

مقدمه

کودکان بخش عمده‌ای از جمعیت هر جامعه را تشکیل می‌دهند. طبق مطالعات انجام‌شده، حداقل ۵ تا ۱۰ درصد کودکان و نوجوانان سنین مدرسه، مشکلات جدی و مستمر هیجانی یا رفتاری دارند (براندنبرگ و دیگران، ۱۹۹۰؛ کاستلو و دیگران، ۱۹۹۸؛ کافمن، ۲۰۰۱)، که درصد قابل‌توجهی از این مشکلات، ممکن است تا سال‌ها بعد ادامه یابد (باربارا و دیگران، ۲۰۰۴؛ مارمورستین، ۲۰۰۶). پیش از این، برخی بر این باور بودند که مشکلات کودکان ناشی از نارسایی‌های تحولی آنهاست و این گروه از کودکان، مشکلات خود را پشت سر خواهند گذاشت. اما واقعیت این است که اگرچه، فرایند تحول همراه با تغییرات سریع، نمی‌تواند فاقد ناپایداری رفتاری باشد، و کاملاً روشن است که بسیاری از کودکان در سال‌های نخستین کودکی، دارای مشکلات عاطفی و رفتاری‌ای هستند که ممکن است تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی تداوم یابد (گیمپل و هالند، ۲۰۰۲). از آنجاکه مشکلات عاطفی- رفتاری اغلب به‌طور طبیعی کاهش نمی‌یابد، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان مشکلات و اختلالات دوران کودکی معطوف شده است (کارت‌رایت‌هاتون، ۲۰۰۵).

در تعریف مشکلات رفتاری کودکان، آن دسته از رفتارها ناهنجار تلقی می‌گردد که ضمن عدم تناسب با سن، شدید، مزمن یا مداوم باشد و گستره آن شامل مشکلات برونی‌سازی شده مانند بیش‌فعالی، تضادورزی و پرخاشگری و نیز مشکلات درونی‌سازی شده مانند گوشه‌گیری، انزوا و افسردگی است (کمپبل و دیگران، ۲۰۰۰). تاکنون طبقه‌بندی‌های گوناگونی برای مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان صورت گرفته است. طبقه‌بندی مشکلات دوران کودکی، در قالب مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده، از گسترده‌ترین و پرکاربردترین پژوهش‌ها در زمینه طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی است که از رویکرد ابعادی پیروی می‌کند (آخنباخ و رسکولار، ۲۰۰۱).

مشکلات درونی‌سازی شده، از نظر ماهیت درون‌فردی هستند و به شکل کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی متجلی می‌شوند (همان) و به اعتقاد کواکز و دولین (۱۹۹۸)، و بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهند، موجب رنجش خود کودک می‌شوند. هسته اصلی آنها اختلال خلق یا هیجان است (مک کلیتوک، ۲۰۰۵). پژوهشگران میزان شیوع این مشکلات را در حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده‌اند (هانکین و دیگران، ۱۹۹۸؛ ماناسیس، ۲۰۰۰؛ کاستلو و دیگران، ۲۰۰۳؛ کسلر و دیگران، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد، از حدود ۸ سالگی می‌توان شاهد تجلی آشکار مشکلات درونی‌سازی شده در کودکان بود (هایمل و دیگران، ۱۹۹۰). علاوه بر شیوع بالای مشکلات

مقایسه مشکلات رفتاری کودکان در خانواده‌های تک فرزند و دو فرزند

سیدعباس ساطوریان / دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی خانواده مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی * sabbas61@gmail.com

کارینه طهماسبیان / استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی ktahmassian@yahoo.com

محمدرضا احمدی / استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی * m.r.Ahmadi313@Gmail.com

دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۱ - پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۶

چکیده

پژوهش حاضر به مقایسه میزان مشکلات رفتاری برونی‌سازی و درونی‌سازی شده دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در خانواده‌های تک فرزند و دو فرزند شهرستان یزد می‌پردازد. روش این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است. نمونه مورد پژوهش، ۳۰۸ نفر از دانش‌آموزان پایه اول تا ششم مدارس ابتدایی شهرستان یزد (۱۶۳ تک فرزند و ۱۴۵ دو فرزند)، به همراه والدین آنان هستند که به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابزار این پژوهش، سیاهه رفتاری کودکان (CBCL) به همراه فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق ساخته است. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، حاکی از معناداری تفاوت میانگین مشکلات رفتاری اعم از مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی، میان تک فرزندی‌ها و دو فرزندی‌ها بود. براساس یافته‌های به‌دست آمده می‌توان گفت: کودکان خانواده‌های دو فرزند، در مشکلات رفتاری اعم از مشکلات درونی‌سازی و مشکلات برونی‌سازی، میانگین کمتر و وضعیت کاملاً بهتری نسبت به تک فرزندی‌ها دارند.

کلیدواژه‌ها: مشکلات رفتاری، درونی‌سازی، برونی‌سازی، تک فرزند، دو فرزند، کودکان.

درونی‌سازی‌شده و تأثیر مخرب آنها بر کنش‌وری کودکان، عاملی که اهمیت بررسی این مشکلات را بیشتر می‌کند، این است که این مشکلات گذرا نیستند و سیر پیوسته و بازگشت مجدد آنها، آثار بلندمدتی بر سطوح هیجانی کودکان بر جای می‌گذارد (ایساو و دیگران، ۲۰۰۲؛ کندال و دیگران، ۲۰۰۴؛ کلمن و دیگران، ۲۰۰۷). در نهایت، احتمال ابتلا به سایر اختلال‌های روان‌شناختی را زیاد می‌کند (اولندیک و کینگ، ۱۹۹۴؛ رادولف و کلارک، ۲۰۰۰).

