DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1621 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 21, No. 3, Autumn

Received: 12.02.2025 Accepted: 10.05.2025 Published: 07.10.2025

The Consequences of Behavioral Problems in Toddlers within the Family: A Qualitative Study

Mojgan Karshenas[1], Fahimeh Namdarpour[2], Yousef Gorji[3]

Original Article

Abstract

Background: The family plays a fundamental role in the emotional, cognitive, and behavioral development of children and is the main source of support, upbringing, and development of the child from infancy. Children and their psychological problems also have a reciprocal effect on parents and the family system. This study aimed to investigate the consequences of behavioral problems of toddlers in the family.

Methods: This qualitative research was conducted using the phenomenological descriptive method and data analysis was done through the Colaizzi method. The research population consisted of 20 mothers having toddlers aged 12 to 24 months who referred to health and counseling centers in Najafabad City, Iran, in 2024. Samples were selected purposefully and after completing Achenbach and Rescorla Child Behavior Checklist (CBCL), they were subjected to semi-structured interviews, which continued until theoretical saturation was achieved.

Findings: After analyzing the content of the data, 3 main categories and 7 subcategories of the consequences of children's behavioral problems in the family were identified. These include Mother's mental health issues (depression symptoms, anxiety symptoms), reduced quality of parent-child interaction (increased controlling behavior, lack of emotional support, negativity toward the child), and family dysfunction (increased marital conflicts, disruption in social interaction systems).

Conclusion: Behavioral problems in toddlers cause changes in parents' behavior, cognition, and emotions, which subsequently disrupt positive parenting and lead to challenges in overall family functioning. Therefore, it is essential for preventive educational and counseling programs to be prioritized by health centers, educational institutions, and the healthcare system.

Keywords: Toddlers; Behavioral problems; Parent-child relationship; Psychological problems; Family

Citation: Karshenas M, Namdarpour F, Gorji Y. **The Consequences of Behavioral Problems in Toddlers within the Family: A Qualitative Study.** J Health Syst Res 2025; 21(3): 405-13.

1- PhD Student, Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran
2- Assistant Professor, Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran
3- Assistant Professor, Department of Psychology, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran
Corresponding Author: Fahimeh Namdarpour; Assistant Professor, Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran; Email: namdarpour@iau.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1621]

DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1621 Published by Vesnu Publications

پیامدهای مشکلات رفتاری کودکان نوپا در خانواده: یک مطالعه کیفی

مژگان کارشناس[1]، فهیمه نامدارپور[2]، یوسف گرجی[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خانواده در رشد عاطفی، شناختی و رفتاری کودکان نقشی اساسی دارد و از همان سنین نوزادی، منبع اصلی حمایت، پرورش و رشد کودک می‌باشد. کودکان و مشکلات روان‌شناختی آنان نیز تأثیر متقابلی بر والدین و سیستم خانواده دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی پیامدهای مشکلات رفتاری کودکان در سنین نوپایی بر خانواده انجام گردید.

روش‌ها: این مطالعه به روش کیفی پدیدارشناسی انجام شد و داده‌های آن نیز با روش Collaizi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جمعیت مورد بررسی، ۲۰ مادر به همراه کودکان ۱۲ تا ۲۴ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- خدماتی شهرستان نجف‌آباد در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه‌ها به صورت هدفمند انتخاب شدند که پس تکمیل چک‌لیست مشکلات رفتاری کودکان Achenbach و Rescorla (Child Behavior Checklist یا CBCL)، مورد مصاحبه نیمه ساختار یافته قرار گرفتند و این روند تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت.

یافته‌ها: پس از تحلیل محتوای داده‌ها، ۳ مقوله اصلی و ۷ مقوله فرعی از پیامدهای مشکلات رفتاری کودکان در خانواده به دست آمد که شامل «مشکلات مرتبط با سلامت روان مادر (نشانگان افسردگی، نشانگان اضطراب)، کاهش کیفیت تعامل والد- فرزند (افزایش کنترلگری، کاهش حمایت عاطفی، منفی‌نگری نسبت به کودک) و اختلال در عملکرد خانواده (افزایش تعارضات زوجی، اختلال در سیستم تعاملات اجتماعی)» بود.

نتیجه‌گیری: مشکلات رفتاری کودکان در سنین نوپایی، تغییراتی در رفتار، شناخت و هیجانات والدین ایجاد می‌کند که در ادامه، فرزندپروری مثبت والدین را مختل و عملکرد کلی خانواده را دچار مشکل می‌نماید. بنابراین، لازم است طرح‌های اجرایی پیشگیرانه آموزشی و مشاوره‌ای در همین راستا در اولویت مراکز بهداشت، آموزشی و نظام سلامت قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: کودکان نوپا؛ مشکلات رفتاری؛ تعامل والد و کودک؛ مشکلات روان‌شناختی؛ خانواده

ارجاع: کارشناس مژگان، نامدارپور فهیمه، گرجی یوسف. **پیامدهای مشکلات رفتاری کودکان نوپا در خانواده: یک مطالعه کیفی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۲۱ (۳): ۴۱۳-۴۰۵

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۲/۲۰ تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۷/۱۵

مقدمه

دوره سنی بین نوزادی و اوایل کودکی (حدود ۱۲ تا ۳۶ ماهگی) اغلب به عنوان کودکی نوپایی شناخته می‌شود (۱). از زمانی که نوزاد سفر زندگی را آغاز می‌کند، خانواده قلمرو بسیار مهم در زندگی اوست. خانواده در رشد عاطفی، شناختی و رفتاری کودکان نقشی اساسی دارد و به عنوان منبع اصلی حمایت، پرورش و رشد کودکان عمل می‌کند. مشکلان روان‌شناختی کودکان نیز از پویایی‌ها، راهبردها و توانمندی‌های خانواده می‌گذرد و تمامی عناصر خانواده بر یکدیگر اثرگذار هستند (۲) که اغلب از سال‌های ابتدایی شروع می‌شوند و بین سنین ۱۵-۸ سالگی به اوج می‌رسند (۳). این مشکلات در دوران نوزادی شامل اختلالات تنظیمی مانند گریه‌های بیش از حد، مشکلات خواب یا تغذیه و مشکلات دلبستگی می‌باشد (۴). همچنین، شامل مشکلات بیرونی مانند پرخاشگری و مقابله‌جویی (۵) و مشکلات درونی مانند اضطراب و افسردگی (۶) است.

