مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی ، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۵جلد۲، ص ۱۵-۱

http://www.jisc.ir

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال دوم)
شماره ۴ / تابستان ۱۳۹۵ / ص۱۵-۱

بررسی رابطه ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان

سحر زابلی دهنوی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرند، کرمان، ایران.

نام نویسنده مسئول:
سحر زابلی دهنوی

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان بود. روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بوده است و جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین کودکان ۴ تا ۶ ساله دختر و پسر شهر کرمان در سال ۱۳۹۶ بوده، که نمونه پژوهش ۱۰۰ نفر بصورت هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته ویژگی های جمعیت شناختی و اختلالات رفتاری کودکان گودمن (۱۹۹۷) استفاده گردیده است. نتایج تحقیق نشان دادکه بین وضعیت تحصیلات پدر و مادر، وضعیت اشتغال مادر، نوع منزل مسکونی خانواده و میزان درآمد والدین با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد، اما بین جنسیت، سن، تعداد فرزندان، فرزند چندم بودن، وضعیت اشتغال پدر و مهاجرت خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود ندارد.

واژگان کلیدی: ویژگی های جمعیت شناختی، اختلالات رفتاری، کودکان.

مقدمه

اختلال رفتاری یکی از رایج ترین اختلالات دوران کودکی و از عمده ترین دلایل ارجاع به مراکز درمانی است.این اختلال، الگوی رفتار پایدار با مشخصه پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است. کودکان مبتلا به آن در شدت طرد همسالان، عملکرد ضعیف تحصیلی و افزایش تدریجی رفتار پرخاشگرانهو همچنین آماده ابتلا به اختلال های خلقی، مصرف مواد بزهکاری و اختلال شخصیت اجتماعی در بزرگسالی هستند. افراد مختلف تعاریف گوناگونی از مشکلات رفتاری کرده اند (بارا[1] وهمکاران، ۸۵:۲۰۰۳)، هرینگ[2] (۳۲۹:۱۹۶۳)، چنین گفته است، کسی که به دلیل تأثیرات ارگانیک یا محیط ویژگیهای ذیل را از خود نشان دهد دچار مشکل رفتاری است.

الف-ناتوانی در یادگیری به گونه ای که نا متناسب با ظرفیت های هوشی، حسی، حرکتی و رشد جسمی او باشد.

ب-ناتوانی در ایجاد ونگهداری روابط اجتماعی مناسب.

ج-ناتوانی در پاسخ گویی مناسب به وضعیت های روزمره زندگی.

مطالعات نشان می دهد که کودکان مبتلا به اختلال رفتاری بر اساس تجارب اولیه خود، طرح واره ای متخاصم از جهان در ذهن خود شکل داده و بر اساس آن نیات دیگران را غیر دوستانه ارزیابی کرده و با رفتار پرخاشگرانه واکنش نشان می دهند (خدایاری فر، ۱۳۸۹: ۳۷). کودکی که نمی تواند یا نمی خواهد با هنجارهای مورد قبول اجتماعی سازگاری رفتاری داشته باشد و پیشرفت تحصیلی خود و کوشش های آموزشی همکلاسان و روابط خود با آنان را در هم می شکند، دچار اختلال رفتاری است. از سوی دیگر اوضاع اجتماعی به سرعت در حال تغییر است که همه این ها تأثیراتی عمیق و جدی بر دنیای روانی و شخصی کودک می گذارد و لزوم آموزش مهارت هایی به کودکان برای سازگاری با این تغییرات را بیش از پیش آشکار می سازد.

عوامل اجتماعی-اقتصادی مختلفی ممکن است در بروز گسیختگی خانواده و بدنبال آن پدیده اختلالات رفتاری فرزندان موثر باشند. آن گاه که گسیختگی خانواده تداوم پیدا کند، تاثیرات منفی بیشتری بر کودکان داشته و زمینه را برای بروز آسیب های اجتماعی مختلف مهیا می نماید. به گونه ای که شاید بتوان ریشه هر نوع رفتار ضداجتماعی کودکان را در آسیب های خانوادگی جستجو کرد. تحقیقات مختلف، اثرات منفی فقدان یک یا هردو والد در خانواده، میزان تحصیلات والدین، شغل والدین، تعداد فرزندان و ... را در بروز اختلالات رفتاری مورد سنجش قرار داده اند (پوربافرانی، ۱۳۹۲: ۲۰).

از طرف دیگر مطالعات نشان می دهد که کودکان مبتلا به اختلال رفتاری بر اساس تجارب اولیه خود، طرحواره ای متخاصم از جهان در ذهن خود شکل داده و بر اساس آن نیات دیگران را غیر دوستانه ارزیابی کرده و با رفتار پرخاشگرانه واکنش نشان می دهند. هم چنین این کودکان در زمینه کاربرد مهارت های اجتماعی بسیار ضعیف عمل کرده و در مشکلات بین فردی نمی توانند شیوه های مختلفی برای رفع مشکل پیدا کنند(داج[3]،۲۰۰۵: ۳۶۵). این مهارت های ضعیف، پیش بینی کننده مشکلات رفتاری بعدی در این کودکان هستند. اختلالات رفتاری شامل اختلالات سلوکی، اختلالات هیجانی، اختلال بیش فعالی وکم توجهی، اختلالات همگروهی و رفتار اجتماعی می باشند (بلالی و اقایوسفی، ۶۲:۱۳۹۰).

میزان سلامت جسمانی و روانی کودک بسته به ارتباطی است که خانواده با وی دارد و تا چه حد تلاش می‌کند نیازهای او را برآورده سازد. کودکانی که در این سنین از لحاظ عاطفی و امنیتی در خانواده تأمین نمی‌شوند به انواع مشکلات مبتلا می‌شوند (زرگر، ۱۳۹۰: ۶). مشکلات این کودکان اغلب با شیطنتها ، دروغگوییها و حرف نشنیدنهای ساده شروع می‌شود و با توجه به وضع نابسامان خانواده به بزهکاریها و جنایات بزرگسالی منتهی می‌شود.

با در نظر گرفتن اینکه کودکان امروز، آینده سازان فردای جامعه می باشند و با توجه اهمیت دوره کودکی که دوره ی حساس و دوره یادگیری و رشد ابعاد مختلف شخصیت فرد می باشد شایسته است که به کودکان توجه خاص مبذول شود. بسیاری از کودکان در جامعه از مهارتهای اجتماعی لازم برخوردار نیستند و دارای اختلالات رفتاری می باشند، در نتیجه نمی توانند در آینده به نحو سازنده و مفید در جامعه حضور داشته باشند. این امر ضرورت انجام برخی از پژوهشهای بنیادی –کابردی را برای ما روشن و موجه می سازد. خلاصه اینکه انجام پژوهشهای از این نوع موجب آگاهی مسئولان و متخصصان، معلمان و مدیران، مراکز نگهداری کودکان مانند بهزیستی و مهدکودک ها، خانواده‌ها شده و ضریب معیارهای توجه به این قشر از جامعه را بالا می برد. بررسی تاثیر ویژگی های جمعیت شناختی خانواده بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان زمینه ای خواهد بود تا این موضوع از توجه و حمایت شایسته‌ای از جانب مسئولان وخانوده ها برخوردار گردد و آگاهی خانواده ها و مسئولین تربیتی از این موضوع باعث آگاهی آنها از این امر مهم و در نتیجه سبب کاهش آسیب های و مشکلات اجتماعی در سطح خانواده، آموزش پرورش و جامعه خواهد شد. بدین ترتیب، نتایج مثبت پژوهش حاضر می تواند به غنای یافته های مربوط به عوامل

[1] Barrera
[2] .Haring
[3]-Dodge

موثر بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان منجر شود و شاید بتواند با ارائه راهکارهایی یکی از دلایل وجود مشکلات کودکان در سطح فردی و اجتماعی را کاهش دهد و راه شکوفایی ظرفیت‌ها و استعدادهای افراد را هموار سازد. آنگاه به‌تدریج شاهد تحولات عظیمی در بهبود زندگی و کسب سعادت انسان و تحقق کرامت و ارزش والای او خواهیم بود. درمجموع با توجه به آنچه گفته شد، انجام تحقیقی تحت عنوان بررسی رابطه ویژگی های جمعیت شناختی خانواده و اختلالات رفتاری کودکان در شهر کرمان ضروری به نظر می رسد.

