

Summer 2021, Volume 7, Issue 4

## The Effect of Group Discussion on Mother-child Conflicts Admitted to Child Psychiatric Wards

Ataei Z<sup>1</sup>, Sadeghi N<sup>2\*</sup>, Moghimian M<sup>3</sup>

1- MSc Student in Psychiatric Nursing, Community Health Research Center, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2- Assistant Professor, Community Health Research Center, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

3- Assistant Professor, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

**Corresponding author:** Sadeghi N, Assistant Professor, Community Health Research Center, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

**Email:** n45sadeghi@yahoo.com

Received: 30 Oct 2020

Accepted: 9 Dec 2020

### Abstract

**Introduction:** Parents are a factor in the quality of child care and treatment in psychiatric wards, and mother-child conflicts have a significant impact on the prognosis of treatment.

**Methods:** In a randomized controlled clinical trial, 64 mother-child couples referred to the child psychiatric wards of Noor Hospital in Isfahan in 2020 participated. The intervention group participated in eight 90-minute sessions of group discussion of parent-child conflicts; No intervention was performed in the control group. The Parent-child conflict was measured before and one month after the intervention with the standard parent-child conflict scale of Strauss.

**Results:** The score of mothers' conflicts before training was  $39.00 \pm 9.33$  in the intervention group and  $38.15 \pm 6.38$  in the control group, which was not significantly different ( $p < 0.05$ ). One month later, the mean scores of the intervention group were  $31.09 \pm 5.58$  and the control group was  $40.34 \pm 6.46$  which had a significant difference ( $p < 0.001$ ). The score of children's conflicts before training was  $46.15 \pm 8.59$  in the intervention group and  $46.60 \pm 6.18$  in the control group, which was not significantly different ( $p < 0.05$ ). One month later, the mean scores of the intervention group were  $39.15 \pm 8.79$  and the control group was  $45.34 \pm 4.92$ , which was significantly different ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Group discussion was effective on mother-child conflicts admitted to child psychiatric wards. Therefore, this method and content of the training can be effective in controlling conflicts and it is recommended to be considered in the patient education program.

**Keywords:** Group discussion, Mother-child conflicts.

## تأثیر بحث گروهی بر تعارضات مادر - فرزند بستری در بخش های روانپزشکی کودکان

زهرا عطائی<sup>۱</sup>، نرگس صادقی<sup>۲\*</sup>، مریم مقیمان<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران  
 ۲- استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.  
 ۳- استادیار، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

نویسنده مسئول: نرگس صادقی، استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.  
 ایمیل: N45sadeghi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۱۸

## چکیده

**مقدمه:** والدین عامل تاثیرگذار بر کیفیت دریافت مراقبت و درمان کودک در بخش های روانپزشکی هستند و تعارضات مادر- فرزند بر پیش آگهی درمان تاثیرات بسزایی دارد.

**روش کار:** در یک کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی ۶۴ زوج مادر- فرزند مراجعه کننده به بخش های روانپزشکی کودک بیمارستان نور اصفهان در سال ۱۳۹۹ مشارکت داشتند. گروه مداخله در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بحث گروهی تعارضات والد- فرزند شرکت کردند؛ در گروه کنترل مداخله انجام نشد. میزان تعارض والد- فرزند قبل و یک ماه بعد از مداخله با معیاس استاندارد تعارض والد- فرزند اشتراوس اندازه گیری شد.

**یافته ها:** نمره تعارضات مادران قبل از آموزش در گروه مداخله  $۹/۳۳ \pm ۳۹/۰۰$  و در گروه کنترل  $۶/۳۸ \pm ۳۸/۱۵$  بود که تفاوت معناداری نداشت ( $p > ۰/۰۵$ ). یکماه بعد، میانگین این نمرات گروه مداخله  $۵/۵۸ \pm ۳۱/۰۹$  و گروه کنترل  $۶/۴۶ \pm ۴۰/۳۴$  بود که تفاوت معنادار داشت ( $p < ۰/۰۰۱$ ). نمره تعارضات فرزندان قبل از آموزش در گروه مداخله  $۸/۵۹ \pm ۴۶/۱۵$  و در گروه کنترل  $۶/۱۸ \pm ۴۶/۶۰$  بود که تفاوت معناداری نداشت ( $p > ۰/۰۵$ ). یک ماه بعد، میانگین این نمرات گروه مداخله  $۸/۷۹ \pm ۳۹/۱۵$  و گروه کنترل  $۴/۹۲ \pm ۴۵/۳۴$  بود که تفاوت معنادار داشت ( $p < ۰/۰۵$ ).

**نتیجه گیری:** بحث گروهی بر تعارضات مادر- فرزند بستری در بخش های روانپزشکی کودک موثر بود. بنابراین این شیوه و محتوای آموزش ها می تواند در کنترل تعارضات موثر باشد و پیشنهاد می شود در برنامه آموزشی بیماران مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه ها:** بحث گروهی، تعارض - مادر-فرزند.

