

پیش‌بینی اختلالات رفتاری بر اساس شیوه‌های تربیتی و صفات شخصیتی والدین در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۲/۰۹

کد مقاله: ۲۲۸۰۶

زهرا کرباسیان^۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی اختلالات رفتاری بر اساس شیوه‌های تربیتی و صفات شخصیتی در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی انجام شده است. روش پژوهش توصیفی از نوع زمینه‌یابی است و جامعه آماری شامل تمامی والدین دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی منطقه ۱۵ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود که از میان آن‌ها ۷۲ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند در دسترس با اجرای پرسشنامه علائم مرضی CSI-4 اسپیرافکین و گادو (۱۹۹۴) و چک‌لیست (DSM-52013)، بر روی دانش‌آموزان و تشخیص اختلال رفتاری آنان، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و سپس پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری بامریند (۱۹۹۱) و پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا MMPI-2RF بر روی والدین دانش‌آموزان اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره انجام گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که رابطه مثبت معناداری میان ابعاد سبک‌های فرزندپروری از جمله سبک فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه با نشانگان اختلال رفتاری وجود دارد و همچنین ارتباط منفی معناداری بین سبک فرزندپروری مقتدرانه با نشانگان اختلال رفتاری وجود دارد. ارتباط مثبت معنی‌داری در مقیاس‌های جسمانی/شناختی، درونی‌سازی و برونی‌سازی، بین فردی و علایق و آسیب‌شناسی شخصیتی در سطح $\alpha=0/01$ در پرسشنامه CSI-4 با نشانگان رفتاری وجود دارد. با توجه به میزان t و سطح معنی‌داری مشخص شد، سبک فرزندپروری مستبدانه و سبک مقتدرانه سهمی مناسب در تبیین نشانگان اختلال رفتاری دانش‌آموزان دارند؛ اما سبک سهل‌گیرانه تأثیر معنی‌داری در نشانگان اختلال رفتاری نداشت ($P \geq 0/05$). براساس نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که شیوه‌های فرزندپروری از مهم‌ترین مولفه‌های تحول فرزند است و نقش مهمی در سلامت رفتار فرزندان ایفا می‌کند. مقیاس‌های جسمانی/شناختی، درونی‌سازی و برونی‌سازی، بین فردی و علایق و آسیب‌شناسی شخصیتی می‌توانند منجر به بروز نشانگان اختلال رفتاری گردند.

واژگان کلیدی: اختلال رفتاری، صفات شخصیتی شیوه‌های تربیتی، دانش‌آموزان مقطع ابتدایی

تعدادی از کودکان بنابر دلایل مختلف در فرایند رشد خود با مشکلات هیجانی و رفتار خاصی روبرو می‌شوند و در این مراحل قادر به تأمین انتظارات و تکالیف رشدی نیستند و نمی‌توانند رفتارهای مناسب با سطح رشدی خود را بروز دهند و در رفتارهای اجتماعی و تحصیلی با مشکلات متعددی مواجه می‌شوند (شرودر و گوردن^۱، ۲۰۱۷). میزان شیوع اختلال‌های دوره کودکی طبق مطالعات همه‌گیرشناسی کشورهای مختلف پس از سال ۲۰۱۰، ۱۲/۴ تا ۵۱/۳ درصد از کودکان ۶ تا ۱۸ ساله، اختلالی قابل تشخیص دارند. میزان شیوع اختلالات شدید یا اختلالات رفتاری به ۵/۹ تا ۱۹/۴ درصد می‌رسد (برد^۲، ۲۰۱۶). یک‌سوم تا نیمی از تمام مراجعان به مراکز خدمات روان‌شناختی را کودکان ناسازگار و دچار اختلال رفتاری تشکیل می‌دهند (پدرسن و مستکاس^۳، ۲۰۱۴). بررسی‌های نشان می‌دهند دومین بیماری روان‌پزشکی رایج در دختران و پسران ارجاع داده‌شده به کلینیک‌های روان‌پزشکی، اختلال رفتاری است (زوکولیلو^۴، ۲۰۱۵). در ایران نیز مطالعاتی جهت بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان انجام گرفته است که هر کدام نتایج متفاوتی داشته‌اند. در پژوهش ضیاء‌الدینی و شفیع‌زاده (۱۳۸۹) میزان شیوع اختلال رفتاری در دانش‌آموزان دبستانی سیرجان در دختران ۸/۷ درصد و در پسران ۱۳/۱ درصد، در تحقیق یوسفی، عرفانی، خیرآبادی و قانع (۱۳۸۸) میزان شیوع اختلال رفتاری در کردستان ۶/۹ درصد، یوسفی و هوشیاری (۱۳۹۴) میزان شیوع اختلال رفتاری در دانش‌آموزان دوره دبیرستانی شهر سنندج ۸/۸ درصد، نجفی، فولانچنگ، علیزاده و محمدی فر (۱۳۸۸) میزان شیوع اختلال رفتاری در دانش‌آموزان دبستانی شهر شیراز ۵ درصد و شیری، ولی‌پور، مظاهری و رودباری سقایی (۱۳۹۳) میزان اختلال رفتاری دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر زنجان را ۹/۲ درصد گزارش نموده‌اند. اختلال رفتاری که یکی از اختلال‌های رفتاری دوران کودکی و نوجوانی را تشکیل می‌دهد، با مشکلات متعدد رفتاری، تحصیلی، اجتماعی و هیجانی همراه است که فرایند سازگاری والدین با فرزند را در خانواده با مشکل روبه‌رو می‌کند (ماش و ولف^۵، ۲۰۱۶). اختلال رفتاری به عنوان یک اختلال از طبقه تشخیص اختلال‌های رفتار ایدایی، کنترل تکانه و رفتاری در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی، الگوی رفتاری پایدار و تکرار شونده‌ای مشتعل بر نقض حقوق اساسی دیگران و تجاوز از هنجارهای اصلی اجتماعی متناسب با سن کودک یا نوجوان (زیر ۱۸ سال)، این موضوع ویژه مکان واحد و وابسته به موقعیت بخصوص نیست، بلکه مشکلات رفتاری در خانه، مدرسه، اجتماع و در میان همسالان و همکلاسان، به طور کامل آشکارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). هونگ، تیلمن و لابی^۶ (۲۰۱۶) نشانگان اختلال رفتاری را حضور چندرفتار ضداجتماعی نسبتاً بادوام و تکراری در موقعیت‌های مختلف عملکرد فرد و حداقل در یک دوره زمانی یک ساله تعریف کرده‌اند و شیوع این اختلال را بین ۳ تا ۱۴ درصد و در پسران سه برابر دختران گزارش نموده‌اند. ناتوانی در حل مسئله، عزت نفس پایین، رفتارهای پرخاشگرانه و ناسازگارانه، ضعف در عملکرد تحصیلی و ناتوانی در مهارت‌های اجتماعی کلامی و غیرکلامی از پیامدهای اختلال رفتاری است (قرلسفلو و همتی پویا، ۱۳۹۷). تعدادی از این کودکان در پیروی از هنجارها و مقررات و رفتارها به سبک جامعه پسند شدیداً مشکل دارند و در نظر همسالان و بزرگسالان و جامعه خود بیشتر از آنکه بیمار روانی به حساب بیایند افرادی بزه‌کار و بد تلقی می‌شوند (نول و بوکستین^۷، ۲۰۱۶). اختلال رفتاری در دوره کودکی و نوجوانی اثرات نامطلوبی بر زندگی آینده وی می‌گذارد؛ مثلاً بزرگسالانی که در کودکی مبتلا به اختلال رفتاری تشخیص داده شده بودند، از سلامت جسمانی و روانی کمتری برخوردار و در زمینه فرزندپروری نیز با مشکلات بیشتری روبرو بودند (چینگ و وانگ^۸، ۲۰۱۶).