محققان با در نظر گرفتن تعامل بین ژنتیک، خلق و خو و محیط کودک، چندین عامل خطر را برای سلامت روان ضعیف در نوزادان شناسایی کرده‌اند (۷). عوامل خطر در سنین اولیه شامل وجود مشکلات جسمانی، خلق و خوی دشوار و الگوهای دلبستگی ناایمن و نامنظم است و عوامل خطر موجود در خانواده شامل تعاملات والدینی است که غیر حساس، فاقد صمیمیت و یا کنترل‌کننده و همچنین، بیش از حد درگیرکننده یا بیش از حد محافظت‌کننده هستند. سایر عوامل مؤثر شامل مشکلات یا استرس روانی والدین، سوء مصرف مواد والدین، خشونت خانوادگی، آموزش محدود والدین و درگیری یا جدایی/ طلاق والدین می‌باشد (۸). طبق آمارها، نزدیک به ۲۰ درصد از کودکان در سراسر جهان حداقل به یکی از مشکلات سلامت روان دچار هستند. یک تخمین در ۳۶ کشور نشان داد که حدود ۲۵۰ میلیون کودک در جهان احتمالاً از مشکلات سلامت روان رنج می‌برند (۹). مطالعات در ایران نشان داد که ۱/۴۲ درصد از کودکان به مشکلات رفتاری مبتلا هستند که شیوع آن میان دختران و پسران مساوی است و این درصد به ویژه در گروه سنی اول ابتدایی بسیار نگران‌کننده می‌باشد (۱۰).

برای بیش از دو دهه، ادبیات پژوهش به طور مداوم نشان داده است که تجربیات دوران اولیه کودکی در بستر خانواده، اثرات مهمی بر سلامت روانی و

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران
۲- استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران
۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران
نویسنده مسؤول: فهیمه نامدارپور؛ استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران
Email: namdarpour@iau.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1621]

جسمی افراد دارد و اختلالات سلامت روان نیز تأثیر عمیقی بر تمام جنبه‌های سلامت، شادی و بهره‌وری انسان‌ها می‌گذارد (۱۱). مشکلات رفتاری کودکان، انعکاسی از شرایط پیچیده و بین فردی میان اعضای خانواده به ویژه والدین می‌باشد. در واقع، وجود مشکلات رفتاری در کودکان به منزله روابط معیوب اعضای خانواده با یکدیگر است و با شیوه‌های نادرست فرزندپروری والدین و تعاملات معیوب آنان با فرزندشان ارتباط تنگاتنگی دارد (۱۲). از طرف دیگر، اگرچه والدین بر فرزندان خود تأثیر می‌گذارند و ممکن است موجب ایجاد مشکلات مرتبط با سلامت روان در آنان شوند؛ با این حال، رابطه یک تعامل دو طرفه است و والدین و فرزندان در بستر خانواده، بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند وگاهی والدین نیز در فرایند فرزندپروری با تجربیات استرس، اضطراب و چالش روبه‌رو هستند (۱۳). والدینی که دارای فرزندانی با مشکلات رفتاری هستند، عزت نفس پایین‌تر و احساس گناه و احساس انزوای بیشتری دارند (۱۴). داشتن فرزند تنش‌زا می‌تواند بر سلامت روان و رضایت از زندگی اطرافیان به خصوص مادر تأثیر بگذارد. خانواده‌های این کودکان به دلیل داشتن چنین کودکی با مسایل تربیتی، اجتماعی و روان‌شناختی از جمله انزوا و طرد اجتماعی، سردرگمی و ناامیدی روبه‌رو هستند. همچنین، استفاده از رفتارهای تنبیهی زیاد، عدم رضایت از خود، احساس عدم کفایت والدینی، نشخوار فکری و خودگویی در آنان مشهود است (۱۵). بنابراین، بررسی تأثیر فرزندان در سنین نوپایی به ویژه رفتارهای آن‌ها، بر سلامت روان والدین به خصوص مادر برای درک فرایند تعاملی پیچیده و پویای خانواده ضروری است و موجب پیشگیری از آسیب در خانواده می‌گردد که تاکنون در ایران پژوهشی به آن نپرداخته است. اگر مشکلات رفتاری دوران کودکی شناسایی و درمان نشود، تأثیر منفی شدیدی بر ظرفیت بلندمدت آن‌ها برای داشتن خانواده سالم، مولد و رضایت‌بخش دارد (۱۶). همچنین، از آن‌جایی که سلامت روان پیش‌نیاز رشد و تکامل سالم از سنین نوزادی است، توجه به گروه سنی نوپایان برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار، تمرکز بر نیازهای کودکان و سلامت روان به یک وظیفه ضروری تبدیل می‌شود و چون فرض بر این است که خانواده به نوعی با رشد کودک و مشکلات رفتاری مرتبط است (۱۷)، توجه به پیامدهای مشکلات رفتاری نوپایان و اثرات آن بر خانواده مهم تلقی می‌شود. به دلیل اهمیت تأثیر رفتارهای نوپایایان بر والدین و عملکرد خانواده، ضرورت دارد با روش‌های عمیق‌تری به بررسی و شناسایی آن پرداخته شود. چنین به نظر می‌رسد که تاکنون مطالعه کیفی جامعی در خصوص بررسی پیامدهای مشکلات رفتاری کودکان نوپا در خانواده انجام نشده است. تحقیق حاضر به دنبال شناخت و آگاهی عمیق‌تر تجربیات مادران از مشکلات رفتاری فرزندان نوپای آن‌ها بود. شناخت هرچه بهتر تجارب، چالش‌ها و نیازهای این افراد، به پیشگیری و درمان مشکلات کمک می‌کند و در نتیجه، موجب بهبود سلامت خانواده می‌شود. همچنین، این اقدامات به سلامت روان در سطح جامعه کمک می‌کند و سؤال پژوهشی این‌گونه مطرح می‌شود که پیامدهای مشکلات رفتاری کودکان نوپا در خانواده چگونه است؟

روش‌ها

این مطالعه به منظور بررسی پیامدهای مشکلات رفتاری کودکان در سنین نوپایی بر خانواده با استفاده از رویکرد کیفی پدیدارشناسی توصیفی انجام شد. این روش متمرکز بر چشم‌انداز منحصر به فرد انسان‌ها از پدیده‌های دنیای پیرامون‌شان است؛ به گونه‌ای که پژوهشگر تجربه ناب آنان را از رویدادها به تصویر می‌کشد (۱۸). با توجه به ماهیت تحقیق که مبتنی بر تجارب زیسته افراد بود، از این روش استفاده گردید. همچنین، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش Collaizi استفاده شد. به دلیل تأکید روش Collaizi بر استخراج معنانی از تجربیات، این روش برای تحلیل داده‌های پدیدارشناختی (۱۹) مرتبط با پیامدهای مشکلات روان‌شناختی کودکان در خانواده مورد استفاده قرار گرفت.

جمعیت مورد بررسی شامل مادران دارای فرزند نوپا با مشکلات رفتاری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت و خدماتی شهرستان نجف‌آباد در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه‌ها به شیوه هدفمند و بر اساس کفایت نمونه تا اشباع اطلاعاتی انتخاب شدند؛ به طوری که پژوهشگر با استفاده از پرسش‌نامه مشکلات رفتاری کودکان، اقدام به انتخاب مادرانی کرد که کودکشان در پرسش‌نامه فوق نمره بالاتر از ۶۰ کسب نمودند که می‌توانستند اطلاعات مهمی در مطالعه مذکور بدهند. جهت سنجش مشکلات رفتاری کودکان نوپا، از چک‌لیست مشکلات رفتاری کودکان Achenbach و Rescorla (CBCL یا Child Behavior Checklist) استفاده گردید (۲۰). این سیاهه ابزار مفیدی برای سنجش مشکلات رفتاری، هیجانی و مشکلات اجتماعی کودکان ۱/۵ تا ۵ سال است و در یک پژوهش چند ملیتی در ۲۳ کشور دنیا، ابزار مورد نظر برای کودکان ایرانی مناسب نشان داده شد (۲۱).

