رابطه نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک با نقش واسطه‌ای تعارض زناشویی و کیفیت مراقبت مادرانه

□ **یگانه زری‌باف***، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
□ **اشکان ناصح**، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
□ **سجاد رضائی**، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۱۳ - ۲۶

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات درون‌نمود مشکلاتی هستند که ماهیت درونی دارند و به شکل کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی، اضطراب و افسردگی متجلی می‌شوند. این پژوهش با هدف بررسی رابطهٔ نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک با نقش واسطه‌ای تعارض زناشویی و کیفیت مراقبت مادرانه انجام شد.

روش: طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. آزمودنی‌ها مشتمل بر ۱۴۵ نفر از مادران بودند که به صورت نمونهٔ در دسترس انتخاب شدند و به سؤالات پرسشنامه‌های فرم‌کوتاه افسردگی بک (۱۹۶۱)، فرم تجدیدنظر شدهٔ پرسشنامهٔ تعارضات زناشویی (براتی و ثنایی، ۱۳۸۷)، مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه (قنبری، خداپناهی، مظاهری و لواسانی، ۱۳۹۰)، سیاههٔ رفتاری کودک آخنباخ-نسخهٔ والدین (آخنباخ، ۱۹۹۱) پاسخ دادند. جهت پردازش داده‌ها نیز از همبستگی پیرسون، تحلیل مسیر و آزمون اثرات میانجی در برنامهٔ ماکرو پریچر و هایز استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان‌داد که بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک، بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و کیفیت مراقبت مادرانه ($r = -۰/۳۴۳$ و $P < ۰/۰۰۵$)، بین تعارض‌زناشویی و مشکلات درون‌نمود ($r = ۰/۳۰۱$ و $P < ۰/۰۰۵$) و بین کیفیت مراقبت مادرانه و مشکلات درون‌نمود کودک ($r = -۰/۲۰۶$) و ($P < ۰/۰۰۱$)، رابطه وجود دارد. همچنین نتایج مشخص‌کرد که تعارض زناشویی در رابطهٔ بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک نقش واسطه‌گرانه دارد (۰/۰۰۰۱) و کیفیت مراقبت مادرانه نیز در رابطهٔ بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک نقش واسطه‌گرانه ایفا می‌کند ($p < ۰/۰۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: آگاهی و بهره‌مندی از نتایج این پژوهش کمک شایان‌توجهی به بهبود درک پژوهشگران و بالینگران از روابط مادر-فرزند و عوامل اثرگذار بر تحول سلامت روانی کودکان می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: تعارض زناشویی، کیفیت مراقبت مادر، مشکلات درون‌نمود کودک، نشانه‌های افسرده‌وار مادر

* Email: yeganeh.zaribaf73@gmail.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

مـقد مـه

وجود مشکلات رفتاری در میان کودکان دبستانی نگرانی قابل توجهی برای معلمان و والدین ایجاد کرده است، زیرا این قبیل مشکلات پیامدهای ناخوشایند آنی و بلندمدت برای کودکان به همراه دارد (۱). به طور کلی اختلالات روان‌شناختی کودکان در دو مقوله عمده قابل دسته‌بندی هستند: مشکلات رفتاری درون‌نمود[1] و برون‌نمود[2] (۲). در مشکلات درون‌نمود افراد سعی در مهار بیش از حد و ناسازگارانه احساسات درونی و یا شناخت‌هایشان دارند (۳). این مشکلات شامل اضطراب، افسردگی، شکایت‌های جسمانی، وسواس و گوشه‌گیری است که به‌عنوان یک سبک بازداری‌شده نشان داده می‌شوند در حالی‌که رفتارهای برون‌نمود بیش‌تر شامل کنش‌ها و فعالیت‌های آشکار است که رفتارهای مخرب، ضداجتماعی یا تهاجمی را شامل می‌شود (۴و ۵). اثرات منفی درونی‌سازی‌کردن، جهان روان‌شناختی درونی کودکان را به نسبت محیط خارجی آنها بیشتر تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۶) و اگر این مشکلات حل نشود، در نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد و بسیاری از کودکان در سال‌های آینده هم، این علائم را تجربه می‌کنند (۷). پژوهش‌های بین‌المللی اخیر نشان دادند که میزان شیوع اختلال‌های درون‌نمود از دوران کودکی تا نوجوانی بیشتر می‌شود. به طور خاص در رابطه با سن، افسردگی با شیوع ۲ درصد در اوایل کودکی به ۱۱ درصد در نوجوانی افزایش می‌یابد و احتمال ابتلا به اختلال‌های اضطرابی حدود ۷/۳ برآورد شده است (۸).

در این میان یکی از عواملی که سهم قابل‌توجهی در ابتلای فرزندان به مشکلات و اختلالات درون‌نمود دارد، ویژگی‌های شخصیتی مادر، مشکلات روان‌شناختی او و نوع ارتباطش با کودک است که می‌تواند خود را در قالب شیوه‌های فرزندپروری[3] نشان دهد (۹). از مهم‌ترین مشکلات روان‌شناختی در مادران، افسردگی و نشانه‌های افسرده‌وار است که یکی از علل اصلی ناتوان‌سازی افراد و جامعه نیز محسوب می‌شود (۱۰ و ۱۱). بر اساس پژوهش‌های وانگر و والدز[4] (۱۲) بین افسردگی مادران و مشکلات درون‌نمود و برون‌نمود کودکان ارتباط مستقیم وجود دارد. آهون، کنسولی، پینگلت، فالیسارد، باتاگلیا و بووین و کوت[5] (۱۳) نیز در پژوهشی دریافتند که اضطراب مادر و خودکارآمدی[6] پایین والدین با مشکلات درون‌نمود کودکان همراه است و علائم افسردگی مادران با سطوح بالای مشکلات روانی کودکان به طور مستقل از دیگر خصوصیات مادری و خانوادگی مرتبط است. نتایج پژوهش‌های دیگر نیز حاکی از آنند که بین افسردگی مادر و پیامدهایی چون افزایش آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات روان‌شناختی (مشکلات درون‌نمود و برون‌نمود)، واکنش آسیب‌شناختی به تنیدگی، مشکل در تنظیم هیجان، و تغییراتی در فعالیت‌های سیستم عصبی[7] در کودکان ارتباط وجود دارد (۱۴، ۱۵ و ۱۶). در واقع افسردگی مادران باعث افزایش پرخاشگری آنان نسبت به فرزندانشان می‌شود که به نوبه خود منجر به بالا رفتن علائم درون‌نمود کودک می‌گردد (۱۷). اغلب مادران افسرده توانایی پاسخدهی مطلوب به نیازهای کودکان خود را ندارند و قرار گرفتن کودکان در این شرایط سبب بروز مشکلات رفتاری در آنها می‌شود (۱۸).

