

رابطه مشکلات روانی مادر و خشونت خانوادگی با مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی

آزینا پورواحد^۱، مجتبی امیری مجد^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قزوین، قزوین، ایران
۲. دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر، ابهر، ایران

* نویسنده مسئول: مجتبی امیری مجد، مجتبی امیری مجد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر، ایران

Email: amirimajd@abhariau.ac.ir

تاریخ دریافت: دی ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۳۹۵

نحوه استناد به این مقاله:

Pourvahed A, Amiri Majd M. The Relationship between Maternal Mental Health Problems and Domestic Violence with Mentally Retarded Children Behavioral Problems. Community Health. 2017;4(2):110-117

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اینکه کودکان صاحبان بلافصل آینده جامعه هستند، سلامتی و بیماری آنان در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسل‌های آینده اثراتی قابل توجه خواهد داشت. بنابراین لازم است به سلامت روانی و جسمانی آنان بیشتر توجه شود و گام‌هایی اساسی در جهت پیشگیری و درمان بیماری‌ها و اختلالات روانی و رفتاری آنها برداشته شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه مشکلات روانی مادر و خشونت خانوادگی با مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی انجام شد.

روش و مواد: این مطالعه با روش توصیفی-همبستگی انجام شد. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل کلیه کودکان کم توان ذهنی ۷ تا ۱۲ سال و مادران آنها بودند که در مدارس کم توان ذهنی در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری به شیوه خوشه‌ای چند مرحله‌ای تعداد ۱۵۰ دانش‌آموز کم توان ذهنی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه و شامل اطلاعات فردی، چک لیست نشانگان روانی (SCL.90)، مقیاس درجه‌بندی مشکلات رفتاری Conners و مقیاس تاکتیک‌های تعارض بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در سطح معنی‌داری ($P < 0/05$) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین مشکلات روانی مادر ($r = 0/32$, $P < 0/01$) و خشونت خانوادگی ($r = 0/28$, $P < 0/01$) با مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد و می‌توان از طریق مشکلات روانی مادر و خشونت خانوادگی، مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی را پیش‌بینی کرد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که بین مشکلات روانی مادر و خشونت خانوادگی با مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی رابطه وجود دارد.

واژگان کلیدی: کودکان کم توان ذهنی، اختلال روانی مادر، خشونت خانوادگی، مشکلات رفتاری

مقدمه

اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیاز به افرادی دارد

که از نظر روانی و جسمانی سالم باشند. با توجه به

هر جامعه‌ای برای پیشرفت و رشد در ابعاد مختلف

مسامحه، غالباً سهم بزرگی در بروز اختلالات رفتاری دارد. پژوهش‌های مختلف در اهمیت جنبه‌های منفی روابط والد-کودک در بروز مشکلات رفتاری تاکید دارد و به‌طور قابل ملاحظه‌ای نشان‌دهنده ارتباط بین شیوه‌های خشونت‌آمیز والدین، تنبیه فیزیکی و ارتباط تعارض‌آمیز با مشکلات رفتاری در کودکان بزرگتر است (۷). واژه خشونت خانگی می‌تواند در برگزیده تجربیات وسیعی باشد که عمدتاً در فضای خانه رخ می‌دهد و به نحوی خشونت‌آمیز تلقی می‌شود. در میان انواع خشونت‌ها اعم از خانوادگی و اجتماعی، خشونت‌های خانگی یک آسیب جدی اجتماعی است که با وجود پیشرفت‌های فرهنگی و فکری همچنان در جامعه خودنمایی می‌کند (۸). خشونت خانوادگی به‌طور گسترده در معنای کنترل اقتصادی، سوء رفتارهای فیزیکی، جنسی، کلامی، عاطفی و روانشناختی تعریف شده است که به وسیله یک فرد بزرگسال در خانواده علیه عضو دیگر از خانواده به منظور غلبه و کنترل بر او به کار می‌رود (۹). در تعریفی دیگر، خشونت خانوادگی عبارت است از اعمال فشار و زورگویی یک عضو خانواده که به‌طور جدی زندگی، سلامت جسمی، انسجام روانشناختی یا آزادی عضو دیگر را در خطر قرار می‌دهد (۱۰). لذا براساس اهمیت موارد مطرحه، این مطالعه با هدف تعیین رابطه مشکلات روانی مادر و خشونت خانوادگی با مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش و مواد