مشکلات برونی‌سازی‌شده، از جمله اختلال‌های دوران کودکی است و محتوای اصلی آنها را رفتارهای ضداجتماعی و تضادورزانه تشکیل می‌دهند که براساس طبقه‌بندی ابعادی، با اصطلاح اختلال‌های برونی‌سازی‌شده نام‌گذاری شده‌اند. این مشکلات، الگوهای رفتاری سازش‌نا یافته‌ای هستند که در تعارض با دیگر افراد و انتظارهایشان قرار می‌گیرند (آخنباخ و رسکولار، ۲۰۰۱). نشانه‌های این دسته از مشکلات، برخلاف مشکلات درونی‌سازی‌شده، در رفتار بیرونی کودکان ظاهر می‌شوند و بیانگر عمل منفی کودک بر محیط بیرونی هستند (لایو، ۲۰۰۴). از این رو، بیش از آنکه بر خود فرد اثر گذارند، موجب ایجاد مشکل برای دیگران خواهند شد (دادستان و همکاران، ۱۳۸۸، ص ۲۵۸). پیش‌آگهی این مشکلات وضعیت نامطلوبی است و کودکان مبتلا، در سال‌های آینده در معرض خطر مشکلات دیگری همچون مشکلات یادگیری، خلقی، بیش‌اضطرابی، مصرف مواد و الکلیسم (انگلد و دیگران، ۱۹۹۹؛ کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲؛ بلوم‌کوئیست، ۱۳۸۳؛ باربارا و دیگران، ۲۰۰۴؛ مارمورستین، ۲۰۰۶)، اختلال شخصیت ضداجتماعی (لئوبر و دیگران، ۲۰۰۰؛ ریچارد و دیگران، ۲۰۰۲؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۲؛ بلوم‌کوئیست، ۱۳۸۳؛ میلین و دیگران، ۲۰۰۱) و ناسازگاری‌های مربوط به زندگی زناشویی و شغلی هستند (دیویسن، ۲۰۰۵). پژوهش‌های همه‌گیرشناختی راتر و دیگران (۲۰۰۶)، در مورد مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان نیز نشان می‌دهد که اکثر بزرگسالان ضداجتماع، به مدت طولانی دارای مشکلات رفتاری در دوران کودکی بوده‌اند (صابری، ۱۳۸۷، ص ۲۱).

در زمینه آسیب‌شناسی این مشکلات، عوامل زیادی مطرح شده است. علاوه بر کاستی‌هایی که در زمینه تعامل والدین با فرزندان و سبک‌های والدگری دیده می‌شود، می‌توان به ترتیب تولد و اندازه خانواده به‌عنوان عوامل تعیین‌کننده خصوصیات شخصیتی فرزندان، توجه کرد (احدی و بنی‌جمال، ۱۳۷۴، ص ۹۸). در سال‌های اخیر، از یک‌سو، با توجه به وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی، و تبلیغاتی که در زمینه کاهش تعداد فرزند صورت گرفته، و از سوی دیگر، با توجه به نتایج برخی از پژوهش‌ها (پوستون و یو، ۱۹۸۶؛ سردارپور و همکاران، ۱۳۸۲؛ بیاتی، ۱۳۸۳)، که بیانگر ویژگی‌های

مثبت تک‌فرزندها در برخی زمینه‌های عاطفی- رفتاری بوده است، برخی والدین به داشتن یک فرزند بسنده و برخی دیگر، تمایل به داشتن تنها یک فرزند دارند، درحالی‌که، نتیجه برخی از تحقیقات دیگر (فیروزبیخت، ۱۳۸۷، ص ۱۲۶؛ زانگ و دیگران، ۲۰۰۱)، بعکس بوده، ویژگی‌های نامطلوبی را برای تک‌فرزندان نشان می‌دهند (لیسن و بلانتون، ۲۰۰۱، ص ۷۲۸؛ عزیز، ۱۳۹۰، ص ۵۳). نتایج تحقیق سردارپور و همکاران، نشان داد که فراوانی اختلال سلوک و نقص توجه در کودکان خانواده‌های چندفرزند، به مراتب بیشتر از تک‌فرزندهاست (عزیزی، ۱۳۹۰، ص ۲۰). ویلکینسون و راولیا (۱۹۹۷) و وانگ و همکاران (۱۹۹۸)، در بررسی‌های خود در هلند به این نتیجه رسیدند که تک‌فرزندان، نسبت به بچه‌های دارای خواهر و برادر، از نظر هوش و کارایی و میزان سازگاری در سطح مطلوب‌تری قرار دارند (بیاتی، ۱۳۸۳، ص ۸۲). بیاتی در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که میزان سازگاری تک‌فرزندان، بیش از کودکانی است که خواهر و برادر دارند (همان، ص ۱۱۱). برخی نیز اذعان می‌کنند که هرچند تک‌فرزندی به خودی خود مشکل نیست، ولی در غیاب روش‌های آموزشی مناسب، ممکن است نتایج بدی داشته باشد (ناصری و رئیس، ۱۳۸۶، ص ۶۲).

می‌لوسکی (۲۰۰۵)، در پژوهش خود دریافت که کودکان دارای خواهر یا برادر، گرایش بیشتری به سازگاری اجتماعی دارند. همچنین در مطالعاتی که بر روی مهارت‌های اجتماعی متمرکز شدند (کاتینگ و دان، ۲۰۰۶)، این نتایج حاصل شد که تک‌فرزندان پرخاشگر و مخرب‌تر بودند و در بین گروه دوستان، محبوبیت کمتری داشتند و بیشتر قربانی می‌شوند. درحالی‌که کودکانی که همشیر داشتند، مهارت‌های همکاری بیشتری در گروه دوستان از خود نشان می‌دادند. کیتزمن (۲۰۰۲) معتقد است: زندگی کردن در یک خانواده، که حداقل یک عضو همشیر دارد، علاوه بر توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباط صمیمی بین همشیران، هرچند گاهی ممکن است متعارض هم به نظر برسد، اما تجربه این تعارضات در دوران کودکی به دلیل اینکه به کودک اطلاعات اساسی و مهم مدیریت و حل تعارضات را می‌دهد، ضروری به نظر می‌رسد (عزیزی، ۱۳۹۰، ص ۴۷).

اگرچه خودداری از داشتن فرزند یا تعدد آن، گرایشی است که با تأثیرپذیری از فرهنگ غرب به وجود آمده و در جوامع اسلامی نیز طرفدارانی یافته است، اما با نگاهی به آموزه‌های دینی به‌طور قطع، فرزندان می‌توانند تأثیرات مثبت و سازنده‌ای در زندگی والدین داشته باشند. از نظر اسلام، فرزندان از ارکان مهم خانواده محسوب می‌شوند. به همین دلیل «ولود» به‌معنای فرزندآور بودن، از ویژگی‌های مهم در انتخاب همسر دانسته شده است (شهیدثانی، بی‌تا، ص ۲۳). در قرآن و کلمات و سیره ائمه

