# عوامل پیشگویی کننده الگوهای ارتباطی مادر و کودک در مراجعین به بیمارستان شهید مدنی شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۱

**خاطره عنبری[۱]، عباس مهدویان[۲]، ستار ندری[۲]**

۱- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره پانزدهم / شماره ۵ / زمستان ۹۲ / مسلسل ۵۸

## چکیده

دریافت مقاله: ۹۲/۹/۱۰ ، پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۱۹

* **مقدمه:** کیفیت ارتباط مادر وکودک نقش بسزایی درشکل گیری شخصیت، عملکرد اجتماعی و بهداشت روان کودک درآینده دارد. این پژوهش با هدف بررسی الگوهای ارتباطی مادر و کودک و عوامل پیشگویی کننده آن طراحی شده است.

* **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی ۱۱۰ مادر مراجعه کننده به بیمارستان کودکان شهر خرم آباد به روش نمونه گیری متوالی وارد مطالعه شدند. ابراز گردآوری اطلاعات پرسشنامه ارزیابی رابطه والد و کودک (MCRE) بود. ابتدا نقطه نظرات مادران را در ۴ حیطه پذیرش فرزند، بیش حمایتگری، سهل‌گیری افراطی و طرد فرزند مورد بررسی قرار گرفت. سپس با توجه به نقطه برش هرحیطه، نوع الگوی ارتباطی تعیین شد. از آزمون دقیق فیشر و تحلیل رگرسیون خطی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

* **یافته‌ها:** میانگین سنی مادران ۶/۶۴± ۲۸/۶ سال بود. الگوی ارتباطی۶۶/۴٪ مادران بیش حمایتگری و ۱۹/۱٪ آنها سهل انگاری افراطی بود. ۱۲/۸٪ از الگوی پذیرش فرزند و ۱/۸٪ ازالگوی ارتباطی طرد فرزند پیروی می‌کردند. بین متغیرهای سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و نوع بارداری و همچنین محل سکونت ماردران با نوع الگوی ارتباطی آنها ارتباط آماری معنادار دیده شد (P <۰/۰۵). در تحلیل رگرسیون خطی مهمترین فاکتور پیشگویی کننده نوع الگوی ارتباطی، تک والدی بودن و بارداری برنامه ریزی نشده بود.

* **بحث و نتیجه‌گیری:** بالا بردن سطح آگاهی مادران از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی می‌تواند مهارت پرورش صحیح فرزند را افزایش داده و منجر به پرورش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان در آینده شود.

* **واژه‌های کلیدی:** الگوهای ارتباطی، مادر، کودک ، خرم آباد.

**آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، بیمارستان شهدای عشایر، دپارتمان بالینی.**

**پست الکترونیک: papi_d66@yahoo.com**



[ Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-10 ]