تعریف اختلال

برای تعریف اختلال[4]، شیوه دقیق و ساده ای در دست نیست و اغلب اوقات رفتاری را نابهنجار تلقی می کنند . اگر ریشه های این واژه ها را ردیابی کنیم می بینیم که پیشوند (ab) به معنی دور (away) ، جدا (from) و خارج (off) است در حالیکه اصطلاح نابهنجار (abnormal)به مفهوم وسط ، معتدل و معمولی است (dietiohay – 1973 – Webster new collegiatle) با این مفهوم نابهنجار در وهله اول آنچه را که از اعتدال منحرف شده به ذهن می رشاند به عنوان انحراف منفی حاکی از بیماری مطرح می شود . از این رو اختلالهای روانی یا رفتاری را اغلب آسیب روانی نامیده اند(شاملو، ۱۷:۱۳۸۵) .

اختلال رفتاری کودکان و نوجوانان

اختلالات رفتاری در کودکان و مخصوصاً نوجوانان اکثراً به صورت ناسازگاری و رفتارهای ناجور و غیر اخلاق یا ضد اجتماعی حتی جنایی ظاهر می شود . این دسته از افراد با افراد منحرف همانند سازی دارند و از معیارهای گروه‌های منحرف تبعیت می کنند مانند فرار نوجوانان از مدرسه و همکاری با قاچاقچیان ، جنایت ، تخریب و فساد . این افراد خطرناکترین افراد جامعه هستند و همواره حالت انتقام جویی عجیبی نسبت به افراد جامعه و حتی والدین خود دارند . اختلالات رفتاری از اوایل کودکی به صورتهای مختلف تظاهر می کند . این افراد به آنچه بد و زشت یا ممنوع است تمایلی افراطی و بیمار گونه دارند به علت داشتن علاقه جنون آمیز اذیت، آتش سوزی، آزار و آسیب حیوانات و کودکان کم سال لذت می برند(کریمی و دیگران، ۵:۱۳۸۹).

نوجوانان از توانایی های بیشماری از جمله تفکر انتزاعی و عمیق ، توجه به احتمالات احساس تعهد ، وفاداری به یکدیگر و آمادگی پذیرش طیفی از تجربه های غنی و متنوع برخوردارند از اینرو اکثر جوامع حاضر این قشر سنی سرمایه های باارزشی به شمار می آیند حتی میزان پیشرفت یک جامعه در گروه چگونگی تربیت و پرورش نسل جوان است اگر جامعه بتواند نسل جوان را متناسب با نیاز های آینده کشور و آن ها را در مقابل انواع نابهنجاریهای روانی و اختلالات رفتاری حمایت کند . به یکی از اهداف والا و مهم خود دست یافته است . از اینرو نوع اختلالات و نابهنجاریهایی که قشر جوان را تهدید می کند ، در حوزه روان شناسی اهمیت ویژه ای دارد با وجودی که نوجوانان در مقابل هیچ یک از اختلالات رفتاری مصونیت ندارد ، ولی پاره ای از اختلالات رفتاری و نا بهنجاریهای روانی در بین آنها شیوع بیشتری دارد(کریمی و دیگران، ۴:۱۳۸۹) .

-**اختلال بیش فعالی وکم توجهی:** شایعترین اختلال دوران مدرسه وشایعترین اختلال عصبی رفتاری دوران کودکی است. والدین یک سوم ومعلمین یک پنجم کودکان را پرفعالیت وشلوغ توصیف می کنند.سطح معیارهایی که مرز بین پرفعالیتی طبیعی و اختلال را مشخص می کنند متفاوت ودرآمریکا پایینتر از دیگر کشورهاست.به همین دلیل میزان شیوع در تحقیقات وکشورهای مختلف متفاوت است و از ۴تا۱۲ درصد در نمونه های جمعیتی و۳تا۵ درصدبراساس تخمین DSM-IV گزارش می شود.شیوع در پسران(۹/۲٪) ۳ تا ۴ برابر دختران (۲/۹٪) است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۵: ۴۵۰).

-**اختلالات سلوکی:** از جمله شایعترین مراجعات وتشخیصها در اختلالات رفتاری کودکان هستندکه آکسفورد عنوان می کند از اختلالات هیجانی نیز شایعتر است.الگوی رفتاری مداوم وتکراری ,در رابطه با دیگران ومعمول اجتماعی مناسب سن, نقض می شود.نشانه ها در چهار زمینه مشاهده می شوند:الف:خشونت نسبت به اشخاص وحیوانات ب:تخریب اموال پ:تقلب ودزدی ت: انحراف شدید از قوانین. اختلال رفتار باعث اختلال کارکرد چشمگیراجتماعی,آکادمیک وشغلی می شود.نشانه های بالینی با رفتارهای ضد اجتماعی مانندزدی,دروغ گفتن,تخریب اموال مانندآتش زدن,فرار از مدرسه,رفتارهای خشن مانندبی رحمی نسبت به حیوانات ودیگران, تلاش برای فرار از خانه,رفتارهای جنسی ناشایست وسوء مصرف الکل وداروها مشخص می شودکه در چهارزمینه ذکر شده هستند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۵: ۴۹۰).

-**اختلالات هیجانی:**این اختلالات شایع هستند و۳ دسته بزرگ اختلالات اضطرابی ,خلقی وشبه جسمی از این دسته اند. اختلالات اضطرابی به عنوان یک گروه شایعترین اختلال دوران کودکی است:داده های جمعیت شناختی شیوع۵تا۱۸٪راپیشنهاد می کنند.اضطراب جدایی,فوبیا با شروع در کودکی,اختلال اضطرابی منتشر,اختلال وسواسی-جبری,انواع فوبیا,اختلال اضطرابی پس از تروما واختلال پانیک

4. Disorder

همگی به عنوان انواع خاص یا گسترده ای از اضطراب تعریف می شوند. اختلالات اضطرابی معمولا مشکلات مزمن و راجعه ای هستند که شدت آنها در طول زمان کم و زیاد می شود(کاپلان و سادوک، ۱۳۸۵: ۵۳۶).

– **اختلالات هم‌گروهی:**در سال‌های اخیر مطالعات وجود نقش مهم دوستی سالم در شکل گیری هویت,احساس مثبت از خود وارتقا عملکرد سایکولوژیک ونیز موفقیت تحصیلی ومهارت حل مشکل را تشریح نموده اند.طی سنین ۶ تا ۱۲سالگی وبا ورود به مدرسه کودکان حلقه دوستی خود را تدریجا گسترده تر می کنندوبرای خود گروهی از همسالان را انتخاب می کنند.هنگامیکه که کودکان گروهی را انتخاب کردند رفتارها وارزشهایشان به آنها شبیه تر از والدین است و والدین وکودک حرکت موزون تری دارند.انتخاب گروه بستگی دارد به آنچه کودکان تلاش می کنند باشند یا فکر می کنند می توانند باشند.کودکی با توانایی تحصیلی,ورزشی یا هنرکه می تواندبه خوبی عملکرد داشته باشد در همه این گروهها پذیرفته خواهد شد(کاپلان و سادوک، ۱۳۸۵: ۵۴۰)

– **اختلالات رفتار اجتماعی:** ویژگی های شخصیت ضد اجتماعی یا روان رنجور نوعی به هم ریختگی ارتباط میان انسان و جامعه است و به رفتار نابهنجاری گفته می شود که در جامعه مورد پسند نیست ؛ ولی معمولاً نزد عامل آن ناپسند و زیان بخش شمرده نمی شود ، شخص روان رنجور نیست به هنجارها و مقررات اجتماعی بی اعتنا و بی تفاوت است و با دروغگویی و دزدی حقوق دیگران را پایمال هوی و هوسهای خود می سازد . یک فرد روان رنجور نمی تواند یانمی خواهد شخصیت اجتماعی خود را بر اساس انتظارات و نیاز های اجتماعی که در آن به سر می برد ، تطبیق دهد(اسماعیل زاده، ۴۹:۱۳۹۰) . .