این مطالعه به روش توصیفی همبستگی انجام شد. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل کلیه کودکان کم‌توان ذهنی ۷ تا ۱۲ سال و مادران آنها بودند که در مدارس کم‌توان ذهنی مشغول به تحصیل بوده‌اند. روش نمونه‌گیری به شیوه خوشه‌ای تصادفی بود. به این ترتیب که ابتدا شهر تهران براساس مناطق شهرداری تقسیم شد و سپس یک منطقه به صورت تصادفی انتخاب و فهرست مدارس استثنایی آن منطقه استخراج و در نهایت یک مدرسه انتخاب شد. مدرسه مورد نظر دارای ۱۶ کلاس بود که از بین آنها، ۱۰ کلاس به طور تصادفی انتخاب شد. سپس از

اینکه کودکان صاحبان بلافصل آینده جامعه هستند، سلامتی و بیماری آنان در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسل‌های آینده اثراتی قابل توجه خواهد داشت. بنابراین لازم است به سلامت روانی و جسمانی آنان بیشتر توجه شود و گام‌هایی اساسی در جهت پیشگیری و درمان بیماری‌ها و اختلالات روانی و رفتاری آنها برداشته شود. نتایج مطالعات مختلف نشان داده‌اند که میزان اختلالات رفتاری در کودکان سنین دبستان در مناطق مختلف متغیر بوده و معمولاً بین دو تا ۱۲ درصد است و عواملی همچون نابسامانی و خشونت‌های خانگی، عوامل مربوط به مدرسه مانند روابط معلم و دانش‌آموزان با یکدیگر، همچنین سن، جنس، هوش به عنوان عوامل وراثتی و عوامل فرهنگی و اجتماعی، مهم‌ترین علل بروز اختلالات رفتاری کودکان هستند (۱).

عوامل خطر ساز مشکلات رفتاری در کودکان، عمدتاً با عوامل خانوادگی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مشکلات رفتاری ارتباط دارند (۲). خانواده بافت اصلی رشد کودک است و عوامل خانوادگی، ویژگی‌های فردی کودک، نشانگان قبلی و حوادث زندگی، بروز ناسازگاری‌های رشدی و آسیب‌های روانشناختی را پیش‌بینی می‌کنند (۳). اختلالات رفتاری کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین دارد به بیان دیگر، هر چقدر مشکلات روانی شدیدتر باشد، ظهور اختلال‌های رفتاری کودکان نیز سریع‌تر خواهد بود (۴). از سوی دیگر اثرات منفی داشتن کودک کم‌توان یا ناتوان موجب ایجاد تنش و فشار در اعضای خانواده خصوصاً مادر می‌شود (۵) چرا که مادر اولین شخصی است که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند. احساساتی مثل گناه، تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت‌نفس و احساس خود کم‌بینی و بی‌ارزشی و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت‌نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است (۶).

آسیب‌های روانی والدین، کودک‌آزاری، بی‌توجهی و

و نمره‌گذاری نمی‌شوند. همچنین سوال ۱۱ به دلیل بارعاملی مشابه با سوال ۱۳ نیز نمره‌گذاری نمی‌شود (۱۴).

مقیاس تاکتیک‌های تعارض: این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط Strauss برای ارزیابی خشونت کلامی، روانی و جسمانی تهیه شده است و دامنه نمرات صفر تا ۱۵ است که نمرات بالاتر به معنی استفاده بیشتر از یک تاکتیک به‌خصوص است. این مقیاس در ایران برای نخستین بار توسط محمد خانی (۱۵) به فارسی برگردانده شد و با کسب اجازه از Strauss به کار گرفته شد. میانگین ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۷۹ برای خشونت روانشناختی تا ۰/۹۱ برای مذاکره گزارش شده است (۱۵). ضریب آلفای کرونباخ پایایی حداقل ۰/۷۸ را برای مقیاس خشونت بدست آورد (۱۶).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در سطح معنی‌داری ($P < 0/05$) استفاده شد.

یافته‌ها

از میان کودکان مورد بررسی ۷۵ نفر (۵۰ درصد) پسر و ۷۵ نفر (۵۰ درصد) دختر بودند. میانگین (انحراف معیار) سنی کودکان، ۹/۷ (۱/۹) با دامنه هفت تا ۱۲ سال بود. با توجه به نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نتیجه می‌گیریم که در همه متغیرها به علت اینکه سطح معناداری‌شان بیشتر از مقدار مفروض ۰/۰۵ (آلفا) می‌باشد، متغیرها دارای توزیع نرمال هستند. با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرها در این مطالعه، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده می‌کنیم.

