

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۰۷/۳۰

تاریخ بررسی مقاله: ۹۴/۰۹/۰۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۰۱/۲۹

DOI: 10.22055/jacp.2017.16502.1004

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی

دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار ۱۳۹۵

دوره‌ی دوم، سال ۲، شماره ۱

صص: ۱۴-۱

## مقایسه علایم اختلالات برونی‌سازی شده (بیش‌فعالی-کاستی توجه، بی‌اعتنایی / نافرمانی مقابله‌ای و سلوک) در کودکان بی‌سرپرست و دو والد

سعید آریاپوران<sup>۱\*</sup>، الهام ندیمی<sup>۲</sup> و جواد کریمی<sup>۳</sup>

### چکیده

کودکان بی‌سرپرست از مشکلات روانشناختی زیادی در رنج هستند. هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ی علایم اختلالات برونی‌سازی شده (بیش‌فعالی-کاستی توجه، بی‌اعتنایی/نافرمانی مقابله‌ای و سلوک) در کودکان بی‌سرپرست و دووالد بود. به همین منظور، ۴۹ نفر از کودکان بی‌سرپرست و ۴۹ نفر کودک دارای دو والد از شهرستان کرمانشاه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. کودکان هر دو گروه از نظر سن و جنس با همدیگر هم‌تا شدند. روش تحقیق علی-مقایسه‌ای بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌ی نشانه‌های مرضی کودک-۴ استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین علایم بیش‌فعالی بدون کاستی توجه، بی‌اعتنایی/نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک در کودکان بی‌سرپرست بیشتر از کودکان دارای دو والد بوده است ( $P > 0/05$ ). نتایج تلویحات مهمی در توجه به درمان‌ها و آموزش‌های روانشناختی برای کاهش علایم اختلالات روانشناختی در کودکان بی‌سرپرست دارد.

**کلید واژگان:** بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای، سلوک، بی‌سرپرست، دو والد

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران (نویسنده مسئول)

s.ariapooran@malayeru.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

## مقدمه

محیط خانواده مهم‌ترین عامل در یادگیری و رشد کودکان توصیف شده است (هان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). کیفیت روابط والدین می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر کودکان در زمینه‌های روانشناختی و اجتماعی داشته باشد. به‌عنوان مثال، پدر و مادری که رابطه خوبی با همدیگر دارند، وقت و هزینه زیادی را صرف کودکان می‌کند که نقش مهمی در سلامت روانی و اجتماعی کودکان دارد. در واقع کیفیت روابط والدین رفتار هر دو والد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب می‌شود که آن‌ها با کودکان‌شان مهربان و صمیمی باشند؛ مسئولیت‌پذیری بیشتری نسبت به آنان داشته باشند؛ در کنترل آنان بسیار خودکترلی داشته باشند و حمایت‌های عاطفی بیشتری را برای کودکان و نوجوانان خویش فراهم کنند (لامب<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

بر اساس رویکرد ترکیب خانوادگی<sup>۳</sup>، خانواده‌های دو والد بهترین ساختار برای کودکان محسوب می‌شوند. بر اساس این رویکرد، کودکانی که با دو والد زیستی خود رشد نکرده باشند، سطوح پایین بهزیستی را نسبت به کودکان دارای دو والد تجربه می‌کنند (مکلاناهان و ساندفور<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). بر اساس دیدگاه فرایند خانواده<sup>۵</sup>، کودکان دارای فرایند خانوادگی بهتر، از قبیل روابط والد-فرزندی و عدم تعارضات خانوادگی بهزیستی روانشناختی بهتری دارند (آکوک و دمو<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴).

بر اساس تحقیقات، نوجوانانی که در خانواده تک والد زندگی می‌کنند بیشتر از نوجوانان خانواده‌های سالم به کمک‌های روانشناختی نیاز دارند (هیل<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳). همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که کودکان رشد یافته در خانواده‌های دووالد سازگاری روانشناختی بیشتر و پیشرفت بهتر در مدرسه، پیشرفت تحصیلی بالا و رفتارهای بزهکارانه و ضداجتماعی کمتری را نشان می‌دهند (آستون<sup>۸</sup> و مک لاناهان، ۱۹۹۱؛ هرناندز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴؛ سوارز-اوروزکو، رادز و میلبرن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹).