بر این اساس، داده‌ها پس از مصاحبه با ۲۰ نفر از مادران به اشباع رسید و یافته جدیدی برای افزودن به داده‌ها وجود نداشت. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن کودک سنین ۱۲ تا ۲۴ ماه، کسب نمره بالاتر از ۶۰ در مقیاس CBCL و تمایل مادر به شرکت در مطالعه بود. ابتلا به بیماری‌ها یا معلولیت‌های شدید و مزمن، اختلالات شدید روان‌شناختی مانند اوتیسم در کودک و طلاق والدین نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. علت خروج این افراد بر اساس اهداف تحقیق بود؛ چرا که کودکان با شرایط خاص، نیاز به مطالعات ویژه خود دارند. سپس هدف پژوهش برای آنان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت کتبی، مصاحبه آغاز گردید. مصاحبه به شکل نیمه ساختار یافته و در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی هنر زندگی واقع در شهرستان نجف‌آباد انجام شد. هر مصاحبه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. سؤالات مصاحبه با پرسش‌های دموگرافیک از بدو تولد کودک و شرایط فعلی خانواده‌اش شروع شد و سپس با سؤالات باز (مانند: در حال حاضر چه نگرانی در مورد کودک خود دارید؟، آیا کودک شما رفتارهایی دارد که در مدیریت کردن آن دچار مشکل باشید؟، چگونه به این رفتارهای کودک پاسخ می‌دهید؟، این مسایل چه تأثیری بر کل خانواده داشته است؟ و...) ادامه یافت. هنگامی که مادر به سؤالات پاسخ می‌داد و احتیاج به شفاف‌سازی بیشتر بود، از مادر درخواست شد توضیح بیشتری بدهد یا مثال بزند.

داده‌ها به روش Collaizi هفت مرحله‌ای شامل «آشنایی با داده‌ها، ایجاد کدهای اولیه، فرمول‌بندی معانی، ترسیم شبکه مضامین، تعریف و نام‌گذاری مضامین و گزارش نهایی و اعتبارسازی» تجزیه و تحلیل گردید (۲۲). جهت تحلیل یافته‌ها در مرحله اول (آشنایی با داده‌ها)، ابتدا صوت هر مصاحبه با دقت گوش داده شد و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی گردید و پس از چندین بار خواندن هر مصاحبه، پژوهشگر با داده‌ها آشنا شد. در مرحله دوم (ایجاد کدهای اولیه)، همه مفاهیمی که به پدیده مرتبط بود، شناسایی گردید. در مرحله سوم (فرمول‌بندی معانی)، هر گزاره مورد توجه قرار گرفت و کدهای دارای وجوه مشترک در یک طبقه قرار داده شد. در مرحله چهارم (ترسیم شبکه مضامین)، با

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1621]

ترکیب و سازمان‌بندی مضامین مشترک، مضامین اصلی ایجاد گردید. در مرحله پنجم (تعریف و نام‌گذاری مضامین)، با توجه به مضامین، نام‌گذاری آن‌ها صورت گرفت. در مرحله ششم (گزارش نهایی) پس از جمع‌بندی نهایی، گزارش نهایی کار آماده شد. مرحله هفتم، اعتبارسازی نهایی بود که از روش Guba و Lincoln (۲۳) استفاده شد.

بر این اساس، داده‌ها در چهار معیار مورد بررسی قرار گرفت. در معیار انتقال‌پذیری که به میزان قابل انتقال بودن نتایج تحقیق به محیطی متفاوت و استفاده برای جمعیت متفاوت اشاره دارد، این معیار از طریق ثبت و توصیف واضح فرایند مطالعه به ویژه نمونه مورد بررسی حاصل شد. معیار دوم اطمینان‌پذیری است که به روش جمع‌آوری و استفاده داده‌ها اطلاق می‌شود. تمامی فرایند پژوهش که شامل جمع‌آوری داده‌ها، شناسایی اصطلاحات مرتبط، کدگذاری و تشکیل مقولات بود، بارها و بارها مورد بررسی قرار گرفت. معیار سوم، تأییدپذیری بود و به این اشاره دارد که یافته‌ها چقدر بر اساس داده‌ها می‌باشد که برای این معیار، پژوهشگر تلاش کرد تا از قضاوت‌های زودهنگام، پیش‌داوری و عقاید شخصی پرهیز کند. در معیار چهارم که باورپذیری بود، از نظرات کارشناسان برای کنترل دقیق فرایند استفاده گردید (۲۳).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۲۰ مادر و کودک نوپا مورد بررسی قرار گرفتند که اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها در جدول ۱ ارایه شده است.

شرکت‌کنندگان شامل مادران ۲۰ کودک در سنین ۱۲ تا ۲۴ ماه بود. ۱۰ نفر از کودکان، دختر و ۱۰ نفر پسر بودند. میانگین سنی کودکان، ۲۰ ماه بود. میانگین سنی پدران و مادران به ترتیب ۳۶ و ۳۳ سال گزارش گردید. میانگین مدت ازدواج والدین نیز ۸ سال بود.

یافته‌های حاصل از مصاحبه با مادران کودکان دارای مشکلات رفتاری در سنین نوپایی کدگذاری و مقوله‌بندی شد و شرح آن در جدول ۲ آمده است.

بر اساس داده‌های جدول ۲، در نتیجه تحلیل مصاحبه‌های صورت گرفته با مادران کودکان نوپای دارای مشکلات رفتاری، ۶۵ مفاهیم اولیه در مرحله کدگذاری و ۷ مقوله فرعی در مرحله دوم و در نهایت، ۳ مقوله اصلی به دست آمد که شامل «مشکلات مرتبط با سلامت روان مادر (نشانگان افسردگی، نشانگان اضطراب)، کاهش کیفیت تعامل والد- کودک (افزایش کنترلگری، کاهش حمایت عاطفی، منفی‌نگری نسبت به کودک) و اختلال در عملکرد خانواده (افزایش تعارضات زوجی، اختلال در سیستم تعاملات اجتماعی)» بود.