**مقدمه**

بدون شک یکی از مهمترین و موثرترین دوران زندگی آدمی دوران کودکی است. دورانی که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی شده و شکل می‌گیرد. امروزه این حقیقت انکارناپذیر به اثبات رسیده است که کودکان در سنین طفولیت فقط به توجه و مراقبت جسمانی نیاز ندارند، بلکه این توجه باید همه ابعاد وجودی آنها شامل رشد اجتماعی، عاطفی، شخصیتی و هوشی را در برگیرد. کیفیت روابط والدین بخصوص رابطه مادر و کودک نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری شخصیت و عملکرد اجتماعی و شناختی و نیز بهداشت روان کودک در آینده داشته و تأثیر طولانی مدت آن بر رشد و تکامل کودک به اثبات رسیده است (۱). یافته‌های پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که الگوهای ارتباطی مادر کودک با خودناتوان‌پنداری، اختلالات خوردن و اضطراب و مشکلات روان‌تنی در کودکان ارتباط دارد (۲،۳). از آنجا که بهداشت روان افراد در همان سالهای ابتدایی زندگی پایه‌ریزی می‌شود کودکانی که از روابط دلبستگی و محبت‌آمیز کمتری برخوردارند تکامل عاطفی و ذهنی پایین‌تری داشته و تعاملات اجتماعی ضعیف، کاهش توانایی در ایجاد ارتباط طولانی مدت و رفتارهای تهاجمی خصومت آمیز در آنها بیشتر دیده می‌شود (۴). نتایج مطالعاتی که اکثر روانپزشکان کودک درباره اختلالات عاطفی کودک انجام داده‌اند نشان می‌دهد که علت اکثر این اختلالات، محرومیت از مادر و یا اختلال در نحوه تعامل مادر و کودک بوده است (۵). نتایج سایر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نوع الگوی ارتباطی مادر با فرزند متأثر از خصوصیات اخلاقی مادر، سن و تحصیلات وی، حمایت اجتماعی عاطفی از مادر، شرایط محیط خانه و تصور مادر از خلق و خوی کودک خود می‌باشد (۶،۷). والدین را بر حسب اینکه چه میزانی از قاطعیت و محبت را در ارتباط با کودک خود نشان می‌دهند می‌توان به چهار طبقه دسته‌بندی کرد. والدین قاطع و محبت کننده، قاطعیت در کلام و گفتار دارند. بدون دلیل کاری را انجام نمی‌دهند و وقتی دلیلی برای انجام کاری وجود داشته باشد با قاطعیت آن را انجام می‌دهند. آنها در عین قاطع بودن، صمیمی و بامحبت نیز هستند. به خواسته‌های کودک به صورت متعادل توجه دارند والدین قاطع طرد کننده ، با وجود قاطعیت زیادی که دارند فاقد محبت و صمیمیت هستند. آنها در رفتار و گفتار خود چندان پذیرش و صمیمیتی از خود نشان نمی‌دهند. والدین با محبت فاقد قاطعیت (بیش حمایتگر)، شاید به همان اندازه والدین قاطع با محبت به کودکان خود محبت می‌کنند اما قاطعیت کافی ندارند بطوری که با کوچکترین اصرار و پافشاری تسلیم کودک می‌شوند. والدین فاقد قاطعیت طرد کننده (سهل‌گیر)، نه قاطعیت دارند نه محبت و معمولاً کودکان را به حال خود می‌گذارند و بر شیوه‌های تربیتی پایبند نیستند. بسیار سهل‌گیر هستند و توجهی به نیازهای کودک چه جسمی و عاطفی ندارند. والدین شیوه‌های متفاوتی را برای ارتباط کودکان خود بکار می‌برند. به عنوان مثال والدین دارای الگوی رفتاری قاطع و اطمینان بخش در امر تربیت کودک خود کنترل و گرمی زیاد، والدین مستبد، کنترل زیاد و گرمی کم و والدین سهل‌گیر کنترل کم و گرمی زیادی اعمال می‌نمایند. هر کدام از شیوه‌های فرزند پروری و الگوهای ارتباطی می‌توانند پیامدهای متفاوتی داشته باشند. کیفیت روابط مادر و کودک می‌تواند تحت تأثیر سلامت روانی مادر باشد در واقع مادرانی که مشکلات روانی دارند انرژی کافی برای مراقبت از فرزند خود نداشته و تعاملات مثبت کمتری با فرزندشان برقرار می‌کنند (۸). از آنجا که سلامت هر فرد وابسته به روابط بین فردی وی می‌باشد و اولین رابطه بین فردی از رابطه مادر و کودک منشأ می‌گیرد و نیز با توجه به نقش انکار ناپذیر کیفیت رابطه مادر و کودک بر



[ Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-10 ]

سلامت روحی، روانی، اجتماعی و عاطفی کودک، این پژوهش با هدف بررسی الگوهای ارتباطی مادر و کودک و عوامل پیشگویی کننده آن درمراجعین به بیمارستان کودکان شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۱ طراحی شد.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی تعداد ۱۱۰ مادر مراجعه کننده به درمانگاه‌های سرپایی بیمارستان کودکان شهید مدنی شهر خرم‌آباد در شش ماه دوم سال ۱۳۹۱ به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس وارد مطالعه شدند. جامعه آماری شامل کلیه مادران مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مدنی شهر خرم‌آباد در مقطع زمانی ذکر شده بود. معیار ورود افراد به مطالعه داشتن کودک ۶ تا ۶۰ ماهه و ساکن بودن در شهر خرم‌آباد یا روستاهای اطراف آن بود. مادرانی که سابقه مشکلات روحی روانی را ذکر می نمودند یا مبتلا به بیماری مزمن جسمانی بودند و یا تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند، از مطالعه خارج شدند. ابراز گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ارزیابی رابطه والد و کودک MCRE[1] بود.

