

رابطه علی خشونت فیزیکی و عاطفی والدین با مدیریت خشم و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای با میانجی‌گری رابطه والد - فرزند و همدلی

ناصر بهروزی^۱، فاطمه فرزادی^{۲*}، حمید فرامرزی^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۳/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۶/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از شایع‌ترین اختلال‌های رفتار مخرب است. هدف از پژوهش حاضر مطالعه رابطه علی خشونت فیزیکی و عاطفی والدین با مدیریت خشم و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای با میانجی‌گری رابطه والد-فرزند و همدلی دانش‌آموزان بود.

روش: پژوهش حاضر همبستگی از نوع تحلیل مسیر است. ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان دختر پایه سوم تا ششم دبستان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر اهواز به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان هومرسون و همکاران (۲۰۰۶)، پرسشنامه کودک‌آزاری و ضربه برنستاین (۱۹۹۵)، مقیاس تاکتیک تعارض اشتراک (۱۹۷۹)، پرسشنامه رابطه والد-فرزند فاین و همکاران (۱۹۸۳)، مقیاس مدیریت هیجانی کودک زمان و همکاران (۲۰۰۱)، پرسشنامه همدلی بارون-کوهن (۲۰۰۳)، مقیاس رفتار کودک لاد و پروفلیت (۱۹۹۶) و مصاحبه بالینی ساختاریافته بود.

یافته‌ها: نتایج مدل نشان داد که خشونت عاطفی دارای اثر مستقیم معنی‌دار بر رفتار پرخاشگرانه و مدیریت خشم بود اما خشونت فیزیکی تنها دارای اثر مستقیم بر رفتار پرخاشگرانه بود. همچنین همدلی و رابطه والد-فرزند به‌عنوان واسطه بین خشونت فیزیکی و خشونت عاطفی با مدیریت خشم و رفتار پرخاشگرانه قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: این نتایج اهمیت نوع رفتارهای والدین و شناخت هر چه بیشتر علائم و چگونگی رویارویی درست با کودک مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای را در بهبود نشانه‌های اختلال برجسته کرده است.

کلیدواژه‌ها: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، خشونت فیزیکی و عاطفی، همدلی، مدیریت خشم، رفتار پرخاشگرانه

۱. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز. اهواز، ایران

۲. *نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. (Fatemehfarzadi@ymail.com)

۳. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

مقدمه

مطالعات فراگیر نشان داده است که اختلالات روانی به‌ویژه مشکلات رفتاری عموماً در دوران کودکی رایج هستند. نافرمانی مقابله‌ای^۱، یکی از رایج‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان است که به‌صورت یک الگویی از مزاج تحریک‌پذیر / عصبانی^۲، رفتار نافرمانی / جدلی^۳ و کینه‌توزی^۴ با حداقل چهار نشانه اختصاصی که به مدت حداقل ۶ ماه طول بکشد ظاهر می‌شود، ضمن این‌که این رفتارها فراوان‌تر از آن چیزی است که با سن، جنس و فرهنگ فرد متناسب باشد و پریشانی قابل ملاحظه‌ای در زمینه اجتماعی، تحصیلی و شغلی ایجاد می‌کند (۱). اختلال نافرمانی مقابله‌ای شامل هر دو شکل مشکلات درونی و بیرونی بوده و پیش‌بینی‌کننده دامنه وسیعی از مشکلات سازش‌یافتگی است (۲). سازش‌یافتگی عبارت است از نشان دادن واکنش مناسب به محرک‌های محیط و موقعیت‌ها، به‌نحوی که برای خود فرد یا دیگران و یا هر دو مفید باشد و بتواند انتظارات خود و دیگران را برآورده سازد و دارای سه بعد اجتماعی، عاطفی و آموزشی است (۳). کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای سازش‌یافتگی اجتماعی و روان‌شناختی پایین‌تری دارند و روابط اجتماعی ضعیف‌تر و مشکل‌های روان‌شناختی بیشتری را نشان می‌دهند (۴)، عاطفه منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و سازش‌یافتگی عاطفی کمتری نسبت به کودکان بهنجار دارند، در زمینه اجتماعی و آموزشی نیز رفتارهای سازش‌نا یافته را ابراز می‌کنند و به‌راحتی با محیط خود سازش نمی‌یابند (۵). طبق تحقیقات، از جمله عوامل درون‌زاد می‌توان به گرایش‌های ژنتیکی، زیست‌شناختی یا شخصیتی کودک و از عوامل بیرونی مؤثر بر بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای به تأثیرات محیطی از جمله بدرفتاری با کودک، فرزندپروری ناکارآمد و رفتار مخرب خود کودک اشاره کرد. در میان این عوامل، نوع رفتار والدین به‌خصوص خشونت جسمی و عاطفی تأثیر بسیار مهمی در بروز و تشدید

نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشته و به‌طور قابل توجهی خطر ابتلا به رفتارهای سازش‌نا یافته را افزایش می‌دهد (۶). همان‌گونه که گفته شد، برای تشخیص کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای از معیارهای تشخیصی، همچون، عصبانیت، خلق‌وخوی تحریک‌پذیر، کینه‌توزی، رفتار جسورانه و کینه‌توزی و انتقام استفاده می‌شود. با این حال برک، لوبر، لاهی و راتوز و لاونگ، بریانت، هاپکینز و گاوز طبق مدل دو عاملی خود بیان کردند از میان تمام نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، دو علامت مدیریت خشم و رفتار پرخاشگرانه به‌عنوان دو نشانه قابل توجه و غالب در تشخیص هستند (۷ و ۸).

اکثریت کودکان نافرمان دارای هوش طبیعی بوده ولی به علت مشکلات رفتاری دچار ضعف در برقراری رابطه با دیگران، خودپنداشت ضعیف، درماندگی آموخته‌شده و پرخاشگری هستند. بدین منظور که کودکان دارای علائم نافرمانی بتوانند از هوش خود نهایت استفاده را داشته و بتوانند از بهداشت روانی مناسبی برخوردار باشند لازم است پژوهش‌های بیشتری برای شناخت عوامل تأثیرگذار در بروز علائم نافرمانی مقابله‌ای صورت بگیرد. در این پژوهش نیز بر دو بعد از نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای یعنی مدیریت خشم و رفتار پرخاشگرانه متمرکز شده‌ایم؛ بنابراین هدف این پژوهش، بررسی رابطه علی بین خشونت جسمانی و خشونت عاطفی با مدیریت خشم و رفتار پرخاشگرانه کودکان نافرمانی مقابله‌ای با میانجی‌گری رابطه مادر-کودک و همدلی است. بیشتر شواهد تجربی، تأثیر منفی بدرفتاری والدین را با مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان نافرمانی مقابله‌ای نشان دادند. باید توجه داشت که خشونت والدین به کودکان از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابد. رفتارهای خشونت‌آمیز والدین نسبت به کودک می‌تواند به صورت‌های مختلف

1. Oppositional defiant disorder (ODD)
2. Angry/irritable mood

3. Argumentative/defiant behavior
4. Vindictiveness

والدین از جمله مجازات‌های خشن و رفتارهای پرخاشگرانه این کودکان را نشان می‌دهد (۱۴). پترسون، نیز بیان کرد که والدین این کودکان در یک چرخه اجباری در نحوه برخورد با فرزندان خود قرار می‌گیرند به این صورت که برای مهار کردن او و کاستن از لجبازی‌ها و کینه‌توزی فرزندان به انواع مجازات‌ها به‌خصوص احساسی متوسل می‌شوند (۱۵).

