



Psychology and Educational Sciences Law and Social Sciences at the beginning of Third Millennium

مدل آسیب پذیری روانی_ رفتاری کودکان فاقد هویت (اتباع) ۷ تا ۱۴ سال شهر اصفهان

مهرانگیز قارونی قارنه

لیسانس روانشناسی بالینی

mgharonie@gmail.com

سید محمدرضا صمصام شریعت

دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان

mohammad5ir@yahoo.com

چکیده

این پژوهش با هدف تدوین مدل آسیب پذیری روانی_ رفتاری کودکان فاقد هویت (اتباع) ۷ تا ۱۴ سال شهر اصفهان انجام شد. روش تحقیق توصیفی زمینه یابی (پیمایشی) بود. جامعه مورد نظر پژوهش حاضر را، کلیه دانش آموزان دارای کارت آبی (فاقد هویت اتباع) مقطع ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۵_۹۴ تشکیل داده اند (حدود ۴۰۰۰ نفر دانش آموز). نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۲۱۵ دانش آموز دختر و پسر پایه های تحصیلی اول تا چهارم ابتدایی آموزش و پرورش ناحیه ۶ شهر اصفهان بوده است که از طریق نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شده اند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش آزمون آخنباخ-فرم گزارش معلم بوده است. داده ها به منظور تحلیل مسیر داده و فریدمن با نرم افزار SPSS و AMOS تحلیل شد و نتایج نشان داد بالاترین رتبه ها به ترتیب، مشکلات توجه، رفتار پرخاشگرایانه و اضطراب/ افسردگی بوده است. بنابراین این مشکلات مهمترین موضوعات مورد توجه در این گروه از کودکان می باشد که باید در آموزش آنها مورد نظر معلمان و مشاوران قرار بگیرد.

کلید واژه ها: آسیب پذیری روانی رفتاری، کودکان فاقد هویت، دانش آموزان.



دو مفهوم آسیب پذیری^۱ و آسیب ناپذیری همواره برای تجسم بخشیدن به مفهوم رشد آسیب های روانی به کار رفته اند. مقصود از آسیب پذیری، احتمال بروز پاسخ های ناسازگارانه در موقعیت های معین است (Garmezy, 1983). در واقع آسیب پذیری به عنوان یک آمادگی مادرزادی یا اکتسابی برای ناسازگاری ها و اختلال های روانی شناخته شده است (بشارت و همکاران، ۱۳۹۳). "عوامل خطر"^۲ شخصی و محیطی احتمال پیدایش بیماری یا اختلال را بالا می برد (Rutter, 1999). همچنین راتر (۱۹۹۹) بر طبیعت تعاملی عوامل خطر و محافظ و آسیب پذیری و بهبود پذیری تاکید می کند. وی معتقد است که عوامل شخصی از نظر ویژگی های زیست شناختی و روان شناختی قابل بررسی است و عوامل محیطی ضوابط محیط روانی- اجتماعی کودک مانند خانه، مدرسه و گروه همسالان را در بر می گیرد.

با توجه به این موضوع که کودکان به عنوان یکی از گروه های سنی آسیب پذیر در معرض انواع مشکلات روانشناختی قرار دارند، آسیب پذیری در این سن تحت تاثیر فرآیند رشد و مقتضیات خاص مراحل آن از یک طرف و کنترل شرایط محیطی و موقعیتی کودک توسط بزرگسالان از طرف دیگر قرار دارند (ساجدی و همکاران، ۱۳۸۹) و به شرایطی اطلاق می شود که در آن پاسخ های هیجانی و رفتاری کودک با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشند به طوریکه بر عملکرد تحصیلی، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط وی نیز تاثیر منفی بگذارد (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸). این اختلال ها بر اساس داده های حاصل از منابع مختلف در مورد کارکردهای هیجانی یا رفتاری فرد، شناسایی می شوند و باید دست کم در دو موقعیت متفاوت، که یکی از آنها مدرسه است، بروز کنند (شورای کودکان استثنائی، ۱۹۹۱). همچنین همه مشکلات هیجانی و رفتاری با یکدیگر رابطه دارند و به ندرت می توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یک مشکل رفتاری داشته باشد (Tankersley & Landrum, 1997). اغلب کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدر رفتاری می کنند. در بیشتر موارد، معلمان و همکلاسی ها، آنان را طرد می کنند و در نتیجه فرصت های آموزشی آنان، کاهش می یابد (Brown & Percy, 2007). با وجود مشکلات بسیاری که این افراد با آن مواجه اند، بیشتر آنان تا سالها پس از ورود به مدرسه، شناسایی نمی شوند و تحت آموزش ویژه، قرار نمی گیرند، مگر اینکه اختلالات رفتاری و مشکلات تحصیلی آنان شدید شود (Duncan et al, 1995). از طرفی اختلال های رفتاری دامنه وسیعی دارند و مشکلات بسیاری را در بر می گیرند؛ به طوری که هر طبقه در برگیرنده گروه هایی است که ممکن است ویژگی های متفاوتی داشته باشند (شکوهی یکتا و پرنده، ۱۳۸۴). همانگونه که اشاره شد در حیطه اختلالات رفتاری، طبقه بندی های متعددی صورت گرفته است که برخی از آنها بر روش های آماری پیشرفته مبتنی هستند. در این روشها خوشه ها و الگوهای مربوط به رفتارها مشخص می شوند؛ برای مثال کوای و پترسون^۳ (۱۹۸۷) اختلالات رفتاری را به شش دسته تقسیم کرده اند: اختلال سلوک، پرخاشگری اجتماعی، مشکلات مربوط به توجه و ناپختگی، اضطراب/گوشه گیری، رفتار روان گسستگی و تحرک مفرط. همچنین یکی از مشهورترین تقسیم بندی های مربوط به اختلالات رفتاری کودکان، تقسیم بندی آخنباخ و رسکورلا^۴ (۲۰۰۱) است که بر پایه بیش از سی سال پژوهش، اختلال ها را به دو دسته کلی درونی سازی شده^۵ و برونی سازی شده^۶ تقسیم می کند. اختلال های درونی سازی شده بیشتر درون فردی و شامل مشکلاتی همچون کناره گیری از تعامل های اجتماعی، بازداری، اضطراب و افسردگی است. در مقابل، اختلال های برونی سازی شده برون فردی است و به صورت فزون کنشی، پرخاشگری، تضاد درونی، نقض قواعد و قوانین اجتماعی ظاهر می شود (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱).