جامعه آماری، گروه نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، کلیه والدین و دانش‌آموزان مقطع ابتدایی سال تحصیلی ۹۲-۹۱ مدارس دولتی یا غیرانتفاعی شهرستان یزد بودند. در این پژوهش، تعداد ۳۰۸ کودک دختر و پسر (۱۲-۷ سال) از دو گروه خانواده‌های تک (۱۶۳ نفر) و دوفرزند (۱۴۵ نفر)، به روش خوشه‌ای تصادفی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. به این ترتیب در ابتدا، فهرستی از مدارس ابتدایی از دو ناحیه آموزش و پرورش شهرستان یزد، تهیه و از بین آنها تعداد ۴ مدرسه ابتدایی دخترانه و پسرانه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس، از بین کلاس‌های اول تا ششم، تعدادی کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شدند و از دانش‌آموزان خواسته شد تا پرسش‌نامه‌ها را به والدین بدهند که پس از تکمیل توسط والدین و تحویل به مدیریت مدرسه، جمع‌آوری شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

فهرست رفتاری کودکان (CBCL): در این پژوهش برای اندازه‌گیری مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان، از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ فرم والدین استفاده شده است. نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ، شامل مجموعه‌ای از فرم‌ها برای ارزیابی شایستگی‌ها، کارکرد انطباقی و مشکلات هیجانی-رفتاری است که عبارتند از: سیاهه رفتاری کودک، پرسش‌نامه خودسنجی، و فرم گزارش معلم. هریک از این فرم‌ها در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شوند. چک لیست رفتاری کودک (CBCL)، از ۱۱۳ متغیر تشکیل شده که حالات هیجانی و رفتاری کودکان را در هشت زمینه، در دو گروه سنی (۱۱-۴ سال) و نوجوانان (۱۸-۱۲ سال)، در شش ماه اخیر بررسی کرده و والدین رفتارهای مختلف فرزند خود را بر روی یک مقیاس سه درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی می‌کنند. نمره‌های آزمون می‌تواند در سه شاخص مشکلات درونی‌سازی شده (شامل گوشه‌گیری، اضطراب، افسردگی)، مشکلات برونی‌سازی شده (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه) و مشکلات کلی (شامل شاخص‌های مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی، محورهای مشکلات تمرکز، تفکر، اجتماعی و متفرقه) ارائه گردد. ضریب پایایی این آزمون، ۰/۷۵ گزارش شده و به‌عنوان یکی از ابزارهای مهم غربالگری برای اختلال‌های روان‌پزشکی گروه ۴-۱۸ سال به کار می‌رود (آخنباخ، ۱۹۹۲). هنجاریابی درونی این نظام سنجش در تهران، پس از انطباق‌های لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی روی نمونه ایرانی انجام شده است. نتایج نشان می‌دهد که ضرایب آلفای مقیاس، مبتنی بر اساس DSM-IV در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد. دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ است. همچنین نتایج به‌دست‌آمده در مورد روایی سازه، روایی سؤال و

معصومین^۱ از فرزند با تعابیری همچون میوه دل و نور دیده (محدث نوری، ۱۴۰۸ق، ج ۱۳، ص ۱۱۳)، مایه خوشبختی و کسی که انسان را یاری می‌کند، و نیز مایه رحمت و غفران الهی یاد شده است (حر عاملی، ۱۴۰۹ق، ج ۲۱، ص ۳۵۷). از این رو، در روایات به فرزندآوری و تعدد فرزند توصیه فراوان شده است (مجلسی، ۱۴۰۴ق، ج ۱۰۰، ص ۲۲۰).

طبق پژوهش‌های صورت‌گرفته، عوامل متعددی می‌تواند در ایجاد مشکلات رفتاری در کودکان نقش داشته باشد (ترک‌لادانی و همکاران، ۱۳۸۷). تأثیر خانواده به‌عنوان نخستین واحد اجتماعی بر فرزندان، امری روشن است. از آنجاکه در جریان رشد کودک، محیط و شرایط خانواده، تعداد فرزندان و روابط خواهران و برادران، می‌تواند یک عامل محافظ و مهیاکننده زمینه‌های رشد و یا یک عامل خطر باشد (کميجانی و ماهر، ۱۳۸۶، ص ۶۶؛ احدی و بنی‌جمال، ۱۳۷۵)، این پژوهش در پی مطالعات انجام‌شده درباره ویژگی‌های مثبت و منفی تک‌فرزندی و چندفرزندی شکل گرفته و هدف آن مقایسه میزان مشکلات رفتاری کودکان سنین دبستان، در خانواده‌های تک‌فرزند و دو فرزند است. بنابراین، این پژوهش، به دنبال پاسخ به سؤالات زیر است:

- آیا میان مشکلات رفتاری کودکان در خانواده‌های تک‌فرزند و مشکلات رفتاری کودکان در خانواده‌های دو فرزند، تفاوت معناداری وجود دارد؟
- آیا میان مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، در بین کودکان خانواده‌های تک‌فرزند و خانواده‌های دو فرزند، تفاوت معناداری وجود دارد؟
- آیا میان مشکلات رفتاری برونی‌سازی‌شده، در بین کودکان خانواده‌های تک‌فرزند و خانواده‌های دو فرزند، تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش تحقیق

با توجه به اینکه هدف اصلی این پژوهش توصیفی، مقایسه مشکلات رفتاری کودکان در خانواده‌های تک‌فرزند و دو فرزند است و تعداد فرزند به‌عنوان عاملی که می‌تواند بر متغیرهای وابسته (مشکلات رفتاری درونی‌سازی، و مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده) تأثیر بگذارد، به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده است. بنابراین، این پژوهش از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای می‌باشد. در این پژوهش، علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌وسیله آزمون آنالیز واریانس یک راهه، انجام گرفت.

روایی عاملی این نظام نشان از روایی قابل قبول و ضریب همبستگی درونی ($P < 0.01$) این نظام دارد (مینایی، ۱۳۸۴). لازم به یادآوری است، مشخصات و اطلاعات جمعیت‌شناختی کودکان و والدین آنها، به وسیله فرم محقق‌ساخته به‌دست آمد.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش، به‌منظور مقایسه مشکلات رفتاری کودکان دختر و پسر در خانواده‌های تک‌فرزند و دو فرزند، آزمودنی‌ها در دو سطح مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، و مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده، با یکدیگر مقایسه شدند. در جدول (۱)، توصیف جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها ازجمله تعداد تک‌فرزندی‌ها و دو فرزندی‌ها، میانگین نمرات مشکلات درونی و برونی‌سازی شده، و انحراف استاندارد آنها ارائه شده است.

