

بررسی میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی و عوامل پیش‌بین آن در کودکان کار

مهدی خانجانی^{۱*}، فرامرز سهرابی^۲، یوسف اعظمی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع اختلالات روان‌شناختی و علل پیش‌بین آن در کودکان کار انجام شد. روش پژوهش توصیفی - پیمایشی بود. جامعه آماری شامل کودکان کار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان البرز در سال ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و با توجه به حجم جامعه و میزان واریانس، در مرحله غربالگری اولیه ۳۰۰ نفر از کودکان دامنه سنی ۶ تا ۱۶ سال در مقاطع تحصیلی مختلف انتخاب شدند. سپس در مرحله بعد از این تعداد ۱۵۰ نفر که نمره بالاتر از نقطه برش را در مرحله غربالگری کسب کرده بودند، بررسی شدند. برای تعیین میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی از پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان و پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات و به‌منظور تعیین پیش‌بین علل اختلالات از پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های خی‌دو و تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد. نتایج نشان داد که اختلال رفتار با فراوانی ۳۶ نفر (۲۴ درصد) بالاترین میزان شیوع و بعد از آن اختلال افسردگی شدید با فراوانی ۲۹ نفر (۱۹/۳ درصد) دومین اختلال شایع است. اختلال آسپرگر نیز با فراوانی ۶ نفر (۴ درصد) کم‌ترین میزان شیوع را دارد. یافته دیگر نشان داد که در بروز اختلالات روان‌شناختی در کودکان کار، مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی دخیل هستند که این عوامل در اختلالات مختلف متفاوت هستند. براساس نتایج پژوهش، اجرای کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی و درمانی به‌صورت گروهی و فردی برای کودکان کار و خانواده‌های آن‌ها از سوی متخصصان بهداشت روان و و مددکاران اجتماعی ضروری است. کلیدواژه‌ها: شیوع، اختلال روانی، اختلال رفتاری، کودکان کار، بحران اجتماعی.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (khanjani.mahdi@gmail.com) (نویسنده مسئول).
۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۳. دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

The prevalence of psychological disorders and its causes in labor children

Mahdi Khanjani^{*1}

Faramarz Sohrabi²

Yousef Aazami³

Abstract

This study aimed to investigate the prevalence of psychological disorders and their causes in children of labor using a descriptive survey. In the initial screening, a sample of 300 children (aged between 6 to 16) was randomly chosen from the population of children under the auspices of Alborz Province Welfare Organization in 2018-19, considering demographic variable. In the next stage, 150 individuals who scored higher than the cut-off point in the screening stage were selected. To determine the prevalence of psychological disorders, the Children Symptom Inventory-4 (CSI-4) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) were used, and to determine the pathology of the disorders, the Demographic Characteristics Questionnaire was used. Chi-square and logistic regression analysis were used to analyze the data. The results showed that behavioral disorder with a frequency of 36 people (24%) had the highest prevalence, followed by major depressive disorder with a frequency of 29 people (19.3%). Asperger's syndrome was the least common with a frequency of 6 people (4%). Moreover, the findings revealed that a combination of individual, family and social factors contribute to the onset of psychological disorders that vary depending on the disorder. Our findings highlight the need for mental health professionals and social workers to implement educational and therapeutic courses and workshops for these children and their families.

Keywords: Behavioral disorder, labor children, mental disorder, prevalence, social crisis

-
1. Assistant Professor of Psychology, Department of Clinical and General Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (khanjani.mahdi@gmail.com).
 2. Professor of Clinical and General Psychology, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
 3. PhD of General Psychology, Department of Clinical and General Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

مقدمه

کودکان یکی از قشرهای آسیب‌پذیر هر جامعه را تشکیل می‌دهند و بی‌توجهی نسبت به آن‌ها عواقب جبران‌ناپذیری را برای جامعه به دنبال دارد. در این میان، کودکان کار و خیابان که زیر فشار و در سایه سختی‌های زندگی، به کار روی آورده‌اند، فرایند رشد و تکامل شخصیت و اجتماعی شدنشان به خطر افتاده است و به‌منزله یکی از بحران‌های اجتماعی اصلی جوامع به‌شمار می‌رود. دوران کودکی در رشد و سلامت کودک و تکامل شخصیت او اهمیت زیادی دارد و توجه به نیازها و حقوق کودک در حساس‌ترین سال‌های زندگی او، نقشی مهم، در پرورش کودکانی توانمند و شایسته برای جامعه‌ای که همین کودکان، سازندگان فردای آن هستند، ایفا می‌کند (افشانی و همکاران، ۱۳۹۱).

طبق تعریف یونیسف^۱ (۱۹۹۷)، به‌نقل از ابراهیم نجف‌آبادی، (۱۳۹۲) «کودکان کار و خیابانی» به کودکانی گفته می‌شود که به‌دلیل مشکلات خانوادگی مجبور هستند برای ادامه بقای خود در خیابان‌ها کار و زندگی کنند. در واقع، «کودکان کار»^۲، کودکانی هستند که به یکی از اشکال کار «سبک / سخت» و «داوطلبانه / اجباری» به‌منظور کسب درآمد و نه کسب توانمندی اشتغال دارند (منظور از داوطلبانه بودن این است که به تمایل خودشان کاری را انتخاب کرده‌اند یا به اجبار به کاری گمارده شده‌اند). کودکان کار و خیابان از جمله کودکان در معرض آسیب هستند که عمدتاً به دلایل اقتصادی، بیشترین وقت خود را در محیط‌های ناامن و پرمخاطره خیابان می‌گذرانند. این کودکان، به‌ویژه دختران، بیشتر در معرض خطرات گوناگون قرار می‌گیرند. بسیاری از پژوهش‌ها در کشورهای مختلف جهان، کودکان خیابانی را محصول شرایط اقتصادی - اجتماعی نامطلوب خانواده‌ها دانسته‌اند (علی^۳ و همکاران، ۲۰۰۴؛ فرگوسن^۴، ۲۰۰۵؛ خان و هسکت^۵، ۲۰۱۰؛ وامقی و همکاران، ۲۰۱۵).

براساس پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، عوامل خیابانی شدن کودکان را می‌توان در دسته‌بندی‌های مختلفی ارائه کرد. گروهی آن‌ها را به عوامل اقتصادی و خانوادگی تقسیم می‌کنند (قاسم‌زاده، ۱۳۸۲) و گروهی دیگر نیز در کنار عوامل اقتصادی و

1. UNICEF
2. child labor
3. AI
4. Ferguson
5. Khan & Hesketh

خانوادگی، عوامل آموزشی را بررسی کرده‌اند (وامقی و همکاران، ۱۳۹۰). علل و عوامل تبدیل کودکان به کودکان کار، عوامل متعددی مانند مهاجرت‌های خارجی و داخلی، فقر و مشکل‌های مربوط به خانواده، از جمله بدرفتاری با کودکان (همان، ۱۳۸۸)، عوامل اقتصادی شامل بیکاری چشم‌گیر جمعیت فعال، فقر، بی‌عدالتی، فاصله زیاد طبقاتی، مشاغل کم‌درآمد پدران، دستمزد کم کودک، عدم دستیابی افراد به شغل مطلوب در شرایط رونق اقتصادی (قاسم‌زاده، ۱۳۸۲)، عوامل اجتماعی شامل، نگرش مثبت جامعه به کار کودکان، ازدیاد جمعیت، مهاجرت‌های برنامه‌ریزی‌نشده، ساختار جمعیت، کمبود قوانین حمایتی از کودکان، عوامل خانوادگی شامل خانواده‌های پرجمعیت، خانواده‌های پرتنش، فوت یا جدایی والدین، اعتیاد در خانواده، سابقه بزهکاری در والدین، خشونت والدین، وجود ناپدری یا نامادری، بیماری روانی والدین، فساد اخلاقی پدر یا مادر (همان‌جا) و عوامل زیستی و روانی شامل بحران هویت، بحران بلوغ، فرار از خانه و مدرسه، اعتیاد و بزهکاری که تحت تأثیر عوامل اجتماعی و خانوادگی قرار دارد، تمام این عوامل در پیدایش کودکان کار نقش بسزایی دارند. همچنین، سطح سواد کم کودک و بی‌سوادی والدین نیز بر شکل‌گیری پدیده کودکان کار و خیابان تأثیرگذار است (افشانی و همکاران، ۱۳۹۱). علاوه بر این، عوامل شخصیتی نیز یکی از عوامل مهم و مؤثر در بروز رفتارهای پرخطر در نوجوانان محسوب می‌شود (جزایری و همکاران، ۱۳۹۸). «یونیسف» عوامل عمده پدیده آمدن کودکان کار و خیابان را جنگ، بلایای طبیعی مانند زلزله و سیل و یا ازهم‌پاشیدگی و خشونت خانواده و ایدز عنوان کرده است (اسفند فرد، ۱۳۸۶).