بیشتر کودکان و نوجوانان گاهی مشکلات هیجانی و رفتاری نشان می دهند ولی در بسیاری از موارد، این رفتارها گذراست و دوام ندارند و ملاک های اختلال را دریافت نمی کنند. برآورد میزان شیوع اختلالات رفتاری به علت فقدان تعاریف واحد، مشکلات روش شناختی، سیاست های اجتماعی، و عوامل اقتصادی با دشواری هایی همراه است. در گزارش های مختلف، شیوع این اختلال در میان جمعیت مدرسه ای بین ۰/۵ تا ۲۰ درصد بوده است (Kauffman, 2001).

¹Vulnerability

²Risk factor

³Quay & Piterson

⁴Achenbach & Rescorla

⁵Internalizing disorder

⁶Externalizing disorder



پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین ۱۴ تا ۲۲ درصد از کودکان با انواع مشکلات و اختلالات رفتاری و هیجانی مواجه هستند (Zeng, 2007). در ایران نیز میزان شیوع مشکلات رفتاری در بین کودکان دبستانی طی تحقیقات بر روی ۱۴۲۰ کودک دبستانی ۳۱/۱ درصد گزارش شده است (اسلامیه و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین در پژوهشی که بر روی ۲۶۰۰ کودک دبستانی شهر گرگان انجام شد میزان شیوع مشکلات رفتاری ۲۱ درصد برآورد شده است (خدام و همکاران، ۱۳۸۸). شایعترین مشکلاتی که در افراد با اختلالات رفتاری مشاهده می‌شود، مسائلی نظیر پرخاشگری و رفتارهای ایدایی است. همچنین نسبت تعداد پسران در مقایسه با دختران، پنج به یک بیشتر است. به طور کلی گرایش پسران به رفتارهای پرخاشگرانه و مخرب بیش از دختران است (Kazdin, 1997). برتون^۷ و همکارانش (۱۹۹۹) در تحقیقی نشان داد که ۱۵/۸ درصد کودکان مطالعه شده بر اساس فرم کودک؛ و ۱۹/۹ درصد بر اساس فرم والدین، اختلال هیجانی رفتاری داشته‌اند. مهربانی (۱۳۸۴) نیز دریافت کرد که ۲/۳۱ درصد دانش آموزان دوره ابتدایی، دارای معیارهای تشخیصی اختلالات رفتاری هستند. همچنین در این تحقیق، مشخص شد که میزان شیوع در دانش آموزان پسر، بیشتر از دانش آموزان دختر و در خانواده‌های دارای والدین طلاق گرفته و نیز دارای سابقه بیماری روانی مزمن، بیشتر است. همچنین غباری بناب و همکارانش (۱۳۸۸) در پژوهشی نشان دادند که میزان شیوع اختلالات رفتاری بر اساس طبقه بندی بالینی در مقیاس نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳ درصد، در طبقه بالینی و ۵/۸ درصد، در طبقه مرزی است. پورحسین و همکارانش (۱۳۹۳) در پژوهش خود بیان داشتند که میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان پیش دبستانی در سطح نسبتاً بالایی می‌باشد و دختران در مقایسه با پسران در اغلب زیر مقیاس‌های مشکلات رفتاری، مشکلات بیشتری را تجربه کرده‌اند. همچنین براساس نتایج مطالعات انجام شده رابطه منفی اعضای خانواده به عنوان یکی از عوامل موثر در بروز و تداوم مشکلات روانی، آشفتگی شدن محیط خانواده، بیزاری تدریجی فرزندان از خانواده شناخته می‌شود و رابطه مثبت والدین با فرزندان، احساس همبستگی خانواده و سلامت روان آنان را در پی خواهد داشت (Macdermid et al, 2008).

