

رابطه مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی در کودکان پیش دبستانی^۱

دکتر مجتبی امیری مجد^۲، دکتر محمد قمری^۳، لیلا طاهری^۴

چکیده

هدف این پژوهش، تعیین رابطه مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی در کودکان پیش دبستانی بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان پیش دبستانی شهر ابره بود. آزمودنی ها ۱۰۴ دانش آموز (۴۳ پسر و ۶۱ دختر) پیش دبستانی بودند که به روش نمونه گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای انتخاب شدند و مادران آنها به پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی و مقیاس درجه بندی رفتار کودک کانرز- فرم والدین پاسخ دادند. برای تحلیل داده ها از ضریب همبستگی اسپیرمن، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی برای نمونه های مستقل و تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد

۱- این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی است که با حمایت مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابره انجام شده است.

۲- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابره، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، ابره، ایران. amirimajd@abhariau.ac.ir

۳- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابره، دانشکده علوم انسانی، گروه راهنمایی و مشاوره، ابره، ایران.

۴- کارشناس ارشد تربیت بدنی و علوم ورزشی.

که مشکلات رفتاری با کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی رابطه دارد و مشکلات رفتاری می توانند کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی را پیش بینی کنند. نتایج همچنین نشان داد که فقط تعداد اعضای خانواده و کیفیت زندگی می توانند مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی را پیش بینی کنند اما سایر متغیرهای جمعیت شناختی (وضعیت اقتصادی خانواده، تحصیلات و شغل والدین) نتوانستند مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی را پیش بینی کنند. مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی پسران و دختران پیش دبستانی نیز متفاوت نبود ($p < .05$).

واژه های کلیدی: مشکلات رفتاری، کیفیت زندگی، کودکان پیش دبستانی

مقدمه و بیان مساله

کودکان معمولاً رفتارهایی از خود نشان می دهند که بزرگسالان را نگران می کند. با وجود این، تنها در سال های اخیر بوده است که پژوهشگران اهمیت بالینی این رفتارها را در کودکان مورد توجه قرار داده اند (آنسلمی، پیسینی، باروس، لویز، ۲۰۰۴).

مشکلات رفتاری در بین کودکان شایع هستند و نسبت بالایی از این مشکلات، پایدار هستند. مشکلات رفتاری باعث می شوند مسئولیت سنگینی بر دوش خانواده، مدرسه و جامعه گذاشته شود. (گالبودا- لیاناچ، پرینس، اسکات، ۲۰۰۳). طی چند دهه گذشته علاقه و توجه به تحول عاطفی- اجتماعی کودکان گسترش یافته است. پیش تر، برخی پژوهشگران بر این باور بودند که مشکلات کودکان، ناشی از نارسایی های تحولی است که با گذر زمان پشت سر گذاشته خواهد شد. واقعیت این است که اگر چه فرآیند تحول و تغییرات سریع همراه آن، نمی تواند پایدار باشد، اما باید توجه داشت که اکثر کودکانی که در سال های نخستین کودکی، واجد مشکلات رفتاری و عاطفی هستند، نه تنها به سادگی از آن عبور نمی کنند، بلکه ممکن است این مشکلات تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز در آنها تداوم داشته باشد (گیمپل و هالند، ۲۰۰۲).

مشکلات رفتاری برون ریزی شایع ترین علت ارجاع کودکان و نوجوانان به مراکز خدمات بهداشتی محسوب می شود. علاوه بر این ، مشکلات رفتاری علت اصلی ارجاع کودکان به مراکز آموزش ویژه، مشاوران مدارس و برنامه های ویژه در مدارس عادی است (لوچمن، و زیپانسکی، ۱۹۹۹). تعداد قابل توجهی از کودکان دارای مشکلات رفتاری، در مدرسه و در مراحل بعدی زندگی نیز رفتارهای ناسازگارانه از خود نشان می دهند (مک گی و همکاران، ۱۹۹۱). والدین کودکان دارای رفتارهایی ایذایی نیز استرس بیشتری تجربه می کنند و رفتارهای کودکانشان بر زندگی اجتماعی آن ها تأثیر منفی می گذارد (دانن برگ، و بیکر ، ۱۹۹۳).