جدول (۱): توصیف داده‌ها در خصوص مشکلات رفتاری کودکان براساس تعداد فرزند

| متغیر | تعداد فرزند | فراوانی | میانگین | انحراف استاندارد | کمینه | بیشینه |
|--------------|-------------|---------|----------|------------------|-------|--------|
| | تک فرزند | ۱۶۳ | ۱۳۶/۰۷۶۹ | ۱۸/۹۷۳۴۶ | ۱۰۹ | ۲۲۳ |
| مشکلات کلی | دو فرزند | ۱۴۵ | ۱۲۶/۸۶۹۷ | ۱۷/۰۳۱۹۹ | ۱۰۴ | ۲۰۸ |
| | مجموع | ۳۰۸ | ۱۳۲/۲۱۳۱ | ۱۸/۵۱۶۶۸ | ۱۰۴ | ۲۲۳ |
| | تک فرزند | ۱۶۳ | ۳۸/۸۱۶۷۴ | ۶/۴۸۴۰۶۹ | ۳۳ | ۶۹ |
| مشکلات برونی | دو فرزند | ۱۴۵ | ۳۶/۱۲۴۱۴ | ۵/۷۸۲۹۷۶ | ۳۰ | ۶۴ |
| | مجموع | ۳۰۸ | ۳۷/۵۴۹۱۲ | ۶/۲۹۹۵۵۵ | ۳۰ | ۶۹ |
| | تک فرزند | ۱۶۳ | ۳۵/۶۴۴۱۷ | ۶/۰۵۴۹۷۵ | ۲۶ | ۶۲ |
| مشکلات درونی | دو فرزند | ۱۴۵ | ۳۴/۲۳۴۴۸ | ۵/۴۱۳۴۷۸ | ۲۶ | ۵۵ |
| | مجموع | ۳۰۸ | ۳۴/۹۸۰۵۲ | ۵/۷۹۵۶۱۹ | ۲۶ | ۶۲ |

همان‌گونه که داده‌های جدول (۱) نشان می‌دهد، میانگین نمره تک‌فرزندی‌ها در خصوص مشکلات برونی‌سازی، برابر با ۳۸/۸ شده که این میزان در بین دو فرزندی‌ها برابر با ۳۶/۱ به‌دست آمده است. در خصوص مشکلات درونی‌سازی، میانگین نمرات به‌دست آمده در تک‌فرزندی‌ها، ۳۵/۶ و در دو فرزندی‌ها برابر با ۳۴/۲ به‌دست آمد.

طبق نتایج به‌دست آمده روشن شد که تک‌فرزندی‌ها، در خصوص هر دو قسم مشکلات رفتاری (اعم از مشکلات برونی‌سازی و مشکلات درونی‌سازی شده)، از میانگین نمره بالاتری نسبت به دو فرزندی‌ها برخوردار هستند. برای بررسی و مقایسه میانگین‌ها و معنادار بودن یا نبودن تفاوت آنها، از آزمون تحلیل واریانس یک راه استفاده شد که نتایج به‌دست آمده در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲): آنالیز واریانس یک راه در خصوص مشکلات رفتاری درونی و برونی‌سازی شده

| متغیر | df | F | Sig. |
|--------------|-----|--------|-------|
| مشکلات کلی | ۱ | ۵/۸۰۲ | ۰/۰۰۱ |
| | ۳۰۶ | | |
| | ۳۰۷ | | |
| مشکلات برونی | ۱ | ۱۴/۶۴۲ | ۰/۰۰۱ |
| | ۳۰۶ | | |
| | ۳۰۷ | | |
| مشکلات درونی | ۱ | ۴/۵۹۳ | ۰/۰۳۲ |
| | ۳۰۶ | | |
| | ۳۰۷ | | |

طبق جدول (۲)، نتایج تحلیل واریانس با توجه به سطح معناداری، در خصوص هر دو طیف از مشکلات رفتاری (اعم از مشکلات برونی‌سازی و مشکلات درونی‌سازی شده) تفاوت معناداری را بین تک‌فرزندی‌ها و دو فرزندی‌ها نشان می‌دهد. این نتایج بدین معناست که میانگین مشکلات رفتاری تک‌فرزندی‌ها، در هر کدام از دو قسم مشکلات رفتاری، نسبت به دو فرزندی‌ها بالاتر است و تفاوت میان این دو گروه، تفاوت معناداری است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف مقایسه مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده کودکان در خانواده‌های تک‌فرزند و دو فرزند انجام شده است. در پاسخ به این سؤال که «آیا میان مشکلات رفتاری کودکان در خانواده‌های تک‌فرزند و دو فرزند، تفاوت معناداری وجود دارد؟» نتایج نشان داد که پاسخ مثبت است و تفاوت معناداری میان مشکلات رفتاری کودکان در خانواده‌های تک‌فرزند و دو فرزند وجود دارد و دو فرزندی‌ها مشکلات کمتری نسبت به تک‌فرزندی‌ها دارند.

این یافته، با نتایج تحقیقات ایران‌پور (۱۳۷۹)، سردارپور و همکاران (۱۳۸۱)، مبنی بر کمتر بودن مشکلات تک‌فرزندی‌ها، غیرهمسو و با نتیجه تحقیق لیسن و بلاتون (۲۰۰۱) همسو است. در تبیین این یافته، می‌توان گفت: هرچند عوامل مختلفی در ایجاد و بروز مشکلات رفتاری در کودکان نقش دارند و در اکثر موارد، شواهد قطعی در بروز مشکل در بیشتر افراد دخالت داشته باشد، اما ممکن است برخی عوامل مانند تک‌فرزند بودن، زمینه بروز مشکل رفتاری را در کودک ایجاد کند. برخی عوامل دیگر، تسریع‌کننده و تشدیدکننده آن باشد (هالاها و کافمن، ۲۰۰۳). بنابراین، ضمن اینکه تعداد فرزند می‌تواند استعداد و زمینه بروز برخی مشکلات رفتاری مانند وابستگی را مهیا کند، اما سبک والدگری و رفتارهای والدین مهم‌ترین عامل مشکلات رفتاری در کودکان دانسته شده است. بیکر و همکاران

(۲۰۰۲)، بیان کردند که ویژگی‌های روانی والدین و سبک والدگری آنها، با بروز مشکلات رفتاری کودکان رابطه مثبت دارد؛ والدینی که استرس والدگری بالایی را تجربه می‌کنند، از پاسخ‌گویی به استرس‌های روزمره نیز عاجزند و در نظم دادن به خود و کودکان خود، دچار مشکل خواهند شد. این ضعف در ایفای نقش والدگری با افزایش مشکلات رفتاری کودکان رابطه مستقیم دارد (اسپیلمن و بن‌آری، ۲۰۰۹؛ مارموسستین، ۲۰۱۱)، بنابراین، از یک‌سو، ویژگی‌هایی که تک‌فرزندها دارند مانند وابستگی، خودکارآمدی ضعیف‌تر در حل مسائل اجتماعی، و از سوی دیگر، ضعف در مهارت‌های والدگری میان خانواده‌های تک‌فرزند و کنترل یا حمایت شدید آنها از تک‌فرزند، خود، موجب بروز مشکلات رفتاری بیشتر در این خانواده‌ها خواهد شد.