پرداختن به مقوله حقوق کودکان، به عنوان یکی از بنیادی‌ترین مبانی حقوق بشر و لزوم حمایت از کودکان، به عنوان یکی از آسیب پذیرترین گروه‌های اجتماعی، واجد اهمیت فراوانی است. مهاجرت والدین از کشوری به کشور دیگر و عدم تابعیت آن کشور بر اساس قانون مدنی کشور مبدأ، به فروش رساندن کودک در بدو تولد به دلیل فقر مالی، تولد در منزل و عدم داشتن کارت تولد و غیره از عوامل بروز محرومیت کودکان از حق طبیعی خود یعنی هویت می‌باشد.

دولت ایران در سال ۱۳۷۲ به کنوانسیون حقوق کودک ملحق گردید. در این کنوانسیون بر حق هویت و تابعیت کودکان تأکید شده است. لیکن، در چند دهه اخیر، ورود مجاز و غیر مجاز اتباع بیگانه به ایران اعم از پناهنده، مهاجر و آواره و ازدواج‌های آنان با زنان ایرانی در مواردی موجب سلب تابعیت زنان ایرانی شده است (توسلی نائینی، ۱۳۹۰). دختران و زنان ایرانی زیادی به عقد و زوجیت اتباع افغانی و عراقی درآمده و پس از تولد چندین فرزند، متوجه نابرابری حقوق فرزندان خود نسبت به سایرین می‌شوند. این داستان اگرچه از جهل والدین نسبت به قوانین و مقررات دول متبوعشان نشأت می‌گیرد و جامعه ایرانی تقصیری در وقوع آن ندارد، اما عدم توجه به وضعیت اسف بار موجود عواقب وخیمی برای ایرانیان به دنبال خواهد داشت. فرزندان بی شناسنامه تحقیر شده، به مدرسه نرفته و درس نخوانده و همین امر در آینده می‌تواند ضربه‌های مهلکی به پیکره جامعه ایرانی وارد کند (وحدتی شبیری، ۱۳۹۳). آمارها حاکی از آن است که تعداد اتباع افغانی ساکن در استان اصفهان ۱۲۳ هزار نفر و شهر اصفهان ۸۴۳۰۱ نفر می‌باشد. همچنین تعداد دانش آموزان فاقد هویت در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ حدود ۴ هزار نفر و در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ حدود ۷ هزار نفر می‌باشد (اداره کل اتباع و امور خارجه استان اصفهان، ۱۳۹۵). براین اساس و در راستای اجرای سیاست‌های نظام جمهوری اسلامی ایران و سیاست‌های کمیسیون ساماندهی اتباع خارجی و به استناد مصوبه بیست و پنجمین جلسه کمیته دائمی پناهندگان به شماره ۷۱۲/مپ مورخ ششم مردادماه ۱۳۹۴، از سال تحصیلی ۹۵-۹۴ کودکان اتباع فاقد هویت حق تحصیل داشته و می‌توانند با توجه به شرایط خاص در مدارس ثبت نام کنند (خبرگزاری فارس، ۱۳۹۴).

با توجه به این نکته که این کودکان مدت زمان زیادی از تحصیل محروم بوده‌اند و اکثر آنها سنشان با مقطع تحصیلی شان تطابق ندارد لذا انجام پژوهش‌های وسیع در زمینه برآورد میزان آسیب‌های روانی و مشکلات رفتاری این گروه از کودکان و پیگیری امر درمان ضرورت دارد.

⁷Berton

Psychology and Educational Sciences Law and Social Sciences at the beginning of Third Millennium

بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تبیین مدل آسیب پذیری روانی و مشکلات رفتاری کودکان فاقد هویت (اتباع) ۷ تا ۱۴ سال شهر اصفهان انجام شده است.

روش تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش از نوع توصیفی زمینه یابی (پیمایشی) بوده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه مورد نظر پژوهش حاضر را، کلیه دانش آموزان دارای کارت آبی (فاقد هویت اتباع) مقطع ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ تشکیل داده اند (حدود ۴۰۰۰ نفر دانش آموز). نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۲۱۵ دانش آموز دختر و پسر پایه های تحصیلی اول تا چهارم ابتدایی آموزش و پرورش ناحیه ۶ شهر اصفهان بوده است که از طریق نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شده اند. که از این تعداد ۵۵ دانش آموز به دلیل رعایت محدوده سنی ۷ تا ۱۴ سال از تعداد کلی نمونه حذف شده اند. از این تعداد ۶۰ نفر دانش آموز دختر و ۱۰۰ نفر دانش آموز پسر بوده اند. همچنین تعداد ۹۰ دانش آموز پایه اول، ۳۶ دانش آموز پایه دوم، ۲۷ دانش آموز پایه سوم و ۷ دانش آموز پایه چهارم بوده اند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای اندازه گیری اختلال های هیجانی_ رفتاری از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ_ فرم گزارش معلم استفاده شده است. نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ شامل مجموعه های از فرم ها برای ارزیابی شایستگی ها، کارکرد انطباقی و مشکلات هیجانی/ رفتاری است که عبارت اند از: سیاه رفتاری کودک، پرسشنامه خود سنجی و فرم گزارش معلم. هریک از این پرسشنامه ها در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می شوند. در صورت وجود محدودیت زمانی، میتوان برحسب نیاز تنها بخش هایی از فرم ها را که شایستگی ها و کارکردهای انطباقی را اندازه می گیرند، یا بخشی که مشکلات هیجانی/ رفتاری را اندازه می گیرند، اجرا کرد. در این پژوهش، تنها پرسشهای مربوط به بخش مشکلات هیجانی/ رفتاری فرم گزارش معلم اجرا شده است. فرم گزارش معلم دارای ۱۲۰ گویه است و در یک مقیاس ۳ امتیازی (۰ = نادرست، ۱ = تاحدی یا گاهی درست، ۲ = کاملاً یا غالباً درست) نمره گذاری می شود و خرده مقیاس های آن عبارت اند از: اضطراب/ افسردگی، گوشه گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگری، درونی سازی، برونی سازی، سایر مشکلات. که در این پژوهش خرده مقیاس های درونی سازی، برونی سازی و سایر مشکلات حذف شده اند. نمره خام فرم گزارش معلم از طریق جمع سؤالاها در هر خرده مقیاس به دست می آید. برای هر یک از خرده مقیاس های فرم گزارش معلم سه نمره به دست می آید (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸). در این پژوهش فقط از نمره خام خرده مقیاس ها برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شده است. همچنین تجزیه و تحلیل داده ها در این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و AMOS و تحلیل مسیر داده ها بوده است.