افرادی که اختلال رفتاری دارند در بزرگسالی در معرض خطر این موارد هستند: اختلال‌های خلقی، اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های فشار روانی پس آسیبی، اختلال‌های کنترل تکانه، اختلال‌های روان پریشی، اختلال نشانه جسمانی و اختلال‌های مرتبط با مواد. نشانه‌های این اختلال با بالا رفتن سن و افزایش قدرت جسمانی و توانایی‌های شناختی و بلوغ جنسی تغییر می‌کند، نشانه‌های رفتاری که ابتدا ظاهر شده‌اند (مثل دروغ‌گویی، دزدی از فروشگاه) معمولاً کاهش می‌یابند. درحالی که مشکلات رفتاری دیرتر بروز پیدا می‌کنند (مثل تجاوز به عنف، دزدی توأم با درگیری با قربانی) عموماً تشدید می‌یابند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

این افراد به شدت در معرض طرد همسالان، عملکرد ضعیف تحصیلی، افزایش رفتار پرخاشگرانه قرار دارند (خدمتگزار، ثاره، وکیلی و اصغر نژادفرید، ۱۳۸۷). همچنین آماده ابتلا به اختلال‌های خلقی، مصرف مواد و بزهکاری و اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). در موارد دیگر اختلال رفتاری شامل مدرسه‌گریزی مکرر، ویرانگری و

1. Schroeder & Gordon
2. Bird
3. Zoccolillo
4. Mash & Wolfe
5. Hong, Tillman & Luby
6. Noll & Bukstein
7. Chang & Wang

پرخاشگری جسمانی شدید یا تهاجم گروهی به دیگران نظیر لخت کردن و نزاع گروهی و کتک کاری میشود. (کاپلان، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۳). کودکان با اختلال رفتاری به احتمال بیشتری دارای هوشبهر پایین‌تر، مهارتهای کلامی ضعیف، ضعف عملکرد در آزمون‌های کارکردهای اجرایی، تحمل پایین ناکامی، آستانه پایین هیجان‌نا منفی، فقدان بازداری، تخلف از قوانین، مشکلات پیش‌فعالی، توجه و تمرکز ناقص و عزت‌نفس پایین می‌باشند (هیل^۱، ۲۰۰۵؛ به نقل از عسگری، ۱۳۸۶).

بسیاری از عوامل در پیدایش این اختلال نقش دارند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها مربوط به والدین و سبک تعاملات رفتاری میان آنهاست. روش تربیتی تنبیهی و خشن که وجه مشخصه آن پرخاشگری کلامی و جسمانی شدید باشد سبب بروز رفتار پرخاشگرانه و غیرانطباقی در کودک می‌گردد (سهرابی، خانجانی و زینالی، ۱۳۹۵). روانشناسان بر این باورند که شیوه‌های تربیت فرزند بر بسیاری از جنبه‌های روانشناختی از جمله رشد روانشناختی، سازگاری اجتماعی، اعتمادبه‌نفس و مشکلات رفتاری نوجوانان تأثیر فراوان دارد (بلنتاین^۲، ۲۰۱۵). در این راستا مطالعات متعددی که به بررسی علت‌ها و پیامدهای مشکلات رفتاری کودکان پرداخته‌اند، حاکی از آن است که رفتارهای مشکل‌ساز کودکان از تعامل چندگانه عوامل بیولوژیکی، محیطی و خانوادگی نشأت می‌گیرد (ریچ و کوثریدو^۳، ۲۰۱۶) که در میان عوامل خانوادگی، سبک‌های فرزندپروری با ماندگاری و انتقال مشکلات رفتاری کودک به دوران تحولی بعدی رابطه مستقیم دارد (میلر، لوییز و پرپور^۴، ۲۰۱۷). هر چند همه کودکان دارای سطحی از مشکلات رفتاری اند که به مرور زمان و با رشد کودک تغییر می‌کند؛ ولی در دوران کودکی به دلیل تعامل مستمر والدین با کودکان، آن‌چه بیشترین تأثیر را در این تغییر دارد مهارت‌های فرزندپروری است (فورهند و لانگ^۵، ۲۰۱۴)؛ بنابراین پژوهشگرانی مانند سلیگمن، شافر، بامریند^۶ به طور کلی چهار شیوه فرزندپروری را مطرح کرده‌اند که شامل روش‌های مقتدرانه^۷، مستبدانه^۸، سهل‌گیرانه^۹ و بی‌اعتنا می‌باشد و والدین تحت تأثیر عواملی مانند سطح سواد، طبقه اجتماعی، سن و فرهنگ این روش‌های تربیتی را به کار می‌گیرند و هر یک از این سبک‌ها تأثیرات متفاوتی بر شخصیت فرزندان می‌گذارد (شعبانی و مویدی، ۱۳۹۶). بامریند (۱۹۹۱) شیوه‌های فرزندپروری را بر اساس نوع والدین و خانواده به والدین سهل‌گیر، والدین سخت‌گیر و والدین مقتدر تقسیم کرده است: در خانواده‌های سهل‌گیر به طور کلی قوانین بسیار محدودی وجود دارد و افراد نسبت به اجرای قوانین و آداب و رسوم اجتماعی چندان تقیدی ندارند و هر کس هر کاری بخواهد انجام می‌دهد و دخالت در کارهای یکدیگر معنا ندارد، آسان‌گیری بیش از حد می‌تواند برای کودک مخرب باشد و او را لوس، پرتوقع و خودخواه بار بیاورد به طوری که توجه و محبت مداوم از دیگران را دارد (نوابی نژاد، ۱۳۹۴). بامریند (۱۹۹۱) معتقد است که در روش‌های مستبدانه بر قدرت والدین بیش از اندازه تأکید می‌شود. والدینی که از این شیوه استفاده می‌کنند، گرایش به محدودیت استقلال کودکان و مجبور کردن آن‌ها به پیروی از قوانین سخت‌گیرانه توأم با تهدید در صورت نقض قوانین دارند. این دسته از والدین گرایش بسیار کمی نسبت به پاسخگویی و پذیرش فرزندانشان از خود نشان می‌دهند (مارسیگلیا^{۱۰}، ۲۰۱۴). این افراد در برابر انتقاد بزرگترها بی‌تفاوت‌اند و از ثبات عاطفی کمی برخوردارند و سرانجام اینکه گرایش بیشتری به انحرافات اخلاقی نشان می‌دهند (طباطبایی، ۱۳۹۶)؛ اما منظور از خانواده مقتدر، خانواده‌ای است که کودکان را به شیوه‌ای که در نظر او اطمینان بخش و قاطع است، آزاد می‌گذارد. در چنین خانواده‌ای فرزند به استقلال و آزادی فکری تشویق می‌شود، در حالی که نوعی محدودیت و کنترل از طرف والدین بر او اعمال می‌شود. در این نوع از سبک فرزندپروری اظهار نظر و ارتباط کلامی وسیعی در تبادل فرزند با والدین وجود دارد و گرمی و صمیمیت و محبت نسبت به کودک در سطح بالایی است (بی‌ریا، ۱۳۹۵). فرزندان که با سبک فرزندپروری قاطع و اطمینان بخش رشد یافته‌اند، از شایستگی‌های تحصیلی و رفتارهای اجتماعی برخوردارند و مشکلات رفتاری کمتری دارند (مک کوبی^{۱۱}، ۲۰۱۱). این والدین بر دیدگاه خود به عنوان یک بزرگسال تأکید می‌کنند اما علایق شخصی فرزندان و راه‌های خاص را نیز تصدیق می‌کنند و در نظر می‌گیرند. والدین مقتدر هم پذیرنده و هم پاسخ‌دهنده هستند. آن‌ها کودکان را کنترل می‌کنند و مقررات واضحی برای رفتارهای کودکان وضع می‌کنند. آن‌ها قاطع هستند ولی سختگیر نیستند و روش انضباطی شان بیشتر حمایتی است تا اینکه تنبیهی باشد (تام^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۴).

