

مقایسه بهزیستی جامع و عملکرد خانواده در مادران کودکان دارای اختلالات عاطفی درون نمود با مادران کودکان عادی

معصومه حسین زاده، زهره موسی زاده*

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر مقایسه بهزیستی جامع و عملکرد خانواده در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود با مادران دارای کودکان عادی بود.

روش پژوهش: روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری آن را مادران کودکان دارای اختلال عاطفی درون نمود و مادران کودکان عادی مشغول به تحصیل در مقطع ابتدایی منطقه ۴ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از مادران کودکان دارای اختلال عاطفی درون نمود و ۳۰ نفر از مادران کودکان عادی بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. به منظور غربالگری دانش‌آموزان از پرسشنامه اختلالات رفتاری عاطفی آخنباخ (۱۹۷۸) و جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس بهزیستی جامع کیز و ماگیارمو (SWS، ۲۰۰۳) و پرسشنامه عملکرد خانواده (FAD، ۱۹۸۰) استفاده شد. جهت آزمون فرضیه‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین بهزیستی جامع و عملکرد خانواده در این دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود در مقایسه با مادران دارای کودکان عادی، از بهزیستی جامع پایین‌تری در همه مؤلفه‌های آن شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی برخوردارند. هم‌چنین مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود در مقایسه با مادران دارای کودکان عادی از عملکرد خانواده پایین‌تری در کلیه مؤلفه‌های آن شامل حل مشکل، نقش‌ها، همراهی عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی برخوردارند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، توجه به بهزیستی هیجانی، روانشناختی و بهزیستی اجتماعی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال عاطفی درون نمود می‌تواند بر ارتقاء سطح سلامت روان و بهبود عملکرد خانواده آنها موثر واقع گردد. هم‌چنین نتایج این پژوهش می‌تواند به منظور آگاهی بخشی به مدیران و مربیان و ارتقاء سطح خدمات مشاوره‌ای در مدارس مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی جامع، عملکرد خانواده، اختلال عاطفی درون‌نمود، بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی.

تاریخ دریافت: ۹۹/۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۹/۷/۲۰

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، ایران.

۲. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه امام صادق علیه السلام، تهران، ایران. (نویسنده مسئول: moosazadeh@isu.ac.ir)

اختلالات عاطفی-رفتاری از اختلالات شایع در بین کودکان هستند که مورد توجه متخصصان بالینی قرار گرفته‌اند (لیود و همکاران، ۲۰۱۹). کودکان دارای این اختلالات، طیف رفتارهای متنوع و در برخی موارد افراطی و مزمن داشته که گستره آن رفتارهای تکانشی یا برانگیختگی ناگهانی تا عملکرد افسرده و گوشه‌گیرانه را در برمی‌گیرند که بروز آن‌ها به‌دور از انتظار مشاهده‌کننده است (سیف نراقی و نادری، ۲۰۱۸؛ حسونودی و همکاران، ۲۰۱۷). اختلالات عاطفی-رفتاری به نقص عملکرد در زمینهای مختلف تحصیلی و خانوادگی منجر شده و پیامدهایی همچون عقب‌ماندگی و افت تحصیلی و حتی رفتارهای بزهکارانه را به دنبال دارد (ریس و همکاران، ۲۰۱۹، کاسکان و ایاس^۳، ۲۰۱۶) سال‌های پیش از دبستان و دبستان، نقش حیاتی در رشد و سازگاری کودکان با مسائل و مشکلات زندگی آینده آن‌ها دارد. تحقیق در زمینه مشکلات ناشی از ناسازگاری‌های عاطفی، رفتاری و روانی کودکان در دهه‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس نتایج تحقیقات، به‌طور میانگین بین ۹/۵ تا ۱۴/۵ درصد از کودکان، مشکلات عاطفی و اجتماعی را تجربه می‌کنند (صابری، ۲۰۰۸) که تأثیرات منفی روی عملکرد، رشد و آمادگی تحصیلی آن‌ها دارد و ۹ درصد کودکانی که خدمات ویژه بهداشت روانی را در آمریکا دریافت می‌کنند، در سنین ۶ تا ۱۰ سال قرار دارند (مونگر و همکاران^۴، ۲۰۱۸) مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان در اصل به دو گروه اصلی مشکلات برون‌نمود و درون‌نمود تقسیم می‌شوند. مشکلات برون‌نمود معطوف به خارج و مشتمل بر رفتارهایی مانند برون‌ریزی، ستیزه‌جویی و نافرمانی و مشکلات درون‌نمود بیشتر معطوف به درون و مشتمل بر گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب است (پورحسین و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر این معمولاً کودکان از خود رفتارهایی همچون (مشکلات خواب، تغذیه و مشکلات مربوط به آداب توالیت رفتن) نشان می‌دهند که در هیچ‌یک از این دو گروه قرار نمی‌گیرد (پولیو^۵، ۲۰۱۵).

بر اساس آخرین نسخه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، بسیاری از اختلالات روان‌شناختی در ارتباط با اختلالات عاطفی-رفتاری کودکان است. عوامل متعددی در شکل‌گیری اختلالات عاطفی-رفتاری کودکان از جمله عوامل روانی، اجتماعی، شناختی و محیطی شناسایی شده است (برنگوئر^۶ و همکاران ۲۰۱۸). بسیاری از محققان، اختلالات عاطفی درون‌نمود را اختلالات شایع و ناتوان‌کننده‌ای می‌دانند که برای خانواده، محیط و کودک مشکلات زیادی را ایجاد می‌کنند. از آنجایی که اختلالات عاطفی درون‌نمود معمولاً با ورود به دوره پیش‌دبستان و دبستان قابل مشاهده بوده و در سنین ۶ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) ضرورت پژوهش و مداخله به‌منظور شناسایی علل و عوامل مؤثر و شیوه‌های صحیح مداخله از اهمیت زیادی برخوردار است. زیرا کودکان دارای اختلال‌های رفتاری درون‌نمود از دیگران فاصله گرفته و منزوی می‌شوند و به تدریج به‌زیستی و سلامت روان آن‌ها تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد (اشته و همکاران، ۲۰۱۸؛ ضرغامی و همکاران، ۲۰۱۷).

سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سلامت را به‌عنوان "برخورداری از به‌زیستی کامل جسمی، ذهنی، اجتماعی، و نه صرفاً عدم ابتلا به بیماری" تعریف می‌کند. به‌بیان‌دیگر این سازمان برای سلامت روان تعریفی فراتر از نبود بیماری و اختلال روانی در نظر گرفته و حالتی از به‌زیستی را در نظر می‌گیرد که در آن فرد توانمندی‌های خود را می‌شناسد و می‌تواند با فشارهای زندگی به شیوه‌ای بهنجار کنار آمده و برای اجتماع خویش به‌عنوان فردی کارآمد و مفید تلقی می‌گردد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). علیرغم غلبه رویکرد روان‌پزشکی و آسیب‌شناسی روانی بر حوزه سلامت روان، خوشبختانه ادبیات روان‌شناختی از توجه به جنبه‌های مثبت سلامت روان غافل نمانده است. روان‌شناسان بزرگی مانند جیمز، راجرز، مزلو، فروم، فرانکل و یونگ برداشت‌های مثبتی از شخصیت سالم و کنش

1. Iloyd, B., & Colleague
2. Ryes, A
3. Gskun, M., Ilyas, K
4. Munger, K., & Colleague
5. Poulou, M
6. Berenguer, C
7. American Psychiatry Association
8. Wild Health Organization

وری مثبت ارائه نموده‌اند. در رویکردهای موجود در روان‌شناسی جدید نیز شاهد شکل‌گیری دو دیدگاه مستقل (لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی) در ارتباط با موضوع بهزیستی بوده‌ایم. اما در بطن جنبش نوین روان‌شناسی مثبت‌نگر، نظریه‌های شادکامی یا احساس رضایت از زندگی به مدل‌های بهزیستی تغییر یافته و این دیدگاه‌ها برای ارائه مدل‌های جامع از عملکرد بهینه فرد، هم بر نیاز روان‌شناختی و هم سلامت روانی تأکید داشته و با کنار هم قرار دادن جنبه‌های مختلف بهزیستی اعم از ذهنی، روان‌شناختی و اجتماعی، نظریه بهزیستی جامع را ارائه نموده‌اند (سلیگمن، ۲۰۱۱؛ مورفی و همکاران، ۲۰۱۹؛ رایف و سینگر، ۲۰۰۶). کیز معتقد است تا به حال برداشت جامعی از سلامت روانی مورد بررسی قرار نگرفته و صرفاً به جنبه‌های گوناگون بهزیستی (هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی) پرداخته شده است اما از نظر وی، بهزیستی فاعلی بیانگر ادراک‌ها و ارزیابی‌های فرد از زندگی خود بر اساس حالت‌های عاطفی، کنش‌وری روان‌شناختی و اجتماعی است (کیز، ۲۰۰۲). سلیگمن (۲۰۱۱) در کتاب شکوفایی انسان، نظریه بهزیستی جامع را در قالب مدل PERMA (شامل مؤلفه‌های هیجان‌های مثبت، مشغولیت، روابط، معنا و پیشرفت) ارائه نموده است. همچنین نتایج مطالعات انجام شده نشان داده است که سطوح بالای بهزیستی جامع همبستگی معناداری با سرزندگی و نشاط، خودتنظیمی، اثربخشی روابط اجتماعی در بهر‌مندی از زندگی معنادار و هدفمند دارد (سیانگ و یانگ، ۲۰۰۶).

خانواده مانند هر نظامی، از عناصری چند تشکیل شده که در تعامل با یکدیگرند و کارکرد مجموعه این عناصر عملکرد خانواده شناخته می‌شود. عملکرد خانواده به توانایی در هماهنگی با تغییرات، حل تضادها و تعارضات، همبستگی بین اعضا و موفقیت در اعمال الگوهای انضباطی، رعایت حدود مرز بین افراد، اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده است. این واحد اجتماعی مبدأ بروز عواطف انسانی و کانون صمیمانه‌ترین روابط و تعاملات بین فردی است. خانواده باید مکانی باشد که در آن فرد احساس ایمنی نموده و حق داشته باشد علائق و استعدادها و عواطف و احتیاجات طبیعی خود را بدون واگم ابراز داشته و از افراد دیگر خانواده در حل مشکلات خود کمک بگیرد. نقش و اهمیت خانواده در دوران مختلف رشد و تحول متفاوت بوده و در خصوص تأثیرگذاری عملکرد خانواده بر فرزندان می‌توان به نتایج پژوهش‌های متعددی از جمله گلچین و همکاران (۲۰۰۷) اشاره کرد که ارتباط معناداری را بین عملکرد مطلوب خانواده با مسئولیت‌پذیری، خودپنداره، گرایش مذهبی و امید به آینده گزارش کردند. یافته‌های پژوهش حسینی و سامانی (۲۰۱۲) بیانگر این است که ابعاد مختلف عملکرد خانواده به‌ویژه پاسخ‌دهی عاطفی، نقش‌ها و کارکرد هیجانی خانواده پیشینی کننده خودتنظیمی فرزندان است. خداجوی و همکاران (۲۰۱۱) در نتایج پژوهش خود بر نقش عملکرد خانواده در تقویت تاب‌آوری فرزندان بویژه در برابر مصرف مواد تأکید نموده‌اند. هم‌چنین نتایج پژوهش‌های شریفی و همکاران (۲۰۰۵) و لطفی-نیا و همکاران (۲۰۱۲) نیز حاکی از تأثیر مثبت عملکرد خانواده بر سرسختی و خودکارآمدی و سلامت عمومی فرزندان بود. سایر پژوهش‌های داخلی که به بررسی تأثیر عملکرد خانواده در ایجاد و تقویت اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان پرداخته‌اند، این اختلالات را نوعی واکنش کودک نسبت به نابسامانی‌های عملکرد خانواده دانسته‌اند (حسنوندی و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش‌های دیگر در زمینه عوامل موثر بر اختلالات عاطفی رفتاری کودکان، به محرک‌های محیطی نامناسب همچون سردی کانون خانواده، عدم پذیرش و حمایت کافی/ یا حمایت افراطی از سوی والدین،

1. Sigma, M
2. Miphy, J
3. Ruff, C., Singer, B
4. Keyes, C
5. Positive Emotion
6. Engagement
7. Relationship
8. Meaning
9. Achievement
- 1 . Self Regulation 0
- 1 . Siang-Yang, T 1

شکل‌گیری دلبستگی ناایمن در دوران کودکی، اختلافات والدین در مسائل تربیتی کودکان اشاره نموده‌اند (مش و وولف، ۲۰۱۵؛ بیرد، ۲۰۱۹؛ چن و راین، ۲۰۱۸).

کودکان در مسیر رشد در جنبه‌های مختلف، نیازمند کمک و راهنمایی و هدایت والدین و اعضای خانواده به‌ویژه مادران خود هستند. علاوه بر بهزیستی جامع، عملکرد خانواده نیز به‌عنوان یک متغیر تأثیرگذار در این زمینه، نقش بسیار مهمی در بهبود توانمندی‌های کودکان به‌ویژه کودکان دارای اختلال عاطفی درون نمود دارد. اعضای خانواده در ایفای نقش، بسترسازی مناسب به‌منظور تسهیل بروز و ظهور و ادراک هیجانی و برقرار ارتباط اعضای با یکدیگر نقش مهمی دارند (قمری، ۲۰۱۲؛ فرید و همکاران، ۲۰۱۶؛ فردریکسون، ۲۰۰۱).

