



اختلال‌های رفتاری در کودکان خانواده‌های تک‌فرزند و چندفرزند شهر تهران

دکتر شاهرخ سردارپور‌گودرزی*، دکتر فیروزه درخشانبور**، دکتر سیدسعید صدر***، دکتر محمدتقی یاسمی****

چکیده

هدف: بررسی حاضر به منظور ارزیابی فراوانی اختلال‌های رفتاری در میان کودکان خانواده‌های تک‌فرزند و چندفرزند انجام شده است.

روش: برای ارزیابی فراوانی این اختلال‌ها ۸۳۷ دانش‌آموز مدارس ابتدایی شهر تهران شامل ۴۲۲ کودک تک‌فرزند و ۴۱۵ کودک چند فرزند از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. پرسش‌نامه علائم کودکان (CSI-4) را پدران و مادران، همچنین آموزگاران برای هر دانش‌آموز به‌طور جداگانه تکمیل کردند. داده‌های پژوهش به‌کمک آزمون‌های آماری خی‌دو و رگرسیون اسمی تحلیل گردید.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که میزان فراوانی اختلال سلوک بر اساس گزارش پدران و مادران و اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی و سایر اختلال‌های رفتاری بر اساس گزارش آموزگاران در کودکان خانواده‌های چند فرزند به‌مراتب بیشتر از تک فرزند می‌باشد. همچنین بود یا نبود یکی از والدین در تفاوت اختلال‌های رفتاری یادشده بین کودکان تک فرزند و چند فرزند دخالت دارد. به‌طوریکه تعامل دو عامل تک‌فرزندی و تعداد والدین تغییر دهنده میزان فراوانی اختلال‌های مربوطه می‌باشد.

نتیجه: این باور که فراوانی مشکلات رفتاری در کودکان خانواده‌های تک فرزند بیشتر است، در این پژوهش تأیید نشد.

ADHD

:

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی. تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، مجموعه روانپزشکی و علوم رفتاری (نویسنده مسئول).

** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی هرمزگان. بندرعباس، بیمارستان شهید محمدی، مجموعه روانپزشکی و اختلالات رفتاری ابن سینا.

*** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی. تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، مجموعه روانپزشکی و علوم رفتاری.

**** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی. تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، مجموعه روانپزشکی و علوم رفتاری.

در شکل‌گیری این اختلال‌ها مهم شناخته شده‌اند (استینر، ۲۰۰۰).

رتبه تولد و تعداد افراد خانواده دو عامل دیگری هستند که در شکل‌گیری اختلال سلوک مؤثر شناخته شده‌اند (وبستر - استراتون و دال، ۱۹۹۵). در بررسی‌های انجام‌شده شیوع این بیماری‌ها برحسب روش بررسی و نوع متغیرهای بررسی شده بسیار گوناگون بوده است. شیوع اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی در بیشتر بررسی‌ها ۰.۵٪-۳٪ گزارش شده است و هنگامی که تشخیص به کمک ابزارهای هنجاریابی شده انجام گیرد، میزان آن به ۱۹٪-۱۴٪ می‌رسد (تایلور، ۱۹۹۸). میزان شیوع اختلال نافرمانی ۹/۹٪-۱/۷٪ و میزان شیوع اختلال سلوک ۴/۴٪-۱/۵٪ گزارش شده است ولی در بررسی‌های انجام‌شده بین ۱۶٪-۱٪ در نوسان بوده است (استینر، ۲۰۰۰).

شمار افراد خانواده به‌عنوان یک عامل خطر دانسته شده است (مک کراکن، ۲۰۰۰ و هاندرن و مولن، ۱۹۹۷). در بررسی توکلی‌زاده (۱۳۷۵) باعنوان شیوع اختلال‌های رفتاری ایذایی - کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد بین شمار افراد خانواده و افزایش شیوع این اختلال‌ها رابطه معنی‌داری وجود داشته است. ایرانپور (۱۳۷۹) در بررسی مقایسه‌ای اختلال‌های رفتاری میان خانواده‌های پر فرزند و کم‌فرزند، تفاوت شیوع اختلال‌های رفتاری را در دو گروه معنی‌دار گزارش نموده است.

