

تحلیلی بر نقش ویژگیهای جمعیت شناختی والدین در بروز اختلالات روانی کودکان

عزیزه آبستر^۱
زینب خانجانی^۲

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه ویژگیهای جمعیت شناختی (وضعیت اقتصادی والدین، سطح تحصیلات والدین، سن والدین و شاغل بودن مادر) با اختلالات روانی کودکان انجام شده است. جامعه مورد بررسی در این پژوهش کلیه دانش آموزان دختر ۱۴-۱۲ ساله راهنمایی بود که در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ در مدارس نواحی پنجگانه شهر تبریز به تحصیل اشتغال داشتند. حجم نمونه مورد مطالعه شامل ۳۸۰ نفر از دانش آموزان و والدین آنها می باشد و اطلاعات به وسیله علایم مرضی کودکان CSI-4 و پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته جمع آوری گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که سن پدر با بیش فعالی و اختلالات روان پریشی کودکان رابطه مثبت معنی دار دارد. شغل مادر با بیش فعالی، لجبازی و نافرمانی، اختلال روان پریشی و فراگیری رشدی رابطه مثبت معنی دار دارد. به عبارت دیگر در مادرانی که شغل آنها خانه داری است این اختلالات کمتر از مادرانی است که شاغل می باشند.

واژه های کلیدی: ویژگیهای جمعیت شناختی، اختلالات روانی، والدین و دانش آموزان

- کارشناس ارشد رشته روانشناسی عمومی (d_mokhtari@tabrizu.ac.ir)

- دانشیار و عضو هیأت علمی دانشگاه تبریز

مقدمه

یکی از عوامل بسیار مهم و اثرگذار بر رفتار فرد، خانواده است. محیط خانواده اولین و بادوام‌ترین عاملی است که در رشد شخصیت افراد تأثیر می‌گذارد. کودک خصوصیتی را از والدین خود به ارث می‌برد. بدین طریق پدر و مادر زمینه رشد و پیشرفت فرزندان را فراهم می‌آورند. نفوذ والدین بر فرزندان تنها محدود به جنبه‌های ارثی نیست، بلکه پدر و مادر در آشنایی کودک با زندگی جمعی و فرهنگ جامعه نقش مؤثری را به عهده دارند. موقعیت اجتماعی خانواده، وضع اقتصادی، سطح تحصیلاتشان، افکار و عقاید، آداب و رسوم، ایده‌آلها و آرزوهای والدین، سطح تربیتی و سطح تحصیلات آنان در طرز رفتار کودک نفوذ فراوان دارد (شریعتمداری، ۱۳۶۶: ۱۹۳).

در بسیاری از خانواده‌ها، به ویژه در مواردی که والدین وضع اقتصادی-اجتماعی فرهنگی پایین تری دارند، تنبیه کودکان معمول است. فشارهای اجتماعی و روحی والدین عامل مهم بدرفتاری آنان با کودکان است. هر جا که چنین فشارهایی بر والدین وارد آید، طبعاً پرورش فرزندان نیز با دشواری و تلخ-کامی همراه خواهد بود. فشارهای ناشی از بیکاری، فقر، ضعف فرهنگی، بی‌خانمانی، مشکلات خانوادگی، مصیبت‌ها و ناراحتی‌های روحی والدین باعث بدرفتاریهای شدید با کودکان و استفاده از روشهای فشار و خشونت و تنبیه بدنی در مورد آنان می‌شود (سیف، کدیور، کرمی نوری، لطف آبادی، ۱۳۸۵: ۴۵).

