

مشکلات رفتاری و هیجانی در فرزندان خانواده‌های تک والد تحت سرپرستی مادر با مقایسه با خانواده‌های دو والد: کمیته امداد امام خمینی

چکیده

میترا حکیم شوشتری^{۱*}

احمد حاجبی^۱، لیلی پناغی^۲

شیوا عابدی^۳

۱- گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲- متخصص پزشکی اجتماعی، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

۳- روانپزشک، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان

* نویسنده مسئول: مدرس، ظفر، بیمارستان علی اصغر (ع)
تلفن: ۹-۳۳۹۵-۴۴۵۰
email: mitra_hakim2000@yahoo.com

کلمات کلیدی: دو والد، تک والد، CBCL، مشکلات رفتاری و هیجانی.

مقدمه

فقر مشکلی مزمن و بارز در تعداد زیادی از جوامع شهری می‌باشد و خانواده‌های تک والد تحت سرپرستی مادر در معرض بیشترین خطر می‌باشند زیرا زنان سرپرست خانوار در موارد زیادی به علت محدودیت‌هایی از قبیل فقدان مهارت‌های شغلی، توانایی مشارکت فعال در بازار کار را ندارند و در شغل‌های با دستمزد کم و فصلی استخدام می‌شوند که این مشاغل اغلب فاقد درآمد کافی هستند، بنابراین پیشرفت شغلی آنها محدود می‌گردد و این مسائل منجر به تداوم فقر می‌شوند.^۱ بچه‌ها در خانواده‌های تک والد تحت سرپرستی پدر نسبت به خانواده‌های تک والد تحت سرپرستی مادر به طور متوسط استاندارد زندگی بالاتری داشته، کمتر فقر را تجربه می‌کنند، لذا با احتمال کمتری به کمک‌های دولت وابسته می‌شوند. این الگو از

دهه ۱۹۷۰ تاکنون ثابت بوده است.^۲ به‌طور کلی ۹۰٪ خانواده‌های تک والد، تحت سرپرستی مادر بوده و پدر غایب می‌باشد. کودکان این خانواده‌ها در زمینه‌های مختلف از قبیل بهداشتی، رفتاری و تحصیلی شرایط نامساعدتری نسبت به همسالان خود دارند.^۳ تعداد خانواده‌های تک والد در طی دو دهه گذشته رشد قابل توجهی داشته است. در بررسی سال ۲۰۰۰ در ایالات متحده آمریکا حدود ۲۲٪ کودکان فقط با مادر، ۴٪ فقط با پدر و ۴٪ با هیچکدام از والدین زندگی نمی‌کردند.^۴ این خانواده‌ها غالباً درآمد پایین داشته، به‌طوری‌که میزان فقر در خانواده‌های تک والد تحت سرپرستی مادر تقریباً سه برابر خانواده‌های تک والد با سرپرست پدر است.^۵ خانواده‌های تک والد ممکن است در اثر گسستگی خانواده یا مرگ یکی از والدین ایجاد شوند. در مطالعه‌ای در یکی از دانشگاه‌های آنکارا، شایع‌ترین