## مقدمه

عامل کلیدی در روابط خانوادگی، تعامل سالم است که با برقراری یک رابطه اثربخش شروع و با ایجاد رفتارهای مطلوب منجر به ایجاد تعامل رضایت بخش در بین اعضاء می شود (۱). در واقع خانواده به عنوان یک واحد زیستی- اجتماعی در جهت تربیت، پرورش و رشد عاطفی مطلوب فرزندان، نقش اساسی ایفا می کند. هر گونه اختلال در کارکرد تربیتی خانواده می تواند نتایج زیان باری برای جامعه پذیری فرزندان ایجاد کند؛ بنابراین ارتباطات اثربخش

در خانواده، شالوده انسجام و ثبات خانواده محسوب می شود (۲).

تعارض در خانواده امری اجتناب ناپذیر است. سبک اعمال قدرت، کنترل همه جانبه، خودداری از به حساب آوردن نقطه نظرات فرزند در خانواده، در دسترس نبودن والدین، وضع قانون در لحظه، انتظارات غیر واقعی، نپذیرفتن انتقاد و پیش داوری در مورد نوجوانان، موضوعاتی هستند که از نظر فرزند باعث تعارض وی با والدینش می شوند (۳). تعارض والد- فرزند به دلیل خواسته های متقابل صحیح یا اشتباه می تواند به منزله دخالت در دستیابی به اهداف فرزند

و احساس دوستی، فراهم شدن فرصت ارزیابی خود، ایجاد روحیه نقادی، تقویت قوه بیان، استدلال و حل تعارضات مورد استفاده قرار گیرد. به خصوص اینکه در رابطه والد - فرزند بیمار، بحث گروهی می تواند نگرش و ادراک افراد را از طریق تعامل در گروه ارتقا بخشد و به عنوان گفتگویی سنجیده و منظم درباره موضوعات تعارضی همچون ارتباط، کنترل خشم، بیان خواسته ها و... مزیت های آن به اثبات رسیده است (۱۱).

بحث گروهی یک ارزیابی سریع و روش نیمه ساختار یافته جمع آوری داده است که در آن مجموعه ای هدفمند از شرکت کنندگان برای بحث در مورد مسائل و نگرانی ها بر اساس لیستی از مضامین کلیدی تهیه شده توسط درمانگر جمع می شوند. درمانگر برای انجام بحث گروهی از یک راهنما استفاده می کند که موضوعات و شکل اصلی بحث را مشخص می کند. این راهنما شامل تعیین هدف و نیازهای اطلاعاتی گروه، تبدیل مبحث اصلی به مباحث کوچکتر و نقاط قابل بحث، آماده کردن سوالات کاوشگرانه و از بین بردن سوالات بی ربط است (۱۲). مطالعات نشان داده اند از آنجا که آموزش به شیوه بحث گروهی افراد را به سمت استقلال در یادگیری، تصمیم گیری خود هدایت شونده، تعیین و رفع مشکلات سوق می دهد، این روش برای بدست آوردن دانش درباره مسائل تعاملی و رفتاری مناسب به نظر می رسد (۱۳). هر چند تاکنون روش های آموزش مداری همچون ارتقای ارتباطات بین والد و فرزندان و نیز تغییر سبک گفتگو با فرزندان در سنین مختلف به کار گرفته شده است اما متأسفانه تاکنون نتوانسته است بازدهی کافی در مورد رفع تعارضات والد - فرزند داشته باشند و استفاده از روش های تعاملی همچون بحث گروهی مد نظر می باشد (۱۴).

بنابراین با توجه به اهمیت تعامل والد - فرزند بخصوص مادر - فرزند بر کیفیت ارائه مراقبتهای درمانی حمایتی خانواده، پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر بحث گروهی بر تعارضات مادر - فرزند انجام گرفت. فرضیه پژوهش بر این مبنا بود که تاثیر بحث گروهی بر تعارضات مادر و فرزند بستری موثر است.

### روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی است که با تایید کمیته اخلاق در پژوهش های زیست

تلقی شود (۴). هر چند تعارض می تواند جنبه مثبت نیز داشته باشد و به افراد خانواده کمک کند تا خودشان را بشناسند و آگاهی از ویژگی های متفاوت افراد را بالا می برند تا انرژی و انگیزه خود را در جهت حل آنها تقویت کنند؛ اما گاهی بدنبال تغییرات رشدی، شدت بیشتری پیدا کرده و به تنش میان والد - فرزند منجر می شود (۴). این تعارض زمانی مخرب است که منجر به بروز اختلالات روانی همچون خشونت، آشفتگی اجتماعی، عزت نفس پایین و کاهش سازگاری فرزندان شود (۵). در حالی که در دوره نوجوانی تعارض والد - فرزند افزایش می یابد، وجود یک اختلال می تواند نوجوان و خانواده او را در عبور موفقیت آمیز از این دوره بحرانی دچار چالش های مضاعف کند (۶). اگر والدین حس بی لیاقتی در زندگی داشته باشند، در برخورد با تعارضات والد - فرزند ناتوان گشته و دچار استرس بالا و اعتماد به نفس پایین می شوند؛ این استرس، ناتوانی آنان برای تربیت فرزند را تحت تاثیر قرار می دهد و به پیروی از سبک والدگری بی ثبات منجر می شود؛ و این عوامل منجر به تشدید شدن مشکلات رفتاری فرزندان و بروز مشکلات روانی در والدین می شود. لذا برای تغییر در شیوه های ارتباطی ناکارآمد بین والد - فرزند، ارتقای سلامت والدین و پیامدهای مثبت رفتاری فرزند، ضرورت توجه به مداخله های درمانی برای والد - فرزند ناکارآمد، ضروری به نظر می رسد (۷). اگر با تعارض بوجود آمده در بین اعضای خانواده مخصوصاً با فرزندان به طریقه درستی برخورد شود، به رشد رابطه کمک می کند، ولی اگر طرفین درگیر در تعارض، نحوه برخورد با آن را ندانند، تعارض موجود نه تنها رفع نخواهد شد بلکه به تداوم رابطه آسیب می رسد و بیشترین نقش در رفع این گونه تعارضها معمولاً بر عهده مادر است (۸). در حالی که مادر با ایفای صحیح نقش خود می تواند از بروز چنین مشکلاتی جلوگیری نماید (۶). مطالعات نشان داده اند مادران نقش مهمی در بهبود شرایط زندگی و حل مشکلات فرزندان خردسال دارند و این ایفای نقش مادر، باعث ارتقا سلامت روان کودک می شود (۹). از آنجا که خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی بار روانی بالایی را در مراقبت تجربه می کنند که سلامت و بهداشت روان آنان را نیز در معرض خطر قرار می دهد (۱۰)، بحث گروهی بر روی مشکلات به عنوان گفتگویی سنجیده و منظم درباره موضوعات خاص، می تواند به سهیم شدن در تجارب و عقاید همدیگر، تقویت روحیه همکاری

پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد ثبت IR.IAU.KHUISF.REC.۱۳۹۸.۲۱۷ و مرکز کارزمایی بالینی ایران با کد (IRCT20191229045926N1) در سال ۱۳۹۹ در شهر اصفهان انجام شده است. انجام شده است. نمونه پژوهش را ۶۴ زوج مادر به همراه فرزند بستری در بخش های روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان نور اصفهان تشکیل دادند. این حجم نمونه با احتساب ضریب اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۵، انحراف معیار ۷ و دقت ۷ محاسبه شد که تعداد نمونه برای هر گروه ۳۰ نفر بدست آمد؛ اما با احتساب ۲۰ درصد ریزش نمونه، تعداد هر گروه ۳۲ زوج مادر و فرزند در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل مادران دارای حداقل یک فرزند مبتلا به اختلال روانپزشکی (به جز اسکیزوفرنی)، بستری فرزند به مدت حداقل یک هفته، تجرد فرزند، تاهل مادر، عدم سابقه بیماری روانی در مادر و تمایل به شرکت در مطالعه بود. بدین سان افرادی که بطور کامل در جلسات بحث گروهی شرکت نکرده و یا تمایل به ادامه همکاری نداشتند از مطالعه خارج شدند. البته بدلیل توضیح کافی قبل از نمونه گیری، ریزش نمونه وجود نداشت. در این پژوهش از پرسشنامه تعارض والد-فرزند (CTSPC) conflict tactics scale Parent-Child استفاده شد. پرسشنامه مذکور ۱۵ سوالی است که موری ای-اشتروش (۱۹۹۰) آن را جهت بررسی سه تاکتیک حل تعارض استدلال، پرخاشگری کلامی و فیزیکی تهیه کردند. پرسشنامه شامل دو بخش فرزند و والد است. پنج سؤال اول پرسشنامه، استدلال و پنج سؤال دوم، پرخاشگری کلامی و پنج سؤال سوم پرخاشگری فیزیکی را می‌سنجد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت به صورت کاملاً موافقم ۱، موافق ۲، نظری ندارم ۳، مخالف ۴ و کاملاً مخالف ۵ نمره دهی می‌شود. پنج سؤال پرسشنامه که مقیاس استدلال را می‌سنجد به طریقه معکوس نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات برای هر مقیاس بین ۲۵-۵ است. دامنه نمرات برای کل آزمون بین ۷۵-۱۵ است. نمرات بالا در هر مقیاس نشان‌دهنده تعارض در آن مقیاس است (۱۵). در این مطالعه، پایایی ابزار تعارض والد-فرزند با احتساب ضریب آلفای کرونباخ برای مادران ۰/۸۵ و برای فرزندان ۰/۸۳ برآورد شده که از همسانی درونی خوبی برخوردار است و دارای روایی پیش‌بین و هم‌زمان نیز می‌باشد. مطالعه ای این ضریب را برای زیر مقیاس

استدلال ۰/۷۱؛ پرخاشگری کلامی ۰/۸۰ و پرخاشگری فیزیکی ۰/۸۳ به دست آورده که قابل قبول می‌باشد (۱۶).