کیفیت زندگی کودکان، به عنوان یک موقعیت چند وجهی تعریف شده است که از عملکردهای اجتماعی، هیجانی و جسمی کودک یا نوجوان و خانواده شکل می گیرد (بارنز و جنی، ۲۰۰۲؛ کرولی و کازدین، ۱۹۹۸) و مفهومی است که به تغییرات رشدی حساس است (بارنز و جنی، ۲۰۰۲؛ رونن، روزن بوم، لو، استرینر، ۲۰۰۱). کیفیت زندگی کودکان مفهومی از بهزیستی است که به وضعیت جسمانی، سلامت روانی، عزت نفس و درک کودک از فعالیتهایش در حین بازی و سرگرمی هایی که دارد باز می گردد (جوژفیاک، لارسون و ویچستروم، ۲۰۰۹). در اثر رشد جسمی و هوشی، درک کودک از سلامتی و تندرست بودن نیز تغییر می کند، بنابراین تعاریف کیفیت زندگی در زمان کودکی به نسبت زمان نوجوانی تغییر می یابد، حتی این محدوده تعریف، در کودکان همسن نیز متفاوت است (بارنز و جنی، ۲۰۰۲).

در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانیهای عمده سیاستمداران و دانشمندان و متخصصین بهداشت عمومی است و به عنوان شاخصی برای اندازه گیری وضعیت سلامت در پژوهش های شناخته شده به کار می رود. به دلیل اهمیتی که مفهوم کیفیت زندگی پیدا کرده است، سازمان جهانی بهداشت یکی از اهداف عمده خود را تا سال ۲۰۱۰ افزایش کیفیت زندگی ذکر کرده است (سایت سازمان جهانی بهداشت (WHO) ، ۲۰۰۵). مشکلات رفتاری کودکان در زندگی خانوادگی تأثیر منفی می گذارند، استرس زیادی را به والدین ، بویژه مادران، وارد می کنند (مک اینتایر، بلچر، و بیکر، ۲۰۰۲).

مشکلات رفتاری کودکان رابطه نزدیکی با کیفیت زندگی آنها دارد و رفتارهای کودکان، بسیار به محیط اجتماعی که کودک بخشی از آن است نزدیک است. نظریه پردازان رشدی چنین مطرح می کنند که کودکان نمایندگان فعالی هستند که بوسیله محیط شکل گرفته اند و همین کودکان کسانی هستند که محیط اطرافشان را شکل می دهند، بنابراین عوامل محیطی همچون خانواده، روابط با

همسالان، همسایگان و سازمانهای بهزیستی باید در تعریف کیفیت زندگی کودکان مطرح شوند (ماتزا، سوئزن، فلود، سکینک و لیدی، ۲۰۰۴).

در حال حاضر، علاقه به ارزیابی و استفاده از کیفیت زندگی وابسته به سلامتی (HRQoL) در حال گسترش است (سولانز و همکاران، ۲۰۰۸) و در دهه اخیر، توجه و علاقه به اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان افزایش یافته است (وارنی و همکاران، ۲۰۰۶).

در مجموع نتایج پژوهش ها نشان می دهند که اختلال های رفتاری در بین کودکان شایع هستند و در کودک و خانواده تاثیر منفی می گذارند. خلاء موجود در دانش کنونی این است که اختلال رفتاری و کیفیت زندگی چه ارتباطی با هم دارند و چه عواملی می توانند در این دو متغیر مهم تأثیر بگذارند. در این پژوهش تلاش خواهد به پرسش های زیر پاسخ داده شود:

- ۱- آیا مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی در کودکان پیش دبستانی رابطه دارد؟
- ۲- آیا مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی در دختران و پسران پیش دبستانی متفاوت است؟
- ۳- آیا وضعیت اقتصادی خانواده با مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی رابطه دارد؟
- ۴- آیا تحصیلات والدین با مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی رابطه دارد؟
- ۵- چه عواملی مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی را پیش بینی می کنند؟

روش

روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان شهر ابهر بود که در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ در مقطع پیش دبستانی شهر ابهر مشغول به تحصیل بودند. برای نمونه گیری از روش نمونه گیری خوشه ای تک مرحله ای استفاده شد، به این صورت که از بین مراکز پیش دبستانی شهر ابهر ۵ مدرسه به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. طبق نظر متخصصان، برای پژوهش های همبستگی ۳۰ آزمودنی کفایت می کند (گال، بورگ و گال، ۱۹۹۶، ترجمه نصر و همکاران؛ ۱۳۸۹) که با در نظر گرفتن افت احتمالی آزمودنی ها و مشکلات پیش بینی نشده و همچنین برای افزایش تعمیم پذیری یافته ها و مقایسه زیرگروه ها ۱۵۰ کودک پیش دبستانی انتخاب شدند. پرسشنامه ها از طریق دانش آموزان برای والدین آنها فرستاده شد و پس از چند روز دوباره به

مراکز پیش دبستانی مراجعه شد و پرسشنامه ها جمع آوری شدند. از ۱۵۰ پرسشنامه توزیع شده ۱۱۸ پرسشنامه برگشت داده شد.