شد و گردآوری اطلاعات مربوط به متغیرهای وابسته از قبیل مشکلات رفتاری و هیجانی از طریق CBCL انجام گرفت. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط آخن باخ و ادل بروک برای ارزشیابی چگونگی سازگاری کودک با محیط ساخته شد و از طبقه‌بندی کودکان براساس یک سندرم خاص اجتناب می‌کند و به‌جای آن مجموعه‌ای از رفتارهای کودک را طبقه‌بندی می‌کند. اطلاع‌دهنده اصلی والدین کودک هستند و به‌واسطه این پرسشنامه مشکلات سازگاری و رفتاری کودکان جمع‌آوری می‌گردد.^۹ برای تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS ویراست یازدهم، استفاده شد. روشهای آماری جهت آمار توصیفی (فراوانی و میانگین) و آمار تحلیلی (آزمون t ، χ^2 و رگرسیون لجستیک) استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش فرزندان ۱۸-۴ ساله ۴۶۱ خانواده با استفاده از پرسشنامه CBCL ارزیابی شدند. خصوصیات جمعیت شناختی فرزندان در دو گروه دو والد و تک والد در جدول ۱ قابل مشاهده است. جهت پاسخ به سؤال اصلی پژوهش که بررسی تفاوت در میانگین نمرات خرده مقیاس‌های CBCL بود از آزمون t دو نمونه‌ای استفاده شد. در هیچ‌یک از ابعاد مورد نظر بین خانواده‌های دو والد و تک والد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. سؤال بعدی پژوهش این بود که آیا تفاوت معنی‌داری بین دختران در دو گروه دو والد و تک والد وجود دارد؟ جهت پاسخ به این سؤال میانگین نمرات خرده مقیاس‌های CBCL در دختران براساس گروه سنی ۱۱-۴ و ۱۸-۱۲ سال بین دو گروه دو والد و تک والد مقایسه شد که تفاوت آماری معنی‌داری در خرده مقیاس انزوطلبی (میانگین در گروه دو والد: 59.6 ± 9.5 ، میانگین در گروه تک والد 64.81 ± 13.2 ؛ $df=13$ ، $t=-3.6$ ، $p=0.01$) و جسمانی سازی (میانگین در گروه دو والد 56.9 ± 8 و در گروه تک والد 60.6 ± 10.6 ؛ $df=131$ ، $t=-2.1$ ، $p=0.02$) در دختران ۱۸-۱۲ سال بین دو گروه دو والد و تک والد وجود داشت. میانگین نمرات خرده مقیاس‌های CBCL در کودکانی که فرزند آخر هستند در گروه ۱۸-۱۲ ساله با استفاده از آزمون t مورد بررسی قرار گرفت و تفاوت معنی‌داری در خرده مقیاس انزوطلبی (میانگین گروه دو والد 60.4 ± 10.7 میانگین گروه تک والد 63.4 ± 8.5 ؛ $df=132$ ، $t=-2.5$ ، $p=0.02$)، پرخاشگری (میانگین در گروه دو والد 56.1 ± 7.9 ، گروه

علت تک والد شدن، طلاق بود.^۵ کودکان این خانواده‌ها نسبت به خانواده‌های دو والد، با احتمال بیشتری دچار فقر اقتصادی و سایر پاتولوژی‌ها از قبیل اعتماد به نفس پایین و ترک تحصیل می‌شوند که این مسائل منجر به تداوم فقر در خانواده می‌شوند.^۲ اختلال در سلامت روان مادر اثرات زیان‌آور بر رفتار کودک دارد. در یک بررسی در خانواده‌های تک والد، رابطه بین سلامت روان و شبکه‌های اجتماعی والد با اختلالات رفتاری کودکان، بین میزان سلامت روان والدین و شبکه‌های اجتماعی آنها، با اختلالات رفتاری کودکان رابطه معکوس وجود داشت.^۶ زنانی که در خانواده‌های تک والد بزرگ شده‌اند، عدم ثبات زندگی زناشویی والدین را در زندگی خود تکرار می‌کنند.^۷ مطالعات بالینی نشان می‌دهند پدران بیشتر از مادران کودک خود را برای فراگیری مهارت‌های خارج از محیط خانواده تشویق می‌کنند.^۳ پسرها نسبت به دخترها بیشتر دچار مشکلات انطباقی می‌شوند.^۸ در این پژوهش کودکان ۱۸-۴ ساله‌ای که در خانواده‌های تک والد تحت سرپرستی مادر و خانواده‌های دو والد زندگی می‌کنند، با کمک آزمون Child Behavior Checklist (CBCL) از نظر مشکلات رفتاری و هیجانی مقایسه شدند. برای حذف فاکتور فقر این کار در کمیته امداد امام خمینی (ره) انجام شد تا بین دو گروه مورد مقایسه همانند سازی وضعیت اقتصادی صورت گرفته و بیشتر به مشکلات ناشی از عدم حضور پدر پرداخته شود.