جدول شماره ۱- ماتریس همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. تاکتیک تعارض پدر	۱			
۲. تاکتیک تعارض مادر	۰/۴۱	۱		
۳. مشکلات رفتاری کودک	۰/۲۸	۰/۳۹	۱	
۴. آسیب روانی مادر	۰/۴۸	۰/۲۲	۰/۳۲	۱

تعداد ۱۸۰ دانش‌آموز، تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شدند که ۷۵ نفر از شیفت صبح و ۷۵ نفر از شیفت بعد از ظهر انتخاب شدند. نمونه مطالعه ۱۵۰ دانش‌آموز کم‌توان ذهنی از ۱۰ کلاس بودند که براساس ملاک ورود به مطالعه (سن ۷ تا ۱۲ سال، نداشتن مشکلات روانی و جسمی مزمن در مادران، داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه) انتخاب شدند.

چک لیست نشانگان روانی: آزمون SCL.90.R یک فهرست علائم روانی خود گزارشی دهی ۹۰ سوالی است که به وسیله تحقیقات روان‌سنجی بالینی به وجود آمده است. این آزمون شامل ۹۰ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰=هیچ، ۱= کمی، ۲=تا حدودی، ۳= زیاد، ۴= به شدت) می‌باشد. این ابزار نه بعد از علائم روانپزشکی (شکایت جسمانی، وسواس فکری- عملی، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) را مورد بررسی قرار می‌دهد (۱۱). علاوه بر ابعاد نه‌گانه فوق سه معیار کلی نیز در این آزمون گنجانده شده که شامل علائم مرضی (GSI)، معیار ضریب ناراحتی (PSDI) و جمع علائم مرضی (PST) می‌باشد و نمره‌گذاری و تفسیر آزمون براساس سه شاخص کلی صورت می‌گیرد (۱۱). همچنین ضرایب روایی ملاکی همزمان ابعاد نه‌گانه این آزمون با پرسشنامه چندوجهی مینه سوتا (MMPI) به استثنای مقیاس وسواس اجباری بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است که همگی در سطح یک درصد ($P < 0/01$) معنادار بوده است (۱۲). **مقیاس درجه‌بندی مشکلات رفتاری Conners:** در سال ۱۹۶۹ توسط Conners ساخته شد. این ابزار دارای فرم‌های والدین و معلم می‌باشد و کاربرد وسیعی در زمینه‌های بالینی و پژوهشی کودکان دارد که برای مشخص ساختن برخی علائم و مشکلات رفتاری استفاده می‌شود و همچنین کاربرد وسیعی در غربالگری کلی برای اختلالات و مشکلات کودکی دارد (۱۳). هم‌اکنون فرم بلند ۹۲ سوالی و فرم کوتاه ۴۸ سوالی از این پرسشنامه در دسترس می‌باشد. سوالات ۱، ۴، ۵، ۶، ۱۲، ۲۲، ۳۲، ۴۵ به علت بارعاملی کمتر از ۰/۴۰ بر روی هیچ‌کدام از عامل‌ها قرار نگرفته است

همین‌طور وجود همبستگی و رابطه معنادار بین خشونت مادر و مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی تایید شد. ضریب این همبستگی برابر ۰/۳۹ است که گویای رابطه مستقیم و مثبت بین این دو متغیر است. در نتیجه بین خشونت مادر و مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$ و $r = ۰/۳۹$). در تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از روش Enter، جهت بررسی رابطه مشکلات روانی مادر و مواجهه کودک با خشونت خانوادگی با مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی، مدل معنی‌داری بدست آمد.

نتایج جدول شماره ۱- حاکی از وجود همبستگی و رابطه معنادار بین مشکلات روانی مادر و مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی است. ضریب این همبستگی برابر ۰/۳۲ است که گویای رابطه مستقیم و مثبت بین این دو متغیر است. نتایج نشان‌گر وجود همبستگی و رابطه معنادار بین خشونت پدر و مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی تایید شد. ضریب این همبستگی برابر ۰/۲۸ است که گویای رابطه مستقیم و مثبت بین این دو متغیر است. در نتیجه بین خشونت پدر و مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$ و $r = ۰/۲۸$).

