بررسی نیمرخ شخصیتی و ابعاد آسیب­شناسی شخصیتی در مادران دارای کودکان مشکل‏دار

فرنوش مهریان 1\*

1- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم تحقیقات آملی

\* آمل،دانشگاه علوم تحقیقات آملی

|  |  |
| --- | --- |
| اطلاعات مقالهمقاله پژوهشی کاملدریافت: 7 اسفند 1401پذیرش: 19 فروردین 1402ارائه در سایت: 17 اردیبهشت 1402کلید واژگان:نیمرخ شخصیتیکودکانآسیب شناسیمادران | چکیدههدف اصلی از پژوهش حاضر بررسی نیمرخ شخصیتی و ابعاد آسیب­شناسی شخصیتی در مادران دارای کودکان مشکل‏دار بود. روش تحقیق از نوع پیمایشی است. جامعه پژوهش حاضر، تمامي مادراني هستند كه داراي فرزند (دامنه سني 5 تا10 سال) مي‌باشند و به مراكز و كلينيك‌هاي درماني رجوع نموده‌اند، داراي پرونده روان‌شناختي بوده و علائم باليني آنها توسط روانشناس و روان سنج مركز تأییدشده ‌است. جامعه پژوهش حاضر در حيطه جوامع محدود جاي مي‌گيرد. در راستاي تعيين حجم نمونه و روش نمونه‌گيري، مركز مشاوره ايده نو، به‌عنوان واحد نمونه‌گيري با استفاده از روش نمونه‌گيري در دسترس انتخاب‌شده و تمامي مادراني كه از مهرماه سال 1394 تابه‌حال به اين مركز رجوع نموده‌اند، به‌عنوان جامعه آماري مدنظر قرار گرفتند كه در حدود 130 نفر مي‌باشد. ازاین‌رو، نمونه‌گيري به عمل نيامده و با استفاده از روش سرشماري، به تعيين ميزان اضطراب كودكان آنها پرداخته شد. پرسشنامه سنجش ابعاد آسیب‏شناسی شخصیت ((DAPP-BQ18 بعد اساسی اختلالات شخصیت را که از طریق تشخیص بالینی و رویه‌های روان‌سنجی شناسایی‌شده‌اند مورد ارزیابی قرارگرفته‌اند. ابتدا، ویژگی‌های توصیفی اختلالات شخصیت از طریق بررسی گسترده ادبیات کلینیکی شناسایی شدند، سپس توسط گروهی از پزشکان متخصص به‌منظور تعیین مهم‌ترین ویژگی‌های برای هر اختلال شخصیت درDSM-III مورداستفاده قرار گرفت. صفات شناسایی‌شده به 18 بعد اساسی کاهش یافت. این کاهش با استفاده از یک سری تجزیه‌وتحلیل چند متغیره صورت گرفت. در نتیجه، این ابزار اجزای سازنده اختلال شخصیت را ارزیابی می‌کند که ارتباط تنگاتنگی با سنجش بالینی و طرح درمان دارد. پس از بررسی شاخص‏های آمار توصیفی همچون گرایش مرکزی (مد، میانه و میانگین)، شاخص‏های توزیع (خطای معیار، ضریب کمی و ضریب کشیدگی) و شاخص‏های پراکندگی (انحراف معیار، واریانس و دامنه تغییرات)، با استفاده از مدل آماری T تک گروهی به بررسی وضعیت موجود و مقایسه میانگین‏های تجربی یا نظری پرداخته خواهد شد.  |

Evaluation of personality profile and dimensions of personality pathology in mothers with children with problems

Farnoosh Mehrian 1\*

1- Master's student in general psychology, Amoli University of Research Sciences.

\* Amol, Amol University of Research Sciences

|  |  |
| --- | --- |
| AbstractThe main purpose of this study was to investigate the personality profile and dimensions of personality pathology in mothers with children with problems. The present research method is descriptive survey type. It is descriptive due to the lack of researcher intervention in the research results. The population of the present study is all mothers who have children (ranging in age from 5 to 10 years) and have referred to medical centers and clinics, have a psychological record and their clinical signs have been approved by the center psychologist and psychometer. It should be noted that since access to all members of society is possible and a list of them can be prepared, therefore, the present research community falls into the realm of limited communities. In order to determine the sample size and sampling method, New Idea Counseling Center was selected as the sampling unit using the available sampling method and all mothers who have referred to this center since September 2015 were considered as the statistical population. Which is about 130 people. Therefore, no sampling was performed and the level of anxiety in their children was determined using the census method. Personality Pathology Questionnaire (DAPP-BQ) 18 basic dimensions of personality disorders identified through clinical diagnosis and psychometric procedures were evaluated. Were identified through an extensive review of the clinical literature, then used by a team of physicians to determine the most important features for each personality disorder in the DSM-III, after which the identified traits were reduced to 18 essential dimensions. Using a series of multivariate analyzes, the tool evaluates the components of personality disorder that are closely related to the clinical assessment and treatment plan. Medium and mean), distribution indices (standard error, quantitative coefficient and elongation coefficient) and dispersion indices (standard deviation, variance and amplitude of changes), using one-group T statistical model to examine the current situation and compare the average Based on the findings of the present study, "behavioral failure" in mothers Has children with problems, moderate (norm of society). This scale includes emotional failure, thinking failure, behavioral failure. | Article InformationOriginal Research PaperReceived 2023-02-26Accepted 2023-04-08Available Online 2023-05-07*Keywords:*Personality profileChildrenPathologyMothers |