پیشینه پژوهش

پترسون[5](۲۰۱۴)، در تحقیق خود نشان دادند که به نظر می رسد تفاوت های مربوط به جنس در میزان شیوع اختلالات رفتاری موثر باشند. دختران در نوجوانی و کودکی از استعداد بیشتری برای ابتلاء به اختلالات رفتاری و خلقی برخوردارند. همچنین نتایج نشان داد که احتمال ابتلای زنان به اختلالات رفتاری دو برابر پسران است. احتمالا این تفاوت از عوامل چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و شناختی ناشی می شود.

هوشوار و دیگران[6] (۲۰۱۳)، تحقیقی تحت عنوان شناسایی عوامل موثر بر اختلالات رفتاری کودکان انجام دادند. روش بررسی پیمایش با استفاده از ابزار پرسش نامه انجام شد. نمونه تحقیق ۲۵۰ نفر از کودکان ۴ تا ۱۰ ساله بود. نتایج تحقیق نشان داد که ویژگی های جمعیت شناختی وضعیت تحصیلات و وضعیت اشتغال والدین در کنار عامل آموزش بازی از عوامل تاثیر گذار بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان می باشد.

کاپلان [7](۲۰۱۳)، تحقیقی با هدف بررسی رابطه بین ویژگی های جمعیت شناختی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان انجام گرفت. در این تحقیق ۲۵۰ دانش آموز مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج تحقیق نشان داد که بین ویژگی های جمعیت شناختی (سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی) با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان رابطه معنی داری وجود دارد. بر اساس نتایج تحقیق یکی از عوامل اصلی پیشرفت تحصیلی دانش آموزان خانواده و والدین آنها تایید شد.

ریچمن[8] و همکارانش (۲۰۱۰)، تحقیقی را در مورد اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی در ۷۰۵ خانواده که در مرکز لندن زندگی می کردند، انجام دادند. آن ها در مورد اختلالات رفتاری کودکان سه ساله و میزان شیوع این اختلالات به این نتایج رسیدند: ۱۵ درصد کودکان دارای اختلالات خفیف بودند. ۶/۲ درصد کودکان دارای اختلالات متوسط بودند.۱/۱ درصد کودکان دارای اختلالات شدید و سخت بودند. آن ها نشان دادند که ۶۳ درصد کودکان سه ساله که دارای اختلالات رفتاری هستند، از یک تا پنج سال بعدی نیز این اختلالات را از خود نشان می‌دهند. آن ها هم چنین نشان دادند که نوع جنس کودک نیز شاخص مهمی در تداوم اختلالات رفتاری است. در مقابل ۷۳ درصد پسران، تنها ۴۷ درصد دختران اختلالات شان تا سن هشت سالگی تداوم داشت. آن ها هم چنین نشان دادند که نوع مشکل و مسأله نیز در تداوم آن نقش عمده‌ای دارد. کودکانی که در سن سه سالگی بی‌قرار بودند، اغلب در سن هشت سالگی کودکان بی‌نظمو نامرتب تشخیص داده شدند.

در پژهشی که گونزالس [9] (۲۰۰۷)، در زمینهٔ شیوه های مداخله ای به منظور کاهش اختلالات رفتاری کودکان انجام داد، وی ۱۵ کودک کودک با اختلالات رفتاری را تحت آموزش به وسیلهٔ مربیان خبره قرار داد. این مربیان با آموزش های خود سعی در نقویت مهارت هایی از

---

[5] Petersoun
[6] Houshvar P, Behnia F, Khooshabi K, Mirzaei H, Rahgozar
[7] Kaplan
[8]-Reichman
[9]-Gonzalez

قبیل خود کنترلی، احترام، مشارکت گروهی و رعایت مقررات در کودکان نمودند. یافته های به دست آمده نشان داد که با آموزش مداوم و مستمر مهارت های زندگی می توان سازگاری کودکان را در زمینهٔ رفتارهای یاد شده افزایش داد.

کابلینسکی، کاوالانکا و رندولف [10] (۲۰۰۶)، در پژوهشی به بررسی ارتباط نقش والدین در اختلالات رفتاری کودکان آمریکایی انجام دادند، نشان داد که نقش والدین، سبک زندگی، تعارضات خانوادگی و افسردگی مادر در پیش بینی اختلالات رفتاری کودکان مؤثر است، در کودکان مادرانی که از تحصیلات و تجارب بهتری در پرورش کودک خود بهره‌مند بودند و افسردگی کمتری داشته و سعی در رفع تعارضات خانوادگی داشتند، اختلالات رفتاری کمتری مشاهده شده است.

نجمی (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی رابطه ی ویژگی های فردی و صفات شخصیتی والدین با نوع اختلالات رفتاری کودکان پرداخت. نتایج نشان داد اشتغال مادر، سطح تحصیلات والدین، تعداد فرزندان، میزان درامد خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه دارد. همچنین اختلالات رفتاری در پسران به طور معنی داری بیشتر از دختران بود. همچنین اختلالات اضطرابی کودک با صفات پرخاشگری، انعطاف‌پذیری، تلاش برای موفقیت، خویشتن‌داری، احتیاط در تصمیم‌گیری و نمره‌ی کل آزمون والدین و اختلالات خلقی کودک با صفات نوع‌دوستی، نظم و ترتیب، تلاش برای موفقیت و احتیاط در تصمیم‌گیری و اختلالات رفتار آشفته‌ی کودک با هیجان مثبت، تخیل، احساسات، تلاش برای موفقیت و نمره‌ی کل آزمون والدین و اختلال دفعی کودک با صفت خویشتن‌داری والدین ارتباط معنی‌دار داشت.

پژوهش پوربافرانی (۱۳۹۳) به منظور مقایسه اختلالات رفتاری کودکان ۷ تا ۱۲ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی دولتی و خصوصی شهر تهران انجام شده است .نتایج پژوهش نشان داد که میزان نابهنجار، ناسازگاری اجتماعی، اختلال کمبود توجه در بین کودکان ساکن در مراکز دولتی به طور معناداری با کودکانی که در مراکز خصوصی نگهداری می شدند متفاوت بود .($P<0.05$) در میزان رفتارهای ضد اجتماعی و بیش فعالی-پرخاشگری تفاوت معناداری مشاهده نشد .($P<0.05$)مقایسه میانگین ها نیز نشان داد که کودکان بد سرپرست مراکز شبانه روزی، در مقایسه با کودکان بی سرپرست به طور معناداری اختلال رفتاری بیشتری داشتند.

عارفیان (۱۳۹۲)، این پژوهش به بررسی نقش ویژگی‌های جمعیت شناختی خانواده شامل: تعداد فرزندان، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال والدین، نوع منزل مسکونی و وضعیت مهاجرت در شکل گیری اخلاق زیست محیطی دانش‌آموزان (فرزندان خانواده) می‌پردازد؛ در تحلیل نتایج به دست آمده از پرسشنامه‌ها مشخص شد که هیچیک از متغیرهای مورد بررسی شامل: تعداد فرزندان خانواده، سطح تحصیلات پدر، سطح تحصیلات مادر، شاغل یا خانه‌دار بودن مادر، نوع شغل پدر، ملکی یا استیجاری بودن منزل مسکونی و مهاجر یا غیر مهاجر بودن خانواده، رابطه معنی‌داری با سطح اخلاق زیست محیطی دانش‌آموزان ندارد.