نه تنها نشانه‌های افسرده‌وار مادر به گونه‌ای مستقیم می‌تواند با پیدایش مشکلات رفتاری و درون‌نمود کودکان مرتبط باشد بلکه به نظر می‌رسد عوامل دیگری نیز می‌توانند به‌عنوان عوامل واسطه‌ای در روابط بین این متغیرها واجد نقش باشند (۱۹ و ۲۰). از جمله یکی از این عوامل تعارض زناشویی[8] است. به طوری که حسوکاوا و کاتسورا[9] (۲۱) در پژوهشی دریافتند که با ارتقاء تعامل زناشویی سازنده به طور قابل توجهی مشکلات برون‌نمود و درون‌نمود در پسران و دختران کاهش می‌یابد و بالعکس. همچنین پژوهش نشان داد که تعارض زناشویی مخرب (به عنوان مثال، پرخاش شفاهی) به طور قابل توجهی با مشکلات برون‌نمود در پسرها و مشکلات درون‌نمود در دختران رابطه مثبت داشت. گائو، دیو، دیویز و کومینگز[10] (۲۲) نیز بیان داشتند که رفتارهای متعارض زناشویی پدران و مادران ممکن است معانی متفاوتی برای خودشان و فرزندپروری‌شان داشته باشد. کیفیت زناشویی[11] می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی از جمله بر سلامت جسمی و روانی تأثیر بگذارد (۲۳). نارضایتی زناشویی معمولاً با

1. Internalization
2. Externalization
3. Parenting styles
4. Wagner & Valdez
5. Ahun, Consoli, Pingault, Falissard, Battaglia, Boivin & Côté.
6. Efficacy
7. Nervous system
8. Marital conflict
9. Hosokawa & Katsura
10. Gao, Du, Davies & Cummings
11. Marital quality

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

افسردگی، اختلالات تغذیه[1]، برخی از الکلیسم و نیز بیماری‌های جسمانی و روانی همسران همراه است (۲۴). در واقع بی‌ثباتی زناشویی[2]، رضایت زناشویی[3] و تعارضات زناشویی از جمله عوامل مرتبط با افسردگی در زنان متأهل هستند (۲۳). در هنگام تعارضات، یکی از زوج‌ها به دلیل واکنش زیاد، ضعف یا نیاز به قدرت، سعی به درگیرکردن فرد سوم برای حمایت از خود می‌کند، زیرا که خواهان مدیریت تعارض و حل و فصل آن به نفع خود است. در واقع زوج‌ها به جای برخورد مناسب با تعارض و برقراری رابطه سازنده، با ایجاد مثلث و ائتلاف با فرزند، مسائل را حادتر ساخته و در این بین فرزند خانواده بیشتر از دیگران هدف این خواسته قرار گرفته و مورد صدمات روانی قرار می‌گیرد (۲۵). همانند افسردگی مادر، اختلال در کیفیت زندگی زناشویی با پیامدهای نامطلوب در کودک از جمله مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود و روابط بین فردی ضعیف، رابطه دارد (۲۰). به عبارت دیگر اگر مادر در زندگی خود خوشحال باشد از نظر پرستاری و پرورش کودک خود مسئله‌ای ندارد، بالعکس اگر مادر ناراضی باشد به طور قطع نمی‌تواند وظیفه مادری خود را به خوبی انجام دهد (۲۶) و باعث پیامدهای عاطفی منفی تعارض از جمله تنش‌های مزمن و مشکلات درون‌نمود در کودکان می‌شود (۱۹).

کیفیت مراقبت[4] مادرانه نیز از جمله عواملی است که بر مبنای شواهد به نظر می‌رسد می‌تواند در بین رابطه مشکلات درون‌نمود کودک و نشانگان افسرده‌وار مادر نقش واسطه‌ای داشته باشد (۲۷). چارروس، کت، جاپل، سگین، پاکوین، ترمبلی و هربا[5] (۲۸) نیز در پژوهشی دریافتند که در مادران افسرده، کیفیت بالای مراقبت مادرانه به عنوان یک عامل محافظ عمل می‌کند و مشکلات رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد. در واقع، سلامت روانی ضعیف مراقبت‌کننده اولیه، یکی از بزرگ‌ترین عوامل خطر برای شکل‌گیری دلبستگی ناایمن است. به طور خاص، یک والد افسرده در برقراری ارتباط، اتصال و پیوند با کودک یا نوباوه خود بیش‌تر دچار مشکل می‌شود (۱۶). بنابراین کیفیت مراقبت مادارنه نقش مهمی در مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان ایفا می‌کند. اگر مادران در ایفای نقش مادری خودشان ضعف نشان دهند، در تربیت کودکان خود با مشکلاتی مواجه می‌شوند که منجر به افزایش مشکلات کودکان می‌شود (۲۹ و ۳۰). کودکانی که مادرانشان از آنها به خوبی مراقبت نمی‌کنند با تأخیرهایی در تحول زبان و مهارت‌های خواندن روبه‌رو می‌شوند و مشکلات عاطفی، هیجانی و رفتاری بیشتری دارند، در حالی که کودکانی که از سطح مراقبت با کیفیت مناسبی برخوردارند دارای توانایی‌های بالا در مهارت تفکر و توجه بهتر و مشکلات کمتر هستند (۲۶).

با توجه به لزوم شناسایی عوامل اثرگذار بر مشکلات درون‌نمود کودکان و همچنین اهمیت شناسایی نقش عوامل واسطه‌ای که می‌توانند در تعدیل یا تشدید رابطه بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودکان واجد نقش باشند، پژوهش حاضر قصد دارد بررسی‌کند که آیا بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای تعارض زناشویی و کیفیت مراقبت مادرانه رابطه وجود دارد؟ چه بسا با شناخت این عوامل و ساز و کارها بتوان راهکارهای سودمندتری در جهت پیشگیری و کاهش مشکلات درون‌نمود کودکان ارائه نمود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی و یک مطالعه دارای طرح همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادران و کودکان آنها در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۱۴۵ نفر از آنها، از طریق تحلیل مسیر[6] بنا به توصیه کلاین[7] (۳۱) مبنی بر نسبت ۲۰ نمونه به ازای وجود هر پارامتر انتخاب شدند. از نظر مدت ازدواج نیز نتایج نشان‌داد که ۱۹ نفر (۱۳/۱۰ درصد) ۱ تا ۱۰ سال، ۷۶ نفر (۵۲/۴۲ درصد) ۱۱ تا ۲۰ سال، ۱۰ نفر (۶/۹۰ درصد)، ۲۱ تا ۳۰ سال و ۴۰ نفر (۲۷/۶۰ درصد) سؤال مربوط به طول مدت ازدواج را بدون پاسخ گذاشته بودند. همچنین میانگین سن پدر ۴۱/۹۰ سال و دارای انحراف استاندارد ۵ و میانگین سن مادر نیز برابر با ۳۷/۰۲ سال و با انحراف استاندارد ۴ بود. همچنین میانگین‌سنی کودکان حاضر در پژوهش نیز ۹/۱۵ سال و با انحراف استاندارد ۲ بود. نتایج حاصل از پایه تحصیلی کودکان نشان داد که ۲۳ نفر (۱۵/۱۰ درصد) کلاس اول، ۲۲ نفر (۱۵ درصد) کلاس دوم، ۳۰ نفر (۲۰/۵ درصد) کلاس سوم، ۳۴ نفر

1. Eating Disorders
2. Marital instability
3. Marital Satisfaction
4. Quality of care
5. Charrois, Côté, Japel, Séguin, Paquin, Tremblay & Herba
6. Path analysis
7. Kline