یوسفی (۱۳۷۹) نیز یافته‌های مشابهی را در مورد اختلال سلوک و اختلال نافرمانی یادآور شده و افزایش

اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی^۱ و اختلال سلوک^۲ از بیماری‌هایی هستند که نه تنها کودک و خانواده وی را در زمان حال درگیر می‌سازند بلکه آینده ناخوشایندی را برای خود و اطرافیان آن‌ها پیش‌بینی می‌کنند.

اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی با نشانه‌هایی همچون بیش‌فعالی، بی‌توجهی، کاهش یادگیری در مدرسه و رفتارهای پرخاشگری مشخص می‌شود. اهمیت تشخیص و درمان این بیماری به‌علت خطر همراهی آن با بزهکاری، حوادث، وابستگی به مواد و رفتارهای تخریبی می‌باشد (مک کراکن^۳، ۲۰۰۰).

درباره سبب‌شناسی این اختلال افزون بر عوامل زیست‌شناختی علل محیطی همچون فقر، مسکن نامناسب، سطح پایین اقتصادی - اجتماعی، خانواده پرجمعیت، ناسازگاری و کشمکش‌های زیاد میان پدر و مادر و پرخاشگری در خانواده در ایجاد بیماری مهم دانسته شده است. (بیدرمن^۴ و فارون^۵، ۱۹۹۶؛ تایلور^۶، ۱۹۹۸؛ کاپلان^۷ و سادوک^۸، ۱۹۹۸).

اختلال نافرمانی شامل الگوی عودکننده‌ای از رفتار منفی کارانه، گستاخی، خصومت، نافرمانی نسبت به صاحبان قدرت است که این رفتار باید دست‌کم ۶ ماه ادامه داشته باشد. اختلال سلوک دربردارنده مجموعه‌ای از رفتارهای ضد اجتماعی پایدار در کودکان است که باعث اختلال در چند زمینه عملکردی آنان می‌شود و ویژگی آن پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است. عوامل چندی در شیوع این اختلال‌ها مؤثر هستند، از جمله: سطح اجتماعی - اقتصادی پایین، وجود محرومیت در خانواده، تراکم زیاد جمعیت در منطقه، وجود ناسازگاری‌های خانوادگی و داشتن خانواده پرجمعیت (وبستر - استراتون^۹ و دال^{۱۰}، ۱۹۹۵؛ کالوین^{۱۱}، میلر^{۱۲}، فلیتینگ^{۱۳}، کالوین، ۱۹۹۸؛ استینر^{۱۴}، ۲۰۰۰، هاندرن^{۱۵} و مولن^{۱۶}، ۱۹۹۷) عملکرد ضعیف خانواده و پدر و مادر بی‌کفایت در کنار عوامل یادشده

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| 1- oppositional defiant disorder | 3- McCracken |
| 2- conduct disorder | 5- Faraone |
| 4-Biederman | 7- Kaplan |
| 6-Taylor | 9-Webster-Stratton |
| 8- Sadock | 11-Kolvin |
| 10- Dahl | 13- Fleeting |
| 12- Miller | 15-Handeren |
| 14-Steiner | |
| 16- Mullen | |

بعد خانوار را در بروز این اختلال مؤثر دانسته است. پژوهش آینده‌نگر نیوکاسل^۱ روی ۱۰۰۰ خانواده و نوزادان آنها در سال‌های ۱۹۴۷ تا ۱۹۸۰ به بررسی عوامل مؤثر در بروز اختلال سلوک پرداخته و بین میزان شیوع اختلال سلوک و افزایش شمار افراد خانواده رابطه معنی‌داری گزارش کرده است (کالوین و همکاران، ۱۹۹۸).

در کشور ما روند رشد جمعیت جوان در ۲۰ سال اخیر بسیار سریع بوده است به طوری که در سرشماری سال ۱۳۷۵، ۵۱/۳ درصد جمعیت کشور را گروه سنی زیر ۲۰ سال تشکیل داده‌اند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۸).