روایی و پایایی پرسشنامه

به منظور بررسی اعتبار فرم گزارش معلم از روش های همسانی درونی، بازآزمایی و توافق میان پاسخ دهندگان استفاده شده است. بر این اساس اعتبار این فرم در مقیاس های مبتنی بر تجربه با روش همسانی درونی در گروه های سنی مختلف بین ۰/۷۱ (شکایات جسمانی) تا ۰/۹۵ (مشکلات توجه)؛ و در مقیاس های مبتنی بر DSM بین ۰/۶۲ (مشکلات اضطرابی) تا ۰/۹۲ (مشکلات نارسایی توجه همراه با بیش فعالی) گزارش شده است. اعتبار این فرم در مقیاس های مبتنی بر تجربه با روش بازآزمایی در گروه های سنی مختلف بین ۰/۳۸ (مشکلات تفکر)، تا ۰/۹۷ (برونی سازی)؛ و در مقیاس های مبتنی بر DSM بین ۰/۳۲ (مشکلات نارسایی توجه همراه با بیش فعالی) تا ۰/۴۷ (مشکلات عاطفی- مشکلات اضطرابی) گزارش شده است. به منظور برآورد میزان توافق میان پاسخ دهندگان نیز از منابع مختلف شامل پدر، مادر و دو نفر از معلم ها ۲۲۰ دانش آموز خواسته شد تا هر یک به طور مستقل، فرم والدین و معلمان را تکمیل کنند. بر این اساس، همبستگی میان فرم های معلم در مقیاس های مبتنی بر تجربه بین ۰/۳۶ (اضطراب و افسردگی) تا ۰/۵۹ (رفتار پرخاشگر)؛ همبستگی میان فرم های معلم و والدین بین

Psychology and Educational Sciences Law and Social Sciences at the beginning of Third Millennium

۰/۰۹ (مشکلات تفکر) تا ۰/۳۱ (برونی سازی) بوده است. در مقیاس های مبتنی بر DSM همبستگی میان فرم های معلم و والدین بین ۰/۰۹ تا ۰/۲۸ (مشکلات جسمانی) تا ۰/۲۸ (مشکلات نارسایی توجه همراه با بیش فعالی)؛ همبستگی میان فرم های معلم بین ۰/۴۸ (مشکلات اضطرابی) تا ۰/۵۴ (مشکلات جسمانی) بوده است (مینایی، ۱۳۸۴).

روش اجرا

ابتدا مطالعات نظری پیرامون متغیرهای پژوهش انجام شد. نمونه آماری از کلیه دانش آموزان دارای کارت آبی (فاقد هویت اتباع) مقطع ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۵_۹۴ انتخاب شد و پس از انجام هماهنگی های لازم با مسئولین سازمان آموزش و پرورش ناحیه ۶ شهر اصفهان کسب مجوز حضور در مدرسه، پرسشنامه ها در بین معلم ها تقسیم گردید. با توجه به این نکته که شرط لازم برای تکمیل فرم گزارش معلم این است که معلم حداقل باید ۲ ماه با دانش آموز آشنایی داشته باشد، لذا اجرای فرم ها از تاریخ ۲۸ فروردین ماه آغاز گردید. پس از تکمیل پرسشنامه ها توسط معلم ها، داده ها در راستای هدف پژوهش مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از روشهای آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف پراکندگی، واریانس و روش های آمار استنباطی مانند همبستگی، آزمون فریدمن، فرض نرمال بودن و ترسیم مدل آسیب پذیری استفاده شده است.