پس از کار در بخش کشاورزی که در حدود ۶۰ درصد اشتغال کودکان را شامل می‌شود، بخش مهمی از کودکان (۲۵/۴ درصد) در فعالیت‌های خدماتی مشغول به کارند که کار در خیابان نیز در همین گروه طبقه‌بندی می‌شود (سازمان بین‌المللی کار - آپیک^۱، ۲۰۱۴). آخرین گزارش جهانی سازمان بین‌المللی کار درباره کار کودکان نشان می‌دهد، تعداد کودکان کار تا سال ۲۰۰۰ از ۲۴۶ میلیون نفر به ۱۶۸ میلیون نفر (یک‌سوم جمعیت) کاهش یافته است و بیش از نیمی از آن‌ها (حدوداً ۸۵ میلیون نفر) در معرض کار در شرایط خطرناک هستند (همان‌جا). با وجود این، رشد مثبت، مناطق آسیا و اقیانوسیه هنوز با چالش‌های عمده‌ای مواجه هستند، زیرا در حال حاضر تعداد کودکان در حال کار در این مناطق بیشترین میزان را دارد و ۹/۳ درصد جمعیت کودکان (حدوداً ۷۸ میلیون نفر) در

منطقه را شامل می‌شود (سازمان بین‌المللی کار - آپیک، ۲۰۱۴). به دنبال آسیب‌ها و خطراتی که بسیاری از این کودکان را تهدید می‌کند اختلالات و مشکلات روانی بسیاری وجود دارد که همواره آن‌ها را رنج می‌دهد. براساس گزارش کوواکس^۱ (۲۰۰۰)، به نقل از معصومی، ۱۳۸۸؛ توفیقی، ۱۳۸۴)، مهم‌ترین مشکلات رفتاری و روان‌شناختی این کودکان شامل اضطراب جدایی، گوشه‌گیری، پرخاشگری، اختلالات خواب، تعاملات اجتماعی ضعیف و تأخیر در تحول حرکتی، کلامی و زبان است. پژوهش‌های سید کریمی (۱۳۸۵) و مؤمنی (۱۳۸۲) نشان داده است «کودکان خیابانی بیشتر از کودکان فقیر که با خانواده زندگی می‌کردند و یا کودکان بهنجار، سطوح بالینی اضطراب، افسردگی و مشکلات رفتاری دارند». یافته‌های پژوهش قاسم‌زاده (۱۳۸۲) نیز میزان زیاد احساس‌های منفی و ترس و اضطراب شدید را در این کودکان تأیید کرده است. احمدخانی‌ها و همکاران (۱۳۸۱) نیز در پژوهش خود بیان کرده‌اند، ۹/۲ درصد از کودکان کار و خیابانی مورد مطالعه آن‌ها مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بودند. همان‌گونه که استرهل^۲ (۲۰۱۰) نیز به این مسئله اشاره کرده به‌طور مشخص یکی از علل افزایش میزان اضطراب و افسردگی در این کودکان است. براساس نتایج تعدادی از پژوهش‌ها از جمله در پاکستان، غنا، مصر، اوکراین، ارمنستان و تایلند (ووتو^۳ و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسماعیلوف^۴، ۲۰۰۷؛ تلشچیک^۵، ۲۰۰۶؛ واتهایو^۶ و همکاران، ۲۰۱۱)، کودکان خیابانی در معرض پاره‌ای از خطرهای مانند مصرف مواد مخدر و بیماری‌های مقاربتی به‌ویژه ایدز قرار دارند. واتهایو و همکارانش (۲۰۱۱) در تایلند، شیوع بالای رفتارهای جنسی محافظت‌نشده، مصرف مواد مخدر و خرید و فروش آن و روابط جنسی برای به‌دست آوردن مواد و پول را در کودکان خیابانی نمونه خود گزارش کرده‌اند. در ایران نیز پژوهش‌های متعددی ابتلا به بیماری‌های مختلف جسمی، مشکل‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، خودکشی و آزار کودکان و مشکل‌های اجتماعی چون مصرف سیگار، مواد مخدر و بزهکاری را در کودکان خیابانی تأیید کرده‌اند. برای مثال، پژوهش سازمان بهزیستی (۱۳۷۹) درباره کودکان خیابانی این سازمان در تمام کشور نشان داده است که ۱۲/۶ درصد کودکان، حداقل به یک بیماری مبتلا بوده‌اند.

1. Kavacs
2. Strehl
3. Wutoh
4. Ismayilov
5. Teltschik
6. Watthayu

همان‌طور که آمارهای ذکر شده نشان می‌دهد، در دنیای امروز، وجود کودکان در معرض آسیب به منزلهٔ یک بحران اجتماعی افزایش پیدا کرده است. پژوهش در مورد کار کودکان به منزلهٔ بحرانی اجتماعی، خود به خود پژوهشگر را با گستره‌ای از مسائل و پدیده‌های اجتماعی درگیر می‌سازد و این پرسش مطرح می‌شود که چه آسیب‌های روان‌شناختی علاوه بر اضطراب، ترس و افسردگی در میان این کودکان رواج دارد که از نگاه پژوهشگران به دور مانده و میزان شیوع آن‌ها در این کودکان چقدر است. همچنین، شناخت وضعیت، مشکلات و آسیب‌های این کودکان، گردآوری آمار، اطلاعات و منابع گوناگون در مورد آن‌ها، آشنایی با علل و عوامل ایجادکنندهٔ این آسیب‌ها و افزایش آن‌ها، اولین گام در راه کمک‌رسانی به این کودکان و تلاش برای ایجاد تغییرات لازم در زندگی آن‌ها به‌منظور بهره‌مندی از حقوقشان است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی و علل آن در کودکان کار انجام شد. در این راستا پرسش‌های پژوهش عبارت‌اند از: ۱. شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در کودکان کار کدام است؟، ۲. چه ارتباطی بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اختلالات شایع در کودکان کار وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر کمی از نوع توصیفی - پیمایشی است. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را همهٔ کودکان تحت پوشش سازمان بهزیستی استان البرز تشکیل می‌دهند که با عنوان کودکان کار هستند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و با توجه به حجم جامعه و میزان واریانس، حجم نمونه تعیین شد. در ابتدا از بین مراکز و مؤسسات کودکان کار این شهر البرز که ۳ مرکز بودند، مرکز کودکان کار خانه مهر انتخاب و تمام کودکان این مرکز از طریق پرسش‌نامه سنجش اختلالات روان‌شناختی در کودکان (CSI-4) غربالگری شدند. در مرحلهٔ غربالگری اولیه ۳۰۰ نفر از کودکان دامنهٔ سنی ۶ تا ۱۶ سال در مقاطع تحصیلی مختلف بررسی شدند. سپس در مرحلهٔ بعد از این تعداد ۱۵۰ نفر که نمرهٔ بالاتر از نقطهٔ برش را در مرحلهٔ غربالگری براساس نمرهٔ برش پرسش‌نامه سنجش اختلالات روان‌شناختی در کودکان (CSI-4) کسب کرده بودند، بررسی شدند و در نهایت، اطلاعات حاصل جمع‌آوری و تحلیل شد. گفتنی است این پژوهش در ماه‌های آبان و آذر سال ۱۳۹۷ اجرا شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش از روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون‌های خی‌دو و تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد. با توجه به ماهیت تحقیق، به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها دو ابزار به کار بسته می‌شود. در

مرحله اول غربالگری، برای شناسایی کودکان دارای مشکل بالینی از پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ)^۱ استفاده شد و در مرحله دوم، برای تعیین میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی از پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)^۲ استفاده شد و به‌منظور تعیین علل پیش‌بین اختلالات از پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی استفاده شد که به شرح و توصیف این ابزارها پرداخته می‌شود.