پژوهش‌هایی که به بررسی تأثیر الگوهای تعامل خانوادگی در ایجاد اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان پرداخته‌اند، از یک سو این اختلالات را نوعی واکنش کودک به نابسامانی‌های خانوادگی دانسته‌اند (پندینا^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۷) و از سوی دیگر به محرک-

1. Hill
2. Ballantine
3. Rich & Querido
4. Miller, Lewis, & Prior
5. Forehand & Long
6. Baumrind
7. Authoritative parenting
8. Authoritarian parenting
9. Permissive parenting
10. Marsiglia, C.S
11. Maccoby
12. Tam
13. Pandina

های محیطی نامناسب، مانند عدم پذیرش کودک، عدم محبت و حمایت کافی از طرف والدین، افراط در محبت، بی هدفی در خانواده، سردی کانون خانواده و سختگیری های والدین ساخته‌اند (بارلو^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). کزدا و همکاران (۲۰۱۴) معتقد است عواملی مثل خصوصیات والدین، خلق و خوی کودک و محیط خانوادگی، با تأثیری که بر روش‌های فرزندپروری می‌گذارد، موجب بروز رفتارهای خاصی در کودکان می‌شود. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت ابعاد فرزندپروری با مشکلات رفتاری و اختلال رفتاری کودکان رابطه دارد. به گونه‌ای که روش‌های ناکارآمد فرزندپروری شامل منفی‌گرایی و فقدان گرمی (فیفر، مک‌رنت و جودیک، ۲۰۱۵)، آسان‌گیری، بی‌ثباتی و فقدان پاسخگویی (گلدشتاین و هاروی، ۲۰۱۷) در بروز نافرمانی نقش دارد. سبک‌های فرزندپروری نه تنها در رفتارهای حال حاضر کودک، بلکه در بروز مشکلات رفتاری دوره‌های بعدی نیز موثر است (پرپلت چیکووا و کازدین، ۲۰۱۴). میلر و همکاران (۲۰۱۴) در یک مطالعه طولی بر نوجوانان ۱۴ ساله دریافتند، فرزند تنبیه گر و همراه با واکنش شدید والدین، پیش‌بینی کننده مشکلات برونی‌سازی شده نوجوانان در ۱۸ سالگی است. بر این اساس، اگر چه معمولاً انتظار می‌رود این مشکلات رفتاری طی ۱۴ الی ۱۸ سالگی کاهش یابد، اما مشکلات رفتاری برخی نوجوانان به واسطه فرزندپروری ناکارآمد، در این دوره افزایش می‌یابد و با انتقال به دوران بعدی، مشکلاتی از قبیل بزهکاری، طرد همسالان، اخراج از مدرسه، اعمال مجرمانه و خشونت بین فردی را در سنین بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند (کبلی و آگدن، ۲۰۱۵). به نقل از حاجی رضی، از خوش، طهماسبیان و بیات، (۱۳۹۴). برخی پژوهش‌های دیگر رابطه شیوه‌های فرزندپروری با مشکلات رفتاری و اختلال رفتاری را بررسی نموده‌اند:

گارثی^۵ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود با عنوان اثرات شیوه‌های فرزندپروری والدین روی اختلالات خلقی و رفتاری در نوجوانان به این نتیجه دست یافتند که برخی از سبک‌های فرزندپروری مانند استبدادی و بی توجه با آغاز پیامدهای زیانبار برای نوجوانان مانند اضطراب، پرخاشگری، کاهش عزت نفس و مصرف مواد ارتباط دارد. نوجوانانی که والدین خود را خشن، کنترل کننده و بی اغماض ارزیابی می‌کنند به احتمال بیشتر از اختلالات رفتاری رنج خواهند برد.

میلوسکی^۶ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان شیوه‌های فرزندپروری مادری و پدری و ارتباط آن با اختلالات رفتاری و مشکلات برونی‌سازی شده و رضایت از زندگی نوجوانان روی نمونه‌ای متشکل از ۲۷۲ دانش‌آموز دبیرستانی به این نتایج دست یافتند که روش تربیت مادری با اقتدار عزت نفس و رضایتمندی بالاتر و مشکلات رفتاری کمتری در نوجوانان مرتبط است. این در حالی بود که برتری شیوه فرزندپروری مقتدرانه مادر بر شیوه سهل‌گیرانه در تمام نتایج حاصله روشن بود. همچنین بید، رید و وبستر-استراتون^۷ (۲۰۱۶) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند، والدینی که هیجانات مثبت دارند و به رفتارهای اجتماعی فرزندان توجه دارند، فرزندان آن‌ها از رفتارهای ضداجتماعی دور هستند و مشکلات رفتاری کمتری دارند. نتایج تحقیق زارع، بخشی‌پور و حسن-زاده (۲۰۱۶) در پژوهشی تحت عنوان شیوه‌های فرزندپروری و سلامت روانی در میان جوانان نشان دادند میان شیوه‌های فرزندپروری مستبدانه و سلامت روان رابطه منفی، میان شیوه فرزندپروری مقتدرانه و سلامت روانی رابطه مثبت و میان شیوه سهل‌گیرانه و سلامت روانی رابطه منفی وجود دارد. طباطبایی (۱۳۹۴) در تحقیقی که به بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری و سلامت روانی دختران پرداخته بود به این نتایج دست یافت که میان شیوه تربیتی قاطع و اطمینان بخش و سلامت روانی رابطه معنادار و میان شیوه فرزندپروری مستبدانه با بهداشت روانی رابطه معکوس داشت اما میان شیوه سهل‌گیرانه با بهداشت روانی در هیچ یک از سطوح اطمینان رابطه معنادار وجود نداشت. نتایج مطالعات کینان، هپ و ول، چانگ، استپ و استومر-لوبر^۸ (۲۰۱۶) نشان داد که از روی رفتارها و سبک‌های والدگری والدین می‌توان اختلال رفتاری در دختران را پیش‌بینی کرد. طباطبایی و فضلی و یارعلی (۱۳۹۳) نیز در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری والدین با پیشرفت تحصیلی و اختلال رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی به این نتایج دست یافتند که شیوه مقتدرانه با کاهش اختلال رفتاری رابطه دارد. در پژوهش دیگر که توسط شفیع-پور، شیخی، میرزایی و کاظم‌نژاد لیلی (۱۳۹۴) با عنوان بررسی سبک‌های فرزندپروری و ارتباط آن با مشکلات رفتاری کودکان انجام شده بود این نتایج دریافت شد که سبک فرزندپروری مقتدرانه هم با مشکلات رفتاری درونی سازی شده و هم با مشکلات برونی سازی شده رابطه منفی معنادار دارد و سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه تنها با مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده رابطه مثبت معنادار داشت.

شخصیت افراد خانواده به ویژه والدین از جمله عناصر مداخله کننده در روابط بین شخصی است. شخصیت یک سازه کلی است که از مجموعه ویژگی‌های قابل مشاهده که در تعامل با عناصر محیط ایفای نقش می‌نمایند اشاره دارد (پروین، ۲۰۰۵)

1. Barlow
2. Pffner, McBurnett, Rathouz, & Judice
3. Goldstein, & Harvey
4. Perepletchikova & Kazdin
5. Gharthe
6. Milevsky
7. Baydar, N., Reid, M. J. & Webster-Stratton
8. Keenan, Hipwell, Chung, Stepp & Stouthamer-Loeber