در پاسخ به سؤال دوم که «آیا میان مشکلات رفتاری درونی‌سازی، در بین کودکان خانواده‌های تک‌فرزند و کودکان خانواده‌های دو فرزند تفاوت معناداری وجود دارد؟» نتایج نشان داد، تفاوت مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده میان خانواده‌های تک‌فرزند و دو فرزند، تفاوت معناداری است و دو فرزندها مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده کمتری دارند.

این یافته با نتیجه پژوهش ونگ و همکاران (۱۹۹۵)، میلووسکی (۲۰۰۵)، مینی بر اینکه کودکانی که حداقل یک همشیر دارند، نشانه‌های کمتری از افسردگی و تنهایی گزارش می‌کنند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: بسیاری از والدینی که تک‌فرزند دارند، فرزند خود را مورد محبت و رسیدگی شدید و یا سخت‌گیری و کنترل بیش از حد قرار می‌دهند، که هر رفتار می‌تواند موجب بروز مشکلات درونی‌سازی در کودک شود. از این رو، کنترل‌گری زیاد والدین در خانواده‌های تک‌فرزند، زمینه اضطراب و افسردگی را در کودک ایجاد خواهد کرد. فتاحی (۱۳۹۰) نیز در این زمینه معتقد است: چه‌بسا عدم شناخت و مهارت‌های لازم در زمینه والدگری، در کنار فقدان حمایت‌های خانوادگی از والدین تک‌فرزند، و فقدان شرایط بازی و تعامل با همسالان برای این کودکان، می‌تواند در میزان مشکلات رفتاری تک‌فرزندان تأثیرگذار باشد. بنابراین، والدین تک‌فرزند، یا به دلیل خصوصیات تک‌فرزندشان، یا استفاده از مهارت‌های خاص والدگری مانند کنترل‌گری، توجه و حمایت زیاد، زمینه بروز مشکلات درونی‌سازی را فراهم خواهند کرد که با دخالت عوامل خطر دیگر، مانند شاغل بودن هر دو والد، پایین بودن سن مادر و یا داشتن استرس والدگری و عدم خودآزمندی، عدم تعامل و بازی با همسالان و خواهر و برادر، و احساس تنهایی و وابستگی کودک، بر میزان این مشکلات افزوده خواهد شد. پژوهش‌های متعددی بر این امر تأکید دارند که تنیدگی یا استرس والدینی ارتباط مستقیم با

مشکلات رفتاری کودکان دارد (دادستان و همکاران، ۱۳۸۵؛ مک‌کی و دیگران، ۲۰۰۸؛ فرزادفر و هومن، ۱۳۸۷؛ سلیمی و همکاران، ۱۳۸۸). بنابراین، تقویت مهارت‌های فرزندپروری، که به دنبال آموزش والدین رخ می‌دهد، می‌تواند نقش تعدیل‌کننده در مشکلات رفتاری دوران کودکی و خودکارآمدی والدینی ایفا کند.

در پاسخ به سؤال سوم که «آیا میان مشکلات رفتاری برونی‌سازی، در بین کودکان خانواده‌های تک‌فرزند و دو فرزند، تفاوت معناداری وجود دارد؟» نتایج نشان داد که در این خصوص، بین خانواده‌های تک‌فرزند و دو فرزند، تفاوت معنادار وجود دارد و دو فرزندها نسبت به تک‌فرزندها مشکلات برونی‌سازی شده کمتری داشتند.

این یافته، با نتیجه پژوهش کاتینگ و دان (۲۰۰۶)، و میلووسکی (۲۰۰۵) همسو و با نتایج پژوهش سردارپور و همکاران (۱۳۸۲)، ایرانپور (۱۳۷۹) و بیاتی (۱۳۸۳) غیرهمسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: از یک‌سو، همان‌گونه که نتایج برخی تحقیقات (ساطوریان، ۱۳۹۲، ص ۱۳۶) نشان می‌دهد، ریسک عوامل مؤثر در مشکلات برونی‌سازی، مانند تنبیه جسمانی و انضباط متناقض میان خانواده‌های تک‌فرزند بیشتر از سایر خانواده‌ها دیده می‌شود. این امر موجب بروز مشکلات برونی‌سازی در تک‌فرزندها خواهد شد. از سوی دیگر، می‌توان به میزان شاغل بودن هر دو والد و پایین بودن سن مادر و کنترل شدید والدین در خانواده‌های تک‌فرزند نسبت به فرزند خود، اشاره کرد که هرچند می‌تواند نتیجه عدم پختگی و استرس والدگری آنها باشد، اما تأثیر منفی خود را در بروز و تشدید مشکلات برونی‌سازی فرزندان خواهد گذاشت.

در تبیینی دیگر، می‌توان به نقش همشیران در رشد شناختی، عاطفی و اجتماعی همدیگر اشاره کرد. از آنجاکه همشیران در منظومه خانواده، اوقات زیادی را با هم می‌گذرانند، کیفیت تعاملات آنها می‌تواند نقش مهمی در رشد کودک ایفا کند (برادی و دیگران، ۱۹۹۲). همان‌گونه که اکثر مطالعات صورت‌گرفته در مورد همشیران نشان می‌دهد، روابط همشیران، در رشد اجتماعی (کرامر و کوال، ۲۰۰۵)، رشد عاطفی (براون و دان، ۱۹۹۶) و رشد شناختی-اجتماعی (هاو، ۱۹۹۱) کودکان بسیار مؤثر است. همشیران با تعامل با همدیگر، فرصتی برای کشف و رشد مهارت‌های اجتماعی، بیان احساسات و ایجاد همدلی ایجاد می‌کنند (هانلین و دالی، ۱۹۹۲). این نوع از تعاملات برای کمک به همشیران ضروری است تا آنها یاد بگیرند در موقعیت‌ها و روابط مختلف، رفتاری مؤثر داشته باشند (آقامحمدی، ۱۳۹۱).