روش بررسی

واحد آماری در این پژوهش خانواده‌های تک والد تحت سرپرستی مادر و دو والدی بودند که تا پایان تیر ماه ۱۳۸۳ تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) تهران بوده‌اند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای بود به طوری که از بین ۲۰ منطقه تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی در تهران ۱۰ منطقه (در منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب و مرکز) براساس موقعیت جغرافیایی انتخاب شدند و تعداد نمونه در هر منطقه به نسبت تعداد خانواده‌های تحت پوشش آن منطقه مشخص گردید و سپس انتخاب خانوارها در هر منطقه به روش تصادفی سیستماتیک صورت گرفت. با در نظر گرفتن $\alpha=0.05$ و $\beta=0.1$ و اندازه تأثیر استاندارد ۰/۳ (اندازه تأثیر کوچک) حجم نمونه برای هر گروه حدود ۲۳۰ نفر و در کل ۴۶۰ نفر به دست آمد. گردآوری اطلاعات در ارتباط با متغیرهای دموگرافیک از طریق پرسشنامه مشخصات فردی انجام

جدول ۱: فراوانی، تعداد (درصد) متغیرهای دموگرافیک در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه دواوالد	گروه تک‌والد	p*
جنس	دختر	۱۱۲ (٪۵۲/۳)	۰/۸
	پسر	۱۰۲ (٪۴۷/۷)	
گروه سنی	۴-۱۱	۶۳ (٪۳۰/۲)	۰/۲
	۱۲-۱۸	۱۴۵ (٪۶۹/۷)	
تحصیلات مادر	بی‌سواد- ابتدایی	۱۲۱ (٪۵۶/۵)	۰/۰۰۰۵
	سیکل	۵۴ (٪۲۵/۲)	
	دیپلم	۳۹ (٪۱۸/۲)	
	تحصیلات دانشگاهی	۴ (٪۱/۶)	
شغل مادر	آزاد	۱۶ (٪۷/۵)	۰/۰۰۳
	دولتی	۸ (٪۳/۲)	
	خانه‌دار	۱۹۷ (٪۹۲/۱)	
تحصیلات پدر	بی‌سواد- ابتدایی	۱۱۸ (٪۵۵/۱)	۰/۰۰۰۵
	سیکل	۵۳ (٪۲۴/۸)	
	دیپلم	۴۲ (٪۱۹/۶)	
	تحصیلات دانشگاهی	۸ (٪۳/۲)	
	بدون پاسخ	۲۷ (٪۱۰/۹)	
شغل پدر	آزاد	۵۲ (٪۲۴/۳)	۰/۰۰۳
	دولتی	۶ (٪۲/۸)	
	بی‌کار	۱۴۹ (٪۶۹/۶)	
	بازنشسته	۷ (٪۳/۳)	
	بدون پاسخ	۲۸ (٪۱۱/۳)	
سابقه مراجعه کودک به روانپزشک	بلی	۲۶ (٪۱۲/۱)	۰/۲
	خیر	۱۸۸ (٪۸۷/۱)	
سابقه اختلال روانپزشکی در والدین	بلی	۵۱ (٪۲۳/۸)	۰/۰۰۰۵
	خیر	۱۶۳ (٪۷۶/۲)	
علت فقدان والد	فوت	۱۰۰ (٪۴۰/۵)	۰/۰۰۰۰۲
	طلاق	۹۶ (٪۳۸/۸)	
	ترک خانواده	۱۹ (٪۷/۷)	
	زندانی	۳۱ (٪۱۲/۶)	
	مفقودالتر	۱ (٪۰/۴)	

* نتایج آزمون t در افراد مورد بررسی بر حسب متغیرهای دموگرافیک

تک‌والد $60/2 \pm 10/6$ ؛ $df=132$ ، $t=-2/5$ ، $p=0/02$ و درونی‌سازی (میانگین در گروه دو والد $58/7 \pm 11/5$ در گروه تک‌والد $64/8 \pm 10/1$ ؛ $df=132$ ، $t=-3/2$ ، $p=0/01$) مشاهده گردید. میانگین نمرات خرده مقیاس‌های CBCL بر حسب علت از دست دادن والد با استفاده از