ابزار پژوهش

برای گردآوری داده ها از دو پرسشنامه استفاده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی (۶-۱) ساله (TAPQOL): پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامتی در کودکان پیش از دبستان شامل چهار خرده مقیاس می باشد: عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی، عملکرد شناختی و عملکرد هیجانی. این پرسشنامه ۴۳ سوال دارد و نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. این ابزار برای اولین بار در سال ۲۰۰۰ در کشور هلند توسط فکس، تونیسن، بروگمن، وین، وریپز، کوپمن و همکاران، به نقل از اسماعیلی (۱۳۸۹)، طراحی شد که ۱۲۱ نفر از والدین کودکان زودرس (با میزان پاسخدهی ۰/۸۸) و ۳۶۲ نفر از والدین کودکان از جمعیت عمومی (بامیزان پاسخ ۰/۶۰) پرسشنامه را تکمیل کردند. میزان آلفای کرونباخ برای کودکان زودرس بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ و برای جمعیت عمومی بین ۰/۴۳ تا ۰/۸۴ بود. در ایران نیز اسماعیلی (۱۳۸۹)، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس کیفیت زندگی را ۰/۸۰۴ محاسبه نمود و برای بررسی روایی پرسشنامه، از روایی محتوایی استفاده کرد. همبستگی بین سوالات و خرده مقیاس مرتبط با آنها بالای ۰/۶۰ بود. میزان بالای همبستگی بین هر سوال و خرده مقیاس مرتبط با آن نشان دهنده روایی همگرای این مقیاس است و از ساختار این مقیاس حمایت می کند.

مقیاس کانرز - فرم والدین: این مقیاس در سال ۱۹۹۹ استاندارد شده است، دارای دو نسخه ۹۳ ماده‌ای و ۴۸ ماده‌ای است که در این پژوهش از فرم ۴۸ ماده‌ای آن استفاده خواهد شد. این نسخه از پرسشنامه به ارزیابی ۵ عامل (سلوک، روان تنی، تکانشگری/ بیش فعالی، اضطراب و مشکلات یادگیری) می پردازد. هر ماده دارای ۴ گزینه است که از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود و نمرات هر ماده به نمرات t با میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰ تبدیل می شوند که اگر نمرات t، ۲ انحراف معیار بالاتر از میانگین باشند بیانگر وجود مشکل در فرد می باشد. شهیم، یوسفی و شهنائیان (۱۳۸۶) مقیاس درجه بندی کانرز را بر روی دانش آموزان شیرازی هنجاریابی کردند. ساختار عاملی مقیاس با استفاده از روش تحلیل عوامل با مؤلفه های اصلی و سپس چرخش واریماکس بررسی شد. از تحلیل عوامل ۵ عامل مشکلات سلوک، بیش فعالی، بی توجهی - رویاپردازی، اضطراب - خجالتی و انفعالی

بودن به دست آمد. پایایی مقیاس با روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۶. و برای زیر مقیاس ها از ۰/۶۸. برای انفعالی بودن تا ۰/۸۲. برای مشکلات سلوک، متغیر بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶. و برای زیرمقیاس ها از ۰/۷۴. برای بیش فعالی تا ۰/۸۹. برای بی توجهی - رویاپردازی متغیر بود.

برای سنجش متغیرهای جمعیت‌شناختی نیز از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد. این پرسشنامه متغیرهایی نظیر شغل والدین، تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی خانواده، سن والدین، سن کودک و ... را می‌سنجید.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا پرسش‌های پژوهش را به ترتیب مطرح می‌کنیم و سپس با تحلیل‌های آماری مناسب به هر یک از پرسش‌ها پاسخ می‌دهیم.

- ۱- آیا مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی در کودکان پیش دبستانی رابطه دارد؟
 نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای سنجش رابطه بین متغیرهای مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱ ضریب همبستگی پیرسون برای سنجش رابطه بین خرده مقیاس‌های مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی

| مشکلات رفتاری | کیفیت زندگی | جسمی | اجتماعی | شناختی | هیجانی | سلوکی | مشکلات ارتباطی | مشکلات روان-تنی | اضطراب- خجالتی | |
|-----------------|-------------|--------|---------|--------|--------|--------|----------------|-----------------|----------------|---|
| مشکلات رفتاری | ۰/۷۴۶* | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۲۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۴۶* | ۱ |
| کیفیت زندگی | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۲۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۴۶* | ۱ |
| عملکرد جسمی | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۲۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۴۶* | ۱ |
| عملکرد اجتماعی | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۲۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۴۶* | ۱ |
| عملکرد شناختی | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۲۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۴۶* | ۱ |
| عملکرد هیجانی | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۲۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۴۶* | ۱ |
| مشکلات سلوکی | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۲۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۴۶* | ۱ |
| مشکلات ارتباطی | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۲۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۴۶* | ۱ |
| مشکلات روان تنی | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۲۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۴۶* | ۱ |
| اضطراب- خجالتی | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۲۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۱۶* | ۰/۷۲۰* | ۰/۷۴۶* | ۱ |