علاوه بر تأثیر بسیار مخرب رفتارهای تهاجمی والدین بر مشکلات رفتاری این کودکان، رابطه والد-فرزند نیز با مشکل مواجه می‌شود. بدرفتاری خود کودک نیز منجر به تضعیف رابطه والد-فرزند می‌شود (۱۶). بررسی‌های مورتون و براون به نقل از (۶) نشان دادند که اکثر کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۷۶٪) دارای سبک دلبستگی ناایمن با والدین به‌خصوص با مادر هستند. در توضیح چگونگی تأثیر روابط پدر-مادر بر رفتارهای پرخاشگرانه کودک دارای اختلال، گرشوف پیشنهاد داد که احساس منفی کودک مانند خشم و ترس در طول زمان، منجر به بدرفتاری شده که رفتار اجتنابی نسبت به والدین را ایجاد می‌کند، همین رفتار اجتنابی رابطه والدین و فرزندان را مختل می‌کند (۱۷). علاوه بر این کودک مورد آزار قرار گرفته، رفتارهای تهاجمی تری در تعاملات با والدین خود نشان می‌دهد که همین امر نیز رابطه والد-کودک را تخریب می‌کند (۱۸). مطالعات درباره تأثیر نوع رابطه والد-فرزند بر مشکلات کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بسیار محدود است. لی و همکاران نشان دادند که آزار و اذیت کودکان به‌خصوص خشونت عاطفی، رابطه والد-فرزند را تخریب کرده که همین امر رفتار پرخاشگرانه بیشتری را در نوجوانی و بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند (۶). همچنین هرنگول، هانگ، تاجیما و وینتی و سالزینگر، روساریو و فلدمن نیز نشان دادند که بدرفتاری‌های کودک دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به‌طور غیرمستقیم از طریق رابطه والد-کودک افزایش می‌یابد (۱۹ و ۲۰).

از جمله خشونت‌های روانی، مثل محرومیت‌های عاطفی، تهدید، شرم‌نامه کردن، تمسخر، بی‌توجهی عاطفی به نیازهای روانی، ناسزاگویی و خشونت‌های جسمانی و بدنی، مثل کتک زدن، سوزاندن، ضربه زدن با اشیاء. کودکان و نوجوانانی که مورد بی‌مهری و محرومیت عاطفی قرار می‌گیرند، رفتارهای تضادورزانه، خشونت‌آمیز و پرخاشگرانه از خود بروز می‌دهند (۹)؛ که این علائم در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نمود بیشتری می‌یابد. در این راستا، لی و همکاران نشان دادند که سوءاستفاده‌های بدنی و به‌خصوص عاطفی والدین نسبت به کودکان پیش‌بینی‌کننده مهمی در رفتارهای سازش‌نایافته کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد و همچنین رابطه والد-فرزند را مخدوش می‌کند (۶). دانسمور، بوکر و الندیک، نشان دادند که احساسات منفی والدین به‌خصوص مادر نسبت به این کودکان، پیش‌بینی‌کننده رفتار پرخاشگرانه، عدم ثبات هیجان و مشکلات اجتماعی بیشتری است (۱۰). اسپینازولا و همکاران نیز نشان دادند که سابقه بدرفتاری والدین (سوءاستفاده احساسی و یا بی‌توجهی عاطفی) والدین نسبت به سوءاستفاده جسمی و جنسی با مشکلات رفتاری بیشتری در دوره نوجوانی کودکان نافرمانی مقابله‌ای همراه است (۱۱). گرشوف (۲۰۰۲) در یک بررسی فراتحلیلی نشان داد که تجارب تنبیه بدنی در کودکان نافرمانی مقابله‌ای پیش‌بین‌کننده رفتار پرخاشگرانه در دوره بزرگسالی و نوجوانی بوده و همچنین مانع رابطه مطلوب فرزند-والد می‌شود. نتیجه دیگر، تنبیه بدنی به‌عنوان پیش‌بین قابل توجهی برای بروز علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای شناخته شد (به نقل از ۱۲). علاوه بر این باید توجه داشت به دلیل لجبازی با بزرگسالان و خلق‌وخوی بد این کودکان، والدین آن‌ها بیشتر به مجازات احساسی (از جمله، تحقیر، سرزنش، در انزوا نگه داشتن کودک) و مجازات فیزیکی و بدنی (لگدزدن، ضرب و شتم، کشیدن مو و چرخاندن گوش) می‌پردازند که همین امر منجر به مشکلات عاطفی بیشتری در این کودکان می‌شود (۱۳). تحقیقات ارتباط دوطرفه‌ای بین رفتارهای منفی

همدلی وجود دارد؛ و نوع برخورد والدین در شکل‌گیری همدلی و همدردی کودکان نقش بزرگی ایفا می‌کند (۲۷). با توجه به نتایج پژوهش‌هایی که برشمردیم، می‌توان چنین گفت که نوع برخورد والدین کودک، همدلی و نحوه تعامل والد-فرزند از جمله عوامل مؤثر در بروز علائم اصلی اختلال نافرمانی مقابله‌ای همچون رفتار پرخاشگرانه نسبت به نزدیکان و بخصوص همسالان و مدیریت خشم این کودکان است، اما به دلیل پراکنده بودن مطالعات خارجی و نبود پژوهش در داخل کشور به‌خصوص بررسی رابطه علی بین عوامل اصلی ایجادکننده اختلال، از یکسو نتایج این پژوهش از بعد افزایشی می‌تواند باعث تقویت دانش روانشناسی در این حوزه شود و از سوی دیگر می‌تواند راهگشایی برای شناسایی عوامل و مؤلفه‌های خانوادگی و بین‌فردی دخیل در ایجاد و تداوم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سنین نوجوانی باشد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه علی بین خشونت فیزیکی و خشونت عاطفی با علائم مدیریت خشم و رفتار پرخاشگرانه کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای با میانجی‌گری همدلی و رابطه والد-فرزند است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر، همبستگی از نوع تحلیل مسیر است. داده‌های این پژوهش به‌وسیله پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی به دست آمدند. به‌منظور بررسی الگوی پیشنهادی پژوهش از روش تحلیل مسیر و برای آزمون اثرات غیرمستقیم از روش بوت استرپ در دستور کامپیوتری ماکرو پرچر و هیز با نرم‌افزارهای SPSS16 و AMOS16 انجام شدند. اخلاق پژوهش در این مطالعه کاملاً رعایت گردید به گونه‌ای که به مشارکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و آن‌ها با رضایت کامل، پرسشنامه‌ها را در محیطی آرام و بدون ذکر نام تکمیل کردند. جامعه پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر مقاطع ابتدایی پایه سوم تا ششم دارای اختلال نافرمانی

استوماچک، بیرمن، مک ماهون و لنگائو در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند، کودکانی که رابطه والدین-فرزند گرم و صمیمی‌تر و دارای دلبستگی ایمنی باشند نسبت به سبک دلبستگی ناایمن، نشانه‌های کمتری از اختلال نافرمانی مقابله‌ای را نشان می‌دهد (۲۱). همچنین میرزایی کوتنایی، شاکری نیا و اصغری نیز در پژوهش خود تحت عنوان رابطه تعامل والد-فرزند با سطح پرخاشگری دانش‌آموزان نشان داد که تعامل والد-فرزند با ۹۹ درصد اطمینان پرخاشگری کودکان را پیش‌بینی می‌کند (به نقل از ۲۲).

با توجه به نشانه‌ها و علائمی همچون پرخاشگری، عدم تبعیت از قوانین و زود از کوره در رفتن کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی باید انتظار داشت که این افراد طیف گسترده‌ای از مشکلات بین شخصی را دار باشند. افراد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به کودکان عادی در روابط بین فردی و تنظیم عواطف به عبارتی در همدلی ضعیف می‌باشند. همدلی، توانایی مهمی است که از آسیب به دیگران جلوگیری می‌کند و نیروی برانگیزاننده رفتارهای اجتماعی است که انسجام گروهی را در پی دارد (۲۳). جکسون، ائوگن و ترمبل، نشان دادند که آموزش همدلی با ارتقا نگرانی همدلانه و شفقت به‌عنوان یک مؤلفه موجب افزایش احساس مسئولیت‌پذیری و پاسخگو بودن می‌شود (۲۴). ون برخوت و مالوف، در فراتحلیلی به بررسی اثربخشی آموزش همدلی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که در مجموع برنامه‌های آموزش همدلی بر افزایش رفتارهای سازش‌یافته و اجتماع‌پسند و کاهش خشونت و پرخاشگری مؤثر است و اندازه اثر در حد متوسط (۰/۵۱) بود (۲۵). کاش و کرینبرگ، نیز در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که نوع شیوه فرزندپروری والدین به‌خصوص مادر تأثیر بسزایی در شکل‌گیری مهربانی، همدلی، عدم آزار دیگران و ملاحظه‌کار بودن ایفا می‌کند (۲۶). هالووی و ناگیس، نیز در پژوهش خود دریافتند که رابطه غیرمستقیمی بین سبک‌های فرزندپروری والدین و رفتارهای مناسب اجتماعی فرزندان از طریق میانجی‌گری

۲. مصاحبه بالینی ساختاریافته: مصاحبه بالینی ساختاریافته که توسط فرست و همکاران طراحی شده است نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه ساختار نیافته، موضوعات مورد بحث طبق برنامه از پیش تنظیم شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد (به نقل از ۳۰). در این پژوهش به منظور تشخیص ساختاریافته که بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تنظیم شده و توسط پژوهشگر از دانش آموزان برای تمایز کامل اختلال نافرمانی مقابله‌ای از اختلال رفتار هنجاری^۲ و فزون کنشی به عمل آمد.