تحقیقات دو محقق به نامهای هالینگزهد^۱ و ردلیک^۲، توجه به علل اجتماعی بیماری‌های روانی را بیشتر نمود. هالینگزهد متخصص جامعه‌شناسی و ردلیک روان‌پزشک بود، نتایج تحقیقات این دو بیانگر این واقعیت است که بین طبقات اجتماعی و بیماری روانی، رابطه‌ی مسلم و قاطعی وجود دارد. اکثر مطالعات انجام شده در مورد اضطراب بر اهمیت روابط و فرهنگ والدین و کودک، به عنوان عاملی اصلی و تاثیرگذار بر افزایش اختلالات اضطرابی تاکید

^۱- Hollingshead

^۲- Redlick

دارند(کرون^۱، ۱۹۹۰: ۱۱۶؛ روبین و میلز^۲، ۱۹۹۱: ۳۰۲؛ ماناسیس و برادلی^۳، ۱۹۹۴: ۳۴۵؛ کورپیتا و بارلو^۴، ۱۹۹۸: ۴۶۰، رپی^۵، ۲۰۰۱: ۴۷؛ هودسون و رپی^۶، ۲۰۰۱: ۱۴۱۱).

گرچه صاحب‌نظران مختلف تعاریف مختلفی از رفتار نابهنجار یا اختلال روانی کودکان ارائه نموده‌اند، اما هنوز هم یکی از سخت‌ترین چالش‌های موجود در زمینه آسیب‌شناسی روانی کودک است. میزان شیوع اختلالات دوران کودکی بین ۶ تا ۲۵ درصد برآورد شده است(فلوری و بوچانان، به نقل از ماش و بارکلی، ۲۰۰۲).

به عقیده راس^۷، وقتی گفته می‌شود اختلال روانی در دوره کودکی وجود دارد که رفتار نشان داده شده توسط کودک با یک معیار اجتماعی قرار دادی و نسبی مغایرت است. به این معنی که رفتار مزبور با فراوانی یا شدتی بروز کند که بزرگسالان صاحب قدرت و امتیازی که در محیط کودک زندگی می‌کنند، آن را در اوضاع و احوال مزبور بیش از حد لازم کم یا زیاد تشخیص دهند (علی پور و محمد اسماعیل، ۱۳۷۰: ۱۸).

در جای دیگر، اختلالات کودکی به عنوان واکنش‌های مرضی زودگذر، به موقعیتهایی که کودک با آن مواجه است یا به یک تعارض هیجانی داخلی گرفتار است گفته می‌شود، بدون این که نشانه‌های مرضی دلالت بر بیماری مغزی عضوی، یا سندرم‌های شدید بزرگسالی داشته باشد (آزاد، ۱۳۷۱: ۴۵).
دو محقق آمریکایی به نامهای فاریس^۸ و دالهام^۹ (شاملو، ۱۳۷۳: ۲۴۴).
مشاهده کردند که بیشترین نابهنجاریهای اجتماعی در قسمت فقیر نشین شهر شیکاگو دیده می‌شود.

^۱- Krohne

^۲- Rubin & Mills

^۳- Manassis & Bradley

^۴- Chorpita & Barlow

^۵- Rapee

^۶- Hudson & Rapee

^۷- RUS

^۸- Faris

^۹- Dulham

برخلاف عقاید معمول درباره آسیب رسانی اشتغال مادر به کودک، شواهد نشان می دهد که ممکن است اشتغال مادر برای کودک فوایدی هم داشته باشد. کودکان مادران شاغل در مقایسه با کودکان مادران خانه دار، غالباً سازگاری شخصیتی و اجتماعی بهتری در مدرسه دارند (هوفمن^۱، ۱۹۷۹: ۸۷۵). شاغل بودن مادر لزوماً به سلامت روانی کودک صدمه نمی زند ممکن است مادر هر روز سر کار رود و کودک را به فرد قابل اعتمادی بسپارد، مشروط بر اینکه به کودک اطمینان دهد که در وقت معینی به خانه برمی گردد. مادامی که کودک به عشق مادر اطمینان دارد، می تواند غیبت او را تحمل کند و به خوبی با مادر بزرگ، پرستار و یا مراقب خود که جانشین مادر هستند، احساس همدردی کند و مضطرب نشود (بنجامین، ۱۳۷۵: ۸۶).