همان طور که در جدول ۱ دیده می شود نمره کلی کیفیت زندگی با خرده مقیاس های مشکلات روان تنی و اضطراب- خجالتی رابطه معنی داری دارد اما با خرده مقیاس های مشکلات ارتباطی و سلوکی رابطه معنی داری ندارد. همچنین، نمره کلی مشکلات رفتاری با همه خرده مقیاس های کیفیت زندگی (جسمی، اجتماعی، شناختی و هیجانی) رابطه معنی داری دارد.

۲- آیا مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی در دختران و پسران پیش دبستانی متفاوت است؟ نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی دختران و پسران در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲ آزمون تی مستقل برای مقایسه مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی

| | | آزمون لوین برای برابری واریانس ها | | آزمون تی برای برابری میانگین ها | | | | | | |
|---------------|---------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------------|-------|----------|------------------|----------------------|------------------------|--------------|
| | | F | سطح معنی داری | t | df | دو دامنه | تفاوت میانگین ها | تفاوت خطای استاندارد | فاصله اطمینان ۹۵ درصدی | |
| | | | | | | | | | دامنه بالایی | دامنه پایینی |
| مشکلات رفتاری | برابری واریانس ها | ۰٫۷۶۲ | ۰٫۳۸۵ | -۰٫۱۸۷۷ | ۱۰۲ | ۰٫۳۸۲ | -۲٫۷۰ | ۳٫۰۸ | -۸٫۸۳ | ۳٫۴۱ |
| | نابرابری واریانس ها | | | -۰٫۱۸۷۲ | ۸۸٫۷۳ | ۰٫۳۸۵ | -۲٫۷۰ | ۳٫۱۰ | -۸٫۸۸ | ۳٫۴۶ |
| کیفیت زندگی | برابری واریانس ها | ۷٫۶۵ | ۰٫۰۰۷ | ۰٫۰۰ | ۱۰۲ | ۱٫۰۰ | ۰٫۰۰ | ۰٫۶۷ | -۱٫۳۴ | ۱٫۳۴ |
| | نابرابری واریانس ها | | | ۰٫۰۰ | ۴۲٫۰۰ | ۱٫۰۰ | ۰٫۰۰ | ۰٫۸۰ | -۱٫۶۳ | ۱٫۶۳ |

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین نمرات پسران و دختران در متغیرهای مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی معنی دار نیست. به عبارت دیگر، بین مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی پسران و دختران پیش دبستانی تفاوتی مشاهده نشد.

۳- آیا متغیرهای جمعیت شناختی (وضعیت اقتصادی خانواده، تحصیلات والدین، شغل والدین) با مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی رابطه دارد؟

جدول ۳ ضریب همبستگی اسپیرمن برای بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی و مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی

| مشکلات رفتاری | وضعیت اقتصادی خانواده | تحصیلات مادر | تحصیلات پدر | شغل پدر | شغل مادر | کیفیت زندگی | متغیر |
|---------------|-----------------------|--------------|-------------|---------|----------|-------------|-----------------------|
| ۱/۰۰ | -۰/۰۶۱ | -۰/۰۰۲ | -۰/۰۳۲ | -۰/۰۶۴ | ۰/۰۶۹ | -۰/۱۶۳ | مشکلات رفتاری |
| -۰/۰۶۱ | ۱/۰۰۰ | ۰/۳۲۵* | -۰/۲۶۸* | -۰/۱۹ | ۱/۰۰ | -۰/۰۴۹ | وضعیت اقتصادی خانواده |
| -۰/۰۰۲ | ۰/۳۲۵* | ۱/۰۰۰ | ۰/۷۴۹* | -۰/۲۰۸* | ۰/۲۹۸* | -۰/۰۸۱ | تحصیلات مادر |
| -۰/۰۳۲ | ۰/۲۶۸* | ۰/۷۴۹* | ۱/۰۰۰ | -۰/۲۸۶* | ۰/۲۹۲* | ۰/۰۱۴ | تحصیلات پدر |
| -۰/۰۶۴ | -۰/۰۱۹ | -۰/۲۰۸* | -۰/۲۸۶* | ۱/۰۰۰ | ۰/۱۹۶* | -۰/۰۰۳ | شغل پدر |
| ۰/۰۶۹ | ۱/۰۰۰ | ۰/۲۹۸* | ۰/۲۹۲* | -۰/۱۹۶* | ۱/۰۰۰ | ۰/۰۱۳ | شغل مادر |
| -۰/۱۶۳ | -۰/۰۴۹ | ۰/۰۸۱ | ۰/۰۱۴ | ۰/۰۰۳ | ۰/۰۱۳ | ۱/۰۰۰ | کیفیت زندگی |