1. Han
2. Lamb
3. family composition perspective
4. McLanahan & Sandefur
5. family process perspective
6. Acock & Demo
7. Hill
8. Astone
9. Hernandez
10. Suarez-Orozco, Rhodes, & Milburn

کودکان بی‌سرپرست<sup>۱</sup> کودکانی هستند که زیر سن ۱۸ سال قرار دارند و به هر دلیلی از والدین و دیگر نزدیکان خود جدا شده و به‌وسیله هیچ بزرگسالی که از طرف قانون مؤظف شده است، سرپرستی نمی‌شوند (اوگاتا<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳). بر اساس گزارش کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد در ژنو<sup>۳</sup> (۲۰۱۲؛ به نقل از جکوبسن، دیموت و هیر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). کشورهای اروپایی در سال ۲۰۱۱ تقریباً ۱۳۳۰۰ نفر تقاضای پناهندگی کودکان بی‌سرپرست را دریافت نموده‌اند که این میزان تقریباً ۷۵ درصد تعداد این کودکان در جهان است. به‌عنوان نمونه اداره مهاجرت نروژ<sup>۵</sup> (۲۰۱۱؛ به نقل از جکوبسن و همکاران، ۲۰۱۴) میزان کودکان بی‌سرپرست در جستجوی پناهگاه در نروژ از ۳۲۲ نفر در سال ۲۰۰۵ به ۲۵۰۰ در سال ۲۰۰۹ رسیده است. براساس گزارش بیرن<sup>۶</sup> (۲۰۰۸؛ به نقل از هومر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، در سال ۲۰۰۵ در آمریکا ۷۰۰ تا ۹۰۰ کودک و نوجوان بی‌سرپرست به اداره اسکان پناهندگان ارجاع داده شده‌اند.

درلوین و بروکت<sup>۸</sup> (۲۰۰۷) نشان دادند که ۳۷ تا ۴۷ درصد نوجوانان بی‌سرپرست علایم شدید یا خیلی شدید اضطراب، افسردگی و استرس پس از سانحه را نشان می‌دهند و دختران بی‌سرپرستی که حوادث استرس‌زا را بیشتر تجربه کرده‌اند در خطر بالای رشد مشکلات هیجانی قرار دارند. همچنین هومر و همکاران (۲۰۰۹) در یک مطالعه مروری نشان دادند که کودکان بی‌سرپرست در مقابل عادی میزان بالایی از اختلال استرس پس از سانحه را گزارش می‌کنند. برونشتاین، مانگومری و آت<sup>۹</sup> (۲۰۱۳) نشان دادند که تقریباً ۳۱/۴ درصد این کودکان در مشکلات هیجانی و رفتاری، ۳۴/۶ درصد در اضطراب و ۲۳/۴ درصد در افسردگی نمره بالاتر از نقطه برش کسب کرده‌اند. سانچز-کائو، کرامر و هودز<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۳) نشان دادند که ۶۶/۲ درصد از این کودکان در خطر بالای ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه و ۱۲/۷ درصد در خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند. جکوبسن و همکاران (۲۰۱۴) گزارش نمودند که نوجوانان

1. unaccompanied children
2. Ogata
3. united nations high commissioner for refugees geneva
4. Jakobsen, Demott, & Heir
5. norwegian directorate of immigration
6. Byrne
7. Huemer
8. Derluyn & Broekaert
9. Bronstein, Montgomery, & Ott
10. Sanchez-Cao, Kramer, & Hodes

بی‌سرپرست، حوادث تهدیدآمیز (۸۲ درصد)، سوءاستفاده‌ی فیزیکی (۸۲ درصد) و از دست دادن روابط نزدیک (۷۸ درصد) را در زندگی خود تجربه نموده‌اند. همچنین آن‌ها نشان دادند که ۴۱/۹ درصد از این نوجوانان ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات روانپزشکی داشتند که بیشترین میزان آن مربوط به اختلال استرس پس از سانحه (۳۰/۶ درصد)، افسردگی اساسی (۹/۴ درصد)، ترس از مکان‌های باز (۴/۴ درصد) و اضطراب فراگیر (۳/۸ درصد) بوده است.

در ایران، علم، یزدی فیض‌آبادی و نعمت‌الله‌زاده ماهانی (۱۳۹۲) نشان دادند که بیشترین اختلال روانشناختی در ابعاد نه‌گانه در سطوح خفیف و متوسط مربوط به دانش‌آموزان بی‌سرپرست (۵۱/۹ درصد) نسبت به کودکان عادی و تیزهوش بوده است. همچنین، محبی، محمدی و قاسمی (۱۳۹۰) نشان دادند که میانگین شاخص‌های ناسازگاری در نقاشی کودکان و میانگین اختلالات رفتاری در کودکان بی‌سرپرست بیشتر از کودکان عادی بود.