جدول ۱_ آمار توصیفی ابعاد آزمون آخنباخ

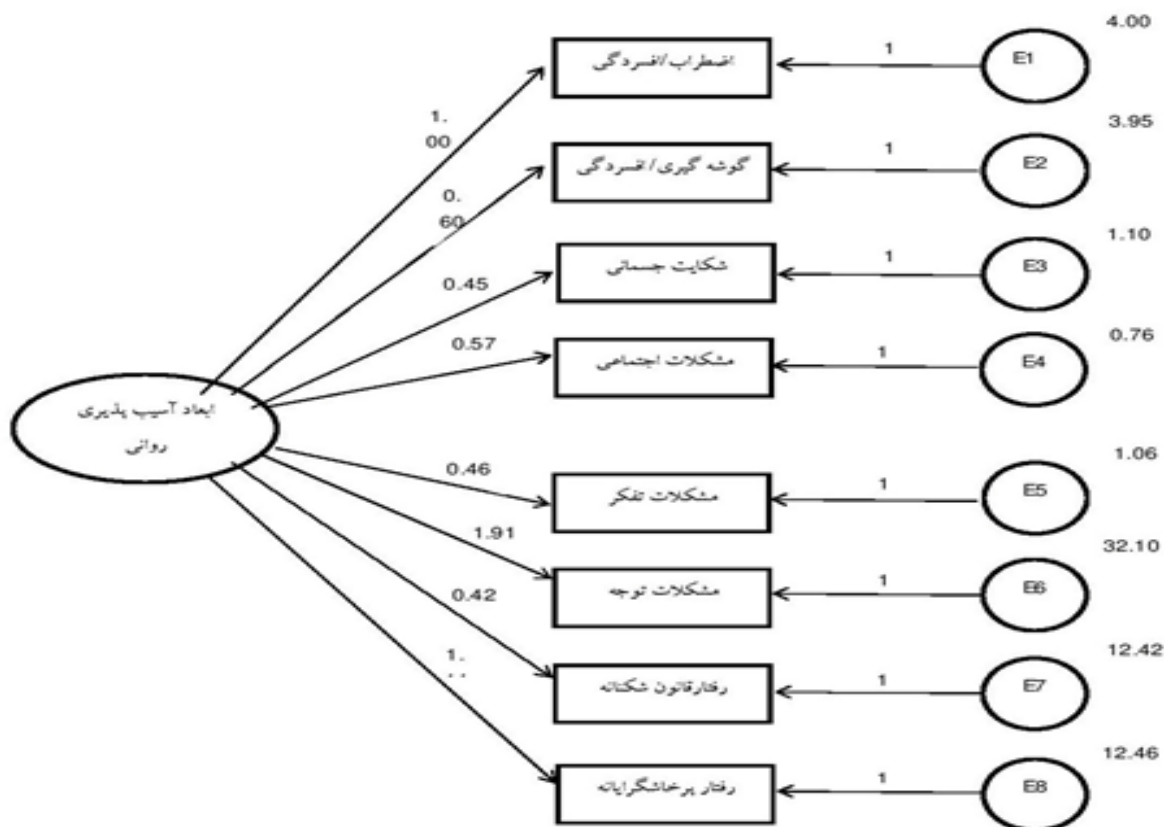
تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف پراکندگی	واریانس
۱۶۰	۰	۲۴	۱/۴۸	۳/۵۶۱	۱۲/۶۷۹
۱۶۰	۰	۱۶	۱/۰۸	۲/۶۶۰	۷/۰۷۶
۱۶۰	۰	۱۰	۰/۷۶	۱/۶۹۵	۲/۸۷۴
۱۶۰	۰	۱۲	۰/۸۴	۱/۹۰۰	۳/۶۰۹
۱۶۰	۰	۱۲	۰/۵۶	۱/۷۱۵	۲/۹۴۰
۱۶۰	۰	۴۳	۴/۹۷	۷/۹۹۸	۶۳/۹۷۴
۱۶۰	۰	۱۴	۰/۸۲	۱/۹۸۴	۳/۹۳۵
۱۶۰	۰	۳۱	۲/۴۷	۵/۵۱۷	۳۰/۴۳۹

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین مشکلات توجه بیشترین مقدار را در بین ابعاد آزمون آخنباخ داشته است.

جدول ۲_ فرض نرمال بودن داده ها برای ابعاد آزمون آخنباخ

اضطراب/ افسردگی	گوشه گیری/ افسردگی	شکایت جسمانی	مشکلات اجتماعی	مشکلات تفکر	مشکلات توجه	رفتار قانون شکنانه	رفتار پرخاشگرانه
۴/۷۲۰	۵/۱۴۷	۵/۲۷۹	۴/۹۹۲	۵/۵۶۲	۳/۵۷۴	۴/۹۵۰	۴/۵۵۷

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که فرض نرمال بودن داده ها برای هیچ یک از ابعاد آزمون آخنباخ رعایت نگردیده ($P < 0.05$)، که این موضوع با توجه به بالا بودن تعداد نمونه آماری ($N=160$) غیرقابل قبول نمی باشد



شکل ۱_ ترسیم مدل آسیب پذیری براساس آزمون آخنباخ با استفاده از نرم افزار AMOS

همانطور که در شکل ۱ مدل آسیب پذیری روانی مشاهده می شود، برای برآورد مدل از روش حداکثر احتمال و به منظور بررسی برازش مدل از شاخص های مجذور خی دو (Chi-square)، شاخص نیکویی برازش (GFI)^۸، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)^۹، شاخص برازش مقایسه ای (CFI)^{۱۰}، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)^{۱۱} و باقیمانده مجذور میانگین (RMR)^{۱۲} استفاده شد. اگر مجذور خی دو از لحاظ آماری معنادار نباشد دال بر برازش بسیار مناسب است اما این شاخص در نمونه های بزرگتر از ۱۰۰ غالباً معنادار است و از اینرو شاخص