همچنین در مطالعاتی پیرامون مهارت‌های اجتماعی، این نتیجه حاصل شد که تک‌فرزندها، پرخاشگر و مخرب‌ترند و در بین گروه دوستان، محبوبیت کمتری دارند و بیشتر قربانی می‌شوند، درحالی‌که کودکانی که همشیر داشتند، مهارت‌های اجتماعی و همکاری بیشتری در گروه دوستان از خود نشان می‌دهند (کاتینگ و دان، ۲۰۰۶)، درک بهتری از احساسات، هیجانات و دیدگاه‌های دیگران دارند و مهارت‌های شناختی بیشتر و کنترل بهتری در مدرسه دارند (میلوسکی و لویت، ۲۰۰۵)، به لحاظ اجتماعی آسان‌تر با دیگران در آمیخته می‌شوند، نشانه‌های کمتری از افسردگی و تنهایی گزارش می‌کنند، ارتباط بیشتری با همسالان‌شان داشته و در کنار دیگران احساس راحتی بیشتری می‌کنند (عزیزی، ۱۳۹۰، ص ۵۳). بنابراین، داشتن حداقل یک همشیر می‌تواند به رشد فرزند کمک کرده و در نتیجه، این تعامل و یادگیری مهارت‌های مختلف، معایب تک‌فرزندی در کودکانی که دارای خواهر یا برادر هستند، مشاهده نشود یا کمتر دیده شود.

از آنجاکه در پژوهش‌های متعدد نشان داده شده است (برتون، ۱۹۹۹؛ کافمن، ۲۰۰۱؛ غباری‌بناب و همکاران، ۱۳۸۸، ص ۲۲۵)، مشکلات و اختلالات هیجانی - رفتاری کودکان شیوع نسبتاً بالایی دارند که بر کارکردهای تحصیلی و اجتماعی کودکان و نوجوانان آثار بسیاری بر جای می‌گذارند (غباری‌بناب و همکاران، ۱۳۸۸)، جامعه ما همان‌گونه که به سوی رشد و توسعه گام برمی‌دارد، می‌تواند با اهمیت دادن به شناخت مسائل و مشکلات کودکان که آینده‌سازان فردای این مرز و بوم هستند، کاری بسیار ارزشمند در این رابطه انجام بدهد؛ چراکه درک صحیح از مشکلات آنان و کمک در جهت پیشگیری و رفع آنها، از جمله مسائل بسیار مهم هر نظام تربیتی است (ساجدی و حبیبی، ۱۳۷۹، ص ۱۵). بنابراین، آنچه از انجام این قبیل پژوهش‌ها، باید مدنظر قرار گیرد این است که همگان به آموزه‌های دینی، که به تعدد فرزند تشویق می‌کند، اهتمام داشته باشیم و استحباب مؤکد ازدیاد نسل را فراموش نکنیم. این موضوع و یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای مسئولان، روان‌شناسان و مشاوران و خانواده‌ها مورد توجه قرار گیرد تا با شناخت دقیق نسبت به موضوع تعداد فرزند و تأثیرات آن، برای پیشگیری اولیه و ثانویه اقدامات لازم و به موقع، صورت پذیرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به جامعه و نمونه مورد پژوهش و تأثیر متغیرهای فرهنگی اشاره کرد. در صورتی‌که چنین پژوهشی در جامعه و نمونه‌های دیگر، و همچنین در سنین نوجوانی نیز انجام شود، قابلیت تعمیم بیشتری خواهد داشت.

منابع

- احدی، حسن و شکوه‌السادات بنی‌جمال، ۱۳۷۵، *مفاهیم بنیادی در روان‌شناسی کودک و روان‌شناسی رشد*، چ نهم، تهران، بنیاد.
- آقامحمدی، سوده، ۱۳۹۱، *اثر آموزش مدیریت روابط همشیران به والدین بر بهبود روابط همشیران و کاهش استرس والدگری*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- ایرانپور، چنگیز، ۱۳۷۹، *بررسی مقایسه‌ای اختلالات رفتاری بین خانواده‌های پرآلود و کم‌آلود*، چهارمین سمینار بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، زنجان.
- مجلسی، محمداقرا، ۱۴۰۴ق، *بحارالانوار*، بیروت، مؤسسه الوفاء.
- بشیری، ابوالقاسم، ۱۳۸۶، *اشتغال زوجین و آثار و پیامدهای آن بر فرزندان*، همایش تقویت نظام خانواده و آسیب‌شناسی آن، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی علیه‌السلام.
- بلوم کویست، مایکل. ال، ۱۳۸۳، *مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار: راهنمای عملی برای والدین و درمانگران*، ترجمه جواد علاقبندراد، تهران، سنا.
- بیاتی، فاطمه، ۱۳۸۳، *مقایسه سازگاری عاطفی، اجتماعی، آموزشی و همدلی مادران و دختران در بین دانش‌آموزان دختر تک‌فرزند و چندفرزند مقطع راهنمایی شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، تهران، دانشگاه الزهراء.
- بی‌ریا، ناصر و همکاران، ۱۳۸۳، *روان‌شناسی رشد با نگرش به منابع اسلامی*، تهران، سمت.
- ترک‌لادانی، فاطمه و همکاران، ۱۳۸۷، «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان سوم تا پنجم ابتدایی»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ش ۳۷، ص ۶۵-۸۲.
- خوشایبی، کتابون و همکاران، ۱۳۸۶، «بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان ایلام»، *توانبخشی*، ش ۲۹، ص ۲۸-۳۳.
- حر عاملی، محمدبن حسن، ۱۴۰۹ق، *وسائل الشیعه*، قم، مؤسسه آل‌البیت.
- دادستان، پریخ و همکاران، ۱۳۸۸، «تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان»، *علوم رفتاری*، ش ۴، ص ۲۵۷-۲۶۴.
- دادستان، پریخ و همکاران، ۱۳۸۵، «تنیدگی والدین و سلامت عمومی: پژوهشی درباره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری»، *روان‌شناسان ایرانی*، سال دوم، ش ۷، ص ۱۷۱-۱۸۴.
- رایکمن، ریچارد، ۲۰۰۸، *نظریه‌های شخصیت*، ترجمه مهرداد فیروزخت، چ نهم، تهران، ارسباران.
- ساجدی، ژیلا و زهرا حبیبی، ۱۳۷۹، «بررسی مقایسه مشکلات رفتاری کودکان سن دبستان خانواده‌های با یا بدون طلاق»، *اصول بهداشت روانی*، ش ۵ و ۶، ص ۱۱-۱۶.
- سادوک، بنیامین و ویرجینیا سادوک، ۱۳۸۲، *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی*، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، چ سوم، تهران، آب.

ساروخانی، باقر، ۱۳۷۰، *مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی خانواده*، تهران، سروش.

ساطوریان، سیدعباس، ۱۳۹۲، *مقایسه ابعاد والدگری، رابطه والد-کودک و مشکلات رفتاری کودکان در خانواده‌های تک‌فرزند و چند فرزند*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی خانواده، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.