اختلالات دوره کودکی به دو طبقه کلی اختلالات درونی‌سازی شده<sup>۱</sup> و برونی‌سازی شده<sup>۲</sup> تقسیم می‌شوند. گروه اول مشکلاتی هستند که در درون شخص وجود دارند مانند اضطراب، افسردگی، کناره‌گیری اجتماعی و شکایات جسمانی بدون علت جسمانی. اما اختلالات برونی‌سازی شده آن نوع اختلالاتی هستند که رو به بیرون بوده و در تعارض با افراد دیگر و محیط ایجاد می‌شوند (آشنباخ و رسکورلار<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). نشانه‌های برونی‌سازی شده به‌طورکلی پایداری قابل توجهی طی زمان نشان داده و در طی تحول رشدی به شکل‌های مختلفی بروز می‌کنند. اشکال زودرس نشانه‌های برونی‌سازی شده که از دومین سال زندگی قابل مشاهده‌اند به‌صورت بی‌قراری، نحسی، بدقلقی، گریه زیاد و لجبازی ظاهر می‌شوند (گیلون و شاول<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). سه اختلال عمده در میان اختلالات برونی‌سازی شده کودکان از اهمیت بخصوصی برخوردار هستند:

**اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی<sup>۵</sup> (ADHD).** یک اختلال رفتاری رشدی است که براساس وجود الگوی پایدار کاستی توجهی و یا تکانشگری و بیش‌فعالی به‌عنوان ویژگی‌هایی بسیار تکرارپذیر و شدیدتر از میزان قابل مشاهده در هم‌تا‌های رشدی فرد مشخص گردیده و

- 
1. internalizing
  2. externalizing
  3. Achenbach & Rescolar
  4. Gilliom & Shaw
  5. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

- ۱- علایم آن با سطح رشدی و تکاملی فرد تناسب و همخوانی ندارد (کارمیر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸).
- ۲- **اختلال بی‌اعتنایی / نافرمانی مقابله‌ای (ODD)**. طبق پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای الگوی عودکننده رفتار منفی کارانه توأم با بی‌اعتنایی، نافرمانی و خصمانه نسبت به اولیاء قدرت توصیف می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).
- ۳- **اختلال سلوک**. اختلال سلوک مجموعه‌ی پایداری از رفتارهایی است که با گذشت زمان شکل می‌گیرد و غالباً مشخصه‌ی آن پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است. کودکان و نوجوانان دارای اختلال سلوک معمولاً نسبت به احساسات، آرزوها و رفاه دیگران اهمیتی قائل نیستند و به نظر می‌رسد رفتارهای این افراد معمولاً هدف مشخصی نداشته و لذت یا امتیازی برای آن‌ها در بر ندارد (لطفی‌کاشانی و وزیری، ۱۳۸۰).
- تحقیقات در مورد مقایسه‌ی اختلالات برونی‌سازی شده در کودکان بی‌سرپرست و دو والد مورد غفلت واقع شده است؛ اما جنسن، فرمستاد، گرانی و ویلهلمسن<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) نشان دادند که شیوع اختلالات برونی‌سازی شده در کودکان بی‌سرپرست ۱۰ تا ۱۶ ساله ۷ درصد می‌باشد. درلویین و بروکت (۲۰۰۷) نیز به این نتیجه دست یافتند که بر اساس نظر مددکاران اجتماعی، در میان نوجوانان بی‌سرپرست شیوع بالای مشکلات درونی‌سازی شده و مشکلات برونی‌سازی شده وجود دارد.
- فقدان والدین به هر دلیل، نقش مهمی در مشکلات سلامتی و تحصیلی کودکان دارد. بنابراین پژوهش در این زمینه کمک‌های حرفه‌ای و روانشناختی به کودکانی که بی‌سرپرست هستند را برجسته می‌نماید و توجه مشاوران، روانشناسان و مسئولین مربوطه را به پیامدهای این مشکل و مرتفع نمودن اثرات آن بر مشکلات روانشناختی کودکان برمی‌انگیزاند. همچنین ارائه راهکارهای لازم در جهت کمک به حل مشکلات روانشناختی از جمله اختلالات برونی‌سازی شده این کودکان از دلایل دیگری است که به اهمیت موضوع می‌افزاید. با توجه به کمبود پژوهش‌ها در مورد اختلالات برونی‌سازی شده کودکان بی‌سرپرست، مخصوصاً در ایران، انجام این پژوهش می‌تواند این خلأ را پر نموده و از بعد افزایش موجب تقویت تحقیقات

---

1. Cormier  
 2. oppositional Defiant Disorder (ODD)  
 3. Jensen, Fjermestad, Granly, & Wilhelmsen

مرتبط در این زمینه می‌شود و نتایج آن می‌تواند راهنمای پژوهشگران در مورد بررسی پیامدهای روانشناختی بی‌سرپرست بودن کودکان باشد.