^۸Goodness of Fit Index

^۹Adjusted Goodness of Fit Index

^{۱۰}Comparative Fit Index

^{۱۱}Root Mean Square Error of Approximation

^{۱۲}Root Mean Square Residual

Psychology and Educational Sciences Law and Social Sciences at the beginning of Third Millennium

مناسبی برای سنجش برازش مدل نیست. اگر شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی کوچکتر از ۳ باشد برازش بسیار مطلوب را نشان می دهد. اگر شاخص های CFI، AGFI، GFI، بزرگتر از ۰/۹ باشد بر برازش بسیار مطلوب و بسیار مناسب دلالت دارد و بزرگتر ۰/۸۰ بر برازش مطلوب و مناسب و اگر شاخصهای RMR و RMSEA کوچکتر از ۰/۰۵ باشند بر برازش بسیار مطلوب دلالت دارد.

جدول ۳_ شاخص های نکویی برازش مدل به اضافه آزمون خی دو

مجذور خی دو	شاخص نکویی برازش (GFI)	شاخص نکویی برازش انطباقی (AGFI)	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	باقیمانده مجذور میانگین (RMR)
۲۸۱/۴۶۸	۰/۶۶۱	۰/۳۸۹	۰/۶۶۱	۰/۲۸۷	۱/۸۱۵

بر اساس مدل نکویی برازش، داده ها از برازش مناسب با توجه به جدول ۳ برخوردار نبوده اند.

جدول ۴_ همبستگی بین ابعاد آزمون آخنباخ

رفتار	رفتار قانون	مشکلات توجه	مشکلات تفکر	مشکلات اجتماعی	شکایات جسمانی	گوشه گیری/ افسردگی	اضطراب/ افسردگی
رفتار	۱/۰۰۰						
پرخاشگریانه	رفتار قانون	۱/۰۰۰					
شکناهیانه	شکناهیانه	**۰/۸۰۰					
مشکلات توجه	مشکلات توجه	**۰/۶۵۱	۱/۰۰۰				
مشکلات تفکر	مشکلات تفکر	**۰/۶۶۷	**۰/۶۳۳	۱/۰۰۰			
مشکلات اجتماعی	مشکلات اجتماعی	**۰/۶۴۰	**۰/۴۶۸	**۰/۵۷۲	**۰/۶۷۱		
شکایات جسمانی	شکایات جسمانی	**۰/۵۲۵	*۰/۳۵۹	**۰/۵۱۰	**۰/۶۳۶	**۰/۷۴۰	۱/۰۰۰
گوشه گیری/ افسردگی	گوشه گیری/ افسردگی	*۰/۳۷۹	*۰/۲۰۸	*۰/۴۱۰	*۰/۴۸۳	**۰/۵۹۲	**۰/۵۰۳
اضطراب/ افسردگی	اضطراب/ افسردگی	**۰/۵۴۳	*۰/۳۵۱	*۰/۴۴۶	**۰/۵۹۲	**۰/۶۹۴	**۰/۷۸۵
							۱/۰۰۰

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، بالاترین ضریب همبستگی اضطراب/ افسردگی با متغیرهای مشکلات اجتماعی (۰/۸۰۲) و افسردگی (۰/۷۸۵) بوده است. یعنی میزان تغییرات دو متغیر باهم به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۶۱ درصد بوده است. بالاترین ضریب همبستگی افسردگی با متغیرهای مشکلات اجتماعی (۰/۵۹۲) و شکایات جسمانی (۰/۵۰۳) بوده است. یعنی میزان تغییرات دو متغیر باهم به ترتیب ۰/۳۵ و ۰/۲۵ درصد بوده است. همچنین بالاترین ضریب همبستگی شکایات جسمانی با متغیرهای مشکلات اجتماعی (۰/۷۴۰) و مشکلات

Psychology and Educational Sciences Law and Social Sciences at the beginning of Third Millennium

تفکر (۰/۶۳۶) بوده است. یعنی میزان تغییرات دو متغیر باهم به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۴۰ درصد بوده است. بالاترین ضریب همبستگی مشکلات اجتماعی با متغیرهای مشکلات تفکر (۰/۶۷۱) و رفتار پرخاشگرایانه (۰/۶۴۰) بوده است. یعنی میزان تغییرات دو متغیر باهم به ترتیب ۰/۴۵ و ۰/۴۰ درصد بوده است. بالاترین ضریب همبستگی مشکلات تفکر با متغیر رفتار پرخاشگرایانه (۰/۶۶۷) بوده است. یعنی میزان تغییرات دو متغیر باهم ۰/۴۴ درصد بوده است. بالاترین ضریب همبستگی مشکلات توجه با متغیر رفتار پرخاشگرایانه (۰/۷۱۷) بوده است. یعنی میزان تغییرات دو متغیر باهم ۰/۵۱ درصد بوده است. بالاترین ضریب همبستگی رفتار قانون شکنانه با متغیر رفتار پرخاشگرایانه (۰/۸۰۰) بوده است. یعنی میزان تغییرات دو متغیر باهم ۰/۶۴ درصد بوده است.