موحدی راد و دیگران (۱۳۹۱)، تحقیقی تحت عنوان مقایسه شیوع اضطراب آشکار در بین دانش آموزان دارای ویژگی های جمعیت شناختی مختلف انجام دادند . نتایج نشان داد که در جمعیت مورد مطالعه ۱۳۵ نفر (22.8%) اضطراب آشکار داشتند. اضطراب آشکار ارتباط معنی داری از نظر آماری با ارتباط مادر با دانش آموز، شغل مادر، تحصیلات مادر، ارتباط پدر با دانش آموز، پایه تحصیلی، شغل پدر، تحصیلات پدر، ارتباط سایر فرزندان با دانش آموز نشان داد ($p<0.05$).

روش پژوهش

تحقیق موجود یک تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است، مطالعه ی توصیفی آنچه را که هست توصیف و تفسیر می کند و به شرایط یا روابط موجود، عقاید متداول، فرایند های جاری، آثار مشهود و یا روند های در حال گسترش توجه دارد و توجه آن به زمان حال است، هر چند غالباً رویدادها و آثار گذشته را نیز که به شرایط موجود مربوط می شوند مورد توجه قرار می دهد. نکته مهم در روش تحقیق همبستگی نیز آن است که این تحقیق هرگز رابطه علت و معلولی را تبیین نمی کند؛ بلکه صرفاً یک رابطه راتوصیف می کند

جامعه آماری این پژوهش کلیه والدین کودکان ۴ تا ۶ ساله دختر و پسر شهر کرمان در مهدکودک ها و مراکز نگهداری آموزش و پرورش و کلینیک ها در سال ۱۳۹۶ می باشد.

نمونه پژوهش ۱۰۰ نفر و به صورت هدفمند انتخاب گردید. به این ترتیب که محقق به مهدکودک ها و مراکز نگهداری آموزش و پرورش و کلینیک ها ی مناطق مختلف شهر کرمان مراجعه و از والدین کودکانی که دچار اختلالات رفتاری بودند خواست تا پرسشنامه های تحقیق را پر کنند.

ابزار گردآوری داده‌هامی باشد که عبارتند از:پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی خانواده؛ پرسش نامه محقق ساخته جمعیت شناختی خانواده اطلاعات (جنسیت، سن، تعداد فرزندان، فرزند چندم بودن ، وضعیت اشتغال والدین، وضعیت تحصیلات والدین، نوع منزل مسکونی و مهاجر و غیر مهاجر بودن، متارکه والدین، داشتن پدر یا مادر معتاد، میزان درامد والدین)را مورد سنجش قرار می دهد. پرسشنامه

[10]- Koblinsky & Kuvalanka & Randolph

اختلالات رفتاری کودکان گودمن[11] (۱۹۹۷) یکی از ابزارهای غربالگری موجود, مقیاسهای راتر والدین ومعلم, به طور گسترده طی ۲۵ سال در کشورهای مختلف در مطالعات جمعیت عمومی مورد استفاده بوده است.برای تعیین توانایی های مثبت کودکان- به خوبی ضعفها- مقیاس راتر را بازبینی نمود وگزینه های توانایی ها را اضافه نمود.پرسشنامه آغازین ویژگی۷۰٪و حساسیت۷۱٪ داشت.این مقیاس تعدیل شده به عنوان پرسشنامه توانایی ها ومشکلات برای استفاده کودکان با هوش طبیعی درآمد.

پرسشنامه توانایی ها ومشکلات یک پرسشنامه مختصر غربالگری برای کودکان ونوجوانان۱۶-۴ ساله است که توسط والدین(نوع والدین) معلم(نوع معلم) ویاخود فرد(جهت نوجوانان۱۶-۱۱) طی پنج دقیقه تکمیل می شود. این تست شامل ۲۵ عنوان است که در ۵ گروه بیش فعالی (سوالات ۲-۳-۱۱-۱۶-۲۱) , اختلالات هیجانی (سوالات ۴-۹-۱۴-۱۷-۲۴) , اختلالات سلوکی (سوالات ۶-۷-۱۳-۱۹-۲۲), اختلالات همگروهی (۱۲-۱۵-۱۸-۲۳-۲۵) و رفتار اجتماعی (سوالات ۱-۵-۸-۱۰-۲۰) تقسیم می شود. لازم به ذکر است سوالات ۴-۷-۱۱-۲۱-۲۵ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. این مقیاس در ایران توسط تهرانی دوست (۲۴:۱۳۸۵) هنجاریابی شده و اعتبار (روایی) آن ۰/۷۸ و پایایی ترجمه فارسی آن به مقدار ۰/۸۸ مورد تایید قرار گرفته است. همچنین وفایی (۴۵:۱۳۸۸) در پژوهشی در نمونه کودکان ایرانی روایی پرسشنامه را ۰/۸ و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آورده است.

برای تجزیه و تحلیل دادها، از روش های آماری توصیفی واستنباطی استفاده شد و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار19-SPSS انجام شد. برای تجزیه و تحلیل سوالات تحقیق از رگرسیون ، آزمون t مستقل، تحلیل واریانس استفاده شد. برای بررسی وضعیت متغیرهای توصیفی شامل جداول فراوانی و شاخصهای پراکندگی شامل میانگین، انحراف معیار، استفاده شد

یافته ها

با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۵۴ درصد (۵۴ نفر) از افراد دختر و ۴۶ درصد (۴۶ نفر) پسر هستند

سن:با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۵۵ درصد (۵۵ نفر) از کودکان ۴ تا ۵ سال و ۴۵ درصد (۴۵ نفر) ۵ تا ۶ سال سن داشته اند

تعداد فرزندان:با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۷۵ درصد (۷۵ نفر) کم جمعیت و ۲۵ درصد (۲۵ نفر) پرجمعیت بوده اند

فرزند چندم بودن:با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۵۳ درصد (۵۳ نفر) فرزند اول، ۳۱ درصد (۳۱ نفر) فرزند دوم و ۱۶ درصد (۱۶ نفر) فرزند سوم و بیشتر بوده اند (جدول ۴-۴).

وضعیت تحصیلات پدر:با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۷۰ درصد (۷۰ نفر) پدر کودکان تحصیلات ابتدائی و ۳۰ درصد (۳۰ نفر) تحصیلات عالی داشته اند

وضعیت تحصیلات مادر:با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۶۱ درصد (۶۱ نفر) مادر تحصیلات ابتدائی و ۳۹ درصد (۳۹ نفر) تحصیلات عالی داشته اند

وضعیت اشتغال پدر:با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۱۱ درصد (۱۱ نفر) شغل پدر را بیکار، ۲۳ درصد (۲۳ نفر) کارگر، ۲۱ درصد (۲۱ نفر) کارمند و ۴۵ درصد (۴۵ نفر) شغل پدر را آزاد ذکر کرده اند

۴-۱-۸: وضعیت اشتغال مادر:با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۸۰ درصد (۸۰ نفر) مادر کودکان خانه دار و ۲۰ درصد (۲۰ نفر) کارمند بوده اند

نوع منزل مسکونی خانواده:با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۳۶ درصد (۳۶ نفر) منزل مسکونی شخصی و ۶۴ درصد (۶۴ نفر) منزل مسکونی استیجاری داشته اند

مهاجرت خانواده:با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۲۹ درصد (۲۹ نفر) مهاجرت خانواده داشته اند و ۷۱ درصد (۷۱ نفر) مهاجرت خانواده نداشته اند

متارکه والدین:با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۱۵ درصد (۱۵ نفر) والدین متارکه داشته اند و ۸۵ درصد (۸۵ نفر) والدین متارکه نداشته اند

میزان درامد والدین:با توجه به نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها ۶۰ درصد (۶۰ نفر) کم درآمد و ۴۰ درصد (۴۰ نفر) پر درآمد بوده اند

[11] .Goodman R

بررسی فرض نرمال بودن متغیرها

جدول (۱). آماره های آزمون کلموگرف اسمیرنف برای بررسی فرض نرمال بودن بودن متغیرها

متغیر	آزمون کلموگرف اسمیرنف	معنی داری
اختلالات رفتاری	۱/۳۳	۰/۰۵۴

با توجه به اینکه معنی داری ازمون کلموگرف اسمیرنف در این متغیر بیشتر از سطح ۰/۰۵ می باشد بنابراین فرضیه صفر رد نمی شود در نتیجه می توان گفت متغیر اختلالات رفتاری دارای توزیع نرمال هست بنابراین جهت آزمون همبستگی فرضیه های تحقیق از آزمون رگرسیون، تی تک نمونه ای و آنوا استفاده شده است.