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

(۲۳/۵ درصد) کلاس چهارم، ۲۳ نفر (۱۵/۱۰ درصد) کلاس پنجم، ۸ نفر (۵/۵ درصد) کلاس ششم و ۵ نفر (۳/۵ درصد) سؤال مربوط به کلاس تحصیلی کودک را بدون پاسخ گذاشته بودند. تحصیلات والدین نشان داد که در تحصیلات پدران، ۵ نفر (۳/۵ درصد) ابتدایی، ۱۷ نفر (۱۱/۵ درصد) سیکل، ۴۲ نفر (۲۹ درصد) دیپلم، ۱۰ نفر (۹/۵ درصد) فوق دیپلم، ۴۵ نفر (۳۱ درصد) لیسانس، ۱۸ نفر (۱۲/۵ درصد) فوق لیسانس و ۸ نفر (۵/۵ درصد) دکترا بودند و تحصیلات در مادران نیز ۹ نفر (۶ درصد) سیکل، ۴۷ نفر (۳۲/۵ درصد) دیپلم، ۹ نفر (۶ درصد) فوق دیپلم، ۵۸ نفر (۴۰درصد) لیسانس، ۱۹ نفر (۱۳ درصد) فوق لیسانس و ۳ نفر (۲ درصد) دکترا بودند. نتایج مربوط به شغل والدین نیز نشان داد که در شغل پدران، ۱ نفر (۰/۷۰ دهم درصد) بیکار، ۵۳ نفر (۳۶/۵ درصد) دولتی، ۸۷ نفر (۶۰ درصد) آزاد، ۲ نفر (۱/۵ درصد) بازنشسته و ۲ نفر (۱/۵ درصد) سؤال مربوط به شغل پدر را بدون پاسخ گذاشته بودند و نتایج شغل مادران نیز نشان داد که تعداد ۱۰۹ نفر (۷۵ درصد) خانه‌دار، ۲۱ نفر (۱۴/۵ درصد) دولتی، ۱۴ نفر (۹/۵ درصد) آزاد و ۱ نفر (۰/۷۰ دهم درصد) بازنشسته بودند. ملاک ورود به پژوهش شامل اعلام رضایت در خصوص شرکت در مطالعه، سطح تحصیلات حداقل ۶ کلاس برای مادران، دامنه سنی ۷ تا ۱۳ سال برای کودکان، کم‌توان ذهنی و تیزهوش نبودن کودکان (با بررسی پرونده تحصیلی دانش‌آموز)، داشتن پدر و مادر و عدم وجود مشکلات برون‌نمود بالای نقطه برش در کودکان بود و ملاک خروج نیز شامل تکمیل ناقص پرسشنامه توسط والد بود.

ابزار

۱) پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک آخنباخ[1]: این ابزار برای اولین بار در ایران توسط تهرانی‌دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شده است. این سیاهه را والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را برعهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هرکسی که با کودک در محیط‌های شبه‌خانوادگی برخورد دارد و او را کامل می‌شناسد، تکمیل می‌کند. پاسخ‌دهنده، ابتدا تعدادی سؤال باز-پاسخ را که به بیماری‌ها و ناتوانی‌های کودک مربوط می‌شوند و عمده‌ترین نگرانی پاسخ‌دهنده را در ارتباط با کودک و همچنین نظر او را نسبت به بهترین ویژگی‌ها و خصوصیات کودک جویا می‌شوند، تکمیل می‌کند. در ادامه این فرم، پاسخ دهنده، مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه‌بندی می‌کند. تعداد این سؤالات ۱۱۳ سؤال است و پاسخ‌دهنده براساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته، هر سؤال را به صورت ۰ نادرست؛ ۱ تا حدی یا گاهی درست؛ و ۲ کاملاً یا غالباً درست، درجه‌بندی می‌کند در نتیجه افزایش نمره در این مقیاس به معنای داشتن مشکلات رفتاری بیشتر است. در پژوهش مینایی (۳۲) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون-بازآزمون با یک فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. در نتیجه، این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی-رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله استفاده کرد. آخنباخ (۱۹۹۱ الف) ویژگی‌های روانسنجی نسخه اصلی را بدین صورت گزارش کرده است: پایایی به روش آلفای کرونباخ برای پسران در نسخه پدر/ مادر در بخش مهارت‌ها از ۰/۴۶ (فعالیت) تا ۰/۵۹ (مدرسه) و در بخش مشکلات رفتاری-هیجانی از ۰/۵۶(مشکلات تفکر) تا ۰/۹۲ (رفتارهای پرخاشگرانه)، و برای دختران در بخش مهارت‌ها از ۰/۵۴ (فعالیت) تا ۰/۶۲ (مدرسه) و در بخش مشکلات رفتاری-هیجانی از ۰/۵۴ (مشکلات جنسی) تا ۰/۲ (رفتارهای پرخاشگرانه) متغیر بود (۳۳). همچنین آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۹۴ بوده است.

۲) پرسشنامه افسردگی بک[2] (۱۹۹۱): پرسشنامه افسردگی بک ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک و همکارانش معرفی شد. چون نسخه اولیه، تنها ۶ ملاک از ۹ ملاک افسردگی را پوشش می‌داد، در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مورد بازنگری قرارگرفت (۳۴). نسخه اولیه این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است. در سال‌های بعد برای اینکه استفاده از این پرسشنامه راحت‌تر باشد نسخه ۱۳ماده‌ای از آن تهیه شد. در این نسخه همانند نسخه ۲۱ ماده‌ای هر ماده دارای ۴ گزینه است که آزمودنی باید یکی از آنها را انتخاب نماید. همچنین براساس نمرات به دست آمده، هر فرد را می‌توان در یکی از

1. Achenbach Child Behavior Inventory

2. Beck Depression Inventory (BDI)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

طبقات افسردگی قرار داد. در این ابزار نمره بیشتر به معنی افسردگی بیشتر است. رجبی (۳۵) در پژوهشی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه پرداخت. در مطالعه او روایی همزمان پرسشنامه با استفاده از نسخه اصلی پرسشنامه افسردگی بک سنجیده شد و ضریب همبستگی ۰/۶۷ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ > p معنادار بود. همچنین تحلیل عاملی نشان داد که این پرسشنامه دارای دو زیرمقیاس با نام‌های عاطفه منفی نسبت به خود و بی‌لذتی است. همچنین پایایی پرسشنامه به روش آلفای‌کرونباخ برابر با ۰/۸۹ و پایایی به روش دونیمه کردن نیز ۰/۸۲ به دست آمد. در مطالعات خارجی نیز روایی و پایایی نسخه ۱۳ ماده‌ای پرسشنامه افسردگی بک مورد بررسی قرار گرفته است. در مطالعه لوتی و اُگارا[1] (۲۰۰۶) آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین روایی همزمان پرسشنامه در مقایسه با پرسشنامه مقیاس رتبه‌بندی افسردگی مونتگمری آسبرگ سنجیده شد و همبستگی بین این دو ۰/۷۶ محاسبه گردید. در این پرسشنامه افزایش نمره به معنای بالا رفتن شدت افسردگی می‌باشد (۳۶). در این پژوهش آلفای‌کرونباخ ۰/۷۳ است.

۳) پرسشنامه تعارض زناشویی[2]: ثنایی‌ذاکر و براتی با هدف سنجیدن هفت بعد اصلی تعارضات زوجین این پرسشنامه را تدوین کردند. پرسشنامه شامل ۴۲ پرسش بوده و بر مبنای تجربیات بالینی ساخته شده است. این ابزار هفت جنبه یا هفت بعد از تعارضات زناشویی را اندازه می‌گیرد که عبارت‌اند از: کاهش همکاری (سؤالات ۳، ۹، ۱۹، ۲۱، ۲۷)، کاهش رابطه جنسی (سؤالات ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۸، ۳۳)، افزایش واکنش‌های هیجانی (سؤالات ۵، ۱۱، ۱۶، ۲۲، ۲۹، ۳۴، ۳۹، ۴۱)، افزایش جلب حمایت فرزند (سؤالات ۷، ۱۸، ۲۴، ۳۱، ۳۶)، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود (سؤالات ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۳، ۳۰، ۳۵)، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان (سؤالات ۱، ۱۹، ۲۵، ۳۷، ۴۰، ۴۲) و جدا کردن امور مالی از یکدیگر (سؤالات ۲، ۸، ۱۳، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۸). نمره‌گذاری به این صورت است که برای هر پرسش پنج گزینه در نظر گرفته شده که به تناسب ۱ تا ۵ نمره به آنها اختصاص داده شده است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ است. حداکثر نمره هر خرده‌مقیاس مساوی با تعداد پرسش‌های آن خرده‌مقیاس ضربدر ۵ است. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر است. پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه روی یک گروه ۳۰ نفری برابر ۰/۹۴ و برای ۷ خرده‌مقیاس آن به این شرح به دست آمد: کاهش همکاری ۰/۷۰، کاهش رابطه جنسی ۰/۷۲، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۸۱، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۷۵، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۹، جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۶۸. هر سؤال براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده است که متناسب با پاسخ‌ها، نمرات ۱ تا ۵ به آنها اختصاص می‌یابد که در ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کم‌تر به معنی رابطه بهتر است (۳۸). پرسشنامه تعارضات زناشویی از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. در پژوهش خزایی (۳۹) نمرات تمامی مؤلفه‌های پرسشنامه تعارضات زناشویی از ۰/۳۱ تا ۰/۸۲ با نمره کل تعارض زناشویی در سطح ۰/۰۱ همبستگی معناداری داشتند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲ می‌باشد.