بنابراین با توجه به اهمیت بحث اختلالات عاطفی و ضرورت توجه و شناسایی این اختلالات در دوران کودکی، در حد جستجوی پژوهشگران، پژوهشی مبنی بر بررسی نقش بهزیستی جامع و عملکرد خانواده بر اختلالات عاطفی درون نمود در دانش آموزان دوره ابتدایی انجام نشده است. بر این اساس هدف اصلی این پژوهش مقایسه بهزیستی جامع و عملکرد خانواده مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال عاطفی درون نمود با مادران دارای کودکان عادی بود. این پژوهش درصدد است به این سؤال اصلی پاسخ دهد که آیا میان بهزیستی جامع و عملکرد خانواده مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال عاطفی درون نمود و مادران دارای کودکان عادی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع کاربردی، به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها میدانی و با استفاده از روش علی-مقایسه‌ای انجام شده که به مقایسه بهزیستی جامع و عملکرد خانواده در مادران کودکان دارای اختلالات عاطفی درون نمود و کودکان عادی پرداخته است. جامعه آماری این مطالعه شامل مادران دانش‌آموزان دوره ابتدایی منطقه ۴ شهر تهران که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بوده‌اند. روش برآورد حجم نمونه بر اساس جدول کوهن، با اندازه اثر ۰/۵، توان آزمون ۰/۸ و آلفای ۰/۰۵ حجم نمونه ۳۱ نفر برآورد شد. بر این اساس در این پژوهش در مجموع ۶۲ نفر و در هر گروه ۳۱ نفر از دانش‌آموزان به همراه مادران آنان مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌گیری این پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بوده، به‌گونه‌ای که ابتدا از بین مدارس منطقه چهار آموزش و پرورش شهر تهران، ۴ مدرسه به‌صورت تصادفی شامل ۲ مدرسه پسرانه و ۲ مدرسه دخترانه انتخاب شدند. به‌منظور غربالگری دانش‌آموزان این مدارس، از پرسشنامه اختلالات رفتاری عاطفی آخنباخ^۱ (۱۹۷۸) سیاهه رفتاری کودکان^۲ (CBCL) فرم والد و معلم استفاده شد. بر اساس دیدگاه آخنباخ (۱۹۹۱) در خصوص تفسیر نمرات آزمون مذکور، از میان دانش‌آموزان دارای نمره بالاتر از ۶۰ (نقطه برش)، ۳۱ دانش‌آموز و از میان دانش‌آموزان عادی نیز ۳۱ نفر به تصادف انتخاب و در دو گروه جایدهی شدند. لازم به ذکر است که به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، کلیه مادران این دانش‌آموزان در جریان اهداف این فعالیت پژوهشی قرار گرفته پس از جلب موافقت آن‌ها و تأکید بر محرمانه بودن نتایج پژوهش، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه‌های بهزیستی جامع کیز و ماگیارمو^۳ (SWS، ۲۰۰۳) و پرسشنامه عملکرد خانواده (FAD، ۱۹۸۰) بودند.

1. Mash, E., Wf, D
2. Byrd, H
3. Chen, F., Raine, A
4. Ghamari, M
5. Freed, R
6. Fredrickson, B
7. Akhenbakh, K
8. Child Behavior Checklist (CBCL)
9. Keyes, C., Mgyar-Moe, J

پرسشنامه اختلالات رفتاری عاطفی آخنباخ (۱۹۷۸): ابزار پژوهش برای گردآوری اطلاعات در خصوص اختلال‌های درون‌نمودی و برون‌نمودی، فرم‌های نظام‌سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) بود. مقیاس‌های سن مدرسه این نظام‌سنجش، که در سال ۱۹۷۸ توسط آخنباخ تهیه شده‌اند و از آن زمان تاکنون چندین بار مورد تجدید نظر قرار گرفته‌اند، مشتمل بر سه فرم می‌باشند که عبارتند از: سیاهه رفتاری کودک (CBCL)، فرم گزارش معلم (TRF) و پرسشنامه خودسنجی نوجوان (YSR). در این مطالعه، نتایج حاصل از اجرای سیاهه رفتاری کودک گزارش شده‌اند. پرسشنامه خودسنجی آخنباخ ۱۱۳ سوال دارد که ۸ مشکل یا نشگانگان عاطفی، رفتاری و اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند. درجه بندی سوالات به صورت ۰= نادرست، ۱= تا حدی درست، ۲= کاملاً درست است. علاوه بر آن، نتایج کوشش‌های انجام شده در جهت برآورد اعتبار آزمون-بازآزمون هر سه فرم نشان داد که کلیه ضرایب همبستگی در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار هستند. به منظور ارائه شواهدی از روایی فرم‌های سه‌گانه (YSR, TRF, CBCL)، روایی محتوا، روایی وابسته به ملاک و روایی سازه نیز مورد بررسی واقع شده‌اند (مینایی، ۲۰۰۶). بر اساس اطلاعات ارائه شده، در زمینه روایی و پایایی فرم‌های مختلف نظام‌سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) این نتیجه حاصل شده است که این فرم‌ها، ابزاری روا و پایا در سنجش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان و نوجوانان می‌باشند (مینایی، ۲۰۰۶). بر اساس مطالعات انجام شده توسط مینایی مشخص شد که فرم‌های مختلف CBCL، TRF و YSR از همسانی درونی بالایی برخوردار بوده‌اند، به طوری که ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های شایستگی بالا است و دامنه آن از ۰/۶۵ به ۰/۸۵ برای CBCL و ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ برای YSR متفاوت است. ضرایب آلفای مقیاس سازش یافتگی کلی فرم TRF، ۰/۸۳ می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های نشانگانی مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM هر سه فرم (YSR و TRF, CBCL) نیز اکثراً در سطح مطلوب و رضایت‌بخش قرار دارند (مینایی، ۲۰۰۶).

پرسشنامه بهزیستی جامع کیز و ماگیارمو SWS، ۲۰۰۳: این پرسشنامه به منظور بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی افراد تنظیم شده و ۴۵ ماده دارد. ۱۲ سوال اول به سنجش بهزیستی هیجانی، ۱۸ سوال بعدی به بهزیستی روانشناختی و ۱۵ سوال نهایی به بهزیستی اجتماعی اختصاص یافته‌است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ تایی است. بدین ترتیب که آزمودنی به ازای هر پاسخ اصلاً ۱ نمره، کمی ۲ نمره، بعضی اوقات ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تمام مدت ۵ نمره دریافت نموده است. پایایی مقیاس بهزیستی جامع و زیرمقیاس‌های آن شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی توسط گلستانی بخت روی ۵۷ آزمودنی اجرا و به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۶، ۰/۶۴، ۰/۷۶ گزارش شده‌است. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های فرعی آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۴ محاسبه شده که حاکی از همسانی درونی مطلوبی است. روایی افتراقی این پرسشنامه نیز با فرم کوتاه افسردگی بک بررسی و ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با پرسشنامه بهزیستی جامع ۰/۵۲- و برای زیرمقیاس‌های بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی به ترتیب ۰/۴۶-، ۰/۴۷- و ۰/۴۳- گزارش شد (گلستانی بخت، ۲۰۰۷). اعتبار درونی زیرمقیاس بهزیستی هیجانی در بخش هیجان مثبت ۰/۹۱ و بخش هیجان منفی ۰/۷۸ بود. زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و اجتماعی دارای اعتبار درونی متوسط از ۰/۴ و اعتبار مجموع هر دو این مقیاس‌ها ۰/۸ و بیشتر بود (کیز و ماگیارمو، ۲۰۰۳).