۳. پرسشنامه ترومای دوره کودکی^۳: در این پژوهش برای سنجش سوءاستفاده احساسی و عاطفی والدین از پرسشنامه ضربه کودکی برنستاین استفاده شده است (۳۱). پرسشنامه کودک آزاری و ضربه یک ابزار خود گزارشی است و برای سنجش آزار دیدگی دوران کودکی بکار برده می‌شود. این ابزار آزار دیدگی را در پنج خرده مقیاس اندازه گیری می‌کند و یک نمره کلی نیز به دست می‌دهد که نشانگر بد رفتاری کلی است. پنج خرده مقیاس شامل، خرده مقیاس آزار عاطفی^۴، آزار جسمی^۵، آزار جنسی^۶، غفلت عاطفی^۷ و غفلت جسمی^۸ است. در این پژوهش از خرده مقیاس آزار عاطفی والدین نسبت به کودکان استفاده شده که شامل ۵ ماده در طیف لیکرت (۱ = هرگز، ۵ = اغلب) است. نمرات بالاتر مقیاس نشان دهنده آزار عاطفی بیشتر است. در این پژوهش پرسشنامه کودک آزاری به اقتباس از پرسشنامه شهنی ییلاق، میکائیلی، شکرکن و حقیقی استفاده شده است (۳۲) که گویه‌های متعلق به خرده مقیاس خشونت جنسی به دلیل مسائل فرهنگی و قومی حذف شده است و در مجموع ۴۰ گویه برای سنجش خشونت

مقابله‌ای و والدین آنان در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ شهر اهواز تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ دانش آموز دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود که به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. تمام اعضای نمونه با استفاده از مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان مورد شناسایی و غربالگری قرار گرفتند. جهت اطمینان از تشخیص نهایی، مصاحبه بالینی نیز صورت گرفت. ملاک ورود به پژوهش ابتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ملاک‌های خروج ابتلا به سایر اختلالات روانی در محورهای ۱ و ۲ متن تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی بود.

(ب) ابزار

۱. مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان: این مقیاس توسط هومرسون، موری، اوهان و جانستون^۱ (۲۰۰۶) و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است و دارای ۸ ماده است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای (۰ = اصلاً تا ۳ = خیلی زیاد) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. این مقیاس برای کودکان ۵ تا ۱۵ ساله استفاده می‌شود. سازندگان مقیاس ضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند (۲۸). این مقیاس توسط عابدی بر روی دانش آموزان ایرانی روان‌سنجی و اعتباریابی شده است و ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (به نقل از ۲۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی خرده مقیاس نافرمانی مقابله‌ای با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصان بالینی مورد تأیید قرار گرفت.

5. Physical Abuse (Pa)
6. Sexual Abuse (SA)
7. Emotional Neglect (EN)
8. Physical Neglect (PN)

1. Hommersen, Murray, Ohan, & Johnston
2. Conduct disorder
3. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
4. Emotional Abuse (EA)

۵. پرسشنامه رابطه والد- فرزند^۲: جهت سنجش ارتباط والدین با فرزندان از پرسشنامه رابطه والد- فرزند ساخته فاین، ارمورلند و اندروشوبل استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۴۸ ماده (۲۴ ماده برای رابطه با پدر و ۲۴ ماده برای رابطه با مادر) است که دو صورت دارد، یکی برای سنجیدن رابطه فرزند با مادر و یکی هم برای سنجیدن رابطه فرزند با پدر. هر دو فرم مقیاس یکسان است، به جز این که کلمه پدر و مادر عوض می شوند. خرده مقیاس های فرم پدر عبارت هستند از: عاطفه مثبت^۳، آموزش پدرانه، ارتباط یا گفت و شنود و خشم و برای پرسشنامه مادر عبارت هستند از: عاطفه مثبت، آزردهی / سردرگمی نقش، همانندسازی، ارتباط یا گفت و شنود. نمره کل عبارت است از جمع میانگین های خرده مقیاس ها. مقیاس تعامل والد- فرزند با ضریب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس های مربوط به پدر و ضرایب آلفای ۰/۶۱ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس های مربوط به مادر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶، از همسانی درونی بالای سؤالات برخوردار است. روایی مقیاس تعامل ولی- فرزندی از گروه های شناخته و روایی پیش بین خوب بهره مند است و فرزندان خانواده های طلاق و یکپارچه را به طور معناداری از هم متمایز می کند (۳۶). در پژوهش میرزایی و همکاران نیز پایایی از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های مربوط به پدر ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ و ضریب آلفا ۰/۶۱ تا ۰/۹۱ برای خرده مقیاس های مربوط به مادر و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای رابطه کلی به دست آمد (۲۲). در پژوهش حاضر پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای رابطه کلی والدین ۰/۹۰ به دست آمد.

۶. مقیاس بهره همدلی: مقیاس همدلی توسط بارون- کوهن ساخته شد (۳۷). این مقیاس از ۴۰ مورد تشکیل شده که در کل بهره همدلی را مورد سنجش قرار می دهد. مقیاس بهره همدلی سه عامل: همدلی شناختی، مهارت های اجتماعی و واکنش پذیری هیجانی و یک نمره کل را می سنجد.

والدین بر فرزندان بکار برده شده است. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش عنایت و یعقوبی دوست به ترتیب برای کل کودک آزاری ۰/۹۱، خشونت جسمی ۰/۸۵، غفلت عاطفی ۰/۷۰ و غفلت جسمی ۰/۷۵، آزار عاطفی ۰/۸۵ به دست آمد (۳۳). همچنین لی و همکاران پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل ابزار و خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۴ به دست آمد (۶). در پژوهش حاضر پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد.

۴. مقیاس تاکتیک تعارض^۱: در این پژوهش برای اندازه گیری تعارض و خشونت فیزیکی والدین نسبت به فرزندان از پرسشنامه تاکتیک تعارض موری اشتراک استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۱۵ ماده است که سه راهبرد حل تعارض: استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی را می سنجد. این مقیاس دارای ۳ فرم است: تعارض با برادر و خواهر، تعارض با والدین و تعارض با پدر و مادر. در فرم تعارض با والدین که در این پژوهش به کار رفته است، پنج ماده اول پرسشنامه، استدلال، پنج ماده دوم، پرخاشگری و پنج ماده سوم، پرخاشگری فیزیکی را می سنجد. نمره کل نیز به سطح تعارضات اشاره دارد (۳۴). پژوهش های متعددی، همسانی درونی خرده مقیاس های استدلال، پرخاشگری کلامی و فیزیکی را تأیید می نمایند. دامنه ضریب آلفای کرونباخ مقیاس استدلال بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۶، مقیاس پرخاشگری کلامی بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس پرخاشگری فیزیکی بین ۰/۴۲ تا ۰/۹۶ به دست آمده است (۳۴). همچنین آلفای کرونباخ در پژوهش جاری، اسمعیلی و کلاتر همزی، به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۰ و ۰/۹۸ به دست آمد (۳۵). در پژوهش حاضر پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۵ به دست آمد.