متغیرهای مستقل بررسی شده در این مطالعه شامل سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل مادر و محل سکونت وی و همچنین میزان درآمد خانواده، بعدخانوار (تعداد فرزندان)، نحوه تغذیه کودک و نیز نوع بارداری (ناخواسته یا برنامه ریزی شده) بود. قسمت دوم پرسشنامه مقیاس ۴۸ سوالیMCRE که حاوی سوالاتی در مورد نحوه ارتباط مادر و کودک بود. این پرسشنامه یک مقیاس سنجش نگرش بوده و نقطه نظرات مادران را در ۴ حیطه ۱۲ سوالی شامل پذیرش فرزند، بیش‌حمایتگری، سهل‌گیری افراطی و طرد فرزند مورد بررسی قرار می‌دهد. کلیه سوالات در مقیاس لیکرت ۵ تایی بوده است (ازکاملاً موافق تا کاملاً مخالف). روایی و پایایی ابزار در سال ۱۳۸۴ توسط ضمیری و همکاران سنجیده شد و ضرایب سازگاری درونی برای حیطه پذیرش فرزند ۰/۷۷، حیطه طرد فرزند ۰/۷۲، حیطه سهل‌گیری افراطی ۰/۷۱ و حیطه بیش‌حمایتگری ۰/۷۸ محاسبه شده است. همچنین نقطه برش برای حیطه پذیرش فرزند نمره ۴۱، برای حیطه بیش‌حمایتگری نمره ۳۴، برای حیطه سهل‌گیری نمره ۳۱ و برای حیطه طرد فرزند نمره ۳۲ در نظر گرفته شده است. براساس راهنمای این ابزار ابتدا اطلاعات جمع آوری شده برای تک تک مادران مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نمره خام هر مادر در هر ۴ حیطه محاسبه و تفسیرگردید و بر اساس راهنمای جدول فرم‌های صدکی برحسب نمره‌ای که هر مادر در هر حیطه کسب نموده بود و با توجه به نقطه برش هر حیطه، الگوی ارتباطی هر مادر با کودک وی تعیین شد. از آزمون دقیق فیشر و آنالیز رگرسیون خطی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات شد. جهت رعایت مسائل اخلاقی از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه رضایت نامه کتبی گرفته شد.

## یافته ها

میانگین سنی مادران ۶/۶۴±۲۸/۶ سال بود. کمترین سن مادران ۱۷ سال و بیشترین آن ۵۲ سال بود. میانگین سنی کودکان ۰/۶۴± ۳/۶ سال بود. حداقل سن کودکان در مطالعه حاضر ۸ ماه و حداکثر آن ۵ سال بود. اکثریت مادران (۵۱/۸٪) در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرارداشتند.۳۰٪ در گروه سنی۱۵-۲۴ ، ۱۶/۷٪ در گروه سنی ۳۵-۴۴ و بقیه بالای ۴۵ سال سن داشتند. از نظر وضعیت تأهل ۹۶/۴٪ متأهل و بقیه مطلقه یا بیوه بودند. میزان تحصیلات ۴۸/۲٪ آنها متوسطه و دیپلم، ۲۷/۳ آنها کاردانی و کارشناسی و ۱۹/۱٪ آنها راهنمایی و کمتر بود. محل سکونت ۹۶٪ افراد مورد مطالعه شهر بوده و۸۲٪ آنها خانه دار بودند. ۵۷/۳٪ افراد مطالعه تنها ۱ فرزند،

1. Mother-child Relationship Evaluation



[ Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-10 ]

۲۸/۲٪ دو فرزند و بقیه ۳ و بیشتر از ۳ فرزند داشتند. ۸۶/۴٪ بصورت برنامه ریزی شده باردار شده بودند.

براساس نتایج جدول۱، اکثریت مادران شرکت‌کننده درمطالعه (۶۶/۴٪) از الگوی بیش‌حمایتگری برای برقراری ارتباط و تربیت فرزند خود استفاده می‌کردند. درصد فراوانی سایر الگوهای ارتباطی به تفصیل در جدول ۱ آورده شده است.