با توجه به عدم تأیید برازش داده ها، برای تعیین رتبه بندی بیشترین تا کمترین آسیب وارده، از آزمون فریدمن استفاده شده است.

جدول ۵_ آزمون فریدمن برای رتبه بندی ابعاد آسیب پذیری

تعداد	میانگین	میانگین رتبه ها	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
۱۶۰	۱/۴۸	۴/۵۵			
۱۶۰	۱/۰۸	۴/۲۹			
۱۶۰	۰/۷۶	۴/۲۳			
۱۶۰	۰/۸۴	۴/۲۲			
۱۶۰	۰/۵۶	۳/۸۵	۱۶۶/۸۵۴	۷	۰/۰۰۰
۱۶۰	۴/۹۸	۵/۷۹			
۱۶۰	۰/۸۲	۴/۲۱			
۱۶۰	۲/۴۷	۴/۸۷			

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود، بر اساس آزمون فریدمن بالاترین رتبه ها به ترتیب، مشکلات توجه (۵/۷۹)، رفتار پرخاشگرایانه (۴/۸۷) و اضطراب/ افسردگی (۴/۵۵) بوده است. همچنین این متغیرها در مدل برازش داده ها در شکل ۱ میزان همبستگی شان با مفهوم آسیب پذیری به صورت مشکلات توجه (۱/۹۱)، رفتار پرخاشگرایانه (۱/۴۴) و اضطراب/ افسردگی (۱/۰۰) بوده است. بنابراین مدل مذکور شاخص مناسبی برای تبیین مدل آسیب پذیری روانی کودکان فاقد هویت (اتباع) بوده است و می توان به آن اشاره کرد.

بحث و نتیجه گیری

همانطور که نتیجه تحقیق نشان داد مشکلات توجه، رفتار پرخاشگرایانه و اضطراب/ افسردگی مهمترین اولویت آسیب پذیری روانی رفتاری در کودکان فاقد هویت بوده است. این موضوع را میتوان از دو منظر مورد قیاس با سایر تحقیقات انجام شده قرار داد، اول آنکه وجود مشکلات توجه، پرخاشگری و اضطراب/ افسردگی در کودکان که در نتیجه به دست آمده، با یافته های برتون و همکاران (۱۹۹۹) و مهرابی (۱۳۸۴) که نشان داده بودند آمار بالایی از کودکان دارای اختلالات هیجانی رفتاری هستند و نیز بناب و همکاران (۱۳۸۸) و پورحسین و همکاران (۱۳۹۳) که شیوع مشکلات روانی در کودکان را تأیید می کنند، هماهنگی دارد. همچنین کافمن (۲۰۰۱) و زینگ (۲۰۰۷) نیز نشان دادند مشکلات هیجانی رفتاری در گروه کودکان دبستانی بیش تر از سایر کودکان است، که این نتایج نیز با یافته های تحقیق حاضر، هماهنگ است.

از طرفی این نتایج در گروه کودکان فاقد هویت اتباع به دست آمده است که اهمیت این موضوع را چند برابر میکند. همچنین لازم به ذکر است که در این خصوص تحقیقی در کشور انجام نگرفته است که بتوان آمارهای حاصل از این تحقیق را با آن مقایسه نمود.



Psychology and Educational Sciences Law and Social Sciences at the beginning of Third Millennium

بر طبق قانون مصوبه ۱۳۹۴ کودکان اتباع فاقد هویت حق تحصیل دارند ولی مشخص نیست که این فرآیند دقیقاً در چه موقعیت و شرایطی صورت پذیرد. همچنین باید اضافه کرد که بسیاری از این کودکان برای مدت زمانی از تحصیل دور بوده اند و بعضاً با احساس های مشکل آفرینی چون وجود نگرش های منفی در جامعه نسبت به آنها، خشم و خصومت و رفتارهای نامطلوب اجتماعی روبه رو هستند. بنابراین شاید بخشی از آنچه ایجادگر مشکلات توجه، پرخاشگری و اضطراب/افسردگی در این کودکان می باشد، به دلیل مشکلاتی است که ناشی از هویت و مهاجرت است، دغدغه های که کودکان عادی آنها را ندارند.

از طرفی فرآیند زیربنایی در موضوع آموزش این کودکان به دلیل کم توجهی ها موجب کاهش دقت و توجه در سالهای بالاتر تحصیلی گردیده و عدم احساس سختی با سایرین، رفتارهای مقابله ای و پرخاشگری را به دنبال دارد. تحمیل تعارضات بسیار چه به صورت رفتاری چه روانی میتواند فرد را مستعد اضطراب و افسردگی زیادی نماید.

در هر حال مبتنی بر نتایج این تحقیق پیشنهاد می شود متولیان آموزش این کودکان، مشکلات توجه را در یادگیری شان لحاظ نموده و از فرآیندهای اثر بخش به منظور حل این مشکلات استفاده نمایند. راه کار استفاده از مشاوره و روانشناس آشنا به سبک زندگی این گروه کمک شایانی در حل تعارضاتی که موجبات ایجاد پرخاشگری و اضطراب/افسردگی را فراهم می کند، می نماید. همچنین توجه مسئولین و اختصاص کارگروه های متخصص به این گروه مهم با توجه به تغییر شرایط و سبک کنونی جامعه نسبت به سالهای دور ضروری است.