جدول شماره ۲- ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین مشکلات رفتاری کودک

متغیر	B	SE B	β	p	Adj. R ²	F
تاکتیک تعارض پدر	۰/۵۳	۰/۱۶	۰/۳۹	۰/۰۰۲		
تاکتیک تعارض مادر	۱/۳۰	۰/۲۵	۰/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۷۳/۸	۶۰/۴۱
آسیب روانی مادر	۱/۲۵	۰/۱۷	۰/۷۹	۰/۰۰۰		

اختلال‌های اضطرابی در فرزندان که خویشان مبتلا به این اختلال‌ها دارند به نظر می‌رسد شواهدی مبنی بر تأثیر عوامل ژنتیک وجود دارد (۱۹). در مطالعه حاضر نیز بین اختلالات روانی مادر و نوع مشکلات رفتاری کودکان‌شان رابطه معنی‌داری وجود داشت. مشاهده اضطراب در کسانی که شباهتی بین خودمان و آنان می‌بینیم و مشاهده ترس دیگران به عنوان مصداقی از الگوبرداری و یادگیری نیابتی در توجیه رفتارهای اضطرابی کودکان مطرح است. در کنار عوامل پیش از تولد مانند بارداری توام با فشار روانی و جدایی والدین، خشونت‌های خانوادگی، جدایی کودک از والدین و ... باید به عوامل پس از تولد مانند عوامل سرشتی- شخصیتی والدین به ویژه مادران در شکل‌گیری و تشدید رفتارهای ناپهنجار کودک توجه داشت. این عوامل احتمال دل‌بستگی نا ایمن کودک را افزایش داده و زمینه را برای اضطراب روان آزرده‌خویانه کودک فراهم می‌سازند. در مطالعه ای به رابطه میان ابعاد پرورش و اضطراب والدین و تشویق آنها از خودمختاری کودک در برابر مراقبت افراطی و پذیرش و حمایت

این مدل ۷۳/۸ درصد از واریانس را توجیه می‌کند ($R^2 = ۰/۷۳۸$ تنظیم شده و $P < ۰/۰۰۱$ و $F_{3,146} = ۶۰/۴۱۷$). جدول شماره ۲- اطلاعات در مورد متغیرهای پیش‌بینی که در مدل وارد شده‌اند را ارائه می‌دهد و هر سه متغیر پیش‌بینی کننده معنی‌دار بوده‌اند یعنی هر متغیر به اندازه B بر روی مشکلات رفتاری کودک تأثیرگذار هستند.

بحث

مطالعه نشان داد که بین مشکلات روانی مادر و مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی رابطه وجود دارد. Butler (۱۷) نیز در مطالعه خود به ارتباط درمان موفق افسردگی والدین با بهبودی در عملکرد و علایم کودکان اشاره شده است. Nigg & Hinshaw (۱۸) به نقش ویژه آسیب‌شناسی روانی و صفات شخصیت والدین در پیش‌گویی مشکلات رفتاری برون‌ریزانه کودک اشاره داشته که هنوز ناشناخته است. Barkley بر بروز بیشتر اختلال‌های روان‌پزشکی (افسردگی و شخصیت ضداجتماعی) در میان بستگان زیستی کودکان اشاره می‌نماید. با توجه به افزایش خطر ابتلا به انواع