در یک بررسی درباره زنانی که بین ۱۶-۳۸ سالگی بچه دار شده بودند، معلوم شد که هر چقدر سن بچه دار شدن بالاتر بود، مادران از مادر بودن احساس رضایت بیشتری می کردند، مادران مسن تر عواطف مثبت و بهتری نشان می دادند و با کودک رابطه پر احساس تری داشته اند پدرانی نیز که نسبتاً دیرتر بچه دار می شوند (بعد از سن ۳۵ سالگی) با فرزندان خود گرمترند و بیشتر به آنان می پردازند تا وقتی که کمتر از سن ۲۵ سال سن دارند (نگر^۲، نقل از احمدیان، ۱۳۸۴).

سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا رابطه ای بین ویژگیهای جمعیت شناختی والدین با اختلالات روانی کودکان وجود دارد؟

روش

این تحقیق از نوع توصیفی-همبستگی است. محاسبات آماری توسط نرم افزار SPSS انجام شده است. جامعه مورد بررسی در این پژوهش کلیه دانش آموزان دختر ۱۴-۱۲ ساله راهنمایی و همچنین پدران و مادران این دانش آموزان است که در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ در مدارس نواحی پنجگانه شهر تبریز به تحصیل

^۱- Hoffman

^۲- Ndegger

اشتغال داشتند. حجم جامعه مورد بررسی ۳۲۰۴۴ نفر بود. در این پژوهش برای نمونه گیری از روش تصادفی استفاده شد، به این صورت که از بین نواحی پنج گانه شهر تبریز، به تصادف دو ناحیه انتخاب و با توجه به نسبت مدارس راهنمایی دخترانه هر ناحیه، چند مدرسه از هر کدام انتخاب شد. سپس از مدارس مورد نظر چند کلاس انتخاب و ۳۸۰ نفر دانش آموز از روی دفتر نمره کلاسها به طور تصادفی برگزیده شد تا نمونه مورد نیاز پوشش داده شود. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد که به شرح ذیل می باشد:

$$n = \frac{32044 \times 1/96^2 \times 0/5 \times 0/5}{(32044 \times 0/05^2) + (1/96^2 \times 0/5 \times 0/5)} = \frac{30775.06}{81.07} = 380$$

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده گردید.

ابزارهای اندازه گیری

در این تحقیق اطلاعات به وسیله علایم مرضی کودکان CSI-4 و پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته جمع آوری گردید که فرایند فوق ۱۰ نفرافت آزمودنی داشت.

- پرسشنامه علایم مرضی کودکان^۱ CSI-4

پرسشنامه علایم مرضی کودک (CSI-4) یک مقیاس درجه بندی رفتار است که توسط اسپیرافکین و گادو^۲ به منظور غربال اختلالهای رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۵ تا ۱۲ سال طراحی شده است (گادو و اسپیرافکین، ۱۹۹۴: ۶۹) پرسشنامه علایم مرضی کودک دارای ویژگیهایی همچون سادگی اجرا و سهولت فهم است. فرم والد این پرسشنامه دارای ۹۷ سؤال است که به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده است دو شیوه نمره گذاری برای CSI-4 طراحی گشته است. شیوه نمره برش غربال کننده و شیوه نمره گذاری، بر حسب شدت نشانه های مرضی است. شیوه نمره برش غربال کننده در پژوهش حاضر از

^۱-Child Symptom Inventory

^۲- Sprafkin & Gadow

پرسشهای مربوط به اختلالات برونی سازی است که جهت نمره گذاری سؤالات استفاده شده است.

اعتبار این پرسشنامه توسط احمد علی پور و الهه محمد اسماعیل (۱۳۸۰) به روش اجرای مجدد تست، برای اختلال کاستی توجه - بیش فعالی (AD/HD) $r=0/6$ ، اختلال کاستی توجه بیش فعالی نوع بی توجهی DD $r=0/53$ ، اختلال کاستی توجه - بیش فعالی، نوع غالب تکانشگری (HD) $r=0/69$ ، اختلال بیش فعالی تنها (HD) $r=0/7$ ، اختلال لجبازی، نافرمانی (ODD) $r=0/62$ ، اختلال سلوک (CD) $r=0/76$ به دست آمد. همچنین روایی این تست توسط ۹ روانپزشک برای هر یک از سؤالا مورد داوری قرار گرفت، نتایج بررسی اظهار نظرها و داوریهای متخصصان نشان داد که روایی و همگونی و مناسبت محتوای CSI-4 مورد تأیید قرار می گیرد.