ابزار

۱. پرسش‌نامه سنجش اختلالات روان‌شناختی در کودکان (CSI-4): در این پژوهش از پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان فرم معلم استفاده شده است. این پرسش‌نامه از ابزارهای رایج برای سنجش شایع‌ترین انواع اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شناختی در کودکان است. این پرسش‌نامه براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷ ساخته شد تا اینکه چهارمین ویرایش پرسش‌نامه مرضی کودکان در سال ۱۹۹۴ با تغییرات اندکی نسبت به نسخه قبلی تجدیدنظر شد. پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ از سوی اسپرافکین و پرفسور گادوا در دانشگاه استونی بروک به‌منظور غربال کردن ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان و نوجوانان طراحی شد و شامل دو فرم والد و معلم است و به‌ترتیب حاوی ۱۱۲ و ۷۷ پرسش است که ۹ گروه عمده از اختلال‌های رفتاری را دربر می‌گیرد. پاسخ‌های ارائه‌شده به هر یک از مواد آزمون، در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (هرگز = ۰، بعضی اوقات = ۱، اغلب = ۲، بیشتر اوقات = ۳) نمره‌گذاری می‌شود (محمداسماعیل و علی‌پور، ۱۳۸۱). بررسی اعتبار پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان با روش بازآزمایی نشان می‌دهد که این ابزار به‌منزله یک ابزار غربالگری برای اختلال‌های رفتاری - هیجانی در کودکان ایرانی دارای اعتبار نسبتاً خوبی است. در زمینه روایی محتوایی هم نتایج بررسی اظهارنظرها و داوری‌های متخصصان همگون و مناسب محتوای پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان با حیطه مورد سنجش، آن را تأیید کرده است (همان‌جا). در این پژوهش از فهرست معلمان این پرسش‌نامه استفاده شده است. پایایی و روایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ای که از سوی گریسون و کارسون^۳ (۱۹۹۱) بر روی فرم CSI-3-4

1. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
2. Children Symptom Inventory-4 (CSI-4)
3. Grayson & Carlson

پرسش‌نامه‌ی علایم مرضی کودکان انجام شد، حساسیت این پرسش‌نامه را در فهرست معلمان ۰/۵۸ و ویژگی آن را ۰/۸۳ به دست آوردند. همچنین، در مطالعه‌ی والکر^۱ و همکاران (۲۰۰۹) روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ی علایم مرضی کودکان تأیید شده است. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی مذکور محمداسماعیل و علی‌پور (۱۳۸۱) اعتبار و روایی آزمون را بررسی کرده و هم‌بستگی درونی مقیاس‌ها را از طریق آلفای کرونباخ به دست آوردند. این میزان برای بیش‌فعالی / نقص توجه نوع تکانشی ۰/۷۶، بیش‌فعالی / نقص توجه نوع بی‌توجهی بیشتر ۰/۷۶، بیش‌فعالی / نقص توجه نوع ترکیبی ۰/۸۱، نافرمانی ۰/۶۷، اختلال سلوک ۰/۷۱، اختلال اتیسم ۰/۶۱ و اختلال اسپرگر ۰/۶۴ برآورد شد و روایی وابسته به محتوا، وابسته به ملاک و روایی تفکیکی بررسی شد و نتایج حاکی از اعتبار و روایی مناسب ابزار است.

نمره‌گذاری در این پرسش‌نامه به دو شیوه انجام می‌گیرد: روش نمره‌برش غربال‌کننده، روش نمره‌شدت علامت. در روش غربال‌کننده، شیوه‌ی نمره‌گذاری با جمع زدن تعداد عباراتی که با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند، به دست می‌آید. در صورت پاسخ به عبارات با گزینه‌های هیچ‌گاه و به ندرت نمره‌صفر و در صورت پاسخ به عبارات با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات نمره‌یک داده می‌شود. برای مثال، نمره‌خط‌برش برای تشخیص اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی نوع بیشتر بی‌توجه، شش است، یعنی شش عبارت از عبارات ۱ تا ۹ را با گزینه‌ی گاهی اوقات و یا بیشتر اوقات پاسخ داده باشد که در پژوهش حاضر از این روش استفاده شد و نمره‌خط‌برش اختلال‌ها برای اختلالات مختلف در جدول آمده است.

۲. پرسش‌نامه‌ی توانایی‌ها و مشکلات (SDQ): پرسش‌نامه‌ی کوتاهی است که از سوی گودمن^۲ (۲۰۰۱) ساخته شده است و می‌تواند از سوی والدین و آموزگاران کودکان ۴ تا ۱۶ ساله و خود کودکان ۱۱ تا ۱۶ ساله تکمیل شود که در این پژوهش از نسخه‌ی معلم استفاده شد. به کمک این پرسش‌نامه و الگوریتم‌های مربوط می‌توان وجود ۳ دسته از اختلالات شامل اختلالات سلوک - مقابله‌جویی، اختلالات کمبود توجه - بیش‌فعالی و اختلالات اضطرابی - افسردگی را پیش‌بینی کرد. پیش‌بینی‌های مربوط به وجود این ۳ دسته اختلال در مجموع به پیش‌بینی وجود اختلالات روان‌پزشکی در کودک کمک می‌کنند

1. Walker
2. Goodman

جدول ۱ نمره خط برش اختلال‌ها		
نمره خط برش	تعداد گویه‌ها	نوع اختلال
۶	۹	بیش‌فعالی نوع فاقد تمرکز حواس
۶	۹	بیش‌فعالی نوع تکانشی
۶	۱۸	نقص توجه / بیش‌فعالی (نوع مرکب)
۴	۸	لجبازی و نافرمانی
۳	۱۵	اختلال رفتار
۵	۳	اضطراب همه‌جانبه
۱	۱	ترس‌های مرضی خاص
۱	۱	افکار وسواسی
۱	۱	اعمال وسواسی
۱	۱	استرس پس از ضربه
۱	۱	تیک‌های حرکتی
۱	۱	تیک‌های صوتی
۲	۵	اسکیزوفرنی
۱	۷	افسردگی شدید
۲	۵	دیستایمی
۶	۹	اتیسم
۴	۴	ترس مرضی اجتماعی
۳	۸	اختلال اضطراب جدایی

(محمدی، ۱۳۸۷). این پرسش‌نامه از ۲۵ پرسش تشکیل شده است که به مشکلات مختلف هیجانی و رفتاری می‌پردازند. در پشت هر پاسخ‌نامه پرسش‌هایی وجود دارد که به‌منظور کمک به تعیین شدت مشکل کودک در زمان بروز مشکل و تأثیر آن‌ها بر کودک و اطرافیان وی می‌پردازند. به پاسخ «کمی درست است» همواره نمره ۱ داده می‌شود، ولی به پاسخ‌های «درست نیست» و «حتماً درست است» بسته به اینکه پرسش موردنظر جزو نقاط ضعف باشد یا نقاط قوت نمره ۰ یا ۲ تعلق می‌گیرد. وجود نمره بالا در امتیاز کلی یا هر یک از زیرمقیاس‌ها (به‌جز زیرمقیاس اجتماعی بودن) نشان‌دهنده احتمال بالای اختلال در فرد و نیاز به بررسی بیشتر در وی است. پایین بودن نمره در هر یک از زیرمقیاس‌های بالا وجود اختلال روان‌پزشکی را رد نمی‌کند. این مقیاس در ایران هنجاریابی شده و اعتبار و

پایایی ترجمه فارسی آن تأیید نشده است (همان‌جا). همچنین، نتایج مطالعه تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۵) حاکی از آن است نمره‌های به‌دست آمده از نسخه‌های والد و آموزگار در این پرسش‌نامه در تمام قسمت‌ها با یکدیگر هم‌بستگی مثبت داشتند و مقایسه نمره‌های شاخص‌های پرفعالیتی و نمره کلی مشکلات تشخیص‌های روان‌پزشکی نشان داد که پرسش‌نامه توانایی و مشکلات، دارای روایی مطلوبی است و نقاط برش به‌دست آمده از این ابزار در ایران با مطالعات سایر کشورها هم‌خوانی داشت.

