالا و پایین بود. نتایج نشان داد که بین مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بالا و پایین از نظر میزان «خودکارآمدی» تفاوت معناداری وجود داشت، و «خودکارآمدی» مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بالا، به طور معنی داری بالاتر از مادران با خرسندی زناشویی پایین است. این یافته ها با نتایج پژوهش های کیمیایی و بیگی (۱۳۸۹) پریماک و همکاران (۲۰۱۲) همسو می باشد.

در راستای شواهد پژوهشی که نشان می دهند که مشکلات رفتاری و رشدی کودکان تاثیر بسزایی بر کاهش خودکارآمدی والدینی دارد (هایز، ماتیوس، کوپلی و ولش، ۲۰۰۸؛ سویگنی و لوتزن هیزر، ۲۰۰۹؛ به نقل از سینکی و همکاران، ۱۳۹۴) می توان گفت که تاثیر کودک بیش فعال بر خودکارآمدی والدین اثبات شده است و نتایج پژوهش ها نشان داده اند که وجود مشکلات رفتاری در کودکان پیش بینی کننده ی مهمی در خودکارآمدی والدینی مادران به شمار رفته و باعث می شود تا والدین به ویژه مادران در انتظارات و ادراک خود از اینکه تا چه حد می توانند به عنوان یک والد به گونه ای شایسته و موثر عمل کنند و همچنین تا چه اندازه قادرند تاثیر مثبت بر رفتار و رشد و سازگاری فرزندشان بگذارند، احساس خودکارآمدی پایینی داشته باشند (ویور، شاو، دیشن و ملوین، ۲۰۰۸؛ به نقل از سینکی و همکاران، ۱۳۹۴). اما آنچه که مهم است تاثیر متغیرهایی است که به عنوان میانجی در این میان می توانند نقش آفرین باشند. همانگونه که پژوهش حاضر نیز نشان داد که در بین دو گروه مادران با خرسندی زناشویی بالا و پایین میزان خودکارآمدی متفاوت است.

از طرفی ناخرسندی زناشویی می تواند در رابطه بین وجود کودکان بیش فعال در خانواده و خودکارآمدی والدین آنان نقش زمینه ای و اساسی ایفا کند. چنانچه روابط زناشویی رابطه ای سست و فاقد خشنودی و خرسندی لازم باشد پایه های لازم برای موفقیت آمیز بودن و مطلوب بودن عملکرد خانواده لرزان و یا حداقل ضعیف خواهد بود. برای زوجی که خود با هم سازگار نبوده و از زندگی زناشویی خرسند نیستند، مشکل است که والدین خوب و کارآمدی باشند (ابراهیمی مقدم و قادری، ۱۳۹۵). مادری که از زندگی زناشویی و از ازدواج خود ناخشنود است، نمی تواند با مصائب و مشکلاتی که نگهداری و تربیت یک کودک بیش فعال ممکن است برای او به وجود بیاورد به شیوه ای صحیح برخورد کرده و اغلب از راهبردها و سبک ها مقابله ناسالم و الگوهای رفتاری ناصحیح استفاده می کند. وجود کودک بیش فعال برای مادری که از زندگی زناشویی خشنود نیست، به عنوان نتیجه یک زندگی ناشاد اغلب کسل کننده و ناراحت کننده است و باعث آسیب پذیری او در برابر مسایل مربوط به نگهداری و تربیت این کودکان می شود. مادری که از زندگی زناشویی خشنودی ندارد به تبع در برابر کودک بیش فعالی که نتیجه این زندگی و ازدواج باشد نیز آسیب پذیر بوده و خودکارآمدی خود را زودتر از دست خواهد داد (سلیمی، نجارپوریان، محمدی و مهرعلی تبار، ۱۳۹۵). از آنجایی که خودکارآمدی والدینی بین ویژگی های کودک، خانواده و دستاوردهای حاصل از درمان (مثل بهزیستی و بهبود رفتارهای کودک) نقش میانجی را ایفا می کند، می توان گفت بررسی تغییرهای خودکارآمدی والدینی و تقویت آن از طریق استفاده از برنامه های آموزش والدین و همینطور استفاده از خدمات درمانی روان شناختی، می تواند به عنوان یکی از جنبه های مهم، اساسی و قابل مطالعه در مداخله های زود هنگام ضروری باشد. نتایج همچنین نشان داد که بین مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بالا و پایین از نظر میزان «پذیرش اجتماعی» تفاوت معناداری وجود داشت، و «پذیرش اجتماعی» مادران کودکان بیش فعال با خرسندی زناشویی بالا، به طور معنی داری بالاتر از مادران با خرسندی زناشویی پایین است.