دلایل زیادی برای افزایش رشد جمعیت جوان در کشور ما مطرح است. گرچه شرایط اقتصادی و نگرش مثبت نسبت به روش‌های ضد بارداری از عوامل بازدارنده این رشد بوده است، با وجود این برخی باورها موجب تداوم این رشد می‌گردد. به نظر می‌رسد از دیرباز یک ترس عمومی و یک باور نادرست در رابطه با "داشتن تنها یک فرزند" در میان عامه مردم وجود داشته است و بسیاری از خانواده‌های ایرانی دست کم خانواده‌های طبقه متوسط ایران تنها به علت جلوگیری از تنهایی و به اصطلاح "لوس شدن" تنها فرزند خود اقدام به بارداری دوباره می‌کنند. بدین معنی که تک فرزند بودن را عامل خطری برای گرفتار شدن فرزندشان به اختلال‌های رفتاری می‌دانند. اصلاح چنین باورهایی تنها با پنددادن ممکن نیست. انجام پژوهش و آگاه‌سازی جامعه بر پایه یافته‌های پژوهشی گام مهمی در راستای کاستن از رشد جمعیت و شمار فرزندان خواهد بود. پژوهش حاضر به منظور ارزیابی فراوانی اختلال‌های رفتاری از جمله کمبود توجه- بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی در میان کودکان تک فرزند و چند فرزند انجام گردیده است. همچنین نقش متغیرهای زمینه‌ای در بروز اختلال‌های یادشده مورد توجه قرار گرفته است. متغیرهای زمینه‌ای در این پژوهش سن، جنس، پایه تحصیلی کودک، تحصیلات و

شغل پدر، تحصیلات و شغل مادر و عدم حضور یکی از والدین (بدون در نظر گرفتن علت) بودند.

این پژوهش یک بررسی مقطعی - مقایسه‌ای می‌باشد. آزمودنی‌های پژوهش ۸۳۷ نفر از دانش‌آموزان دبستانی شهر تهران بودند که در پایه‌های سوم، چهارم و پنجم تحصیل می‌کردند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش خوشه‌ای - چند مرحله‌ای بود. برای انتخاب نمونه‌ها نخست با همکاری مرکز تحقیقات آموزش و پرورش استان تهران، سرخوشه‌ها تعیین گردیدند و با توجه به تقسیمات ۲۰ گانه آموزش و پرورش در استان تهران مناطق طوری انتخاب شدند که شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر را زیر پوشش قرار دهند. در گام بعدی در هر منطقه با کمک هسته‌های مشاوره مناطق، مدارس به طور تصادفی تعیین شدند و به همین شیوه در هر مدرسه کلاس‌ها انتخاب شدند. در پایان در هر کلاس کودکان تک‌فرزند و چندفرزند به طور تصادفی و به تعداد مساوی انتخاب گردیدند. اطلاعات مورد نیاز به کمک پرسش‌نامه CSI-4^۲ و یک پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گردآوری گردید. پرسش‌نامه CSI-4 ابزار سرنده اختلال‌های روانپزشکی شایع کودکان بوده و بر اساس ملاک‌های تشخیصی چاپ چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV)^۳ تدوین شده است.

این پرسش‌نامه دارای دو مقیاس پدران و مادران و آموزگاران می‌باشد. پرسش‌نامه CSI-4 از نظر حساسیت و ویژگی در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. حساسیت آن برای اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی، نافرمانی، سلوک به ترتیب، ۰/۷۵، ۰/۸۹، ۰/۸۹، و ویژگی آن به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۱، ۰/۹۷ تعیین شده است. پایایی فهرست ویژه پدران و مادران همچنین

1- Newcastle

2- Child Symptom Inventory-4 (CSI-4)

3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)

۰/۲۳/۶٪ چند فرزندان است (جدول ۱). هر دو تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/05$).

جدول ۱- مقایسه فراوانی اختلال‌های رفتاری در کودکان تک‌فرزند و چندفرزند برحسب نمره آزمون خبی دو و سطح معنی‌داری

| اختلال | تعداد فرزند | تک‌فرزند فراوانی (%) | چند فرزند فراوانی (%) | سطح معنی‌داری | |
|--|-------------|----------------------|-----------------------|---------------|-------|
| اختلال سلوک (والدین) | ۱۲ | ۲/۸ | ۲۳ | ۵/۵ | ۰/۰۵۲ |
| اختلال کمبود توجه- بیش فعالی (آموزگاران) | ۶۵ | ۱۵/۴ | ۸۷ | ۲۱ | ۰/۰۵ |
| سایر اختلال‌های رفتاری (آموزگاران) | ۷۶ | ۱۸ | ۹۸ | ۲۳/۶ | ۰/۰۵ |