سردارپور گودرزی، شاهرخ و همکاران، ۱۳۸۲، «اختلال‌های رفتاری در کودکان خانواده‌های تک‌فرزند و چندفرزند شهر تهران»، *اندیشه و رفتار*، سال نهم، ش ۱، ص ۲۶-۲۰.

سلیمان‌نژاد، حمیرا و همکاران، ۱۳۸۰، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی در دانش‌آموزان (۷-۱۱ سال) مدارس ابتدایی ایلام»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام*، ش ۳۱، ص ۳۰-۳۴.

سلیمی، سیدحسین و همکاران، ۱۳۸۸، «ارتباط باورهای غیرمنطقی مادران با مشکلات رفتاری دختران دبیرستانی آنها»، *روان‌شناسی کاربردی*، ش ۹، ص ۴۵-۵۶.

سوزان بی، کمپبل، ۱۳۸۷، *مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی*، ترجمه سعید صیادلو، تهران، دانژه.

شجاعی، محمدصادق، ۱۳۸۶، *نقش فرزند در استحکام و بهداشت روانی خانواده*، همایش تقویت نظام خانواده و آسیب‌شناسی آن، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.

شهید ثانی، زین‌الدین بن‌علی بن احمد، ۱۴۰۶ق، *مسکن الفؤاد عند فقد الاحبة والاولاد*، قم، بصیرتی.

صابری، هایده، ۱۳۸۷، «همه‌گیرشناسی اختلالات عاطفی و رفتاری در کودکان مقطع ابتدایی»، *اندیشه و رفتار*، ش ۸، ص ۱۹-۳۴.

طالعی، علی و همکاران، ۱۳۹۰، «اثربخشی آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر خودآزمندی مادران»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۲۷، ص ۳۱۱-۳۲۳.

عزیزی، الهه، ۱۳۹۰، *بررسی پیوندهای خانوادگی کودکان مبتلا به اختلال ADHD و مقایسه آن با کودکان عادی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانواده درمانی، تهران، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی.

غباری‌بناب، باقر و همکاران، ۱۳۸۸، «میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی شهر تهران»، *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، سال نهم، ش ۳، ص ۲۲۳-۲۳۸.

غفاری، بهناز، ۱۳۸۹، *مقایسه کارکرد خانواده و مهارت‌های فرزندپروری خانواده‌های کودکان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و خانواده‌های کودکان دارای اختلال سلوک*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.

کرامتی، کرامت و همکاران، ۱۳۸۵، «اثر محرومیت از پدر بر اختلال‌های رفتاری کودکان دبستانی»، *اندیشه و رفتار*، ش ۴، ص ۳۹۰-۳۹۵.

کلینی، محمدین یعقوب، ۱۳۶۵، *کافی*، تهران، دارالکتب الاسلامیه.

کوشان، محسن و حمیدرضا بهنام و شانی، ۱۳۸۰، «بررسی شیوع برخی اختلالات رفتاری و عوامل خانوادگی مؤثر در

کودکان دبستانی شهر سبزوار»، *دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ش ۴، ص ۴۰-۴۶.

کمیجانی، مهرناز و فرهاد ماهر، ۱۳۸۶، «مقایسه شیوه‌های فرزندپروری والدین نوجوانان با اختلال سلوک و نوجوانان عادی»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ش ۳۳، ص ۶۳-۹۴.

فتاحی، عایشه، ۱۳۹۰، *پیش‌بینی همدمی در کودکان بر اساس متغیرهای فردی (خلق و خو و سبک دلبستگی کودک) و خانوادگی (مهارت‌های فرزندپروری و همدمی والدین)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانواده درمانی، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.

فرزادفر، سیده‌زینب و حیدرعلی هومن، ۱۳۸۷، «نقش مهارت‌های فرزندپروری بر کاهش تنیدگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان»، *روان‌شناسان ایرانی*، ش ۱۵، ص ۲۷۷-۲۹۲.

محدث نوری، میرزا حسین، ۱۴۰۸ق، *مستدرک‌الوسائل*، قم، مؤسسه آل‌البیت.

مینایی، اصغر، ۱۳۸۴، *راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخباخ*، تهران، پژوهشکده کودکان استثنایی.

ناصری، عباسعلی و فیروزه رئیسی، ۱۳۸۶، «مروری بر نظریات آدلر»، *تازه‌های علوم شناختی*، سال ۹، ش ۱، ص ۵۵-۶۶.

نوابی‌نژاد، شکوه، ۱۳۷۵، *رفتارهای بهنجار و نابهنجار کودکان و نوجوانان و راه‌های پیشگیری و درمان نابهنجاری‌ها*، تهران، انجمن اولیاء و مربیان.

ورسلی پستر، ۱۳۷۳، *جامعه‌شناسی مدرن*، ترجمه حسن پویان، تهران، چاپخش.

Achenbach, T.M. & Rescorla, L. A., 2001, *Manual for the ASEBA school age forms & profiles*, Burlington, VT: university of Vermont, Research center of children, Youth & families.

Anagold, A. & et al, 1999, Comorbidity, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 40, p. 57-97.

Atkins MS, McKay MM. DSM-IV diagnosis of conduct disorder and oppositional defiant disorder: Implications and guidelines for school mental health teams, *School Psych Rev*, v. 25 (3), p. 274-284.

Baker, B. L. & et al, 2002, Behavior Problems and Parenting Stress in Families of Three-year-old Children with and without Developmental Delays, *Am J Ment Retard*, v. 107 (6), p. 433-442.

Barbara, M. & et al, 2004, Conduct Disorder and Propositional Defiant Disorder in National Sample: Developmental Epidemiology, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 45, p. 609-621.

Bloomquist, M. L., 2004, *Coping skills with maladaptive child*, Tehran: Sana Publication.

Brandenburg, N. A. & et al, 1990, The epidemiology of childhood psychiatric disorder: Prevalence findings from recent studies, *Journals of the American academy of child and Adolescent Psychiatry*, v. 29, p. 76-83.

Brody, G. H. & et al, 1992, Associations of maternal and paternal direct and differential behavior with sibling relationships: Contemporaneous and longitudinal analyses, *Child Development*, v. 63 (1), p. 82-92.

Campbell, S. B., 2006, *Behavior Problems in Preschool Children, Second Edition: Clinical and Developmental Issues*, Guilford Press.

Cartwright-Hatton, S., 2005, Parent skill training: An effective intervention for internalizing symptoms in younger children, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, v. 7, p. 128-139.