از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ی اختلالات برونی‌سازی شده در کودکان بی‌سرپرست و دووالد می‌باشد و سؤال اصلی این است که «آیا بین کودکان بی‌سرپرست و دووالد در میزان علایم اختلالات برونی‌سازی شده (اختلالات بیش‌فعالی/کاستی توجه، بی‌اعتنایی/نافرمانی مقابله‌ای و سلوک) تفاوت وجود دارد؟».

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش تحقیق این پژوهش علی-مقایسه‌ای می‌باشد. زیرا در این پژوهش هدف اصلی پژوهش مقایسه‌ی اختلالات برونی‌سازی شده در کودکان بی‌سرپرست و دووالد می‌باشد. بر اساس این هدف، بی‌سرپرستی به‌عنوان متغیر مستقل و اختلالات برونی‌سازی شده (اختلالات بیش‌فعالی/کاستی توجه، بی‌اعتنایی/نافرمانی مقابله‌ای و سلوک) به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده است.

جامعه‌ی این تحقیق را کل کودکان ۷ تا ۱۱ ساله موسسات نگهداری کودکان بی‌سرپرست در شهرستان کرمانشاه تشکیل دادند که تقریباً ۷۰ نفر بودند. همچنین در این پژوهش کل کودکان ۷ تا ۱۱ سال شهرستان کرمانشاه به‌عنوان جامعه‌ی موازی با جامعه‌ی اول در نظر گرفته شده است. در این تحقیق ابتدا کل کودکان بی‌سرپرست ۷ تا ۱۱ ساله شهرستان کرمانشاه که در مؤسسه‌های مربوطه نگهداری می‌شدند به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که در زمان مراجعه به مؤسسه ۵۴ نفر بودند. در این تحقیق کل ۵۴ نفر به‌عنوان نمونه‌ی اول در نظر گرفته شدند. با توجه به این‌که نمونه‌ی کودکان دووالد به‌عنوان نمونه‌ی موازی در این تحقیق در نظر گرفته شد، ۵۴ نفر از کودکان ۷ تا ۱۱ ساله کرمانشاه نیز به‌عنوان نمونه دوم انتخاب شدند که از نظر سن و جنس با گروه بی‌سرپرستان هم‌تا شدند. لازم به ذکر است از میان نمونه کودکان بی‌سرپرست ۵ نفر به دلیل اینکه سرپرستان مؤسسه پرسشنامه را ناقص تکمیل کرده بودند، حذف و از میان نمونه کودکان دووالد نیز ۵ نفر هم‌تا شده نیز از نمونه‌ی نهایی خارج شدند. درنهایت نمونه نهایی را ۹۸ نفر (۴۹ نفر کودک بی‌سرپرست و ۴۹ نفر دارای دووالد) تشکیل دادند.

ملاک‌های ورود به گروه‌ها عبارت بودند از: دارا بودن سن ۷ تا ۱۱ سال، ساکن بودن کودکان بی‌سرپرست در مؤسسه نگهداری کودکان بی‌سرپرست، برخورداری از سلامت جسمانی، رضایت کامل والدین کودکان دارای والد و رضایت سرپرستان مؤسسات نگهداری کودکان بی‌سرپرست از شرکت در تحقیق. ملاک‌های خروج از تحقیق عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به هر دلیل، انصراف از ابراز رضایت والدین و سرپرستان مؤسسات نگهداری کودکان بی‌سرپرست از شرکت کودکان در پژوهش و عدم حضور کودک در حین تکمیل پرسشنامه‌ها بودند.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودک. این ابزار توسط گادو و اسپیرافکین<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) ساخته شده و یک ابزار درجه‌بندی رفتار است که بر اساس طبقه‌بندی ویرایش سوم مجموعه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به‌منظور غربالگری ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شد. فرم والدین این سیاهه ۹۷ گویه دارد که ۱۸ اختلال را در ۱۱ گروه عمده قرار می‌دهد. گروه‌ها اختلال‌های بیش‌فعالی/کاستی توجهی، بی‌اعتنائی/نافرمانی مقابله‌ای، اختلال رفتار هنجاری، اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، افسرده‌خویی، روان‌گسیختگی، درخودماندگی، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی و اختلال سلوک را در بر می‌گیرند (گادو و اسپیرافکین، ۱۹۹۷). گادو و اسپیرافکین (۱۹۹۷) اعتبار گروه‌ها را بین ۰/۳۷ (روان‌گسیختگی) تا ۰/۸۲ (کاستی توجه/بیش‌فعالی) گزارش کرده‌اند. در ایران نیز پایایی کل این ابزار را ۰/۹۰ گزارش شده است (توکلی‌زاده، ۱۳۷۵). در این پژوهش از سه خرده‌مقیاس بیش‌فعالی/کاستی توجه، بی‌اعتنائی/نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک استفاده گردیده است.