یکی از اهداف اصلی مطالعه حاضر بررسی فراوانی الگوهای ارتباطی بر اساس سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و محل سکونت مادران بود. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، درگروه سنی ۲۴-۱۵ سال، الگوی طرد فرزند و در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال، الگوی پذیرش فرزند بیشترین فراوانی را داشت. درحالیکه الگوی سهل‌گیری افراطی در گروه سنی ۳۵-۴۴ سال و الگوی بیش‌حمایتگری درگروه سنی ۵۴-۴۵ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی دیده شد. براساس آزمون دقیق فیشر تفاوت در فراوانی الگوهای ارتباطی مادر وکودک به تفکیک سن مادر به لحاظ آماری معنا دار بود(P=۰/۰۰۴۷). در مادران متأهل، الگوی پذیرش فرزند و در مادران مطلقه یا بیوه، الگوی طرد فرزند بیشتر از سایر مادران دیده شد و بین وضعیت تأهل و الگوهای ارتباطی مادر و کودک ارتباط آماری معنادار دیده شد(P=۰/۰۰۹). همچنین میزان طرد فرزند در مادران با تحصیلات راهنمایی و کمتر، بیشتر از سایر مادران بود. در حالی که الگوی پذیرش فرزند در مادران تحصیل‌کرده بیشتر بود. بنابراین تفاوت در توزیع فراوانی الگوی ارتباطی مادر و کودک به تفکیک میزان تحصیلات مادر نیز معنادار بود (P=۰/۰۱). در مادران ساکن شهر میزان طرد فرزند و الگوی بیش حمایتگری بالاتر از مادران ساکن روستا بوده و در مادران ساکن روستا الگوی سهل‌انگاری افراطی بالاتر از مادران ساکن شهر بود (P=۰/۰۱۸). تفاوت در فراوانی الگوهای ارتباطی مادر و کودک در واحدهای مورد پژوهش براساس شغل مادر، میزان درآمد ماهانه خانواده، تعداد فرزندان خانواده و نحوه تغذیه شیرخوار به لحاظ آماری معنادار نبود. در نهایت، تفاوت در توزیع فراوانی انواع الگوهای ارتباطی مادر و کودک در واحدهای مورد مطالعه براساس وضعیت بارداری به لحاظ آماری معنادار بود (نمودار ۱). در مادرانی که بارداری ناخواسته داشتند الگوی طرد فرزند و سهل گیری افراطی بیشتر و در مادرانی که بارداری برنامه ریزی شده داشتند الگوی پذیرش فرزند و بیش‌حمایتگری بصورت معناداری بیشتر از سایر مادران دیده شد (P=۰/۰۰۳). از آنجا که ابزار MCRE یک مقیاس سنجش نگرش در خصوص نحوه ارتباط مادر و کودک بوده و کسب نمرات بالاتر در این مقیاس نشانه نگرش بهتر و الگوی ارتباطی مناسب‌تر با فرزند است. آنالیز چندمتغیره جهت بررسی تأثیر متغیرهای مستقلی که ارتباط آنها با نوع الگوی ارتباطی مادر و کودک در آنالیز تک متغیره معنادارشده بود، بر روی نمره مقیاس ارتباط مادر و کودک انجام شد. از آنالیز رگرسیون خطی جهت تجزیه و تحلیل استفاده گردید که میزان R squre استاندارد ۰/۴۳۸ بود. بنابراین ۴۳٪ از واریانس کل متغیر مقیاس نگرش سنجش ارتباط مادر و کودک با استفاده از متغیرهای وارد شده در این مدل قابل توجیه بود. نتایج آنالیز رگرسیون نشان داد که بجز سن، وضعیت تأهل و وضعیت بارداری، تاثیر سایر فاکتورها از جمله تحصیلات و محل سکونت در آنالیز چندمتغیره معنادار نبود. بیشترین ضریب استاندارد شده مربوط به وضعیت بارداری بود (۰/۲۵-). بنابراین قوی‌ترین فاکتور در پیشگویی مناسب بودن الگوی ارتباطی مادر وکودک در افراد مورد مطالعه، وضعیت بارداری بود (جدول ۳).