مشکلات مبتنی بر سلامت روان مادر

یکی از پیامدهایی که افراد دارای کودکان نوپا با مشکلات رفتاری به آن اشاره نمودند، مقوله مشکلات مبتنی بر سلامت روان مادر است که تحت عنوان مقوله اصلی طبقه‌بندی شد و از دو مقوله فرعی «نشانگان افسردگی و نشانگان اضطراب» تشکیل شده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی کودکان نوپای دارای مشکلات رفتاری در خانواده

شرکت‌کننده	سن کودک (ماه)	جنسیت	تعداد فرزندان	سن والدین (سال)		شغل والدین		مدرک تحصیلی والدین		مدت ازدواج (سال)
				پدر	مادر	پدر	مادر	پدر	مادر	
۱	۱۹	پسر	۱	۲۷	۲۵	کارمند	خانه‌دار	کارشناسی	کارشناسی	۵
۲	۲۴	پسر	۲	۳۸	۲۷	آزاد	خانه‌دار	دیپلم	دیپلم	۱۱
۳	۲۴	پسر	۱	۳۷	۳۴	حسابدار	فرهنگی	کارشناسی	کارشناسی ارشد	۶
۴	۲۰	پسر	۱	۳۰	۲۵	آزاد	خانه‌دار	دیپلم	کارشناسی	۶
۵	۱۸	پسر	۲	۴۰	۳۸	آزاد	خانه‌دار	کارشناسی	کارشناسی ارشد	۱۲
۶	۲۱	پسر	۱	۳۲	۳۰	آزاد	نتورکر	دیپلم	کاردانی	۷
۷	۲۰	پسر	۲	۳۷	۳۵	آزاد	خانه‌دار	کارشناسی	کارشناسی ارشد	۱۲
۸	۱۹	پسر	۱	۳۹	۳۳	وکیل	خانه‌دار	دکتری	کارشناسی ارشد	۳
۹	۱۸	پسر	۲	۳۶	۳۲	مهندس	خانه‌دار	کارشناسی	کارشناسی ارشد	۱۴
۱۰	۲۱	پسر	۲	۴۲	۴۰	کارمند	خانه‌دار	کارشناسی	کارشناسی	۱۵
۱۱	۱۹	دختر	۲	۳۸	۳۷	مهندس	خانه‌دار	کارشناسی	کارشناسی	۷
۱۲	۱۸	دختر	۲	۳۲	۲۷	کارمند	خانه‌دار	کاردانی	دیپلم	۱۲
۱۳	۲۴	دختر	۲	۴۰	۳۸	هیأت علمی	مدرس	دکتری	دکتری	۱۰
۱۴	۲۱	دختر	۳	۴۰	۳۹	نظامی	خانه‌دار	کارشناسی	کارشناسی	۱۶
۱۵	۲۴	دختر	۲	۳۴	۳۳	آزاد	فرهنگی	سیکل	لیسانس	۸
۱۶	۱۸	دختر	۲	۴۰	۴۰	کارمند	کارمند	کارشناسی	کارشناسی ارشد	۱۰
۱۷	۲۴	دختر	۱	۴۰	۳۷	مهندس	مشاور	کارشناسی	دانشجوی دکتری	۶
۱۸	۲۱	دختر	۱	۳۲	۳۳	پرستار	پرستار	کارشناسی	کارشناسی	۵
۱۹	۲۴	دختر	۱	۳۴	۳۲	کارمند	خانه‌دار	سیکل	کارشناسی	۸
۲۰	۱۸	دختر	۲	۳۷	۳۳	آزاد	فرهنگی	کارشناسی	کارشناسی ارشد	۴

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1621]

جدول ۲. پیامدهای مشکلات رفتاری کودکان نوپا در خانواده

مقوله اصلی (درون‌مایه)	مقوله فرعی	مفاهیم
مشکلات مبتنی بر سلامت روان مادر	نشانگان افسردگی	اختلال در خواب، احساس افسردگی، گریه کردن، احساس خستگی، ناراحتی، احساس درماندگی، احساس تنهایی، ناامیدی، کاهش تمرکز، کاهش تاب‌آوری،کاهش اعتماد به نفس، رها کردن اهداف، بی‌حوصلگی، کم‌تحملی، کناره‌گیری از جمع، خودسرزنشگری، انجام ندادن کارهای منزل، عدم رضایت از زندگی، احساس گناه، خودمقایسه‌گری منفی، احساس درک نشدن، احساس مادر ناکافی بودن، سردرگمی، تعارض، احساس قربانی شدن، احساس طرد شدن، دردهای جسمانی
	نشانگان اضطراب	نگرانی از آینده، دغدغه‌مندی، بی‌قراری، گوش به زنگی، فاجعه‌پنداری، کلافگی
کاهش کیفیت تعامل والد- کودک	افزایش کنترلگری	زیاد تذکر دادن، رفتار پرخاشگرانه، سخت‌گیری
	کاهش حمایت عاطفی	قهر کردن با کودک، سرزنش کردن، بریدگی عاطفی، عدم پذیرش، عدم درک کودک، تحقیر کردن، طرد کردن، سرزنش کردن، بی‌مسؤولیتی در قبال کودک، بی‌توجهی به نیازهای کودک، کاهش وقت کیفی با کودک
	منفی‌نگری نسبت کودک	احساس تنفر، مقایسه‌گری منفی، ناامیدی از بهبود، ناامیدی نسبت به درمان، بدبینی نسبت به کودک، احساس پشیمانی از فرزندآوری
اختلال در عملکرد خانواده	افزایش تعارضات زوجی	جر و بحث، فاصله در روابط عاطفی، سپر بلا قرار دادن کودک، متهم کردن یکدیگر، افزایش ناهماهنگی در سبک تربیتی، کنار کشیدن والد از مسؤولیت‌های فرزندپروری، انتظارات نابه‌جا از یکدیگر، وقت نداشتن برای همسر
	اختلال در تعاملات اجتماعی	قطع ارتباط با اطرافیان، محدودیت در روابط با دیگران، طرد خانواده، افزایش دخالت اطرافیان

نشانگان افسردگی: شرکت‌کنندگان به نشانگان مرتبط با افسردگی اشاره نمودند. به خصوص مادرانی که در مسیر فرزندپروری کودکان دشوار، از حمایت کمی برخوردار بودند، علایم اختلال در خواب، احساس افسردگی، گریه کردن، احساس خستگی، ناراحتی، احساس درماندگی، احساس تنهایی، ناامیدی، کاهش تمرکز، کاهش تاب‌آوری،کاهش اعتماد به نفس، رها کردن اهداف، بی‌حوصلگی، کم‌تحملی، کناره‌گیری از جمع، خودسرزنشگری، انجام ندادن کارهای منزل، عدم رضایت از زندگی، احساس گناه، خودمقایسه‌گری منفی، احساس درک نشدن، احساس مادر ناکافی بودن، سردرگمی، تعارض، احساس قربانی شدن، احساس طرد شدن و دردهای جسمانی را تجربه می‌کردند. شرکت‌کننده ۱۷ گفت: «مشکلات کودکم و در کنارش سرزنشگری دیگران، منجر به افسردگی من شد که تا یک سال بعد از زایمان، من افسردگی گرفتم و مراجعه کردم به روان‌پزشک و شش ماه دارو خوردم». شرکت‌کننده ۱۹ بیان کرد: «به خاطر شب بیداری‌ها و گریه‌های شدید بچه، کلاً خوابم مختل بوده همیشه... بعضی وقتا اینقدر درگیر بچه می‌شم که حتی یه تمیزکاری ساده یا یه غذا پختن رو هم انجام نمی‌دم. انرژی واسم نمی‌مونه». شرکت‌کننده ۱۸ عنوان نمود: « بچه وقتی شیر نمی‌خورد، اعصابم خیلی خرد می‌شد. جلوش می‌زدم رو زانوم... یه وقتا می‌نشستم اینقدر جلوش گریه می‌کردم اینقدر حالم بد بود، انقدر بلند بلند گریه می‌کردم، بچه فقط نگاهم می‌کرد». شرکت‌کننده ۴ اظهار نمود: «شب که می‌خوام بخوابم عذاب وجدان می‌گیرم. می‌گم نباید دعواش می‌کردم یا چرا سرش داد زدم».