بررسی فرضیات

آیا بین جنسیت کودکان با اختلالات رفتاری آنها رابطه وجود دارد؟

در جدول (۴) قابل مشاهده است.

جدول(۲). مقایسه اختلالات رفتاری در بین کودکان دختر و پسر

شاخص‌های آماری / متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	آزمون لوین		t	درجه آزادی	سطح معناداری
						F	آلفا			
اختلالات رفتاری	دختر	۵۴	۲۱/۶	۵/۲۷۸	۱/۰۶۴	۳/۳۸	۰/۰۶۹	۰/۹۷۸	۹۸	۰/۳۱۱
	پسر	۴۶	۲۰/۶	۵/۵۹۶						

بنابراین مقایسه میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان دختر و پسر نشان داد که چون مقدار p (معنی داری) برابر ۰/۳۱۱ و بزرگتر از سطح معنی داری ۰/۰۵= α است؛ لذا در این سطح فرض صفر رد نمی شود. در نتیجه می توان گفت میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان دختر و پسر یکسان است؛ یعنی اختلالات رفتاری در بین کودکان دختر و پسر با هم تفاوت معنی‌داری ندارد (جدول۴).

آیا بین سن کودکان با اختلالات رفتاری آنها رابطه وجود دارد؟

جدول(۳). مقایسه اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس سن

شاخص‌های آماری / متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	آزمون لوین		t	درجه آزادی	سطح معناداری
						F	آلفا			
اختلالات رفتاری	۴ تا ۵ سال	۵۵	۲۰/۵	۵/۶۷۹	-۱/۳۲	۱/۵۲۸	۰/۲۱۹	-۱/۲۱	۹۸	۰/۲۲۸
	۵ تا ۶ سال	۴۵	۲۱/۹	۵/۰۶۵						

بنابراین مقایسه میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس سن نشان داد که چون مقدار p (معنی داری) برابر ۰/۲۲۸ و بزرگتر از سطح معنی داری ۰/۰۵= α است؛ لذا در این سطح فرض صفر رد نمی شود. در نتیجه می توان گفت میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس سن یکسان است؛ یعنی اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس سن با هم تفاوت معنی‌داری ندارد (جدول ۵).

آیا بین تعداد فرزندان خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد؟

جدول(۴). مقایسه اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس تعداد فرزندان خانواده

شاخص‌های آماری / متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	آزمون لوین		t	درجه آزادی	سطح معناداری
						F	آلفا			
اختلالات رفتاری	کم جمعیت	۷۵	۲۰/۹	۵/۸۵۲	-۰/۹۳	۳/۵۶۸	۰/۰۶۲	-۰/۷۴	۹۸	۰/۴۵۹
	پر جمعیت	۲۵	۲۱/۸	۳/۸۹۱						

بنابراین مقایسه میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس تعداد فرزندان خانواده نشان داد که چون مقدار p (معنی داری) برابر ۰/۴۵۹ و بزرگتر از سطح معنی داری ۰/۰۵= α است؛ لذا در این سطح فرض صفر رد نمی شود. در نتیجه می توان گفت میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس تعداد فرزندان خانواده یکسان است؛ یعنی اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس تعداد فرزندان خانواده با هم تفاوت معنی‌داری ندارد (جدول ۶).

آیا بین وضعیت تحصیلات پدر با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد؟

جدول(۵). مقایسه اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس وضعیت تحصیلات پدر

شاخص‌های آماری / متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	آزمون لوین		t	درجه آزادی	سطح معناداری
						F	آلفا			
اختلالات رفتاری	تحصیلات ابتدائی	۷۰	۲/۴۲	۴/۲۲۶	۴/۱۵۲	۸/۴۷۲	۰/۰۵۳	۳/۷۲۹	۹۸	۰/۰۰۱
	تحصیلات عالی	۳۰	۱/۲۸	۶/۷۴۵						

بنابراین مقایسه میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس وضعیت تحصیلات پدر نشان داد که چون مقدار p (معنی داری) برابر ۰/۰۰۱ و کوچکتر از سطح معنی داری ۰/۰۵= α است؛ لذا در این سطح فرض صفر رد می شود. در نتیجه می توان گفت میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس وضعیت تحصیلات پدر یکسان نیست؛ یعنی وضعیت تحصیلات پدر با اختلالات رفتاری کودکان تفاوت معنی‌داری دارد، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری کودکان با تحصیلات ابتدائی پدر بیشتر از اختلالات رفتاری کودکان با تحصیلات عالی پدر می باشد (جدول ۷).

آیا بین وضعیت تحصیلات مادر با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد؟

جدول(۶). مقایسه اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس وضعیت تحصیلات مادر

شاخص‌های آماری / متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	آزمون لوین		t	درجه آزادی	سطح معناداری
						F	آلفا			
اختلالات رفتاری	تحصیلات ابتدائی	۶۱	۲۲/۲	۴/۸۹۳	۲/۷۹۳	۲/۰۶۸	۰/۱۵۴	۲/۵۸۲	۹۸	۰/۰۱۱
	تحصیلات عالی	۳۹	۱۹/۴	۵/۸۳						

بنابراین مقایسه میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس وضعیت تحصیلات مادر نشان داد که چون مقدار p (معنی داری) برابر ۰/۰۱۱ و کوچکتر از سطح معنی داری α =۰/۰۵ است؛ لذا در این سطح فرض صفر رد می شود. در نتیجه می توان گفت میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس وضعیت تحصیلات مادر یکسان نیست؛ یعنی وضعیت تحصیلات مادر با اختلالات رفتاری کودکان تفاوت معنی‌داری دارد، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری کودکان با تحصیلات ابتدائی مادر بیشتر از اختلالات رفتاری کودکان با تحصیلات عالی مادر می باشد (جدول ۸).

آیا بین وضعیت اشتغال پدر با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد؟

جدول (۷).آماره های آزمونAnova برای مقایسه اختلالات رفتاری کودکان بر اساس وضعیت اشتغال پدر

میزان تحصیلات	اختلالات رفتاری			
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
بیکار	۱۱	۲۰	۶/۱۶۴	-
کارگر	۲۳	۲۲/۸	۵/۰۴۲	
کارمند	۲۱	۱۹/۴	۴/۵۹۹	
آزاد	۴۵	۲۱/۴	۵/۶۵	
-	منابع تغییر	مجموع مربعات	میانگین مربعات	درجه آزادی
	بین گروهی	۱۴۷/۲۰۵	۴۹/۰۶۸	۳
	درون گروهی	۲۷۶۶/۸۳۵	۲۸/۸۲۱	۹۶
	کل	۲۹۱۴/۰۴	-	۹۹
آماره F	۱/۷۰۳			-
معنی داری	۰/۱۷۲			

آیا بین وضعیت تحصیلات مادر با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد؟

جدول (۸). مقایسه اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس وضعیت اشتغال مادر

شاخص‌های آماری / متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	آزمون لوین		t	درجه آزادی	سطح معناداری
						F	آلفا			
اختلالات رفتاری	خانه دار	۸۰	۲۲/۵	۴/۲۴۸	۶/۶۷۵	۸/۷۷۸	۰/۰۵۲	۵/۶۳۴	۹۸	۰/۰۰۱
	کارمند	۲۰	۱۵/۸	۶/۳۸۷						

بنابراین مقایسه میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس وضعیت اشتغال مادر نشان داد که چون مقدار p (معنی داری) برابر ۰/۰۰۱ و کوچکتر از سطح معنی داری α =۰/۰۵ است؛ لذا در این سطح فرض صفر رد می شود. در نتیجه می توان گفت میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس وضعیت اشتغال مادر یکسان نیست؛ یعنی وضعیت اشتغال مادر با اختلالات رفتاری کودکان تفاوت معنی‌داری دارد، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری کودکانی که مادرشان خانه دار بوده اند بیشتر از اختلالات رفتاری کودکانی که مادرشان کارمند بوده اند، می باشد (جدول 8).