Colman, I. & et al, 2007, Forty-Year Psychiatric Outcomes Following Assessment for

- Manassis, K, 2000, Childhood Anxiety Disorders: lessons from the literature, *Canadian journal of psychiatry*, v. 45, p. 724-730.
- Masi G, & et al, 2003, Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder, *Compr Psychiatry*, v. 44 (3), p. 184-189.
- Maughan, D.R, & et al, 2005, Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta analysis, *School Psych Rev*, v. 34 (30), p. 267-286.
- Mcclintock, S. M, 2005, *Relationship of internalizing behavior problems to intelligence and executive functioning in children*, Master of science. The University of Texas southwestern medical center at Dallas.
- McKee, L., & et al, 2008, Parenting and child externalizing behavior: Are the association specific or diffuse? *Journal of Aggression and Violent Behavior*, v. 11 (1), p. 255-270.
- Milen, J.M, & Edwards, J.K, 2001, Family Treatment of Oppositional Defiant Disorder: Changing Views and Strength-Based Approaches, *The Family Journal: Counseling and Therapy For Couples and Families*, v. 1, p. 17-28.
- Oland, A, 2002, *The development of pure co-occurring externalizing and internalizing symptomatology in children [dissertation]*, Pittsburg: University of Pittsburg.
- Ollendick, T. H, & King, N. J, 1994, Diagnosis, assessment and treatment of internalizing problems in children: the role of longitudinal data, *Journal of counseling and clinical psychology*, v. 6 (5), p. 917-928.
- Richard, R, & et al, 2002, The Relation between DSM- IV. Oppositional. Defiant Disorder and Conduct Disorder: Finding From the Great Smoky Maintains Study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 43, p. 39-50.
- Rudolph, K. D, & et al, 1995, determinant and consequence of children scoping in the medical setting: conceptualization, *review and critique, Psychological bulletin*, v. 118, p. 328-357.
- Rudolph, K. D, & Clark, A. G, 2001, Conceptions of relationships in children with depressive and aggressive symptoms: Social-cognitive distortion or reality? *Journal of Abnormal Child Psychology*, v. 29, p. 41-56.
- Rutter, M. Kim-cohen, J. Maughan B, 2006, Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life, *Journal of Association for child And Adolescent Health*, v. 47, p. 276- 295.
- Silverman, W. K, Saavedra, L. M, 2004, *Assessment and diagnosis in Evidence- based practice*, In. P. M. Barrett. & T. H. Ollendick (Ed), handbook of interventions that work with children and adolescent (pp. 49-69). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Spielman, V, Ben-Ari, O, 2009, Parental Self-Efficacy and Stress-Related Growth in the Transition to Parenthood: A Comparison between Parents of Pre- and Full-Term Babies, *Health and Social Work*, v. 34 (3), p. 201-212.
- Wang, C, Fan, C, 1995, Comparison of personality traits of only and sibling school children Bejiing, *Journal of Genetic Psychology*, v. 155 (4), p. 377-385.
- Wang, C, & et al, 1998, The associations among parental behaviors, adolescent school adjustment and problem behavior in Chinese adolescents, *Journal of Family Issues*, v. 13, p. 328-360.
- Zhang, Y, & et al, 2001, A new look at the old little emperor; developmental changes in the personality of only children in China, *Social Behavior and personality*, v. 29 (7), p. 725-732.
- Internalizing Disorder in Adolescence, *The American journal of psychiatry*, v. 164, p. 126-133.
- Chorpita, B, & et al, 1996, Cognitive processing in children: relation to anxiety and family influence, *Journal of clinical child psychology*, v. 25 (2), p. 170-176.
- Costello, E. J, & et al, 2003, Prevalence And development of psychiatric disorders in childhood and adolcesce, *Archives of general psychiatry*, v. 60, p. 837-844.
- Davison, C.G, 2005, *Abnormal psychology*, New York, John Wiley.
- Dunn, J, & et al, 1996, The development of children's moral sensibility: Individual differences and emotion understanding, *Developmental Psychology*, v. 31, p. 649-659.
- Dunn,J., & Kendrich, C, 1982, *Sibling:Love, envy, and understanding*.Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Essau, C.A, & et al, 2002, Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents, *Journal of clinical child psychology*, v. 29 (2), p. 221-231.
- Falbo, T, & Poston, D. L, 1993, The academic, personality, and physical outcomes of only children in China, *Child Development*, v. 64, p. 18-35.
- Gastello, E. J, & et al, 1998, The prevalence of serious emotional disturbance: A reanalysis of community studies, *Journals of child and family studies*, v. 7, p. 411-432.
- Gimpel, G. A, & Holland, M.L, 2002, *Emotional and behavioral problems of youngchildren: Effective interventions in the preschool and kindergarten years*, New York:Guilford press.
- Hallahan, D. P, & Kauffman, J. M, 2003, Exceptional children: Introduction to special education, Boston: Alln and Bacon.
- Hankin, B.L, & et al, 1998, Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study, *Journal of Abnormal Psychology*, v. 107, p. 128-140.
- Hinshaw, S.P, 2002, Process, mechanism and explanation related to externalizing behavior in developmental psychopathology, *J Abnorm Child Psychol*, v. 30 (5), p. 431-458.
- Hymel, S, & et al, 1990, Children's peer relationships: longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood, *Child development*, v. 61, p. 2004-2021.
- Kaplan H, & et al, 2002, *Clinical Psychiatric*, Traslater Pouraphkari N, Tehran, Publication Azadeh.
- Kauffman, J. M, 2001, *Characteristics of emotional and behavior Disorder of Children and Youth* (7th ed). Upper Saddle river, NJ: Merrill/Prentice hall.
- Kendall, P.C, & et al, 2004, Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance abuse and depression at a 7.4 year follow up, *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 72, p. 276-287.
- Kendall, P. C, 2000, *childhood disorders*, East sussex: Psychology press Ltd.
- Keil, V, & Price, J. M, 2006, Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence and implications for assessment and treatment, *Child Youth Serv Rev*, v. 28 (7), p. 761-769.
- Kessler, R.C, & et al, 2005, Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, v. 62, p. 617-627.
- Lisen, C. R, & Blanton, P. W, 2001, Experience of only children, *Journal of Individual Psychology*, v. 57 (2), p. 725-740.
- Liu, J, 2004, Childhood externalizing behavior: Theory and implications, *J Child AdolescPsychiatrNurs*, v. 17 (3), p. 93-100.
- Loeber, R, & et al, 2000, Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part 1 *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, v. 39, p. 1468-1484.
- Marmorstin, N.R, 2006, Relationship between Anxiety and Exter- nalizing Disorder in Youth: The Influences of Age and Gender, *Journal of Anxiety Disorder*, v. 31(1), p. 82-112.