دیگر همسو می‌باشد (۴ و ۲۵). نتایج مطالعه نریمانی نشان داد مادران کودکان استثنایی نسبت به مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند و از میان سه گروه مادران کودکان کم‌توان ذهنی، نابینا و ناشنوا، مادران کودکان کم‌توان ذهنی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند (۶). چنان‌که در مطالعه ما نیز ۴۶ درصد مادران از انواع مشکلات روانی رنج می‌بردند. در تبیین این نتیجه باید گفت که مهم‌ترین مسئله و شاید از مشکل آفرین‌ترین مسائل مربوط به یک کودک استثنایی در خانواده، بعد تربیتی آن باشد. که بیشترین بار تربیتی این مسئله بر عهده مادر است. وجود کودک معلول از هر نمونه می‌تواند موجب سنگینی این بار تربیتی بر دوش مادر باشد، به خصوص در فرهنگ ما که مادر وقت بیشتری را در خانه سپری می‌کند، بنابراین این بار تربیتی و ناکامی‌های پی‌درپی مادر در تربیت فرزند ممکن است به پرخاشگری منجر شود. همچنین احساس خشم و پرخاشگری از جمله مراحل واکنش اندوه است که به دنبال شوک ناشی از فقدان فرد مورد انتظار ایجاد می‌گردد (۲۴). در این مرحله فرد به انتظارهای غیرواقع‌گرایانه متوسل می‌شود که بتواند همه چیز را به وضع مطلوب و مورد انتظار برگرداند. لذا مادری که در مدت نه ماه بارداری، در انتظار یک بچه سالم برنامه‌ریزی‌های متعددی انجام می‌دهد، طبیعی است که با متولد شدن بچه کم‌توان ذهنی دچار شوک و ناباوری شود و احساس خشم و پرخاشگری کند. بنابراین پرخاشگری در مادران این کودکان به دنبال ارتباط ضعیف، بیشتر است. تبیینی که می‌توان برای معنادار بودن تفاوت ترس مرضی در مادران کودکان عادی با مادران کودکان استثنایی بیان کرد این است که وجود کودک معلول از هر نوع موجب افزایش ترس‌های ویژه در اعضای خانواده و به ویژه مادر به دلیل احتمال بدنامی و یا پایین آمدن منزلت اجتماعی آنها می‌گردد. همچنین به دلیل این که کودکان مبتلا به معلولیت در منزل نگهداری و تربیت می‌شوند و مادران از نزدیک با مشکلات و خطرات احتمالی، که ممکن است فرزند

کودک در برابر انتقاد و طرد وی اشاره کرده‌اند (۱۹). گرچه در دسته‌ای از مطالعات به عدم وجود الگوی مشخص خانوادگی برای اختلال رفتار آشفته اشاره شده است، اما مشاهده گردیده که تقریباً تمام والدین این کودکان اهمیت زیادی به موضوع قدرت، کنترل و خودمختاری داده و در بعضی از خانواده‌ها شخصیت‌های لجوج و سرسخت وجود دارند (۲۰). باید در نظر داشت دوره‌های تکراری پرخاشگری لفظی و فیزیکی در این کودکان باعث می‌شود دیگران آنها را طرد کنند و یا به تمسخر کشند که این امر باعث تنش و اختلاف بین والدین این کودکان و والدین کودکان بهنجار شده و منجر به تولید احساس حقارت و طرد شدگی در این والدین و در نتیجه کناره‌گیری می‌گردد. ضمن آن که خودداری دایمی این کودکان از اجابت خواسته‌های والدین‌شان این مشکل را تشدید می‌کند. همچنین استفاده از سبک فرزندپروری تنبیهی و پرخاشگرانه در انتقال خشونت از نسلی به نسل دیگر مؤثر است (۲۱). Chronis و همکاران (۲۲) در مطالعه خود در مورد کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی و اختلال رفتاری مخرب همراه (اختلال سلوک) دریافتند مادران گروه کودکان با اختلال‌های ترکیبی، سابقه اختلال‌های خلقی، اضطرابی، اختلال رفتاری مخرب در دوران کودکی خود داشته‌اند.

Berg-Nielsen (۲۳) به تأثیر صفات شخصیتی بر روابط بین شخصی اشاره می‌کند. نشان داده شده است که در خانواده‌های پر تعارض یک یا هر دو والد علایمی از شخصیت‌های نمایشی، خودشیفته، بدگمان و یا وسواسی را نشان می‌دهند که حضور این ویژگی‌ها موجب سرسختی آنها در روابط می‌شود. بنا براین باید به نقش واسطه‌ای رفتارهای فرزندپرورانه والدین که خود با صفات پایدار شخصیتی مرتبط است، توجه نمود (۲۴). نتایج این مطالعه نشان داد که بین نشانگان مرضی مادران و مشکلات رفتاری کودکان همبستگی مثبت وجود دارد یعنی با افزایش نشانگان مرضی مادران، سطح مشکلات رفتاری کودکان نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. نتایج به دست آمده با مطالعه‌های

می‌گردد. این مطالعه به دلیل متناسب نبودن ابزار پرسشنامه برای کودکان، توسط مادران این کودکان صورت گرفته و به این ترتیب احتمال بوجود آمدن سوگیری در آن وجود دارد. با توجه به این نتایج به مشاوران و روان‌شناسان کودک توصیه می‌شود اختلالات رفتاری و مشکلات روانی را مورد ارزیابی قرار داده و تمام تلاش خود را در جهت شناخت هر چه بیشتر این عوامل در اختلالات رفتاری انجام دهند. استفاده از یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند در تدوین و اجرای مداخله‌های پیش‌گیرانه و درمانی مؤثر در زمینه اختلالات رفتاری کمک قابل توجهی نماید.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد بین مشکلات روانی مادر و خشونت خانوادگی با مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه دانشجویی نویسنده اول مقاله است. از شرکت کنندگان در مطالعه حاضر تشکر و قدردانی می‌شود.