از آنجاکه دو گروه تک فرزند و چند فرزند از نظر سه متغیر زمینه‌ای اشتغال و سطح تحصیلات مادر و نبود یکی از والدین با یکدیگر متفاوت بودند، اثر این سه متغیر در فراوانی اختلال‌های رفتاری که از فراوانی متفاوتی در دو گروه تک‌فرزند و چندفرزند برخوردار بود، مورد ارزیابی قرار گرفت (جدول ۲). جدول یادشده فراوانی اختلال‌های سه‌گانه سلوک و کمبود توجه- بیش فعالی، سایر اختلال‌های رفتاری را برحسب شغل و سطح تحصیلات مادر و تعداد والد نشان می‌دهد.

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد میزان اختلال‌های رفتاری سه‌گانه در کودکانی که سطح تحصیلات مادرانشان بالاتر از دیپلم بوده، کودکانی که با دو والد زندگی می‌کنند و آن‌هایی که مادرانشان شاغل می‌باشند به مراتب کمتر از کودکانی است که سطح تحصیلات مادران آن‌ها پایین‌تر از دیپلم و با یک والد زندگی می‌کنند. تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که هر چند میزان فراوانی اختلال‌های سلوک، کمبود توجه- بیش فعالی و سایر اختلال‌های رفتاری در کودکان چند فرزند بیشتر است با وجود این سه عامل اشتغال و میزان تحصیلات مادر و نبود یکی از والدین اثر مخدوش‌کننده بر این اختلال‌ها دارند.

آموزگاران به شیوه بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۲ گزارش گردیده است (توکلی‌زاده، ۱۳۷۵).

پرسش‌نامه یادشده در میان آموزگاران و پدران و مادران توزیع شده و پس از توضیح کامل درباره چگونگی پر کردن پرسش‌نامه اقدام به گردآوری داده‌ها شده است. میزان موارد از دست داده شده، ۸۴ نمونه بود که در صد آن نسبت به کل نمونه ۹/۲٪ بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک آزمون‌های آماری خبی دو و رگرسیون اسمی انجام شد.

از میان ۸۳۷ نفر دانش‌آموزی که مورد ارزیابی قرار گرفتند، ۳۶۵ پسر (۴۳/۷٪) و ۴۷۱ دختر (۵۶/۳٪) بودند. جنس یکی از آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه قید نشده بود، ۴۲۲ نفر کودک تک فرزند و ۴۱۵ نفر از خانواده‌های چند فرزند بوده‌اند. دو گروه تک‌فرزند و چندفرزند از نظر پایه تحصیلی، سن، جنس و سطح تحصیلات پدر هم‌تا بودند. میانگین سنی کودکان تک فرزند $10 \pm 0/832$ سال و چندفرزند $10/1 \pm 0/826$ سال بود. دو گروه در سه متغیر وضعیت شغلی مادر، سطح تحصیلات مادر و نبود پدر یا مادر با یکدیگر تفاوت داشته و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. گروه کودکان تک فرزند از مادرانی با میزان تحصیلات بالاتر و موقعیت شغلی بهتر نسبت به چند فرزندان برخوردار بودند و زندگی با یک والد (عموماً مادر) در کودکان تک فرزند بیشتر از چند فرزندان بود.

مقایسه اختلال‌های رفتاری از نظر پدران و مادران و آموزگاران نشان داد که بر اساس گزارش پدران و مادران اختلال سلوک در ۲/۸٪ تک‌فرزندان و ۵/۵٪ چندفرزندان وجود داشته و این تفاوت از نظر آماری به سطح معنی‌دار شدن ($P < 0/052$) نزدیک است. گزارش آموزگاران نشان‌دهنده وجود اختلال کمبود توجه- بیش فعالی در ۱۵/۴٪ تک‌فرزندان و ۲۱٪ چند فرزندان و سایر اختلال‌های رفتاری در ۱۸٪ تک فرزند و

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش برحسب اختلال‌های رفتاری، میزان تحصیلات، شغل