۴) مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه[3]: این مقیاس به منظور بررسی مؤلفه‌های سبک مراقبتی مادر در ارتباط با کودک، بر اساس نظریه دلبستگی و پیشینه موجود در پژوهش‌های مربوط به روابط مادر-کودک، ساخته شده است. نمرات بالاتر نشان از کیفیت مراقبت مادرانه بیشتر است. تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس نشان دهنده سه عامل مهم در این مقیاس بوده است: عامل اول با ۱۳ ماده دربرگیرنده ابهام و سردرگمی، عامل دوم با ۱۰ ماده دربرگیرنده حساس بودن و پاسخ‌دهی و عامل سوم، دربرگیرنده دسترس‌پذیری با ۱۱ ماده. مقیاس حساس بودن و پاسخ‌دهی، نشان دهنده توانایی دریافت نشانه‌های رفتاری کودک و رفع این نیازها به شیوه مؤثر است، زیرمقیاس دسترس‌پذیری، معطوف به میزان زمان با هم بودن مادر و کودک و همچنین دسترس‌پذیری هیجانی مادر هنگام درماندگی کودک است و در نهایت زیرمقیاس تعارض و سردرگمی، نشان‌دهنده روابط منفی میان مادر و کودک و در مقابل حساس بودن و پاسخ‌دهی مناسب مادر به نیازهای کودک و به نوعی سردرگمی مادر، در بازی نقش مادرانه

1. Luty & OGara
2. Marital Conflict Questionnaire (MCQ)
3. Maternal Care Quality Scale (MCQS)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

می‌باشد. آلفای‌کرونباخ این سه زیرمقیاس بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۴ (همبستگی‌های بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۳) مقیاس در یک بازه زمانی دو روزه نشان دهنده ثبات نمرات بوده است. همبستگی مثبت و معنادار عامل ابهام و سردرگمی با نشانه‌های اضطرابی (r=۰/۴۹) و همبستگی منفی و معنادار دو عامل حساس بودن و پاسخ‌دهی (r= -۰/۳۵) و دسترس‌پذیری (r=۰/۳۰) با نشانه‌های اضطرابی نشان‌دهنده روایی همگرایی مقیاس کیفیت مراقبتی مادر بود. روایی آزمون-بازآزمون مقیاس نشان‌دهنده ثبات نمـرات در یک بازه زمـانی ۲۰ روز بود. هـمـبستگی مـثبت و مـعنادار عامل ابهام و سردرگمـی با نشـانه‌های اضـطرابی، و همبستگی منفی و معنادار دو عامل حساس بودن و پاسخ‌دهی و دسترس‌پذیری با نشـانه‌های اضطـرابـی نشان‌دهـنده روایی پیـش‌بین مـقیاس کـیفیت مـراقبت مادرانه بود (۴۰). آلفـای کرونباخ پژوهـش حاضر ۰/۸۱ می‌باشد.

یافته‌ها

در ابتدا به بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی والدین و کودکان پرداخته شده است. یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد ۱۴۵ مادر و کودک در پژوهش حاضر شرکت داشتند که از نظر جنسیت فرزندان، ۵۷ نفر (۳۹ درصد) از آنها دختر و ۸۸ نفر (۷۰ درصد) پسر بودند. مقدار پایایی هر یک از پرسشنامه‌های نشانه‌های افسرده‌وار مادر، مشکلات درون‌نمود کودک، تعارض زناشویی و کیفیت مراقبت مادرانه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شده است. مقدار آلفای‌کرونباخ تمامی پرسشنامه‌های پژوهش بالای ۰/۷ می‌باشد. بنابراین پرسشنامه‌ها از میزان پایایی و همسازی درونی بالایی جهت سنجش شاخص‌های خود برخوردارند. در ادامه به بررسی اطلاعات توصیفی متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه پرداخته می‌شود.

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
نشانه‌های افسرده‌وار	۱۴۵	۰	۲۱	۳/۸۱	۴/۳۱۲	۱/۶۴۹	۲/۷۴۸
مشکلات درون‌نمود	۱۴۵	۰	۳۴	۹/۸۴	۶/۸۳۵	۱/۲۳۱	۱/۵۴۶
تعارض زناشویی	۱۴۵	۴۲	۱۳۶	۶۸/۴۵	۱۸/۳۸۴	۱/۰۷۱	۱/۴۷۲
کیفیت مراقبت مادرانه	۱۴۵	۸۵	۱۷۶	۱۳۴/۴۳	۱۵/۵۴۰	-۰/۴۷۲	۰/۳۵۵

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود تعداد، کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای پژوهش گزارش شده است. در ادامه و در جدول ۲، به بررسی ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش پرداخته می‌شود.

جدول ۲) ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴
۱. مشکلات درون‌نمود	۱			
۲. نشانه‌های افسرده‌وار مادر	۰/۳۵۲**	۱		
۳. تعارض زناشویی	۰/۳۰۱**	۰/۵۴۳**	۱	
۴. کیفیت مراقبت مادرانه	-۰/۲۰۶*	-۰/۳۴۳**	-۰/۳۷۰**	۱
معناداری در سطح ۰/۰۱				
معناداری در سطح ۰/۰۵				

براساس نتایج بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر (r=۰/۳۵۲؛ p<۰/۰۱) و تعارض زناشویی (r=۰/۳۰۱؛ p<۰/۰۱) با مشکلات درون‌نمـود کودک رابطه مـثبت و مـعناداری وجود دارد. بین کیفیت مـراقبت مـادرانه (r= -۰/۲۰۶؛ p<۰/۰۵) با مشکلات درون‌نمود کودک رابطه منفی و معناداری وجود دارد. از آنجایی که رابـطه معناداری بین مـتغیرها مشاهـده شـد، می‌توان از آزمـون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است.