### روش اجرا

پس از مشخص شدن نمونه، پژوهشگران با هماهنگی‌های لازم به مؤسسات نگهداری کودکان بی‌سرپرست شهرستان کرمانشاه مراجعه نمود و سپس با کسب موافقت مسئولین مؤسسات در زمینه شرکت در تحقیق، پرسشنامه‌های پژوهش را با کد و نام مربوط به ۵۴ کودک در مؤسسه در اختیار آنان قرار دادند. آن‌ها به مدت تقریباً نیم ساعت به هر پرسشنامه

1. Gadow & Sparfkin

پاسخ دادند. همچنین در یکی از محله‌های تقریباً متوسط شهر کرمانشاه، پژوهشگر با مراجعه به خانه‌های دارای کودکان ۷ تا ۱۱ سال و انتخاب خانواده‌های دارای کودکان هم‌تا شده با گروه اول (از نظر سن و جنسیت)، پرسشنامه‌های پژوهش را در اختیار مادران آن‌ها قرار داد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های پژوهش با نرم‌افزار SPSS-22 و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته شد.

### یافته‌ها

با توجه به نتایج توصیفی، از نظر وضعیت سنی هم در گروه کودکان بی‌سرپرست و هم در کودکان دارای دووالد، ۱۰/۲ درصد کودکان ۷ سال، ۱۸/۴ درصد ۸ سال، ۳۰/۶ درصد ۹ سال، ۱۲/۲ درصد ۱۰ سال و ۲۸/۶ درصد ۱۱ سال داشتند. همچنین هم در گروه ۴۹/۰ درصد کودکان پسر و ۵۱/۰ درصد دختر بوده‌اند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار اختلالات برونی‌سازی شده را در دو گروه کودکان بی‌سرپرست و دو والد نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار علائم اختلال بیش‌فعالی (بدون کاستی توجه و با کاستی توجه)، بی‌اعتنایی/ نافرمانی مقابله‌ای و سلوک در کودکان بی‌سرپرست و دو والد

متغیر	کودکان بی‌سرپرست		کودکان دارای دو والد	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اختلال بیش‌فعالی بدون کاستی توجه	۲/۲۰	۲/۰۷	۰/۹۷۹	۱/۷۷
اختلال بیش‌فعالی با کاستی توجه	۲/۲۲	۲/۶۵	۱/۷۷۵	۲/۶۶
اختلال نافرمانی/ بی‌اعتنایی مقابله‌ای	۲/۱۶	۲/۲۵	۱/۲۸	۱/۷۳
اختلال سلوک	۲/۷۹	۳/۷۶	۱/۱۰	۲/۵۶

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری آزمون Box جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس به عمل آمد که با توجه به عدم معنی‌داری آن نشان‌دهنده این است که در این پژوهش این شرط رعایت شده است ( $f=1/661$ ;  $p<0/084$ ). همچنین با توجه به مقادیر  $p$  در آزمون لوین برای علائم اختلال بیش‌فعالی/بدون کاستی توجه ( $f=1/918$ ;  $p<0/196$ )، اختلال بیش‌فعالی با کاستی توجه ( $f=1/039$ ;  $p<0/844$ )، اختلال نافرمانی/ بی‌اعتنایی مقابله‌ای



شده است. جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه‌ی علایم اختلال بیش‌فعالی، بی‌اعتنایی/ نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک در کودکان بی‌سرپرست و دو والد را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه‌ی علایم اختلال بیش‌فعالی، بی‌اعتنایی/ نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک در کودکان بی‌سرپرست و دو والد