آزمون One Way Anova مورد بررسی قرار گرفت و تنها در خرده مقیاس انزوایلی (۱۵۶، $f=3/4$ ، $df=4$ و $p=0/01$) تفاوت معنی‌داری بر حسب افسردگی (۱۵۶، $f=3/4$ ، $df=4$ و $p=0/01$) تفاوت معنی‌داری بر حسب علت از دست دادن والد در کودکان نشان داد. با انجام آزمون post-hoc tukey تفاوت معنی‌داری بین علت فوت والد و زندانی شدن در خرده مقیاس انزوایلی؛ و فوت والد و طلاق و فوت والد و زندانی شدن در خرده مقیاس اضطراب و افسردگی وجود داشت. جهت بررسی اثر متغیرهای جنس، سن، تک‌والد و یا دو والد بودن، سابقه روانپزشکی کودک و سابقه مراجعه به روانپزشک در والدین روی نمره کل مقیاس، درونی‌سازی و برونی‌سازی از آزمون رگرسیون لجستیک با روش ورود همزمان (enter) استفاده شد. آزمون رگرسیون لجستیک جهت تعیین احتمال وقوع هر یک از سطوح متغیر کیفی دو حالت بر اساس متغیرهای مستقل می‌باشد. بر اساس یک یا چند متغیر مستقل که در پژوهش حاضر شامل سن، جنس، تک‌والد یا دو والد، سابقه روانپزشکی کودک و سابقه مراجعه به روانپزشک در والدین می‌باشد، احتمال وقوع متغیر کیفی دو حالت که در پژوهش حاضر شامل نمرات برونی‌سازی، درونی‌سازی و نمره کل مقیاس می‌باشد محاسبه می‌شود. جهت تبدیل نمرات برونی‌سازی، درونی‌سازی و کل نمره مقیاس به متغیر کیفی دو حالت، از نقطه برش ۶۴ استفاده شد. نتایج آزمون رگرسیون لجستیک در جداول ۲ و ۳ قابل مشاهده است. Odds ratio داشتن سابقه روانپزشکی کودک $3/02$ و سابقه مراجعه به روانپزشک در والدین کودک $1/9$ می‌باشد. به عبارتی کودکانی که سابقه مراجعه به روانپزشک را دارند $3/02$ برابر و کودکانی که والدین آنها سابقه اختلال روانپزشکی داشته‌اند $1/9$ برابر احتمال دارد که نمره کلی مقیاس آنها بالای نقطه برش باشد قرار بگیرند. این اثر در مورد گروه سنی و اینکه کودک در گروه دو والد و تک‌والد قرار بگیرد وجود ندارد. آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که کودکان با جنس مؤنث ($odds\ ratio=0/67$) و سابقه مراجعه به روانپزشک ($odds\ ratio=2/4$) و دارای والدین دچار اختلال روانپزشکی ($odds\ ratio=2/5$) بیشتر احتمال دارد که نمره برونی‌سازی آنها بالای نقطه برش قرار بگیرد. به علاوه این آزمون جهت نمره برونی‌سازی نشان داد که کودکان با سابقه مراجعه به روانپزشک ($odds\ ratio=4/8$) دارای والدین با اختلال روانپزشکی ($odds\ ratio=2/1$) بیشتر احتمال دارد که نمره برونی‌سازی آنها بالای نقطه برش قرار بگیرد.

جدول-۲: نتایج آزمون رگرسیون لجستیک جهت نمره کل مقیاس

متغیر	B	انحراف معیار	سطح معنی داری	Odds Ratio	Confidence interval
جنس مذکر	۰/۶۸۶	۰/۲۰۱	۰/۰۰۱	۱/۹	۱/۲-۲/۳
گروه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال	۰/۰۴۹	۰/۲۱۱	۰/۸۱۶	۱/۰۵	۰/۶-۴/۹
گروه تک والد و دو والد	۰/۱۳۷	۰/۲۰۵	۰/۵۰۲	۱/۱	۰/۰۲-۲/۵
سابقه روانپزشکی کودک	۱/۱۰۶	۰/۳۲۹	۰/۰۰۱	۳/۰۲	۱/۲-۵/۶
سابقه مراجعه به روانپزشک در بستگان درجه یک کودک	۰/۶۵۹	۰/۲۷۴	۰/۰۱۶	۱/۹	۱/۳-۳/۵