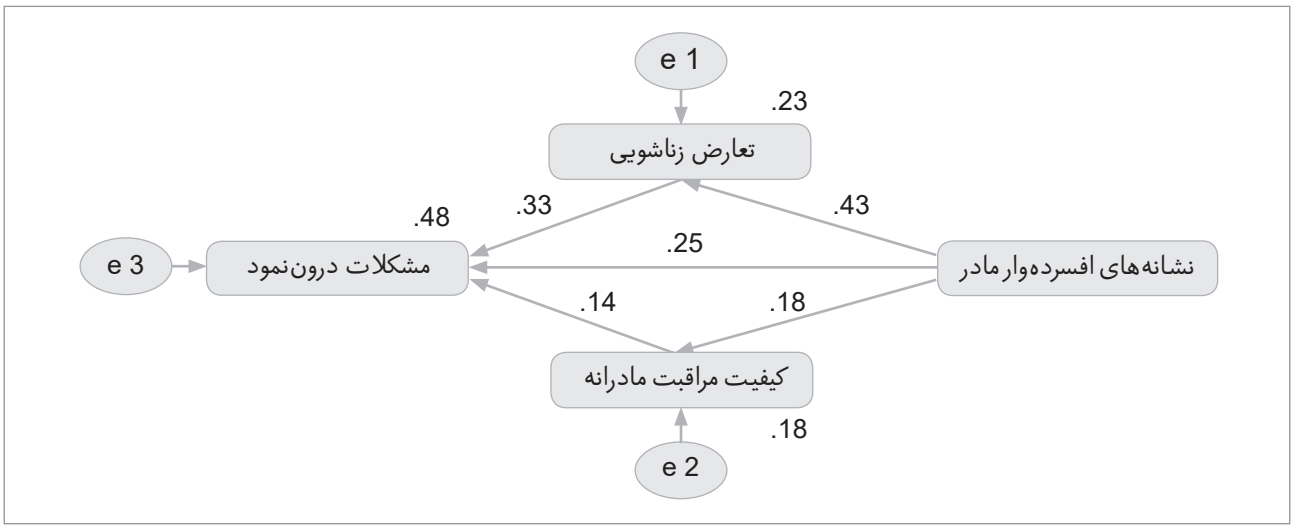
[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

برای بررسی میزان برازش مدل آزمون شده از شاخص‌های معرفی شده توسط گیفن، استراب و بودرا[1] (۴۱) استفاده شد. این شاخص‌ها شامل χ^2/df که مقادیر کمتر از ۳ قابل پذیرش هستند، شاخص نیکویی برازش[2]، شاخص برازش تطبیقی[3] که مقادیر بیشتر از ۰/۹ نشانگر برازش مناسب الگو هستند، شاخص نیکویی برازش تعدیل‌یافته[4] که مقادیر بیشتر از ۰/۸ قابل قبول هستند، شاخص برازش ایجاز[5] که مقادیر بیشتر از ۰/۶ نشانگر برازش مناسب الگو هستند و مجذور میانگین مربعات خطای تقریب[6] که مقادیر کمتر از ۰/۰۸ نشانگر برازش مناسب الگو هستند. در جدول ۳ شاخص‌های برازش الگوی آزمون شده گزارش شده‌اند که با توجه به معیارهایی که گیفن و همکاران (۴۱) مطرح نموده‌اند، الگوی آزمون شده برازش مناسبی با داده‌های گردآوری شده دارد. در جدول ۳ تحلیل مسیر مبتنی بر روش کوواریانس در محیط نرم‌افزار آموس[7] به‌کار رفت و پارامترهای مدل به روش بیشینه درست‌نمایی[8] برآورد شدند تا نقش عوامل میانجی (تعارض زناشویی و کیفیت مراقبت مادرانه) بررسی شود. در ضمن نرمال بودن داده‌ها در بررسی‌های مورد نظر تأیید شده است.

جدول ۳) شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر

شاخص‌های برازندگی الگو	χ^2	df	p-value	CMIN /Df	RMSEA	PNFI	CFI	PCFI	IFI	GFI
الگوی پیشنهادی	۱/۷۷۸	۱	۰/۱۸۲	۱/۷۷۸	۰/۰۷۵	۰/۵۶۲	۰/۹۸۶	۰/۵۶۴	۰/۹۸۷	۰/۹۹۴

شاخص R^2 میزان واریانس تبیین شده متغیرهای مشاهده شده درون‌زا را نشان می‌دهد. ضریب تعیین متغیر مشکلات درون‌نمود کودک ۰/۴۸ می‌باشد که نشان می‌دهد تمامی متغیرهای مستقل و میانجی یعنی نشانه‌های افسرده‌وار مادر، کیفیت مراقبت مادرانه و تعارض زناشویی می‌توانند ۴۸ درصد از تغییرات مشکلات درون‌نمود کودک را پیش‌بینی کنند که این میزان در حد بالا می‌باشد. همچنین مشاهده می‌شود، ضریب تعیین متغیر کیفیت مراقبت مادرانه ۱۸ درصد، در حد ضعیف و تعارض زناشویی ۲۳ درصد، در حد متوسط می‌باشد. جدول ۴ نیز ضرایب استاندارد مسیرها و شکل ۱ الگوی پیشنهادی را نشان می‌دهد.



شکل ۱) ضرایب استاندارد الگوی پیشنهادی رابطه ساختاری نشانه‌های افسرده‌وار مادر با مشکلات درون‌نمود کودک از طریق واسطه‌گری کیفیت مراقبت مادرانه و تعارض زناشویی

1. Gefen, Straub & Boudreau
2. General Fit Index (GFI)
3. Comparative Fit Index (CFI)
4. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
5. Parsimonious Normed Fit Index (PNFI)
6. Root Mean Square Error of Approximation)RMSEA)
7. AMOS
8. Maximum Likelihood (ML)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

بنابراین، شاخص‌های برآورد شده نشان می‌دهند که رابطه ساختاری نشانه‌های افسرده‌وار مادر با مشکلات درون‌نمود کودک از طریق واسطه‌گری کیفیت مراقبت مادرانه و تعارض زناشویی برازش دارد.

در الگوی پیشنهادی (شکل ۱)، اعداد روی مسیرها، وزن‌های مسیر یا بتاها هستند. از میان این ضرایب، بالاترین ضریب (۰/۴۳۰) به مسیر نشانه‌های افسرده‌وار مادر به تعارض زناشویی اختصاص دارد و ضعیف‌ترین ضریب (۰/۱۴۰-) به مسیر کیفیت مراقبت مادرانه به مشکلات درون‌نمود کودک مربوط می‌شود.

نتایج حاصل از روابط مستقیم متغیرهای پژوهش در مدل پیشنهادی نشان می‌دهد که در کل نمونه تمامی ضرایب مسیر بین متغیرها از لحاظ آماری معنادار بودند. در مدل پیشنهادی پژوهش رابطه بین متغیر نشانه‌های افسرده‌وار مادر با تعارض زناشویی و مشکلات درون‌نمود کودک، مثبت و معنادار بود. رابطه بین متغیر نشانه‌های افسرده‌وار مادر با کیفیت مراقبت مادرانه منفی و معنادار بود. همچنین رابطه بین متغیر کیفیت مراقبت مادرانه با مشکلات درون‌نمود کودک منفی و معنادار بود. با استناد به جدول ۴ می‌توان ضرایب استاندارد کلیه مسیرها در الگوی نهایی را مشاهده کرد. نتایج حاصل از روابط واسطه‌ای با استفاده از آزمون بوت‌استرپ در برنامه ماکرو[1] پریچر و هایز (۴۲) به جهت آزمودن مسیرهای واسطه‌ای در جدول ۴ نشان داده شده‌اند.

جدول ۴) ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی نهایی

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری (P)
نشانه‌های افسرده‌وار مادر --> تعارض زناشویی	۰/۴۲۷	۰/۳۹۹	۵/۵۶۱	۰/۰۰۰۱
نشانه‌های افسرده‌وار مادر --> کیفیت مراقبت مادرانه	-۰/۱۷۹	۰/۲۳۷	-۲/۷۸۵	۰/۰۲۴
نشانه‌های افسرده‌وار مادر --> مشکلات درون‌نمود کودک	۰/۲۵۰	۰/۱۶۴	۳/۴۵۱	۰/۰۰۰۱
تعارض زناشویی --> مشکلات درون‌نمود کودک	۰/۳۲۵	۰/۰۳۱	۳/۸۸۱	۰/۰۰۰۱
کیفیت مراقبت مادرانه --> مشکلات درون‌نمود کودک	-۰/۱۴۲	۰/۰۵۳	-۲/۱۵۰	۰/۰۳۵

بنابراین، بر اساس ضرایب استاندارد و مقادیر بحرانی ارائه شده در جدول ۴، همه مسیرهای مستقیم معنادار هستند ($P < ۰/۰۵$).

بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۴، یافته‌های تحلیل مسیر آشکار ساخت، ضریب مسیر اثر نشانه‌های افسرده‌وار مادر بر مشکلات درون‌نمود کودک، برابر ۰/۲۵۰ محاسبه شده است که مقدار t آن ۳/۴۵۱ می‌باشد که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت نشانه‌های افسرده‌وار مادر بر مشکلات درون‌نمود کودک اثر معنادار و مثبتی دارد.

ضریب مسیر اثر تعارض زناشویی بر مشکلات درون‌نمود کودک، برابر ۰/۳۲۵ محاسبه شده است که مقدار t آن ۳/۸۸۱ می‌باشد که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. بنابراین می‌توان بیان داشت تعارض زناشویی بر مشکلات درون‌نمود کودک اثر معنادار و مثبتی دارد.

ضریب مسیر اثر کیفیت مراقبت مادرانه بر مشکلات درون‌نمود کودک، برابر ۰/۱۴۲- محاسبه شده است که مقدار t آن ۲/۱۵۰- می‌باشد که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت کیفیت مراقبت مادرانه بر مشکلات درون‌نمود کودک اثر معنادار و منفی دارد.

ضریب مسیر اثر نشانه‌های افسرده‌وار مادر بر کیفیت مراقبت مادرانه، برابر ۰/۱۷۹- محاسبه شده است که مقدار t آن ۲/۷۸۵- می‌باشد که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت نشانه‌های افسرده‌وار مادر بر کیفیت مراقبت مادرانه اثر معنادار و منفی دارد.

1. MACRO

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

ضریب مسیر اثر نشانه‌های افسرده‌وار مادر بر تعارض زناشویی، برابر ۰/۴۲۷ محاسبه شده است که مقدار t آن ۵/۵۶۱ می‌باشد که بالاتر از ۱/۹۶ است. لذا فرض صفر رد و فرض مقابل با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. لذا می‌توان بیان داشت نشانه‌های افسرده‌وار مادر بر تعارض زناشویی اثر معنادار و مثبت دارد.

در الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر دو مسیر غیر مستقیم یا واسطه‌ای وجود دارد. برای تعیین معناداری هر یک از روابط واسطه‌ای و اثر غیر مستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته از طریق میانجی از روش بوت‌استرپ استفاده گردیده است. نتایج بوت‌استرپ برای مسیرهای واسطه‌ای الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر را می‌توان در جدول ۵ مشاهده نمود.

جدول ۵) نتایج بوت‌استرپ برای مسیرهای غیر مستقیم الگوی پژوهش

مسیر	شاخص						سطح معناداری
	داده	بوت	سوگیری	خطا	حد پایین	حد بالا	
نشانه‌های افسرده‌وار مادر به مشکلات درون‌نمود کودک از طریق تعارض زناشویی	۰/۳۴۶	۰/۳۵۲	۰/۰۱۶	۰/۱۵۶	۰/۰۶۱	۰/۶۷۰	۰/۰۰۰۱
نشانه‌های افسرده‌وار مادر به مشکلات درون‌نمود کودک از طریق کیفیت مراقبت مادرانه	۰/۵۷۲	۰/۵۷۵	۰/۰۰۳	۰/۱۵۴	۰/۲۸۳	۰/۹۱۱	۰/۰۰۰۱

بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۵، یافته‌های تحلیل بوت‌استراپ آشکار ساخت، حد پایین فاصله اطمینان برای تعارض زناشویی به عنوان متغیر میانجی بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک (۰/۰۶۱) و حد بالای آن (۰/۶۷۰) است. سطح اطمینان برای این فاصله اطمینان ۹۵٪ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت‌استرپ ۲۰۰۰ است. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فاصله اطمینان قرار می‌گیرد و از لحاظ آماری معنادار می‌باشد، بنابراین تعارض زناشویی در رابطه بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک نقش واسطه‌گری دارد.

همینطور حد پایین فاصله اطمینان برای کیفیت مراقبت مادرانه به عنوان متغیر میانجی بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک (۰/۲۸۳) و حد بالای آن (۰/۹۱۱) است. سطح اطمینان برای این فاصله اطمینان ۹۵٪ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت‌استرپ ۲۰۰۰ است. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فاصله اطمینان قرار می‌گیرد و از لحاظ آماری معنادار می‌باشد، بنابراین کیفیت مراقبت مادرانه در رابطه بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک نقش واسطه‌گری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک با نقش واسطه‌ای تعارض زناشویی و کیفیت مراقبت مادرانه بود. نتایج نشان داد که بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک، بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و کیفیت مراقبت مادرانه، بین تعارض زناشویی و مشکلات درون‌نمود کودک و بین کیفیت مراقبت مادرانه و مشکلات درون‌نمود کودک رابطه وجود دارد ($p<۰/۰۰۵$). همچنین نتایج مشخص کرد که تعارض زناشویی در رابطه بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک نقش واسطه‌گرانه دارد و کیفیت مراقبت مادرانه نیز در رابطه بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودک نقش واسطه‌گرانه ایفا می‌کند ($p < ۰/۰۰۵$). طبق پژوهش حاضر بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودکان رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد که با پژوهش‌های (۱۲،۱۳،۱۶،۱۷) همسو است. همچنین بین تعارض زناشویی و مشکلات درون‌نمود کودکان نیز رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد که با نتایج پژوهش‌های (۱۹،۲۱) همسو است. علاوه بر این بین کیفیت مراقبت مادرانه و مشکلات درون‌نمود رابطه

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

منفی و معکوس وجود دارد که با نتایج پژوهش‌های (۲۶، ۴۰) همسو می‌باشد. بر طبق نتایج می‌توان بیان داشت که تعارض زناشویی و کیفیت مراقبت مادرانه نیز با هم رابطه دارند. گائو و همکاران (۲۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند که تعارض زوجین باعث کاهش کیفیت فرزندپروری که یکی از مؤلفه‌های کیفیت مراقبت مادرانه است می‌شود. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده، نشانه‌های افسرده‌وار مادر با تعارض زناشویی رابطه مثبت و مستقیم دارند که با پژوهش (۲۰) همسو است. تارابان و همکاران (۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که تعارض زناشویی در رابطه بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و فرزندپروری نقش واسطه‌گرانه دارد، و در آخر کیفیت مراقبت مادرانه در رابطه بین نشانه‌های افسرده‌وار مادر و مشکلات درون‌نمود کودك نقش واسطه‌گرانه دارد که با نتایج تحقیق (۲۸) همسو است.

می‌توان‌گفت که خانواده اولین نهادی است که کودک با آن سر و کار دارد که نقش بسیار مهمی در رشد کودک دارد. اما بعضی خانواده‌ها ممکن است دچار اختلال شوند. به عنوان مثال والدین می‌توانند تحت‌تأثیر افسردگی قرار بگیرند که در شیوه تربیتی آنها تأثیر بگذارد. زندگی با یک والد افسرده می‌تواند بر تجربه عاطفی و هیجانی یک کودک از زندگی خانوادگی تأثیر منفی بگذارد (۱۰) و این اثرات در رشد کودکان نقشی فراتر از دوران کودکی ایفا می‌کند (۱۱). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توجه، رابطه والد-کودک و گرمی کانون خانواده پس از ابتلای مادر به افسردگی کاهش می‌یابد. طبق نتایج پژوهش‌های انجام شده و پژوهش موجود، نشانه‌های افسرده‌وار مادر می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مشکلات درون‌نمود در کودکان باشد. همین‌طور، با توجه به اطلاعات موجود در پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین، تعارض زناشویی علاوه بر این که به عنوان یک متغیر جدا با مشکلات درون‌نمود ارتباط دارد بلکه به عنوان یک متغیر واسطه‌ای نیز عمل می‌کند. در واقع ساختار خانواده و نوع روابط پدر و مادر با یکدیگر نقش مهمی بر رشد عاطفی و هیجانی کودک دارد. فرزندان سالم در یک محیط خانوادگی آرام و دوستانه پرورش می‌یابند. یکی از ابعاد تعارض زناشویی افزایش واکنش‌های هیجانی می‌باشد، در نتیجه صبر و تحمل مادرانی که با همسران خود رابطه مثبتی ندارند کمتر می‌شود و این موضوع در رابطه والد-کودک نیز نمود می‌یابد و موجب کاهش ارتباط مثبت بین مادر و کودک و همچنین تقویت رفتار نادرست کودک برای دریافت توجه از جانب مادر خود می‌شود.