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	اندازه اثر
گروه	بیش‌فعالی بدون کاستی توجه	۳۶/۷۳۵	۱	۳۶/۷۳۵	۹/۸۸	۰/۰۰۲	۰/۱۰
	بیش‌فعالی با کاستی توجه	۴/۵۰	۱	۴/۵۰	۰/۶۳۷	۰/۴۲۷	۰/۰۱
	بی‌اعتنایی/نافرمانی مقابله‌ای	۱۸/۸۶۷	۱	۱۸/۸۶۷	۷/۲۱۲	۰/۰۰۹	۰/۰۵
	اختلال سلوک	۷۰/۲۹۶	۱	۷۰/۲۹۶	۶/۷۷۲	۰/۰۱۱	۰/۰۷

جدول ۲ نشان می‌دهد که بین علایم بیش‌فعالی بدون کاستی توجه، نافرمانی/بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک در کودکان بی‌سرپرست و دو والد تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $Wilks' \Lambda = ۳/۵۹۷$ )؛  $p < ۰/۰۰۹$ ). اما بین علایم اختلال بیش‌فعالی با کاستی توجه در دو گروه تفاوت معنی‌دار به‌دست نیامد. بنابراین با توجه به تصحیح آلفای بنفرونی که از تقسیم آلفای ۰/۰۵ بر تعداد متغیرهای وابسته حاصل می‌شود، سطح معنی‌داری هر یک از متغیرها باید کمتر از ۰/۰۱۲۵ باشد. با توجه به آن‌که سطح معنی‌داری متغیرها کمتر از این مقدار است بنابراین می‌توان گفت که بین دو گروه در هر یک از بیش‌فعالی بدون کاستی توجه، نافرمانی/بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر با توجه به جدول میانگین‌ها، میانگین این علایم در کودکان بی‌سرپرست بیشتر از کودکان دارای دو والد بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اختلالات برونی‌سازی‌شده (بیش‌فعالی/کاستی توجه،

بی‌اعتنایی/ نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک) در کودکان بی‌سرپرست و دو والد بوده است. نتایج آزمون تحلیل واریاس چندمتغیری نشان داد که بین میانگین رتبه‌های بیش‌فعالی بدون کاستی توجه در گروه کودکان بی‌سرپرست و دو والد تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، میانگین بیش‌فعالی بدون کاستی توجه در کودکان بی‌سرپرست بیشتر از کودکان دارای دو والد بوده است. اما بین میانگین رتبه‌های بیش‌فعالی با کاستی توجه در دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. این نتیجه با یافته‌های جنسن و همکاران (۲۰۱۳) همخوان است که در تحقیق خود به اختلالات برونی‌سازی شده در کودکان بی‌سرپرست اشاره نموده‌اند. همچنین در راستای یافته‌های برنشتاین و همکاران (۲۰۱۳) قرار دارد که وجود مشکلات رفتاری هیجانی را در این کودکان نشان داده‌اند. همچنین یافته‌های درلویین و بروکت (۲۰۰۷) را مورد تدبیر قرار می‌دهد که به این نتیجه دست یافتند در میان نوجوانان بی‌سرپرست شیوع بالایی از مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده وجود دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت کودکان بی‌سرپرست به دلیل این‌که کمبود والدین را در زندگی خود احساس می‌کند، ممکن است در سلامت روان و متغیرهای مرتبط با آن دچار مشکل شوند. زیرا فقدان والدین موجب می‌شود که کودکان حمایت هیجانی والدین خود را از دست بدهند و این امر می‌تواند موجب مشکل در رفتارها و تکرار بسیاری از رفتارهای مشکل ساز از جمله بیش‌فعالی در آنان شود. به‌عنوان مثال، آن‌ها ممکن است دچار علایمی بیقراری، بالا و پایین پریدن، پرسر و صدا بازی کردن و پرحرفی شوند که به‌عنوان علایم بیش‌فعالی در نظر گرفته شده‌اند (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۴). از طرفی دیگر فقدان والدین می‌تواند موجب شود که این کودکان برای جبران این فقدان بزرگ در زندگی دست به فعالیت‌ها و رفتارهایی بزنند که علایم اختلال بی‌فعالی را در آنان برجسته نماید.