3. Positve affect

1. Conflict Tactics Scale(CTS)
2. Child-Parent Relationship Scale (CPRS)

می‌شود و شامل ۶ خرده‌مقیاس رفتار خشونت‌آمیز با همسالان، رفتار اجتماعی با همسالان، رفتار غیراجتماعی با همسالان، طردشده توسط همسالان، ترس - اضطراب و فزون‌کنشی است. معلمان رفتارهای دانش‌آموزان را در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱- هرگز تا ۵= همیشه) پاسخ می‌دهند. در این پژوهش برای ارزیابی خشونت و رفتار پرخاشگرانه کودک نسبت به همکلاسی‌ها از خرده‌مقیاس خشونت نسبت به همکلاسی (۷ ماده) استفاده شد. نمره بالاتر در مقیاس نشان‌دهنده رفتار پرخاشگرانه بیشتر در مدرسه است. این مقیاس برای اولین بار توسط محققین پژوهش ترجمه شد که روایی ابزاری از طریق تحلیل عامل تأییدی نشانگر روایی مناسب سؤالات بود. در پژوهش لاد و پروفلیت مقیاس رفتار کودک دارای ساختاری معتبر و عملکرد متوسط به بالا و ثبات داخلی خوبی در نمونه‌های پیش‌دبستانی تشخیص داده شد. میزان آلفای کرونباخ در پژوهش لی و همکاران ۰/۹۶ به دست آمد (۶). ملو و ورل نیز در پژوهش خود پایایی ابزار را به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها مقدار ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ به دست آورد (۴۳). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس رفتار خشونت‌آمیز با همسالان مقدار ۰/۸۹ به دست آمد.

ج) روش اجرا

پژوهش حاضر، از نوع همبستگی و به‌طور دقیق‌تر از نوع تحلیل مسیر^۳ است. به‌منظور بررسی الگوی پیشنهادی پژوهش از روش تحلیل مسیر استفاده شد. خشونت فیزیکی و عاطفی در این پژوهش به‌عنوان متغیرهای درون‌زاد، رفتار پرخاشگرانه و مدیریت خشم کودکان نافرمانی مقابله‌ای متغیرهای برون‌زاد و همدلی و رابطه والد-فرزند به‌عنوان میانجی قرار داشتند. اخلاق پژوهش در این مطالعه کاملاً رعایت گردید به‌گونه‌ای که به مشارکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات،

آزمودنی‌ها به این ماده‌ها با یک مقیاس چهاردرجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ دادند. نسخه فارسی این مقیاس توسط ابوالقاسمی با ترجمه نسخه اصلی تهیه و ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در ایران در دامنه‌ای از ۰/۸۳ الی ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از چهار هفته) را در دامنه‌ای از ۰/۷۱ الی ۰/۷۸ گزارش کرده است (۳۸). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

۷. مقیاس مدیریت هیجانی کودک^۱: برای سنجش مدیریت خشم کودک از مقیاس خودگزارش‌دهی مدیریتی هیجانی کودک ساخته‌شده، شیمن و پنزا کلیو استفاده شده است (۳۹). این مقیاس به بررسی تنظیم غم و خشم در کودک می‌پردازد و در آن کودک میزان انواع راهبردهای تنظیم هیجانی به کار برده شده‌اش را در مقیاس لیکرت (۱=به‌ندرت، ۲=گاهی اوقات و ۳=اغلب مواقع) نشان می‌دهد. سه خرده‌مقیاس برای هر هیجان مشخص شده است: الف) بازداری (۴ ماده) که به ارزیابی پنهان کردن یا سرکوبی هیجان می‌پردازد، ب) ابراز تنظیم هیجان نیافته (۳ ماده) که به بررسی ابراز هیجانات منفی به‌صورت نامتناسب با فرهنگ می‌پردازد و ج) مقابله تنظیم هیجان (۵ ماده) که به بررسی تنظیم هیجانات منفی از طریق مهار سازنده بر رفتارهای هیجانی می‌پردازد. (۴۰) در اولین بررسی روایی سازه این مقیاس‌ها (خشم و غم) ضرایب آلفای مناسب ۰/۶۲ تا ۰/۷۷ و پایایی آزمون-بازآزمون خوبی ۰/۶۱ تا ۰/۸۰ گزارش شد. افشاری، امیری، نشاط دوست و رضایی نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای دو مقیاس غم و خشم به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۰ به دست آمد (۴۱). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خشم ۰/۹۳ به دست آمد.

۸. مقیاس رفتار کودک^۲: برای اندازه‌گیری رفتار خشونت‌آمیز نسبت به همسالان از مقیاس رفتار کودک ساخته‌شده لاد و پروفلیت استفاده شد (۴۲). این مقیاس توسط معلم تکمیل

3. Path analysis

1. Children's Emotion Management Scales (CEMS)
2. The Child Behavior Scale (CBS)

اطمینان خاطر داده شد و آن‌ها با رضایت کامل، پرسشنامه‌ها را در محیطی آرام و بدون ذکر نام تکمیل کردند.

یافته‌ها

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی میان متغیرهای مورد مطالعه در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶
خشونت عاطفی	۸/۱۹	۳/۴۸	-					
خشونت فیزیکی	۱۰/۶۲	۸/۷۸	۰/۶۲**	-				
رابطه والدین- فرزند	۲۲/۴۵	۱۱/۵۶	-۰/۶۰**	-۰/۵۱**	-			
همدلی	۱۸/۷۷	۶/۳۹	-۰/۵۱**	-۰/۲۵**	۰/۷۰**	-		
مدیریت خشم	۲۱/۲۴	۴/۳۱	-۰/۳۳**	۰/۲۳	۰/۳۱**	۰/۳۱**	-	
رفتار پرخاشگرانه	۱۷/۹۱	۷/۷۳	۰/۲۱*	۰/۲۰**	-۰/۰۵	۰/۵۲**	-۰/۰۸	-

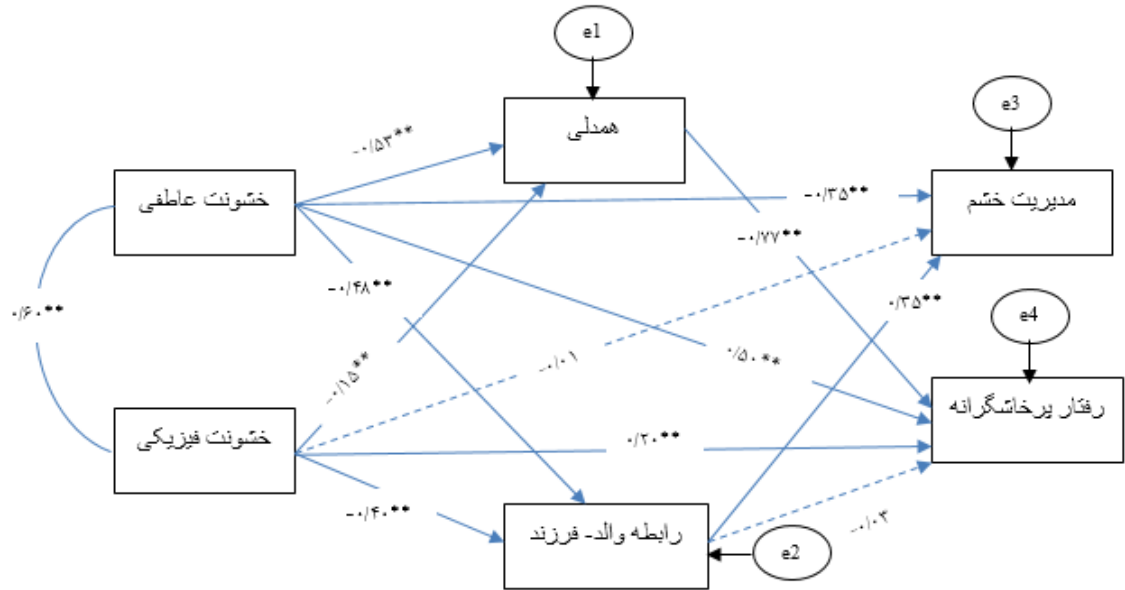
جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش شامل خشونت عاطفی، خشونت فیزیکی، رابطه والد- فرزند، همدلی، مدیریت خشم و رفتار پرخاشگرانه را نشان می‌دهد. همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمرات کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در متغیر خشونت عاطفی به ترتیب ۸/۱۹ و ۳/۴۸، خشونت فیزیکی ۱۰/۶۲، ۸/۷۸، رابطه والد- فرزند ۲۲/۴۵، ۱۱/۵۶، همدلی ۱۸/۷۷، ۶/۳۹، مدیریت خشم ۲۱/۲۴، ۴/۳۱ و رفتار پرخاشگرانه ۱۷/۹۱ و ۷/۷۳ بود. بیشترین میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیر رابطه والد- فرزند (۲۲/۴۵ و ۱۱/۵۶) است. همچنین بیشتر ضرایب همبستگی مربوط به متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند. پیش از بررسی ضرایب مسیر، برازندگی مدل اصلی مورد بررسی قرار گرفت. برای تعیین کفایت برازندگی مدل پیشنهادی با داده‌ها، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۲: شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی

جدول ۲: شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی

شاخص‌های برازندگی	χ^2	p	Df	df/χ^2	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
مدل پیشنهادی	۵۴/۸۱۱	۰/۰۰۱	۱۰	۳/۱۶۶	۰/۹۸۶	۰/۹۲۴	۰/۹۸۷	۰/۹۴۲	۰/۹۷۴	۰/۹۶۷	۰/۰۵۸

همان‌طور که شاخص‌های برازندگی در جدول ۲ نشان می‌دهد، مدل پیشنهادی از برازش خوبی برخوردار است و نیازی به انجام اصلاحات ندارد.



نمودار ۱: مدل پیشنهادی رابطه علی خشونت عاطفی و خشونت فیزیکی با مدیریت خشم و رفتار پرخاشگرانه با میانجی‌گری همدلی و رابطه والد-فرزند در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای (خطوط منقطع به معنای عدم معنی‌داری هستند).

۰/۰۳- غیر معنی‌دار می‌باشند. نتایج ضرایب غیرمستقیم مدل پیشنهادی با استفاده از روش بوت استرپ ماکرو پیشنهادی توسط پریچر و هیز (۲۰۰۸) در جدول ۳ نشان داده شده است.

نمودار ۱ نشان می‌دهد که از میان تمام مسیرها در مدل پیشنهادی، به ترتیب مسیرهای مستقیم میان خشونت فیزیکی و مدیریت خشم $0.10-$ و رابطه والد-فرزند با رفتار پرخاشگرانه

جدول ۳: نتایج ضرایب غیرمستقیم بوت استرپ به روش پریچر و هیز

سطح اطمینان ۰/۹۵		خطای استاندارد	سوگیری	بوت	۵۵۵	فرضیه
حد بالا	حد پایین					
۰/۰۸۸۹	۰/۰۲۷۰	۰/۰۱۶۰	۰/۰۰۰۶	۰/۰۵۷۶	۰/۰۵۷۰	۱- رابطه بین خشونت عاطفی با مدیریت خشم با میانجی‌گری همدلی و رابطه والد-فرزند
۰/۰۱۶۴	-۰/۰۱۱۱	۰/۰۰۷۰	۰/۰۰۰۳	۰/۰۰۳۰	۰/۰۰۲۷	۱-۱- رابطه بین خشونت عاطفی با مدیریت خشم با میانجی‌گری همدلی
۰/۰۸۴۷	۰/۰۲۸۲	۰/۰۱۳۹	۰/۰۰۰۳	۰/۰۵۴۶	۰/۰۵۴۲	۱-۲- رابطه بین خشونت عاطفی با مدیریت خشم با میانجی‌گری رابطه والد-فرزند
-۰/۰۷۳۸	-۰/۰۳۵۱	۰/۰۰۹۷	۰/۰۰۰۳	-۰/۰۵۳۵	-۰/۰۵۳۸	۲- رابطه بین خشونت عاطفی با رفتار پرخاشگرانه با میانجی‌گری همدلی و رابطه والد-فرزند
-۰/۰۳۱۳	-۰/۰۶۶۷	۰/۰۰۸۸	۰/۰۰۰۳	-۰/۰۴۸۵	-۰/۰۴۸۸	۲-۱- رابطه بین خشونت عاطفی با رفتار پرخاشگرانه با میانجی‌گری همدلی
-۰/۰۴۵۱	-۰/۰۷۷۸	۰/۰۰۹۹	۰/۰۰۰۳	-۰/۰۵۶۴	-۰/۰۵۶۷	۲-۲- رابطه بین خشونت عاطفی با رفتار پرخاشگرانه با میانجی‌گری رابطه والد-فرزند
۰/۰۴۳۹	۰/۰۲۳۷	۰/۰۱۱۰	۰/۰۰۰۳	-۰/۰۲۱۴	-۰/۰۲۱۱	۳- رابطه بین خشونت فیزیکی با مدیریت خشم با میانجی‌گری همدلی و رابطه والد-فرزند
-۰/۰۰۸۸	۰/۰۳۰۹	۰/۰۰۴۸	۰/۰۰۰۲	۰/۰۱۱۳	۰/۰۱۱۰	۳-۱- رابطه بین خشونت فیزیکی با مدیریت خشم با میانجی‌گری همدلی

۰/۰۰۲۲	۰/۰۲۰۴	۰/۰۰۴۸	۰/۰۰۰۳	۰/۰۱۰۵	۰/۰۱۰۱	۳-۲- رابطه بین خشونت فیزیکی با مدیریت خشم با میانجی‌گری رابطه والد- فرزند
-۰/۰۴۹۵	-۰/۰۱۹۹	۰/۰۰۷۴	۰/۰۰۰۴	-۰/۰۳۲۹	-۰/۰۳۳۳	۴- رابطه بین خشونت فیزیکی با رفتار پرخاشگرانه با میانجی‌گری همدلی و رابطه والد- فرزند
-۰/۰۴۱۸	-۰/۰۱۲۳	۰/۰۰۷۱	۰/۰۰۰۳	-۰/۰۲۴۲	-۰/۰۲۴۵	۴-۱- رابطه بین خشونت فیزیکی با رفتار پرخاشگرانه با میانجی‌گری همدلی
-۰/۰۱۵۸	-۰/۰۰۳۷	۰/۰۰۳۱	۰/۰۰۰۱	-۰/۰۰۸۵	-۰/۰۰۸۸	۴-۲- رابطه بین خشونت فیزیکی با رفتار پرخاشگرانه با میانجی‌گری رابطه والد- فرزند

نشان می‌دهند. همچنین نظریه پردازان مدل شناختی معتقدند که کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای شناخت‌های تحریف‌شده، نادرست و سازش‌نا یافته در مورد خود، دیگران و رویدادهای محیطی دارند که کوچک‌ترین رفتار و اعمال دیگران را غرض‌ورزانه تلقی می‌کنند به همین سبب رفتارها و احساسات مشکل‌زایی از خود بروز می‌دهند؛ که برای حل این مشکل آموزش نحوه فرزندپروری صحیح و چگونگی برخورد با این کودکان می‌تواند راه‌گشا باشد. در این راستا می‌توان گفت آموزش والدین موجب افزایش شناخت آنان از ماهیت اختلال شده و اعتماد به خود آنها را در خصوص نقش فرزندپروری بالا خواهد برد و نیز به آنها کمک می‌کند تا رفتارهای نامناسب فرزند خود را مهار کرده و کاهش دهند و در تربیت آنها احساس موفقیت بیشتری داشته باشند (۴۴).