جدول-۳: نتایج آزمون رگرسیون لجستیک جهت نمره برونی سازی

متغیر	B	انحراف معیار	سطح معنی داری	Odds ratio	Confidence interval
جنس مذکر	-۰/۳۵	۰/۲۱۱	۰/۰۸۹	۰/۶۹۸	۰/۵-۱/۰۲
گروه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال	۰/۰۸۶	۰/۲۱۹	۰/۶۹۶	۱/۰۸	۰/۹-۵
گروه تک والد و دو والد	۰/۲۵۷	۰/۲۱۳	۰/۲۲۸	۱/۲	۰/۳-۳
سابقه روانپزشکی کودک	۱/۵	۰/۳۳۸	۰/۰۰۰	۴/۸	۲-۵
سابقه مراجعه به روانپزشک در بستگان درجه یک کودک	۰/۷۴	۰/۲۷۸	۰/۰۰۷	۲/۱	۱/۵-۶

بحث

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی و مقایسه‌ای است که با هدف بررسی اختلالات رفتاری و هیجانی بین دو گروه خانواده‌های دو والد و تک والد انجام شد. در این مطالعه رابطه اختلالات رفتاری و هیجانی با متغیرهای مختلف دموگرافیک نیز مورد بررسی قرار گرفت. مقایسه سطح تحصیلات مادران در دو گروه مورد مطالعه بالاتر بودن معنی دار سطح سواد را در مادران خانواده‌های تک والد نشان داد. مادرانی که از سطح دانش و آگاهی بالاتری برخوردارند، غالباً روش‌های فرزندپروری بهتری را اعمال می‌کنند که می‌تواند منجر به کاهش مشکلات رفتاری فرزندان آنان شود. بررسی در زمینه علت فقدان پدر در گروه تک والد نشانگر بالاتر بودن مرگ به عنوان علت فقدان بود که اختلال معنی داری با سایر علل را نشان می‌داد. می‌توان چنین نتیجه گرفت که ما در این بررسی غالباً با خانواده‌های تک والدی روبرو هستیم که در مقایسه با خانواده‌هایی که به علت طلاق یا مجرد بودن مادر، تک والد محسوب می‌شوند سایکوپاتولوژی کمتری دارند و کودکان در چنین خانواده‌هایی با عوامل خطر کمتری روبرو هستند. به عبارت دیگر احتمالاً اختلال روانی والدین، سوء مصرف مواد و ارتکاب جرایم در خانواده‌های تک والد ناشی از فوت پدر با خانواده‌های دو والد در جامعه پژوهش تقریباً برابر است. بررسی گروه‌ها در زمینه وضعیت شغلی مادران نیز اختلاف معنی داری نشان می‌دهد. این امر با توجه به نیاز اقتصادی در خانواده‌های تک والد، که

شاغل بودن مادر را ایجاب می‌کند، قابل توجیه است. مقایسه گروه‌ها در زمینه تحصیلات پدر نیز بیانگر وجود اختلاف معنی دار بین گروه‌ها است. در خانواده‌های تک والد، سطح تحصیلات پدر بالاتر از خانواده‌های دو والد است. مقایسه گروه‌ها از نظر وضعیت شغلی پدر، بیانگر اختلاف معنی دار در دو گروه است. در خانواده‌های دو والد بی‌کاری پدر به طور معنی داری بالاتر از خانواده‌های تک والد است. این امر می‌تواند به علت تحت پوشش کمیته بودن خانواده‌های دو والد باشد که غالباً خانواده‌هایی هستند که پدر به عللی از جمله ناتوانی جسمی یا بیماری روانی، توان اداره خانواده را ندارد، پس می‌توان چنین نتیجه گرفت که شرایط والدگری خانواده‌های دو والد در این بررسی با خانواده‌های دو والد در جامعه تفاوت دارند. غالباً در این گونه خانواده‌ها اختلال عملکرد پدر مشهود است. نقصان توانایی و یا معلولیت جسمی و روانی پدر، از قدرت او می‌کاهد و نقش پدر را در خانواده کم رنگ می‌کند. این امر می‌تواند موجب افزایش مشکلات رفتاری فرزندان در چنین خانواده‌هایی شود و باعث کاهش تفاوت مشکلات رفتاری در بین دو گروه می‌شود. نکته قابل توجه وجود سابقه اختلال روانپزشکی در بستگان درجه یک می‌باشد که در گروه دو والد به طور معنی داری بالاتر از گروه تک والد است. این امر مؤید احتمال وجود اختلال روانی در والدین به ویژه پدر است که موجب تحت پوشش قرار گرفتن خانواده علیرغم وجود پدر در خانواده است. با در نظر گرفتن این موضوع، کفایت پدر در این خانواده‌ها کاهش یافته و گروه‌های دو والد تحت پوشش کمیته امداد شباهت