پژوهشگر با کسب اجازه کتبی از واحد پژوهش به بخش روانپزشکی مراجعه نمود و پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی، نسبت به نمونه گیری اقدام کرد. به همه افراد اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنها به طور محرمانه نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و در صورت تمایل در هر زمان می‌توانند از مطالعه خارج شوند نمونه گیری به صورت در دسترس از بیماران بستری در بخش های روانپزشکی کودکان و نوجوانان و مادران آنها که علاقه به شرکت در مطالعه داشتند و واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند انجام شد. سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی با استفاده از نرم افزار تصادفی سازی تلفن همراه در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. به این صورت که ابتدا نام بیماران بر اساس حروف الفبا ردیف شده و به آن‌ها کد های ۱-۳۲ داده شد، سپس برای نرم افزار دو گروه مداخله و کنترل تعریف گردید، با هر نوبت لمس دکمه تخصیص، مشخص می‌شد که آزمودنی در کدام یک از گروه‌ها باید قرار گیرند، این روند تا آنجایی ادامه پیدا کرد که کلیه آزمودنی‌های پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. بدین ترتیب ۳۲ زوج مادر-فرزند در گروه کنترل و ۳۲ زوج مادر-فرزند در گروه مداخله جایگزین شدند. در ابتدا نمونه‌های دو گروه، هم مادر و هم فرزند بطور خودگزارش دهی و جداگانه به پرسشنامه تعارض والد-فرزند، نسخه‌های والد و فرزند پاسخ دادند. گروه مداخله مادران و فرزندان در گروه‌های جداگانه ۹-۸ نفره در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت هفته‌ای یک جلسه، مطابق برنامه ارائه شده در جدول ۱ (۳) ارائه شد. این محتوا برای گروه مادران و گروه فرزندان از نظر محتوایی و تکالیف بصورت جداگانه مناسب سازی شد. گروهها در بحث گروهی تعارض مادر-فرزند شرکت کردند. اداره جلسات مادران توسط پژوهشگر با مدرک تحصیلی روانپرستاری انجام شد و در گروه کودکان یک روانشناس تربیتی در جلسات کلاسها اضافه شد؛ اما گروه کنترل این آموزش‌ها را دریافت نکردند. یکماه پس از پایان جلسات مداخله، کلیه آزمودنی‌ها مجدداً به پرسشنامه تعارض والد-فرزند پاسخ دادند. برای رعایت اخلاق در پژوهش در انتهای جلسات مداخله، محتوای بسته

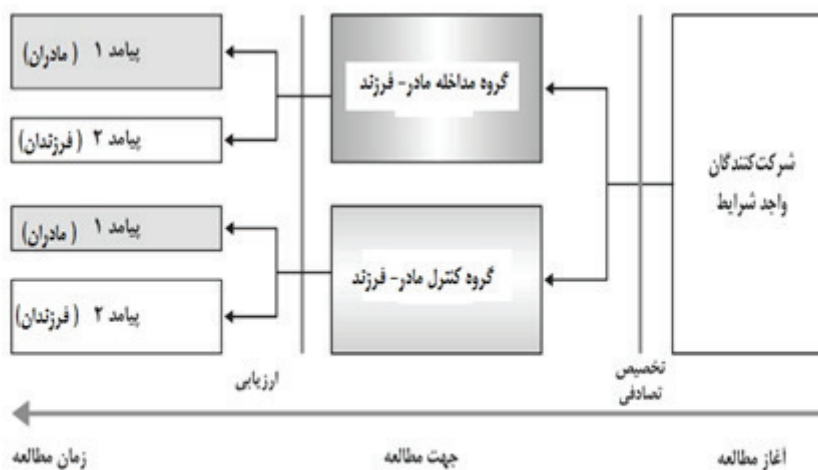
## زهرا عطائی و همکاران

از آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد) و استنباطی (تی مستقل، تی زوجی، کای اسکوئر، من ویتنی) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

بحث گروهی بصورت یک محتوای آموزشی در قالب یک لوح فشرده در اختیار گروه کنترل قرار گرفت و طی جلسه‌ای به سوالات آنها پاسخ داده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه،

جدول ۱: محتوای جلسات بحث گروهی

جلسات	محتوای جلسه
اول	بیان اهداف آموزش، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد، مدت و زمان برگزاری جلسات، بیان انتظارات، آشنایی افراد با یکدیگر، بررسی مشکلات اعضاء و آشنایی با ویژگی‌های دوران نوجوانی و روابط مادر و فرزند.
دوم	بحث در مورد افکار و احساسات مثبت و منفی نسبت به رفتارهای والد- فرزند، جهت دهی بحث برای اصلاح باورهای غیرمنطقی در سبک‌های فرزند پروری
سوم	بحث در مورد چگونگی افزایش خودکارآمدی در حل و فصل تعارضات، ارائه تمرین‌های شناسایی رفتارهای خودکارآمد روزانه برای حل تعارضات و تعیین تکلیف
چهارم	مرور مطالب، تکلیف جلسه قبل و پاسخ به سوالات، ترغیب آزمودنیها به بحث بر روی مشکلات. بحث بر روی چگونگی کنترل خشم در حل و فصل تعارضات. ارائه تمرینهای کنترل خشم و تعیین تکلیف
پنجم	مرور مطالب، تکلیف جلسه قبل و پاسخ به سوالات، ترغیب آزمودنیها به بحث بر روی مشکلات. بحث بر روی چگونگی افزایش عزت نفس برای حل و فصل تعارضات. ارائه تمرینهای افزایش عزت نفس و تعیین تکلیف
ششم	مرور مطالب، تکلیف جلسه قبل و پاسخ به سوالات، ترغیب آزمودنیها به بحث بر روی مشکلات. بحث بر روی چگونگی تصمیم گیری مناسب در حل و فصل تعارضات. ارائه تمرینهای تصمیم گیری و تعیین تکلیف
هفتم	مرور مطالب، تکلیف جلسه قبل و پاسخ به سوالات، ترغیب آزمودنیها به بحث بر روی مشکلات. بحث بر روی چگونگی تشویق رفتار و ایجاد دلگرمی. ارائه تمرینهای تشویق رفتار و تعیین تکلیف
هشتم	مرور تمرین ارائه شده در جلسه قبل، بررسی تجارب افراد و مقایسه با دیدگاه قبلی آنها