۳. پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این ابزار یک پرسش‌نامه محقق‌ساخته است که از سوی محققان برای سنجش ویژگی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد نمونه ساخته شد. عوامل فردی مورد سنجش در این پرسش‌نامه شامل سن، جنس، ترتیب تولد، تعداد خواهر و برادرها، وضعیت تحصیلی کودک، میزان دسترسی کودک به امکانات بهداشتی، وضعیت سلامت جسمانی کودک، وضعیت تغذیه کودک، نوع کار کودک (سبک - سخت، داوطلبانه - اجباری)، سابقه سوء مصرف مواد و سیگار، سابقه مشکلات جنسی کودک، سابقه سوء استفاده جسمی یا جنسی در کودکی یا حال حاضر است، عوامل خانوادگی مورد سنجش شامل تعداد اعضای خانواده، شغل پدر و مادر، میزان تحصیلات پدر و مادر، نوع سرپرستی کودک، وضعیت درآمد خانواده، میزان حمایت خانواده از کودک، سابقه بیماری روانی خاص در پدر و مادر، سابقه سوء مصرف مواد در اعضای خانواده است، عوامل اجتماعی هم‌دربرگیرنده محل سکونت (منزل شخصی یا استیجاری)، سابقه بزهکاری و دستگیری کودک، سابقه فرار از خانه و مدرسه، مهاجرنشینی، زبان، قومیت است. این پرسش‌نامه هم از سوی مربی و براساس اطلاعات پرونده‌های کودکان تکمیل می‌شد. برای بررسی روایی صوری و محتوایی، پرسش‌نامه در اختیار چند تن از متخصصان روان‌شناسی و روان‌شناسی کودک قرار گرفت که تأیید شد. ملاحظات اخلاقی در پژوهش عبارت‌اند از: محرمانه بودن اطلاعات انفرادی هر یک از شرکت‌کنندگان، امکان انصراف از تحقیق و یا عدم مشارکت برای هر یک از آنها، طولانی نبودن زمان اجرای پرسش‌گری، رعایت احترام شرکت‌کنندگان و تدارک فضای مناسب برای پاسخ‌گویی. پرسش‌نامه‌های پژوهش از سوی معلمان به‌دلیل شناختی که از کودکان داشتند تکمیل شد و فرم رضایت اخلاقی شرکت در پژوهش از والدین کودکان گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
پایه تحصیلی	اول	۴۳
	چهارم	۳۷
	پنجم	۳۶
	ششم	۳۴
جنسیت	پسر	۷۸
	دختر	۷۲
ترتیب تولد	اول	۳۲
	دوم	۴۰
	سوم	۲۶
	چهارم	۲۰
	پنجم	۱۶
	ششم	۸
نوع کار	آخر	۸
	داوطلب	۵۴
	اجباری	۹۶
وضعیت کار	سبک	۸۹
	سخت	۶۱
مصرف مواد	بله	۳۱
	خیر	۱۱۹
سوءاستفاده جنسی	بله	۳۳
	خیر	۱۱۷
مهاجرت	بله	۱۳۵
	خیر	۱۰

n=۱۵۰

براساس اطلاعات جدول ۲، از نظر پایه تحصیلی بیشتر پایه اول (۲۸/۷ درصد)، از نظر جنسیت بیشتر پسر (۵۲ درصد)، از نظر ترتیب تولد بیشتر فرزند دوم (۲۶/۷ درصد)، از نظر نوع کار بیشتر دارای کار اجباری بودند (۶۴ درصد)، از نظر وضعیت کار بیشتر کار سبک می‌کردند (۵۹/۳ درصد)، از نظر مصرف مواد مخدر بیشتر مصرف مواد را گزارش نکرده‌اند

(۷۹/۳ درصد)، از نظر مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن بیشتر گزینه خیر را گزارش کرده‌اند (۷۸ درصد) و از نظر مهاجرت هم بیشتر مهاجر بودند (۹۰ درصد).
در جدول ۳ میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی آمده است.

جدول ۳ میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی در کودکان کار براساس نقطه برش پرسش‌نامه اختلالات روان‌شناختی در کودکان (CSI-4)

درصد	فراوانی نسبی	فراوانی	نوع اختلال
۵/۳	۰/۰۵۳	۸	بیش‌فعالی (نوع عدم تمرکز)
۵/۳	۰/۰۵۳	۸	بیش‌فعالی (نوع تکانشی)
۶	۰/۰۶	۹	اختلال نافرمانی
۲۴	۰/۲۴	۳۶	اختلال رفتار
۸	۰/۰۸	۱۲	اختلال اضطراب تعمیم‌یافته
۱۶	۰/۱۶	۲۴	اختلال وسواسی
۱۹/۳	۰/۱۹۳	۲۹	اختلال افسردگی شدید
۴/۶	۰/۰۴۶	۷	اختلال اتستیک
۴	۰/۰۴	۶	اختلال اسپرگر
۷/۳	۰/۰۷۳	۱۱	اختلال هراس اجتماعی
۱۰۰	۱	۱۵۰	کل

جدول ۳ فراوانی و میزان شیوع هر یک از اختلالات روان‌شناختی را در نمونه آماری مورد بررسی، نشان می‌دهد. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که اختلال رفتار با فراوانی ۳۶ نفر (۲۴ درصد) بالاترین میزان شیوع را در بین نمونه آماری مورد بررسی نشان می‌دهد. بعد از آن اختلال افسردگی شدید با فراوانی ۲۹ نفر (۱۹/۳ درصد) دومین اختلال شایع هست. اختلال اسپرگر نیز با فراوانی ۶ نفر (۴ درصد) کم‌ترین میزان شیوع را در نمونه آماری مورد بررسی دارد.

در جدول ۴ و ۵ به بررسی نقش عوامل جمعیت‌شناختی و علل اختلال رفتار و افسردگی شدید با استفاده از آزمون تحلیل رگرسیون لجستیک پرداخته می‌شود.
براساس اطلاعات جدول ۴، هم برای اختلال رفتار و هم افسردگی، مقدار خوبی دو به‌دست آمده برای هر سه عامل (فردی، خانوادگی و اجتماعی) سطح ۰/۰۵ معنادار نشده است، بنابراین، می‌توان گفت که هر سه عامل می‌توانند اختلال رفتار و افسردگی را پیش‌بینی کنند. همچنین، مقدار مجذور هم‌بستگی به‌دست آمده برای عوامل فردی ۰/۲۷،

عوامل خانوادگی ۰/۱۴ و عوامل اجتماعی برابر ۰/۱۳ هست که نشان می‌دهد هر یک از این عوامل به ترتیب ۲۷، ۱۴ و ۱۳ درصد از واریانس اختلال رفتار را می‌توانند تبیین کنند. برای اختلال افسردگی هم مقدار مجذور هم‌بستگی به دست آمده برای عوامل فردی ۰/۲۹، عوامل خانوادگی ۰/۱۹ و عوامل اجتماعی برابر ۰/۱۲ هست که نشان می‌دهد هر یک از این عوامل به ترتیب ۲۳، ۱۹ و ۱۲ درصد از واریانس اختلال افسردگی را می‌توانند تبیین کنند.