بیشتر درونی‌سازی و برونی‌سازی بود.^۴ تعداد کودکانی که سابقه مراجعه به روانپزشک داشته‌اند در دو گروه با هم اختلافی نداشت. این امر می‌تواند به این علت باشد که مشکلات اقتصادی-اجتماعی و عدم کفایت پدر در خانواده‌های دو والد مورد بررسی، احتمالاً موجب افزایش مسائل فرزندان آنها و افزایش مراجعه آنان به روانپزشک گردیده که به صورت کاذبی اختلاف بین دو گروه را از بین برده است. ارتباط علت فقدان پدر با علائم درونی‌سازی از دیگر مواردی بود که در این بررسی به آن پرداخته شد. کودک تک والدی که پدر به علت زندانی بودن، حضور نداشت نسبت به گروهی که پدر فوت کرده بود، انزوایی ($p < 0/05$) و اضطراب افسردگی ($p < 0/05$) را به طور معنی‌داری بالاتر نشان می‌دادند. همچنین اضطراب و افسردگی در این کودکان نسبت به گروهی که به علت طلاق با یک والد زندگی می‌کردند، به طور معنی‌داری بیشتر بود ($p < 0/01$). در بررسی‌های دیگر کودکان خانواده‌های طلاق پرخاشگری، انزوایی، مشکلات تحصیلی، اعتماد به نفس پایین و شکایات جسمی بیشتری را تجربه کرده بودند.^۵ در مقایسه این کودکان با فرزندان خانواده‌های دو والد، میزان مشکلات بالاتر است و نیازمند مداخله هستند (30% در مقابل 10%). مسائل و کشمکش‌های موجود بین والدین کودکان طلاق و یا کودکانی که پدر آنها زندانی شده، بر اضطراب و افسردگی آنها دامن می‌زند. انگ حاصل از زندانی بودن پدر، موجب گوشه‌گیری و عدم برقراری ارتباط در این کودکان می‌شود. ایجاد شبکه‌های حمایت اجتماعی گسترده برای خانواده‌هایی که پدر زندانی است، می‌تواند از استرس خانواده کاسته و فرصت بیشتری برای مادر ایجاد کند تا بتواند ارتباط قوی و سالمی با کودک برقرار کند. آگاه کردن مادران از میزان بالای استرس فرزندان و آموزش روش‌های سالم ارتباطی از دیگر اقداماتی است که می‌تواند موجب ارتقاء سلامت روانی این کودکان شود. با توجه به نوع جامعه آماری، کمی حجم نمونه و برخی محدودیت‌های پژوهش، تعمیم یافته‌های این تحقیق باید با احتیاط صورت گیرد. نتایج آزمون رگرسیون لجستیک که برای کاهش اثر عوامل مخدوش‌کننده انجام شد، نشان داد که سابقه اختلال روانپزشکی کودک و سابقه مراجعه به روانپزشک در بستگان درجه یک در بالا بردن مشکلات درونی‌سازی، برونی‌سازی و کلی مؤثر بوده است. براساس این مدل خانواده‌های تک والد و سن کودک بر مشکلات تأثیر نداشتند. این نتایج با توجه به نوع خاص نمونه دو