در مورد کیفیت مراقبت مادرانه نیز می‌توان گفت که کودکانی که از کیفیت مراقبت مادرانه خوبی برخوردار هستند و مادران سالم‌تری از لحاظ روانی دارند، نسبت به بچه‌های دیگر مشکلات کم‌تری را نشان می‌دهند. مادر افسرده قطعاً نمی‌تواند مانند یک مادر سالم برای فرزندانش والدگری کند، چرا که غم حاصل از افسردگی، مانع از تعامل مثبت با فرزند می‌شود. عدم دریافت محبت و توجه از سمت مادر که مراقب اولیه و محور اصلی خانواده محسوب می‌شود می‌تواند باعث احساس دوست‌داشتنی نبودن و پوچی شود. در مورد نشانه‌های افسرده‌وار مادر و کیفیت مراقبت مادرانه می‌توان بیان داشت که مادران افسرده تعاملات مثبت کم‌تری با کودکان خود برقرار می‌کنند و کیفیت پیوند مادر-کودک بر سلامت روحی، روانی، اجتماعی و عاطفی کودک اثر می‌گذارد. علاوه بر تأثیر افسردگی مادر بر سبک دلبستگی، روابط والد-کودک، سبک والدگری و کیفیت مراقبت مادرانه، مادران افسرده ممکن است به دلیل مشکلات روان‌شناختی خود قادر به ارزیابی درست رفتار کودکان خود نیز نباشند و در صورت وجود نشانه‌هایی همچون گوشه‌گیری در فرزند خود آن را عادی تلقی‌کرده و اقدامات لازم و مراقبت کافی از فرزند خود را اعمال نکنند. زندگی با یک فرد افسرده مستعد تضاد و تعارض بسیار است و عدم پرداختن به این موضوع علاوه بر کاهش روابط مثبت بین زوجین باعث حفظ و تداوم حالت‌های افسرده‌وار نیز می‌شود. در نتیجه تعارضات زناشویی و مشکلات بین‌فردی می‌تواند نشانه‌های افسرده‌وار را تشدید و یا تسریع کند و از سویی دیگر باعث افزایش رفتارهای نابهنجار کودکان شود. همچنین شرایط می‌تواند به وسیله کاهش رضایت از رابطه والد-کودک به طور غیر مستقیمی بر رفتار کودک تأثیرگذار باشد و از جمله باعث کاهش مقدار تعاملات مثبتی شود که کودک با والد خود دارد (۲۹). از این‌رو وجود تعارض زناشویی می‌تواند به تشدید اثر منفی افسردگی مادر بر وضعیت سلامت روانی کودک و از جمله مستعدتر کردن زمینه جهت پدیدآیی و گسترش نشانه‌های درون‌نمود در کودک بینجامد. همچنین کاهش کیفیت رفتارهای مراقبتی در انواع رفتارهای والدینی آسیب‌پذیری کودکان را افزایش‌می‌دهد. میزان مراقبت اگر نامناسب باشد می تواند اختلال در دلبستگی را در پی داشته باشد. مادرانی که به طور مداوم افسرده هستند حالت دلبستگی ناایمن را در فرزندان خود به وجود می‌آورند.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

در مقابل مادرانی که دلبستگی ایمن را در فرزندان خود پرورش می‌دهد مانع از ابتلای کودک خود به مشکلات رفتاری و هیجانی می‌شوند (۳۰). بر این مبنا کیفیت مراقبت مادرانه مطلوب می‌تواند به تخفیف اثر منفی افسردگی مادر بر وضعیت سلامت روانی کودک و از جمله تعدیل بستر و زمینه پدیدآیی و گسترش نشانه‌های درون‌نمود در کودک بینجامد.

پژوهش‌ها ناگزیر محدودیت‌هایی دارند. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: انجام پژوهش فقط بر روی مادران، عدم تفکیک نتایج بر اساس جنسیت کودکان، احتمال خطای مربوط به ابزارهای خودگزارشی، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. بنابراین با توجه به نتایج به دست‌آمده و محدویت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی به تأثیر نقش پدران نیز توجه شود، با توجه به تفاوت‌های روان‌شناختی در حوزه جنسیت، پیشنهاد می‌شود دو گروه دختر و پسر در پژوهش‌های آتی مورد مقایسه قرار بگیرند، روش جمع‌آوری داده‌ها به صورت مصاحبه، کیفی، زمینه‌یابی هم استفاده شود و در نهایت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای یا تصادفی جهت تعمیم بهتر نتایج بهره گرفته شود. از نتایج به دست‌آمده در این پژوهش می‌توان در موارد زیر استفاده کرد:

غنی‌سازی محتوای کارگاه‌های آموزشی در خصوص روش‌های والدگری (فرزندپروری) و چگونگی اصلاح رفتار فرزندان و افزایش کیفیت مراقبت مادرانه از جمله در مورد مادران با نشانه‌های افسرده‌وار، در چارچوب موضوع آموزش خانواده، برجسته‌سازی اهمیت تعامل زوجین با یکدیگر از جمله از منظر تأثیر آن بر کودکان و با توجه به دوسویه بودن و تأثیر و تأثر متقابل رفتارهای والد- فرزندی، آموزش روش‌های تنظیم هیجانات و آموزش همدلی از سنین پایین به کودکان.

در مجموع می‌توان گفت که بین متغیرهای نشانه‌های افسرده‌وار مادر، کیفیت مراقبت مادرانه، تعارض زناشویی و مشکلات درون‌نمود کودکان ارتباط وجود دارد. پیشینه پژوهشی در زمینه مشکلات درون‌نمود نشان‌دهنده ارتباط نزدیک بین این عوامل با هم است. بر اساس پژوهش‌ها می‌توان اظهار کرد که افسردگی از جمله اختلالات ناتوان کننده در جهان محسوب می‌شود و این تاثیر در ابعاد گوناگون قابل مشاهده است. نشانه‌های افسرده‌وار در مادر می‌تواند بهزیستی کلی خانواده را کاهش دهد و همه اعضای خانواده به نوعی درگیر پیامدهای ناشی از مشکل مادر می‌شوند. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد گاهی مواقع خانواده‌هایی که در آن پدر و مادر از هم جدا نشده‌اند، نسبت به خانواده‌های گسسته، اثر مخرب‌تری روی فرزندان دارند؛ بدین معنی که فرزند والدینی که همیشه در حال نزاع و مشاجره هستند، احساس حقارت و ناامنی شدیدی خواهد کرد. در نتیجه توجه به شرایط روانی کودکان در جو حاکم بر خانواده که پایه‌گذار بخش مهمی از سرنوشت آنها است و انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه لازم به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد مصوب و دفاع شده در دانشگاه گیلان استخراج شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از کلیه مادران، مسئولین محترم مدارس و معلمان شهر اصفهان که در اجرای این پژوهش با ما همکاری کردند اعلام کنند.