پرسشنامه عملکرد خانواده FAD^۴، ۱۹۸۰: این پرسشنامه به منظور سنجش عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک مستر^۵ تدوین شده و ۶۰ ماده دارد. این ابزار توسط اپستاین و همکاران^۶ (۱۹۸۰) تدوین شد. این پرسشنامه عملکرد سالم و ناسالم خانواده را در قالب ۶

1. Akhenbakh System of Empirically Based Assessment
2. Teacher's Report Form (TRF)
3. Youth Self-Report (YSR)
4. Family Assessment Devise (FAD)
5. McMaster Model of Family Functioning (MMFF)
6. Epstein, N. B., & Colleague

مولفه و یک بعد عملکرد کلی خانواده می‌سنجد. مولفه‌های خانوادگی شامل حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و یک مولفه عملکرد کلی^۷ است. نمره کل این پرسشنامه از محاسبه جمع نمرات هر سؤال به دست آمده است به گونه‌ای که برای پاسخ‌های کاملاً موافقم (۵ نمره)، موافقم (۴ نمره)، تا حدودی (۳ نمره) مخالفم (۴ نمره) و کاملاً مخالفم (۰ نمره) در نظر گرفته شده است. در پژوهش ثنایی و امینی (۲۰۰۰) ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۳۸، ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۶۵ و ۰/۸۱ گزارش شده است. نتایج به دست آمده از پژوهش یوسفی (۲۰۱۲) با استفاده از روش تحلیل عاملی به شیوه چرخش متمایل از نوع ابلیمین مستقیم، نشان داد که هفت عامل شیوه سنجش خانوادگی مکمستر با تحلیل عامل تائیدی آن‌ها برازش شدند. ضرایب پایایی همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف برای ۶۰ ماده و هفت عامل (به ترتیب با مقدار ۰/۸۳ و ۰/۸۲) رضایت بخش بودند. همچنین، ضرایب روایی همگرا و واگرا شیوه سنجش خانوادگی مکمستر با پرسشنامه الگوهای ارتباطی (CPQ)، پرسشنامه کانون مهار (LOCS)، خرده مقیاس‌های واکنش عاطفی و امتزاج با دیگران به ترتیب ۰/۴۶، ۰/۳۶، ۰/۴۱، -۰/۴۳- به دست آمده است که در سطح ($P < 0.01$) معنادار است. در پژوهش حاضر، نیز ضرایب خرده مقیاس‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی به ترتیب: ۰/۷۸۸، ۰/۸۳۳، ۰/۸۰۶، ۰/۷۵۹، ۰/۷۴۴، ۰/۷۲۵، ۰/۷۱۹ گزارش شده است.

یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر «مقایسه بهزیستی جامع و عملکرد خانواده در مادران کودکان دارای اختلالات عاطفی درون نمود با مادران کودکان عادی» بود. پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود که متغیر مستقل (اختلال عاطفی درون نمود) و متغیرهای وابسته آن مؤلفه‌های بهزیستی جامع و عملکرد خانواده بودند. برای آزمون فرضیه‌ها آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) به کار گرفته شد.

یافته‌های پژوهش در زمینه توصیف دو گروه نمونه به لحاظ سن نشان داد، میانگین و انحراف استاندارد سن مادران دارای فرزند بیمار به ترتیب ۳۵/۴۰ و ۶/۰۵ و میانگین و انحراف استاندارد سن والدین دارای فرزند عادی به ترتیب ۳۴/۳۷ و ۶/۳۳ بود. استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه به لحاظ سن تفاوت معناداری وجود ندارد و بنابراین دو گروه به لحاظ سن همگن بودند. میزان تحصیلات ۱۷ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال عاطفی درون نمود و ۲۰ نفر از والدین دارای فرزند عادی دیپلم بود. میزان تحصیلات ۶ نفر از هر دو گروه کارشناسی و ۷ نفر از والدین دارای فرزند بیمار و ۴ نفر از والدین دارای فرزند عادی کارشناسی ارشد بود. استفاده از آزمون کای اسکوتر پیرسون ($\chi^2(2) = 1.062, p > 0.05$) نشان داد که دو متغیر میزان تحصیلات و داشتن فرزند بیمار/عادی مستقل از هم بوده و به عبارت دیگر بین دو گروه به لحاظ میزان تحصیلات تفاوت معناداری وجود نداشت. در گروه شرکت کنندگان دارای فرزند بیمار ۶ نفر یک فرزند، ۱۶ نفر دو فرزند و ۸ نفر بیشتر از دو فرزند داشتند. در گروه شرکت کنندگان دارای فرزند عادی ۱۱ نفر یک فرزند، ۱۴ نفر دو فرزند و ۵ نفر بیشتر از دو فرزند داشتند. استفاده از آزمون کای اسکوتر پیرسون ($\chi^2(2) = 2.296, p > 0.05$) نشان داد که بین دو گروه به لحاظ تعداد فرزندان تفاوت معناداری وجود ندارد.

1. problem solving
2. communication
3. roles
4. affective Responsiveness
5. affective Involvement
6. behavior control
7. general functioning
8. Communication Patterns Questionnaire
9. locus of control scale

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های عملکرد خانواده در دو گروه والدین دارای فرزند بیمار و عادی

شاخص کولموگروف-اسمیرنف		میانگین \pm انحراف استاندارد		
دارای فرزند عادی	دارای فرزند بیمار	دارای فرزند عادی	دارای فرزند بیمار	
(NS) ۰/۱۴۴	(NS) ۰/۱۲۸	۳/۶۱ \pm ۱۰/۴۰	۳/۶۸ \pm ۱۲/۳۷	حل مشکل
(NS) ۰/۰۹۸	(NS) ۰/۱۰۵	۴/۰۲ \pm ۱۲/۸۷	۴/۰۶ \pm ۱۵/۲۳	ارتباط
(NS) ۰/۱۰۲	(NS) ۰/۱۰۵	۳/۶۴ \pm ۱۳/۲۷	۵/۷۵ \pm ۱۷/۴۷	نقش‌ها
(p=۰/۰۲۳) ۰/۱۷۲	(NS) ۰/۱۰۵	۲/۴۷ \pm ۸/۱۳	۴/۴۱ \pm ۱۰/۸۰	همراهی عاطفی
(NS) ۰/۱۵۲	(NS) ۰/۱۵۷	۳/۴۲ \pm ۱۴/۳۰	۶/۲۵ \pm ۲۰/۲۷	آمیزش عاطفی
(p=۰/۰۴۸) ۰/۱۶۰	(NS) ۰/۱۲۹	۴/۴۶ \pm ۱۳/۱۳	۶/۹۲ \pm ۱۸/۷۶	کنترل رفتار
(NS) ۰/۱۳۶	(NS) ۰/۱۴۷	۴/۱۸ \pm ۲۹/۶۳	۴/۲۲ \pm ۳۴/۵۰	عملکرد کلی
(NS) ۰/۱۱۸	(NS) ۰/۱۴۴	۳/۶۷ \pm ۳۶/۲۳	۴/۷۲ \pm ۲۶/۶۰	بهبودی هیجانی
(NS) ۰/۱۰۴	(NS) ۰/۰۹۲	۹/۳۵ \pm ۶۰/۶۳	۱۳/۴۷ \pm ۴۷/۰۵	بهبودی روانی
(NS) ۰/۱۲۱	(NS) ۰/۱۵۳	۶/۶۷ \pm ۴۲/۸۷	۹/۳۲ \pm ۳۸/۵۳	بهبودی اجتماعی