بیشتری به گروه تک والد پیدا می‌کنند. ارتباط سلامت روانی والدین با رفتار مثبت با کودک در بررسی آرنسون تأیید شده است^۱ و آثار منفی افسردگی مادر بر رویکرد تربیتی وی در بررسی هال تأیید شد.^{۱۱} در محدوده سنی ۱۸-۱۲ سال برخی مشکلات رفتاری در دختران خانواده‌های تک والد به طور معنی‌داری بالاتر از دختران دارای دو والد است. بدین ترتیب که در خرده مقیاس انزوایی ($p < 0/05$) و جسمانی‌سازی ($p < 0/05$) دختران تک والد مشکلات بیشتری دارند. با توجه به این که دوره نوجوانی و بحران هویت می‌تواند مسائل هیجانی را تشدید کند و با توجه به مستعد بودن دختران به اختلال افسردگی، بررسی بالینی این گروه از دختران ضرورت می‌یابد. سلامت روانی دختران به‌عنوان مادران فردا، در سلامت کلی جامعه نقش بسزایی دارد. کارلسون و کورکوران گزارش کردند مادران سرپرست خانواده‌های تک والد میزان افسردگی بالاتر و سطوح عملکرد روانشناختی پایین‌تری دارند. آنها مشکلات هیجانی، رفتاری و تحصیلی را در 41% کودکان تک والد در مقایسه با 26% کودکان دارای دو والد گزارش کردند.^{۱۲} یافته‌های ما خشونت و پرخاشگری بیشتر را در پسران خانواده‌های تک والد تأکید کرد، یافته‌ای که در مطالعات زینس میستر به دست آمد.^۳ فرزندان آخر خانواده در مقطع سنی ۱۸-۱۲ سال در خانواده‌های تک والد در خرده مقیاس‌های متعددی از جمله انزوایی ($p < 0/05$)، شکایت جسمی ($p < 0/05$)، اضطراب و افسردگی ($p < 0/05$)، پرخاشگری ($p < 0/05$) و مشکلات درونی‌سازی ($p < 0/05$) با خانواده‌های دو والد متفاوت بودند. علائم ذکر شده که با علائم افسردگی نزدیکی بسیاری دارد، بار دیگر ضرورت بررسی نوجوانان تک والد را آشکار می‌سازد. در زمینه علت متفاوت بودن فرزندان آخر خانواده با سایر فرزندان، می‌توان به این نکته اشاره کرد که احتمالاً این فرزندان سال‌های بیشتری را بدون حضور پدر گذرانده‌اند و بسیاری از آنها تصویر ذهنی از پدر ندارند. چنین فرزندان با مشکلات اقتصادی ناشی از عدم حضور پدر بیشتر دست به گریبان بوده‌اند و احتمالاً به علت سن کمتر در خانواده و احساس مسئولیت سایر بزرگترها نسبت به آنان از تعدد والد مجازی رنج می‌برند. تشدید مشکلات فرزندان در دوره نوجوانی در بررسی کلارک-استیوارت تأیید شده است.^{۱۳} در بررسی کیدز کانت وجود افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در چنین کودکانی تأیید شده است. بررسی کودکان خانواده‌های بی‌خانمان با CBCL حاکی از مشکلات

ناتوانی جسمی یا بیماری روانی قدرت کافی برای اداره خانواده ندارد لذا نقش وی کم‌رنگ‌تر می‌شود و منجر به کاهش تفاوت مشکلات رفتاری و هیجانی بین دو گروه دو والد و تک والد می‌گردد. فرزندان خانواده‌های تک والد علیرغم نیاز بیشتر به سرویس‌های درمانی، به علت مشکلات اجتماعی و اقتصادی متعدد که والد با آنها اشتغال ذهن دارد، کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند بنابراین اختلالات آنها کمتر از حد واقعی گزارش می‌شود. سابقه اختلال روانپزشکی در بستگان درجه اول فرزندان خانواده‌های دو والد نسبت به تک والد بیشتر است و تفاوت معنی‌داری را با تک والد نشان می‌دهد و ممکن است منجر به افزایش مشکلات فرزندان خانواده‌های دو والد شود.

والد، از قدرت تعمیم بالایی برخوردار نیست. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با انتخاب چنین گروه‌هایی از سطح جامعه صورت پذیرد تا نتایج قابل اعتمادتری حاصل شود. به‌طور کلی نمرات خرده مقیاس‌های CBCL در بین دو گروه تک والد و دو والد تفاوت معنی‌داری ندارند. دلایلی که با توجه به جامعه پژوهش می‌توان جمع‌بندی نمود عبارتند از: سطح تحصیلات مادران تک والد بالاتر است که می‌تواند منجر به کاهش مشکلات رفتاری فرزندان آنان شود. شایع‌ترین علت تک والد شدن در خانواده‌های مورد مطالعه، فوت پدر است که معمولاً خانواده‌های آنها سایکوپاتولوژی کمتری دارند. در خانواده‌های دو والد تحت پوشش کمیته امداد پدر به‌عللی از جمله