1. مقدمه

از میان عوامل مختلف مؤثر بر رشد کودک، خانواده اولین و بادوام‌ترین رکنی است که تقریباً در اکثر جوامع از آن به‌عنوان جزء سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک یاد می‌شود (اکاتی، رضوانی شکیب، اصغری نکاح و صادقی بایگی، 1397). به‌عبارتی‌دیگر، خانواده اولین و مهم‌ترین نظام ارتباطی برای فرد به شمار می‌رود و همه اعضای خانواده در سلامت روانی مهم هستند، چون خانواده منبع اصلی مراقبت و حمایت است (ویدمر، کمپف، ساپین و کارمیناتی، 2013). از بین اعضاي خانواده مادر مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودك به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماري او محسوب می‌شود (عطادخت، دانشور، فتحی گیلارلو و سلیمانی، 1394). مادران زمینه‌ساز اصلی رشد کودک هستند و بدیهی است رفتارها و خصوصیات و ویژگی شخصیتی ایشان آسیب‌های رفتاری و مشکلات رفتاری ناشی از آن را پیش‌بینی می‌کنند و رفتارهای مادران نیز می‌تواند متأثر از اختلالات شخصیتی آنها باشد (دادخواه، 1397). درماندگي و مشکلات ناشي از ابعاد شخصيت، در تمام عمر دامن‌گیر فرد مي‌شود و انواع اين اختلالات صرف‌نظر از خفيف يا شديد بودن آنها، تمام جنبه‌هاي وجود شخص و روابط بین فردی را تحت تأثير خود قرار مي‌دهد (دایره المعارف علوم اعصاب، 2014؛ رحمت الهی و همکاران، 1393؛ نوری، 1399). با وجود مطالعات گسترده در زمینه اختلالات شخصیت، هنوز چارچوب منسجم و دقیقی از آن وجود ندارد و صرفاً باعث به وجود آمدن انبوهی از اطلاعات در این زمینه شده است که اغلب به نظر می‌رسد بسیار پراکنده و فاقد انسجام است (لایوسلی و لارستون، 2018)؛ اما به‌طورکلی، ابعاد شخصیت الگوی با دوام ادراک و رابطه با محیط و دیگران و افکار فرد در مورد آنها است، الگویی که در غالب ساخت روانی فرد تثبیت‌شده است. هنگامی که صفات شخصیتی انعطاف‌ناپذیر و ناسازگارانه بوده و باعث تخریب چشمگیر عملکرد یا ناراحتی شخصی شوند، بیانگر اختلالات شخصیت می‌باشند. ویژگی اصلی یک اختلال شخصیت، الگوی طولانی‌مدت از تجربه درونی و رفتاری است که از انتظارات فرهنگی جامعه فرد بسیار دور بوده و حداقل در دو حوزه زیرنمایان می‌شود: شناخت، عاطفه (یعنی طیف، شدت، تغییرپذیری و تناسب پاسخ هیجانی، عملکرد بین فردی، یا کنترل تکانه. ویژگی‌های شخصیتی ناهنجار در اشکال خفیف‌تر در افراد سالم هم وجود دارد که اگر این صفات خود را به شکل پاسخ‌های انعطاف‌ناپذیر به طیف گسترده‌ای از موقعیت‌های فردی و اجتماعی آشکار کنند و منجر به پریشانی فردی یا اجتماعی قابل‌توجه شوند، اختلال شخصیت نامیده می‌شوند. در نتیجه افراد مبتلا به اختلال شخصیت تنها به لحاظ کمی و نه کیفی از شخصیت بهنجار متفاوت‌اند (منافی، خسروی و دهشیری، 1397). همانطور که واکنش‌های مادر قدرت اثرگذاری بسیاری بر کودک دارد، رفتارها و خلق‌وخوی کودک نیز می‌تواند بر رفتار و عواطف مادر نسبت به فرزندش تأثیر فراوان داشته باشد (ذوقی و همکاران، 1394). در تحقیقات متعدد علاوه بر اشاره به اهمیت دو بعد رفتاری والدین نسبت به کودک (پذیرش-رد، آزادگذاشتن-محدودکردن) و به روابط خانوادگی عمدتاً متمرکز بر تأثیر والدین بر کودکان­ نیز تأکید شده است (رضاپور میرصالح و همکاران، 1393). اختلالات رفتاری در کودکان با والدین مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی بسیار شایع‌تر از آن‌هایی است که والدین غیر مبتلا دارند (موسوی و حمدی، 1386؛ اسدروز و همکاران، 1399). نتایج پژوهش‌ها به اثرات نامطلوب اختلال شخصیت والدین بر کودکان اشاره دارند. در تحقيق كامكاري، شکر زاده و میر قائمی (1387)، كه پيرامون بررسي اختلالات شخصيتي و بهداشت رواني مادران بر ميزان اضطراب و افسردگي كودكان صورت گرفته، نشان می‌دهد، مادراني كه داراي اختلال شخصيت وسواسي و اسكيزوفرني مي‌باشند فرزندان آن‌ها اضطراب و افسردگي بالايي را نشان مي‌دهند. دکلار و همکاران (2008) در مطالعه‌ی خود دریافتند صفات ناسازگارانه بر مشکلات برون‌ریزی و درون‌ریزی و کنترل منفی والدین بر مشکلات برون‌ریزی اثرات مثبت داشته است. آن‌ها می‌افزایند بین بی‌ثباتی عاطفی و عدم توافق پذیری با کنترل منفی والدین تعامل معنی‌داری وجود دارد. مورفي (2007)، پژوهشی پيرامون بررسي اثرات وسواس مادران بر اضطراب كودكان صورت داده است. وي به اين نتيجه رسيد كه وسواس مادران مي‌تواند بر اضطراب كودكان مؤثر باشد يافته وي در سطح 01/0=α معني‌دار است. همچنین یافته‌های بسیاری دیگر این مهم را تائید کردند (شفیعی کندجانی و همکاران 1399، آشوتوش و همکاران، 2020 و پریرا و همکاران، 2021). با عنایت به مطالب فوق‌الذکر، می‌توان گفت که وجود مشکلات روانی و رفتاری در والدین و فرزندان می‌تواند اثر متقابل بر یکدیگر دانته باشد. لذا، پژوهش حاضر به‌منظور پاسخ به این سؤال شکل گرفته است که نیمرخ شخصیتی و ابعاد آسیب­شناسی شخصیتی در مادران دارای کودکان مشکل‏دار چگونه است؟

1. روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر اهداف کاربردی، از نظر نوع داده‌های جمع‌آوری‌شده کمی و از نظر ماهیت و نوع مطالعه از نوع پیمایشی (یکی از انواع روش‌های توصیفی) می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر، تمامي مادراني هستند كه داراي فرزند (از دامنه سني 5 تا 10 سال) مي‌باشند و به مراكز و كلينيك‌هاي درماني رجوع نموده‌اند، داراي پرونده روان‌شناختي بوده و علائم باليني آنها توسط روانشناس و روان سنج مركز، تأییدشده ‌است. لازم به ذكر است از آنجايي كه دسترسي به تمامي اعضاي جامعه مقدور بوده و مي‌توان فهرستي از آن‌ها تهيه نمود، بنابراين، جامعه پژوهش حاضر در حيطه جوامع محدود جاي مي‌گيرد. در راستاي تعيين حجم نمونه و روش نمونه‌گيري، یک مركز مشاوره، به‌عنوان واحد نمونه‌گيري با استفاده از روش نمونه‌گيري هدفمند در دسترس انتخاب‌شده و تمامي مادراني كه از مهرماه سال 1394 تا به حال به اين مركز رجوع نموده‌اند، به عنوان جامعه آماري مدنظر قرار گرفتند كه در حدود 130 نفر مي‌باشد.

ابزار اندازه‌گیری شامل موارد ذیل است:

1-2- پرسشنامه سنجش ابعاد شخصیت (DAPP-BQ)

پرسشنامه سنجش ابعاد آسیب­شناسی شخصیت (DAPP-BQ) 18 بعد اساسی اختلالات شخصیت را که از طریق تشخیص بالینی و رویه­های روان­سنجی شناسایی‌شده‌اند مورد ارزیابی قرار می­دهد. بدین ترتیب که ابتدا، ویژگی­های توصیفی اختلالات شخصیت از طریق بررسی گسترده ادبیات کلینیکی شناسایی شدند، سپس توسط گروهی از پزشکان متخصص به‌منظور تعیین مهم‌ترین ویژگی­ها برای هر اختلال شخصیت در DSM-III مورداستفاده قرار گرفت. پس از آن، صفات شناسایی‌شده به 18 بعد اساسی کاهش یافت. این کاهش با استفاده از یک سری تجزیه‌وتحلیل چندمتغیره صورت گرفت. در نتیجه، این ابزار اجزای سازنده اختلال شخصیت را ارزیابی می­کند که ارتباط تنگاتنگی با سنجش بالینی و طرح درمان دارد. كاربرد 18 مقیاس بالینی ذکرشده برای توصیف مشكلات شخصيت و اختلالات شخصيت كافي به نظر می­رسد. چنان که یک متخصص بالینی تا زمانی که شرایط، کنترل‌شده باشند، می­تواند ارزیابی جامعی از اختلالات موجود فراهم آورد. در ساختار اصلی، 18 بُعد یا 18 مقیاس مذکور در 4 فاکتور یا 4 خوشه اصلی فشرده شده­اند. حُسن این اختصار، صرفه­جویی در توصیف اختلالات، در بعضی موقعیتهای خاص است. دو تا از مشخصات اصلي DAPP - BQ که آن را از دیگر پرسشنامه­های مشابه متمایز می­کند عبارتند از:

الف- استفاده از ساختار ابعادی که یک ارزیابی کامل از آسیب­شناسی شخصیت را فراهم می­آورد.

ب- تجزیه و تحلیل جامع که ویژگی­های کامل روان­سنجی ابزار را تضمین می­کند.

برخلاف بسیاری از ابزارهای اندازه­گیری اختلالات شخصیت، مقياس­هاي DAPP-BQ از بهم پیوستن بسیاری از گویه­ها و بر اساس تعريف صريح هر ويژگي ساخته شده­اند. از اين گذشته مقیاس­ها، بر اساس محتوي طبقه­بندي­هاي رسمی و موجود اختلال شخصيت تعیین نشده­اند اگر چه آنالیز كاملی از اختلالات شخصيت صورت گرفته است. محتوای گویه­ها مبني بر مرور کامل ادبیات موجود در خصوص اختلالات شخصیت و مصاحبه­های تشخیصی بيماران بوده است. نتيجه، ابزاری است كه جنبه­های مختلف اختلال شخصيت را ارزيابي مي­كند اما همانند سیستم­های مقوله­ای موجود مانند DSM-IV و ICD-10 محدودیت تشخيص ندارد.