منابع

- اداره کل اتباع و امور خارجه ۱۳۹۵. گزارش آثار اتباع استان اصفهان، دفتر معاونت پژوهشی اداره کل اتباع و امور خارجه.
- اسلامیه، محمدمهدی، ۱۳۸۷. بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره ابتدایی شهر تهران. پایگاه مجلات تخصصی نور، شماره ۲۷، صفحه ۱۰۹-۹۸.
- بشارت، محمد علی؛ مسعودی، مرضیه؛ لواسانی، مسعود غلامعلی، ۱۳۹۳. ناگویی هیجانی و آسیب پذیری روانی_بدنی. مجله اندیشه و رفتار، دوره نهم، شماره ۳۴، صفحه ۸۹-۴۷.
- پورحسین، رضا؛ حبیبی، مجتبی؛ عاشوری، احمد؛ فنبری، نیکزاد؛ ریاحی، یاسمن؛ قدرتی، سعید، ۱۳۹۴. میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان پیش دبستانی. مجله اصول بهداشت روانی، سال هفدهم، شماره ۵، صفحه ۲۳۹-۲۳۴.
- توسلی نائینی، منوچهر، ۱۳۹۰. تاملی بر وضعیت کودکان حاصل از ازدواج مردان خارجی با زنان ایرانی با نگاهی به کنوانسیون حقوق کودک ۱۹۸۹. پژوهشنامه حقوقی، سال دوم، شماره اول، صفحه ۵۸-۳۷.
- خدام، حمیرا؛ مدانلو، معصومه؛ ضیایی، طیبه؛ کشت کار، عباسعلی، ۱۳۸۸. اختلالات رفتاری و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان سن مدرسه شهر گرگان. پژوهش پرستاری، دوره ۴، شماره ۱۴، صفحه ۳۷-۲۹.
- خبرگزاری فارس_افغانستان، ۱۳۹۴. قابل دسترسی در آدرس: <http://af.farsnews.com/social/news/13940621000983>
- ساجدی، ژیلا؛ ضرابیان، کاظم؛ صادقیان، عفت، ۱۳۸۹. بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان ۳ تا ۶ ساله مهدکودک ها و کلاس های آمادگی تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر همدان. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، دوره ۱۸، شماره ۱، صفحه ۱۷-۱۱.
- شکوهی یکتا، محسن، پرند، اکرم، ۱۳۸۴. اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات تیمورزاده.
- غباری بناب، باقر؛ پرند، اکرم؛ خانزاده فیروزجاه، عباسعلی حسین؛ موللی، گیتا؛ نعمتی، شهروز، ۱۳۸۸. میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال نهم، شماره ۳، صفحه ۲۲۸-۲۲۳.



مهرابی، حسینی، ۱۳۸۴. بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان. اصفهان: سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان.

مینایی، اصغر، ۱۳۸۴. کتابچه راهنمای فرم های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ، تهران، پژوهشکده کودکان استثنایی کشور.

وحدتی شبیری، حسن؛ افشارقوچانی، زهره، ۱۳۹۳. تعیین وضعیت حقوقی فرزندان حاصل از ازدواج زنان ایرانی با مردان خارجی. پژوهش های حقوق تطبیقی، دوره ۱۸، شماره ۴، صفحه ۱۶۸-۱۴۷.

Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). ASEBA school age forms profiles. Burlington: University of Vermont, research center for children, youth & families.

Berton, et al.(1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40,375-

Brown I, Percy, M (2007) *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental/ London/ Powl. H. Brookes.*

Council for Exceptional Children.(1991). Report of the CEC advocacy and Governmental Relations committee Regarding the New proposed U.S.

Duncan,B.B.,Forness,S.R.,& Hartsough, C.(1995). "Students identified as seriously emotionally disturbed in day treatment: Cognitive, Psychiatric and soecial education characteristics". *Behavioral Disorders*,20,238-252.

Garmezy N. (1983). Stressors of childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds). *Stress, coping, and development in children* (pp.43-84). NewYork: McGraw-Hill.

Kauffman,J.M.(2001). *Characteristics of emotional and behavior Disorder of Children and Youth* (7th ed.). Upper Saddle river ,NJ: Merill/Prentice hall.

Kazdin, A. E (1997). "Practitioner review: Psychological treatments for conduct Disorder in Children". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,38,161-178.

Macdermid S, Bahnke A, Coltrane S, Parke R, S D, Widaman K.(2008). Family Cohesion in the Lives of Mexican American and European American parents J marriage fam,70(40), 1045-59.

Quay,H.C.,& Peterson, D. R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem Checklis t: Coral Gables, FL: Author.*

Rutter M.(1999). Resilience Concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of family Therapy*, 21,119-144.

Tankersley,M.,& Landrum,T.J.(1997). "Comorbidity of emotional and behavioral disorders". In J.W.Lloyd,E.J.Kameenui,& D.Chard(Eds.), *Issues in Educating Students with Disabilities*pp.153-173.



**Psychology and Educational Sciences
Law and Social Sciences at the beginning of Third Millennium**

Zeng G.(2007).An exploratory investigation of the internalizing problem behavior among children from kindergarten to third grade Philadelphia.