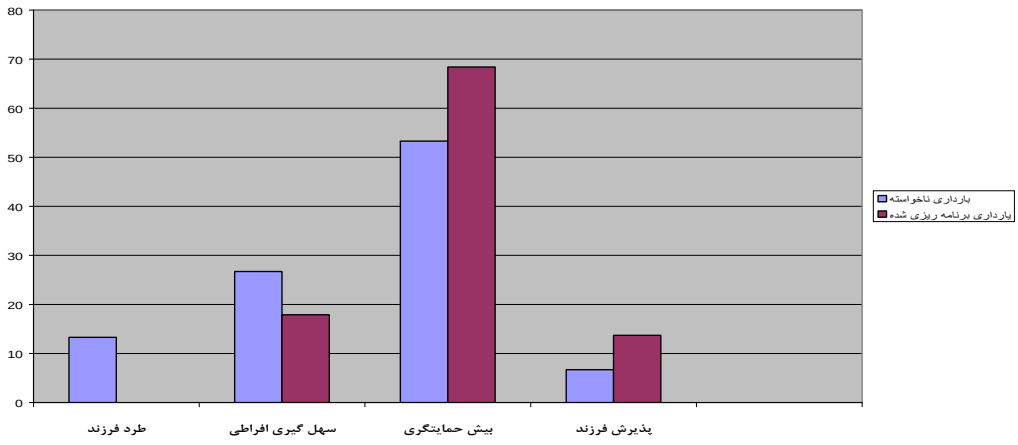
[ Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-10 ]

**جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق ونسبی انواع الگوهای ارتباطی مادر و کودک در افراد مورد مطالعه**

| انواع الگوهای ارتباطی | فراوانی مطلق (تعداد) | فراوانی نسبی( درصد) | فراوانی تجمعی(درصد) |
|---|---|---|---|
| طرد فرزند | ۲ | ٪۱/۸ | ٪۱/۸ |
| سهل انگاریافراطی | ۲۱ | ٪۹۱/۱ | ٪۲۰/۹ |
| بیش حمایتگری | ۷۳ | ٪۶۶/۴ | ٪۸۷/۳ |
| پذیرش فرزند | ۱۴ | ٪۱۲/۷ | ٪۱۰۰ |

**جدول ۲. جدول توافقی توزیع فراوانی انواع الگوهای ارتباطی مادر و کودک به تفکیک سن، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات مادر**

| الگوهای ارتباطی / سن | طرد فرزند تعداد(درصد) | سهل‌گیری افراطی تعداد (درصد) | بیش حمایتگری تعداد (درصد) | پذیرش فرزند تعداد (درصد |
|---|---|---|---|---|
| ۱۵-۲۴ | ۲ (۶/۱) | ۵(۱۵/۲) | ۲۳(۶۹/۷) | ۳(۹/۱) |
| ۲۵-۳۴ | ۰(۰) | ۱۱(۱۹/۳) | ۳۷(۶۴/۹) | ۹(۱۵/۸) |
| ۳۵-۴۴ | ۰(۰) | ۵(۲۷/۸) | ۱۱(۶۱/۱) | ۲(۱۱/۱) |
| ۴۵-۵۴ | ۰(۰) | ۰(۰) | ۲(۱۰۰) | ۰(۰) |
| **وضعیت تأهل** | | | | |
| متأهل | ۰(۰) | ۲۰(۱۸/۹) | ۷۳(۶۸/۹) | ۱۳(۱۲/۳) |
| مطلقه یا بیوه | ۲(۵۰) | ۱(۲۵) | ۱(۲۵) | ۰(۰) |
| **میزان تحصیلات** | | | | |
| راهنمایی وکمتر | ۲(۹/۵) | ۹(۴۲/۹) | ۹(۴۲/۹) | ۱(۴/۸) |
| متوسط ودیپلم | ۰(۰) | ۵(۹/۴) | ۳۹(۳۷/۶) | ۹(۱۷) |
| کاردانی و بالاتر | ۰(۰) | ۶(۲۰) | ۲۱(۷۰) | ۳(۱۰) |
| کارشناسی ارشد | ۰(۰) | ۱(۱۶/۷) | ۴(۶۶/۷) | ۱(۱۶/۷) |
| **محل سکونت** | | | | |
| شهر | ۲(۲/۱) | ۱۴(۱۴/۶) | ۶۷(۶۹/۸) | ۱۳(۱۳/۵) |
| روستا | ۰(۰) | ۶(۴۲/۹) | ۷(۵۰) | ۱(۷/۱) |




**نمودار۱. درصد فراوانی انواع الگوهای ارتباطی مادر و کودک در افراد مورد مطالعه به تفکیک وضعیت بارداری**

[ Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-10 ]