آیا بین نوع منزل مسکونی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد؟

جدول(۹). مقایسه اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس نوع منزل مسکونی

شاخص‌های آماری / متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	آزمون لوین		t	درجه آزادی	سطح معناداری
						F	آلفا			
اختلالات رفتاری	شخصی	۳۶	۱۹/۲	۵/۱۹۵	-۲/۹۵	۰/۰۸۲	۰/۷۷۶	-۲/۶۹	۹۸	۰/۰۰۸
	استیجاری	۶۴	۲۲/۲	۵/۲۹۸						

بنابراین مقایسه میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس نوع منزل مسکونی نشان داد که چون مقدار p (معنی داری) برابر ۰/۰۰۸ و کوچکتر از سطح معنی داری ۰/۰۵= α است؛ لذا در این سطح فرض صفر رد می شود. در نتیجه می توان گفت میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس نوع منزل مسکونی یکسان نیست؛ یعنی نوع منزل مسکونی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان تفاوت معنی‌داری دارد، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری کودکان در منزل مسکونی استیجاری بیشتر از اختلالات رفتاری کودکان در منزل مسکونی شخصی می باشد (جدول 9).

آیا بین مهاجرت خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد؟

جدول (۱۰). مقایسه اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس مهاجرت خانواده

شاخص‌های آماری / متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	آزمون لوین		t	درجه آزادی	سطح معناداری
						F	آلفا			
اختلالات رفتاری	بلی	۲۹	۲۲/۴	۴/۲۹۷	۱/۷۹	۲/۴۳	۰/۱۲۲	۱/۵۱	۹۸	۰/۱۳۴
	خیر	۷۱	۲۰/۶	۵/۷۷						

بنابراین مقایسه میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس مهاجرت خانواده نشان داد که چون مقدار p (معنی داری) برابر ۰/۱۳۴ و بزرگتر از سطح معنی داری ۰/۰۵= α است؛ لذا در این سطح فرض صفر رد نمی شود. در نتیجه می توان گفت میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس مهاجرت خانواده یکسان است؛ یعنی مهاجرت خانواده با اختلالات رفتاری کودکان تفاوت معنی‌داری ندارد (جدول 10).

آیا بین متارکه والدین با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد؟

جدول(۱۱). مقایسه اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس متارکه والدین

شاخص‌های آماری / متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	آزمون لوین		t	درجه آزادی	سطح معناداری
						F	آلفا			
اختلالات رفتاری	بلی	۱۵	۲۰/۵	۵/۵۲۷	-۰/۷۹	۰/۰۲۹	۰/۸۶۵	-۰/۵۲	۹۸	۰/۶۰۵
	خیر	۸۵	۲۱/۲	۵/۴۳۲						

بنابراین مقایسه میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس متارکه والدین نشان داد که چون مقدار p (معنی داری) برابر ۰/۶۰۵ و بزرگتر از سطح معنی داری ۰/۰۵= α است؛ لذا در این سطح فرض صفر رد نمی شود. در نتیجه می توان گفت میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس متارکه والدین یکسان است؛ یعنی متارکه والدین با اختلالات رفتاری کودکان تفاوت معنی‌داری ندارد (جدول 11).

آیا بین میزان درآمد والدین با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد؟

جدول (۱۲). مقایسه اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس میزان درآمد والدین

شاخص‌های آماری / متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	آزمون لوین		t	درجه آزادی	سطح معناداری
						F	آلفا			
اختلالات رفتاری	کم درآمد	۶۰	۲۲/۱	۴/۷۶۸	۲/۴	۲/۰۹۱	۰/۱۵۱	۲/۲۱	۹۸	۰/۰۲۹
	پردرآمد	۴۰	۱۹/۷	۶/۰۶۴						

بنابراین مقایسه میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس میزان درآمد والدین نشان داد که چون مقدار p (معنی داری) برابر ۰/۰۲۹ و کوچکتر از سطح معنی داری ۰/۰۵= α است؛ لذا در این سطح فرض صفر رد می شود. در نتیجه می توان گفت میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس میزان درآمد والدین یکسان نیست؛ یعنی میزان درآمد والدین با اختلالات رفتاری کودکان تفاوت معنی‌داری دارد، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری کودکان با میزان کم درآمد والدین بیشتر از اختلالات رفتاری کودکان با میزان پردرآمد والدین می باشد (جدول 12).

آیا بین ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود

جدول (۱۳). تحلیل واریانس مدل رگرسیون رابطه ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	R	R^2_{adj}	مقدار F	sig -p
رگرسیون	۱۱۰۶/۶۲۵	۱۲	۹۲/۲۱۹	۰/۶۱۶	۰/۲۹۴	۴/۴۴	۰/۰۰۱
باقی مانده	۱۸۰۷/۴۱۵	۸۷	۲۰/۷۷۵				
جمع	۲۹۱۴/۰۴	۹۹	-				

با توجه به این که p-مقدار محاسبه شده از آزمون (۰/۰۰۱) کمتر از سطح معنی‌دار ۰/۰۵ است، لذا در این سطح، H_0 رد می‌شود و در نتیجه مدل رگرسیون خطی معنی‌دار می باشد، یعنی بین ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه خطی معنی‌داری وجود دارد. ضریب همبستگی چندگانه r=۰/۶۱۶ می باشد که نشان دهنده میزان رابطه همزمان ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان می باشد و با توجه به اینکه سطح معنی داری برابر ۰/۰۰۱ و کوچکتر از سطح ۰/۰۵= α است. بنابراین این رابطه معنی دار می باشد. با توجه به اینکه مقدار R^2_{adj} (تعدیل شده R^2)، برابر با ۰/۲۹۴ می باشد، پس متغیرهای وارد شده در این مدل ۰/۲۹۴ اختلالات رفتاری کودکان را تبیین می کنند (جدول 13).