References

1. Findeis J, Jensen L. Poverty, Labor Markets, and the Potential Among Single Female-headed Families in the Rural South: 2002.
2. Sarlo C. Single-parent families: Then and now: what are the consequences for the children? 2000; Available from: [http://www.childrenjustice.org]. Follow up link: fatherlessness#2.
3. Zinsmeister K. Fathers: who needs them? 2001; Available from: [http://www.mensconpraternity.org.au/menswebpage64.html].
4. Count K. Percent of families with children headed by a single parent. 2000; Available from: [http://www.aecf.org/kidscount/kc2002/summary/summary12.htm].
5. Oktem F. Demographic features and psychosocial problems in single-parent families: 1985 to 1995. *Turk J Pediatr* 1998; 40: 159-66.
6. Samuelsson MA. Associations between the mental health and social networks of children and parents in single-parent families. A comparison between a clinical group and a control group. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 438-45.
7. Cierpka A, Frevert G, Cierpka M. Men only make dirt!"--A study of single mothers in a mother-child program. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1992; 41: 168-75.
8. Dunn J, Deater-Deckard K, Pickering K, O'Connor TG, Golding J. Children's adjustment and prosocial behaviour in step-, single-parent, and non-stepfamily settings: findings from a community study. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 1083-95.
9. Hersen M, Bellack AS. Dictionary of Behavioral Assessment Techniques. New York: Pergamon: 1988.
10. Aronson SR, Huston AC. The mother-infant relationship in single, cohabiting, and married families: a case for marriage? *J Fam Psychol* 2004; 18: 5-18.
11. Hall LA, Gurley DN, Sachs B, Kryscio RJ. Psychosocial predictors of maternal depressive symptoms, parenting attitudes, and child behavior in single-parent families. *Nurs Res* 1991; 40: 214-20.
12. Carlson MJ, Corcoran ME. Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes. *J Marriage and Family*; 8: 779-92.
13. Clarke-Stewart KA, Vandell DL, McCartney K, Owen MT, Booth C. Effects of parental separation and divorce on very young children. *J Fam Psychol* 2000; 14: 304-26.

Emotional and behavioral problems of single parent vs. two parent children: Imam Khomeini Charity

Abstract

Hakim Shooshtray M.^{1*}
Panaghy L.¹
Hajebi A.²
Abedi Sh.³

1- Department of Psychiatry,
Mental Health Research Center
(Institute of Psychiatry), Iran
University of Medical Sciences
2- Social Medicine, Family
Research center of Shahid
Beheshti University
3- Psychiatrist, Mental Health
Research Center (Institute of
Psychiatry)

Background: The aim of this survey is to compare the emotional and behavioral problems of children with only one parent versus those from two-parent families. We analyzed behavioral problems such as aggression, delinquency and socialization issues, as well as emotional problems such as depression, anxiety, and somatic complaints.

Methods: Using a multi-stage cluster sampling, 10 of the 20 geographic regions covered by Imam Khomeini Charity were selected. Using systematic random sampling, 460 families with children aged 4-18 years were selected. All children were evaluated using the Child Behavior Check List (CBCL) to determine behavioral and emotional problems. Logistic regression tests were conducted to measure the effects variables, including age, gender, number of parents in the family, psychiatric history of each child and history of parental psychiatric treatment, on the internalizing, externalizing and total CBCL scores. A cut-off score of 64 was used to convert raw scores.

Results: No differences were observed in CBCL subscales between single-parent children vs. children of two-parent families.

Conclusion: Regarding the two-parent families among the study population, the results could not be generalized. As these families have qualified for assistance, the father cannot manage the family because of his disability, such as physical or mental problems. This minimizes the effect of having a father in a two-parent family, rendering them similar to single-parent families. Thus, differences were not observed between the two types of families. Further studies are necessary to compare single-parent families with two-parent families among the community.

Keywords: Two parents, single parent, CBCL, emotional & behavioral problems.

* Corresponding author: Ali Asghar
Hospital, Modarres, Zafar, Tehran,
IRAN
Tel: +98-21-44503395-9
email: mitra_hakim2000@yahoo.com