نتایج تحلیل واریاس چندمتغیری نشان داد که بین میانگین رتبه‌های علایم اختلال بی‌اعتنایی/ نافرمانی مقابله‌ای در گروه بی‌سرپرست و دو والد تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، میانگین علایم اختلال بی‌اعتنایی/ نافرمانی مقابله‌ای در کودکان بی‌سرپرست بیشتر از کودکان دارای دو والد بوده است. در تحقیقات قبلی به وجود اختلالات برونی‌سازی شده در کودکان بی‌سرپرست (جنسن و همکاران، ۲۰۱۳) و وجود مشکلات رفتاری-هیجانی را در این کودکان اشاره شده است (برنشتاین و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این در تحقیقات

دیگر شیوع بالای مشکلات برونی‌سازی شده مورد تأیید قرار گرفته است (درلویین و بروکت، ۲۰۰۷). بنابراین می‌توان گفت که نتایج تحقیق حاضر نتایج آن پژوهشگران را مورد تأیید قرار داده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت چون کودکان بی‌سرپرست فقدان والدین را تجربه می‌کنند و در تربیت مستقیم با والدین خود نبوده‌اند، به احتمال زیاد در مقابل دیگران نافرمانی می‌کنند و از انجام وظایبی که به آن‌ها محول می‌شود سرپیچی می‌کنند. زیرا تربیت مستقیم یک کودک تحت حمایت والدین فیزیولوژیکی باعث می‌شود که وی بسیاری از رفتارها را از طریق همانندسازی با والدین خود یاد بگیرد. البته ذکر این نکته لازم است که بودن در کنار والدین موجب ادراک قدرت والدین می‌شود و کودک دارای دو والد به‌صورت مداوم می‌داند و یاد می‌گیرد که باید از والدین خود نافرمانی نکند. چون از بسیاری از رفتارهای تشویق‌کننده والدین منع خواهد شد. اما کودکان بی‌سرپرست به‌صورت مستقیم تحت تربیت والدین خود نبوده‌اند و به عبارتی بسیاری از آن‌ها هیچ‌وقت والدین خود را ندیده‌اند که همین عوامل موجب می‌شود که آن‌ها در مقابل این فقدان رفتارهای نافرمانی و بی‌اعتنایی نسبت به دیگران را نشان دهند. البته بسیاری از کودکان بی‌سرپرست چون می‌دانند که بی‌سرپرست هستند و در پرورشگاه‌های مخصوص نگهداری می‌شوند به احتمال زیاد احساس می‌کنند که دیگران باید به آنان ترحم و مهربانی بیشتری نشان دهند و اگر احساس ترحم و مهربانی از طرف دیگران نسبت به آنان کم باشد، آن‌ها ممکن است به رفتارهایی روی بیاورند که نشان‌دهنده علایم بی‌اعتنایی/ نافرمانی مقابله‌ای باشد.

نتایج تحلیل واریاس چندمتغیری نشان داد که بین میانگین رتبه‌های علایم اختلال سلوک در گروه کودکان بی‌سرپرست و دو والد تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، میانگین علایم اختلال سلوک در کودکان بی‌سرپرست بیشتر از کودکان دارای دو والد بوده است. در پژوهش جنسن و همکاران (۲۰۱۳) اختلالات برونی‌سازی شده در کودکان بی‌سرپرست مورد تأیید قرار گرفته است. برنشتاین و همکاران (۲۰۱۳) نیز به وجود مشکلات رفتاری-هیجانی را در این کودکان اشاره نموده‌اند. درلویین و بروکت (۲۰۰۷) نیز مشکلات برونی‌سازی شده را در کودکان بی‌سرپرست گزارش نموده است. بنابراین می‌توان گفت که نتیجه تحقیق حاضر یافته‌های آن پژوهشگران را تأیید نموده است.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که چون کودکان بی‌سرپرست تحت حمایت و سرپرستی والدین خود نبوده‌اند و بسیاری از آنان ممکن است نسبت به والدین خود که آن‌ها را رها نموده‌اند، احساسات منفی از جمله تنفر داشته باشند. به دلیل فقدان والدین، پیامدهای منفی این احساس تنفر ممکن است متوجه دیگران شود و گاهی با رفتارهایی نظیر پرخاشگری نسبت به مردم و حیوانات یا درگیری‌های جسمی، تخریب اموال و امکانات و نقض شدید مقررات نشان داده می‌شود که از علایم عمده اختلال سلوک (کرنینگ، دیویسون، نیل و جانسون، ۲۰۰۱ ترجمه شمسی‌پور، ۱۳۸۸) محسوب می‌شوند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که در این تحقیق فقط کودکان ۷ تا ۱۱ سال بی‌سرپرست و دارای دو والد شهرستان کرمانشاه در تحقیق شرکت داده شدند. همچنین به عدم امکان گروه مقایسه کودکان دارای تک والد نیز یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بوده است. بادر نظر گرفتن این دو محدودیت، و بر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که برای کاهش رفتارهای برونی‌سازی شده از جمله بیش‌فعالی، بی‌اعتنایی/نافرمانی مقابله‌ای و سلوک در کودکان بی‌سرپرست از درمان‌ها و آموزش‌های روانشناختی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مراکز نگهداری کودکان بی‌سرپرست از وجود روانشناسان با تجربه استفاده شود تا آن‌ها بتوانند به کاهش این مشکلات در این کودکان کمک نمایند. به تحقیقات آینده نیز پیشنهاد می‌شود که انجام چنین پژوهشی در سطح گسترده‌تر و در میان دوره‌های سنی مختلف از جمله نوجوانی نیز انجام دهند و از گروه مقایسه کودکان دارای یک والد نیز استفاده نمایند.