نشانگان اضطراب: مقوله اضطراب نیز از جمله مواردی بود که شرکت‌کنندگان با آن درگیر شدند. آنان نگرانی از آینده، دغدغه‌مندی، بی‌قراری، گوش به زنگی و فاجعه‌پنداری را تجربه نمودند. شرکت‌کننده ۸ اذعان داشت: «احساس می‌کنم که من خونه‌نشین شدم یه جورایی... واژه جالبی نیست بگم خاک بر سر شدم. یه بچه‌ای که من باید تا آخر عمر مداوم درگیر مسایلش باشم. مسایلش رو حل کنم، نیازهاش رو برطرف کنم و نگرانش باشم». شرکت‌کننده ۳ در مورد نگرانی‌های خود گفت: «وقتی توی رفتارای بچه‌ام ریز می‌شم، می‌بینم وای انگار خیلی مشکل داره. می‌ترسم اینا سایه بندازه تو بزرگسالیش و یک بزرگسالی خوب و سالمی نداشته باشه. بابت لجبازی کردن، پرخاشگری کردن، آسیب رساندن به خودش و هم رفتارهای متضادش».

کاهش کیفیت تعامل والد- کودک

مشکلات رفتاری کودکان نوپا در خانواده، منجر به ایجاد چالش‌ها و مشکلات فرزندپروری والدینی و در نهایت، کاهش کیفیت تعاملات والد- کودک می‌گردد که شامل سه مقوله فرعی »افزایش کنترلگری یا غفلت، کاهش حمایت عاطفی و منفی‌نگری نسبت به کودک» می‌باشد.

افزایش کنترلگری: بعضی از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که به مرور زمان بر اثر مشکلات رفتاری کودک و ناآگاهی خودشان به عنوان والد، تعاملات نادرستی با کودک برقرار نمودند که از آن جمله می‌توان به افزایش کنترلگری، رفتارهای پرخاشگرانه یا سختگیری برای اصلاح رفتار کودک اشاره نمود. شرکت‌کننده ۱۰ در این باره بیان نمود:«با این که کوچیکه، باباش دعواش می‌کنه. کتکش می‌زنه، تو سرش می‌زنه. تا یه چیزی رو می‌ریزه، باباش می‌گه خاک تو سرت کنن».

کاهش حمایت عاطفی: شرکت‌کنندگان عنوان نمودند که گاهی روی خوش به کودک نشان نمی‌دهند و دیگر آن چنان کودک را مورد حمایت عاطفی خود قرار نمی‌دهند و رفتارهایی همچون قهر کردن با کودک، سرزنش کردن، بریدگی عاطفی، عدم پذیرش، عدم درک کودک، تحقیر کردن، طرد کردن و سرزنش کردن کودک را داشته‌اند.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1621]

برخی نیز بی‌مسؤولیتی در قبال کودک، بی‌توجهی به نیازهای کودک و کاهش وقت کیفی با کودک را در پیش گرفتند. شرکت‌کننده ۲۰ اظهار داشت: «با این که خیلی کوچیکه و نمی‌فهمه، سرزنشش می‌کنم. بهش می‌گم آبروی منو بردی».

منفی‌گرایی نسبت به کودک: شرکت‌کنندگان عنوان کردند که مشکلات رفتاری کودک، باعث به وجود آمدن افکار و احساسات منفی نسبت به او شده است. شرکت‌کننده ۸ در مورد احساس پشیمانی از فرزندآوری گفت: «من بچه‌ام رو خیلی دوستش دارم، ولی گاهی وقتا فکر می‌کنم اگر دکمه عقب‌گرد بود، خوب بود». شرکت‌کننده ۱۰ بیان کرد: «حتی مامان خودم می‌گه دلم برات می‌سوزه. خب چرا دلت باید برام بسوزه؟ می‌گن چه بچه‌ای داری! چرا این‌جوری شد؟ عادیه؟ طبیعیه؟ مقایسه‌اش می‌کنن».

اختلال در عملکرد خانواده

این مقوله به دو مقوله فرعی «افزایش تعارضات زوجی و اختلال در تعاملات اجتماعی» تقسیم شد.

افزایش تعارضات زوجی: شرکت‌کنندگان عنوان نمودند که مشکلات کودک بر رابطه زوجی‌شان سایه افکنده و موجب ایجاد مسایلی در رابطه زوجی شده است. این مسایل شامل «جر و بحث، ایجاد فاصله در روابط عاطفی، سپر بلا قرار دادن کودک، متهم کردن یکدیگر، افزایش ناهماهنگی در سبک تربیتی، کنار کشیدن والد از مسؤولیت‌های فرزندپروری، انتظارات نابه‌جا از یکدیگر و وقت نداشتن برای همسر» بود. شرکت‌کننده ۱۰ گفت: «تا قبل از این که بچه دومم به دنیا بیاد خوب بودیم تقریباً، اما الأن تنش‌هامون بیشتر تو همین رابطه با بچه است. به هم می‌گیم که تو این کارو کردی، تو این‌طوری تربیتش کردی. تو بگیرش... من خسته شدم. چیزهای این‌طوری پیش اومده بینمون». شرکت‌کننده ۸ بیان کرد: «فکر می‌کنم تو این مسیر یه فاصله عاطفی بین من و همسرم افتاد».

اختلال در تعاملات اجتماعی: با وجود مشکلات رفتاری کودک، سیستم ارتباطی درونی و بیرونی خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرد و دیگر خانواده قادر نیست مانند سابق با اطرافیان تعامل داشته باشد. شرکت‌کننده ۱۰ اذعان نمود: «هر جا ببرمش، داد و بیداد می‌کنه، چیز پرت می‌کنه، اذیت می‌کنه، بقیه را هول می‌ده بچه‌هارو، کارای این‌طوری می‌کنه. من خیلی تو محیط اجتماعی و حتی مهمونی نمی‌تونم ببرمش. شاید الأن تو یک سال و نیم اخیر، یک یا دو بار مهمونی رفته باشم که اونم مجبور شدم زود برگردم».