(نیگ، ۱۹۹۸) به نقش ویژه آسیب شناسی روانی و صفات شخصیتی والدین در پیشگویی مشکلات رفتاری برون ریزانه ای کودک اشاره داشته که هنوز ناشناخته است. وی در مطالعه ای دیگر با در نظر گرفتن همبودی اختلال نافرمانی مقابله جویانه و اختلال سلوک با اختلال نقص توجه بیش فعالی دریافت که در مقایسه با گروه بدون تشخیص، والدین پسرانی که نافرمانی و یا اختلال سلوک را به طور همزمان با اختلال نقص توجه بیش فعالی داشتند در توافق پذیری پایین، روان آزرد خویی بالا و اضطراب از خود نشان می دادند (شولتز، دوان، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۰). هیرامورا، یوچی، شیکایی، شن و کتیامورا (۲۰۱۰) نشان دادند که پرخاشگری کودکان تا حدود زیادی با استفاده از سرشت کودک و فرزندپروری والدین قابل تبیین است. ون آکن، یونگر و رهروان و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه ای بر روی ۱۱۲ پسر و والدینشان نشان دادند که ثبات هیجانی والدین صفت شخصیتی است که با رفتارهای برونی سازی کودکان مرتبط است. کومزی، رایکونن هینون و همکاران (۲۰۰۸) مشاهده کردند که برونگرایی بیشتر والدین پیش بینی کننده مهار موثر تر کودک و روان نژندی خوبی بالاتر والدین پیش بینی کننده افزایش هیجانات منفی کودک هستند. در تحقیقات پورتر و وودورث (۲۰۰۶) و پارذینی (۲۰۰۸) نتیجه گیری شده است که ویژگی های شخصیتی جامعه ستیزی با اختلال سلوک رابطه قوی دارد. همچنین نشانه های اختلال سلوک ویژگی های رفتاری سایکو پاتیک در بزرگسالی را پیش بینی می کند (بیورک و همکاران، ۲۰۰۷) یکی از پیامدهای مهم در اختلال سلوک صفات شخصیتی است که در صورت عدم درمان سایکوپاتیک می شوند. ویژگی های سایکوپاتیک شامل دو نوع ویژگی است، یکی ویژگی های میان فردی مانند دیگران را زیر نفوذ خود قرار دادن، تقلب، فریبندگی و جذابیت های سطحی و بزرگ نمایی است و دیگر ویژگی های عاطفی که شامل عاطفه سطحی، فقدان همدلی، گناه، پشیمانی و نپذیرفتن مسئولیت اعمال ضد اجتماعی خویش است (پارذینی، لاکمن و فریک، ۲۰۰۳؛ به نقل از رضا بیگی داورانی، ۱۳۹۲)

بنابراین طبق یافته های پژوهشگران برخورد والدین با کودکان و شیوه های تربیتی و فرزندپروری که والدین بکار می گیرند می تواند تغییراتی محسوس در رفتارهای آنان ایجاد کند و سبب بروز رفتارهای مطلوب و یا حتی تنش و اختلال در رفتارشان به وجود آورد. شیوه های فرزندپروری یا شیوه های تربیتی والدین بر بروز ناهنجاریهای رفتاری فرزندان آثار درخور توجهی می گذارد. سبک فرزندپروری می تواند پیش بینی کننده رشد روانی اجتماعی، عملکرد تحصیلی، رفاه و سلامت و حتی مشکلات رفتاری فرزندان باشد؛ بنابراین در این پژوهش برآنیم تا اثرات شیوه های تربیتی بر نشانگان اختلال رفتاری را در دانش آموزان دوره ابتدایی مورد بررسی قرار دهیم. لذا سوال اصلی پژوهش عبارت است از: آیا شیوه های تربیتی و ثقات شخصیتی والدین می توانند اختلال رفتاری را در کودکان پیش بینی کنند؟

۲- روش شناسی پژوهش

این تحقیق از نظر هدف کاربردی بوده، روش آن توصیفی از نوع زمینه یابی است. جامعه آماری مورد نظر در این پژوهش شامل تمامی والدین (مادر یا پدر) دانش آموزان مدارس پسرانه دوره ابتدایی منطقه ۱۵ شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. نمونه- ای به حجم ۷۲ نفر از این والدین به شیوه هدفمند در دسترس از طریق روش برآورد حجم در مطالعات معطوف به تصمیم توسط نرم افزار پس^۱ انتخاب شدند. بدین صورت که برای انتخاب نمونه والدین، ابتدا در تمامی مدارس ابتدایی پسرانه منطقه ۱۵ دانش- آموزان مشکل دار بر اساس سوابق تربیتی و انضباطی موجود در دفاتر شناسایی شد که تعداد آن ها ۲۷۳ نفر گزارش شد. سپس جهت غربالگری دانش آموزان دارای نشانگان اختلال رفتاری، پرسشنامه علائم مرضی فرم معلمان به پیوست چک لیست DSM-5 به معلمانی که بیشترین شناخت از دانش آموزان داشته اند تحویل داده شد پس از تکمیل نمودن آن ها توسط معلمان؛ پژوهشگر دانش- آموزانی که سه نمره و بالاتر در پرسشنامه علائم مرضی کودکان و ۶ نمره و بالاتر در چک لیست DSM-5 کسب نموده بودند در گروه نمونه شرکت دادند. پس از شناسایی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری، پرسشنامه علائم مرضی کودکان اسپیرافکین و گادو CSI-4 (۱۹۸۴) و چک لیست DSM-5 (۲۰۱۳) و پرسشنامه شیوه های فرزندپروری بامریند (۱۹۹۱) بر روی یکی از والدین دانش- آموزان دارای اختلال رفتاری انجام شد. سرانجام ۷۲ نفر از والدین دانش آموزان دارای نشانگان اختلال رفتاری، پرسشنامه ها را به صورت کامل تکمیل نموده و داده های حاصل از پرسشنامه ها با روشهای آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار؛ و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی و رگرسیون چندمتغیره با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳- ابزارهای پژوهش

1. Pass

پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4: جهت سنجش اختلال رفتاری از پرسشنامه علائم مرضی کودکان استفاده شد. این مقیاس اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپرافکین و گادو بر اساس طبقه‌بندی سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی با فهرست اسپرافکین، لانی، یونیتا، گادو به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شد. این پرسشنامه، دارای دو چک لیست والد و معلم است. چک لیست والد ۹۷ سوال دارد و ۱۷ اختلال را می‌سنجد و چک لیست معلم با ۷۷ سوال، ۱۳ اختلال را مورد سنجش قرار می‌دهد که ۸ سوال آن مربوط به ارزیابی اختلال رفتاری است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در دانشگاه استونی بروک به تایید رسیده است. در ایران نیز ضریب پایایی ابزار با روش آزمون مجدد محاسبه شد که در چک لیست والد با ضریب ۰/۹۶ و در چک لیست معلم با ضریب ۰/۹۳ گزارش شده است. اعتبار صوری پرسشنامه که بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV می‌باشد توسط اساتید روان‌پزشکی و روانشناسی انستیتو روان‌پزشکی تهران تایید شده است (قهاری، مهریار، بیرشک، ۱۳۸۲).

اسپرافکین، لانی و گادو در سال ۱۹۸۴ همبستگی این آزمون (CSI-3R) و مقیاس‌های رفتاری کودک را در ADHD، اختلال رفتاری و ODD به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۵۸ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند (به نقل از توکلی زاده، ۱۳۷۶). محمداسماعیل (۱۳۸۶) نیز ضریب اعتبار فرم والد را با روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته از ۰/۲۹ برای اختلال هراسی تا ۰/۷۶ برای اختلال رفتاری برآورده کرده است. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر نیز اعتبار پرسشنامه از طریق آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۵۱ به دست آمد. چک لیست DSM-5: چک لیست DSM-5 که از راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5 / انجمن روانپزشکی آمریکا ترجمه آوادیس و همکاران در سال ۱۳۹۵ اقتباس شده است و ملاک‌های تشخیصی آن برای اختلال سلوک به چهار گروه اصلی تقسیم می‌شوند. ملاک‌های تشخیصی آن براساس نشانه‌های:

- ۱- پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات
- ۲- تخریب اموال
- ۳- تقلب یا سرقت
- ۴- تخلف جدی از مقررات

پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری: فرم اولیه پرسشنامه ۳۰ سوالی شیوه فرزندپروری را بامریند (۱۹۹۱) طراحی کرده و ساخته است. این پرسشنامه را حسین‌پور (۱۳۸۱) ترجمه کرده است و پس از تحلیل عاملی، پرسشهای شماره ۱۳، ۱۴، ۲۸ و ۲۶ حذف شدند. این پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری والدین را در سه عامل اندازه‌گیری می‌کند. جمله‌های شماره ۲۸، ۲۴، ۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۴، ۱۳، ۱۰، ۱۶ به شیوه سهل‌گیرانه، جمله‌های شماره ۲، ۳، ۷، ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۰، ۲۵، ۲۶ به شیوه استبدادی و جمله‌های شماره ۱۱، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۰ به شیوه مقتدرانه مربوط می‌شوند. در مقابل هر عبارت ۵ ستون (کاملاً موافقم تا حدودی موافقم، تا حدودی مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) به ترتیب از صفر تا ۴ نمره‌گذاری شده است. در انستیتو روان‌پزشکی ایران نیز اسفندیاری (۱۳۷۴) فرم اصلی پرسشنامه را ترجمه کرده و اصلاحات لازم را در آن صورت داده است، سپس از ده صاحب نظر در زمینه روانشناسی و روانپزشکی خواسته شده است تا میزان اعتبار هر جمله را با زدن علامت مشخص و نظر اصلاحی خود را نیز بیان کنند. نتایج به دست آمده نشان داد که پرسشنامه مذکور دارای روایی (اعتبار) صوری است. (زنگنه، ۱۳۸۵)، اسفندیاری (۱۳۷۴)، بورای (۱۹۹۱) و دیانا بامریند (۱۹۹۱) در پژوهش‌های خود از این پرسشنامه استفاده کرده‌اند. بورای (۱۹۹۱) برای محاسبه پایایی از روش "بازآزمایی" استفاده کرده و نتایج زیر را به دست آورده است: ۰/۸۱ برای شیوه سهل‌گیرانه، ۰/۸۶ برای شیوه استبدادی و ۰/۷۸ برای شیوه اقتداری. او همچنین "ثبات درونی" را با استفاده از فرمول کرونباخ محاسبه کرده که ۰/۷۵ برای شیوه سهل‌گیری، ۰/۸۵ برای شیوه استبدادی و ۰/۸۲ برای شیوه مقتدرانه را به دست آورده است (طباطبایی، ۱۳۹۶).

فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2RF): در ایران MMPI-2RF توسط کامکاری و شکرزاده (۱۳۸۸) ترجمه و انطباق‌یابی گردیده است که جامعه مورد بررسی عبارتند از: جامعه ورزشکاران تیم ملی، کارکنان سازمان‌های مختلف از جمله پلیس، شهرداری، ستاد مبارزه با مواد مخدر و ... دانشجویان، شهروندان ساکن در تهران و شهرستان‌های مختلف کشور، افراد دارای مشکلات بالینی از جمله اسکیزوفرنیا، وسواس، افسرده، مضطرب و ... معلمان و ... روسازی و اعتباریابی شده است. ضرایب اعتبار برای مقیاس‌های بالینی (پنجاه مقیاس) بالاتر از ۰/۸۰ بود که این اقدام از طریق روش آلفا کرانباخ، دوتیمه کردن و ضریب ثبات با تأکید بر آزمون - بازآزمون صورت گرفت و نشان‌دهنده ضرایب اعتبار مطلوب بود. برای بررسی روایی پرسشنامه نیز از تحلیل عامل سلسله‌مراتبی متعامد برای بررسی روایی سازه، ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی روایی ملاکی از نوع همزمان، روایی تشخیصی با استفاده از روش فاصله اطمینان، روش نمودار پراکنش و ضریب حساسیت و وضوح‌گرایی استفاده شده است.

این آزمون با تأکید بر قانون بازآزمایی مجدد در استانداردسازی آزمون‌های روانشناختی توسط شاهین طبع و همکاران (۱۳۸۸) در دانشگاه علوم انتظامی، مورد اعتبارسنجی و سنجش روایی قرار گرفت و با حجم نمونه ۲۰۰ نفر از دانشجویان سال اول تا چهارم،

ضرایب اعتبار فراتر از ۰/۸۰ بدست آمد. همچنین نتایج حاصل تحلیل عامل تأییدی با شاخص شلر- هولز و نیکویی برازش استاندارد شده در سطح $\alpha=0/05$ معنی‌دار بود و نشان‌دهنده روایی سازه این ابزار در ایران می‌باشد. آزمون مزبور که در ایران استاندارد شده است، دارای ۳۳۸ سؤال بوده و از طریق نرم افزار پیشرفته به سرعت نمره‌گذاری شده و می‌تواند برای هر آزمودنی، پنج نیمرخ مجزای در راستای ارائه خدمات پیشگیری، راهنمایی و مشاوره ارائه دهد. این آزمون در حیطه پرسشنامه‌های دوگزینه‌ای قرار دارد.

۴- یافته‌ها

جدول (۱) نتایج میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی تحقیق را نشان می‌دهد

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی تحقیق

متغیرها شاخص‌ها	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف معیار
سبک فرزندپروری سهل گیرانه	۴	۲۸	۱۶/۲۲	۵/۸۸
سبک فرزندپروری مقتدرانه	۵	۴۰	۳۰/۵۶	۹/۴۶
سبک فرزندپروری مستبدانه	۱۰	۳۲	۲۰/۳۱	۶/۲۷
اختلال رفتاری براساس CSI-4	۱	۲۶	۱۳	۵/۵۲
اختلال رفتاری بر اساس DSM-5	۱	۲۰	۹/۲۵	۲/۵۷

با توجه به جدول ۱، پایین‌ترین نمره بین پاسخگویان در مولفه سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه، ۴ و بالاترین نمره ۲۸ بوده است، همچنین میانگین نمرات پاسخگویان در این متغیر ۱۶/۲۲ و انحراف معیار آن برابر با ۴/۶۵ بوده است. به منظور انتخاب آزمون پارامتریک یا ناپارامتریک، ابتدا می‌باید از توزیع آماری متغیرها، اطمینان حاصل کرد. برای آزمون نرمال بودن توزیع، از آزمون کولموگروف-اسمینروف استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف-اسمینروف برای متغیرها

متغیرها شاخص‌ها	مقدار آزمون	سطح معنی داری
سبک فرزندپروری سهل گیرانه	۰/۹۲۲	۰/۳۶۳
سبک فرزندپروری مقتدرانه	۰/۹۱۲	۰/۳۷۶
سبک فرزندپروری مستبدانه	۱/۲۱۵	۰/۰۸۸
اختلال رفتاری براساس CSI-4	۰/۹۳۹	۰/۳۴۲
اختلال رفتاری بر اساس DSM-5	۰/۷۶۴	۰/۶۰۳

چنانچه در جدول ۲ نمایان است، توزیع تمامی متغیرها با توجه به این که سطح معناداری آن‌ها بزرگتر از ۰/۰۵ است، نرمال هستند.

جدول ۳. آزمون لوین جهت بررسی تجانس واریانس‌ها

متغیرها شاخص‌ها	مقدار آماره لوین	سطح معناداری
سبک فرزندپروری سهل گیرانه	۰/۱۵۹	۰/۶۹۰
سبک فرزندپروری مقتدرانه	۰/۷۸۶	۰/۳۷۷
سبک فرزندپروری مستبدانه	۰/۰۱۱	۰/۹۱۸
اختلال رفتاری براساس CSI-4	۰/۱۴۸	۰/۷۰۱
اختلال رفتاری بر اساس DSM-5	۰/۱۳۴	۰/۷۱۵

با توجه به جدول ۳ سطح معناداری تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ است می‌توان گفت که واریانس از تجانس برخوردار است.