DAPP-BQ شامل 290 گویه یا سؤال است که 18 بُعد اختلال شخصیت را ارزیابی می­کند. هر گویه حدوداً بر اساس پنج سطح از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» جواب داده می‌شود. اکثر مقیاس­ها را 16 سؤال برآورد می­کند. در صورتی که خودزنی یا آسیب­رسانی به خود شامل 12 سؤال است، بدگمانی و سوءظن را 14 سؤال برآورد می­کند و مقیاس اعتبار و روایی کلی شامل 8 سؤال است. جواب دادن به گویه¬های DAPP-BQ بین 35 تا 50 دقیقه زمان نیاز دارد. گویه­های این پرسشنامه بر اساس حداقل پنج کلاس سواد خواندن و نوشتن تهیه شده است. ابزار هنگامی که نمره­گذاری می‌شود پروفایلی را بر اساس 18 مقیاس گروهی به نمایش می­گذارد، این پروفایل در سطح بالاتر چهار مقیاس اصلی را نیز در درون خود نشان خواهد داد.

18 مقیاس ابعادی DAPP-BQ عبارتند از بی­ثباتی عاطفی، اضطراب­گری، بی¬نظمی شناختی، مشکلات هویت، دل‌بستگی ناایمن، مقابله گرایی، منفعل گرایی، قساوت­گرایی، مشکلات سلوکی، خودشیفتگی، طردشدگی و محرک جویی، مشکلات صمیمیت، پیوند گرایی پایین، بیان هیجانی محدود، اجبارگری، بدبینی و خودآسیب­گری.

طبقه­بندی مقیاس­های انتخاب‌شده به گونه­ای است که از مفاهیم تحقیرآمیز اجتناب شود و برای به حداقل رساندن اشتباهات از مفاهیم تشخیصی DSM-IVاستفاده‌شده است. جزئیات مقیاس­ها در جدول 1 نشان داده‌شده است، ابعاد اساسی با استفاده از مفاهیم روان­سنجی بسط داده‌شده‌اند. بسط این ابعاد بر پایه آنالیز چندمتغیره استوار است که کاهش­دهنده مقیاس­ها از گستره وسیع ویژگی¬های خاص و مشخصات توصیفی به چند عامل یا خوشه معدود می باشد. کاربران آزمایشی باید به مسیری که در آن هر مقیاس تعریف شده است توجه دقیق داشته باشند و نباید فرض بر این باشد که مقیاس­های DAPP-BQ شبیه مقیاس­های ابزارهای اندازه­گیری است چرا که ساختارهای تشخیصی و محتوایی اغلب مقیاس­ها در ابزارهای مختلف متفاوت هستند.

گسترش DAPP-BQ شامل روش­های طراحی سازه مقیاس­ها است. این روش­ها پاسخ­های متفاوت و کمیاب شرایط مطلوب اجتماعی را اندازه­گیری می­کند. در جریان توسعه مقیاس­ها آیتم­هایی که به طور معنی­داری با مطلوبیت اجتماعی و پاسخ­های اندازه­گیری شده دیگر همبسته بودند به‌طور سیستماتیک حذف شدند. 8 مورد از این مقیاس­ها درDAPP-BQ یک معیار کلی برای اندازه­گیری مدیریت احساس و خواست­های اجتماعی ارائه می­کند.

**جدول 1** طبقه­بندی خوشه­ها و توزیع مقیاس­ها

|  |  |
| --- | --- |
| بی­نظمی هیجانی | بی­ثباتی عاطفی، اضطراب­گری، بی­نظمی شناختی، مشکلات هویت، دل‌بستگی ناایمن، مقابله گرایی و منفعل گرایی |
| رفتار غیراجتماعی | قساوت­گرایی، مشکلات سلوکی، خودشیفتگی، طردشدگی و محرک جویی |
| اجتناب اجتماعی | مشکلات صمیمیت، پیوند گرایی پایین، بیان هیجانی محدود |
| اجبارگری | اجبارگری |

برای تشخیص مشکلات و اختلالات شخصیت در دو طیف جمعیت بالینی و افراد عادی طراحی‌شده است از همین رو نرم­های آن نیز برای هر رو طیف از طریق جمعیت عمومی و جمعیت بالینی تهیه گردیده است. نرم­های جاری DAPP-BQ با اندیشه صحیح و در طی مدت خاصی تهیه گردیده است. این نرم­ها به­عنوان یک مجموعه هنجارهای طبیعی در دست اقدام عمل می­کنند. نرم­های روزآمد شده به‌زودی آماده‌شده و به­عنوان یک نمونه اختصاصی از طریق آزمودنی­های انتخاب‌شده جمع­آوری خواهد شد.

شرکت­کنندگان به­عنوان بخشی از سه نوع نمونه مختلف انتخاب شدند. اولین نمونه­گیری به­عنوان بخشی از یک مطالعه غیرحضوری طراحی شد. در نسخه­های قبلی DAPP-BQ، برخی از گویه­ها از نظر جمله­بندی اندکی متفاوت بودند اما معنای آنها فرقی نداشت به عنوان مثال نگارش اولیه: من در نشان دادن اینکه به کسانی علاقه­مند هستم، مشکل دارم. نگارش جدید: من در ابراز علاقه به دیگران دچار مشکل هستم. افرادی که در این نمونه­گیری شرکت داشتند فقط به­عنوان یک زیرمجموعه سه یا چهارتائی از 18 مقیاسDAPP-BQ در مورد آنها اجرا شد، با این حال، همه مقیاس­ها حداقل با یک گروه از پاسخ­دهندگان اجرا شد. اولین نمونه­گیری دارای 1220 شرکت­کننده بود (686 زن، 517 مرد و 17 خنثی) که به طور تصادفی از روی دفترچه تلفن عمومی از سراسر ایالات‌متحده انتخاب‌شده بودند. شرکت­کنندگان از کلیه سنین گروه­های اجتماعی – اقتصادی انتخاب‌شده بودند تا فرآیند نمونه­گیری تضمین‌کننده وجود اقوام مختلف با سطوح تحصیلی متفاوت و مناطق جغرافیائی مختلف باشد. دومین نمونه­گیری تعداد 698 نفر (431 نفر زن و 267 نفر مرد) بود که شامل افراد تازه استخدام‌شده منتهی به دهه 1990 می­شد. نمونه­ها عمدتاً زیر 50 سال سن داشتند. سومین نمونه­گیری شامل 808 نفر (531 زن و 277 مرد) بود که به­عنوان یک پژوهش دو سویه در سراسر کانادا انجام گردید. نمونه­ها عمدتاً از ایالت ساوت وسترن بریتیش کلمبیا بودند که از طریق آگهی در یک روزنامه محلی فراخوانی شده بودند. نرم­ها بطور تصادفی از یک نفر از هر جفت داوطلب گرفته شدند.

نرم­ها یا هنجارهای بالینی با اجرایDAPP-BQ بر روی 656 نفر (416 زن و 235 مرد) بدست آمد. (متوسط سن زنان 1/33 سال با انحراف معیار 9، متوسط سن مردان 9/34 سال با انحراف معیار 7/8 و همچنین 5 نفر با جنسیت نامشخص)، لازم به توضیح است که همگی این افراد بیمارانی با تشخیص بالینی «اختلال شخصیت» بودند. آمار توصیفی به تفکیک سن و جنس، میانگین و انحراف معیار برای نمونه­های بالینی در جداول 5 و 6 معرفی‌شده‌اند. بیماران از انواع مختلف شامل بستری و سرپایی از بیمارستان­های عمومی انتخاب شدند. همچنین بیمارانی که به مراکز بهداشت و روان جامعه مراجعه کرده و توسط روان­پزشکان خصوصی ویزیت شده‌اند به­عنوان نمونه انتخاب گردیده­اند. کلیه منتخبین تشخیص اولیه اختلال شخصیت را بر اساسDSM-IV داشته­اند؛ اما بیمارانی با تشخیص اولیه اختلالات محور یک، مانند اختلالات ارگانیکی، اسکیزوفرنی، سوءمصرف مواد و اختلالات دوقطبی از مطالعه حذف شدند. بسیاری از بیماران با تشخیص اولیه اختلال شخصیت ویژگی­های اختلالات محور یک- به‌خصوص اختلالات افسردگی عمده، اختلال افسرده خویی و اختلالات اضطرابی را از خود بروز می­دادند. اکثریت قریب به اتفاق بیمارانی که جزء نمونه­های طرح DAPP-BQ بودند به یک برنامه درمانی خاص برای درمان اختلالات شخصیت ارجاع داده شدند.