یافته‌ها

در جداول ۱ الی ۷ ابتدا شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌ها ارائه شده، پس از آن ضریب همبستگی پیرسون برای متغیرهای پژوهش آورده می شود.

جدول ۱: آماره های توصیفی (فراوانیها، میانگین و انحراف معیار) سن مادر و پدر

تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
355	27/00	60/00	38/1549	6/02689
343	30/00	72/00	44/3411	7/31199

جدول (۱) نشان دهنده این است که میانگین سن مادران شرکت کننده در آزمون ۳۸ سال می باشد، کمترین سن آزمودنی ۲۷ و بیشترین ۶۰ سال است و میانگین سن پدران شرکت کننده ۴۴ سال می باشد که از ۳۰ تا ۷۲ سال در نوسان است.

چنانکه جدول (۲) نشان می دهد ۱۲/۲ درصد از مادران بی سواد، ۵۰/۷ درصد از مادران تحصیلات ابتدایی، ۱۹/۵ درصد تحصیلات راهنمایی و ۵ درصد

تحصیلات در حد متوسطه دارند. به عبارت دیگر، ۸۷/۵ درصد از مادران دارای تحصیلات کمتر از حد متوسطه و در حد متوسطه دارا می باشند. ۱۱/۷ درصد دارای مدرک دیپلم و فقط ۰/۸ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی فوق دیپلم و لیسانس می باشند.

چنانکه جدول (۳) نشان می دهد ۷۰ درصد از پدران تحصیلات زیر دیپلم، ۲۱/۷ درصد در حد دیپلم و ۳/۵ درصد تحصیلات دانشگاهی در حد فوق دیپلم، لیسانس و دکترا دارند.

جدول ۲: آماره های توصیفی (فراوانی، درصد، درصد معتبر و تجمعی) تحصیلات مادران

درصد معتبر	درصد	تعداد	
12/2	11/4	42	بیسواد
50/7	47/0	174	ابتدایی
19/5	18/1	67	راهنمایی
5/0	4/6	17	زیر دیپلم
11/7	10/8	40	دیپلم
/6	/5	2	فوق دیپلم
/3	/3	1	لیسانس
100/0	92/7	343	کل
	7/3	27	بی پاسخ
	100/0	370	کل

جدول ۳: آماره های توصیفی (فراوانی، درصد، درصد معتبر و تجمعی) تحصیلات پدران

درصد معتبر	درصد	تعداد	
5/6	5/1	19	بیسواد
38/6	35/1	130	ابتدایی
25/8	23/5	87	راهنمایی
4/5	4/1	15	زیر دیپلم
21/7	19/7	73	دیپلم
2/7	2/4	9	فوق دیپلم
/9۰	/8۰	3	لیسانس
/3۰	/3	1	کل
100/0	91/1	337	بی پاسخ
	8/9	33	کل

جدول ۴: آماره های توصیفی (فراوانی، درصد، درصد معتبر و تجمعی) مشاغل مادران

درصد معتبر	درصد	تعداد	
94/6	94/6	350	خانه دار
1/9	1/9	7	آرایشگر
1/4	1/4	5	کارگر و سایر مشاغل
/8	/8۰	3	خیاط
/3۰	/3۰	1	دانشجو
1/1	1/1	4	کارمند
100/0	100/0	370	کل

بر اساس جدول ۴، ۹۴/۶ درصد از مادران خانه دار می باشند، ۱/۹ درصد آرایشگر، ۱/۴ درصد کارگر و سایر مشاغل، ۰/۸ درصد خیاط، ۰/۳ درصد دانشجو و ۱/۱ درصد کارمند می باشند.