در تبیین یافته های این پژوهش می توان گفت که سطوح بالای خشنودی و خرسندی زناشویی می تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی زوجین، بهبود تعاملات خانوادگی و به تبع آن حضور موفق در اجتماع و محیط بیرونی باشد. مادرانی که خشنودی زناشویی بالایی دارند بهتر می توانند شرایط خاص و ویژه نگهداری کودک بیش فعال را پذیرفته و با آن کنار بیایند. در این میان روابط مناسب زن و شوهر و سطح شادمانی زندگی زناشویی آنان مادران را به لحاظ وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی در سطح بالایی قرار می دهد و به تبع وجود سطح خشنودی زناشویی بالا و سطح روابط خانوادگی مناسب، وجود کودک بیش فعال بهتر برای مادران قابل پذیرش بوده و آنها را آسیب پذیر نخواهد کرد. همه این عوامل نیز می تواند زمینه حضور مناسب و

موفق و توام با پذیرش و روابط و مناسبات اجتماعی را برای مادران این کودکان فراهم کند. اما سطح خشنودی و شادمانی پایین زناشویی نیز می تواند به عنوان یک عامل خطر باعث کاستی ها و مشکلاتی در زمینه پذیرش اجتماعی مادران کودکان بیش فعال شود.

همانگونه که نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که مادرانی که سطح خشنودی زناشویی پایینی دارند، از پذیرش اجتماعی کمتری نیز برخوردارند. مادری یا والدینی که از زندگی زناشویی خویش خشنود و شادمان نیستند، در نتیجه نمی توانند مناسبات و روابط صحیح و سالمی را در خانواده نیز ایفا کنند و کودک بیش فعال نیز این مناسبات و روابط را بیشتر آسیب پذیر می نماید. در نتیجه مادری که در ساختار خانواده و زندگی زناشویی میزان خشنودی و شادمانی لازم را نداشته و از آنجا که وجود کودک بیش فعال نیز مصائب و سختی هایی به همراه دارد، طبیعتاً نمی تواند در مناسبات اجتماعی آنگونه که باید و شاید رفتار کند و ساختار روابط نامناسب و عدم خشنودی و شادمانی درون خانواده به مناسبات اجتماعی نیز سرایت کرده و فرد از پذیرش اجتماعی کمتری برخوردار خواهد بود. همانگونه که تحقیقات نیز نشان داده اند که آشفتگی زناشویی زمینه ساز آسیب های روان شناختی و مشکلات رفتاری و هیجانی در زوجین خواهد شد (شلدون و گورینگ، ۲۰۰۰؛ به نقل از ابراهیمی مقدم و قادری، ۱۳۹۵).

از دیگر محدودیت های این پژوهش این بود که اجرا صرفاً در سطح منطقه ۲ تهران و بر روی جامعه مادران کودکان بیش فعال بوده و باید در تعمیم این نتایج به سایر نقاط، پدران این کودکان و والدین سایر کودکان باید جانب احتیاط را رعایت نمود. با توجه به یافته های این پژوهش به متخصصین تعلیم و تربیت و مشاوران پیشنهاد می شود که با آموزش و ایجاد کارگاه، برنامه های آموزشی و سمینارهایی سطح خشنودی و زناشویی مادران و والدین کودکان بیش فعال را بررسی کرده و با ایجاد کارگاه و آموزش هایی سعی در افزایش میزان خشنودی و زناشویی آنان داشته باشند.

منابع

- ابراهیمی مقدم، حسین؛ قادری، امید (۱۳۹۵). تاثیر آموزش هوش هیجانی بر خرسندی زناشویی، *فصلنامه روان شناسی تربیتی*، ۷ (۳): ۶۴-۷۶.
- تقاضا، مژگان؛ ابوالمعالی، خدیجه؛ صابری، هایده (۱۳۹۰). مقایسه جو عاطفی خانواده کودکان بیش فعال و عادی، *فصلنامه علوم رفتاری*، ۸-۲۶.
- جعفری شیرازی، فائزه. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر بالابردن خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار شهرداری شهر تهران در سال ۸۹-۹۰. *پژوهش نامه زنان*، ۳ (۶): ۷۰-۴۷.
- جهانیان، رمضان؛ حمدی، مهرنوش (۱۳۹۲). نقش آموزش شهروندی بر میزان پذیرش اجتماعی مدیران فرهنگی در سازمانهای آموزشی. *فصلنامه مطالعات مدیریت شهری*، ۵ (۱۵).
- سرایي جماب، ملیحه؛ حسن آبادی، حسین؛ مشهدی، علی؛ اصغری نکاح، محسن (۱۳۹۰). تاثیر آموزش والدین بر خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی، *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳ (۱): ۹۳-۸۴.
- سلیمی، هادی؛ نجارپوریان، سمانه؛ محمدی، کوروش؛ مهرعلی تبار، علی اصغر (۱۳۹۵). پیش بینی سازگاری زناشویی بر اساس تصمیم گیری و حل مساله، انسجام خانواده، راهبردهای مقابله، مهارت های ارتباطی و باورهای مذهبی، *رویش روان شناسی*، ۵ (۴): ۲۷-۴۷.