برای اهداف تفسیری، بسیار مهم است که نمرات یک آزمودنی با یک گروه مناسب مقایسه شود. اگر گروه تطبیقی با آزمودنی مطابقت نداشته باشد نتایج ممکن است قابل تفسیر نباشد. در موارد خاص، مقایسه نمرات یک آزمودنی با کسانی که از هر دو جمعیت عمومی و بالینی می‌تواند بسیار مفید باشد.

2-2- فُرم بازسازی‌شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه­سوتا-2 (MMPI-2RF)

در سال 1938 مک­ کین­لی و هته­وی ، پرسشنامه شخصیتی MMPI را به جهانیان عرضه کردند. در راستای روایی محتوایی ابزار مزبور، از روش کلیدی کلیدگذاری تجربی استفاده‌شده و روایی افتراقی بین بیماران بستری در بخش روانپزشکی و مراجعین یا ملاقات‌کنندگان این افراد انجام گرفت. پس از مدتی بر روی موارد پرسشنامه، بازبینی صورت گرفت و نسخه دوم MMPI در سال 1990 تدوین شد. هشت سال بعد، اصلاحات جزیی بر روی نسخه2 MMPI- صورت گرفته و در سال 1998، اين نسخه تدوین شد. این آزمون دارای ده خرده مقیاس بالینی، چهارده خرده مقیاس محتوایی و هشت خرده مقیاس تکمیلی بود. نسخه مزبور در ایران توسط یعقوبی در سال 1380 در انستیتوی علوم پزشکی ایران ترجمه و انطباق یابی گردید و پس از استاندارد­سازی آن، به­عنوان دقیق­ترین پرسشنامه شخصیتی در زمینه روان­درمانی و مشاوره مطرح گردید. علاوه بر آن وزیری و لطفی (1379)، نیک‌خو و کامکاری (1381) و پاشا شریفی (1382) در جوامع متفاوت به بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه مزبور پرداختند و ضرایب اعتبار بالاتر از 80/0 را با شیوه­های آزمون-بازآزمون و تجانس درونی عنوان کردند. همچنین، روایی ملاکی با تأکید بر تشخیص­های روان­پزشکی و پرسشنامه مزبور، معرف روایی2 MMPI-در ایران بوده است. در سال 2003، تحولات چشمگیری در سنجش نوین رخ داد و مقیاس­های بالینی اين پرسشنامه تغییر یافت. این روند ادامه داشت تا در سال 2008، انجمن روان­شناسان آمریکا و کمیسیون بخش روانشناسی ازRF 2 MMPI-به­عنوان کامل‌ترین ابزار طلایی یاد کردند. امروزه اين آزمون به‌عنوان کامل‌ترین ابزار روان‌شناختی است که نه تنها نیمرخ شخصیتی بلکه اختلالات شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی را تحت عنوان عوارض روان‌شناختی در پنجاه مقیاس بالینی با پنج نوع فرم متفاوت نیمرخ شخصیتی ارائه می‌دهد. بوچر (2003) و پس از آن بن پورات و تلگن (2008) عنوان نمودند که باید ازRF2 MMPI- به­عنوان رویکرد نوین در بخش روان‌شناختی بهره­مند شد؛ زیرا با مقیاس­های بالینی دقیق، عوارض روان‌شناختی، مشکلات جسمانی با ریشه روان‌شناختی، اختلالات شخصیت و از همه مهم‌تر با مشکلات روان‌شناختی سطوح مرتبط با ضرورت برای مشاوره و روان­درمانی ارائه می­کند.

با توجه به نتایج تحلیل­های عامل تأییدی و بهره­گیری از نرم­افزار لیزرل، مشخص گردیده است که ابزار مزبور از روایی ­سازه مطلوبی برخوردار است. علاوه بر آن با رجوع به تشخیص­های روانپزشکی و ابزار­های موازی، دارای روایی ملاکی بالایی است. همچنین، تمامی پنجاه مقیاس از ضرایب اعتبار بالاتر از 80/0 برخوردار است. در ایرانRF 2 MMPI-توسط کامکاری و شُکرزاده (1388) ترجمه و انطباق­یابی گردیده است که جامعه مورد بررسی عبارتند از: جامعه ورزشکاران تیم ملی، کارکنان سازمان­های مختلف از جمله پلیس، شهرداری، ستاد مبارزه با مواد مخدر و ...، دانشجویان، شهروندان ساکن در تهران و شهرستان­های مختلف کشور، افراد دارای مشکلات بالینی از جمله اسکیزوفرنیا، وسواس، افسرده، مضطرب و ...، معلمان و ... رواسازی و اعتباریابی شده است. ضرایب اعتبار برای مقیاس­های بالینی (پنجاه مقیاس) بالاتر از 80/0 بود که این اقدام از طریق روش آلفا کرانباخ، دونیمه ­کردن و ضریب ثبات با تأکید بر آزمون- باز آزمون صورت گرفت و نشان­دهنده ضرایب اعتبار مطلوب بود. برای بررسی روایی پرسشنامه نیز از تحلیل عامل سلسله مراتبی متعامد برای بررسی روایی سازه، ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی روایی ملاکی از نوع همزمان، روایی تشخیصی با استفاده از روش فاصله اطمینان، روش نمودار پراکنش و ضریب حساسیت و وضوح گرایی استفاده‌شده است. با مصاحبه بالینی 30 نفری که دو مرتبه مورد آزمون قرار گرفتند، دلایل مستند و معتبری پیرامون روایی ملاکی به دست آمد. این اقدام از طریق محاسبه همبستگی بین رتبه­های دانشجویان در مصاحبه بالینی با تأکید بر مقیاس­های بالینی1 RC1 تا 9RC و نتایج حاصله از پرسشنامه به دست آمد که دامنه ضرایب این همبستگی بین 50/0 تا 65/0 بود. پژوهشگران عنوان نمودند که آزمون فوق از اعتبار و روایی مقبولی برخوردار است و در ایران کاربردهای مناسبی برای سنجش روان‌شناختی صورت می­دهد. این آزمون با تأکید بر قانون باز آزمایی مجدد در استانداردسازی آزمون­های روان‌شناختی توسط شاهین­طبع و همکاران (1388) در دانشگاه علوم انتظامی، مورد اعتبار­سنجی و سنجش ­روایی قرار گرفت و با حجم نمونه 200 نفر از دانشجویان سال اول تا چهارم، ضرایب اعتبار فراتر از 80/0 بدست آمد. همچنین نتایج حاصل تحلیل عامل تأییدی با شاخص شبلر- هولز و نیکویی برازش استاندارد شده در سطح 05/0α معنی­دار بود و نشان­دهنده روایی سازه این ابزار در ایران می­باشد. آزمون مزبور که در ایران استاندارد شده است، دارای 338 سؤال بوده و از طریق نرم افزار پیشرفته به سرعت نمره­گذاری شده و می­تواند برای هرآزمودنی، پنج نیمرخ مجزای در راستای ارائه خدمات پیشگیری، راهنمایی و مشاوره ارائه دهد. این آزمون در حیطه پرسشنامه­های دوگزینه­ای قرار دارد. به منظور تحلیل داده‌ها، در ابتدا از جداول آمار توصيفي به منظور توصيف متغيرهاي نیمرخ شخصیتی و ابعاد آسیب­شناسی شخصیتی استفاده‌شده و در آن نما، ميانه و ميانگين به­عنوان شاخص‌هاي گرايش مركزي، دامنه تغييرات، واريانس و انحراف معيار به­عنوان شاخص­هاي پراكندگي و خطاي معيار، ضريب كجي و ضريب كشيدگي به­عنوان شاخص‌هاي توزيع محاسبه شدند. در راستاي تحليل داده‌ها و پاسخ به سؤال‌هاي پژوهش، از مدل آماري t تک­گروهی (به منظور بررسی نیمرخ شخصیتی و ابعاد آسیب­شناسی شخصیتی در مادران دارای کودکان مشکل‏دار) پرداخته شد.