مادر و تعداد والد

| اختلال رفتاری | متغیر زمینه‌ای | تحصیلات مادر | | | تعداد والد | | شغل مادر | | | |
|--|-------------------|--------------|----------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|-------|
| | | زیردیپلم | بالای دیپلم | سطح معنی‌داری | تک‌والد | دو والد | خانهدار | شاغل | | |
| | | فراوانی (%) | فراوانی (%) | معنی‌داری | فراوانی (%) | فراوانی (%) | فراوانی (%) | فراوانی (%) | | |
| اختلال سلوک (پدران و مادران) | | ۱۷ (۷/۸) | ۱۷ (۲/۷) | ۰/۰۰۱ | ۷ (۸/۵۷) | ۲۸ (۳/۷۲) | ۰/۰۳ | ۳۰ (۱/۹) | ۳ (۱/۴) | ۰/۰۲۴ |
| اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی (آموزگاران) | | ۵۷ (۲۶/۲) | ۹۲ (۱۵) | ۰/۰۰۱ | ۲۶ (۳۲/۵) | ۱۲۶ (۱۶/۷) | ۰/۰۰۱ | ۱۱۴ (۱۸/۷) | ۲۳ (۱۵) | N.S. |
| سایر اختلال‌های رفتاری (آموزگاران) | | ۶۳ (۲۹) | ۱۰۷ (۱/۵) | ۰/۰۰۲ | ۲۸ (۳۵) | ۱۴۶ (۱۹/۴) | ۰/۰۰۱ | ۱۳۰ (۲۱/۳) | ۳ (۱۷/۹) | N.S. |

والدین از یک سو با متغیر تک‌فرزندی و اختلال‌های رفتاری از سوی دیگر تحلیل رگرسیون اسمی^۱ به کار برده شد (جدول ۵).

جدول ۴- ارزیابی تأثیر نبود یکی از والدین بر فراوانی اختلال‌های رفتاری در کودکان تک‌فرزند

| فرزند مبتلا | تک‌فرزند | | تعداد والد | اختلال |
|--|----------|-----------|------------|--------|
| | تک‌والد | دو والد | | |
| سلوک (پدر و مادر) | ۴ (۷) | ۸ (۲/۲) | | ۰/۰۴۱ |
| کمبود توجه - بیش‌فعالی (آموزگاران) | ۵ (۲۶/۳) | ۵۰ (۱۳/۸) | | ۰/۰۱۴ |
| سایر اختلال‌های رفتاری (آموزگاران) | ۱۶ (۲۸) | ۶۰ (۱۶/۵) | | ۰/۰۳۴ |

تحلیل آماری نشان داد که تعامل دو متغیر سطح تحصیلات مادر و تک‌فرزندی در بروز سه اختلال رفتاری یاد شده بیشتر بر اثر سطح تحصیلات مادر بوده و عامل تک‌فرزندی را نیز تحت تأثیر قرار داده است. از سوی دیگر در تعامل دو متغیر تعداد والدین و تعداد فرزندان، هر دو متغیر در بروز اختلال‌های رفتاری مؤثر می‌باشند.

1- nominal regression

جدول ۳ و ۴ نشانگر تأثیر میزان تحصیلات مادر و نبود یکی از والدین بر اختلال‌های رفتاری سه‌گانه در کودکان تک‌فرزند می‌باشد. هم‌چنانکه جدول‌های یاد شده نشان می‌دهند بروز اختلال‌های رفتاری در کودکان تک‌فرزند بر اساس سطح تحصیلات مادر و تعداد والدین تفاوت دارد و تفاوت فراوانی اختلال‌های رفتاری در میان تک‌فرزندها و چندفرزندها ممکن است به علت تفاوت ایشان در متغیر یاد شده باشد. این بررسی نشان داد که اشتغال یا عدم اشتغال مادر در کودکان تک‌فرزند تأثیری بر فراوانی اختلال‌های رفتاری ندارد.