جدول ۴ مجذور هم‌بستگی و آزمون خی دو برای متغیر اختلال رفتار و افسردگی

نوع اختلال	عوامل	مجذور R	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
اختلال رفتار	عوامل فردی	۰/۲۷۳	۷/۹۱۹	۸	۰/۴۴۱
	عوامل خانوادگی	۰/۱۴۱	۱۸/۹۳۴	۸	۰/۱۵۲
	عوامل اجتماعی	۰/۳۶۱	۱/۳۷۴	۴	۰/۸۴۹
اختلال افسردگی	عوامل فردی	۰/۲۹۱	۶/۴۶۳	۸	۰/۳۶۲
	عوامل خانوادگی	۰/۱۹۹	۳/۵۳۵	۸	۰/۳۰۴
	عوامل اجتماعی	۰/۲۲۱	۰/۶۵۲	۳	۰/۸۸۵

جدول ۵ ضرایب B هر یک از متغیرهای فردی، خانوادگی و اجتماعی بر روی متغیرهای وابسته اختلال رفتاری و افسردگی

اختلال	عامل	بعد	مقدار B	خطای استاندارد	آماره t والد	درجه آزادی	معناداری
رفتاری	فردی	جنسیت	۱/۰۶۲	۰/۵۰۱	۴/۴۸۹	۱	۰/۰۳۴
		سوءاستفاده جنسی	۲/۴۵۱	۱/۱۴۸	۴/۵۶۰	۱	۰/۰۳۳
	خانوادگی	شغل پدر	۰/۴۵۹	۰/۲۰۹	۴/۸۵۶	۱	۰/۰۲۸
	اجتماعی	سابقه بزهکاری	۰/۹۰۷	۰/۸۵۱	۱/۱۳۶	۱	۰/۰۰۷
		فرار از خانه	۰/۲۵۸	۰/۵۷۵	۰/۲۰۲	۱	۰/۰۰۴
افسردگی	فردی	ترتیب تولد	۰/۷۲۱	۰/۱۹۰	۱۴/۴۸	۱	۰/۰۰۰۱
		تعداد خواهر و برادر	۰/۳۹۱	۰/۱۷۲	۵/۱۴	۱	۰/۰۰۲
	خانوادگی	سابقه مصرف مواد در خانواده	۱/۲۷۱	۰/۴۵۸	۷/۷۱	۱	۰/۰۰۵
	اجتماعی	فرار از خانه	۰/۲۶۰	۰/۴۸۶	۰/۲۸۷	۱	۰/۰۰۲
		مهاجرنشین	۰/۰۷۱	۰/۶۱۸	۰/۰۱۳	۱	۰/۰۰۹

جدول ۵ نتایج مربوط به نقش هر یک از متغیرهای عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در پیش‌بینی اختلال رفتار و افسردگی را نشان می‌دهد. در اختلال رفتار، آماره

والد به‌دست آمده برای متغیرهای عوامل فردی نشان می‌دهد که جنسیت و مشکلات جنسی نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال رفتار دارند. از بین عوامل خانوادگی شغل پدر نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال رفتار دارد، از بین عوامل اجتماعی نیز سابقه بزهکاری و فرار از خانه نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال رفتار دارند. برای اختلال افسردگی هم، آمارهٔ والد به‌دست آمده برای متغیرهای عوامل فردی نشان می‌دهد که ترتیب تولد و تعداد خواهر و برادر نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال افسردگی دارند، از بین عوامل خانوادگی سابقه مصرف مواد در خانواده نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال افسردگی دارند و از بین عوامل اجتماعی نیز سابقه فرار از خانه و مهاجرنشین بودن نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال افسردگی دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی و عوامل پیش‌بین آن در کودکان کار انجام شد. پرسش اول پژوهش این بود شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در کودکان کار کدام است؟ نتایج یافتهٔ اول نشان داد که اختلال رفتار با فراوانی ۳۶ نفر (۲۴ درصد) بالاترین میزان شیوع را در بین نمونه آماری مورد بررسی نشان می‌دهد. بعد از آن اختلال افسردگی شدید با فراوانی ۲۹ نفر (۱۹/۳ درصد) دومین اختلال شایع هست. این یافته با پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه همسو است (سیلوا^۱ و همکاران، ۲۰۱۴؛ میلز^۲ و همکاران، ۲۰۱۳؛ عبداله‌زاده رافی و همکاران، ۱۳۹۵؛ صالحی و انتصار، ۱۳۹۱).

اختلال‌های رفتاری در بین دانش‌آموزان شایع است و بین میزان شیوع آن با آزارگری هیجانی رابطهٔ مثبتی وجود دارد. به عبارتی، هر چه میزان آزارگری هیجانی در دانش‌آموزان بیشتر باشد، میزان شیوع اختلال‌های رفتاری چون نقص توجه - بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک در بین آن‌ها بیشتر است (عبداله‌زاده رافی و همکاران، ۱۳۹۵). نتایج بررسی صالحی و انتصار (۱۳۹۱) حاکی از آن است که شیوع کل اختلال‌های رفتاری در میان کودکان مورد مطالعه ۲۷/۸ درصد، در میان دختران ۲۷/۳ درصد و در میان پسران ۲۸/۳ درصد بود. از نظر شیوع کل اختلال‌ها تفاوتی بین جنسیت دختر و پسر وجود نداشت، هر چند میزان اضطراب و افسردگی در نزد دختران بیشتر از

پسران و میزان رفتار قانون‌شکنانه در میان پسران بیشتر از دختران بود. مشکل اضطراب و افسردگی با ۸/۲ درصد و مشکلات توجه با ۰/۹ درصد به ترتیب دارای بیشترین و کم‌ترین شیوع در میان دختران، رفتار قانون‌شکنانه با ۸/۳ درصد و مشکلات توجه به ۱/۳ درصد بیشترین و کم‌ترین شیوع را در میان پسران داشتند.

در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که کودکان کار گروه خاصی از کودکان هستند که به دلیل شرایط خاص اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و موقعیتی میزان آسیب‌پذیری آن‌ها بیش از سایر گروه‌هاست. کودکان کار در بزرگ‌سالی دچار مشکلات فراوانی می‌شوند، کودکی نکرده‌اند یا کودکی خود را با رنج و درد به یاد دارند. به دلیل نبود سرپرست او در خیابان امنیت هم ندارد. مورد تحقیر، توهین، تعرض و غیره قرار می‌گیرد و کودک آزاری جسمی، جنسی، عاطفی و روانی همه را تجربه می‌کند و لذا احتمال اینکه میزان اختلالات رفتاری و افسردگی در آن‌ها شیوع بالاتری داشته باشد، بیشتر است. از طرفی روش تربیتی تنبیهی و خشن، سوءمصرف مواد، بزهکاری، اختلالات رفتاری، رفتارهای پرخاشگرانه و بدرفتاری والدین با بروز این اختلال در فرزندان رابطه دارد (سلیمانیان و همکاران، ۱۳۹۴). مهاجر بودن خانواده این افراد در کنار زندگی سخت در شرایط اقتصادی استرس‌زا و اجبار به کار کردن برای تأمین مایحتاج خانواده و کمک خرج بودن آن‌ها سبب می‌شود که ضمن جا ماندن از تحصیل، با چالش‌ها و سختی‌های ارتباط با افراد بزرگ‌سال و محیط کاری دست و پنجه نرم کنند که مجموعه این عوامل در کنار مشکلات تغذیه ناکافی، کمبود محبت از سوی والدین، درگیری‌های این کودکان با کودکان بزرگ‌تر و حتی آسیب جسمی و جنسی از سوی آن‌ها، سبب می‌شود تا میزان آسیب‌پذیری آن‌ها در مقابل اختلالات بیشتر شود که این مسئله احتمال ابتلای آن‌ها به اختلالات رفتاری و خلقی را افزایش می‌دهد. براساس مطالعات پیشین در مغز بزرگ‌سالانی که در کودکی متحمل سوءرفتار شده‌اند، برانگیختگی شدید سیستم لیمبیک، کاهش اندازه هیپوکامپ، هماهنگی ضعیف بین نیمکره‌های مغز همراه با کاهش اندازه جسم پینه‌ای تظاهر می‌کند (مانیجلو^۱، ۲۰۰۹). اثرات عصبی - زیست‌شناختی سوءرفتار واسطه علائم رفتاری نظیر پرخاشگری و افسردگی هست، همچنین، افزایش پاسخ‌دهی دستگاه عصبی خودکار، پرفعالیتی دستگاه‌های نورآدرنرژیک و افیون‌های درون‌زاد (پردا^۲ و همکاران، ۲۰۰۹) و نیز محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال و مشکلات

1. Maniglio
2. Pereda

حافظه (دی کولیت^۱ و همکاران، ۲۰۰۷)، افزایش غلظت کته کول آمین‌ها، کاهش کورتیزول آزاد و تغییرات ساختاری در آمیگدال در افراد دچار آسیب و سوءرفتار در کودکی گزارش شده است. براساس مدل روان‌کاوی (پیرا^۲، ۲۰۰۲) هم آسیب و استرس زیاد سبب فعال شدن مجدد تعارض روانی شده، دوپارگی در هشیاری رخ داده است و یک تعارض از پیش موجود با بروز رویداد استرسی و به‌صورت نمادین احیا می‌شود. در مدل شناختی، افراد دچار آسیب نمی‌توانند آسیبی را که عامل بروز اختلال بوده است پردازش کنند و بنابراین، با بروز اختلال‌های رفتاری و خلقی واکنش نشان می‌دهند و براساس مدل رفتاری، آسیب در کنار عوامل موقعیتی و بروز و مشاهده خشونت در کودکان همراه می‌شود و سپس از طریق یادگیری ابزاری واکنش خشن و مشکلات رفتاری تولید می‌شود و بیمار الگوی مشکلات رفتاری و خلقی را بروز می‌دهد (همان‌جا).