همچنین پژوهش نشان داد که خشونت عاطفی نسبت به خشونت فیزیکی رفتار پرخاشگرانه را پیش‌بینی می‌کند ($\beta = ۰/۵۰$)؛ به این معنی که آزار و اذیت احساسی و روانی که توسط والدین اعمال می‌شود از جمله تحقیر و طرد کردن، تأثیر به‌مراتب بدتری نسبت به خشونت جسمانی بر جای می‌گذارد، چون به کودک می‌آموزد که هیچ ارزشی ندارد و اعتماد به خود او را به شدت پایین می‌آورد و کودک برای فرار از این احساس و نشان دادن قدرت خود، رفتار پرخاشگرانه بیشتری را نشان می‌دهد (۶). نتیجه دیگر پژوهش رابطه منفی بین خشونت عاطفی و مدیریت خشم در کودکان نافرمانی مقابله‌ای است؛ که با یافته‌های (۶ و ۴۵) همسو است. مدیریت خشم هم بر مدیریت وجه عینی (رفتارهای پرخاشگرانه) و هم

طبق مندرجات جدول ۳، فاصله اطمینان جدول حاکی از قرار نگرفتن صفر بین مقادیر حد بالا و حد پایین فرضیه‌های غیرمستقیم ۱، ۲، ۳ و ۴ است؛ بنابراین تمامی فرضیه‌های غیرمستقیم کلی مورد تأیید قرار گرفتند. ولی در فرضیه‌های غیرمستقیم با یک میانجی فرضیه‌های ۱-۱، ۱-۳، صفر در بین دو حد بالا و پایین قرار گرفت، بنابراین این فرضیه‌ها تأیید نشدند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه علی خشونت فیزیکی و خشونت عاطفی والدین با مدیریت خشم و رفتار پرخاشگرانه کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای با میانجی‌گری همدلی و رابطه والد- فرزند است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خشونت فیزیکی و عاطفی والدین با رفتار پرخاشگرانه این کودکان رابطه مستقیم معنی‌داری دارد. این یافته با پژوهش‌های لی و همکاران (۶)، لین و همکاران (۱۳) و اسپینازولا همکاران (۲۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، طبق نظر برک و همکاران، والدین و کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در یک چرخه دوطرفه تخریب‌کننده گیر می‌افتند به این صورت که رفتار توأم با لجبازی و کینه‌توزی کودکان، سبب افزایش حس تنبیه‌گری و مجازات در والدین شده و خشونت بیشتری را به‌خصوص تحقیر و طرد کردن نسبت به این کودکان اعمال می‌کنند (۷). در مقابل این خشونت، کودکان نیز برای مقابله و رها کردن خود از این احساس تحقیر و تنبیه رفتار پرخاشگرانه بیشتری

غلبه کنند، بنابراین احتمالاً به سرنخ‌های کلامی و غیر کلامی همسالان در جهت مهار کردن آنها بیش از حد توجه می‌کنند در حالی که نشانه‌های صمیمیت یا تلاش‌های دیگران جهت بحث و مذاکره را نادیده می‌گیرند. به همین دلیل این افراد بازده‌های مطلوب در ارتباط‌های بین فردی نداشته و رفتار برانگیختگی بیشتری را نشان می‌دهند. در واقع همدلی با تأثیر گذاشتن بر رمزگردانی و تفسیر سرنخ‌های اجتماعی موجب افزایش شناخت اجتماعی خواهد شد؛ که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دلیل شناخت اجتماعی پایین‌تر پاسخ‌ها را به‌طور نامناسب ارزیابی می‌کنند و احساس می‌کنند که اجرای رفتار پرخاشگرانه مؤثر است و پاسخ‌های پرخاشگرانه را به‌طور مطلوب ارزیابی کرده و اخلاقی می‌دانند (۴۹). در این مطالعه فرضیه غیرمستقیم رابطه خشونت فیزیکی با رفتار پرخاشگرانه از طریق واسطه‌گری رابطه والد-فرزند نیز تأیید شد که با پژوهش (۶) همسو است. در تبیین این یافته باید گفت، محیطی گرم و صمیمی در خانواده و رابطه محبت‌آمیز بین والدین و فرزندان را عاملی در جهت کاهش پرخاشگری کودکان می‌دانند. این رابطه، نقش مهمی در عملکرد کودکان دارد و از راه این ارتباط دوجانبه اولیه با والدین است که کودکان چیزهایی درباره محیط اطراف خود فرامی‌گیرند. اگر والدین نسبت به علائم کودکان حساس نباشند، آن‌ها را حمایت نکنند، باعث ایجاد حس ناامنی در آن‌ها می‌گردند و در نتیجه کودک در ارتباط مؤثر با دیگران مشکلاتی خواهد داشت. طرد کودک از سوی والدین، بر ادراک او از خود و دیگران تأثیر گذاشته و مانع برقراری یک رابطه مؤثر با دیگران می‌گردد (۵۰). همچنین وقتی والدین از راهبردهای منفی (مانند پرخاشگری کلامی و فیزیکی) برای حل تعارض در رابطه با کودک دارای اختلال می‌پردازند ممکن است این باور را در فرزندشان بیروانند که همسالان هم باید همچنین به خواسته‌های آن‌ها جامعه عمل ببوشانند و در غیر این صورت با تهدید به طرد آن‌ها به خواسته‌های خود دست یابند و یا این که به دلیل تکرار استفاده از راهبردهای ناکارآمد در برخورد با

بر مهار وجه ذهنی (افکار و احساس‌های پرخاشگرانه) خشم تأکید می‌کند. می‌توان گفت که مدیریت خشم به‌عنوان یک رفتار سازش یافته امکان تغییر رفتارهای کلامی و غیر کلامی و افکار و احساس‌های منفی درباره دیگران را فراهم می‌کند؛ که این کودکان به دلیل تصویرسازی ذهنی ناقص، اعمال افراد را اشتباه تفسیر کرده و قضاوت منفی می‌کنند. بنا بر مدل شناختی نواکو ارزیابی افراد از موقعیت و تعیین میزان تهدیدآمیز بودن آن عامل اساسی در برانگیختگی خشم است (۴۶)؛ و از سوی دیگر افراد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در واکنش‌های خود به موقعیت‌های تازه تعاملی معمولاً ارزیابی منفی از آن موقعیت دارند؛ که نوع شیوه فرزندپروری والدین و یک دلبستگی ایمن با فرزند می‌تواند در مدیریت خشم این کودکان و آگاهی از هیجانات خود کمک و افری کند.

یافته دیگر تحقیق، وجود رابطه مستقیم بین تعامل والد-فرزند و مدیریت خشم در کودکان نافرمانی مقابله‌ای بود که با یافته‌های اسپینازولا و همکاران (۲۰) و تیچر، سامسون، پولساری و مک گرینری (۴۷) همسو است. باید گفت رابطه والد-فرزند به‌عنوان یک عامل حفاظتی برای بدرفتاری‌های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای عمل می‌کند. کودکانی که در معرض آزار و اذیت عاطفی و روانی قرار می‌گیرند نسبت به کودکانی که تنبیه بدنی می‌شود در معرض خطر بالاتری از تخریب تعامل والد-فرزند قرار می‌گیرند و این به‌نوبه خود مشکلات عاطفی بیشتری در این کودکان را به بار می‌آورد. تحقیقات نشان داده‌اند که تعامل منفی والد-کودک، نقش مهمی در بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد. این اختلال گویای شکست والدین در به‌کارگیری سبک فرزندپروری مناسب و کارآمد به‌منظور مهار رفتار فرزندانشان است (۴۸).

یافته دیگر پژوهش رابطه منفی بین همدلی و رفتار پرخاشگرانه است که با (۶ و ۲۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای این انتظار کلی را دارند که دیگران سعی دارند بر آنها

همسالان برای برآورده ساختن نیازهای خود از سوی آنها طرد می‌شوند (۵۱). این عدم پذیرش از سوی همسالان منجر به خشم و سرخوردگی و استفاده از رفتار پرخاشگرانه بیشتر می‌گردد (۵۲).