غیر معنادار NS:

همان گونه که در جدول (۱) مشاهده می‌شود مقادیر کالماگروف-اسمیرنف برای مؤلفه‌های همراهی عاطفی و کنترل رفتار در گروه شرکت‌کنندگان دارای فرزند عادی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. اگرچه این موضوع بیانگر عدم نرمال بودن توزیع داده‌های مربوط به دو مؤلفه مزبور در گروه شرکت‌کنندگان دارای فرزند عادی است، با وجود این با توجه به سطح معناداری می‌توان گفت انحراف از مفروضه نرمال بودن شدید نبوده و بنابراین می‌توان این سطح از انحراف از مفروضه را نادیده گرفت.

نتایج آزمون لون در ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در هر یک از مؤلفه‌های عملکرد خانواده در دو گروه نشان داد که واریانس خطای مؤلفه‌های عملکرد خانواده شامل مؤلفه حل مشکل ۰/۹۳۶، ارتباط ۰/۷۱۲، نقش‌ها ۰/۵۹۱، همراهی عاطفی ۰/۰۶۳، آمیزش عاطفی ۰/۲۱۶، کنترل رفتار ۰/۱۱۴ و عملکرد کلی ۰/۴۹۷ بوده است. بر اساس این نتایج هیچ‌یک از مؤلفه‌های عملکرد خانواده در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بنابراین می‌توان گفت مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در هر یک از مؤلفه‌های عملکرد خانواده در دو گروه برقرار است.

استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده‌های مربوط به دو گروه برقرار نیست ($F=۲/۵۹۲$, $P=۰/۰۰۴$, $\text{Box's } M=۸۳/۳۶$). با وجود این تاباچینک و فیدل (۲۰۱۳) بر این باورند که در صورت برابری حجم نمونه‌های مورد مقایسه، عدم برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته نتایج تحلیل را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. همچنین نتیجه آزمون کرویت بارتلت نشان داد که سطح قابل قبولی از همبستگی بین متغیرهای وابسته وجود دارد ($\chi^2(۲۷)=۲۸۴/۷۳$, $p<۰/۰۰۱$). بنابراین چنین نتیجه‌گیری شد که تحلیل واریانس چند متغیری روش مناسبی برای مقایسه مؤلفه‌های عملکرد خانواده در بین دو گروه والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود و والدین دارای فرزند عادی است. در ادامه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که ارزش $F(۶۸۵)=۰/۶۸۵$ و $\text{Wilks' } \Lambda=۰/۳۱۵$ ، $\eta^2_{\text{partial}}=۰/۳۱۵$ در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

به همین منظور تحلیل واریانس یک‌راهه انجام شد تا معین گردد کدام‌یک از مؤلفه‌های عملکرد خانواده در بین دو گروه والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود و والدین دارای فرزند عادی به لحاظ آماری متفاوت است. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در مقایسه مؤلفه‌های عملکرد خانواده در بین دو گروه والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود و والدین دارای فرزند عادی را در جدول (۲) ارائه شده است.

1. Bartlett test of sphericity

جدول ۲: تحلیل واریانس یک‌راهه در مقایسه مؤلفه‌های عملکرد خانواده در بین دو گروه والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود و والدین دارای فرزند

عادی					
متغیرها	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معناداری	η^2
حل مشکل	۵۸/۰۲	۱۳/۳۰	۴/۳۶	۰/۰۴۱	۰/۰۷۰
ارتباط	۸۴/۰۰	۱۸/۶۷	۴/۵۰	۰/۰۳۸	۰/۰۷۲
نقش‌ها	۲۶۴/۶۰	۲۳/۱۶	۱۱/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۱۶۵
همراهی عاطفی	۱۰۶/۶۷	۱۲/۸۰	۸/۳۳	۰/۰۰۵	۰/۱۲۶
آمیزش عاطفی	۵۳۴/۰۱	۲۵/۵۲	۲۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۶۵
کنترل رفتار	۴۷۶/۱۲	۳۳/۹۴	۱۴/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۱۹۵
عملکرد کلی	۳۵۵/۲۸	۱۷/۶۳	۲۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵۸

نکته ۱: در تحلیل واریانس یک‌راهه درجات آزادی بین گروهی ۱ و درجه آزادی خطا ۵۸ بود

جدول (۲) نشان می‌دهد که نمره F مربوط به مؤلفه‌های حل مشکل ($F(1 و 5) = 4/36, P < 0/05$)، ارتباط ($F(1 و 58) = 4/50, P < 0/05$)، عملکرد خانواده در سطح ۰/۰۵ و نمره F مربوط به مؤلفه‌های نقش‌ها ($F(1 و 58) = 11/42, P < 0/01$)، همراهی عاطفی ($P < 0/01$)، $F(1 و 58) = 8/33$ ، آمیزش عاطفی ($F(1 و 58) = 20/92, P < 0/01$)، کنترل رفتار ($F(1 و 58) = 14/02, P < 0/01$) و عملکرد کلی ($F(1 و 58) = 20/15, P < 0/01$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی در همه مؤلفه‌های عملکرد خانواده شامل حل مشکل ($\Delta\bar{x} = 1/967, SE = 0/942$)، ارتباط ($\Delta\bar{x} = 2/367, SE = 1/116$)، نقش‌ها ($\Delta\bar{x} = 4/200, SE = 1/243$)، همراهی عاطفی ($\Delta\bar{x} = 2/667, SE = 0/924$)، آمیزش عاطفی ($\Delta\bar{x} = 5/965, SE = 1/304$)، کنترل رفتار ($\Delta\bar{x} = 5/633, SE = 1/504$) و عملکرد کلی ($\Delta\bar{x} = 4/862, SE = 1/084$) میانگین نمرات بالاتری کسب کرده‌اند. اما از آنجا که در پرسشنامه به کار گرفته شده برای سنجش عملکرد خانواده نمرات بالا بیانگر عملکرد پایین و بالعکس است، لذا چنین نتیجه‌گیری شد که والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی از عملکرد خانواده پایین‌تری برخوردارند. جدول (۳) میانگین، انحراف استاندارد، شاخص کالماگروف-اسمیرنف و مؤلفه‌های بهزیستی جامع را در دو گروه والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود و والدین دارای فرزند عادی نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد، شاخص کولموگروف-اسمیرنف مؤلفه‌های بهزیستی جامع در دو گروه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود و