1. یافته‌ها

جدول 2 بررسي مقياس­هاي «نارسایی سه­گانه» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار



با توجه به جدول 2 و با تأکید بر ميزان مقادير t به‌دست آمده، مي‌توان مطرح نمود كه تفاوت معني‌داري در سطح 01/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين‌هاي تجربي در مقياس­های «نارسایی هیجانی» و «نارسایی تفکر» وجود دارد. بنابراين، با توجه به اينكه در مقياس «نارسایی تفکر» ميانگين تجربي بالاتر از ميانگين نظري مي‌باشد، عنوان مي‌شود كه «نارسایی تفکر» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، بالاتر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. در حالیکه در مقياس «نارسایی هیجانی» ميانگين تجربي پایین­تر از ميانگين نظري مي‌باشد، عنوان مي‌شود كه «نارسایی هیجانی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است.

لازم به ذکر است، در مقیاس «نارسایی رفتاری» تفاوت معني‌داري در سطح 05/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين تجربي وجود ندارد. از این­ رو، مطرح می‌شود «نارسایی رفتاری» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، در حد متوسط (نُرم جامعه) است.

**جدول 3**  t تك گروهي جهت بررسي مقياس­هاي «باليني» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر ميزان مقادير t به‌دست‌آمده، مي‌توان مطرح نمود كه تفاوت معني‌داري در سطح 01/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين‌هاي تجربي در مقياس­های «هيجانات مثبت پايين»، «بدبینی»، «هيجانات منفي مختل­کننده» و «فعاليت­گرايي هيپومانيک» وجود دارد. بنابراين، با توجه به اينكه در مقياس «هيجانات منفي مختل­کننده» ميانگين تجربي بالاتر از ميانگين نظري مي‌باشد، عنوان مي‌شود كه «هيجانات منفي مختل­کننده» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، بالاتر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. در حالیکه در مقياس­های «هيجانات مثبت پايين»، «بدبینی» و «فعاليت­گرايي هيپومانيک» ميانگين­های تجربي پایین­تر از ميانگين نظري مي‌باشند، عنوان مي‌شود كه مقیاس¬های مذکور در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است.

لازم به ذکر است، در مقیاس­های «ضعف روحيه»، «شکايات جسماني»، «رفتار ضداجتماعي»، «عقايد گزند و آزار» و «تجارب عجيب و غريب» تفاوت معني‌داري در سطح 05/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين تجربي وجود ندارد. از این رو، مطرح می‌شود مقیاس­های مذکور در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، در حد متوسط (نُرم جامعه) است.

**جدول 4** t تك گروهي جهت بررسي مقياس­هاي «جسمانی/شناختی و درونی­سازی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار





با توجه به جدول فوق و با تأکید بر ميزان مقادير t به‌دست آمده، مي‌توان مطرح نمود كه تفاوت معني‌داري در سطح 01/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين‌هاي تجربي در مقياس­های «ناخوشی»، «درماندگی- ناامیدی»، «فشار روانی – نگرانی»، «اضطراب»، «ترس­های محدودکننده رفتار» و «ترس­های چندگانه مشخص» وجود دارد. بنابراين، با توجه به اينكه در مقياس­های «درماندگی- ناامیدی»، «فشار روانی – نگرانی»، «اضطراب»، «ترس­های محدودکننده رفتار» و «ترس­های چندگانه مشخص» ميانگين¬های تجربي بالاتر از ميانگين نظري مي‌باشند، عنوان مي‌شود كه مقیاس­های مذکور در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، بالاتر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. در حالیکه در مقياس «ناخوشی» ميانگين تجربي پایین­تر از ميانگين نظري مي‌باشد، عنوان مي‌شود كه «ناخوشی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است.

لازم به ذکر است، در مقیاس­های «شکایات گوارشی»، «شکایات سردرد»، «شکایات عصب­شناختی»، «شکایات شناختی»، «عقاید مرگ و خودکشی»، «خودتردیدی»، «ناکارآمدی» و «استعداد خشم» تفاوت معني‌داري در سطح 05/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين تجربي وجود ندارد. از این رو، مطرح می‌شود مقیاس­های مذکور در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، در حد متوسط (نُرم جامعه) است.

**جدول5** t تك گروهي جهت بررسي مقياس­هاي «برونی­سازی / بین فردی و علایق» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار



با توجه به جدول 5 و با تأکید بر ميزان مقادير t به‌دست آمده، مي‌توان مطرح نمود كه تفاوت معني‌داري در سطح 01/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين‌هاي تجربي در مقياس­های «هیجان­پذیری»، «مشکلات خانوادگی»، «منفعل­گرایی بین-فردی»، «اجتناب اجتماعی» و «عدم پیوندگرایی» وجود دارد. بنابراين، با توجه به اينكه در مقياس­های «مشکلات خانوادگی» و «عدم پیوندگرایی» ميانگين تجربي بالاتر از ميانگين نظري مي‌باشد، عنوان مي‌شود كه «عدم پیوندگرایی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، بالاتر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. در حالیکه در مقیاس‌های «هیجان­پذیری»، «منفعل­گرایی بین­فردی» و «اجتناب اجتماعی» ميانگين­های تجربي پایین­تر از ميانگين نظري مي‌باشند، عنوان مي‌شود كه مقیاس­های مذکور در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است.

لازم به ذکر است، در مقیاس­های «مشکلات سلوکی نوجوانی»، «سوءاستفاده از مواد»، «پرخاشگری»، «کمرویی»، «علائق ادبی- زیباشناسی» و «علائق مکانیکی- جسمانی» تفاوت معني‌داري در سطح 05/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين تجربي وجود ندارد. از این رو، مطرح می‌شود مقیاس­های مذکور در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، در حد متوسط (نُرم جامعه) است.

با توجه به جدول 6 و با تأکید بر ميزان مقادير t به‌دست آمده، مي‌توان مطرح نمود كه تفاوت معني‌داري در سطح 01/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين‌هاي تجربي در مقياس­های «پرخاشگري درونی»، «روان­پريشي»، «روان­نژندي» و «درون-گرايي» وجود دارد. بنابراين، با توجه به اينكه در مقياس «روان­پريشي» ميانگين تجربي بالاتر از ميانگين نظري مي‌باشد، عنوان مي‌شود كه «روان­پريشي» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، بالاتر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. در حالیکه در مقياس­های «پرخاشگري درونی»، «روان­نژندي» و «درون­گرايي» ميانگين­های تجربي پایین­تر از ميانگين نظري مي‌باشند، عنوان مي‌شود كه مقیاس­های مذکور در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. لازم به ذکر است، در مقیاس «بی­مسئولیتی» تفاوت معني‌داري در سطح 05/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين تجربي وجود ندارد. از این رو، مطرح می‌شود مقیاس «بی­مسئولیتی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، در حد متوسط (نُرم جامعه) است.

**جدول6** t تك گروهي جهت بررسي مقياس­هاي «آسيب­شناسي شخصيت» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار



**جدول 7** t تك گروهي جهت بررسي مقياس­هاي «بی­نظمی هیجانی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار



با توجه به جدول 7 و با تأکید بر ميزان مقادير t به‌دست آمده، مي‌توان مطرح نمود كه تفاوت معني‌داري در سطح 01/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين‌هاي تجربي در تمامی مقياس­های «بی­نظمی هیجانی» وجود دارد. بنابراين، با توجه به اينكه در مقياس­های «بی­ثباتی عاطفی»، «اضطراب­گری» و «بی­نظمی شناختی» ميانگين­های تجربي بالاتر از ميانگين نظري مي‌باشد، عنوان مي‌شود كه «بی­ثباتی عاطفی»، «اضطراب­گری» و «بی­نظمی شناختی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، بالاتر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. در حالیکه در مقياس­های «مشکلات هویت»، «دلبستگی ناایمن»، «منفعل-گرایی» و «مقابله­گرایی» ميانگين­های تجربي پایین­تر از ميانگين نظري مي‌باشند، عنوان مي‌شود كه مقیاس­های مذکور در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است.