معلول‌شان را تهدید کند، آشنا هستند، بنابراین انتظار این می‌رود که میزان ترس مرضی در این قبیل مادران بیشتر باشد و مجموعه این مسائل و مشکلات چون پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی موجب افزایش روان‌پریشی و در نتیجه پایین آمدن سلامت روانی مادران دارای کودکان استثنایی می‌شود (۶).

در مجموع، مطالعه‌های انجام شده نشان می‌دهد که مادران کودکان معلول، فشار روانی و استرس بالایی را متحمل می‌شوند. از طرفی همبستگی بالایی بین وضعیت روحی و روانی مادران و پرداختن به نیازهای جسمی و عاطفی کودک معلول وجود دارد همان‌گونه که نشان داده شده است مادرانی که از سلامت و بهداشت روانی بالاتری برخوردارند در پذیرش، نگهداری و کنار آمدن با معلولیت فرزند خود مشکل کمتری دارند و بهتر می‌توانند نیازهای فرزند معلول خود را بر آورده نمایند. در حالی که مادرانی که تشویش، اضطراب و استرس فراوانی دارند، معمولاً در تعامل منطقی و صحیح با کودکان خود مشکلات عدیده‌ای دارند که مانع از اتخاذ یک رویکرد مطلوب و منطقی شده و باعث مشکلات رفتاری کودک

REFERENCES

1. Soleymani M, Afrooz GA, Sharifi Daramadi P, Ghobari Bonab B. Effect of Psychological Intervention on Marital Satisfaction of Mothers with Slow Pace Under 5 Years Children. Iranian Rehabilitation Journal. 2012 Apr 15;10(1):18-23.
2. Johnston C, Mash EJ. Families of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. Clinical child and family psychology review. 2001;4(3):183-207.
3. Al-Yagon M. Maternal Emotional Resources and Socio-Emotional Well-being of Children with and Without Learning Disabilities. Family Relations. 2010; 59(2):152-69.
4. Riahi, F, Amini, F., Saleh Rezaei, M. Children's Behavioral Problems and its Association with Maternal Mental Health. Journal of Jahrom University of Medical Sciences. 2012;1(1):52-46. (Full Text in Persian)
5. Tajeri B, Bahraei AR. Study the Relationship between Stress, Religious Attitude and Awareness by Accepting Mentally Retarded Children in Mothers. Research on mentally retarded children, 2008;(8):224-205. (Full Text in Persian)
6. Narimani M, Aghamohammadian, HR, Rajabi S. Compare the Mental Health of Mothers of Children with Intellectual Disability and Mental Health of Mothers of Normal Children. Journal of Mental Health. 2007;33:24-15. (Full Text in Persian)
7. Muller RT, Goebel-Fabbri AE, Diamond T, Dinklage D. Social Support and the Relationship between Family and Community Violence Exposure and Psychopathology among High Risk Adolescents. Child Abuse & Neglect. 2000;24(4):449-64.