میانگین \pm انحراف استاندارد		شاخص کولموگروف-اسمیرنف	
دارای فرزند بیمار	دارای فرزند عادی	دارای فرزند بیمار	دارای فرزند عادی
۴/۷۲ \pm ۲۶/۶۰	۳/۶۷ \pm ۳۶/۲۳	(NS) ۰/۱۱۸	(NS) ۰/۱۴۴
۱۳/۴۷ \pm ۴۷/۰۵	۹/۶۰ \pm ۳۵/۶۳	(NS) ۰/۱۰۴	(NS) ۰/۰۹۲
۹/۳۸ \pm ۳۲/۵۳	۶/۶۷ \pm ۴۲/۸۷	(NS) ۰/۱۲۱	(NS) ۰/۱۵۳

غیر معنادار NS:

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که مقادیر کولموگروف-اسمیرنف برای هر سه مؤلفه بهزیستی جامع در هر دو گروه در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. این موضوع بیانگر آن است که توزیع داده‌های همه مؤلفه‌های بهزیستی جامع در هر دو گروه نرمال است. ضریب آلفای کرونباخ همه مؤلفه‌های بهزیستی جامع نیز بالاتر از ۰/۷ بود. این موضوع بیانگر همسانی درونی قابل قبول گویه‌هایی است که هر یک از مؤلفه بهزیستی جامع را اندازه‌گیری نموده‌اند. در ادامه جدول ۴-۸ نتایج آزمون لون در ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در هر یک از مؤلفه‌های بهزیستی جامع در دو گروه را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون لوین در ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در هر یک از مؤلفه‌های بهزیستی جامع در دو گروه نشان داد که واریانس خطای مؤلفه‌های بهزیستی جامع شامل مؤلفه بهزیستی هیجانی ۰/۰۹۴، مؤلفه بهزیستی روانی ۰/۱۷۴ و مؤلفه بهزیستی اجتماعی

۰/۰۹۴ بوده است. براساس این نتایج واریانس خطای هیچ یک از مؤلفه های بهزیستی جامع در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بنابراین می توان گفت مفروضه همگنی واریانس های خطا در هر یک از مؤلفه های بهزیستی جامع در دو گروه برقرار است. برای آزمون فرضیه دوم نیز از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده های مربوط به دو گروه برقرار بود ($F=1/497, P=0/175, \text{Box's } M=9/520$). همچنین نتیجه آزمون کرویت بارتلنت نشان داد که سطح قابل قبولی از همبستگی بین متغیرهای وابسته وجود دارد ($p < 0/001, \chi^2(5) = 16/57$). بنابراین چنین نتیجه گیری شد که تحلیل واریانس چند متغیری روش مناسبی برای مقایسه مؤلفه های بهزیستی جامع در بین دو گروه والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود و والدین دارای فرزند عادی است. در ادامه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که ارزش $F(0/640 = \text{ویلیکز لامبدا}, \text{partial } \eta^2 = 0/360, P < 0/001, F(3 \text{ و } 56) = 33/247$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. به همین منظور تحلیل واریانس یک راهه انجام شد تا معین گردد کدام یک از مؤلفه های بهزیستی جامع در بین دو گروه والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود و والدین دارای فرزند عادی به لحاظ آماری متفاوت است. جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس یک راهه در مقایسه مؤلفه های بهزیستی جامع در بین دو گروه والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود و والدین دارای فرزند عادی را نشان می دهد.

جدول ۴: تحلیل واریانس یک راهه در مقایسه مؤلفه های بهزیستی جامع در بین دو گروه والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود و والدین دارای فرزند عادی

متغیرها	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	سطح معناداری	ضریب اتا ^۲
بهزیستی هیجانی	۱۳۹۲/۲۰	۱۸/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳
بهزیستی روانی	۲۵۸۷/۲۷	۱۳۴/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۴۹
بهزیستی اجتماعی	۲۸۱/۶۸	۶۵/۷۱	۰/۰۴۳	۰/۰۶۹

نکته ۱: در تحلیل واریانس یک راهه درجات آزادی بین گروهی ۱ و درجه آزادی خطا ۵۸ بود.

نتایج جدول (۴) نشان می دهد که نمره F مربوط به مؤلفه بهزیستی اجتماعی ($F(1 \text{ و } 58) = 4/29, P < 0/05$) در سطح ۰/۰۵ و نمره F مربوط به مؤلفه های بهزیستی روانی ($F(1 \text{ و } 58) = 19/23, P < 0/01$) و بهزیستی هیجانی ($F(1 \text{ و } 58) = 77/90, P < 0/01$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی در همه مؤلفه های بهزیستی جامع شامل بهزیستی هیجانی ($\Delta \bar{x} = 9/633, SE = 1/092$)، بهزیستی روانی ($\Delta \bar{x} = 13/13, SE = 2/995$) و بهزیستی اجتماعی ($\Delta \bar{x} = 4/333, SE = 2/093$) میانگین نمرات پایین تری کسب کرده اند. بر اساس نتایج به دست آمده چنین نتیجه گیری شد که والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی از بهزیستی جامع پایین تری برخوردارند.

بحث و نتیجه گیری

سال های پیش دبستان و دبستان، به دلیل شکل گیری پایه های شخصیت کودک یکی از مهم ترین دوره های رشد بشمار می آید و آنچه در این دوران رخ می دهد، به طور اساسی بر فرآیند رشد و تربیت کودک در دوره های بعدی نیز تاثیر گذار است. بنابر اهمیت موضوع، در این مقاله بهزیستی جامع و عملکرد خانواده مادران دارای کودکان با اختلال عاطفی درون نمود با مادران کودکان عادی مورد مقایسه قرار گرفت. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون نمود در مقایسه با مادران دارای فرزند عادی از بهزیستی جامع و عملکرد خانواده پایین تری برخوردارند. نتایج پژوهش های متعددی همچون بیرد (۲۰۱۹)، چن و راین (۲۰۱۸)، کاسکان و ایاس (۲۰۱۶)، اشته و همکاران (۲۰۱۸)، ضرغامی و همکاران (۲۰۱۷)، حسونندی و همکاران (۲۰۱۷)، پورحسین و همکاران (۲۰۱۵)، صابری (۲۰۰۸) در زمینه عوامل مؤثر بر اختلال های عاطفی - رفتاری مؤید نتایج این پژوهش است.