## منابع

### فارسی

- توکلی‌زاده، جهانشیر (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتار/ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان شهر گناباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- علم، مهین؛ یزدی فیض‌آبادی، وحید؛ و نعمت‌الله‌زاده ماهانی، کاظم (۱۳۹۲). بررسی اختلالات روانشناختی دانش‌آموزان تیزهوش، عادی و بی‌سرپرست مقطع متوسطه شهر کرمان در سال ۱۳۸۹. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۲ (۷)، ۵۸۲-۵۷۱.

کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.

لطفی کاشانی، فرح و وزیری، شهرام (۱۳۸۰). روان‌شناسی مرضی کودک. تهران: نشر ارسباران.

کرینگ، اس.ال؛ دیویسون، جرالده، سی؛ نیل، جان.ام؛ و جانسون، شری.ال (۲۰۰۱). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه حمید شمی‌پور (۱۳۸۸). تهران: انتشارات ارجمند.

محبی، سمیه؛ محمدی، علی؛ و قاسمی، نوشاد (۱۳۹۰). مقایسه شاخص‌های ناسازگاری بر اساس آزمون ترسیم آدمک مک‌آور و میزان اختلالات رفتاری در کودکان بی‌سرپرست و عادی. ماهنامه ارمنان دانش، ۱۶ (۶)، ۵۷۸-۵۸۶.

### لاتین

- Achenbach, T. M., & Rescolar, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age: Form & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Acock, A., & Demo, D. (1994). *Family diversity and well-being*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Astone, N. M., & McLanahan, S. S. (1991). Family structure, parental practices, and high school completion. *American Sociological Review*, 56(3), 309-320.
- Bronstein, I., Montgomery, P., & Ott, E. (2013). Emotional and behavioral problems amongst afghan unaccompanied asylum-seeking children: Results from a large-scale cross-sectional study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(5), 285-94.
- Cormier E. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder: A review and update. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(5), 345-57.
- Derluyn, I, Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health*, 12(2), 141-162.
- Gadow, K. D. & Sparfkin, J. (1997). *Quick guide to using the youth's inventory screening kkit*. Stony Brook. NY: Checkmate Plus. Guild Ford Press.

- Gilliom, M., & Shaw, D. S. (2004). Co-development of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Developmental Psychology, 16*(2), 313-334.
- Han, W. J. (2008). The academic trajectories of children of immigrants and their school environments. *Developmental Psychology, 44*(6), 1572-1590.
- Hernandez, D. J. (2004). Demographic change and the life circumstances of immigrant families. *The Future of Children, 14*(2), 16-47.
- Hill, P. (1993). Recent advances in selected aspects of adolescent development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*(1), 69-99.
- Huemer, J., Karnik, N. S., & Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M. H., & Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 3*(13), 1-10.
- Jakobsen, M., Demott, M. A. M., & Heir, T. (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 13*(10), 53-58.
- Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L., & Wilhelmsen, N. H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 20*(1), 106-16.
- Lamb, M. E. (2002). *Infant-father attachments and their impact on child development*. In C. S. Tamis-LeMonda & N. Cabrera (Eds.), *Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives* (pp. 93-118). New York.
- McLanahan, S., & Sandefur, G. (1994). *Growing up with a single parent: What hurts, what helps*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ogata, S. (1993). *Refugee children: Guidelines on protection and care*. United Nations High Commissioner for Refugees.
- Sanchez-Cao, E., Kramer, T., & Hodes, M. (2013). Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child: Care, Health and Development, 39*(5), 651-659.
- Suarez-Orozco, C., Rhodes, J., & Milburn, M. (2009). Unraveling the immigrant paradox: Academic engagement and disengagement among recently arrived immigrant youth. *Youth Society, 41*(2), 151-185.