8. Sadeghi Fsaee S. Domestic Violence Encountered by Women in its Strategy (qualitative study). *Journal of social issues*. 2010;(1):40-23. (Full Text in Persian)
9. Weinbaum Z, Stratton TL, Chavez G, Motylewski-Link C, Barrera N, Courtney JG. Female Victims of Intimate Partner Physical Domestic Violence (IPP-DV), California 1998. *American Journal of Preventive Medicine*. 2001;21(4):313-9.
10. Eckenrode J, Campa M, Luckey DW, Henderson CR, Cole R, Kitzman H, Anson E, Sidora-Arcoleo K, Powers J, Olds D. Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010 ;164(1):9-15.
11. Eisenberg D, Downs MF, Golberstein E, Zivin K. Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*. 2009;66(5):522-41.
12. Kim MJ, Lim MJ, Park WK, Kho HS. Comparison between the SCL-90-R and MMPI in TMD patients with psychological problems. *Oral diseases*. 2012;18(2):140-6.
13. Ransom D, Ashton K, Windover A, Heinberg L. Internal Consistency and Validity Assessment of SCL-90-R for Bariatric Surgery Candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2010;6(6):622-7.
14. Blegen NE, Hummelvoll JK, Severinsson E. Mothers with Mental Health Problems: A Systematic Review. *Nursing & Health Sciences*. 2010;12(4):519-28.
15. Mohammad Khani P. Research Reports of Domestic Violence with a Focus on Domestic Violence, Identify the Psychological and Psychopathological Aspects of it. *Rehabilitation Journal*. 2005;7(4): 11-6. (Full Text in Persian)
16. Kamrani Fakoor SH. The Prevalence of Domestic Violence Experienced in Volatile and Non-Volatile Children, Social Welfare. *Social Rehabilitation*. 2006;6(22). (Full Text in Persian)
17. Butler L, Santoro N. The Reproductive Endocrinology of the Menopausal Transition. *Steroids*. 2011 30;76(7):627-35.
18. Nigg JT, Hinshaw SP. Parent Personality Traits and Psychopathology Associated with Antisocial Behaviors in Childhood Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child psychology and Psychiatry*. 1998;39(02):145-59.
19. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, Castellanos FX. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Archives of general psychiatry*. 2012;69(12):1295-303.
20. Halmøy A, Klungsøyr K, Skjærven R, Haavik J. Pre-and perinatal risk factors in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2012;71(5):474-81.
21. Barker P. The Adolescent in Family Therapy: Breaking the Cycle of Conflict and Control. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*. 2005;14(2):61.
22. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and Substance Abuse in Parents of Young Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(12):1424-32.
23. Berg-Nielsen TS, Solheim E, Belsky J, Wichstrom L. Preschoolers' psychosocial problems: In the eyes of the beholder? Adding teacher characteristics as determinants of discrepant parent-teacher reports. *Child Psychiatry & Human Development*. 2012;43(3):393-413.
24. Myers SS, Pianta RC. Developmental Commentary: Individual and Contextual Influences on Student-Teacher Relationships and Children's Early Problem Behaviors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008, 14;37(3):600-8.
25. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program as a Public Health Approach to Strengthening Parenting. *Journal of family psychology*. 2008;22(4):506.

Original Article

The Relationship between Maternal Mental Health Problems and Domestic Violence with Mentally Retarded Children Behavioral Problems

Azita Pourvahed¹, Mojtaba Amiri-Majd^{2*}

1. Master of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University of Qazvin, Qazvin, Iran

2. Associated Professor, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Abhar, Abhar, Iran

*Corresponding Author: Mojtaba Amiri Majd, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Abhar, Abhar, Iran

Email: amirimajd@abhariau.ac.ir

Received: 8 January 2017

Accepted: 15 February 2017

Published: 12 March 2017

How to cite this article:

Pourvahed A, Amiri-Majd M. The Relationship between Maternal Mental Health Problems and Domestic Violence with Mentally Retarded Children Behavioral Problems. *Community Health*. 2017;4(2):110-17.

Abstract

Background and Objectives: Given that children are the future of society with immediate owners, their health and disease in health and disease tomorrow's society and future generations will have significant effects. Therefore it is necessary to pay more attention to their physical and mental health and fundamental steps for the prevention and treatment of mental disorders and their behavior is removed. This study aimed to investigate the relationship between mental health problems of mothers and children facing domestic violence were mentally retarded children with behavior problems.

Material and Methods: This study was descriptive-correlation was performed. The study sample consisted of all mentally retarded children 7 to 12 years and their mothers who were in schools with intellectual disability had been studying in the academic year 94-95. The sampling method was multi-stage cluster sampling in this study. The sample consisted of 150 students with intellectual disability who were selected based on criteria for the study. The questionnaire includes demographic information, a checklist related symptoms (SCL.25), behavioral problems Connors Rating Scale and the Conflict Tactics Scale. To analyze the data Pearson correlation and multiple regression analysis at the significant level were used.

Results: The findings showed that between mother and child's exposure to domestic violence, mental health problems mentally retarded children with behavioral problems and there is a significant positive relationship and can be accessed through the mother's mental health problems and family violence, behavioral problems in children with mental retardation predicted.

Conclusion: The results of this study indicate that between mental health problems and domestic violence mother mentally retarded children with behavioral problems are related.

Keywords: Mentally retarded children, Mother's mental disorder, Family violence, Behavioral problems