اختلالات عاطفی-رفتاری کودکان، اختلالات شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با نرخ‌های بالایی از معضلات و آسیب‌های اجتماعی همراه‌اند (شمس‌الدینی و همکاران، ۲۰۱۸). محققان دریافته‌اند که اختلالات عاطفی-رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین رشد کودک مشاهده می‌شود و بین سنین ۶ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسد (بهراری، ۲۰۱۶). البته سن شروع این علائم در پسر و دختر متفاوت ذکر شده است. اختلالات عاطفی-رفتاری به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی و مهارت‌های اجتماعی کودکان تأثیر منفی گذاشته و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی، سوء‌مصرف مواد، فعالیت‌های بزهکارانه، اختلال اضطرابی و خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلالات عصب‌شناختی و اختلال شخصیت مرزی در دوره بزرگ‌سالی را افزایش می‌دهد (بورت، ۲۰۱۷). بحث و پژوهش در زمینه بهزیستی و راه‌های کسب و دستیابی به آن علیرغم وجود دو نگرش لذت‌گرایی (بهزیستی شامل شادکامی و لذت) و فضیلت‌گرایی (بهزیستی حاصل بالفعل نمودن نیروهای بالقوه انسانی) پس از تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) از سلامت به‌عنوان حالتی از "بهزیستی کامل جسمانی و ذهنی و اجتماعی" گرایش به سمت رویکرد جامع و کل‌نگر به موضوع بهزیستی افزایش یافته است. کیز (۲۰۰۲) الگوی سلامت روانی کامل خود را به‌عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌ها که هم‌دربرگیرنده عواطف مثبت و هم‌کنش‌وری مثبت در زندگی است، ارائه کرده است. مولفه‌های عملکرد خانواده اعم از شیوه‌های حل مسئله و ارتباط‌گیری اعضاء با یکدیگر، همراهی و آمیزش عاطفی و شیوه‌های کنترل رفتار تبیین‌کننده عملکرد تربیتی، حمایتی و عاطفی خانواده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات عاطفی درون‌نمود در مقایسه با مادران دارای فرزند عادی در کلیه مولفه‌های مذکور از عملکرد خانواده پایین‌تری برخوردارند. نتایج پژوهش‌های دیگر از جمله برنجی و همکاران (۲۰۱۲)، حسینی و سامانی (۲۰۱۰)، خداجوادی و همکاران (۲۰۱۱)، گلچین و همکاران (۲۰۰۷)، شریفی عریضی و نامداری (۲۰۰۵)، لطیفینیا و همکاران (۲۰۱۲) و روان‌بخش (۲۰۰۶) نیز همسو با نتایج پژوهش حاضر بر اهمیت مولفه‌های عملکرد خانواده تأکید دارند. کودک در خانواده پندارهای اولیه را درباره جهان فرامی‌گیرد، از لحاظ جسمی و ذهنی رشد می‌یابد، شیوه‌های سخن‌گفتن را می‌آموزد، هنجارهای اساسی رفتار را یاد می‌گیرد و سرانجام نگرش‌ها، اخلاق و روحیاتش شکل می‌گیرد (سامانی و حسینی، ۲۰۱۲). پژوهش‌هایی که عملکرد خانواده را بر فرزندان مورد مطالعه قرار داده‌اند تأثیرات منفی خانواده را در دو جهت بیرونی و درونی ارزیابی کرده‌اند که منظور از تأثیرات منفی بیرونی بروز رفتارهای پرخاشگرانه و بزهکاری در کودکان است. تأثیرات عملکرد منفی خانواده بر فرزندان به‌صورت درونی کردن مشکلات، معمولاً به‌صورت اضطراب و افسردگی خود را نشان می‌دهند که جلوه‌هایی از اختلالات عاطفی درون‌نمود هستند. سلطانی فر و بینا (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای که در زمینه میزان شیوع نشانه‌های افسردگی کودکان دبستانی ۹ تا ۱۱ ساله دبستانی و رابطه آن با عملکرد خانواده انجام دادند به این نتیجه رسیدند که عملکرد خانواده از نظر تعداد دعوها، جو هیجانی و رضایت زناشویی با افسردگی کودکان رابطه معناداری دارد. برنجی و همکاران (۲۰۱۰) در یک مطالعه طولی دو ساله، کیفیت رابطه والدین و فرزندان و تأثیر آن را در درونی کردن مشکلات به‌صورت افسردگی مورد مطالعه قرار دادند. نتیجه این مطالعه بیانگر این نکته بود که هرچه از کیفیت رابطه پدر و مادر با فرزندان کاسته می‌شد، نشانه‌های افسردگی فرزندان افزایش می‌یابد. گارت پیترز و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند که ارتباط عاطفی والدین و بویژه کیفیت گفتگوی عاطفی خانوادگی بر شکوفایی و بالندگی فرزندان تأثیر دارد. مالوف و همکاران (۲۰۰۷) گزارش کرده‌اند که حل مسأله در خانواده بر کاهش مشکلات روانی و جسمی فرزندان تأثیر مثبتی دارد. در تحقیق نظری (۲۰۱۱) گزارش شده است که در خانواده‌های از هم گسیخته میان اعضای خانواده ارتباط خوبی وجود نداشته و در زمینه تعامل نقش‌ها و روابط عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی به‌طور ضعیف‌تری عمل کرده‌اند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها میتوان به استفاده از ابزار خودگزارشی پرسشنامه اشاره نمود که به جهت تکیه بر اظهارات افراد نه رفتارهای واقعی آن‌ها این احتمال را افزایش میدهد که اطلاعات ارائه شده تحت تاثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی قرار گرفته باشد.

خروج دو نفر از مادران شرکت کننده در هر گروه و تقلیل نمونه به ۳۰ نفر نیز از دیگر محدودیتهای این پژوهش بود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی عوامل مؤثر بر ضعف عملکرد خانواده بویژه در زمینه مهارت حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین به دلیل اهمیت دوره کودکی در فرایند رشد انسان، به تأثیرگذاری مقیاس‌های بهزیستی جامع (هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی) و عملکرد همه اعضای خانواده (پدر، مادر و خواهر و برادرها) بر اختلالات عاطفی رفتاری (درون و برون نمود) مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در مباحث آموزش خانواده مدارس و رسانه‌ها بر ضرورت توجه به ویژگی‌های عاطفی و رفتاری فرزندان و آموزش تعامل صحیح والدین بویژه مادران با فرزندان دارای اختلالات عاطفی رفتاری تاکید گردد.