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین اختلال رفتاری و سبک‌های فرزندپروری

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه	۱				
سبک فرزندپروری مقتدرانه	۰/۴۶	۱	۱		
سبک فرزندپروری مستبدانه	۰/۴۷۱	-۰/۴۹	۱	۱	
اختلال رفتاری براساس CSI-4	۰/۴۴۸	-۰/۵۳	۰/۳۷	۱	
اختلال رفتاری بر اساس DSM-5	۰/۴۳۴	-۰/۳۹	۰/۳۳۶	۰/۸۱۵	۱

در جدول ۴ همبستگی میان سبک‌های فرزندپروری و اختلال رفتاری با توجه به DSM و علائم مرضی نشان داده شده است. نتایج نشان می‌دهد که سبک مقتدرانه با اختلال رفتاری رابطه منفی معنادار و سبک‌های سهل‌گیرانه و مستبدانه با اختلال رفتاری با توجه به DSM و علائم مرضی رابطه مثبت و معنادار دارند و این ارتباط در سطح اطمینان ۰/۹۵ معنادار است. پس از تایید نرمال بودن داده‌ها و تجانس واریانس‌ها و روابط معنادار بین متغیرها جهت بررسی سوالات پژوهش آزمون رگرسیون انجام شد. خلاصه نتایج در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون همزمان پیش‌بینی اختلال رفتاری با توجه به DSM

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بینی کننده	ضریب بتا	میزان t	سطح معنی‌داری	R	R ²	F
نشانیگان اختلال رفتاری با استفاده از DSM	شیوه سهل‌گیرانه	۰/۲۷	۱/۹۳	۰/۰۵۹	۰,۳۳۵	۰,۱۲۶	۱۵,۱۶
	شیوه مستبدانه	۰/۶۰	۵/۱۸	۰/۰۰۰۱			
	شیوه مقتدرانه	-۰/۵۴	-۴/۳۹	۰/۰۰۰۱			

جدول ۵ پیش‌بینی اختلال رفتاری با توجه به DSM را از روی سبک‌های فرزندپروری نشان می‌دهد. نتایج رگرسیون نشان می‌دهد ضریب رگرسیون چندخطی معنادار است ($F(3/336)=15/16$ ، $P \leq 0/0001$)، $R=0/335$ ، $R^2=0/126$). همچنان که جدول نشان می‌دهد ضریب همبستگی چندگانه میان ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین و اختلال رفتاری ۰/۳۳۵ بود. شیوه‌های فرزندپروری ۰/۱۲۶ اختلال رفتاری را تبیین می‌کنند. همچنان که جدول نشان می‌دهد به ازای هر واحد افزایش در نمرات شیوه فرزندپروری مقتدرانه، اختلال رفتاری با توجه به DSM فرزندان آن‌ها ۰/۵۴ واحد کاهش می‌یابد و به ازای هر واحد افزایش در نمرات شیوه فرزندپروری سهل‌گیرانه و شیوه مستبدانه، اختلال رفتاری با توجه به DSM به ترتیب ۰/۲۷ واحد و ۰/۶۰ واحد افزایش می‌یابد.

جدول ۶. نتایج تحلیل رگرسیون همزمان پیش‌بینی اختلال رفتاری با توجه به علائم مرضی CSI-4

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بینی کننده	ضریب بتا	میزان t	سطح معنی‌داری	R	R ²	F
نشانیگان اختلال رفتاری با استفاده از علائم مرضی CSI-4	شیوه سهل‌گیرانه	-۰/۱۰	-۰/۶۰	۰/۵۴۸	۰,۴۲۱	۰,۱۷۷	۷,۰۷
	شیوه مستبدانه	۰/۴۵	۳/۱۷	۰/۰۰۳			
	شیوه مقتدرانه	-۰/۳۹	-۲/۹۹	۰/۰۰۵			

جدول ۶ پیش‌بینی اختلال رفتاری با استفاده از علائم مرضی CSI-4 را از روی سبک‌های فرزندپروری نشان می‌دهد. نتایج رگرسیون نشان می‌دهد ضریب رگرسیون چندخطی معنادار است ($F(3/336)=7/07$ ، $P \leq 0/0001$)، $R=0/421$ ، $R^2=0/177$). همچنان که جدول نشان می‌دهد ضریب همبستگی چندگانه میان ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین و اختلال رفتاری ۰,۴۲۱ بود. شیوه‌های فرزندپروری ۰,۱۷۷ اختلال رفتاری را تبیین می‌کنند. همچنان که جدول نشان می‌دهد به ازای هر واحد افزایش در نمرات شیوه فرزندپروری مقتدرانه، اختلال رفتاری با توجه به علائم مرضی فرزندان آن‌ها ۰/۳۹ واحد کاهش می‌یابد و به ازای هر واحد افزایش در نمرات شیوه فرزندپروری سهل‌گیرانه، اختلال رفتاری با توجه به علائم مرضی ۰/۴۵ واحد افزایش می‌یابد.

جدول ۷. ضرایب رگرسیون جهت پیش‌بینی نشانیگان اختلال رفتاری از طریق مقیاس‌های صفات شخصیت

متغیر ملاک	متغیرهای	ضریب	میزان	سطح
------------	----------	------	-------	-----

معنی داری	t	بتا	پیش بینی کننده	نشانگان اختلال رفتاری با استفاده از علائم مرضی
۰/۰۰۱	۴/۱۳	۰/۷۱	پرخاشگری	
۰/۰۰۲	۴/۰۶	۰/۱۵	روان پریشی	
۰/۰۰۹	۳/۹۲	۰/۳۵	بی مسئولیتی	
۰/۰۱	۳/۰۳	-۰/۰۱	روان نژندی	
۰/۰۰۶	۳/۱۲	-۰/۱۸	درون گرایی	

با توجه به ضرایب رگرسیون چندمتغیری با روش ورود همزمان و همچنین ضرایب رگرسیون بدست آمده، می توان مطرح نمود که مولفه صفات شخصیتی تأثیر مثبت و معنی داری بر اختلال رفتاری کودکان وجود دارد. بدین ترتیب با توجه به نتایج بدست آمده به این نتیجه رسیدیم که مقیاس های «جسمانی/شناختی و درونی سازی» و «برونی سازی، بین فردی، علایق و آسیب شناسی شخصیت در شیوع نشانگان اختلال رفتاری کودکان نقش مهمی دارد که با افزایش استفاده از آن ها اختلال رفتاری در کودکان افزایش و با کاهش آن ها نشانگان اختلال رفتاری نیز کاهش می یابد.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر دلالت بر اثرات شیوه های فرزندپروری بر نشانگان اختلال رفتاری دانش آموزان دارد. نتایج به دست آمده در این تحقیق، یافته ها و مطالعات پیشین در زمینه تأثیر شیوه های فرزندپروری بر نشانگان اختلال رفتاری را تایید می کند. این نتایج نشان می دهد هر چه والدین با شیوه های مقتدرانه آشنا تر باشند احتمال وجود نشانگان اختلال رفتاری در فرزندان آن کاهش می یابد و شیوه های فرزندپروری مقتدرانه و مستبدانه در روش های تربیتی والدین تا حدودی تبیین کننده نشانگان اختلال رفتاری در فرزندان آنهاست. یافته های این پژوهش با پژوهش های بسیاری از پژوهشگران مانند گارثی و همکاران (۲۰۱۷)، میلوسکی و همکاران (۲۰۱۷)، بیدر و همکاران (۲۰۱۶)، زارع و همکاران (۲۰۱۶)، طباطبایی (۱۳۹۴)، کینان و همکاران (۲۰۱۶)، طباطبایی و همکاران (۱۳۹۳) و شفیق پور و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. در اکثر این مطالعات انجام شده در ارتباط با سبک فرزندپروری و مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان به ارتباط معکوس سبک مقتدرانه و ارتباط مستقیم سبک مستبدانه با بروز مشکلات رفتاری اشاره شده است.

در تبیین نتایج این یافته می توان بیان نمود والدینی که از روش های مستبدانه در تربیت فرزندان خود بهره گرفته اند با توجه به اینکه الگوی ارتباطی کمتر آرمانی بوده و اغلب با سخت گیری و خشونت بیش از حد و تنبیه همراه هست و هر خطایی که از فرزند سر می زند با حمله به شخصیت کودک و ایجاد احساس شرمساری و گناه در او همراه است و این زمینه را برای ایجاد تصویری ضعیف از شخصیت خود و کاهش اعتماد به نفس و رفتارهای مخرب در کودک فراهم می سازد. کودک در چنین خانواده هایی نمی تواند بین تنبیه و خشونت که علیه او اعمال شده و رفتارهای خود ارتباط منطقی برقرار سازد و این تصویری را در ذهن کودک تثبیت مینماید که والدین او حقیقت محض هستند و در نتیجه زمینه را برای انجام رفتارهای مهار گیسخته و از جمله اختلال رفتاری فراهم می نماید. از سوی دیگر تنبیه های کینه توزانه و خشونت ها غیر منطقی تصور بی احترامی و بی توجهی را در ذهن کودک شکل خواهد داد و چنین تصویری باعث بروز برخی از رفتارهای ضد اجتماعی مانند فرار از منزل، پرخاشگری و رفتارهای ضد هنجار اجتماعی و مشکلات رفتاری خواهد شد.