یافته دیگر این پژوهش رابطه غیرمستقیم خشونت فیزیکی و عاطفی والدین با رفتار پرخاشگرانه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای از طریق میانجی‌گری همدلی است که با یافته‌های (۲۶ و ۲۷) همسو است. در تبیین این یافته گفت، از جمله عواملی که باعث بروز رفتارهای پرخاشگرانه در این کودکان می‌شود خودنظم‌جویی عاطفی-هیجانی آنهاست. رشد خودنظم‌جویی عاطفی و رفتاری کودکان وابسته به میزان همدلی و ایجاد ارتباط نزدیک والدین است، بدین معنی که صمیمیت عاطفی نقش مهمی در بهبود همدلی و خودنظم‌جویی عاطفی دارد که این رشد از طریق شیوه‌های والدگری والدین و یک محیط گرم و صمیمی به‌خصوص رابطه مادر با کودک ایجاد می‌شود؛ اما کودکانی که دارای ویژگی‌های رفتاری اجتماعی نامناسب مانند رفتارهای تخریب‌گرانه و زورمندانه هستند، از دریافت درست و به‌جای حالات ذهنی شریک‌محاوره‌ای خود عاجزند و یا دریافت آنها با نوعی سوگیری و ناتوانی همراه است. این امر زمانی اتفاق می‌افتد که والدین به علت عدم آگاهی و نحوه برخورد با مقاومت این کودکان و سرپیچی کردن آنان از قوانین و برای رسیدن به اهداف خود روی تنبیه جسمانی و عاطفی تأکید می‌کنند به‌شدت کودک را مهار می‌کنند، سعی می‌کنند فرزندان را وادار به رعایت ارزش‌ها سنتی مانند احترام به مراجع قدرت، کار و حفظ نظم و سنت کنند، در نتیجه با فرزندان خود کمتر همدلی می‌کنند و به تبع آن کودک نیز همین رفتار پرخاشگرانه را در قبال همکلاسی‌های خود در مدرسه پیش می‌گیرد؛ و مشکلات رفتاری بیشتری را در مدرسه نشان می‌دهد. نداشتن احساس همدلی و هماهنگی با شرایط ناراحت‌کننده دیگران خود عاملی قدرتمند در جهت لذت بردن از ایجاد آزار برای دیگران است و از این طریق احساس طردشدگی که از سوی والدین را

دریافت کردند جبران می‌کنند (۵۳). در واقع باید گفت، والدین کودکان نافرمانی مقابله‌ای احساس می‌کنند که پرورش و کنترل این کودکان بر دوش آنها سنگینی می‌کند و والدین شاید بسیار زود خسته شده و کناره‌گیری کنند و بخواهند که فقط مادر/پدر باشند و نه یک معلم یا مربی. در نتیجه شروع به کناره‌گیری یا بی‌تفاوتی و یا ابراز قدرت برای مهار آنان می‌کنند در نتیجه کودک در معرض تحریکات متناسب زبانی و گفتاری قرار نمی‌گیرد بسیاری از مهارت‌های اجتماعی را فرانگرفته و به‌خصوص در تکلیف عملکرد ذهن که همپوشانی بالایی با همدلی دارد ضعیف می‌شوند.

در آخر باید گفت نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینه پیشگیری، درمان و خدمات مشاوره‌ای به کودکان دارای نافرمانی مقابله‌ای دارد، به‌خصوص در نوع برخورد والدین با این کودکان، تأثیر تعامل والد-فرزند، همدلی و نشانه‌های رفتار پرخاشگرانه و توانایی مدیریت خشم این افراد در زمینه یادگیری و پیشرفت تحصیلی و همچنین برقراری روابط اجتماعی بالاتر و سازش‌یافتگی اجتماعی بیشتر دارند. با توجه به نتایج پژوهش و تأثیر بسیار زیاد نحوه برخورد والدین با رفتار این کودکان، پیشنهاد می‌شود جلساتی با والدین این بچه‌ها در مدارس یا مراکز مشاوره، برای آگاهی والدین از شیوه‌های والدگری و نوع درست برخورد با این کودکان و آموزش آنها در زمینه حل تعارضات، ارتباط مؤثر و کمک به رشد عاطفی و شناختی فرزندانشان تشکیل شود. همچنین پیشنهاد می‌شود سایر ابعاد مرتبط با مشکلات این کودکان، از جمله خودنظم‌جویی هیجانی، نظریه ذهن و کنش‌های اجرایی نیز بررسی شود. این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت از آن جمله می‌توان به محدودیت انجام در شهر اهواز، مقطع تحصیلی دبستان و جنسیت دختر اشاره کرد که محتاط بودن در تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به دنبال دارد. گاهی والدین به‌جای وضع موجود، پاسخ‌های خود را با توجه به وضع مطلوب ارائه می‌کردند که این امر به‌نوعی بر نتایج اثر می‌گذارد. از سوی دیگر محدودیت حجم نمونه در پژوهش

حاضر عامل دیگری است که تعمیم نتایج را با محدودیت روبرو می‌سازد؛ بنابراین پژوهشگران می‌توانند بر مبنای نتایج اولیه این پژوهش اقدام به اجرای پژوهشی با حجم نمونه بالا نمایند.

تشکر و قدردانی: در پایان از همکاری آموزش و پرورش، دبیران و دانش‌آموزان شهرستان اهواز که با مساعدت و همکاری بی‌دریغ خود امکان اجرای این پژوهش را فراهم کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. American Psychiatry Association, Text Revision. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th Ed). Washington, DC: American Psychiatry Association; 2013.
2. Althoff RR, Kuny-Slock AV, Verhulst FC, Hudziak JJ, Van der Ende J. Classes of oppositional-defiant behavior: Concurrent and predictive validity. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55(10): 1162-1171.
3. Nema S, Indu Bansal P. Correlates of home health social emotional adjustment among adolescents. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2015; 5 (2): 1-3.
4. Sigurdson JF, Wallander J, Sund AM. Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood? *Child Abuse Negl*. 2014; 38(10): 1607-1617.
5. Granero R, Louwaars L, Ezpeleta L. Socioeconomic status and oppositional defiant disorder in preschoolers: Parenting practices and executive functioning as mediating variables. *Front Psychol*. 2015; 6 (4): 1-33.
6. Li L, Lin X, Chi P, Heath MA, Fang X, Du H, Wang Z. Maltreatment and emotional and behavioral problems in Chinese children with and without oppositional defiant disorder: The mediating role of the parent-child relationship. *J Interper Violence*. 2016; 12(1): 1-25.
7. Burke JD, Loeber R, Lahey BB, Rathouz PJ. Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005; 46 (11): 1200-1210.
8. Lavigne JV, Bryant FB, Hopkins J, Gouze KR. Dimensions of oppositional defiant disorder in young children: Model comparisons, gender and longitudinal invariance. *J Abnorm Child Psychol*. 2015; 43(3): 423-439.
9. Lund JL, Day K L, Schmidt LA, Saigal S, Lieshout RJV. Adult mental health outcomes of child sexual abuse survivors born at extremely low birth weight. *Child Abuse Negl*. 2016; 59(11): 36-44.
10. Dunsmore JC, Booker JA, Ollendick TH. Parental emotion coaching and child emotion regulation as protective factors for children with oppositional defiant disorder. *Soc Dev*. 2013; 22 (3): 444-466.
11. Spinazzola J, et al. Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychol Trauma*. 2014; 6(2): 18-28.
12. Tung I, Lee SS. Negative parenting behavior and childhood oppositional defiant disorder: Differential moderation by positive and negative peer regard. *Aggress Behav*. 2014; 40(1): 79-90.
13. Lin X, Li W, Li Z, Wang Z, Fan T, Liu Y. Family relationship and family interactions among children with oppositional defiant disorder. *Journal Beij Normal Uni (Social Sciences)*. 2014; 3(11): 23-32.
14. Burke JD, Pardini DA, Loeber R. Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2008; 36(15): 679-692.
15. Patterson GR. A social learning approach, Volume 3: Coercive family process. Eugene, OR: Castalia; 1982.
16. Levendosky AA, Huth-Bocks AC, Shapiro DL, Semel MA. The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschool- age children's functioning. *J Fam Psychol*. 2003; 17(3): 275-287.
17. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull*. 2002; 128(4): 539-579.
18. Bousha DM, Twentyman CT. Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups: Naturalistic observations in the home. *J Abnorm Psychol*. 1984; 93(1): 106-114.
19. Herrenkohl TI, Huang B, Tajima EA, Whitney SD. Examining the link between child abuse and youth violence: An analysis of mediating mechanisms. *J Interpers Violence*. 2003; 18(10): 1189-1208.
20. Salzinger S, Rosario M, Feldman RS. Physical child abuse and adolescent violent delinquency: The mediating and moderating roles of personal relationships. *Child Maltreat*. 2007; 12(3): 208-219.
21. Stormshak EA, Bierman KL, McMahon RJ, Lengua LJ. Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *J Clin Child Psychol*. 2000; 29(1): 17-29.
22. Mirzaei Kotnaie F, Shakerynia E, Asghari F. Parent-child interactive relationship with the aggressive behavior of students. *J Ment Health*. 2015; 4: 21-34. [Persian].
23. Morelli S, Lieberman M, Zaki J. The Emerging study of positive empathy. *Soc Personal Psychol Compass*. 2015; 9 (2): 57-68.