شکل ۱: فلودیگرام مطالعه

فرزندان دختر بودند. بیشترین شیوع را بیماری اختلال شخصیت به میزان ۲۵ نفر در دو گروه به خود اختصاص داد. توزیع فراوانی نمونه‌ها از نظر متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی دار نشان نداد (جدول ۲).

## یافته‌ها

دامنه سنی مادران در گروه مداخله و کنترل بین ۵۶-۳۹ سال و فرزندان بین ۲۵-۱۸ سال بود. میانگین مدت ابتلا فرزند ۲/۷۲ سال بود. ۶۰/۶٪ مادران خانه دار بوده و ۶۱/۸٪

جدول ۲: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی نمونه ها در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	گروه		متغیر
	کنترل تعداد ( درصد)	مداخله تعداد ( درصد)	
$Z = 0.23$ $P = 0.82$	۳(۹/۴)	۱(۳)	بیسواد
	۴(۱۲/۵)	۵(۱۵/۲)	ابتدایی
	۵(۱۵/۷)	۶(۱۸/۲)	سیکل
	۹(۲۸/۱)	۱۲(۳۶/۴)	دیپلم
	۹(۲۸/۱)	۹(۲۷/۲)	لیسانس
	۱(۳/۱)	۰(۰)	فوق لیسانس
$\chi^2 = 0.37$ $P = 0.54$	۱(۳/۱)	۰(۰)	دکتری
	۱۷(۵۳/۱)	۲۰(۶۰/۶)	خانه دار
	۱۵(۴۶/۹)	۱۳(۳۹/۴)	شاغل
$\chi^2 = 0.04$ $P = 0.95$	۲۰(۶۲/۵)	۲۱(۶۱/۸)	دختر
	۱۲(۳۷/۵)	۱۳(۳۸/۲)	پسر
	۳(۹/۴)	۱(۲/۹)	استرس پس از سانحه
$\chi^2 = 4.98$ $P = 0.08$	۸(۲۵)	۱۷(۵۰)	اختلال شخصیت
	۲۱(۶۵/۶)	۱۶(۴۷/۱)	اختلال مرتبط با مواد
$t = 1.58$ $P = 0.12$	میانگین (انحراف معیار) ۴۶/۳۸ (۲/۸۸)	میانگین (انحراف معیار) ۴۷/۷۰ (۳/۷۷)	سن مادران
$t_s = 1.46$ $P = 0.15$	۲۱/۷۸ (۲/۶۷)	۲۲/۹۴(۳/۷۲)	سن فرزندان
$t = 1.82$ $P = 0.07$	۲/۷۲(۱/۳۳)	۲/۰۹(۱/۴۸)	مدت ابتلا

( $P < 0.05$ ). نتایج پس آزمون در گروه کنترل نشان داد که هیچ یک از مولفه های تعارض مادر- فرزند نسبت به پیش آزمون تفاوت معنی دار نداشتند ( $P = 0.81$ ). همچنین میانگین نمره کلی تعارض مادر- فرزند در گروه کنترل در پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت معنی داری نداشت ( $P > 0.05$ ) (جدول ۳و۴).

آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمرات گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون تفاوت معنی دار نداشت ( $P = 0.67$ ). میانگین نمرات پس آزمون گروه مداخله مادر- فرزند در همه مولفه های تعارض والد- فرزند نسبت به نمرات پیش آزمون افزایش معنی دار نشان داد ( $P < 0.001$ ). همچنین میانگین نمره کل تعارض مادر- فرزند در گروه مداخله بعد از اجرای بحث گروهی افزایش معنی دار داشت

جدول ۳: مقایسه نمره کل تعارض مادر- فرزند و مولفه های آن در گروه های مداخله و کنترل برای مادران قبل و یکماه بعد از مداخله