- شماعی زاه، مرضیه؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۴) و بررسی تأثیر مشاوره شغلی بر افزایش خودکارآمدی کارآفرینی دانشجویان دانشگاه اصفهان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۳: ۳۸-۲۹.
- صلحی، مهناز؛ کاظمی، سمیه؛ حقانی، حمید (۱۳۹۲). بررسی رابطه سلامت عمومی و خودکارآمدی در زنان مراجعه کننده ب مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ چالوس، *مجله علوم پزشکی رازی*، دوره ۲۰، شماره ۱۱۰، ۶۹-۶۳.
- صیدی، محمد سجاده؛ محمدنظری، علی؛ ابراهیمی، محمد (۱۳۹۴). نقش باورهای ارتباطی و معنوی در خرسندی زناشویی؛ ارائه یک مدل فرضی با واسطه گری کیفیت ارتباط و سن. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۶ (۲۴): ۱۳۰-۱۱۰.
- عبدالکریمی، ماندانا؛ موسوی، سید ولی اله، کوشا، مریم، خسرو جاوید، مهناز (۱۳۹۴). تأثیر آموزش شیوه های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، *روان شناسی بالینی و شخصیت- دانشور رفتار*، ۱۹ (۶): ۵۷-۴۵.
- کیمیایی، سید علی؛ بیگی، فاطمه (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای خانوادگی مادران کودکان سالم و کودکان بیش فعال/ نقص توجه. *مجله علوم رفتاری*، ۴ (۲): ۱۴۷-۱۴۱.
- محرری، فاطمه؛ شهریور، زهرا؛ تهرانی دوست، مهدی (۱۳۸۸). تأثیر آموزش برنامه ی تربیت سازنده به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی کم توجهی، *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۱ (۱): ۴۰-۳۱.
- مغربی، سینکی، حامد؛ حسن زاده، سعید؛ خادمی، مژگان؛ ارجمندیا، علی اکبر. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر خودکارآمدی والدینی مادران دارای فرزند با اختلال کاستی توجه / بیش فعالی، *مجله اندیشه و رفتار*، ۹ (۳۶): ۴۸-۳۷.
- ملک پور، مختار؛ هادی، سمیرا؛ فرامرزی، سالار؛ عشقی، روناک؛ کشاورز، امیر (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی مداخلات خانواده محور، کودک محور و ترکیبی بر میزان نشانه های ADHD در کودکان دارای این اختلال، *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۴ (۴): ۶۷۳-۶۵۳.
- نمازی، آسیه؛ علیزاده، شیوا؛ کوچک زاده ظالمی، سبانه. (۱۳۹۴). سلامت عمومی در دانشجویان پرستاری و مامایی و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی. *نشریه آموزش پرستاری*، ۴ (۳): ۱۸-۱۱.
- Aalto, A. M., Uutela, A., & Aro, A. R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: disease-related and psychosocial correlates. *Patient education and counseling*, 30(3), 215-225.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed) Washington, DC.
- Carlton, T. G., Donachie, N. D., Frampton, K. K., Henschen, G., Kumar, P. E., Waxenberg, F., et al. (2014). *Clinical practice guideline for patients with attention deficit/hyperactivity disorder*. Magellan Health Clinical Practice Guideline. Retrieved from <https://www.magellanprovider.com/>.
- Costin, Y., Lichle, C., Hill-Smith, A. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. *Australian EJournal for the Advancement of Mental Health*, ۳(۱). Available: <http://www.auseinet.com/journal/> vol 3 is 4/ Costin. Pdf.
- Furdyna, H.E., Tucker, B.M., James, A.D. (2008). Relative Spousal Earnings and Marital Happiness among African American and white Women, *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 332-345.
- Kamp Dush, C.M., Taylor, M.G., Kroeger, R.A. (2008). Marital Happiness and Psychological Well-being across the Life Course, *Family Relation*, ۵۷(۲). ۲۱۱-۲۲۶.

- Nakao, T., Radua, J. (2011), Rubia, K. Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1154-1163.
- Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., Beach, M. L., & Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(4), 189-97.
- Richa, S., Rohayem, J., Chammai, R., Kazour, F., Haddad, R., Hleis, S., ... & Gerbaka, B. (2014). ADHD prevalence in Lebanese school-age population. *Journal of attention disorders*, 18(3), 242-246.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2010). *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry* (5th ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.