نتایج مطالعه فرامرزی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که میزان شیوع اختلال گوشه‌گیری / افسردگی و سایر مشکلات (شامل ترس از مدرسه، ناخن جویدن، کابوس و غیره) به‌طور معناداری در دختران بیشتر از پسران بوده و رفتار قانون‌شکنی به‌طور معناداری در پسران بیشتر از دختران بوده است. همچنین، میزان شیوع گوشه‌گیری / افسردگی و رفتار پرخاشگرانه در دانش‌آموزان شهری به‌طور معنی‌داری بیشتر از دانش‌آموزان روستایی بوده است. میچل و کرولی^۳ (۲۰۰۲) با مروری بر پژوهش‌های انجام‌شده، بیان می‌کنند که میزان شیوع افسردگی در بین نوجوانان و جوانان، همچنان در حال افزایش است.

آنچه به‌طور کلی کودک کار خیابانی را از سایر کودکان متفاوت می‌کند این است که او به هر دلیلی نسبت به زمانی که در کنار خانواده است یا باید در مدرسه باشد، زمان بیشتری را در خیابان‌های شهرهای بزرگ و مدرن که برای کودکان محیطی ناامن و متشنج به‌شمار می‌رود، سپری می‌کند (پروت و همکاران، ۲۰۰۵، ترجمه ابراهیم‌آبادی، ۱۳۸۵). درمورد میزان شیوع پدیده کودک کار آمارهای متفاوتی مطرح است. براساس برآوردهای آژانس بین‌المللی کودک کار خیابانی تعداد کودکان کار بیش از ده برابر کودکان خیابانی بوده و گاه در شهرهای فقیر کشورهای در حال توسعه این نسبت به صد برابر نیز می‌رسد (حسینی، ۱۳۸۴). بنابراین، براساس آنچه گفته شد و همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین، به‌نظر می‌رسد به‌دلیل شرایط خاص کودکان کار و نبود وضع اقتصادی

1. De Kloet
2. Pereira
3. Michael & Crowley

و زمینه تربیتی و آموزشی مناسب، میزان شیوع اختلال رفتاری و خلقی به‌ویژه افسردگی در این کودکان بیشتر است.

پرسش دوم پژوهش این بود که چه ارتباطی بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اختلالات شایع در کودکان کار وجود دارد؟ یافته دوم پژوهش در مورد ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شیوع اختلالات در کودکان کار نشان داد که از بین عوامل فردی جنسیت و مشکلات جنسی نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال رفتار دارند، از بین عوامل خانوادگی شغل پدر نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال رفتار دارد و از بین عوامل اجتماعی نیز سابقه بزهکاری و فرار از خانه نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال رفتار دارند. این یافته همسو با پژوهش‌های قبلی در این زمینه است (عبداله‌زاده رافی و همکاران، ۱۳۹۵؛ صالحی و انتصار فومنی، ۱۳۹۱؛ یوسفی و همکاران، ۱۳۷۹).

نتایج مطالعه عبداله‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) حاکی از آن است که بین شیوع اختلال‌های رفتاری با آزارگری هیجانی در کودکان رابطه معناداری وجود دارد به‌طوری که افرادی که بیشتر در معرض آزارگری بوده‌اند شیوع اختلال‌های رفتاری در آن‌ها بیشتر است. نتایج مطالعه صالحی و انتصار فومنی (۱۳۹۱) با بررسی شیوع اختلال‌های رفتاری در نوجوانان حاکی از آن بود که شیوع اختلال‌های رفتاری در میان دختران ۲۷/۳ درصد و در میان پسران ۲۸/۳ درصد بود. میزان اضطراب و افسردگی در میان دختران شیوع بیشتری داشت و در مقابل شیوع رفتار قانون‌شکنانه در میان پسران بیشتر از دختران بود و در میان پسران رفتار قانون‌شکنانه بیشترین شیوع را داشت. همسو با نتایج پژوهش یوسفی و همکاران (۱۳۷۹) در تبیین نتایج می‌توان گفت که بین بُعد عوامل خانوادگی و شیوع اختلال رفتار رابطه معناداری وجود دارد که این رابطه می‌تواند ناشی از این باشد که تعداد زیاد اعضای خانواده، این فرصت را ممکن است به خانواده‌ها ندهد تا شیوه تربیتی درستی را برای فرزندان فراهم کنند و این مسئله سبب می‌شود که کودک دچار اختلال رفتار شود.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که از آنجا که اختلال رفتار به‌منزله شرایطی که در آن پاسخ‌های رفتاری فرد در مدرسه با هنجارهای پذیرفته‌شده با توجه به سن، قومیت یا فرهنگ تفاوت زیادی داشته، به‌گونه‌ای که بر عملکرد تحصیلی وی اثر می‌گذارد، تعریف شده است (هاردمن و همکاران، ۲۰۰۲، ترجمه علیزاده و همکاران، ۱۳۹۷)، یکی از دلایلی که می‌تواند در افزایش شیوع این اختلال نقش داشته باشد، ماهیت

رفتارهای آن‌هاست؛ به‌طوری که لازمه زندگی و بقای این کودکان تخطی از برخی معیارهای اخلاقی و قانونی است و چنانچه این کودکان نتوانند همسان‌سازی کنند در معرض آسیب و سوءاستفاده از سوی کودکان بزرگ‌تر و بزرگ‌سالان قرار می‌گیرند. بنابراین، از آنجا که این کودکان زمان بیشتری را در محیط‌های کار و زمان اندکی را در مدرسه سپری می‌کنند مسلماً تأثیر محیط‌های آسیب‌پذیر کار بر آن‌ها بیشتر است و چنانچه این کودکان براساس ملاک‌های رفتار بهنجار در مدرسه از سوی معلمان ارزیابی شوند، آمار شیوع این اختلال بیشتر از سایر اختلالات ارزیابی می‌شود. نکته دیگری که وجود دارد نقش برخی عوامل در آسیب‌پذیری این کودکان و ابتلای آن‌ها به اختلالات رفتاری است که عواملی چون جنسیت و مشکلات جنسی را در بین عوامل فردی می‌توان دخیل دانست. به‌طوری که می‌توان گفت همسو با مطالعات قبلی، شیوع این اختلال در پسران بیشتر از دختران است و کسانی که در معرض آسیب‌های جنسی و سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند بیشتر در معرض ابتلای به این اختلال هستند. عامل مربوط به خانواده شغل پدر است که در ارتباط با این عامل هم می‌توان بیان داشت که همسو با پژوهش‌های قبلی بیکاری و نداشتن شغل و یا اشتغال به مشاغل کاذب می‌تواند احتمال ابتلای کودکان به اختلالات رفتاری را افزایش دهد. مسئله سوم، نقش عوامل اجتماعی چون سابقه بزهکاری و فرار از خانه در ابتلای کودکان کار به اختلالات رفتاری است. از آنجا که این کودکان دائماً در معرض بزهکاری قرار می‌گیرند و وسایل و پول آن‌ها از سوی اطرافیان و کودکان بزرگ‌تر مورد سرقت قرار می‌گیرد بروز رفتارهای پرخاشگرانه هم در آن‌ها بیشتر مشاهده می‌شود و از سوی دیگر، این کودکان گاهی به‌دلیل شرایط سخت زندگی و کار، تصمیم به فرار از منزل می‌گیرند و به‌دلیل نداشتن حامی و سرپناه، از سوی افراد دیگری مورد استثمار و حتی سوءاستفاده جنسی و هیجانی قرار می‌گیرند که مجموعه این عوامل می‌تواند در ابتلای آن‌ها به اختلالات رفتاری نقش داشته باشد. بررسی‌ها در مورد نقش آزار جسمی و جنسی بر سلامت روان‌شناختی حاکی از آن هستند که این عوامل نقش زیادی در بروز آسیب‌های رفتاری دارند (عبداله‌زاده رافی و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین، براساس نتایج پژوهش می‌توان گفت که شیوع اختلال رفتاری در کودکان کار زیاد است و عواملی چون جنسیت، مشکلات جنسی، شغل پدر، سابقه بزهکاری و فرار از خانه به‌دلیل شرایط سخت زندگی می‌تواند در بروز این اختلال در کودکان کار نقش داشته باشد.