- Ashteh, K., Karami, J., Tarighatimaram, F., Heidarisharaf, P. (2018). *The effectiveness of social skills training on reduction of behavioral and emotional disorders mentally retarded male primary school students in Kermanshah*. Iranian Journal of Pediatric Nursing, 4 (3) :33-40.
- Bahari Gharehgoz, A. (2016). *Prevalence of Affective-Emotional Disorders in Exceptional Children*, *Journal of Exceptional Education*, 16(141), 39-51.
- Pourhossein, R., Habibi, M., Ashoori, A., Ghanbari, N., Riahi, Y., Ghodrati, S. (2015). *Prevalence of behavioral disorders among preschool children*. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(5), 234-239.
- Golchin, M. Nasiri, M. Najmi, b. And Bashardost, N. (2007). *Relationship between family functioning and some psychological characteristics of male and female adolescents*. Research in Medical Education, No. 4, pp. 299-297.
- Golestani Bakht, T. (2007). *Presenting a model of mental well-being and happiness in the population of Tehran*, PhD thesis in clinical psychology, Al-Zahra University.
- Hasanvandi, S., Mondai, M., Akhavan Tafti, M. (2018). *Identification Familial Elements in emergence of Affective Abnormalities from Parents' Perspective: A Phenomenology study*. Educational Development of Jundishapur, 8(4), 367-381.
- Hosseini, M., Samani, S. (2012). A Study of the Relationship Between the Family Function Dimensions and Self-Regulation in Children, *Journal of Family Research*, 8(31), 305.
- Ravanbakhsh, M. (2006). Abnormal Behavior of the Adolescent and Family. *Journal of Psychology (Tabriz University)*, 1(2-3), 145-174.
- Sani Zaker, B., Amini, F. (2001). *Comparison of "Family Functioning" of Two Groups of Dependent and Idependent Female Students*. *Counseling Research and Development*, 2(7-8), 9-28.
- Javadi, R., Aghabakhshi, H., Rafiey, H., Asgari, A., Baian Memar, A., Abdi Zarrin, S. (2011). *The Relationship between Family Functioning and Resilience Against Substance Use in Male Students at High Risk High Schools*. Social Welfare Quarterly, 11 (41) :421-444.
- Lotfinia, H., Mohebb, N., Abdoli, E. (2013). A study of the relationship between self-efficacy and general health with family function on male high-school grade students. *Journal of Instruction and Evaluation*, 6(23), 41-54.
- Mash, E., Wolfe, D. (2008). *Abnormal child psychology*. Mozafari, M., Froedin Adl, A. Tehran: Roshd Publications.
- Minaee, A. (2006). Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms. *Journal Of Exceptional Children*, 6 (1) :529-558.
- Nazari, Z. (2011). *Investigating the relationship between the performance of normal and divorced families in Tehran*. *Journal of School Counselor*, Volume 6, Number 3. pp. 42-50.
- Soltanifar, A., Bina, M. (2007). Depressive Symptomatology in School Children of Tehran-Iran (9-11 Years Old) and Its Relation to Function of Their Families. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 9(33-34), 7-14.
- Seifnaraghi, M., Naderi, e. (2018). *Psychology and Education of Exceptional Children*. Tehran: Arasbaran.
- Sharifi, K., Arizi, H., Namdari, K. (2005). *A Study of the Relationship between Family Functioning and Psychological Hardiness of High School Students in Isfahan*. Clinical Psychology and Personality, 3(1), 85-94.
- Shamseddini lory, S., Dokanehi Fard, F., Shafi Abadi, A. (2018). *preparing pattern for anticipating emotional-behavioral patterns of children based on social skills and anxiety of mothers with self-concept mediation of children* . Psychological Methods and Models, 9(32), 181-202.
- Saberi, H. (2008). *The epidemiology of behavioral and effective disorders amongst the Primary- level students*, Thought and Behavior in Clinical Psychology, 2(8), 19.

- Zarghami, E., Ahadi, H., Athari, S., Kraskian, A. (2017). *Comparison of General Health and Aggression in Mothers of Children with Asthma and Mothers of Children with Behavioral Disorder*. *Empowering Exceptional Children*, 8(2), 70-78.
- Yousefi, N. (2012). *An Investigation of the Psychometric Properties of the McMaster Clinical Rating Scale (MCRS)*. *Quarterly of Educational Measurement*, 2(7), 91-120.
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorder* (5th Ed.). Washington, DC: Author
- Berenguer, C., Miranda, A., Colomer, C., Baixauli, I., & Roselló, B. (2018). Contribution of theory of mind, executive functioning, and pragmatics to socialization behaviors of children with high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(2), 430-441
- Branje, S. J. T. Hale, W. W. III, Frijns, T. & Meeus, W. H. J. (2010). Longitudinal associations between perceived parent– child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 751–763.
- Burt, J. L. (2017). *Effects of functional communication training and self-monitoring with programmed generalization for three students with or at-risk for emotional behavioral disorders*.
- Byrd, H. T. (2019). *Using Social-Emotional Learning to Help Behavioral Problems*.
- Chen, F. R., & Raine, A. (2018). *Effects of harsh parenting and positive parenting practices on youth aggressive behavior: The moderating role of early pubertal timing*. *Aggressive behavior*, 44(1), 18–28.
- Coskun, M., & Ilyas, K. A. Y. A. (2016). *Prevalence and patterns of psychiatric disorders in preschool children referred to an outpatient psychiatry clinic*. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 21(1), 42-47.
- Epstein, N. B. Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The Macmaster model of family assessment device. *Journal of Marital and Family therapy*. 9(2), 171-180.
- Freed, R. D., Rubenstein, L. M., Daryanani, I., Obino, T. M & Alloy, L. B. (2016) The relationship between family functioning and adolescent depressive symptoms: the role of emotional clarity. *Journal of Youth and Adolescence*, 45, 505-519.
- Fredrickson, B. L. (2001). *The role of positive emotions in positive psychology: the Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions*. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Garrett-Peters P, Mills-Koonce R, Adkins D, Vernon-Feagans L, Cox M;)2008). *The Family Life -Project Key Investigators,. Early Environmental Correlates of Maternal Emotion Talk, Parent Sci Pract*, 1; 8(2):117-152.
- Ghamari, M (2012). Family function and depression, anxiety and somatization among college students. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2(5), 101-105
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). *The measurement and utility of adult subjective well-being. Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. 2003: 411-25. edited by S. J. Lopez and R. Snyder. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lloyd, B. P., Bruhn, A. L., Sutherland, K. S., & Bradshaw, C. P. (2019). *Progress and priorities in research to improve outcomes for students with or at risk for emotional and behavioral disorders*. *Behavioral Disorders*, 44(2), 85-96.
- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. (2007). *The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis*, *Clinical Psychology Review*, 27(1): 46-57.

- Murphy, J. M., Hawkins, R. O., & Nabors, L. (2019). *Combining Social Skills Instruction and the Good Behavior Game to Support Students with Emotional and Behavioral Disorders*. Contemporary School Psychology, 1-11.
- Munger, K., Loi, E. C., & Roth, A. (2018). *Interventions for Trauma-and Stressor-Related Disorders in Preschool-Aged Children*. In Trauma, Autism, and Neurodevelopmental Disorders (pp. 123-148). Springer, Cham
- Poulou, M. S. (2015). Emotional and behavioural difficulties in preschool. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 225-236.
- Ryff, C., & Singer, B. H. (2006). *Best news yet on the six-factor model of well-being*. Social Science Research, 35(4), 1103-1119.
- Reyes, A. N., de Lima Bach, S., do Amaral, P. L., Jansen, K., Molina, M. R. A. L., Spessato, B. C., & da Silva, R. A. (2019). *Emotional and behavioral problems in children of depressed mothers: a school-based study in Southern Brazil*. Psychology, health & medicine, 24(1), 14-20.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Siang-Yang, T. (2006). Applied Positive Psychology: Putting Positive Psychology into Practice. *Journal Of Psychology & Christianity*, 25(1), 68-73.
- Tabachnick, B G, & Fidell, L S. (2013). *Using multivariate statistics*. (15th ed). Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- World Health Organization (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope. The world health report*. Geneva, World Health Organization.