جدول ۳- توزیع فراوانی آزمودنی‌های تک‌فرزند برحسب نوع اختلال، شمار والد، نمره خبی دو و سطح معنی‌داری

| فرزند مبتلا | تک‌فرزند | | تعداد والد | نوع اختلال |
|--|-----------|----------------|------------|------------|
| | زیردیپلم | بالا ترازدیپلم | | |
| سلوک (پدر و مادر) | ۴ (۴/۸) | ۷ (۲/۱) | | ۰/۰۵ |
| کمبود توجه - بیش‌فعالی (آموزگاران) | ۱۶ (۱۹/۳) | ۴۶ (۱۳/۸) | | ۰/۰۵ |
| سایر اختلال‌های رفتاری (آموزگاران) | ۱۸ (۲۱/۷) | ۵۴ (۱۶/۲) | | ۰/۰۵ |

برای اطمینان بیشتر از تعامل متغیرهای مخدوش‌کننده سطح تحصیلات مادر و نبود یکی از

جدول ۵- تعامل متغیرهای سطح تحصیلات مادر و تعداد والد در بروز اختلال‌های رفتاری

| اختلال رفتاری | درجه معنی‌داری تأثیر متغیر | | سطح تحصیلات | | تعداد والد | | تعداد مدل | |
|------------------------------------|----------------------------|---------|-------------|---------|------------|---------|-----------|---------|
| | مادر | فرزندان | کل* کلی | فرزندان | کل* کلی | فرزندان | کل* کلی | فرزندان |
| سلوک (پدران و مادران) | ۰/۰۱۴ | N.S. | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۲۴ | ۰/۰۲۱ | ۰/۰۱۱ | | |
| کمبود توجه- بیش‌فعالی (آموزگاران) | ۰/۰۰۲ | N.S. | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۹ | ۰/۰۰۱ | | |
| سایر اختلال‌های رفتاری (آموزگاران) | ۰/۰۰۱ | N.S. | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۱۳ | ۰/۰۰۱ | | |

* منظور از مدل کلی، مدل حاصل از برآیند تأثیر دو متغیر مستقل در بروز متغیر وابسته (اختلال‌های رفتاری) می‌باشد.

بدانیم، نقش تحصیلات مادر در فراوانی اختلال‌های سلوک، کمبود توجه- بیش‌فعالی و نافرمانی قابل تبیین خواهد بود (ویستر- استراتون و دال، ۱۹۹۵؛ بیدرمن و فارون، ۱۹۹۶؛ هاندرن و مولن، ۱۹۹۷).

به‌هرروی بررسی‌ها نشان می‌دهند که گردآمدن عوامل خطر در یک خانواده سبب‌ساز بروز اختلال‌های رفتاری متفاوت در کودکان است (ارلس، ۱۹۹۸؛ استینر، ۲۰۰۰). پژوهش حاضر نشان‌دهنده تأثیر سه عامل تعداد فرزندان، تک والد بودن و سطح تحصیلات مادر در بروز این اختلال‌ها است.

برخی از تفاوت‌ها در این پژوهش به سطح معنی‌داری نزدیک بودند که به‌نظر می‌رسد با افزایش شمار نمونه این تفاوت‌ها نیز از نظر آماری معنی‌دار باشند. رتبه تولد در این بررسی مورد توجه قرار نگرفت که این مسئله هم در کودکان تک‌فرزند و چندفرزند می‌تواند متغیری مؤثر در تغییر یافته‌ها تلقی گردد. بدیهی است چنانچه پژوهش‌های آینده این یافته را در تعامل با تعداد فرزندان در نظر بگیرند نتایج کلی‌تری نیز به دست خواهند آورد.

این باور که احتمال بروز اختلال‌های رفتاری در کودکان تک‌فرزند بیشتر بوده و افزایش بعد خانوار احتمال بروز این مشکل را کاهش می‌دهد در پژوهش حاضر مورد تردید قرار گرفت. گرچه عوامل متفاوتی مانند سطح تحصیلات مادر و بود یا نبود پدر و مادر در بروز اختلال‌های رفتاری مؤثر هستند، با وجود این