نتایج بررسی علل شیوع اختلال افسردگی هم نشان داد از بین متغیرهای عوامل فردی ترتیب تولد و تعداد خواهر و برادر نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال افسردگی دارند، از بین عوامل خانوادگی سابقه مصرف مواد در خانواده نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال افسردگی دارند و از بین عوامل اجتماعی نیز سابقه فرار از خانه و مهاجرت‌نشین بودن نقش معناداری در پیش‌بینی اختلال افسردگی دارند. این یافته همسو با یافته‌های قبلی در این زمینه است (فرامرزی و همکاران، ۱۳۹۰).

در تبیین این یافته می‌توان گفت دلیل اختلال افسردگی در کودکان را به تعامل بین چندین عامل از جمله ژنتیکی، زیستی و روانی - اجتماعی بستگی دارد. افسردگی زمینه‌های خانوادگی (حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد) دارد، به عبارتی کودکانی که یکی از بستگان درجه یک آن‌ها مبتلا به اختلال افسردگی است سه برابر بیشتر از سایر کودکان احتمال ابتلا به این اختلال را دارند. همچنین، عوامل زیستی به‌ویژه تغییرات هورمون رشد و عوامل استرس‌زای محیطی و رویدادهای ناگوار و منفی، به‌ویژه خانواده؛ روش‌های تربیتی ناسالم والدین، برخورد غیریکسان والدین با کودکان و تبعیض بین آن‌ها، طلاق یا جدایی والدین، اختلافات خانوادگی شدید، اختلاف بین والدین، نداشتن مهارت‌های فرزندپروری مناسب و عدم برقراری ارتباط صمیمی و سالم والد - کودک، بدرفتاری یا غفلت از کودک، برخی ویژگی‌های رفتاری والدین همچون کمال‌گرایی، انتقادگری، سرزنش‌گری، کنترل‌گری بیش از حد، عدم توانایی کودک در برقراری ارتباط با همسالان و غیره می‌توانند در بروز اختلال افسردگی در کودکان نقش داشته باشند. در کودکان کار نیز همانند سایر کودکان اختلال افسردگی شایع است و این مسئله می‌تواند علل فردی، خانوادگی و اجتماعی مختلفی داشته باشد. از جمله عوامل فردی شایع در بروز افسردگی در کودکان کار همسو با نتایج پژوهش حاضر ترتیب تولد و تعداد خواهر و برادرهاست، به‌طوری که می‌توان گفت فرزندان اول به دلیل تولد فرزند جدید و با افزایش سن کم‌تر مورد مهر و محبت والدین قرار می‌گیرند و همین‌طور چنانچه خانواده گسترده و تعداد خواهر و برادرها بیشتر باشد این احتمال به مراتب بیشتر می‌شود و فرزندان بزرگ‌تر مسئولیت بیشتری را در خانواده عهده‌دار هستند، بر همین اساس، به دلیل فشار مضاعف کاری و کمبود حمایت و محبت از جانب والدین گرایش بیشتری برای ابتلای به افسردگی دارند. در کنار عوامل فردی، چنانچه والدین این کودکان مصرف‌کننده مواد باشند هزینه تهیه مواد بر عهده کودکان بزرگ‌تر گذاشته شده است و آن‌ها مجبور به انجام کار بیش از

توان‌شان هستند که این مسئله هم می‌تواند زمینه‌ساز ابتلای آن‌ها به افسردگی باشد، از سوی دیگر، عوامل اجتماعی چون سابقه فرار از خانه به دلیل این مشکلات و مسئولیت‌های بالا در فرزندان وجود دارد که همین عامل هم زمینه‌ساز بروز نشانه‌های افسردگی در آن‌هاست. عامل اجتماعی دیگر مهاجرنشین بودن خانواده است که مکانیسم تأثیر این عامل در افسردگی این است که خانواده‌های مهاجرنشین به دلیل غریبی فاقد هر گونه حمایتی از سوی محیط و اطرافیان هستند و کودکان این خانواده‌ها بیشتر از سایرین در معرض آسیب قرار می‌گیرند که همین می‌تواند زمینه‌ساز ابتلای آن‌ها به نشانه‌های افسردگی را در کنار عوامل دیگر افزایش دهد. بنابراین، براساس یافته پژوهش از جمله علل ایجاد و شیوع افسردگی در کودکان کار می‌توان ترتیب تولد، تعداد خواهر و برادر، سابقه مصرف مواد در خانواده، سابقه فرار از خانه و مهاجرنشین بودن خانواده را نام برد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محدودیت ورود و دسترسی به جامعه کودکان و اخذ مجوز برای ورود به مدارس این کودکان، محدود بودن جامعه پژوهش به کودکان کار کرج و استفاده از نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد که امکان تعمیم نتایج به سایر جوامع کودکان کار را با مشکل مواجه می‌کند.

براساس یافته‌های پژوهش، با توجه به شیوع مشکلات رفتاری در کودکان کار، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به صورت عمیق‌تر و همه‌جانبه نوع مشکلات رفتاری و علل دقیق‌تر آن‌ها بررسی شود، براساس محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نظرات والدین در بررسی شیوع و علل اختلالات در کودکان کار استفاده شود، براساس محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و در جوامع گسترده‌تر کودکان کار، استفاده شود، بررسی و مقایسه میزان شیوع اختلالات روانی و علل آن‌ها در کودکان کار و سایر گروه‌های همسال پیشنهاد می‌شود.

قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علامه طباطبائی است. بدین وسیله پژوهشگران از همه کسانی که در انجام طرح مشارکت کنند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