**جدول ۳. مدل رگرسیون خطی جهت پیشگویی عوامل مؤثر بر نمره مقیاس الگوهای ارتباطی مادر و کودک در افراد مورد مطالعه**

| نوع متغیر | ضرایب B غیراستاندارد | ضرایب B استاندارد | P-vaue |
|---|---|---|---|
| سن | ۱۲/۰۱ | -۰/۱۶ | ۰/۰۲۵ |
| وضعیت تأهل | -۱۳/۹۳ | -۰/۲۳ | ۰/۰۰۵ |
| میزان تحصیلات مادر | -۱/۱۳ | -۰/۰۴۸ | ۰/۶۴ |
| محل سکونت مادر | ۷/۵۹ | ۰/۱۳ | ۰/۱۸ |
| وضعیت بارداری | -۱۴/۰۴ | -۰/۲۵ | ۰/۰۰۸ |

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی انواع الگوهای ارتباطی و عوامل مؤثر بر آن در جامعه کوچکی از مادران و کودکان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خرم‌آباد انجام شد. توانایی و قابلیت مادر و کودک در ایجاد یک رابطه عاطفی مستحکم و پایدار است که بخصوص تأثیری عمیق بر شکل گیری ساختار شخصیتی کودک دارد. بنابراین بر اساس الگوی غالب واکنش‌های مادر ممکن است تصویری از یک مادر حساس و مهربان یا مراقبی بی‌تفاوت و طردکننده یا غیر قابل پیش‌بینی در ذهن کودک شکل گیرد که همین امر میزان اعتماد وی به والد و دنیای اطراف، همچنین اساس واکنش‌های وی در روابط بین فردی او در طول زندگی را پایه‌گذاری می‌کند. همانگونه که نتایج مطالعه حاضر نشان داد، الگوی ارتباطی غالب در شرکت‌کنندگان در این مطالعه، الگوی بیش‌حمایتگری و سهل‌گیری افراطی بوده و الگوی طرد فرزند کمترین فراوانی را بین انواع الگوهای ارتباطی در مطالعه ما بخود اختصاص داد. در مطالعه کلار در آمریکا روی ۵۴۶ مادر مراجعه کننده به سه مرکز ارائه خدمات درمانی به کودکان نیز الگوی ارتباطی غالب الگوی بیش‌حمایتگری و سهل‌گیری افراطی هرکدام با ۴۳٪ و ۲۵/۵٪ بود که از این نظر با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. اما فراوانی الگوی طرد فرزند درمطالعه کلار با فراوانی ۱۷٪ نسبت به مطالعه ما بالاتر بود (۹). علت این تفاوت می‌تواند منتسب به نوع فرهنگ هر جامعه و طرز تلقی خانواده‌ها از فرزندان و نیز درصد بالای فرزندان ناخواسته و نامشروع متولد شده در آن جوامع باشد. همچنین در مطالعه دکویک و همکاران در استرالیا، الگوی غالب ارتباطی بین والدین و فرزندان الگوی بیش حمایتگری و پذیرش فرزند (الگوی مقتدرانه) بود. نتایج این مطالعه نشان داد که هویت کودکانی که والدین آنها الگوی اقتدار منطقی و پذیرش فرزند را در ارتباط با کودکان خود اعمال می‌کنند، زودتر شکل گرفته و میزان خودارزشی و اعتماد به نفس آنها در آینده افزایش می‌یابد (۱۰). از سایر اهداف این مطالعه بررسی عوامل مؤثر بر نوع الگوی ارتباطی مادران با کودک خود بود که براساس یافته‌های بدست آمده فاکتور سن تأثیر معنادار بر نوع الگوی ارتباطی مادر و کودک داشت. بطوریکه الگوی طرد فرزند و عدم پذیرش وی در مادران کم سن‌تر بیشتر از سایر گروه‌های سنی بود که علت این امر احتمالاً عدم آمادگی روانی مادر برای بچه دارشدن و تجارب ناکافی در امر فرزندپروری می‌باشد. از سوی دیگر الگوی بیش‌حمایتگری در مادران بالای ۴۵ سال بالاتر از سایر گروههای سنی بود که شاید بتوان آن را به عملکرد محتاطانه مادران در سنین بالاتر و وسواس بیشتر آنها در امر فرزندپروری نسبت داد. نتایج مطالعه جین و همکاران در آمریکا (۱۱) نیز نشان داد که میزان پذیرش فرزند و ارائه روش فرزندپروری مقتدرانه با ترکیبی از مهارحمایت عاطفی بالا در مادران بالای۴۰ سال بصورت معناداری کمتر از مادران جوانتر بوده که نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. نتایج مطالعه



[ Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-10 ]