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود هیچ کدام از متغیرهای جمعیت شناختی با مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی رابطه معنی داری ندارند اما بین خود متغیرهای جمعیت شناختی رابطه وجود دارد که در این پژوهش مورد نظر نیست.

۴- چه عواملی مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی را پیش بینی می کنند؟

برای آنکه مشخص شود چه متغیرهایی می توانند مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی را پیش بینی کنند از تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جداول زیر آمده است.

جدول ۵ خلاصه مدل رگرسیون برای پیش بینی مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی

| مدل | R | R مجذور | اصلاح شده R مجذور | خطای استاندارد برآورد |
|-----|--------------------|---------|-------------------|-----------------------|
| | ^a ۰/۳۶۸ | ۰/۱۴۹ | ۰/۰۷۶ | ۱۴/۹۲ |

پیش بین ها: وضعیت اقتصادی، سن کودک، کیفیت زندگی، تعداد اعضای خانواده، جنسیت کودک، تحصیلات پدر، سن مادر، تحصیلات مادر همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود متغیرهای پیش بین تنها می توانند ۰/۷۶ / تغییرات متغیر مشکلات رفتاری را پیش بینی کنند.

جدول ۶ تحلیل واریانس برای تعیین معنی داری مدل

| مدل | مجموع مجذورات | درجه آزادی | مجذور میانگین | F | سطح معنی داری | |
|-----|---------------|------------|---------------|---------|---------------|--------------------|
| ۱ | رگرسیون | ۳۶۲۱/۳۷۱ | ۸ | ۴۵۲/۶۷۱ | ۲/۰۳۳ | ^a ۰/۰۵۱ |
| | باقیمانده | ۲۰۷۰۵/۷۲۰ | ۹۳ | ۲۲۲/۶۴۲ | | |
| | کل | ۲۴۳۲۷/۰۹۰ | ۱۰۱ | | | |

پیش بین ها:

ملاک: مشکلات رفتاری کودک همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود چون سطح معنی داری از آلفا ۰/۰۵ بزرگتر است مدل، معنی دار نیست. یعنی متغیرهای پیش بین نمی توانند به طور معنی داری مشکلات رفتاری کودکان را پیش بینی کنند.

جدول ۷ ضرایب بتا برای ارزیابی سهم هر یک از متغیرهای پیش بین در متغیر ملاک (مشکلات رفتاری)

همان طور که در جدول ۷ مشاهده می شود فقط متغیرهای تعداد اعضای خانواده و کیفیت زندگی توانستند مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی را پیش بینی کنند. برای آنکه مشخص شود چه متغیرهایی می توانند کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی را پیش بینی کنند از تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جداول ۸، ۹ و ۱۰ آمده است. همان طور که در جدول ۸ مشاهده می شود متغیرهای پیش بین تنها می توانند ۰۰۵٪ تغییرات متغیر کیفیت زندگی کودک را پیش بینی کنند.

جدول ۹ تحلیل واریانس برای تعیین معنی داری مدل

| مدل | | مجموع مجذورات | درجه آزادی | مجذور میانگین | F | سطح معنی داری |
|-----|-----------|------------------|------------|------------------|-------|--------------------|
| ۱ | رگرسیون | ۵۵/۰۷۹ | ۸ | ۶/۸۸۶ | ۰/۹۳۷ | ^a ۰/۴۹۰ |
| | باقیمانده | ۶۸۳/۵۹۸ | ۹۳ | ۷/۳۵۱ | | |
| | کل | ۷۳۸/۶۷۶ | ۱۰۱ | | | |