پژوهش حاضر نشان داد که فراوانی اختلال‌های رفتاری سلوک، کمبود توجه - بیش‌فعالی و سایر اختلال‌های رفتاری در کودکان تک‌فرزند در مقایسه با چند فرزند به‌مراتب کمتر است. این یافته با یافته‌های بررسی نیوکاسل که نشانگر ارتباط میان بزرگی ابعاد خانواده و اختلال سلوک می‌باشد همخوانی دارد (کالوین و همکاران، ۱۹۹۸) همچنین ارتباط میان اختلال سلوک و بعد خانوار در بررسی یوسفی (۱۳۷۹)، توکلی‌زاده (۱۳۷۵) و ایرانپور (۱۳۷۹) نیز گزارش شده است. افزون بر آن مقایسه خانواده‌های پرفرزند و کم‌فرزند از نظر اختلال‌های رفتاری به‌طور کلی فراوانی این اختلال‌ها را در خانواده‌های پرفرزند نشان داده است (ایرانپور، ۱۳۷۹). اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی نیز از عواملی همچون بعد خانوار تأثیر می‌پذیرد (بیدرمن و فارون، ۱۹۹۶). با این همه، پژوهش حاضر به تأثیر مخدوش‌کننده بود یا نبود هر دو والد و سطح تحصیلات مادر در زمینه فراوانی اختلال‌های سه‌گانه یاد شده اشاره دارد.

نقش جدائی والدین در اختلال سلوک نیز ارزیابی شده و به‌عنوان یکی از عوامل با اهمیت در اختلال‌های یادشده مورد تأکید بوده است (ویستر- استراتون و دال، ۱۹۹۵؛ هاندرن و مولن، ۱۹۹۷).

گرچه بررسی زیادی در زمینه دخالت سطح تحصیلات مادر در اختلال‌های رفتاری انجام نشده، اما چنانچه طبقه اجتماعی را مرتبط با تحصیلات مادر

criminal-offence rates finding from the Newcastle thousand family (1944-1980). *British Journal of Psychiatry*, 152, 80-90.

McCracken, J.T. (2000). Attention deficit and hyperactivity syndrome. In B.J.Sadock, V.A.Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Steiner, H. (2000). Disruptive behavior disorder. In B.J.Sadock, V.A.Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Taylor, E. (1998). Attention deficit and hyperactivity disorder. In M.Rutter, E.Taylor, L.Hersov (Eds.). *Child and adolescent psychiatry modern approaches*. London: Blackwell Science.

Webster-Stratton, C., & Dahl, R. W. (1995). Conduct disorder. In M.Hersen & R.T.Ammerman (Eds.), *Advanced abnormal child psychology*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

آگاه‌سازی جامعه ایرانی از یافته یادشده در کنترل جمعیت دست‌کم در قشری از جامعه ضروری به‌نظر می‌رسد. افزایش میزان تحصیلات مادر و ارتباط شایسته میان پدر و مادر از مواردی است که در اطلاع‌رسانی خانوادها و کاهش اختلال‌های رفتاری فرزندان دارای اهمیت است.

ایرانپور، چنگیز (۱۳۷۹). *بررسی مقایسه‌ای اختلال‌های رفتاری بین خانواده‌های پرآلود و کم‌آلود*. مقاله ارائه شده در چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی و اختلال‌های رفتاری کودکان و نوجوانان، زنجان، ۲۹-۲۷ مهر.

توکلی‌زاده، جهانشیر (۱۳۷۵). *همه‌گیرشناسی اختلال‌های رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر کناپاد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۸). *گزارش کشوری برنامه‌های جمعیت، بهداشت باروری و تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران*. تهران: اداره کل بهداشت خانواده معاونت امور بهداشتی با همکاری صندوق جمعیت ملل متحد. یوسفی، فایق (۱۳۷۹). *بررسی شیوع اختلال‌های سلوک و نافرمانی در دانش‌آموزان راهنمایی استان کردستان*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۳، ۲-۵۴-۴۸.

Biederman, J., & Faraone, S. (1996). Attention deficit and hyperactivity disorder. *On the brain*. Vol.5, No.1.

Earls, F. (1998). Oppositional defiant and conduct disorder. In M. Rutter, E.Taylor, L.Hersov (Eds.) *Child and adolescent psychiatry modern approaches*. London: Blackwell Science.

Handeren, R.L., & Mullen, D.O. (1997). Conduct disorder in childhood. In J. M. Wiener (Ed). *Text book of child and adolescent psychiatry*. Washington. D. C.: American Psychiatry Press, Inc.

Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Kolvin, I., Miller, F.J.W., Fleeting, M., & Kolvin, A. (1998). Social and parenting factors affecting