نتیجه آزمون تی مستقل	یکماه بعد از مداخله		نتیجه آزمون تی مستقل	قبل از مداخله		گروه مولفه های تعارض والد- فرزند
	کنترل میانگین (انحراف معیار)	مداخله میانگین (انحراف معیار)		کنترل میانگین (انحراف معیار)	مداخله میانگین (انحراف معیار)	
$t = 4.82$ $p < 0.001$	۱۷/۴۱(۲/۳۴)	۱۴/۲۱(۲/۸۵)	$t = 0.43$ $P = 0.67$	۱۴/۶۷ (۴/۳۶)	۱۷/۲۶ (۳/۱۳)	استدلال
$t = 5.31$ $p < 0.001$	۱۶/۴۴ (۳/۸۸)	۱۲/۰۳(۲/۶۸)	$t = 0.60$ $P = 0.55$	۱۵/۲۸ (۳/۸۴)	۱۴/۳۸ (۴/۳۰)	پرخاشگری کلامی
$t = 4.34$ $p < 0.001$	۶/۴۹ (۱/۸۵)	۴/۸۵(۱/۰۵)	$t = 0.77$ $P = 0.44$	۶/۵۰(۱/۶۸)	۷/۰۶ (۳/۸۴)	پرخاشگری فیزیکی
$t = 5.98$ $p < 0.001$	۴۰/۳۴ (۶/۴۶)	۳۱/۰۹(۵/۵۸)	$t = 0.43$ $P = 0.67$	۳۸/۱۵(۶/۳۸)	۳۹ (۹/۳۳)	نمره کل

## زهرا عطائی و همکاران

جدول ۴: مقایسه نمره کل تعارض مادر-فرزند و مولفه های آن در گروه های مداخله و کنترل برای فرزندان قبل و یکماه بعد از مداخله

گروه	قبل از مداخله		یکماه بعد از مداخله	
	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل
مولفه های تعارض والد-فرزند	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
استدلال	۱۸/۷۳ (۳/۳۳)	۱۹/۲۸ (۲/۳۹)	۱۶/۲۴ (۳/۹۶)	۱۹/۰۶ (۲/۰۳)
پرخاشگری کلامی	۱۸/۴۵ (۳/۷۰)	۱۹/۱۶ (۲/۸۲)	۱۶/۰۳ (۳/۶۹)	۱۸/۱۶ (۲/۵۳)
پرخاشگری فیزیکی	۸/۹۷ (۴/۲۰)	۸/۱۶ (۲/۷۳)	۳/۸۸ (۲/۶۶)	۸/۱۲ (۲/۱۲)
نمره کل	۴۶/۱۵ (۸/۵۹)	۴۶/۶۰ (۶/۱۸)	۳۹/۱۵ (۸/۷۹)	۴۵/۳۴ (۴/۹۲)

آزمون t زوجی نشان داد که میانگین نمره کل تعارض مادر-فرزند گروه مداخله در همه مولفه ها بین دو زمان قبل و بعد از آموزش اختلاف معنادار نداشت ( $P > 0.05$ )؛ اما بین میانگین نمره کلی تعارض مادر - فرزند و سایر مولفه های آن قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار وجود داشت ( $P < 0.05$ ). میانگین نمرات قبل و بعد، در گروه کنترل در هیچ یک از مولفه های تعارض مادر-فرزند تفاوت معنی دار نداشت ( $P > 0.05$ ) (جدول ۵).

آزمون t زوجی نشان داد که میانگین نمره کل تعارض مادر-فرزند گروه مداخله در همه مولفه ها بین دو زمان قبل و بعد از آموزش اختلاف معنادار نداشت ( $P > 0.05$ )؛ اما بین میانگین نمره کلی تعارض مادر - فرزند و سایر مولفه های آن قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار وجود داشت ( $P < 0.05$ ). میانگین نمرات قبل و بعد، در گروه کنترل در هیچ یک از مولفه های تعارض مادر-فرزند تفاوت معنی دار نداشت ( $P > 0.05$ ) (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه میانگین نمره کل تعارض مادر-فرزند و مولفه های آن بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از اجرای مداخله

گروه	قبل و بعد در گروه مداخله مادران	قبل و بعد در گروه کنترل مادران	قبل و بعد در گروه مداخله فرزندان	قبل و بعد در گروه کنترل فرزندان
مولفه های تعارض والد-فرزند				
استدلال	t = ۲/۸۳ P = ۰/۰۰۸	t = ۰/۱۲ P = ۰/۹۳	t = ۲/۲۹ P = ۰/۰۴	t = ۰/۴۳ P = ۰/۶۸
پرخاشگری کلامی	t = ۲/۲۵ P = ۰/۰۳۹	t = ۰/۲۷ P = ۰/۸۴	t = ۳/۷۸ P = ۰/۰۰۱	t = ۰/۴۸ P = ۰/۶۷
پرخاشگری فیزیکی	t = ۲/۵۵ P = ۰/۰۱۸	t = ۰/۲۸ P = ۰/۸۸	t = ۲/۲۹ P = ۰/۰۳۸	t = ۰/۴۸ P = ۰/۶۵
نمره کل	t = ۲/۶۷ P = ۰/۰۱۸	t = ۰/۱۸ P = ۰/۹۰	t = ۱/۰۶ P = ۰/۰۳۸	t = ۰/۰۶ P = ۰/۹۵

همه نتایج، همسو و همراستا با نتایج پژوهش حاضر می باشد. همچنین اولف جانسون و همکاران نیز دریافتند که برنامه های گروهی حمایتی می تواند منجر به افزایش بیشتر مهارت های اجتماعی در حل تعارضات درازمدت شود (۱۷). بافکری و همکاران در مطالعه خود بحث گروهی را در کاهش استرس و فاکتورهای روانی خانواده موثر دانستند (۱۸). همچنین تاثیر مثبت استفاده از بحث گروهی بر رفتارهای بهداشتی اعضای خانواده در مطالعات به اثبات رسیده است (۱۱)؛ که همه نتایج، همسو و همراستا با نتایج پژوهش حاضر می باشد.

یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که مادران و فرزندان که تحت مداخله بحث گروهی قرار گرفتند در حل تعارضات مادر-فرزندی نسبت به گروه کنترل و همچنین نسبت به نمرات مرحله پیش آزمون وضعیت مطلوب تری را به دست آوردند. در پژوهش رضوی و همکاران نیز بحث گروهی بر آگاهی، نگرش و رفتار بهداشتی نمونه ها موثر بوده است (۱۱). بدیع پور و همکاران در مطالعه خود نتیجه گیری کردند که توانمندسازی روانی مادران موجب کاهش تعارضات مادر - فرزند، کاهش پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی و افزایش استدلال آنها می شود (۳)؛

استدلال و بهره‌گیری کمتر از راهبردهای حل تعارض پرخاشگری کلامی و فیزیکی می‌شود (۲۳) که تایید کننده نتایج مطالعه حاضر است.

در این مطالعه با توجه به محدودیت انتخاب جامعه آماری از بیماران بستری در بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان نور اصفهان و نیز عدم امکان کنترل کامل ارتباطات گروه‌های مداخله و کنترل، در تعمیم یافته‌ها باید جوانب احتیاط رعایت گردد و مطالعات وسیع‌تری در خصوص موضوع مبتنی بر فرهنگ در جوامع مختلف پیشنهاد می‌شود.

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه بحث گروهی موجب شد تا با تقویت مولفه‌های ارتباطی موثر بتواند تعارضات مادر-فرزندی را حل نماید. بنابراین به مسئولان حوزه سلامت پیشنهاد می‌گردد در برنامه حمایتی خانواده‌ها و درمان نوجوانان بحث گروهی حل تعارضات را مد نظر قرار دهند تا از مشکلات ارتباطی مادران و فرزندان کاسته شود.

### سیاسگزاری

بدینوسیله پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان برای تصویب این پژوهش و نیز بیماران و خانواده‌های آنها که صمیمانه در انجام این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

### تضاد منافع

در این پژوهش نویسندگان هیچگونه تضاد منافی نداشتند.

چوهدار و همکاران نتیجه‌گیری کردند که آموزش‌های بهداشت روان در بحث گروهی می‌تواند از طریق ارائه اطلاعات واقعی در زمینه بیماری روانی و قابلیت درمان آن، موجب کاهش تعارض والد-فرزند شود (۱۹). به عبارت دیگر حضور در جلسات تعاملی موجب می‌شود تا فرد احساس کند توسط سایر اعضای گروه درک شده و مانند افراد عادی مورد پذیرش است. مارتینز و همکاران نیز همکاران نیز به تاثیر ارائه دانش اشتراکی که منجر به درک بهتر مشکل در کودکان و نوجوانان می‌شود اشاره کردند (۲۰). مهدوی و همکاران، عوامل خانوادگی و تعارضات را با به بروز و تشدید ناهنجاری‌های روانی و اجتماعی فرزندان مرتبط دانستند و ایجاد یک محیط خانوادگی فاقد هرگونه تعارض را از عوامل محافظت کننده از رفتارهای خطرناک روانی و اجتماعی قلمداد کردند (۲۱).

در تبیین این یافته‌ها باید اشاره کرد که هنگامی که مادران، از فرزندان خود انتظار رفتار عاقلانه داشته باشند، آنان را تشویق کنند که مسائل شان را خودشان حل کنند، با منطق با آنها گفتگو کرده و با استدلال آنان را به نظم دعوت کنند، می‌تواند انگیزش پیشرفت را در آنان تشویق نمایند و کمتر کسی است که نداند محیط خانوادگی آشفته و پرتعارض باعث از بین رفتن تعادل روانی کودک شده و بر پیشرفت تحصیلی و انگیزه پیشرفت کودک تاثیر مخرب خواهد گذاشت (۲۲). آموزش مادران برای حل تعارض بدون استفاده از پرخاشگری کلامی و آگاهی از شیوه‌های درست تربیتی، برطرف شدن مشکلات رفتاری والدین و در نهایت رفع ضعف در مهارت فرزندپروری، لازم و ضروری است بطوری که آموزش حل تعارضات با شیوه بحث گروهی سبب بهره‌گیری بیشتر والد از راهبردهای حل تعارض