وبستر[1] نشان داد که شیوه فرزندپروری بیش حمایتگری در مادرانی که اولین فرزند خود را در سن بالای ۳۵ سالگی به دنیا آورده بودند، الگوی غالب بوده و حمایت و درگیری مفرط والدین با ایجاد مشکلات درونی سازی شده در کودک رابطه مستقیم دارد (۱۲). از سایر عوامل تأثیر گذار بر نوع الگوی ارتباطی مادر و کودک در این مطالعه، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات مادران بود. بطوریکه الگوی طرد فرزند، در مادران مطلقه و بیوه بیشتر از سایر مادران دیده شد که نشانه تأثیر نوع روابط والدین بخصوص روابط تنش‌زای والدین بر رابطه مادر و کودک می‌باشد. همچنین در مادران با تحصیلات دانشگاهی بویژه مادران با مدارک کارشناسی ارشد و بالاتر، فراوانی الگوی پذیرش فرزند بیشتر از سایر مادران بود که این امر تأثیر آموزش و تحصیل دانش را بر روابط اجتماعی و فردی مادران بویژه رابطه آنها با کودک خود نشان می‌دهد. نتایج مطالعه موریس[2] و همکاران در مکزیک نشان داد که میزان تحصیلات کمتر مادران، با الگوهای ارتباطی مستبدانه و اختلالات رفتاری منفی از جمله اختلالات برون‌سازی شده و درونی سازی شده مرتبط است(۱۳). در مطالعه کیم[3] در چین، ارتباطی بین میزان تحصیلات با سبک فرزندپروری مادران دیده نشد. نتایج مطالعه کیم با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت که شاید علت این امر، وجود سیاست تک‌فرزندی در کشور چین و نوع فرهنگ آن منطقه باشد. احتمالاً اغلب خانواده ها بعلت داشتن تنها یک فرزند و عدم امکان داشتن فرزندان بیشتر، میزان وابستگی توأم با عدم اقتدار بیشتری نسبت به فرزندان خود داشته باشد (۱۴). در مطالعه حاضر، مهمترین عامل پیشگویی‌کننده نوع رفتار مادر در تقابل با کودک وی، وضعیت بارداری بود. نتایج مطالعه سرزو[4] در اسپانیا نشان داد که مادرانی که بصورت برنامه‌ریزی نشده باردار می‌شوند، اغلب در مقایسه با سایر مادران، در برخورد با کودکان خود کارایی و عملکرد نامناسب‌تری داشته و برای حل تعارضات خود، شیوه‌های خصمانه‌تری بکار می‌برند (۱۵).

نتایج مطالعه حیات بخش و همکاران نشان داد که کودکان حاصل از بارداری ناخواسته، در مقایسه با سایر کودکان بیشتر دچار افسردگی، اضطراب، بزه‌کاری و سوء مصرف مواد می‌شوند (۱۶). نتایج اغلب مطالعات نشان می‌دهد که وقتی تولدی ناخواسته می‌شود مادر و کودک او را در معرض خطر ابتلا به مشکلات روانی، جسمانی و اجتماعی قرار داده و این کودکان با احتمال بیشتری مورد آزار و غفلت والدین بویژه مادر قرار می‌گیرند و گاهی این امر بر موفقیت‌های آموزشی و تحصیلی آنها نیز تأثیر نامطلوب خواهد گذاشت (۲۰-۱۷).

از آنجا که الگوی ارتباطی مادر نقش مهمی در رشد عاطفی و اجتماعی کودک در آینده داشته و می تواند زمینه بهبود رفتارهای کودکان را فراهم آورد، به نظر می‌رسد که جلسات آموزش فرزندپروری برای افزایش تعاملات مثبت مادران با کودکان می‌تواند ادراک و مهارت پرورش صحیح فرزند را در مادران افزایش داده و منجر به پرورش مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان در آینده و کاهش مشکلات رفتاری آنها شود. بنابراین افزایش سطح آگاهی والدین از طریق برگزاری کلاس‌های آموزشی در مدارس و مهدکودک‌ها و رسانه‌های جمعی تا حد زیادی به تحقق این هدف کمک می‌کند. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی هم داشت. به عنوان مثال، نمونه این مطالعه صرفاً نمونه مادرانی بود که به مرکز درمانی شهید مدنی شهر خرم‌آباد مراجعه نموده بودند. علیرغم

1. Webster
2. Muris
3. Kim
4. Cerezo



[ Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-10 ]

این که این مرکز یک مرکز ارجاعی در سطح شهر خرم‌آباد می‌باشد تعمیم نتایج این مطالعه به تمام جمعیت زنان شهر خرم آباد باید با احتیاط صورت گیرد.

## تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان این مقاله از همکاری صمیمانه پرسنل محترم درمانگاه بیمارستان شهید مدنی خرم آباد کمال تشکر و قدردانی را دارند.

[ Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-10 ]

## References


1. Messmer R, Rodriguez S, Adams J, washburn k. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. J Pediatric Nursing. 2007; 23(4):408-414.
2. Lindsey EW, Cremeens PR, Colwell MJ, Caldera YM. The structure of parent – child dyadic synchrony in toddlerhood and children's communication competence and self- control. Social Devel.2009; 18(2):375-396.
3. Enten RS, Golan M. Parenting styles and eating disorders pathology. J Appetite. 2009;52:784-787.
4. Filiz Z, yaprak B. A study on classifying parenting styles through discriminant analysis. J Theo Pract Educ. 2009; 5(2):195-209.
5. VanZyle JD, Cronje EM, Payze C. Low self-esteem of psychotherapy patients: A qualitative inquiry. Quall Rep. 2006 ;1:192-208.
6. Stallard P. Early maladaptive schemas in children: Stability and differences between a community and a clinic referred sample. Clim Psychol Psychother.2007;17:10-18.
7. Rothbaum F, Kakinuma M, Nagaoka R, Azuma H. Attachment and Amae: Parent-child closeness in the united states and japan. J Cross Cult Psychol. 2007;3(38):465-486.
8. Maughan A, Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. Early occurring maternal depression and maternal negative it in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. J Abnorm Child Psych. 2007; 35(5):685-703.
9. Klahr AM, Thomas KM, Hopwood CJ, Klump KL, burt SA. Evocative gene-environment correlation in mother – child relationship: A twin study of interpersonal processes. Devpsychol Athol. 2013; 25(1):105-118.
10. Dekovic M, Buist KL. Multiple perspective sixth the family: Family relationship pattern. Journal of Family Issues. 2005; 26(4):467-472.
11. Jeanne L, Alhusen JL, Hayat MJ, Gross D. A longitudinal study of maternal attachment and infant development out comes. Arch Women's Meantal Health. 2013;5:355-360.
12. Webster – Stratton C, Herman KC. The impact of parent behavior – management training on child depressive symptoms. Journal of Counseling Psychology. 2008; 55(4):473-484.
13. Muris P, Van Brakle A. Association between parenting and child behavior problems among latino mothers and children. Journal of Psychology & Behavioral Assessment.2003;14:161-173.
14. Kim J, Cicchettl D. A longitudinal study of mother child relationship quality and maladjustment. Abn Child Psycho.2004;32:341-354.
15. Cerezo MA, Trenudo RM, Pons-salvador G. Mother-infant interaction and quality of childs attachment. Anon linear dynamical system approach. Psychol Life. 2012; 16(3):243-467.
16. Hayatbakhsh MR, Najman JM, Khatun M, Bor W, Clavarino A. A longitudinal study of child mental health and problem behaviours at 14 years of age following unplanned




[ Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-10 ]

pregnancy. Psychiatry Res. 2011;185(1-2):200-204.
17. Masatoshi K, Kumiko N, Yuko Y, Koichi N, Shunya S, Hatsumi Y, et al. Developmental trends in mother-infant interaction from 4-months to 42-months: Using an observation technique. J Epidemiol. 2010;20(l2): 427-434.
18. Sanders MR. Triple p-positive patently program: A population approach to promoting competent parenting. Australian Journal for the Advancement of Mental Health. 2003;2(3):1-17.
19. Vázquez-Nava F, Vázquez-Rodriguez CF, Saldívar-González AH, Vázquez-Rodríguez EM, Córdova-Fernández JA, Felizardo-Ávalos J, Sánchez-Márquez W. Unplanned pregnancy in adolescents: Association with family structure, employed mother, and female friends with health-risk habits and behaviors. J Urban Health. 2013; (15):215-223.
20. Calvert C, Baisley K, Doyle AM, Maganja K, Changalucha J, Watson-Jones D, Hayes RJ, Ross DA. Risk factors for unplanned pregnancy among young women in Tanzania. J Fam Plann Reprod Health Care. 2013;39(4).453-462.

[ Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-10 ]