جدول ۵: آماره های توصیفی (فراوانی، درصد، درصد معتبر و تجمعی) مشاغل پدران

درصد معتبر	درصد	تعداد	
49/4	45/9	170	آزاد
7/6	7/0	26	بازنشسته
23/5	21/9	81	کارگر
2/0	1/9	7	بیکار
/3۰	/3	1	فوت کرده
17/2	15/9	59	کارمند
100/0	93/0	344	کل
	7/0	26	بی پاسخ
	100/0	370	کل

آماره های مربوط به شغل پدران نشان می دهد که ۴۵/۹ درصد از پدران دارای شغل آزاد (میوه فروش، جوشکار، راننده، بنگاه املاک، معمار، کفاشی، قنادی، خیاط، باطری ساز و...) می باشند از آنها ۷/۶ درصد بازنشسته، ۲۳/۵ درصد کارگر (کارگر ساختمانی، کارخانجات مختلف و قالی بافی) ۲ درصد بیکار، ۰/۳ درصد فوت کرده، ۱۷/۲ درصد کارمند هستند (جدول ۵).

جدول ۶: آماره های توصیفی (فراوانی، درصد، درصد معتبر و تجمعی) درآمد خانواده

درصد معتبر	درصد	تعداد	
33/0	31/6	117	کمتر از ۲۰۰ هزار تومان
60/6	58/1	215	بین ۲۰۰ و ۵۰۰ هزار تومان
5/4	5/1	19	بین ۵۰۰ هزار و ۱ میلیون تومان
1/1	1/1	4	بیش از ۱ میلیون تومان
100/0	95/9	355	کل
	4/1	15	بی پاسخ
	100/0	370	کل

چنانکه از جدول (۶) و نمودار (۳) بر می آید ۳۳ درصد از خانواده ها کمتر از ۲۰۰ هزار تومان، ۶۰/۶ درصد درآمد بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان دارند. فقط ۵/۴ درصد بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان و ۱/۱ درصد بالای ۱ میلیون تومان درآمد دارند.

جدول ۷:

آماره های توصیفی (فراوانی، درصد، درصد معتبر و تجمعی) انواع اختلالات روانی کودکان

انحراف معیار	میانگین	بیشترین	کمترین	تعداد	زیرمجموعه	نوع اختلال		
5/53	6/0	27	0	370	عمدتا بی توجه	بیش فعالی	a	۱
5/83	6/0	34	0	370	بیش فعال تکانشی			۲
10/22	11/98	54	0	370	مرکب			۳
5/53	6/58	24	0	370	لجبازی و نافرمانی	لجبازی و نافرمانی	b	۴
5/63	2/67	45	0	370	اختلال سلوک	اختلال سلوک	c	۵
5/67	6/54	27	0	370	اضطراب فراگیر	اختلال اضطرابی	d	۶
1/07	0/94	3	0	354	هراس مشخص	اختلال اضطرابی و تیک	e	۷
0/90	0/59	3	0	350	وسواس فکری			۸
0/78	0/38	3	0	353	وسواس عملی			۹
1/00	0/58	3	0	354	فشار روانی پس آسیبی			۱۰
0/80	0/39	3	0	353	تیک حرکتی			۱۱
0/60	0/22	3	0	353	تیک صوتی			۱۲

2/49	1/51	15	0	370	اسکیزوفرنی	اختلال روان پریشی	f	۱۳
4/48	4/12	22	0	370	افسردگی شدید	اختلال خلقی	g	۱۴
3/29	3/29	15	0	370	افسرده خویی			۱۵
5/87	4/90	36	0	370	اختلال اتستیک	فراگیری رشدی	h	۱۶
4/11	3/63	24	0	370	اختلال اسپرگر			۱۷
2/65	3/85	12	0	370	هراس اجتماعی	اختلال اضطرابی	i	۱۸
6/03	6/85	24	0	370	اضطراب جدایی	اختلال اضطرابی	j	۱۹
0/19	0/01	3	0	369	شب اداری	اختلال دفع	k	۲۰
0/19	0/02	3	0	369	بی اختیاری مدفوع			۲۱

چنان که جدول (۷) نشان می دهد بیشترین میانگین در انواع اختلالات مرضی مربوط به بیش فعالی مرکب (۱۱/۹۸) و سپس اضطراب جدایی (۶/۸۵) و لجبازی و نافرمانی (۶/۵۷) و کمترین میانگین مربوط به اختلالات دفع (۰/۱۰) می باشد.