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیامدهای مشکلات رفتاری کودکان نوپا در خانواده صورت گرفت. مقوله‌های حاصل از تحلیل داده‌ها، تلاشی در راستای کسب آگاهی بیشتر و عمیق‌تر بود. با توجه به محتوای یافته‌ها، مقوله مشکلات مبتنی بر سلامت روان مادر شامل مقولات فرعی «نشانگان افسردگی و نشانگان اضطراب» بود. نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۹-۲۴) با یافته‌های به دست آمده از مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد. سلامت روان اصطلاحی است که برای توصیف بهزیستی شناختی، عاطفی و همچنین، فقدان اختلالات روانی به کار می‌رود. در واقع، توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی، ایجاد تعادل بین فعالیت‌های روزمره و تلاش برای دستیابی به آسایش روان‌شناختی است (۲۴). رفتارهای چالش‌برانگیز کودکان مانند ناسازگاری و پرخاشگری، موجب ایجاد مشکلات مرتبط با سلامت روان (۲۵) و احساس عدم موفقیت و شادی در مادر می‌شود (۲۶). نتایج تحقیق امیری و همکاران نیز نشان داد که مادران کودکان دارای اختلالات رفتاری، نشانگان افسردگی همچون احساس گناه فزاینده، احساس انزوا، غمگینی، تنهایی، لذت نبردن، زودرنجی و بی‌حوصلگی دارند (۲۷). بر اساس یافته‌های پژوهش Menon و همکاران، والدین کودکان دارای مشکلات رفتاری، استرس زیادی دارند (۲۸). مادران این کودکان اغلب سطح بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند و با دشواری‌هایی در فرزندپروری روبه‌رو می‌شوند (۲۹).

نتایج مطالعه کریم‌زاده و همکاران در تناقض با یافته‌های بررسی حاضر، نشان داد که مشکلات رفتاری کودکان، بازتابی از مشکلات روانی والدین می‌باشد؛ چرا که بیماری روانی والدین می‌تواند احتمال بروز اختلالات روانی در کودک را افزایش دهد (۳۰). به نظر می‌رسد ارتباط بین مشکلات سلامت روان مادر و کودک، یک رابطه دو طرفه است که ارتباط تنگاتنگی با هم دارد. در نهایت، مشکلات رفتاری کودک و سلامت روان مادر، دو نقطه مهم و کلیدی در سلامت خانواده محسوب می‌شوند که هردو مداوم بر یکدیگر اثر می‌گذارند و از یکدیگر اثر می‌پذیرند (۳۱).

مقوله دوم، کاهش کیفیت تعامل والد- کودک شامل مقولات فرعی «افزایش کنترلگری، کاهش حمایت عاطفی و نگرش منفی نسبت به کودک» بود. عواملی که باعث کاهش کیفیت تعاملات والد- کودک و به کارگیری تعاملات ناسالم می‌شود، پیچیده هستند. در بسیاری موارد، مشکلات رفتاری کودک، شناخت و عواطف والدین را دچار مشکل می‌کند و بر نحوه واکنش آن‌ها به فرزندان‌شان تأثیر می‌گذارد که می‌تواند منجر به دوره‌هایی از سوء استفاده یا بدرفتاری با کودک شود (۳۲). مقوله فرعی اول، افزایش کنترلگری بود. والدین این کودکان تلاش دارند رفتارهای مشکل در کودک را کاهش دهند. بنابراین، شیوه‌های رفتاری برخی والدین به ویژه مادر، بسیار دستوری، منفی، سختگیرانه و تنبیهی است که در تداوم مشکلات کودکان نیز مؤثر می‌باشد (۱۵). این والدین اغلب در برخوردهای انضباطی، خشن، ناهماهنگ و ناتوان هستند و مهارت‌های فرزندپروری کمی دارند (۳۳).

عباسعلی‌زاده رنجبری و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند، مادرانی که فرزند دارای اختلال برونی‌ساز دارند، هیجانات منفی نسبت به کودک خود تجربه می‌کنند و رفتارهای کودک، موجب حساس‌تر و تکانه‌ای‌تر شدن مادر می‌شود (۳۴). مقوله دیگر، کاهش حمایت عاطفی بود. برخی والدین نسبت به نیازهای کودک دارای مشکلات رفتاری، بی‌توجهی نشان می‌دهند. شیوه این والدین، محبت و حمایت کافی در برندارد و همراه با عدم توجه و محبت مادرانه است (۱۵). وجود یک کودک با مشکلات رفتاری، باعث علایم خستگی عاطفی (احساس خستگی هنگام فکر کردن به تعاملات روز با کودکان)، احساس عجز در توانایی‌های فرزندپروری خود، جدایی عاطفی ازکودک (عدم مراقبت) و دلسردی از نقش‌های والدینی می‌شود و در نهایت، فرسودگی والدین در مسیر فرزندپروری را به دنبال دارد (۲۶). مقوله فرعی دیگر، نگرش‌های منفی نسبت به کودک می‌باشد. پژوهش‌های همسو حاکی از آن است که والدین کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری، نگرش‌های خصمانه و یا درگیری مفرط هیجانی نسبت به کودک نشان می‌دهند (۳۵). والدین کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری برون‌ساز، به دلیل داشتن چنین کودکی، با مسایلی همچون شناخت و افکار ناکارامد مانند عدم رضایت از خود، نشخوار فکری و افکار منفی روبه‌رو هستند (۱۵). یافته‌های مطرح شده در مطالعه

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1621]

حاضر به وضوح نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری کودکان، می‌تواند تأثیرات عمیقی بر نگرش و رفتار والدین داشته باشد. این مشکلات نه تنها والدین را به سمت تعاملات ناسالم با کودک سوق می‌دهد، بلکه باعث می‌شود آن‌ها احساس عجز در توانایی‌های فرزندپروری را تجربه کنند. این وضعیت ممکن است والدین را به تدریج از نقش‌های اصلی خود و اهداف والدینی دور کند. این اختلالات در والدین، موجب مسایل بسیار زیادی در خانواده و در ارتباط با فرزندان می‌شود (۳۶).