جدول ۱۰ ضرایب بتا برای ارزیابی سهم هر یک از متغیرهای پیش بین در متغیر ملاک (کیفیت زندگی)

| سطح معنی داری | | مدل | ضرایب استاندارد نشده | ضرایب استاندارد شده | t | |
|------------------------------|---------------------|---------|----------------------|---------------------|--------|-------|
| | | B | خطای استاندارد | بتا | | |
| ۱ | (ثابت) | ۱۱۱/۰۵۶ | ۳/۸۰۴ | | ۲۹/۱۹۴ | ۰/۰۰۰ |
| | سن کودک | ۰/۰۲۹ | ۰/۵۳۴ | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۵۴ | ۰/۹۵۷ |
| | جنسیت کودک | ۰/۷۹۳ | ۰/۶۰۳ | ۰/۱۴۵ | ۱/۳۱۶ | ۰/۱۹۱ |
| | سن مادر | ۰/۰۲۱ | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۴۳ | ۰/۳۶۰ | ۰/۷۲۰ |
| | تعداد اعضای خانواده | -۰/۲۵۵ | ۰/۳۹۴ | -۰/۰۸۴ | -۰/۶۴۶ | ۰/۵۲۰ |
| | تحصیلات مادر | ۰/۵۱۸ | ۰/۴۲۰ | ۰/۲۰۳ | ۱/۲۳۴ | ۰/۲۲۰ |
| | تحصیلات پدر | -۰/۲۵۲ | ۰/۴۰۲ | -۰/۰۹۵ | -۰/۶۲۸ | ۰/۵۳۲ |
| | وضعیت اقتصادی | -۰/۲۸۹ | ۰/۴۲۲ | -۰/۰۷۲ | -۰/۶۸۶ | ۰/۴۹۴ |
| | مسکلات رفتاری کودک | -۰/۰۳۷ | ۰/۰۱۸ | -۰/۲۱۳ | -۲/۰۱۶ | ۰/۰۴۷ |
| متغیر ملاک: کیفیت زندگی کودک | | | | | | |

پیش بین‌ها: مشکلات رفتاری کودک، تحصیلات مادر، سن کودک، سن مادر، وضعیت اقتصادی،

جنسیت کودک، تعداد اعضای خانواده، تحصیلات پدر

ملاک: کیفیت زندگی کودک

همان طور که در جدول ۹ مشاهده می شود چون سطح معنی داری از آلفا ۰/۰۵ بزرگتر است مدل، معنی دار نیست. یعنی متغیرهای پیش بین نمی توانند متغیر ملاک را به طور معنی داری پیش بینی کنند.

همان طور که در جدول ۱۰ مشاهده می شود چون سطح معنی داری مشکلات رفتاری از آلفا ۰/۰۵ کوچک تر است فقط مشکلات رفتاری می تواند کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی را پیش بینی کند.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی بود. نتایج پژوهش نشان داد که مشکلات رفتاری با کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی رابطه دارد و تعداد اعضای خانواده و مشکلات رفتاری می تواند کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی را پیش بینی کند. این نتیجه با نتایج پژوهش های بندر (۲۰۰۶)، دانکارتس و همکاران (۲۰۱۰)، علوی، صالحیان و سمیع پور (۱۳۸۹)، برنارد و همکاران (۲۰۰۹)، ون - گامرین استروم و همکاران (۲۰۱۱)، سوری و همکاران (۲۰۱۲) و تاک و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی دارد. همه این پژوهش ها نشان می دهند که مشکلات رفتاری، مشکلات جسمی و بیماری های مختلف با کیفیت زندگی کودکان رابطه دارند. در تبیین این نتیجه می توان گفت که مشکلات رفتاری کودک باعث وارد شدن استرس زیادی به والدین، معلمان و مراقبان کودک می شود و همچنین بر ارتباط کودک با سایر کودکان تاثیر منفی می گذارد و باعث طرد او از طرف همسالان می شود. مشکلات رفتاری بر میزان و کیفیت تغذیه کودک نیز تاثیر می گذارد و باعث کاهش سلامت جسمی کودک می شود. به عبارت دیگر، مشکلات رفتاری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی از جمله ابعاد جسمی، هیجانی، اجتماعی و شناختی تاثیر می گذارد و کیفیت زندگی کلی کودک را کاهش می دهد.

مشکلات رفتاری کودکان در زندگی خانوادگی تاثیر منفی می گذارند، استرس زیادی را به والدین، بویژه مادران، وارد می کنند (مک اینتایر، بلچر، و بیکر، ۲۰۰۲). مشکلات رفتاری کودکان رابطه نزدیکی با کیفیت زندگی آنها دارد و رفتارهای کودکان، بسیار به محیط اجتماعی که کودک بخشی از آن است نزدیک است. نظریه پردازان رشدی چنین مطرح می کنند که کودکان نمایندگان فعالی هستند که بوسیله محیط شکل گرفته اند، و همین کودکان کسانی هستند که محیط اطرافشان را شکل می دهند، بنابراین عوامل محیطی همچون خانواده، روابط با همسالان، همسایگان و سازمانهای بهزیستی باید در تعریف کیفیت زندگی کودکان مطرح شوند (ماتزا، سوئزن، فلود، سکینک و لیدی، ۲۰۰۴).