منابع

- ابراهیم نجف‌آبادی، ا. (۱۳۹۲). بررسی تطبیقی میزان پرخاشگری بین کودکان و نوجوانان پسر خیابانی و کودکان خانواده پسر شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱. *مجموعه مقالات اولین همایش کودکان خیابانی*. تهران: سازمان بهزیستی کشور.
- احمدخانی‌ها، ح.، ترکمن‌نژاد، ش.، و حسینی‌مقدم، م. (۱۳۸۱). همه‌گیرشناسی افسردگی و سوء‌استفاده جنسی در کودکان خیابانی. *اندیشه و رفتار*، ۱ (۸)، ۱۴-۱۹.
- اسفندفرد، س. م. (۱۳۸۶). کودکان کار و خیابان. *روان‌شناسی و علوم تربیتی اصلاح و تربیت*، ۶۹، ۸۳-۸۴.
- افشانی، ع.، عسکری‌ندوشن، ع.، حیدری، م.، و نوریان نجف‌آبادی، م. (۱۳۹۱). تحلیلی بر وضعیت کودکان خیابانی و کار در شهر اصفهان. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۳ (۴۸)، ۱۰۲-۸۵.
- پروت، آ.، آلیسون، ج.، و کریس، ج. (۲۰۰۵). *جامعه‌شناسی دوران کودکی*. ترجمه ع. کرمانی، و ع. ابراهیم‌آبادی (۱۳۹۳). تهران: ثالث.
- توفیقی، م. (۱۳۸۴). آن‌ها که هوش سرشارشان فقط در خیابان‌ها خلاصه می‌شود. *روزنامه اسرار*.
- تهرانی‌دوست، م.، شهریور، ز.، پاکباز، ب.، رضایی، آ.، و احمدی، ف. (۱۳۸۵). روایی نسخه فارسی پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ). *تازه‌های علوم شناختی*، ۸ (۴)، ۳۳-۳۹.
- جزایری، س. س.، اصغرنژادفرید، ع.، و خاقانی، م. (۱۳۹۸). مقایسه عوامل شخصیتی و دین‌داری درونی و بیرونی در نوجوانان با و بدون رفتارهای پرخطر. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۳ (۲)، ۷۱-۵۴.
- حسینی، س. ح. (۱۳۸۴). وضعیت کودکان کار و خیابان در ایران. *رفاه اجتماعی*، ۵ (۱۹)، ۱۵۵-۱۷۴.
- سلیمانیان، م.، جوکاریان، ع.، کلاهی، ع.، ابدی، ع.، کرامتی‌نیا، ع.، و محمدی، م. (۱۳۹۴). بررسی دل‌بستگی به خدا و بخشش میان نوجوانان دچار اختلال سلوک در کانون اصلاح و تربیت شهر تهران. *سلامت اجتماعی*، ۲ (۲)، ۱۲۷-۱۳۸.
- سید کریمی، ع. (۱۳۸۵). *مقایسه شیوع اضطراب، افسردگی و عزت‌نفس در کودکان خیابانی و عادی شهر تهران در سال ۱۳۸۵*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.
- صالحی، ج.، و انتصار فومنی، غ. (۱۳۹۱). شیوع اختلال‌های رفتاری در نوجوانان دبیرستانی استان زنجان (۱۳۸۸-۱۳۸۹). *دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۶ (۳)، ۵۹-۵۴.
- عبداله‌زاده رافی، م.، حسن‌زاده، م.، نسائیان، ع.، و اسدی‌گندمانی، ر. (۱۳۹۵). شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان و پیش‌بینی آن براساس آزارگری هیجانی. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۰ (۲)، ۴۱-۲۸.
- فرامرزی، س.، قمرانی، ا.، و شریعتی، م. (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه میزان شیوع و فراوانی اختلال‌های رفتاری در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه منطقه بستان آباد. *پزشکی ارومیه*، ۲۲ (۵)، ۴۳۹-۴۴۸.
- قاسم‌زاده، ف. (۱۳۸۲). کودکان خیابانی در تهران. *رفاه اجتماعی*، ۲ (۷)، ۲۴۹-۲۶۳.
- محمداسماعیل، ا.، و علی‌پور، ا. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-4). *کودکان استثنایی*، ۲ (۳)، ۲۳۹-۲۵۴.
- محمدی، م. (۱۳۸۷). *بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان شهر تهران*. طرح

- پژوهشی مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. معصومی، س. (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه شیوع آسیب‌پذیری جنسی و رابطه آن با مشکلات روان‌شناختی کودکان کار ۱۲-۷ سال تحت پوشش مراکز مردم‌نهاد و کودکان عادی جنوب شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- مهرپرور، ح. (۱۳۷۸). دیدگاه جدید در حقوق جنایی. تهران: آوند.
- مؤمنی، ف. (۱۳۸۲). بررسی ویژگی‌های روانی اجتماعی کودکان خیابانی پسر در تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- وامقی، م.، رفیعی، پ.، و روشنفکر، پ. (۲۰۱۵). ارزیابی سریع وضعیت کودکان خیابانی در شهر تهران، ۱۳۹۲: علل و خطرهای کار کودکان در خیابان. *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۴(۱)، ۵۷-۳۳.
- وامقی، م.، رفیعی، ح.، سجادی، ح.، و رشیدیان، آ. (۱۳۹۰). مرور نظام‌مند مطالعات کودکان خیابانی در دهه اخیر در ایران: عوامل خانوادگی مرتبط و پیامدهای خیابانی شدن کودکان. *مسائل اجتماعی ایران*، ۲(۱)، ۱۳۵-۱۶۶.
- وامقی، م.، سجادی، ح.، رفیعی، ح.، و رشیدیان، آ. (۱۳۸۸). مرور نظام‌مند مطالعات کودکان خیابانی در دهه اخیر در ایران (فقر و عامل خطر خیابانی شدن کودکان). *رفاه اجتماعی*، ۹(۳۵)، ۳۷۸-۳۳۷.
- هاردمن، م.، درو، جی.، و آگن، م. (۲۰۰۲). روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی. ترجمه ح. علیزاده، ف. یادگاری، ک. گنجی، م. یوسفی لویه (۱۳۹۷). تهران: دانژه.
- یوسفی، ف.، عرفانی، ن.، خیرآبادی، غ.، و قانع، ح. (۱۳۷۹). بررسی شیوع اختلال‌های سلوک و نافرمانی در دانش‌آموزان راهنمایی استان کردستان. *اندیشه و رفتار*، ۶(۳-۲)، ۵۴-۴۸.
- Ali, M., Shahab, S., Ushijima, H., & de Muynck, A. (2004). Street children in Pakistan: A situational analysis of social conditions and nutritional status. *Social Science & Medicine*, 59(8), 1707-1717.
- De Kloet, C. S., Vermetten, E., Geuze, E., Lentjes, E. G. W. M., Heijnen, C. J., Stalla, G. K., & Westenberg, H. G. M. (2007). Elevated plasma corticotrophin-releasing hormone levels in veterans with posttraumatic stress disorder. *Progress in brain research*, 167, 287-291.
- Ferguson, K. M. (2005). Child labor and social capital in the mezzo system: family-and community-based risk and protective factors for street-working children in Mexico. *Journal of Social Work Research and Evaluation*, 6(1), 101-120.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- Grayson, P., & Carlson, G. A. (1991). The utility of a DSM-III-R-based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(4), 669-673.
- Ismayilov, F. (2007). Street Children and HIV/AIDS in Azerbaijan. The Global Found, Baku. http://www.academia.edu/2305844/Street_Children_and_HIV_AIDS_in_Azerbaijan
- Khan, S., & Hesketh, T. (2010). Deteriorating situation for street children in Pakistan: a consequence of war. *Archives of disease in childhood*, 95(8), 655-657.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical psychology review*, 29(7), 647-657.
- Michael, K. D., & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and

- adolescent depression?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 247-269.
- Mills, R., Scott, J., Alati, R., O'Callaghan, M., Najman, J. M., & Strathearn, L. (2013). Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child abuse & neglect*, 37(5), 292-302.
- & Gharabawi, G. (2007). Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. *Biological psychiatry*, 62(3), 226-234.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 328-338.
- Pereira, A. (2002). Combat trauma and the diagnosis of post-traumatic stress disorder in female and male veterans. *Military Medicine*, 167(1), 23-27.
- Silva, T. C., Graña, J. L., & González-Cieza, L. (2014). Self-reported physical and emotional abuse among youth offenders and their association with internalizing and externalizing psychopathology: A preliminary study. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 58(5), 590-606.
- Strehl, T. (2010). The risks of becoming a street child: Working children on the streets of Lima and Cusco. In *Hazardous Child Labour in Latin America* (pp. 43-65). Springer Netherlands.
- Teltschik, A. (2006). Children and young people living of working on the streets: the missing face of the HIV epidemic in Ukraine. UNICEF/AFEW.
- Walker, L. S., Beck, J. E., Garber, J., & Lambert, W. (2009). Children's Somatization Inventory: psychometric properties of the revised form (CSI-24). *Journal of pediatric psychology*, 34(4), 430-440.
- Wattayau, N., Wenzel, J., Sirisreetreeru, R., Sangprasert, C., & Wisettanakorn, N. (2011). Rapid assessment and response: The context of HIV/AIDS and adolescents in Bangkok. *Nursing Science Journal of Thailand*, 29(3), 28-35.
- Wutoh, A. K., Kumoji, E. K., Xue, Z., Campusano, G., Wutoh, R. D., & Ofosu, J. R. (2006). HIV knowledge and sexual risk behaviors of street children in Takoradi, Ghana. *AIDS and Behavior*, 10(2), 209-215.