**جدول 7** t تك گروهي جهت بررسي مقياس­هاي «بی­نظمی هیجانی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار



با توجه به جدول فوق و با تأکید بر ميزان مقادير t به‌دست آمده، مي‌توان مطرح نمود كه تفاوت معني‌داري در سطح 01/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين‌هاي تجربي در تمامی مقياس­های «رفتار غیراجتماعی» وجود دارد. بنابراين، با توجه به اينكه در مقياس­های «قساوت­گرایی» و «طردشدگی» ميانگين­های تجربي بالاتر از ميانگين نظري مي‌باشند، از این­ رو، عنوان مي‌شود كه «قساوت­گرایی» و «طردشدگی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، بالاتر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. در حالیکه در مقياس­های «مشکلات سلوکی»، «خودشیفتگی» و «محرک­جویی» ميانگين­های تجربي پایین­تر از ميانگين نظري مي‌باشند، عنوان مي‌شود كه مقیاس­های مذکور در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است.

**جدول 8** t تك گروهي جهت بررسي مقياس­هاي «اجتناب اجتماعی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار



با توجه به جدول فوق و با تأکید بر ميزان مقادير t به‌دست آمده، مي‌توان مطرح نمود كه تفاوت معني‌داري در سطح 01/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين‌هاي تجربي در تمامی مقياس­های «اجتناب اجتماعی» وجود دارد. بنابراين، با توجه به اينكه در مقياس «پیوندگرایی پایین» ميانگين تجربي بالاتر از ميانگين نظري مي‌باشد، از این رو، عنوان مي‌شود كه «پیوندگرایی پایین» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، بالاتر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. در حالیکه در مقياس­های «مشکلات صمیمیت» و «بیان هیجانی محدود» ميانگين­های تجربي پایین­تر از ميانگين نظري مي‌باشند، عنوان مي‌شود كه مقیاس­های مذکور در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است.

**جدول 10** t تك گروهي جهت بررسي مقياس «اجبارگری» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار



با توجه به جدول فوق و با تأکید بر ميزان مقادير t به‌دست آمده، مي‌توان مطرح نمود كه تفاوت معني‌داري در سطح 01/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين تجربي در مقياس «اجبارگری» وجود دارد. بنابراين، با توجه به اينكه در مقياس مذکور ميانگين تجربي پایین­تر از ميانگين نظري مي‌باشد، از این رو، عنوان مي‌شود كه «اجبارگری» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است.

**جدول 11** t تك گروهي جهت بررسي مقياس «اجبارگری» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار



با توجه به جدول فوق و با تأکید بر ميزان مقادير t به‌دست آمده، مي‌توان مطرح نمود كه تفاوت معني‌داري در سطح 01/0 α = بين ميانگين نظري با ميانگين تجربي در مقياس «خودآسیب­گری» وجود دارد. بنابراين، با توجه به اينكه در مقياس مذکور ميانگين تجربي پایین­تر از ميانگين نظري مي‌باشد، از این رو، عنوان مي‌شود كه «خودآسیب­گری» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است.

**جدول 12** t تك گروهي جهت بررسي مقیاس «بدبینی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار

****

1. بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر «نارسایی رفتاری» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، در حد متوسط (نُرم جامعه) است. این مقیاس شامل نارسايي هيجاني، نارسايي تفکر نارسايي رفتاري می‌باشد.

یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش ذوقی (1394)، نریمانی و همکاران (1386)، دکلارک و همکاران (2008) همسو می‌باشد.

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مقياس­هاي «باليني» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، در حد متوسط (نُرم جامعه) است. این مقیاس شامل ضعف روحيه، شکايات جسماني، هيجانات مثبت پايين، بدبینی، رفتار ضداجتماعي، عقايد گزند و آزار، هيجانات منفي مختل­کننده، تجارب عجيب و غريب، فعاليت­گرايي هيپومانيک می‌باشد.

یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش ذوقی (1394)، نریمانی و همکاران (1386)، دکلارک و همکاران (2008)، رابرتسون (2006) و شفیعی کندجانی و همکاران (1399)، آشوتوش و همکاران (2020) و پریرا و همکاران (2021) همسو می‌باشد. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مقياس­هاي «جسمانی/شناختی و درونی­سازی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، در حد متوسط (نُرم جامعه) است. این مقیاس شامل ناخوشی، شکایات گوارشی، شکایات سردرد، شکایات عصب­شناختی، شکایات شناختی، عقاید مرگ و خودکشی، درماندگی- ناامیدی، خودتردیدی، ناکارآمدی، فشار روانی – نگرانی، اضطراب، استعداد خشم، ترس­های محدودکننده رفتار، ترس­های چندگانه مشخص می‌باشد. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش ذوقی (1394)، تحقيق كامكاري، شُكرزاده و ميرقائمي (1387)، نریمانی و همکاران (1386)، دکلارک و همکاران (2008)، مورفي (2007)، رابرتسون (2006) همسو می‌باشد. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مقیاس‌های «برونی­سازی / بین­فردی و علایق» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، در حد متوسط (نُرم جامعه) است. این مقیاس شامل مشکلات سلوکی نوجوانی، سوءاستفاده از مواد، پرخاشگری، هیجان­پذیری، مشکلات خانوادگی، منفعل­گرایی بین­فردی، اجتناب اجتماعی، کمرویی، عدم پیوندگرایی، علائق ادبی- زیباشناسی، علائق مکانیکی- جسمانی می‌باشد. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش رتئو (2006)، ون هوک و همکاران (2006) و شفیعی کندجانی و همکاران (1399)، آشوتوش و همکاران (2020) و پریرا و همکاران (2021) همسو می‌باشد. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مقياس­هاي «آسيب­شناسي شخصيت» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، در حد متوسط (نُرم جامعه) است. این مقیاس شامل مشکلات سلوکی نوجوانی، سوءاستفاده از مواد، پرخاشگری، هیجان­پذیری، مشکلات خانوادگی، منفعل­گرایی بین­فردی، اجتناب اجتماعی، کمرویی، عدم پیوندگرایی، علائق ادبی- زیباشناسی و علائق مکانیکی- جسمانی می‌باشد. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش نریمانی و همکاران (1386)، دکلارک و همکاران (2008)، رتئو (2006) همسو می‌باشد. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مقیاس­های «بی­نظمی هیجانی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. این مقیاس شامل بی­ثباتی عاطفی، اضطراب­گری، بی­نظمی شناختی، مشکلات هویت، دلبستگی ناایمن، منفعل­گرایی و مقابله­گرایی می‌باشد. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش ذوقی (1394)، تحقيق كامكاري، شُكرزاده و ميرقائمي (1387)، نریمانی و همکاران (1386) و شفیعی کندجانی و همکاران (1399)، آشوتوش و همکاران (2020) و پریرا و همکاران (2021) همسو می‌باشد. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مقياس­هاي «رفتار غیراجتماعی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. این مقیاس شامل قساوت­گرایی، مشکلات سلوکی، خودشیفتگی، طردشدگی و محرک­جویی می‌باشد. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش نریمانی و همکاران (1386)، دکلارک و همکاران (2008)، مورفي (2007)، رابرتسون (2006)، رتئو (2006) همسو می‌باشد. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مقياس­هاي «اجتناب اجتماعی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. این مقیاس شامل مشکلات صمیمیت، پیوندگرایی پایین و بیان هیجانی محدود می‌باشد. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش دکلارک و همکاران (2008)، مورفي (2007)، رابرتسون (2006) و شفیعی کندجانی و همکاران (1399)، آشوتوش و همکاران (2020) و پریرا و همکاران (2021) همسو می‌باشد.

**سؤال نهم: میزان «اجبارگری» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار چقدر است؟**

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مقياس «اجبارگری» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش نریمانی و همکاران (1386)، دکلارک و همکاران (2008)، مورفي (2007) همسو می‌باشد. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر «خودآسیب­گری» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش دکلارک و همکاران (2008)، مورفي (2007)، رابرتسون (2006) همسو می‌باشد.