چنانکه جدول (۸) نشان می دهد:

* سن مادر، سواد مادر، سواد پدر و میزان درآمد خانواده با هیچ یک از اختلالات روانی کودکان رابطه معنی داری ندارد.

* سن پدر با بیش فعالی و اختلال روان پریشی کودک رابطه مثبت معنی دار دارد. یعنی با افزایش سن پدر این اختلالات در کودکان افزایش می یابد.

* شغل مادر با بیش فعالی، لجبازی و نافرمانی، اختلال روان پریشی و فراگیری رشدی رابطه مثبت معنی دار دارد. به عبارت دیگر در مادرانی که شغل آنها خانه داری است این اختلالات کمتر از مادرانی است که شاغل می باشند.

جدول ۸:

ماتریس ضرایب همبستگی بین اختلالات روانی کودکان و ویژگیهای جمعیت شناختی والدین

	سن مادر	سواد مادر	سن پدر	سواد پدر	میزان درآمد	شغل مادر	
بیش فعالی	ضریب پیرسون	-.032	-.031	-.113(*)	-.085	-.007	-.119(*)
	سطح معنی داری	-.543	-.563	-.037	-.121	-.895	-.022
لجبازی و نافرمانی	ضریب پیرسون	-.019	-.048	-.048	-.045	-.052	-.125(*)
	سطح معنی داری	-.722	-.375	-.374	-.407	-.324	-.016
اختلال سلوک	ضریب پیرسون	-.027	-.008	-.086	-.026	-.019	-.086
	سطح معنی داری	-.615	-.879	-.112	-.630	-.722	-.099
اختلال اضطرابی	ضریب پیرسون	-.002	-.076	-.066	-.074	-.045	-.060
	سطح معنی داری	-.973	-.159	-.225	-.178	-.401	-.249
اختلال اضطرابی و تیک	ضریب پیرسون	-.026	-.102	-.057	-.096	-.063	-.054
	سطح معنی داری	-.621	-.060	-.289	-.077	-.235	-.297
اختلال روان پریشی	ضریب پیرسون	-.057	-.031	-.108(*)	-.022	-.005	-.139(**)
	سطح معنی داری	-.288	-.572	-.046	-.685	-.926	-.008
اختلال خلقی	ضریب پیرسون	-.027	-.037	-.094	-.075	-.006	-.107(*)
	سطح معنی داری	-.613	-.495	-.082	-.168	-.905	-.040
فراگیری رشدی	ضریب پیرسون	-.035	-.034	-.087	-.028	-.009	-.121(*)
	سطح معنی داری	-.506	-.527	-.108	-.609	-.869	-.020
هراس اجتماعی	ضریب پیرسون	-.012	-.038	-.076	-.031	-.004	-.033
	سطح معنی داری	-.815	-.488	-.159	-.574	-.936	-.528
اضطراب جدایی	ضریب پیرسون	-.018	-.083	-.006	-.087	-.044	-.013
	سطح معنی داری	-.741	-.123	-.914	-.111	-.409	-.810
اختلال دفع	ضریب پیرسون	-.073	-.030	-.105	-.023	-.042	-.024
	سطح معنی داری	-.171	-.582	-.053	-.672	-.427	-.652

*همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۵

**همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان دهنده این است که ویژگیهای جمعیت شناختی والدین با برخی از اختلالات روانی کودکان رابطه معنی داری دارد و ارزش کمی اعدادی مثل ۰/۱۰۸، ۰/۱۰۷ و ۰/۱۲۱ با توجه به زیاد بودن حجم مطالعه (۳۸۰ نفر) قابل توجیه است. نتیجه این پژوهش با برخی از مطالعات انجام شده در این مورد همسو و با برخی دیگر ناهمسو می باشد.