همچنین نتایج نشان داد بین شیوه های فرزندپروری مقتدرانه و اختلال رفتاری رابطه منفی معنادار وجود دارد؛ و شیوه های فرزندپروری مقتدرانه قادر به تبیین اختلال رفتاری در دانش آموزان دوره ابتدایی می باشد. این یافته را می توان اینطور توجیه نمود والدینی که پیرو الگوی مقتدرانه در تربیت فرزند خود بوده اند در برخورد با رفتارهای اشتباه کودک همیشه بر رفتارهای او تأکید کرده اند و هرگز شخصیت کودک خود را تخریب نکرده اند و اگر هم تنبیه شده صرفاً بخاطر نارضایتی از انجام رفتارهای او بوده است و بجای اینکه کودک را هراسان و پریشان نمایند سعی کرده اند به اصلاح رفتار بیشتر توجه نمایند و کمبود دانش، تجربه و مهارت ها و اندیشه منطقی او را اصلاح نمایند. در چنین خانواده هایی که از روش های مقتدرانه استفاده می شود می دانند که باید کودک خود را برای مقابله با مشکلات و ناملازمات آماده نمایند و والدین می دانند که بدون وجود آن ها تحمل مشکلات برای کودکان شان امکان پذیر نیست بنابراین بجای تنبیه و خشونت و رفتارهای ناعادلانه به فرزند خود آموزش های لازم برای مقابله با مصایب زندگی را خواهند داد. با توجه به اینکه در این الگوی تربیتی کودک هرگز طرد نمی شود و فراتر از رفتارهای ناشایستی که از او سر می زند مورد توجه واقع می شود و رفتارهای مثبت او نیز همواره مورد تشویق قرار می گیرد و بدین وسیله احساس دوست داشتن را در کودکان خود پرورش می دهند و این باعث خواهد شد میل به همکاری و حس اعتماد به نفس و عزت نفس در کودکان برانگیخته شود و به تبع آن کودکان در چنین محیطی سازگاری بیشتری را در اجتماع خود نشان خواهند داد. بدیهی است که

کودکان با چنین روش فرزندپروری و تربیتی زمینه را برای رفتارهای مطلوب فراهم و این کودکان کمتر دچار رفتارهای ناشایست و از جمله اختلال رفتاری خواهند شد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه در سطح اطمینان ۹۵ بر اختلال رفتاری تأثیر معنی‌دار ندارد. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های شفیع پور و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. شاید بتوان نتایج ضد و نقیض را این گونه تبیین نمود که شیوه‌های تربیتی والدین اغلب بر حسب تعامل بین دو شیوه رفتاری، در تغییر است. بعد اول به بررسی رابطه عاطفی با فرزند می‌پردازد و به رفتاری بی‌توجه و طرد کننده ختم می‌شود. بعد دوم نظارت والدین بر کودک را در برمی‌گیرد و از رفتاری محدود کننده و مطالبه کننده تا روشی آسانگیر و بی‌ادعا متغیر است و در آن برای رفتار کودک، محدودیت‌های مختصری منظور شده است. حال می‌توان چنین نتیجه گرفت که ترکیب روش سهل‌گیرانه و عدم نظارت والدین همراه با خشونت و طرد، پیشگویی کننده معتبری برای اختلال رفتاری است. به نظر می‌رسد که شیوه‌های سهل‌گیرانه از سبک‌های تربیتی ناکارآمد هست و باعث بروز مشکلات رفتاری و اختلال رفتاری در کودکان می‌شود، اما اینکه در برخی پژوهش‌ها معنی‌دار و در برخی معنی‌دار نیست شاید تفاوت در نوع ابزار بکارگرفته شده و شرایط جمع‌آوری داده‌ها این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین اختلاف موجود را می‌توان به شرایط خانوادگی، فرهنگی، روانی اجتماعی حاکم بر زندگی فرزند نیز نسبت داد. این پژوهش نیز همانند دیگر پژوهش‌های حوزه روانشناسی با محدودیتهایی مواجه بوده است. مشخص نبودن میزان تحصیلات، سن و پایگاه اقتصادی اجتماعی والدین شرکت کننده و همچنین میزان صداقت شرکت کنندگان در پاسخ به پرسشنامه‌های خودگزارشی است که احتمال دارد در نتیجه پژوهش اثرگذار بوده باشد. با توجه به اینکه ابزار به کار گرفته شده برای سنجش سبک‌های فرزندپروری و علائم مرضی ابزار غربی و غیربومی است بنابراین ممکن است نتایج با تردیدهایی همراه باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود سبک فرزندپروری مقتدرانه به شیوه کاربردی در مباحث آموزش خانواده به والدین آموزش داده شود. آموزش مسئولان مدرسه و معلمان نسبت به شیوه‌های فرزندپروری برای هماهنگی این شیوه‌ها میان خانه و مدرسه. متخصصان از طرق متفاوت مانند برگزاری کلاسهای آموزشی در مدارس، استفاده از رسانه‌های گوناگون مانند برشورها و سی‌دی‌های آموزشی در جهت بالا بردن آگاهی والدین در زمینه سبک‌های فرزندپروری و تأثیر آن در رفتار فرزندان اقدام لازم را به عمل آورند. پژوهش حاضر در دیگر دوره‌های تحصیلی مانند مقطع ابتدایی یا راهنمایی و یا دانشجویان دانشگاه اجرا شود. در پژوهش‌های آتی تأثیر سایر متغیرهای روانشناختی در اختلال رفتاری با کنترل طبقات اجتماعی-اقتصادی والدین مورد بررسی قرار گیرد. در چک لیست DSM-5 راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ملاک‌های تشخیصی برای اختلال رفتاری با توجه به هنجارهای فرهنگی بومی سازی شود.

منابع

۱. اسفندیاری، غلامرضا. (۱۳۷۴). بررسی و مقایسه شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال رفتاری و مادر کودکان بهنجار و تأثیر آموزش مادران بر اختلالات رفتاری فرزندان، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتوی روانپزشکی ایران.
۲. انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست ۵، ترجمه: یحیی سید محمدی. (۱۳۹۳). چاپ دوم، تهران انتشارات روان.
۳. انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، آوادیس، هامایاک و همکاران، ۱۳۹۵ چاپ دوم، تهران: انتشارات رشد.
۴. بی‌ریا، ناصر. (۱۳۹۵). روان‌شناسی رشد با نگرش به منابع اسلامی، جلد دوم، تهران: انتشارات سمت.
۵. توکلی زاده، جهانشیر؛ جعفر بوالهروی، امیر هوشنگ؛ مهریار و محمود دژکام، (۱۳۷۶). همه گیر شناسی اختلالات رفتاری ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۹ و ۱۰، ۴۰-۵۱.
۶. حاجی سیدرضی، حمیده؛ ازخوش، منوچهر؛ کارینه، طهماسبیان و بیات، مریم. (۱۳۹۴). معناداری اثربخشی آموزش والدین کودکان نافرمان بر روش‌های فرزندپروری مادران و مشکلات رفتاری کودکان، خانواده پژوهشی، ۸(۴)، ۱-۱۴.
۷. خدمتگزار، حسین؛ ثاره، حسین؛ و کیلی، یعقوب و اصغر نژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۸۷). سبک اسنادی بزهکاران دارای اختلال رفتاری و مراقبان کانون اصلاح و تربیت، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۲(۱)، ۲۱-۱۷.
۸. زینالی، شیرین؛ خانجانی، زینب و سهرابی، فائزه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش والدین بر کاهش علائم اختلال رفتاری و پرخاشگری نوجوانان ۱۶-۱۴ سال، مجله سلامت و بهداشت، ۶(۵)، ۵۶۵-۵۷۴.
۹. سادوک بنیامین و سادوک، میرجنینا. (۲۰۱۵). خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری. ترجمه: فرزین رضاعی (۱۳۹۵). چاپ اول، تهران انتشارات ارجمند.