مقوله اصلی سوم، اختلال در عملکرد خانواده و شامل مقولات «افزایش تعارضات زوجی و اختلال در تعاملات اجتماعی» می‌باشد. عملکرد خانواده به پیوند عاطفی مؤثر اعضای خانواده، ارتباطات خانوادگی و مدیریت رویدادهای خارجی اشاره دارد (۳۷). عوامل مختلفی ممکن است بر عملکرد خانواده تأثیر بگذارد که از آن جمله می‌توان به «ساختار خانواده، رویدادهای زندگی و روابط خانوادگی» اشاره نمود (۳۸). به طور کلی، عملکرد خانواده به کیفیت زندگی خانوادگی در سطح سیستمی اشاره می‌کند که بر سلامت، شایستگی، نقاط قوت و ضعف تأکید دارد (۳۹). مقوله فرعی اول، به تعارضات زناشویی اشاره نمود که به علت مشکلات رفتاری کودکان ایجاد می‌شود و در ادامه، موجب اختلال در عملکرد خانواده می‌گردد. نتایج تحقیق Priego-Ojeda و Rusu نشان داد که در خانواده‌های دارای کودکان مشکل، رضایت و کیفیت تعاملات زوجین افت پیدا می‌کند (۳۶) که با یافته‌های بررسی حاضر همسو بود. والدین این کودکان، استرس زیادی پیرامون فرزندپروری خود دارند که این امر موجب مشکلات زناشویی می‌شود (۴۰). کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری، به کمیت و کیفیت روابط زوجین آسیب می‌رسانند و این امر موجب به خطر افتادن سلامت روانی زوجین می‌گردد (۴۱)، اما نتایج پژوهشی نشان داد کودکانی که در معرض دعواها و مشکلات زوجی قرار می‌گیرند، بیشتر در معرض مشکلات رفتاری درونی‌ساز و برون‌ساز قرار دارند و می‌توان گفت اگر به هر دلیلی بین والدین تعارض به وجود آید، تأثیر منفی بر کودکان مشهود است و مشکلات رفتاری آنان را افزایش می‌دهد (۴۲) که با یافته‌های مطالعه حاضر مغایرت داشت. تحقیق Kerr و همکاران بر روی ۷۵ خانواده دارای کودک نوپا، نشان داد که در درجه اول، روابط با کیفیت بین زوجین در خانواده و رضایت بین والدینی است که رشد نوپایان را بهبود می‌بخشد و با تنظیم هیجانات آنان، از ایجاد مشکلات رفتاری در نوپایان جلوگیری می‌کند (۴۳). در توجیه این تفاوت می‌توان گفت، تعاملات والد- کودک شامل ترکیب رفتارها، احساسات و انتظارات منحصر به فرد است که به صورت متقابل و پیچیده بین والد و کودک وجود دارد که هر دو بر هم تأثیر متقابل دارند (۴۴).

مقوله فرعی دیگر، مربوط به اختلال در تعاملات اجتماعی است. تعاملات لحظه به لحظه کودک با مراقبان اصلی، نقش مهمی در توسعه و نگهداری اختلالات رفتاری آنان دارد. این رفتارها اغلب در سیستم خانواده به صورت کارکردی ظاهر می‌شود، اما به مرور می‌تواند منجر به بروز مشکلات اجتماعی و انزوای خانواده شود (۴۵). در همین راستا، نتایج پژوهش غریبی و همکاران نشان داد کودکان دارای مشکلات رفتاری، باعث محدودیت تعاملات خانواده با اطرافیان می‌شوند (۴۶). همچنین، به دنبال مشکلات کودک، عواملی مانند انگ اجتماعی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی دشوار و عدم حمایت اجتماعی، موجب استرس والدین می‌شود و اثرات نامطلوب مشکلات کودک را تشدید می‌کند (۴۷). به نظر می‌رسد مشکلات رفتاری کودکان، می‌تواند منجر به افزایش تعارضات و کاهش کیفیت روابط زوجین شود. این وضعیت نه تنها بر توانایی والدین در پاسخدهی مؤثر به نیازهای فرزندان تأثیر می‌گذارد، بلکه می‌تواند چرخه‌ای از تعاملات ناسالم خانوادگی را ایجاد کند که بر رشد هیجانی و رفتاری کودکان نیز اثرات منفی دارد.

محدودیت مطالعه حاضر، بررسی و مصاحبه با مادران بود. پیشنهاد می‌شود مصاحبه‌های اختصاصی با پدر و سایر مراقبان کودک نیز انجام شود. همچنین، تحقیق حاضر به علت ماهیت مطالعات کیفی، فاقد تعمیم‌پذیری مستقیم به جمعیت‌های گسترده می‌باشد.

نتیجه‌گیری

مشکلات رفتاری کودکان در سنین نوپایی، والدین را با چالش‌های بیشتری نسبت به خانواده‌های هنجار مواجه می‌کند و این چالش‌ها استرس بیشتری را بر آن‌ها تحمیل می‌کند و باعث ایجاد یک محیط خانوادگی متعارض و نامطلوب می‌شود. خانواده از منظر فردی، والدینی، زوجی و اجتماعی درگیر مسایل مختلف مرتبط با کودک می‌شود که موجب آسیب‌پذیری، استرس، راهبردهای نادرست فرزندپروری و کاهش کیفیت روابط زوجی می‌گردد. پیشنهاد می‌شود که مراکز بهداشت و درمان علوم پزشکی، در کنار آموزش‌های دوران بارداری و مامایی، بسته‌های آموزشی جامع جهت بهبود تعاملات والد- کودک را به خانواده‌ها ارایه دهند. همچنین، متخصصان و متولیان سلامت، برنامه‌های حمایتی و مشاوره‌ای در راستای پیشگیری از مشکلات رفتاری در کودکان و اثرات آن بر خانواده را در اولویت قرار دهند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.090، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر می‌باشد. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگانی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Edwards, Lui. Handbook of Parenting. Lawrence Erlbaum Associates. Lawrence Erlbaum Associates 2005; 1(16): 608.
2. Singha R, Singha S. Empowering Student Voices: Compassion, Mindfulness, and Addiction Awareness through Multidimensional Addiction Behavior Scale. 2024.
3. Hemphill SA, Heerde JA, Herrenkohl TI, Patton GC, Toumbourou JW, Catalano RF. Risk and protective factors for adolescent substance use in washington state, the United States and Victoria, Australia: a longitudinal study. J Adolesc Health 2011; 49(3): 312-20.
4. Postert C, Averbeck-Holocher M, Achtergarde S, Müller JM, Furniss T. Regulatory disorders in early childhood:

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1621]