### References

1. Pasbani ardabili, M., Borjali, A., Pezeshk, S. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy to Improve the Conflictive the Relationship between Mother-Child. *Clinical Psychology Studies*, 2018; 8(30): 139-162.
2. Khajenouri, B., Dehqani, R. Adolescents' Problems and their Relationship with Family Institution: The Case Study of Parental Conflicts and Adolescents' Mental Health. *Sociology of Social Institutions*, 2016; 3(7): 66-37.
3. Badipoor, M., Salimi Bajestani, H., Kalantarkousheh, S. The Mothers' Psychology Empowerment Effectiveness on Mother-Child Conflict decreasing in Health Room of Tehran City. *Clinical Psychology Studies*, 2016; 6(23): 95-111.
4. Khodabakhshi-Koolae A, Barghei Khameneh S, Mojarab M, Khatiban M. Effect of Group Training of Personal Hygiene during Puberty to Mothers on Parent-Child Conflicts and Controlling Over the Emotions of Their Female Adolescents. *Jounal of Education Community Health*. 2017; 4 (2) :35-43 <https://doi.org/10.21859/jech.4.2.35>
5. sohrabnejad S, younesi S J, dadkhah A. Effectiveness of Teaching Concepts of Reality



- Therapy on Parent-Child Conflicts and Self-Efficacy in Male Adolescents. *Journal of Ilam university of mesical sciences*. 2016; 23 (6) :110-120
6. Jabbari, T., esmaeeli, M., kalantar hormozi, A. Awareness of the mutual rights of parent - child view of Islamic teachings on reduce conflicts between parent - child. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2014; 5(19): 1-16.
  7. Sikorová L, Polochová, M. Coping strategies of family with a chronically ill child. *Kontakt*2014; 16(1): 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.01.002>
  8. Ghazanfari F, Hosseini Ramaghani N, Moradiyani Gizeh Rod S, Panahi H. Effectiveness of Mindfulness-Based Parenting Educational Program on the Anxiety, Parent-Child Conflict and Parent Self-Agency in Mothers with Oppositional Defiant Disorder Children . *Horizon Medical Science*. 2017; 23 (3) :213-218
  9. Li, K., Davison, K. K., & Jurkowski, J. M. (2012). Mental health and family functioning as correlates of a sedentary lifestyle among low-income women with young children. *Women & health*, 52(6), 606-619. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.705243>
  10. Perlic D, Miclowitz D,N Lopez,J Couha, C Kalvin, V Adzhiashvili,A Aronson. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *NIH Public Access. Bipolar Disord*. 2010 ; 12(6): 627-637. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00852.x>
  11. Razavi, S., Kalbali, M., Rahimidoost, G. Comparing The Effect of Discussion Through Social Media and Conventional Group Discussion On Knowledge, Attitude and Health Behavior of Girl Adolescents. *Research in Curriculum Planning*, 2019; 16(60): 145-158.
  12. Escalada, M., & Heong, K. Focus group discussion. *Metro Manila :Philippines*, 2011.
  13. Jahanpour F, Paimard A, Pouladi SH, Azodi F, Shayan A, Azodi P, Molavi Vardenjani M, Khalili A. Comparing the durability of professional ethics' learning in two methods of group discussion and multimedia software. *Research Journal of Medical Sciences*.2016; 10(3):120-123.
  14. Van Doorn, M. D; Branje, S. J. & Meeus, W. H. (2011). Developmental changes in conflict resolution styles in parent-adolescent relationships: A four-wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9516-7>
  15. Sanaee B. Family and marriage scales. Tehran:Besat publication, 2017.
  16. Riahi, M., Esmaeili, M., Kazemian, S. The Effects of Mindfulness Training to Mothers on Improving Parent-Child Relationship. *Clinical Psychology Studies*, 2018; 8(29): 113-135. doi: 10.22054/jcps.2018.8317
  17. Jonsson, U., Olsson, N. C., Coco, C., Görling, A., Flygare, O., Råde, A., . . . Bölte, S. Long-term social skills group training for children and adolescents with autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*,2019; 28(2), 189-201. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1161-9>
  18. Bafekri K, taghavi T, sayedfatemi N, movaghari M. Effects of group discussion-based Education on coping Skills among female students in high schools. *iranian journal of nursing research*. 2017; 12 (2) :1-7
  19. Çuhadar, D., & Çam, M. O. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archivesofpsychiatricnursing*,2014;28(1),62-66. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.008>
  20. Martinez-Zambrano F, Garcia-Morales E, Garcia-Franco M, Miguel J, Villellas R, Pascual G, et al.Intervention for reducing stigma: assessing the influence of gender and knowledge. *World J Psychiatry*. 2013 Jun 22; 3(2): 18-24 <https://doi.org/10.5498/wjp.v3.i2.18>
  21. Mahdavi S,mirzavandi J.The Causal Relationship between Parent-Child Conflict, Anxiety, Loneliness and Personal Control as Predictors of Tendency to Drug Use in Adolescents. *Journal of Research on Addiction*.2020;14(55):115-132 <https://doi.org/10.29252/etiadjpajohi.14.55.115>
  22. Tozandeh, M. Mirza'i, F. The Effectiveness of Parenting Techniques on Self-efficacy and Mental Health of the Humanities Students of Payame Noor University and Azad Neyshabour, *Journal of Gonabad 158 University of Medical Sciences and Health Services*. 2011:17(2): 102-130.
  23. Keskin, G. Relationship between mental health, parental attitude and attachment style in adolescence. *Annual Journal of Psychiatry. (anadolu psikiyatri dergisi)*.2008: 9 (3),139- 147.