۱۰. شعبانی، زهرا و مویدی، معصومه. (۱۳۹۶). بررسی رابطه شیوه های فرزندپروری والدین با افسردگی دانش آموزان دختر دوره متوسطه و پیش دانشگاهی، خانواده و پژوهش، ۱۴(۳۶)، ۱۰۷-۱۲۵.
۱۱. شفیع پور، زهرا؛ شیخی، علی؛ میرزایی، مهشید و کاظم نژاد لیلی، احسان. (۱۳۹۴). سبکهای فرزندپروری و ارتباط آن با مشکلات رفتاری کودکان، پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۲۵، شماره ۷۶، ۵۶-۴۹.
۱۲. شیر، اسماعیل؛ ولی پور، مصطفی؛ مظاهری، محمدعلی و رودباری سقایی، بهناز. (۱۳۹۳). بررسی شیوع مشکلات رفتاری درونی سازی و برونی سازی در بین دانش آموزان مدارس راهنمایی پسر شهرستان زنجان، تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲ (۱)، ۴۴-۵۳.
۱۳. ضیاء الدینی، حسن و شفیع زاده، ناهید (۱۳۸۹). همه گیرشناسی اختلال بیش فعالی با کمبود توجه و اختلال رفتاری در دانش آموزان دبستانی سیرجان، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، ۱۱(۴)، ۴۱۹-۴۲۵.
۱۴. طباطبایی، سیدعلی؛ فضلی، رخساره و یارعلی، جواد. (۱۳۹۳). بررسی رابطه سبکهای فرزندپروری والدین با پیشرفت تحصیلی و اختلال رفتاری دانش آموزان دوره ابتدایی، فصلنامه خانواده و پژوهش، شماره ۱۸، ۲۳-۷.
۱۵. طباطبایی، سیدمحمد. (۱۳۹۶). بررسی رابطه شیوه های فرزندپروری با بهداشت روانی دختران، فصلنامه خانواده و پژوهش، ۱۱(۲)، ۸۹-۱۰۹.
۱۶. عسگری، مرضیه. (۱۳۸۶). مقایسه توانایی برنامه ریزی - سازماندهی در نوجوانان با و بدون اختلال رفتاری، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۷. قزلسفلو، مهدی و همتی پویا، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش نظم بخشی هیجانی بر سازگاری عاطفی، اجتماعی و تحصیلی پسرهای ۱۰ تا ۱۴ سال دچار اختلال رفتاری، فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۱۲(۲)، ۱۸۳-۲۰۲.
۱۸. کاپلان، هرولد، سادوک، بنجامین، (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روانشناسی بالینی ترجمه: رضاعی، فرزین، (۱۳۹۴). جلد سوم تهران: انتشارات ارجمند.
۱۹. گنجی، مهدی، (۱۳۹۳). آسیب شناسی روانی DSM-5، تهران، جلد دوم، انتشارات ساوالان.
۲۰. نجفی، محمود؛ فولادچنگ، محبوبه؛ عزیزاده، حمید و محمدفر، محمدعلی. (۱۳۸۸). میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، اختلال رفتاری و اختلال نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان دبستانی، فصلنامه کودکان استثنایی، ۹(۳)، ۲۳۹-۲۵۴.
۲۱. نوایی نژاد، شکوه. (۱۳۹۴). سه گفتار درباره اهمیت و تربیت فرزندان. تهران: انتشارات کلینی
۲۲. یوسفی، فایق و هوشیاری، سوما. (۱۳۹۴). شیوع و عوامل مرتبط با اختلال رفتاری در دانش آموزان متوسطه شهرستان سنندج، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال نوزدهم، شماره اول، ۳۷-۴۳.
۲۳. یوسفی، فایق؛ عرفانی، نصرالله، خیرآبادی، غلامرضا و قانعی، حسین. (۱۳۸۹). بررسی شیوع اختلالهای رفتاری و نافرمانی در دانش آموزان راهنمایی کردستان، اندیشه و رفتار، سال ششم، شمار ۲، ۴۸-۵۴.

24. Ballantine, J. (2015). Raising competent kids: The authoritative parenting style for parents particularly. *Childhood Education*, 78(1), 46-47.
25. Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
26. Baydar, N., Reid, M. J. & Webster-Stratton, C. (2016). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for head start mothers. *Child Development*, 74(5), 1433-1453.
27. Bird, H. R. (2016). Epidemiology of childhood disorder cross cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 35-49.
28. Chang, CN., Wang, W., (2016). Conduct disorder in girls: neighborhoods, family characteristics and parenting behaviors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 28, 1-11.
29. Forehand, R., Long, N. (2014). Outpatient treatment of the acting put child: procedures, long term follow-up data, and clinical problems. *Advanced behavior research therapy*, 10, 129-177.
30. Gadow, k. d., sprafkin, j. (1994). *Child symptom inventories manual*. Story brook, NY: checkmate plus.
31. Garthe, R., Reynolds, J., Kalafut, C., & John, J. (2017). The effects of parenting styles on adolescent depression, anxiety and substance use. *Journal of Clinical Psychology*, 10, 26-32.
32. Goldestein, L. H., Harvey, E. A. (2017). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, part iii: investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of child psychology*. 35, 125-136.

33. Hong, J., Tillman, R., & Luby, J. (2016). Disruptive behavior in preschool children: Distinguishing normal misbehavior from markers of current and later childhood conduct disorder. *Journal of Pediatrics*, 15(3): 723-730
34. Keenan, K., Hip well, A., Chung, T., Step, S., Stouthamer-Loeber, M., Lobber, R., et al. (2010). The Pittsburgh girl studies: Overview and initial findings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(4): 506-521.
35. Maccoby, E. E. (2011). Middle childhood in the context of the family. In W.A. Collins(Ed.), *Development during middle childhood: The years from six to twelve* (pp. 184-239). Washington, DC: National Academy Press.
36. Marsiglia, C.S. (2017). Impact of parenting styles and locus of control on emerging adults' psychosocial success. *Journal of Education and Human Development*, 1(1), 143-154.
37. Mash, E J., & Wolfe, D A. (2016). *Abnormal Child Psychology*. Wadsworth, Cengage Learning.
38. Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American*.
39. Milevsky, A., Schechter, M., Nether, S., & Keehn, D. (2017). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 73, 39-47.
40. Miller-Lewis, L. R., Prior, M. R., (2017). Early childhood externalizing behavior problems: child, parenting, and family-related predictors over time. *Journal of abnormal child psychology*, 34, 891-906.
41. Noll, J., & Bukstein, O. (2016). Predicting treatment response for oppositional defiant and conduct disorder using pre-treatment adrenal and gonadal hormones. *Journal of Child and Family Studies*, 21(6): 973-983.
42. Pandia, Y. S., Kim, B. S. K., Chiang, J., & Ju, C. M. (2017). Acculturation, enculturation, parental adherence to Asian cultural values, parenting styles, and family conflict among Asian American college students. *Asian American Journal of Psychology*, 1(1), 67-79.
43. Pedersen, W., & Mastekaasa, A. (2011). Conduct disorder symptoms and treatment. *Journal of Adolescence*, 34(5): 1025-1035.
44. Pereplechikova, F., & Kazdin, A. E. (2014). Assessment of parenting practices related to conduct problems: development and validation of the management of children's behavior scale. *Journal of child and family studies*, 13(4), 385-403.
45. Pffnner, L. J., McBurnett, K., Rathouz, P. J., & Judice, S. (2015). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorders, *journal of abnormal child psychology*, 33(5), 551-563.
46. Rich, B., & Querido, J. G. (2016). Parenting disruptive preschoolers: experiences of mothers and fathers. *Journal of abnormal child psychology*, 32(2), 203-213.
47. Schroeder, C. S., Gordon, B. N. (2017). *Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide*. Guilford press.
48. Tam, cl, Chan, a, kadirvelu, a & khoo, a, (2014). parenting styles and self-efficacy of adolcsent - volume 12 issue 14vcysion I. o.
49. Zare, F., Bakhshipour, B., & Hassanzadeh, R. (2014). Parenting style and mental health in Iranian adolescents. *Journal of Novel Applied Sciences*. Available online at www.jnasci.org.
50. Zoccolillo, M. (2015). Gender and the development of conduct disorder. *Development Psychopathology*, 5, 65-78.