فاریس و دانهام در سال ۱۹۳۹ در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بیشترین نابهنجاری های اجتماعی در قسمت فقیرنشین شهر شیکاگو دیده می شود و بالاترین تعداد بیکاران از خانواده های گسسته و بزهکاران است (نقل از شاملو، ۱۳۸۳).

بر اساس برخی از پژوهشها، بچه های والدین دارای اختلال اضطراب (بر اثر فشارهای ناشی از بیکاری، فقر، ضعف فرهنگی...)، دارای اختلال اضطراب بیشتری هستند (تورنر، بیدل و کاستلو^۱، ۱۹۸۷: ۵۹؛ بیدل و تورنر^۲، ۱۹۹۷: ۹۱۸؛ بیدرمن، روزنبوم، بولداک، فارون و هیرشفیلد^۳، ۱۹۹۱: ۳۳۵؛ مریکانگاس، دایرکر و زاتماری^۴، ۱۹۹۸: ۷۱۱).

هنگامی که سازگاری شغلی مادر و حمایت اجتماعی او در سطح پایین باشد اشتغال مادر بر کیفیت مراقبت از کودک تأثیر می گذارد و خطر تحول ضعیف اجتماعی-هیجانی کودک را افزایش می دهد کودکان مادران شاغل در مقایسه با کودکان، مادران خانه دار، غالباً سازگاری شخصیتی و اجتماعی بهتری در مدرسه دارند (هافمن و هوستون به نقل از یاسایی، ۱۳۶۸: ۴۷۳).

افراد مختلف در مورد سن ازدواج و بچه دار شدن عقاید مختلف دارند عده ای به ازدواج و بچه دار شدن در سنین پایین تر معتقدند که به اندازه کافی انرژی و نیروی لازم را جهت تربیت بچه داشته باشند عده ای دیگر بر عکس معتقدند، انسان قبل از اینکه گرفتار بچه ها شود بایستی کار کند، مسافرت کند و زندگی خود را سر و سامان دهد و بعد بچه دار شود. تأثیر اشتغال مادر در سازگاری اجتماعی و شخصیتی دخترها بهتر از پسرهاست، دختران مادران شاغل امید بیشتری به موفقیت و تحصیل دارند و می خواهند خود حرفه ای داشته باشند (هافمن، ۱۳۷۹: ۸۵۹).

نتایج نشان داد که کودکان مادران شاغل از لحاظ اجتماعی سازگاری بیشتری داشتند به این معنی که در مدرسه با دیگران بهتر کار می کردند و با

¹-Turner, Beidel & Costello

²-Beidel & Turner

³-Biederman, Rosenbaum, Bolduc, Faraone & Hirschfield

⁴-Merikangas, Dierker & Szatmari.

آنها کنار می آمدند و برخی کودکان دارای مادر بیکار در مقیاس اندازه گیری سازگاری و عزت نفس نمره بالاتری بدست آوردند (نقل از یاسایی، ۱۳۶۸). احتمال دارد که تحول عاطفی شناختی کودکان خانواده‌های کم در آمد دچار آسیب گردد. مادر و کودک در خانواده‌های فقیر بیشتر در معرض حوادث تنیدگی، عدم ثبات مراقبتی به دلیل اشتغال مادر، عدم بهداشت روانی و جسمانی قرار دارند (والنزیولا، نقل از خانجانی، ۱۳۸۴: ۱۱۹).