تضاد منافع

در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافعی در بین نویسندگان وجود ندارد.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

References

1. Gupta AK, Mongia M, Garg AK. A descriptive study of behavioral problems in schoolgoing children. Industrial Psychiatry Journal. 2017;26(1): 91-94.
2. Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA, Turner LV, Althoff RR. Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2016;55(8):647-56.
3. Hetrick KJ, van der Donk WA. Development of Phage Display of Nisin. The FASEB Journal. 2018; 32: lb88.
4. Roelofs J, Meesters C, Ter Huurne M, Bamelis L, Muris P. On the links between attachment style, parental rearing behaviors, and internalizing and externalizing problems in non-clinical children. Journal of Child and family Studies. 2006;15(3): 319-332.
5. McGrath PJ, Elgar FJ. Effects of socio-economic status on behavioral problems. International encyclopedia of the social & behavioral sciences. 2015; 2(2): 477-480.
6. Rose J, Roman N, Mwaba K, Ismail K. The relationship between parenting and internalizing behaviours of children: A systematic review. Early Child Development and Care. 2018;188(10):1468-86.
7. Angold A, Egger HL. Preschool psychopathology: Lessons for the lifespan. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2007;48(10):961-6.
8. Montoya-Castilla I, Postigo S, Prado-Gascó V, Pérez-Marín M. Relationships between affective states and childhood internalizing disorders. Archives of psychiatric nursing. 2018;32(4):591-8.
9. Van Aken C, Junger M, Verhoeven M, van Aken MA, Deković M, Denissen JJ. Parental personality, parenting and toddlers' externalising behaviours. European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology. 2007;21(8):993-1015.
10. Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2012;51(1):8-17.
11. Priel A, Djalovski A, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Maternal depression impacts child psychopathology across the first decade of life: Oxytocin and synchrony as markers of resilience. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2019;60(1):30-42.
12. Wagner KM, Valdez CR. The relationship between maternal depressions, externalizing and internalizing problems in children, and caregiving burden in urban low-income ethnic and racial minority families. Child Psychiatry & Human Development. 2020;51(3):390-8.
13. Ahun MN, Consoli A, Pingault JB, Falissard B, Battaglia M, Boivin M, Tremblay RE, Côté SM. Maternal depression symptoms and internalising problems in the offspring: the role of maternal and family factors. European child & adolescent psychiatry. 2018;27(7):921-32.
14. Goodman SH, Garber J. Evidence-based interventions for depressed mothers and their young children. Child development. 2017;88(2):368-77.
15. Harden BJ, Panlilio C, Morrison C, Duncan AD, Duchene M, Clyman RB. Emotion regulation of preschool children in foster care: The influence of maternal depression and parenting. Journal of child and family studies. 2017;26(4):1124-34.
16. Reeves RV, Krause E. The effects of maternal depression on early childhood development and implications for economic mobility. Washington, DC: The Brookings Institution. 2019.
17. Kuckertz JM, Mitchell C, Wiggins JL. Parenting mediates the impact of maternal depression on child internalizing symptoms. Depression and anxiety. 2018;35(1):89-97.
18. Riahi F, Amini F, Salehi Veisi M. Children's behavioral problems and their relationship with maternal mental health. Journal of Jahrom University of Medical Sciences. 2012;10(1):46-52. [Persian].
19. Brock RL, Kochanska G. Interparental conflict, children's security with parents, and long-term risk of internalizing problems: A longitudinal study from ages 2 to 10. Development and psychopathology. 2016;28(1):45-54.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

20. Taraban L, Shaw DS, Leve LD, Wilson MN, Dishion TJ, Natsuaki MN, Neiderhiser JM, Reiss D. Maternal depression and parenting in early childhood: Contextual influence of marital quality and social support in two samples. Developmental psychology. 2017;53(3): 436-449.

21. Hosokawa R, Katsura T. Exposure to marital conflict: Gender differences in internalizing and externalizing problems among children. PLoS one. 2019; 14(9):e0222021.

22. Gao M, Du H, Davies PT, Cummings EM. Marital conflict behaviors and parenting: Dyadic links over time. Family relations. 2019;68(1):135-49.

23. Bahmani Makondzadeh P, Amanullahi A. Predicting Depression Based on Satisfaction, Conflict and Marital Instability in Married Women in Ahvaz. Social Health. 2018; 5(2): 171-180. [Persian]

24. Ellison JK, Kouros CD, Papp LM, Cummings EM. Interplay between marital attributions and conflict behavior in predicting depressive symptoms. Journal of Family Psychology. 2016;30(2): 286-295.

25. Margelisch K, Schneewind KA, Violette J, Perrig-Chiello P. Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. Aging & mental health. 2017;21(4):389-98.

26. Faiz J. My treatment of my child. Tehran: Asatir Publishing. 2015, PP: 18-19 [Persian]

27. Peisner-Feinberg ES, Burchinal MR, Clifford RM, Culkin ML, Howes C, Kagan SL, Yazejian N. The relation of preschool child-care quality to children's cognitive and social developmental trajectories through second grade. Child development. 2001; 72(5): 1534-53.

28. Charrois J, Côté SM, Japel C, Séguin JR, Paquin S, Tremblay RE, Herba CM. Child-care quality moderates the association between maternal depression and children's behavioural outcome. Journal of child psychology and psychiatry. 2017;58(11):1210-8.

29. Bakhtiarpour S, Hafezi F, Kochaki L, Khajuni E. The Relationship between Depression and Marital Satisfaction of Mothers with Behavioral Problems in Girls. New Findings in Psychology. 2012; 8(5): 54- 41. [Persian]

30. Ismaili Z. Relationship between marital boredom, quality of maternal care and children's emotional-behavioral problems. Master Thesis, Shahid Beheshti University of Tehran. Faculty of Education and Psychology: 2013: pp. 28-30 [Persian]

31. Kline R. Data preparation and psychometrics review. Principles and practice of structural equation modeling (4th Ed). New York, NY: Guilford. 2016: pp. 64-96

32. Minaee A. Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms. JOEC. 2006; 6(1): 529-558. [Persian]

33. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. University of Vermont, Department of Psychiatry. 1991.

34. Dobson KE, Mohammadkhani P. Psychometric coordinates of the Beck Depression Inventory-2 in a large sample of people with major depressive disorder. Journal of Rehabilitation. 2007; 8 (2): 80-86. [Persian]

35. Rajabi GR. Psychometric properties of beck depression inventory short form items (BDI-13). Journal of Iranian Psychologists. 2004; 1(5): 291-298. [Persian]

36. Luty J, O'Gara C. Validation of the 13-Item Beck Depression Inventory in alcohol-dependent people. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2006 Jan 1; 10(1):45-51.

37. Deldade Moghadam M, Bagheri N. The prediction of the couple's' marital conflicts based on controlling behaviors and interpretation of the problems. Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal. 2017; 3(1): 21-40.

38. Sanai B, Afkhami E, Bahraml F, Fatehizadeh MS. Family and Marriage Measurement Scales, Tehran: Besat Publications. 2009: PP. 45-49. [Persian]

39. Khazaei M. Investigating the relationship between communication patterns and marital conflicts of Tehran University students. Master Thesis, Counseling. Khatam University, Department of Psychology and Educational Sciences. 2006: PP. 21-52. [Persian]

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]

40. Ghanbari S, Khodapnahi MK, Mazaheri MA, Gholam Ali Lavasani MThe Effectiveness of Attachment based Parent Training on IncreasingMateral Caregiving Quality in Preschool anxious Children. Journal of Family Research. 2014; 9(4): 407-426. [Persian]

41. Gefen D, Straub D, Boudreau MC. Structural equation modeling and regression: Guidelines for research practice. Communications of the association for information systems. 2000; 4(1): 7.

42. Preacher KJ, Hayes AF, Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. Behavior research methods. 2008;40(3): 879-891.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2025-12-09]