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مقیاس «بدبینی» در مادران دارای کودکان مشکل‏دار، پایین­تر از نُرم جامعه (ميزان مورد انتظار) است. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش ذوقی (1394)، تحقيق كامكاري، شُكرزاده و ميرقائمي (1387)، نریمانی و همکاران (1386)، دکلارک و همکاران (2008)، مورفي (2007)، رابرتسون (2006)، شفیعی کندجانی و همکاران (1399)، آشوتوش و همکاران (2020) و پریرا و همکاران (2021) همسو می‌باشد. به طور کلی تأثیر خانواده در رشد همه‌جانبه کودك، از لحظه تولد آغاز شده و با قدرت و فراگیري خاصی آشکار می‌شود و در سراسر زندگی باقی می‌ماند. روابط صحیح و متعادل والدین و فرزندان یکی از عوامل مؤثر در سلامت و بهداشت روانی آنان است. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده به‌صورت کلی می‌توان اینگونه اذعان داشت که در برخی از مقیاس‌ها میانگین نمرات مادران در حد نرم جامعه بوده است در حالی که در برخی دیگر پایین‌تر از حد نرمال جامعه بوده و نشانگر این است این مادران از تنش‌ها و فشار زیادي رنج می‌برند و در این شاخصه‌ها و مقیاس‌ها از وضعیت خوبی برخوردار نیستند. بی­ثباتی عاطفی، اضطراب­گری، بی­نظمی شناختی، مشکلات هویت، دلبستگی ناایمن، منفعل­گرایی و مقابله­گرایی، قساوت­گرایی، مشکلات سلوکی، خودشیفتگی، طردشدگی و محرک­جویی، مشکلات صمیمیت، پیوندگرایی پایین و بیان هیجانی، اجبارگری، خودآسیب­گری و بدبینی مادران مورد بررسی پایین‌تر از حد نرمال جامعه بوده است. در تبیین این یافته‌ها نمی‌توان به طور قطعی اذعان داشت که این مشکلات کودکان است که باعث پایین شدن نمرات مادران را در مقیاس‌های مذکور شده است. ممکن است علت‌های عدیده‌ای در این مهم دخالت داشته باشند که بحث و بررسی آن از حوصله و اختیارات این پژوهش خارج است، چه‌بسا اختلالات مادران است که بر رفتار فرزندان اثر می‌گذارد. به طور کلی در تحقيقات متعدد همچون محمداسمعیل و موسوی (1382)، نجمی (1382)، دکلارک و همکاران (2008)، مورفي (2007)، رابرتسون (2006)، رتئو (2006)، ون هوک و همکاران (2006)، نیگ (1998) و شفیعی کندجانی و همکاران (1399)، آشوتوش و همکاران (2020) و پریرا و همکاران (2021) علاوه بر اشاره به اهميت دو بعد رفتاري والدين نسبت به كودك به روابط خانوادگي عمدتاً متمركز بر تأثیر والدين بر كودكانشان نيز تأکید داشته‌اند. ویژگی‌های شخصيتي والدين از جمله مادران و ویژگی‌های کودک، ارتباطی دو سویه و متقابل دارد. در يك رويكرد دوسويه، الگوهاي منحصربه‌فرد رفتاري شخص با تمركز بر روابط متقابل بين دو فرد تبيين می‌گردد. تأثیرهای دوسويه به اين معني است كه الگوهاي مشترك منحصربه‌فرد از تعامل، عاطفه و ادراك بين دو شخص بيش از اعمال، عواطف و افكار هر يك به‌تنهایی، بيان می‌دارند كه چه چيزي احتمال دارد بر رشد كودك اثر بگذارد. شخصيت عبارت است از سبک‌های ويژه‌اي كه هر فرد در فكر كردن و رفتار كردن دارد. نحوه‌ی خاص فكر كردن و رفتار كردن هر فرد منعکس‌کننده‌ی شخصيت وي است. اگر شخصيت فرد، يا الگوهاي معمولي پاسخ‌های وي در برابر موقعیت‌ها را بشناسيم، می‌توانیم رفتار او را در موقعیت‌های جديد پيش‌بيني كنيم. سبک‌های خاص شخصيت زماني ناسازگار تلقي مي‌شود و يا به تعبيري ديگر، شخصيت هنگامي اختلال آميز است كه شخص قادر نباشد رفتار خود را بر اساس تغييرات معنی‌دار محيطي، تعديل نمايد و خود را با آن‌ها سازگار كند. ناتواني در انطباق با موقعیت‌ها عاملي است كه می‌تواند شخصيت فرد را ناسازگار و دچار اختلال بنمايد. انعطاف‌ناپذیری در خصیصه‌های شخصیت، موجب می‌شود که شخص نتواند دست کم به یکی از موقعیت‌های عادی زندگی پاسخ سازگارانه بدهد و رفتارش به‌صورت اختلال شخصیت جلوه‌گر می‌شود (آزاد، 1399). نیگ (1996) می‌نویسد: نقش ویژه‌ی آسیب‌شناسی رواني و صفات شخصيتي والدين در پيشگويي مشكلات رفتاري برون ريزانه ي كودك هنوز ناشناخته است. صفات والدين و مادري كردن به طور توام، تقریباً نيمي از واريانس را در كودكان با عدمهمكاري تبيين می‌کند. اين مطالعه به آسیب‌پذیری زیست‌شناختی اشاره داشته و رفتار والدین را منعکس‌کننده‌ی صفات شخصيتي، تاریخچه‌ی رشدي و فلسفه‌ی پرورش كودك توسط والدين معرفي می‌کند. به نظر می‌رسد، وقتی مادران دارای فرزندانی مشکل‌دار هستند که برای درمان آن به مراکز مشاوره و روان‌شناسی اقدام می‌نمایند، این مساله تقریباً بسیاری از جنبه‌های زندگی مادر و کودک مشکل‌دار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تقدم و تاخر مشکل مار و یا مشکل فرزند مساله ای اساسی در پرداختن به این مهم است. اینکه مادر دارای اختلال‌های روان‌شناختی در تربیت کودکان مشکل‌دار نقش دارند یا اینکه فرزندان دارای مشکلات و اختلالات روان‌شناختی هستند خود باعث بروز اختلالاتی در مادران می‌شوند. این مساله را می‌توان از دو جهت بررسی نمود هنگامی‌که کودکی به اختلالی روان‌شناختی دچار مي‌شوند، تمام افراد خانواده‌ از این مساله متأثر مي‌شوند که البته این مساله شاید در مادران به مراتب بیشتر باشد گرچه اظهارنظر دقیق در این خصوص مستلزم پژوهش‌های عدیده باشد. همانگونه که پیشتر نیز اذعان شد، وقتی در کودکی یک اختلال خاص روان‌شناختی تشخیص داده مي‌شود، به احتمال زیاد مادران به‌شدت پریشان مي‌شوند و اصولاً هر خانواده به شکل خاصی از این موضوع متأثر مي‌شود. آگاهی از اختلال کودک می‌تواند غم و اندوه و مشکلات روان‌شناختی را برای مادران تحمیل نماید که آن ها را تا مرز اختلالات بالینی و رفتاری (از جمله مواردی که در این پژوهش از آنها یاد شد و مادران در این مقیاس‌ها از نمرات پایین‌تری از نرمال برخوردار بودند) سوق دهد. بعضا نیز این اختلالات روان‌شناختی و مشکلات و آسیب‌های شخصیتی مادران است که کودک را مشکل‌دار می‌کند. بدیهی است که ارتباط متقابل و توأم مادر- فرزند می‌تواند هر دو جنبه را به خوبی توجیه نماید. اگر حالت اول را بپذیریم ناتوانی در کنترل هیجانات از قبیل عدم کنترل در جلوگیری از خشم، اضطراب، غمگینی و امثال آن نیز در این شرایط دور از انتظار نیست. به طور مثال اجتناب اجتماعی از جمله متغیرهایی بوده است که در نمونه‌های مورد بررسی پایین‌تر از حد نرمال به‌دست‌آمده است. این مساله را می‌توان اینگونه تبیین نمود که مادران مورد بررسی شاید به این علت که اختلال روان‌شناختی و یا رفتاری فرزندان آنان در تعاملات و ارتباطات اجتماعی برای آنان و اطرافیان مشکلاتی را به همراه می‌آورند مادران به اجبار از صمیمیت **و** پیوندگرایی با اطرافیان و پیرامون خود کناره‌گیری می‌کنند و از همین روی است که اجتناب اجتماعی در آنان بالاتر است. رفتار غیراجتماعی نیز بر همین منوال است. بر اساس یافته‌ها، قساوت­گرایی، مشکلات سلوکی و سایر مواردی از این قبیل در این مادران در وضعیت نرمالی قرار ندارد و می‌توان اینگونه اذعان داشت با در نظر گرفتن شرایط روان‌شناختی فرزندان و تعامل میان خلقیات و خصوصیات مادر – فرزند دور از ذهن نخواهد بود که در چنین شرایطی اختلال مادران در این خرده مقیاس بالاتر از حد نرمال باشد. بی‌نظمی هیجانی با خرده مقیاس‌های بی­ثباتی عاطفی، اضطراب­گری، بی­نظمی شناختی، مشکلات هویت، دلبستگی ناایمن، منفعل­گرایی و مقابله­گرایی نیز بر همین اساس است. به نظر می‌رسد اگر حالت اول را در نظر بگیریم، طبیعی است در شرایطی که کودکان مشکلات و اختلالات رفتاری داشته باشند مادران نیز از آن متأثر خواهند شد. کوتاه سخن اینکه حضور کودك مشکل‌دار با ایجاد مشکلات مراقبتی براي خانواده و به‌ویژه تجربیات ناخوشایند براي مادران همراه است. چنین وضعیتی مانع از آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهاي متعارف خود نظیر تربیت فرزندان، روابط اجتماعی، اشتغال، اوقات فراغت و ... را به نحو مطلوبی ایفا کند؛ اما در شرایطی که بخواهیم حالت دوم را در نظر بگیریم این حالت روان‌شناختی مادران است که بر فرزندان است می‌گذارد. از آنجا که مادر اولین کسی است که کودک با او رابطه برقرار می‌کند لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودك به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماري وی محسوب می‌شود. پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که اختلالات رفتاري کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین دارد. هرچقدر مشکل روانی والدین شدیدتر باشد ظهور اختلال‌های رفتاري کودکان سریع‌تر خواهد بود (شیرازی و همکاران، 1392). به نظر می‌رسد که اگر مادران در زمینه‌های مختلف فرهنگی، تربیتی و اجتماعی داراي عملکرد درستی باشند، می‌توانند افرادي سالم و بهنجار به جامعه تحویل دهند، در غیر این صورت اختلالات روانی و تعارضات شخصیتی در جامعه به‌ویژه در کودکان و نوجوانان نمایان خواهد شد. در نهایت اینکه در پرتو این اطلاعات اولیه و در کنار آن لازم است که مطالعات و پژوهش‌های مربوط به سبب‌شناسی بیماری‌ها و اختلال‌های متنوع روانی توسعه داده شوند تا شرایط و اطلاعات لازم براي یک برنامه‌ریزی مدون و منظم مبتنی بر نیازهای واقعی جامعه فراهم گردد. در پایان باید خاطرنشان ساخت که پژوهش حاضر برای مدی مادراني كه داراي فرزند (از دامنه سني 5 تا 10 سال) مي‌باشند و به مراكز و كلينيك‌هاي درماني رجوع نموده‌اند انجام گرفته است، بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر مادران در سایر مناطق کشور و سایر افراد باید رعایت احتیاط را در نظر گرفت. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر لازمه‌ی مؤثر بودن مادران، بهره‌مندی از اطلاعات كافي در زمینه‌ی شناخت مادران و درك رفتارها و علل مشكلات رفتاري آنهاست. بنابراين، آموزش مادران به عنوان يكي از رايج ترين و مؤثرترین شیوه‌های درمانگري است. به مشاوران و روانشناسان مراکز مشاوره پیشنهاد می‌شود به منظور بالا بردن سلامت روان‌شناختی والدین و بهبود اختلالات روان‌شناختی ایشان به برگزاری جلسات فردی و درمانی اهتمام نمایند.