نتایج همچنین نشان داد که فقط مشکلات رفتاری می تواند کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی را پیش بینی کند اما سایر متغیرهای جمعیت شناختی (وضعیت اقتصادی خانواده، تحصیلات و شغل والدین) نتوانستند مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی را

پیش بینی کنند. پژوهش برنارد و همکاران (۲۰۰۹) که در باره ارتباط بین شدت حرکات غیر ارادی اندامها، اختلال نقص توجه، رفتار وسواسی و کیفیت زندگی در کودکان مبتلا به سندرم ژیل دولاً توره انجام شد نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم ژیل دولاً توره خفیف تا متوسط، در درجه اول با ADHD و رفتار وسواسی جبری ارتباط داشت. نشانه های عمدتاً بی توجه، نه علائم بیش فعالی، با کیفیت زندگی پایین همراه بود.

نتایج پژوهش سوریا و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که موقعیت مدرسه، سندرم صرع، و سن کودک با زمینه های مختلف کیفیت زندگی (نمره کلی کیفیت زندگی، تاثیر بیماری، افسردگی - اضطراب، بیش فعالی - رفتار ایذایی، جامعه پذیری و کیفیت زندگی والدین) ارتباط داشت. سندرم صرع در کودکان و عوامل مرتبط با آن تاثیر چشمگیری در نگرانی های کودکان و کیفیت زندگی کودک داشت.

تاک و همکاران (۲۰۱۲) کیفیت زندگی وابسته به سلامتی و عملکرد رفتاری را در گروهی از کودکان هلندی مبتلا به بیماری کوازاکی بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی وابسته به سلامتی در پسران در چهار خرده مقیاس از ۹ مقیاس کیفیت زندگی ضعیف بود اما دختران فقط در خرده مقیاس عملکرد حرکتی ضعیف بودند. کودکان بزرگ تر از نظر کیفیت زندگی مانند کودکان عادی بودند و وضعیت شریان های کرونری آنها در کیفیت زندگی شان تاثیری نداشت. والدین گزارش دادند که در خرده مقیاس های بیش فعالی و هیجانی، مشکلات بیشتری نسبت به کودکان عادی دارند.

افزون بر این، نتایج نشان داد که مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی پسران و دختران متفاوت نبود. این نتیجه با نتایج پژوهش های مهرابی (۱۳۸۴) و غیائی و همکاران (۱۳۸۷) همسو نیست. مهرابی (۱۳۸۴) در پژوهشی که در شهر اصفهان انجام شد نشان داد که ۱۳/۲ درصد دانش آموزان دوره ابتدایی دارای معیارهای تشخیصی اختلال های رفتاری می باشند. همچنین در این تحقیق مشخص شد که میزان شیوع اختلال های رفتاری در پسران بیشتر از دختران و در خانواده های دارای والدین طلاق گرفته و نیز دارای سابقه بیماریهای روانی مزمن بیشتر است. همچنین پژوهش غیائی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که بین میزان تحصیلات و نیز شغل والدین و میزان اختلال های رفتاری رابطه معنی داری وجود دارد. در تبیین این نتیجه که چرا متغیرهای جمعیت شناختی از جمله تحصیلات، وضعیت اقتصادی و شغل و والدین نتوانسته اند مشکلات رفتاری را پیش بینی کنند می توان گفت که احتمالاً به دلیل همگن بودن گروه مورد مطالعه از نظر این متغیرها بوده است و جامعه مورد مطالعه پراکندگی اندکی داشته است و اکثر افراد وضعیت مشابهی داشته اند. بنابراین،

اگر حجم نمونه افزایش یابد احتمالاً بتوان رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی پیدا کرد. بر اساس یافته ها می توان پیشنهاد کرد برنامه هایی برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی تهیه شود تا از این طریق بتوان کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی را افزایش داد. همچنین پیشنهاد می شود برنامه های رسمی غربالگری برای شناسایی زودهنگام مشکلات رفتاری در مهد کودک ها، آمادگی ها و مراکز پیش دبستانی تدوین و اجرا شود.

منابع

۱. اسماعیلی، س. (۱۳۸۹). *ارزیابی روایی و اعتبار پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان پیش از دبستان (TAPQOL) در ایران*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک.
۲. غیاثی، نسربین، نظرپور، فریبا، بختی، فریبا. (۱۳۸۷). بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان دختر و پسر دبستانی شهر ایلام در سال تحصیلی ۸۵-۸۴. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام* ۱۶(۱)، ۳۳-۲۶.
۳. بورگ، والتر؛ گال، جویس؛ گال، مردیت دامین. (۱۳۸۹). *روشهای تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی*. ترجمه محمدجعفر پاک سرشت، علی دلاور، علیرضا کیامنش، محمود ابوالقاسمی، محمدحسن علامت ساز، حمیدرضا عریضی، خسرو باقری، احمدرضا نصر. تهران: سمت.
۴. شهائیان، آمنه. شهیم، سیما. بشاش، لعیا، یوسفی، فریده. *هنجاریابی و تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله شیراز*. فصلنامه *مطالعات روان شناختی*. دانشگاه الزهرا. دوره ۳ شماره ۳، ۱۳۸۶. صفحات ۹۷-۱۲۰.
۵. مهربانی، حسینعلی. (۱۳۸۴). *بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان*، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه تحقیقات سازمان آموزش و پرورش اصفهان.

منابع انگلیسی

1. Alexandra bender, H.(2006). *Quality of life and autism* ,University Estadaal de campinas, SP, Brazil.
2. Anselmi, L., piccinin, C., Barros, F., & Lopes, R. (2004). Psychosocial determinant of behavior problems in Brazilian preschool children. *Journal of child psychology & psychiatry*, 45, 779- 788.
3. Barnes, P. M., & Jenney, M. E. M. (2002). Measuring quality of life. *Current Pediatrics*, 12(6), 476-480.

4. Bernard. B.A, etal .(2009). Determinants of quality of life in children with Gilles de la Tourette syndrome, *Movement Disorders. Volume 24, Issue 7*, pages 1070–1073.
5. Crowley, M. J., & Kazdin, A. E. (1998). Child Psychosocial Functioning and Parent Quality of Life Among Clinically Referred Children. *Journal of Child and Family Studies*, 7(2), 233-251.
6. Danckaerts, M et al.(2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 19, Issue 2, pp 83-105.
7. Dannenberg, G., & Baker, B. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal child psychology*, 21, 179- 98.
8. Galboda – liyanage , K. , prince , M. , and scott , S. (2003). Mother-child joint activity and behavior problems of pre-school children. *Journal of Child psychology and psychiatry* , 44, 1037-1048.
9. Jozefiak, T., Larsson, B., & Wichstrom, L. (2009). Changes in quality of life among Norwegian school children: a six-month follow-up study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 1-12.
10. Lochman, J. and Szczepanki. (1999). Externalizing conditions. in V. Shwean, and D. Saklofske (Eds). *Handbook of psychological characteristics of exceptional children*. (pp. 219- 246). New York : plenum.
11. Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K., & Leidy, N. K. (2004). Assessment of Health-Related Quality of Life in Children: A Review of Conceptual, Methodological, and Regulatory Issues. *Value in Health*, 7(1), 79-92.
12. McGee , R. , partridge , F. , Williams , S. , & silva , P. (1991). A twelve-year follow-up of pre-school hyperactive children. *Journal of Abnormal child psychology* , 21 , 179 - 198 .
13. McIntyre, L., Blacher , J. , & Baker , B. (2002). Behavior / mental health problems in young adults with intellectual disability : the impact on families. *Journal of Intellectual Disability Research* , 46 , 239.
14. Ronen, G. M., Rosenbaum, P., Law, M., & Streiner, D. L. (2001). Health-related quality of life in childhood disorders: A modified focus

- group technique to involve children. *Quality of Life Research*, 10(1), 71-79.
15. Solans, M., Pane, S., Estrada, M.-D., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M., Alonso, J., & Rajmil, L. (2008). Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value in Health*, 11(4), 742-764.
 16. Soria.C et al.(2012). Behavioral problems, cognitive difficulties and quality of life in children with epilepsy: An analysis of parental concerns *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*. Volume 18, Issue 3, pp.209-227.
 17. Tacke.C.E. et al.(2012). Quality of Life and Behavioral Functioning in Dutch Children with a History of Kawasaki Disease. *The Journal of Pediatrics*. Volume 161, Issue 2 , Pages 314-319.e1, August 2012
 18. Van Gamen-Oosterom HBM, Fekkes M, Buitendijk SE, Mohangoo AD, Bruil J, et al. (2011) Development, Problem Behavior, and Quality of Life in a Population Based Sample of Eight-Year-Old Children with Down Syndrome. *PLoS ONE* 6(7): e21879. doi:10.1371/journal.pone.0021879
 19. Varni, J., Burwinkle, T., & Seid, M. (2006). The PedsQLTM 4.0 as a School Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Quality of Life Research*, 15(2), 203-215.
 20. WHO.(2005).Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summery report. Geneva.World Health organization.