جدول (۱۴). ضرایب مدل رگرسیون رابطه ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان

متغیر	برآوردB	خطای معیار	برآورد استاندارد β	مقدارt	sig –p
ثابت	۲۰/۸۴۹	۷/۳۰۵	-	۲/۸۵۴	۰/۰۰۵
جنسیت	۱/۷۴۹	۱/۱۷	۰/۱۶۲	۱/۴۹۵	۰/۱۳۹
سن	۰/۳۸۵	۰/۷۱۴	۰/۰۴۹	۰/۵۳۹	۰/۵۹۱
تعداد فرزندان خانواده	-۱/۶۳۶	۰/۹۵۴	-۰/۲۷۱	-۱/۷۱۶	۰/۰۹
فرزند چندم بودن	۱/۷۷۸	۱/۰۳۱	۰/۲۴۵	۱/۷۲۴	۰/۰۸۸
وضعیت تحصیلات پدر	-۰/۴۲۶	۱/۷۰۶	-۰/۰۳۶	-۰/۲۵	۰/۸۰۳
وضعیت تحصیلات مادر	۰/۷۱۹	۱/۱۷۹	۰/۰۶۵	۰/۶۱	۰/۵۴۳
وضعیت اشتغال پدر	۰/۴۹۲	۰/۵۳۸	۰/۰۹۶	۰/۹۱۵	۰/۳۶۳
وضعیت اشتغال مادر	-۸/۶۱۴	۱/۷۱۷	-۰/۶۳۸	-۵/۰۱۷	۰/۰۰۱
نوع منزل مسکونی خانواده	۲/۸۱۹	۱/۱۳۹	۰/۲۵۱	۲/۴۷۴	۰/۰۱۵
مهاجرت خانواده	-۲/۹۲۴	۱/۲۳۴	-۰/۲۴۶	-۲/۳۷	۰/۰۲
متارکه والدین	۱/۳۴۳	۱/۶۶۱	۰/۰۸۹	۰/۸۰۸	۰/۴۲۱
میزان درامد والدین	۱/۷۵۲	۱/۴۱۹	۰/۱۵۹	۱/۲۳۵	۰/۲۲

همچنین با توجه به مقدار p محاسبه شده در آزمون ضرایب مدل رگرسیون H_0^8، H_0^9، H_0^{10}، (وضعیت اشتغال مادر، نوع منزل مسکونی خانواده و مهاجرت خانواده)، در سطح ۰/۰۵ رد می‌شود، با توجه به مقدار آماره t برای وضعیت اشتغال مادر، نوع منزل مسکونی خانواده و مهاجرت خانواده به ترتیب برابر ۵/۰۱۷- ، ۲/۴۷۴ و ۲/۳۷- با معنی داری کمتر از ۰/۰۵ می باشند، پس میزان اختلالات رفتاری کودکان با توجه به میزان وضعیت اشتغال مادر، نوع منزل مسکونی خانواده و مهاجرت خانواده متفاوت می باشد بنابراین وضعیت اشتغال مادر، نوع منزل مسکونی خانواده و مهاجرت خانواده بصورت همزمان پیش بینی کننده های اختلالات رفتاری کودکان هستند. اما بقیه ویژگی های جمعیت شناختی خانواده بصورت همزمان پیش بینی کننده های اختلالات رفتاری کودکان نیستند و براساس مقدار β بدست آمده می توان گفت که مهمترین پیش بینی کننده های اختلالات رفتاری کودکان، وضعیت اشتغال مادر، نوع منزل مسکونی خانواده و مهاجرت خانواده می باشد (جدول 14).

بین ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود

جدول (۱۵). تحلیل واریانس مدل رگرسیون رابطه ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	R	R^2_{adj}	مقدارF	sig –p
رگرسیون	۱۱۰۶/۶۲۵	۱۲	۹۲/۲۱۹				
باقی مانده	۱۸۰۷/۴۱۵	۸۷	۲۰/۷۷۵	۰/۶۱۶	۰/۲۹۴	۴/۴۴	۰/۰۰۱
جمع	۲۹۱۴/۰۴	۹۹	-				

با توجه به این که p-مقدار محاسبه شده از آزمون (۰/۰۰۱) کمتر از سطح معنی‌دار ۰/۰۵ است، لذا در این سطح، H_0 رد می‌شود و در نتیجه مدل رگرسیون خطی معنی‌دار می باشد، یعنی بین ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه خطی معنی‌داری وجود دارد. ضریب همبستگی چندگانه r=۰/۶۱۶ می باشد که نشان دهنده میزان رابطه همزمان ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان می باشد و با توجه به اینکه سطح معنی داری برابر ۰/۰۰۱ و کوچکتر از سطح α =۰/۰۵ است. بنابراین این رابطه معنی دار می باشد. با توجه به اینکه مقدار R^2_{adj} (تعدیل شده R^2)، برابر با ۰/۲۹۴ می باشد، پس متغیرهای وارد شده در این مدل ۰/۲۹۴ اختلالات رفتاری کودکان را تبیین می کنند (جدول 15).

نتیجه گیری

در رابطه با سوال، آیا بین جنسیت کودکان با اختلالات رفتاری آنها رابطه وجود دارد؟ نتایج نشان داد میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان دختر و پسر یکسان ایست؛ یعنی اختلالات رفتاری در بین کودکان دختر و پسر با هم تفاوت معنی‌داری ندارد. لذا فرضیه فرعی نخست تحقیق تایید نشده است. نتایج این فرضیه عکس یافته های تحقیق پترسون۱۲(۲۰۱۴)،بود که نشان دادند تفاوت های مربوط به جنس در میزان شیوع اختلالات رفتاری موثر باشند. دختران در نوجوانی و کودکی از استعداد بیشتری برای ابتلاء به اختلالات رفتاری و خلقی برخوردارند. همچنین نتایج نشان داد که احتمال ابتلای زنان به اختلالات رفتاری دو برابر پسران است. احتمالا این تفاوت از عوامل چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و شناختی ناشی می شود. در تبیین این فرضیه می توان چنین بیان نمود که اختلالات رفتاری هم در بین پسران و هم در بین دختران وجود دارد و نمی توان گفت که در بین کدامیک بیشتر است. بنابراین بر اساس نتایج تحقیق می توان گفت که هیچگونه رابطه ای بین جنسیت کودکان با اختلالات رفتاری آنها وجود ندارد. در رابطه با سوال، آیا بین سن کودکان با اختلالات رفتاری آنها رابطه وجود دارد؟ نتایج نشان داد میانگین اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس سن یکسان است؛ یعنی اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس سن با هم تفاوت معنی‌داری ندارد. لذا فرضیه فرعی دوم تحقیق تایید نشده است. نتایج این فرضیه با یافته های تحقیق ریچمن۱۳ و همکارانش (۲۰۱۰) نشان دادند که سه چهارم کودکانی که دارای اختلالات رفتاری متوسط یا شدید در سن سه سالگی بوده‌اند، معمولاً در سن هشت سالگی نیز چنین اختلالاتی از خود بروز می‌دادند،همخوانی دارد. در تبیین این فرضیه می توان چنین بیان نمود که اختلالات رفتاری هم در بین کودکان کم سن و هم کودکان سن بالاتر وجود دارد و نمی توان گفت که در بین کدامیک بیشتر است. بنابراین بر اساس نتایج تحقیق می توان گفت که هیچگونه رابطه ای بین سن کودکان با اختلالات رفتاری آنها وجود ندارد. در رابطه با سوال، آیا بین تعداد فرزندان خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد؟ نتایج نشان داد اختلالات رفتاری در بین کودکان بر اساس تعداد فرزندان خانواده با هم تفاوت معنی‌داری ندارد. لذا فرضیه فرعی سوم تحقیق تایید نشده است. نتایج این فرضیه عکس یافته های تحقیق نتایج این فرضیه با یافته های تحقیق نجمی (۱۳۹۴)نشان داد که بین تعداد فرزندان با نوع اختلالات رفتاری کودکان رابطه معنی داری وجود دارد. در تبیین این فرضیه می توان چنین بیان نمود که اختلالات رفتاری در همه کودکان یک خانواده احتمال رخ دادنش هست در نتیجه والدین باید از تمامی فرزندان خود مراقبت کنند. بنابراین بر اساس نتایج تحقیق می توان گفت که هیچگونه رابطه ای بین تعداد فرزندان خانواده با اختلالات رفتاری کودکان وجود ندارد. در رابطه با سوال، آیا بین وضعیت تحصیلات پدر با اختلالات رفتاری کودکان رابطه وجود دارد؟ نتایج نشان دا وضعیت تحصیلات پدر با اختلالات رفتاری کودکان تفاوت معنی‌داری دارد، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری کودکان با تحصیلات ابتدائی پدر بیشتر از اختلالات رفتاری کودکان با تحصیلات عالی پدر می باشد. لذا فرضیه فرعی چهارم تحقیق مورد تایید قرار گرفته است بدین معنی که تحصیلات پدر باعث تاثیر گذاری بر میزان اختلالات رفتاری کودکان خواهد شد. نتایج این فرضیه با یافته های تحقیق هوشوار و دیگران۱۴ (۲۰۱۳)نشان داد که ویژگی های جمعیت شناختی مانند وضعیت تحصیلات والدین از عوامل تاثیر گذار بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان می باشد، همخوانی دارد. بنابراین بر اساس نتایج تحقیق می توان گفت که یکی از عوامل تاثیر گذار بر اختلالات رفتاری کودکان، وضعیت تحصیلات پدر است. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق آزمون رگرسیون خطی، نشان می دهد بین ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه خطی معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه صفر رد می شود و رابطه بین این متغیر(ویژگی های شناختی خانواده) با اختلالات رفتاری معنی دار است. لذا فرضیه اصلی و نخست تحقیق مورد تایید قرار می گیرد به این مفهوم که تغییرات در میزان ویژگی های جمعیت شناختی خانواده باعث تغییرات در اختلالات رفتاری کودکان است. نتایج این فرضیه با یافته های تحقیق نجمی (۱۳۹۴)نشان داد که بین ویژگی های فردی و صفات شخصیتی والدین با نوع اختلالات رفتاری کودکان رابطه معنی داری وجود دارد،همخوانی دارد. همچنین نتایج این تحقیق با یافته های خارج از کشور؛ پترسون[15](۲۰۱۴)، هوشوار و دیگران[16] (۲۰۱۳)، ریچمن[17] و همکارانش (۲۰۱۰) نشان دادند که بین ویژگی های جمعیت شناختی با اختلالات رفتاری رابطه معنی داری وجود دارد، همخوانی دارد. در تبیین این فرضیه می توان چنین بیان نمود که امروزه خانواده نقش بسیار مهمی در کمک به رشد و تربیت کودکان ایفا می کند، این امر به ویژه د ر نخستین سال های زندگی که تجربه های اولیه کودک در حال شکل گیری است، از اهمیت شایان توجهی برخورد ار است. غالب رفتارهای انسان براساس یادگیری است و نخستین و مهم ترین پایگاه یادگیری، کانون خانواده است. بسیاری از مهارت ها در نخستین سال های زندگی فراگرفته می شوند. در اصل، خانه و خانواده پایه های اجتماعی شدن و ساختار شخصیت کودک را بنیان می گذارند. بالطبع بر اختلالات کودکان نیز تاثیر