به نظر می‌رسد که به آسانی و بدون بررسی و تحقیقات دقیق تر نمی توان در مورد تاثیر ویژگیهای جمعیت شناختی والدین بر اختلالات روانی کودکان بیشتر از این سخن گفت. احتمال دارد با انجام پژوهش های دیگر که هدف آن بررسی دقیق تاثیر عواملی مانند سن والدین، شغل مادر و طبقه اجتماعی- اقتصادی باشد و با استفاده از ابزارهای پژوهشی دیگری مانند مصاحبه و یا مشاهده بتوان داده‌های متفاوت تری به دست آورد. احتمال دارد تفاوت‌های روش شناختی، با سایر پژوهشها، دلیل یافته های ناهمسو باشد.

به هر حال روشن شدن تاثیر دقیق و کامل عوامل فرهنگی-اجتماعی، مانند سایر عوامل مؤثر بر سلامت یا ناسلامتی روانی کودک، به پژوهشهای آینده موکول می گردد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم توانایی در تعمیم نتایج این پژوهش، به دانش آموزان سایر پایه ها و یا سایر نقاط کشور، احتمال کاهش صداقت در پاسخ گویی به سوالات به دلیل استفاده از آزمون های خود گزارش دهی و استفاده از فرم والدین جهت ارزیابی اختلالات کودکان می باشد که پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده از فرم مربی نیز استفاده کرده، نتایج آن با فرم والدین مقایسه گردد، در پژوهشهای آینده از روشهای دیگر مانند مصاحبه و مشاهده نیز استفاده گردد، آزمونهای فارسی به ترکی تبدیل و هنجار یابی شوند و از طریق صدا و سیما سبک تربیتی منطقی آموزش داده شود.

منابع:

- آزاد، ح. (۱۳۷۴)، روانشناسی مرضی کودک، چاپ چهارم، تهران: شرکت انتشارات پازنگ.
 - احمدیان، ف. (۱۳۸۴)، بررسی رابطه شیوه های فرزند پروری با خود کار آمدی و سلامت روانی دانش آموزان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
 - بنجامین بی، وی. (۱۳۷۵)، مترجمان، دکتر بهمن نجاریان، محسن دهقانی و بهران دباغ، انتشارات رشد.
 - بی نام (۱۳۷۰)، روانشناسی رشد ۱، تهران: نشر مطبوعات.
 - خانجانی، ز. (۱۳۸۴)، تحول و آسیب شناسی دلبستگی از کودکی تا نوجوانی، تهران: انتشارات فروزش.
 - شاملو، س. (۱۳۸۳)، آسیب شناسی روانی، تهران: انتشارات رشد.
 - شریعتمداری، ع. (۱۳۶۹)، روانشناسی تربیتی، تهران: انتشارات امیر کبیر.
 - یاسایی، م. (۱۳۶۸)، رشد و شخصیت کودک، تهران: نشر مرکز.
- Beidel, D. C., & Turner, S.M. (1997), at risk for anxiety: I. psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.
 - Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., & Hirschfield, D. R. (1991), A high risk study of young children of parents with panic disorder and agoraphobia with and without comorbid major depression. *Psychiatry Research*, 37, 333-348.
 - Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998), the development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
 - Hoffman, L. W. (1979), *Material employment*. American Psychologist, Newyork.
 - Hudson, J. L., Rapee, R. M. (2001), Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behaviour Research and Therapy* 39, 411-1427.
 - Krohne, H. W. (1990), Parental childrearing and anxiety development. In K. Hurrelmann, & F. Losel, *Health hazards in adolescence* (pp. 115-130), Berlin: Walter de Gruyter.

- Manassis, K., & Bradley, S. J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345–366.
- Mash, E. J., Barkley, R. A. (2002), *Child psychopathology*-New York: The guide ford express. Univorsity of Minnesota press.
- Merikangas, K. R., Dierker, L. C., & Szatmari, P. (1998), Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: A high risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 711–720.
- Rapee, R. M. (2001), the development of generalised anxiety. In M. W. Vasey, M. R. Dadds (Eds), *the developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481–503), and New York: Oxford University Press.
- Rubin, K. H., & Mills, R. S. L. (1991), conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 23, 300–317.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psyc*

Archive of SID