1. منابع

[1] اسدروز، مسعود؛ علیزاده، محسن؛ واحدی خو، جواد و درخشان، روح الله. (1399). مقاسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک زندگی در والدین کودکان مبتلا به بیش فعالی/ نقص توجه و اختلال یادگیری ۶-۱۲ ساله در شهر یاسوج. پیشرفت‌های نوین در روانشناسی. 3(26)، 99-86.

[2] اکاتی, نازنین, رضوانی شکیب, مژگان, اصغری نکاح, سید محسن, & صادقی بایگی. (2019). بررسی نقش خودکارآمدی و نوع سبک فرزندپروری مادر در پیش بینی اضطراب کودکان پیش دبستانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*, *6*(4), 57-64.‎

[3] ذوقی پایدار, قاسمی, بیات, & صنایعی کمال. مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی. تعلیم و تربیت استثنایی, 8(136), 5-14

[4] رضاپور میرصالح, عینی, آیین پرست, ندا, & حشمتی. (2014). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر عملکرد خانواده مادران دارای سبک دلبستگی ناایمن. مطالعات روان شناسی بالینی, 4(15), 105-126.‎.

[5] شفیعی کندجانی, شفیعی, صنم, وطن خواه, فرورشی, & محمود. (2020). وضعیت اجتماعی-اقتصادی، ویژگیهای شخصیتی، سبکهای مقابله‌ای و سلامت روان والدین کودکان مبتلا به طیف اوتیسم. فصلنامه خانواده و پژوهش, 17(3), 89-104.‎

[6]عطادخت, دانشور, فتحی گیلارلو, & سلیمانی. (2015). پروفایل آشفتگی روانشناختی مادران و افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان شهر اردبیل در سال 1393. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان, 14(7), 549-560.‎

[7] موسوي سيدمحمد, & احمدي مهشيد. بررسي مقايسه اي مشکلات رفتاري در کودکان با مادران دچار اختلال وسواسي-جبري و مادران سالم.‎.

[8] نجمی, سید بدرالدین, & حسن زاده. (2010). رابطه ی صفات شخصیتی والدین با نوع اختلالات رفتاری کودکان. مجله اصول بهداشت روانی, 12(46), 522-533.‎

[9] نريماني محمد, آقامحمديان شعرباف حميدرضا, & رجبي سوران. مقايسه سلامت رواني مادران کودکان استثنايي با سلامت رواني مادران کودکان عادي.‎

[10] Santosh, A. K., & Prakash, J. (2020). Personality traits of parents and problems behaviors of the children with intellectual disabilities.

[11] De Clercq, B., Van Leeuwen, K., De Fruyt, F., Van Hiel, A., & Mervielde, I. (2008). Maladaptive personality traits and psychopathology in childhood and adolescence: The moderating effect of parenting. Journal of Personality, 76(2), 357-383..

[12] Csoltova, E., & Mehinagic, E. (2020). Where do we stand in the domestic dog (Canis familiaris) positive-emotion assessment: A state-of-the-art review and future directions. Frontiers in Psychology, 2131..

[13] Larstone, R. M., Craig, S. G., Moretti, M. M., & Livesley, W. J. (2018). An attachment perspective on callous and unemotional characteristics across development. Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment, 324-336.

[14] Murphy; H, (2007), The effect of opsesive- compulsive mothers on the Children's Anxiety, The Journal of General Health, Vol, 62 Number 6, P: 14-15

[15] Nigg, J. T., & Hinshaw, S. P. (1998). Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 39(2), 145-159..

[16] Pondé, M. P., Oliveira, S. C., Merelles, S. L., & Siquara, G. M. (2021). Correlation between personality traits in parents and symptoms of autism in children. Revista Psicologia em Pesquisa, 15(1)..

[17] Rattew DC, Stanger C, McKee L, Dayle A, Hudziak JJ. Interactions between child and parent temperament and child’s behavior problems. Compr Psychiatr 2006; 47(5): 412-20.

*[18] Roberthsun; A, (2006), The study in the Anxiety, The Journal of psychology, Vol, 58, Number: 17, page: 25-28*

[19] Van Hoecke, E., De Fruyt, F., De Clercq, B., Hoebeke, P., & Vande Walle, J. (2006). Internalizing and externalizing problem behavior in children with nocturnal and diurnal enuresis: a five-factor model perspective. Journal of pediatric psychology, 31(5), 460-468..

[20] Widmer, E. D., Kempf, N., Sapin, M., & Galli-Carminati, G. (2013). Family beyond parents? An exploration of family configurations and psychological adjustment in young adults with intellectual disabilities. Research in Developmental Disabilities, 34(1), 207-217.