Correlates in child behavior, parent-child relationship, and parental mental health. Infant Ment Health J 2012; 33(2): 173-86.
5. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters Z, Zera M. (2009). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2009; 39: 1468-84.
6. Bayer JK, Ukoumunne OC, Lucas N, Wake M, Scalzo K, Nicholson JM. Risk factors for childhood mental health symptoms: national longitudinal study of Australian children. Pediatrics 2011; 128(4): e865-79.
7. McLuckie A, Landers AL, Curran JA, Cann R, Carrese DH, Nolan A, et al. A scoping review of mental health prevention and intervention initiatives for infants and preschoolers at risk for socio-emotional difficulties. Syst. Rev 2019; 8: 183.
8. Izett E, Rooney R, Prescott SL, De Palma M, McDevitt M. Prevention of Mental Health Difficulties for Children Aged 0-3 Years: A Review. Front Psychol 2021; 29; 11: 500361.
9. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, DE Girolamo G, Gluzman S, Gureje O, Haro JM, Kawakami N, Karam A, Levinson D, Medina Mora ME, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Stein DJ, Adley Tsang CH, Aguilar-Gaxiola S.
10. Jari M, Kelishadi R, Ardalan G, Taheri M, Taslimi M, Esmaeil Motlagh M.Prevalence of Behavioral Disorders in Iranian Children 2016; 12(1): 109-13. [In Persian].
11. Bartolomé-Valenzuela M, Pereda N, Guilera G. Patterns of adverse childhood experiences and associations with lower mental well-being among university students. Child Abuse Negl 2024; 152: 106770.
12. Tahmasian K. The effect of mothers' training on reducing children's behavioral disorders [master's thesis]. Tehran: Tehran Institute of Psychiatry 1996. [In Persian].
13. Minh TN, Tran Quang AN, Ha TA. The influence of children's behavior problems on parents' psychological well-being: A serial mediation model of parental psychological control and parental burnout. Children and Youth Services Review 2022; 134: 106366.
14. Di Giuseppe M, Prout TA, Fabiani M, Kui T. Defensive profile of parents of children with externalizing problems receiving Regulation-Focused Psychotherapy for Children (RFP-C): A pilot study. Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 2020; 8(2).
15. Khansari Z, Torkan H, Bahrampour M. Compilation and Validation of a parenting package based on the healthy human theory for mothers with children with externalizing disorders. Journal of Applied Family Therapy 2024; 4(5): 130-60. [In Persian].
16. Lyons-Ruth K, Todd Manly J, Von Klitzing K, Tamminen T, Emde R, Fitzgerald H, Paul C, Keren M, Berg A, Foley M, Watanabe H. The Worldwide Burden of Infant Mental and Emotional Disorder: Report of the Task Force of the World Association for Infant Mental Health. Infant Ment Health J 2017; 38(6): 695-705.
17. van As N, M Janssens JM. Relationships between Child Behavior Problems and Family Functioning: A Literature Review. Child Care in Practice 2002; 5(1-2): 40-51.
18. Willig C. Introducing qualitative research in psychology [eBook]. UK: McGraw-Hill Education; 2013.
19. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. Existential phenomenological alternatives for psychology. New York: Oxford University Press; 1978. p. 48-71.
20. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlingron, VT: University of Vermont, Research Center of Children, Youth & Families. 2000.
21. Esmaeli EM. Preschool Psychopathology Reported by Parents in 23 Societies: Testing the Sevven-syndrome Model of the Child Behavior for Ages 1.5-5. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010: 49: 1215-24.
22. Ghiyasvandian S, Emami Sigaroudi A, Nikbakht A. Experiences of doctoral students in nursing, related to blended learning. 10th International Conference on Knowledge, Economy and Management, Istanbol, Turkey; 2012.
23. Guba EG, Lincoln YS. Naturalistic inquiry. 1985 (75). Beverly Hills, CA: Sage.
24. Shirazi F, Rezvani S, Haghighi N, Farzamfar E. The Relationship between Mental Health Disorders with Anxiety and Depression in Mothers of Children. Cheshmandaz Amin in Applied Psychology 2014; 1(1): 37-44. [In Persian].
25. Riahi F, Amini F, Salehi-Vaisi M. Children's behavioral problems and their relationship with mothers' mental health. Pars Journal of Medical Sciences 2022; 10(1): 46-52.
26. Roskam I, Brianda ME, Mikolajczak M. A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). Front. Psychol 2018; 9: 758.
27. Amiri M, Movallali G, Nesaiyan A, Hejazi M, Assady Gandomani R. Effect of Behavior Management Training for Mothers With Children having ODD Symptoms. JREHAB 2017; 18(2): 84-97. [In Persian].
28. Menon M, Fauth RC, Easterbrooks MA. Exploring Trajectories of Young Mothers' Parenting Stress in Early

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1621]

Childhood: Associations with Protective Factors and Psychological Vulnerabilities. Parenting 2020; 20(3): 200-28.
29. Mosiri F, Taher M, Moradi S, Motahedi-Fard M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and stress in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health 2020; 7(2): 408-80.
30. Karimzadeh M, Rostami M, Teymouri R, Moazzen Z, Tahmasebi S. The association between parental mental health and behavioral disorders in pre-school children. Electron Physician 2017; 9(6): 4497-502. [In Persian].
31. Lowthian E, Bedston S, Akbari A, Fry R, Huxley K, Johnson R, et al. Maternal mental health and children's development: a bi-directional relationship? International Journal of Population Data Science 2022; 7(3): 162.
32. van Leuven L, Västhagen M, Forster M, Lindberg L. Parents' experiences of parent training after reported child abuse: A qualitative study. Child Abuse Negl 2025; 161: 107252.
33. Hohlfeld AS, Harty M, Engel ME. Parents of children with disabilities: A systematic review of parenting interventions and self-efficacy. African Journal of Disability 2018; 7(1): 1-12.
34. Abbasalizadeh R, Badri Gargari R, Esmaeelpour Kh. The Effect of Forgiveness Training in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Improving the Parent-child Relationships. Positive Psychology Research 2021; 7(2), 26: 17-32. [In Persian].
35. Boostani F, Barzegar M, Samani S, Sohrabi N. The relationship of children's behavioral problems with violence in mothers with ADHD children in Shiraz. Journal of Behavioral Sciences 2020; 11(44): 31-46. [In Persian].
36. Priego-Ojeda M, Rusu PP. Emotion regulation, parental stress and family functioning: Families of children with disabilities vs normative families. Res Dev Disabil 2023; 139: 104548.
37. Fang X, Xu J, Sun L, Zhang J. Family functioning: Theory, influencing factors, and its relationship with adolescent social adjustment. Adv Psychol Sci 2004; 12: 544-53.
38. Izzo F, Baiocco R, Pistella J. Children's and Adolescents' Happiness and Family Functioning: A Systematic Literature Review. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022; 19(24): 16593.
39. Shek DT. A longitudinal study of perceived family functioning and adolescent adjustment in Chinese adolescents with economic disadvantage. J Fam Issues 2005; 26: 518-43.
40. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2013; 21(1): 3-17.
41. Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners: an introduction to special education. 13th ed. Persian Education, Inc.; 2015.
42. Satturian SA, Tahmasian K, Ahmadi MR. The role of parenting dimensions and parent-child relationship in internalized and externalized behavioral problems of children. Family Research 2016; 12(4): 683-705. [In Persian].
43. Kerr ML, Rasmussen HF, Smiley PA, Buttitta KV, Borelli JL. The development of toddlers' emotion regulation within the family system: Associations with observed parent-child synchrony and interparental relationship satisfaction. Early Childhood Research Quarterly 2021; 57: 215-27.
44. Allah-Panah S. Effective parent-child communication: A foundation for reducing children's behavioral problems. Roshd Preschool Education 2019; 39: 12-8.
45. Dadds MR. Families and the origins of child behavior problems. Fam Process. 1987; 26(3): 341-57.
46. Gharibi H, Fathi Azar A, Adib Y, Hatami J, Gholizadeh R. Phenomenology of mothers' experiences living with hyperactive children. Family Research 2014; 9(5): 5-50.
47. Bonis S. Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. Issues Ment Health Nurs 2016; 37(3): 153-63.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1621]