[12] Petersoun
[13]-Reichman
[14] Houshvar P, Behnia F, Khooshabi K, Mirzaei H, Rahgozar
[15] Petersoun
[16] Houshvar P, Behnia F, Khooshabi K, Mirzaei H, Rahgozar
[17]-Reichman

خواهد گذاشت. بنابراین بر اساس نتایج تحقیق می توان گفت که یکی از عوامل تاثیر گذار بر اختلالات کودکات، ویژگی های جمعیت شناختی خانواده آنهاست.

منابع و مراجع

[۱] اسماعیل زاده م. صالحی ح. منصوری ش .۱۳۹۰. تاثیر حرکت های منتخب ریتمیک بر هماهنگی دست – پای کودکان دختر دارای اختلال هماهنگی رشدی. نشریه دانشگاه شهرکرد، دوره ۱۳، شماره ۲: ۵۴-۴۶.

[۲] بلالی، رقیه و آقایوسفی، علیرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان فصلنامه روان شناسی کاربردی ، سال پنجم، شماره ۴ ، ص ۵۹-۷۳.

[۳] پوربافرانی گوهرشاد، راهب غنچه، اقلیما مصطفی، یزدانی عباسعلی. (۱۳۹۲). مقایسه اختلالات رفتاری کودکان ۷ تا ۱۲ سال مراکز نگهداری شبانه روزی دولتی و خصوصی شهر تهران. مجله علمی پژوهان. ۱۱ (۴) :۱۸-۲۳ .

[۴] تهرانی دوست م. شهریور ز. پاکباز ب. رضایی آ. ۱۳۸۵. روایی نسخه فارسی پرسشنامه توانایی ها و مشکلات (SDQ). تازه های علوم شناختی » شماره ۳۲ : ۳۳ - ۳۹.

[۵] خدایاری فرد، محمد. ۱۳۸۹. تشخیص و درمان اختلالات روانشناختی کودک و نوجوان. تهران: یسطرون

[۶] زرگری. محمدی بهرام آبادی ر. بساک نژاد س. ۱۳۹۰. بررسی فرایندهای خانواده به عنوان پیش بین های مشکلات رفتاری در دانش آموزان پایه ی دوم دبیرستان های شهر یاسوج. فصلنامه روان شناسی مدرسه، دوره۱، شماره ۲.

[۷] شاملو س .۱۳۸۵. آسیب شناسی روانی. تهران : رشد

[۸] عارفیان محمد (۱۳۹۲)، بررسی رابطه ویژگی های جمعیت شناختی خانواده با اخلاق زیست محیطی دانش آموزان دوره متوسطه شهرستان ابهر. دانشگاه پیام نور استان تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد.

[۹] کاپلان و سادوک (۱۳۸۵). خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری. ترجمه نصرت ا.. پور افکاری. تهران: شهراب

[۱۰] کریمی م. کیخاونی س. محمدی م ب. ۱۳۸۹. تاثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر اختلالات رفتاری کودکان دبستانی. مجله پژوهشی دانشگاه ایلام، شماره ۳: ۱۶-۱.

[۱۱] موحدی راد نرجس، اجودی حجت الله، احمدی مریم، فخار مقدم فاطمه (۱۳۹۱)، مقایسه شیوع اضطراب آشکار در بین دانش آموزان دارای ویژگی های جمعیت شناختی مختلف. نشریه آموزش و ارزشیابی، شماره ۱۷، صص ۱۴۶-۱۳۱.

[۱۲] نجمی سید بدر الدین. (۱۳۹۴). بررسی رابطه ی ویژگی های فردی و صفات شخصیتی والدین با نوع اختلالات رفتاری کودکان. مجیه بهداشت روانی، دوره ۱۲، شماره ۴۶: ۵۲۲-۵۳۳

[۱۳] وفایی م. قره‌باغی ف. ۱۳۸۸. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات در نمونه کودکان ایرانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳۸۸، دوره ۱۵ ، شماره۳ :۲۳۱-۲۴۱

[14] Barrera, M. Biglan, A.Taylor,T. k.Gunn, B.K. Smolkowski, K. Black, C. Ary, D.V.& Flower, R.C. (2003). Agression and antisocial behavior in children.

[15] Gonzalez M.D. 2007. Remedial intervention for children with behavior disorders. Journal of psychology; vol 4, No1: 37-5.

[16] Goodman R .1997. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry,No 38: 581-586.

[17] Haring R.J. 1963. Poised at the Cross roads of life, suggestion to parents and teachers of young adolescents, School Review, Vol61: 329-336.

[18] Houshvar P, Behnia F, Khooshabi K, Mirzaei H, Rahgozar (2013). Identify factors affecting children's behavioral disorders. Journal of Rehabilitation.;10(3):24-30.

[19] Kaplan H.(2013). The relationship between demographic characteristics and student achievement. Current Population Reports.p.51-63

[20] Koblinsky, S. A., Kuvalanka, A. K., Randolph, S. M. (2006). Social Skills andbehavior Problems of Urban, African American Preschoolers: Role of Parenting Practices, Family Confliet, and Maternal Depression. Journal of American Orthopsychiatry, 76, PP554.

[21] Petersoun .K.(2014). " PRACTICE PARAMETERS AND TREATMENT OF CHILREN AND adolescents with depressive ".Journal of Rehabilitation. ،10(3):552-567.

[22] Reichman, J. and Healey, W. (2010) .Hearing disabilities and conductive hearing loss involving otitis media, J. Hearing Disabil.16(5): 272-8.