24. Jackson, P, Eugene, M. Tremblay, P. Improving empathy in the care of pain patients. *AJOB Neurosci.* 2015; 6(3): 25-33.
25. Van Berkhoust E, Malouff J. The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Couns Psychol.* 2016; 63(1): 32-41.
26. Kusche CA, Greenberg MT. Paths in your classroom: promoting emotional literacy and alleviating emotional distress. In J. Cohen (Ed.), *social-emotional learning and the elementary school child: A guide for educators.* New York: Teacher College Press; 2011, pp: 140-161.
27. Holloway SD, Nagase A. Child rearing in Japan. In: Selin H, editor. *Parenting across cultures: Child rearing, motherhood and fatherhood in non-western cultures.* New York: Springer Dordrecht Heidelberg; 2014.
28. O'Laughlin EM, Hackenburg JL, Riccardi MM. Clinical usefulness of the Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS). *Journal of Emotional and Behavioral.* 2010; 18(4): 247-255.
29. Faramarzi S, Abedi A, Ghanbari A. The effect of mothers' education, communication patterns to reduce the symptoms of oppositional defiant disorder children. *Journal of Tabriz University Medical Sciences.* 2012; 34(2): 90-96. [Persian].
30. Kheyrie MS, Shaeiri MR, Azad Falah P, Rasolzade Tabatabaie K. Effectiveness of teaching positive parenting on children with oppositional defiant disorder. *Journal of Behavior Sciences.* 2009; 3(1): 15-30. [Persian].
31. Bernstein DP. *CTQ (53 item version).* New York: Mount Sinai School of Medicine; 1995.
32. Shehni Yeylaq M, Michaeli N, Shokrkon H, Haghghi J. To study prevalence of child abuse and prediction of parental mental health on academic performance of students in Ahwaz. *Education Sciences Journal of Shahid Chamran University.* 2007; 3(1/2): 167-194. [Persian].
33. Enayat H, Yaghoobi Dost M. The relationship between marital conflict and family violence than girls. *J women and society.* 2012; 3(10): 2-30. [Persian].
34. Sanaee Zakir B. *The Measurement scale of family and marriage.* Tehran: Be'hsat. 2000. [Persian].
35. Jabari T, Esmaili M, Kalantar Hormozy A. The impact of parent-child interaction rights education from the perspective of Islamic teachings on the reduction of parent-child conflicts. *Journal of Counseling culture and Psychology.* 2014; 5 (19): 2-24. [Persian].
36. Sanaee B, Alaqeband S, Falahati SH, Homan A. *The Measurement scales of family and marriage.* Tehran: Behsat; 2008.
37. Baron-Cohen S. *The essential difference: Men, women and the extreme male brain.* London: Penguin; 2003.
38. Abolmaali Hosseini Kh MG, Monadi M, Khosravi Z, Nazarzadeh Kermani F. The effect of cognitive-behavioral training method to upgrade some of the social-cognitive components of delinquent boys. *Psychological Studies.* 2009; 3(2): 1-19. [Persian].
39. Zeman J, Shipman K, Penza-Clyve S. Development and initial validation of the children's Sadness management scale. *J Nonverbal Behav.* 2001; 25(3): 187-205.
40. Zeman JL, Cassano M, Suveg C, Shipman K. Initial validation of the children's worry management scale. *J Child Fam Stud.* 2010; 19(4): 381-392.
41. Afshari A, Amiri SH, Neshat Dost HT, Rezaei F. Compare the effectiveness of emotion-oriented cognitive-behavioral (ECBT) group therapy and cognitive-behavioral therapy (CBT) group therapy on children's social anxiety disorder. *Uremia Medical Journal.* 2015; 26(3): 194-204. [Persian].
42. Ladd GW, Profilet SM. The Child Behavior Scale: A teacher-report measure of young children's aggressive, withdrawn, and prosocial behaviors. *Dev Psychol.* 1996; 32(6): 1008-1024.
43. Mello Z, Worrell FC. Factor structure of child behavior scale scores in Peruvian preschoolers. *Journal of Psychology in the Schools.* 2011; 48(10): 931-942.
44. Sohrabi F, Asadzadeh H, Arabzadeh Kompanie Z. The effectiveness of Barclay's parental training on reducing symptoms of oppositional defiant disorder in preschool children. *J Sch Psychol.* 2014; 3(2): 80-103. [Persian].
45. Maas C, Herrenkohl TI, Sousa C. Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma Violence, Abuse.* 2008; 9(1): 56-67.

46. Novaco RW. Stress inoculation therapy for anger control: A manual for therapists. Irvine: University of California; 1993.
47. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(6): 993-1000.
48. Bradly s j. Affect regulation and the development of psychology .New York: The Guild Ford Press. 2002.
49. Abolmaali Hosseini Kh M G, Monadi M, Khosravi Z, Nazarzadeh Kermani F. The effect of cognitive-behavioral training method to upgrade some of the social-cognitive components of delinquent boys. *Psychological Studies*. 2009; 3(5): 1-19. [Persian].
50. Heshmati A, Yazdekhashti F, Molavi H. The relationship between temperament and understanding acceptance and rejection of both hearing and deaf parents with aggressive behavior in Isfahan. *Journal of Researches Cognitive and Behavioral Sciences*. 2012; 2(1): 27-42. [Persian].
51. Marshall NA. Does parenting predict child relational aggression? [Thesis for Master of Science]. Clinical psychology faculty, University of Massachusetts Amherst; 2011.
52. Pei M. The relation between Parent-Child attachment, child-rearing behaviors, and aggression in childhood and adolescence [Thesis for Master of Science]. The Faculty of the graduate school of Arts and Sciences- Department of Psychology, Brandeis University; 2011.
53. Mohamadi Z, Amiri Sh. Compare affective perspective-taking and empathy in students bully and the victim of bullying. *Journal of mental and health children*. 2016; 3(1): 19-27. [Persian].

Investigating the Causal Relationship of Parents' Physical and Emotional Violence with Anger Management and Aggressive Behavior of Children with Oppositional Defiant Disorder Mediated by Parent-Child Relationship and Empathy

Naser Behroozy¹, Fatemeh Farzadi*², Hamid Faramarzi³

Received: June 06, 2016

Accepted: September 08, 2016

Abstract

Background and Purpose: Oppositional defiant disorder is one of the most common disruptive behavioral disorders. The aim of this study was to study the causal relationship of parents' physical and emotional violence with anger management and aggressive behavior of children with oppositional defiant disorder mediated by parent-child relationship and empathy

Method: This study is the correlation and path analysis. Statistical population of this study included all female students in third to eighth grade with defiant disorder. Of this population, a sample of 100 subjects were selected by multistage random sampling. The tools used in this study included Children Oppositional Defiant Disorder Rating Scale of Homerson et al (2006), Child Abuse and Trauma Questionnaire (CTQ) of Bernstein (1995), Conflict Tactics Scale (CTS) of Strauss (1979), Child-Parent Relationship Questionnaire (CPRS) of Fine et al (1983), Children's Emotional Management Scale (CEMS) of Zeman et al (2001), Baron-Cohen's Empathy Questionnaire (2003), Child Behavior Scale (CBS) of Ladd and Proflit (1996), and the structured clinical interview.

Results: The results showed that emotional violence has a significant direct effect on aggressive behavior and anger management, but physical violence has only a direct effect on aggressive behavior. Also, the results demonstrated that empathy and parent-child relationship can act as a mediator between physical violence and emotional violence with anger management and aggressive behavior.

Conclusion: The results has highlighted the importance of parents' behaviors and recognizing symptoms and how to deal properly with child has oppositional defiant disorder symptoms.

Keywords: Physical and emotional violence, aggressive behavior, anger management, empathy, oppositional defiant.

1. Associate professor, Department of educational psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

2. *Corresponding author: M.A. education psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (Fatemehfarzadi@ymail.com).

3. M.A. education psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran