

همه گیرشناسی اختلالات عاطفی و رفتاری در کودکان مقطع ابتدایی

هایده صابری^۱

هدف پژوهش حاضر، بررسی شیوع اختلالات رفتاری و عاطفی در دانش آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی شهر رودهن در سال تحصیلی ۸۵-۸۶ بود. برای این منظور، از بین ۱۶۶۰ دانش آموز مشغول به تحصیل در مقطع ابتدایی در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ در شهر رودهن، ۳۵۰ دانش آموز (۱۷۵ دختر و ۱۷۵ پسر) به شیوه ی خوشه ای انتخاب و بوسیله ی فهرست اختلالات رفتاری و عاطفی، مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج، نشان داد که میزان شیوع اختلالات، در کل نمونه ی مورد پژوهش ۳۴/۲۹ درصد (۴۳/۲۷ درصد دختران و ۴۱/۱۴ درصد پسران) بود. در این میان، اختلال عاطفی با ۱۴/۲۸ درصد (دخترها ۱۲ درصد، پسرها ۱۶/۶ درصد) اختلال اضطرابی با ۱۴ درصد (دخترها ۱۶ درصد و پسرها ۱۲ درصد) و اختلال بیش فعالی با ۱۳/۱۴ (دخترها ۱۲ درصد و پسرها ۱۴/۳ درصد) بالاترین میزان شیوع را در شش اختلال مورد بررسی داشتند. نتایج نشان می دهد که اختلال اضطراب با ۱۶ درصد، شایع ترین اختلال در دختران و اختلال سلوک با ۱۹/۴ درصد، شایع ترین اختلال در پسران مورد پژوهش بود.

واژه های کلیدی: شیوع، همه گیرشناسی، اختلالات رفتاری و عاطفی

مقدمه

قرن جدید، شاهد دگرگونیهای عمیق در نیازهای مربوط به بهداشت و سلامت مردم است. اگر چه گسترش امکانات جدید، امکان افزایش طول عمر مردم را فراهم کرده است اما، ابعاد وسیع مسایل موجود در جوامع، بویژه در کشورهای در حال توسعه، مشکلات جدی و قابل تعمقی برای برنامه ریزان بهداشت و سلامت، فراهم نموده و لزوم شناخت وضعیت موجود را به الزامی غیر قابل چشم پوشی بدل کرده است. بر اساس گزارشی که موری و لوپز^۲ (۱۹۹۶) تهیه کردند و با استناد به گزارش سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰، بیماریهای روانی، در زمره ی بیماریهای اصلی و ناتوان کننده قرار خواهد گرفت.

بدیهی است در این میان، بیماریهای روانی کودکان با توجه به احتمال باقی ماندن تا بزرگسالی و طولانی بودن دوره ی آنها در صورت شیوع، اهمیت ویژه ای دارند. بخصوص که مطالعات مختلف احتمال باقی ماندن اختلال را در دوران پس از بلوغ و بزرگسالی، بین ۴ تا ۷/۵ درصد گزارش می کند.

در واقع، اختلالات عاطفی و رفتاری می تواند مشکلات تحصیلی متعددی برای دانش آموزان ایجاد کند. شیوع ۶ تا ۱۰ درصدی این اختلالات در بین کودکان سنین مدرسه در کشورهای مختلف (هالاها و کافمن^۱ ۲۰۰۳) و مرتبط بودن موضوعاتی مانند ارتکاب جرایم (مانوزا و کلین^۲ ۱۹۹۹) گرایش به انجام رفتارهای پر خطر (مانوزا، کلین و همکاران، ۱۹۹۸) و مزمن و پایدار شدن آنها، ما را بر آن می دارد که از نظر همه گیر شناسی، وقت بیشتری صرف کنیم.

توجه ی گسترده به همه گیر شناسی اختلالات روانی در ایران، مانند پژوهش ضیالالدینی و شفیع زاده (۱۳۸۴) حسینی فرد و همکاران (۱۳۸۴) محمدخانی (۱۳۸۳) و مجموعه گزارشهای محمدی و همکاران در استان گیلان (۱۳۸۰) استان کرمان (۱۳۸۰) استان گلستان (۱۳۸۰) آذربایجان شرقی (۱۳۸۰) استان همدان (۱۳۸۰) استان اردبیل (۱۳۸۰) استان خراسان (۱۳۸۰) استان لرستان (۱۳۸۲) هرمزگان (۱۳۸۲) سمنان (۱۳۸۲) مازندران (۱۳۸۲) یزد (۱۳۸۲) کردستان (۱۳۸۰) و ده ها پژوهش همه گیر شناختی دیگر، چهارچوب قابل تعمقی را فراهم کرده است که می توان با استناد به آنها به شناخت علمی تری از وضع موجود دست یافت.

همه گیر شناسی به عنوان مطالعه ی توزیع، بروز، شیوع و طول مدت بیماری، به فهم علل، درمان و پیشگیری بیماری روانی کمک می کند (کاپلان، سادوک و کرب، ۱۹۹۴). همه گیر شناسی آسیب شناسی را با انطباق یافته های بالینی بر متغیرهای جمعیت شناختی نظیر سن، جنس و وضعیت اجتماعی- اقتصادی غنی تر می سازد. به همین خاطر در طول سالها، پژوهش های همه گیر شناختی مهمی صورت گرفته که هدف آنها، تعیین شیوع پسیکوپاتولوژی در جامعه های مختلف بوده است. از طریق این پژوهشها، امکان برنامه ریزی های آموزشی- بهداشتی و اقدامات پیشگیرانه، مهیا می شود.

پژوهشهای همه گیر شناختی، در مورد مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان نشان می دهد که اکثر بزرگسالان ضد اجتماع، تاریخچه ای طولانی از مشکلات رفتاری در دوران کودکی داشته اند (راتر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). رفتارهای بزهکارانه ی جدی، در حدود ۷ سالگی (فریک^۲ و همکاران ۱۹۹۳) شروع می شود و شناسایی و درمان زود هنگام این اختلال می تواند در پیشگیری از پیدایش اختلال سلوک موثر باشد (تولان و لوبر^۳، ۱۹۹۲).

نارسایی توجه و بیش فعالی، یکی از شایعترین اختلالات دوران کودکی است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) که قبل از هفت سالگی آشکار می شود و در ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد، باعث ایجاد مشکلاتی در دوران بزرگسالی می شود (اپل گیت و هارت^۴، ۱۹۹۶) و برخی از علایم آن در تمام طول عمر، فرد را به گونه ای درگیر می سازد (بیدرمن^۵ و همکاران، ۲۰۰۰). مهمتر اینکه پیامدهای آن، مانند هزینه های مربوط به جرایم، از دست دادن شغل و غیره، بار مالی قابل توجهی به جا می گذارد (ماتزا^۶ و همکاران ۲۰۰۵). این مشکلات در همه ی کشورها، فرهنگ ها، نژادها و گروههای اقتصادی و اجتماعی رخ می دهد و می تواند در همه ی کودکان و بزرگسالان با سطوح هوشی متفاوت بروز کند (ویان دت^۷، ۲۰۰۱).

موریس و مرکل باخ^۸ و همکاران (۲۰۰۰) دریافتند که ترس ها در کودکان پیش دبستانی، بیشتر شایع هستند (۷۱ درصد) و در سن ۷ تا ۹ سالگی به اوج خود می رسد (۸۷ درصد) و پس از سن ۱۰ تا ۱۲ سالگی (۶۸ درصد) کاهش می یابند. هر چند ترس های غیر منطقی، کمتر رواج دارد اما کاملاً ناپدید نمی شود. بنابراین، نوجوانان ممکن است از تاریکی، توفان، عنکبوت و گورستان بترسند (وسی، کرنیک و کارتر^۹ ۱۹۹۴) دچار اضطراب شوند و رنج این اضطراب را درون ریزی (اختیاب^{۱۰}، ۲۰۰۰) کنند.

تحقیقات، نشان داده است که افسردگی در کودکان با بسیاری از علایم افسردگی در بزرگسالان مشابه است و این اختلال، در هر دوره ی سنی می تواند اتفاق بیافتد (لطفی و وزیری، ۱۳۸۱). شیوع افسردگی قبل از نوجوانی بین دختران و پسران تفاوت کمی دارد اما، با رسیدن به سن ۱۳ تا ۱۵ سالگی، دختران بیش از پسران در معرض افسردگی قرار می گیرند (لویسون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۳).

1. Rutter
2. Frick
3. Tolan & Loeber
4. Applegate & Hart

5. Biederman
6. Matza
7. Weyandt
8. Muris, Merckelbach

9. Vasey, Crnic & Carter
10. Achenback
11. Lewinsohn

و بین الگوهای همبودی در دو جنس، در اختلال افسردگی تفاوت‌هایی وجود دارد (کسلر^۱ و همکاران ۲۰۰۱). تمامی این یافته‌ها، داده‌های اولیه‌ای هستند که باید در برنامه‌ریزی‌های مرتبط با بهداشت روان، آنها را مد نظر قرار داد.

اختلالات عاطفی و رفتاری و یا آنگونه که رایج است، اختلالات جدی هیجانی و رفتاری، به مجموعه اختلالاتی گفته می‌شود که توانایی کودکان برای عملکرد مناسب اجتماعی، تحصیلی و هیجانی را مختل می‌سازد. این عنوان، یک طبقه‌ی تشخیصی نیست که در طبقه‌بندی اختلالات روانی مطرح شده باشد و بیشتر توسط سرویس‌های خدماتی و مجموعه‌هایی که با کودکان و نوجوانان سروکار دارند به کار برده می‌شود (یو، دی، اچ، اس، ۲۰۰۱).

هر چند، تعیین تعداد کودکانی که دچار مشکلات جدی هیجانی و رفتاری هستند، به نوع مطالعه‌ی انجام شده بستگی دارد اما، نگاهی به ادبیات موجود، دامنه‌ی شیوعی از ۵ درصد (وی کان^۳ ۱۹۸۵) ۷ درصد (ریچمن^۴ ۱۹۷۵) ۹ تا ۱۳ درصد (فریدمن^۵ و دیگران، ۱۹۹۶، ۱۹۹۸) ۱۱ درصد (گولد^۶ و همکاران، ۱۹۸۰) ۱۴/۱ درصد (کورنلی و برامت^۷، ۱۹۸۶)، ۱۶/۵ درصد (آفورد^۸ و همکاران ۱۹۸۷) ۱۶ تا ۲۰ درصد (اندرسون^۹ و همکاران ۱۹۸۷؛ کاستلو^{۱۰} و همکاران، ۱۹۸۹؛ بیرد^{۱۱} و همکاران، ۱۹۸۹؛ کاستلو ۱۹۸۹؛ ولز^{۱۲} و دیگران، ۱۹۸۹؛ ایزر^{۱۳} و دیگران، ۱۹۹۰؛ مک‌گی^{۱۴} و دیگران، ۱۹۹۰) ۲۶ درصد (ورهاست^{۱۵} و دیگران، ۱۹۸۵) و ۳ تا ۲۱/۴ درصد (لاوین^{۱۶} و همکاران ۱۹۹۶) را برای این مجموعه نشان می‌دهد. طی پژوهشی که الجوادی^{۱۷} (۲۰۰۷) در عراق انجام داد از ۳۰۷۹ کودک که مورد ارزیابی قرار گرفتند، ۱۱۵۹ کودک؛ یعنی در حدود ۳۷/۴ درصد اختلالات روانی داشتند.

در این پژوهش، ما بر آن بودیم تا با استفاده از پرسشنامه‌ای که بر مبنای نظام طبقه‌بندی DSM توسط آخنباخ و سکورلا^{۱۸} (۲۰۰۰ و ۲۰۰۱) تهیه شده است، پراکندگی شش گروه از اختلالات مطرح در دوران کودکی را که شامل اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای مشکلات نارسایی

1. Kessler
2. UDHHS
3. Vikan
4. Richman
5. Friedman
6. Gould

7. Cornely & Bromet
8. Offord
9. Anderson
10. Costello
11. Bird
12. Velez

13. Esser
14. McGee
15. Verhulst
16. Lavigne
17. AL. Jawadi
18. Achenback & Rescolar

توجه، مشکلات جسمانی، مشکلات اضطرابی و مشکلات خلقی می شود، در پسران و دختران جامعه ی مورد مطالعه، روشن سازیم.

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری این پژوهش، دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر رودهن در سال تحصیلی ۸۵-۸۶ (n=۱۶۶۰) بودند که در مدارس دولتی و غیرانتفاعی به تحصیل اشتغال داشتند.

در این پژوهش، بر اساس جدول تامان تارو (۱۹۶۷)، به نقل از وزیر و همکاران، (۱۳۸۳) تعداد ۳۵۰ نفر به عنوان نمونه، با روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. بدین ترتیب که ابتدا از کل مدارس ابتدایی جامعه ی مورد مطالعه که شامل ۵ مدرسه ی پسرانه و ۴ مدرسه دخترانه بود، ۴ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و سپس نمونه ی مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده برای هر پایه (بین ۶۸ تا ۷۲ نفر) به صورت تصادفی انتخاب و بعد از انتخاب نمونه ی پژوهش، جلسه ای توجیهی برای والدین آنها گذاشته شد تا از نحوه ی تکمیل پرسشنامه، مطلع گردند؛ ۹۰ درصد از والدین شرکت کننده، مادران دانش آموزان و ۱۰ درصد، پدران دانش آموزان بودند.

ابزار

سیاهه ی رفتاری کودکان (CBCL): این سیاهه توسط آخنباخ و همکاران او برای سنجش اختلالات رفتاری و عاطفی در گروههای سنی مختلف تدوین شده است و توسط والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را برعهده دارد و یا از او مراقبت می کند و یا هر کسی که او را به طور کامل می شناسد، تکمیل می شود. این سیاهه ی رفتاری با ۱۱۳ سوال، وضعیت فرد را در شش مقیاس مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات بیش فعالی، مشکلات سلوک، مشکلات جسمانی و مشکلات نافرمانی مقابله ای ارزیابی می کند. این سیاهه ی رفتاری در سال ۱۳۸۴ توسط سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی ایران، با کوشش آقای اصغر مینایی، هنجاریابی شده است. ضریب همسانی درونی برای خرده مقیاس مشکلات عاطفی ۰/۷۷، مشکلات اضطرابی ۰/۸۲، مشکلات جسمانی شکل ۰/۸۳، مشکلات بیش فعالی ۰/۷۹، مشکلات نافرمانی مقابله ای ۰/۸۲ و مشکلات سلوک ۰/۷۲ گزارش شده است.

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، ۱۷/۱۴٪ دانش آموزان، نشانه های یکی از ۶ اختلال بررسی شده در این پژوهش را در حدی نشان می دهند که از نظر بالینی قابل توجه است. ۱۰ درصد این افراد دو اختلال از ۶ اختلال مورد بررسی را همزمان در سطح بالینی نشان می دهند و ۴/۵۷٪ سه اختلال را به طور همزمان در حد بالینی دارا هستند. در کل، می توان نتیجه گرفت که حدود ۳۴/۲۹٪ دانش آموزان مورد بررسی، حداقل یکی از ۶ اختلال مورد بررسی را در سطح بالینی نشان می دهند و ۳۹/۷۱ درصد دانش آموزان نیز، در معرض خطر ابتلا به یکی از ۶ اختلال مزبور هستند.

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد اختلالات رفتاری و عاطفی در کل آزمودنی ها

فراوانی و درصد							
دامنه ی شدت	اختلال ۱	اختلال ۲	اختلال ۳	اختلال ۴	اختلال ۵	اختلال ۶	کل
بالینی	۵۳	۳۵	۱۴	۸	۸	۲	۱۲۰
	(۱۷/۱۴٪)	(۱۰٪)	(۴/۵۷٪)	(۲/۲۸٪)	(۲/۲۸٪)	(۰/۵۷٪)	(۳۴/۲۹٪)
درمعرض خطر	۸۱	۳۵	۱۲	۷	۴	۰	۱۳۹
	(۲۳/۱۴٪)	(۱۰٪)	(۳/۴۲٪)	(۲٪)	(۱/۱۴٪)		(۳۹/۷۱٪)

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می شود ۱۷/۷۱٪ دانش آموزان دختر و ۱۶/۵۷٪ دانش آموزان پسر مورد بررسی، نشانه های یکی از شش اختلال مورد بررسی را در حد قابل توجه از نظر بالینی نشان می دهند.

جدول ۴: توزیع فراوانی و درصد اختلالات رفتاری و عاطفی در پسران و دختران

فراوانی و درصد							
دامنه ی شدت	اختلال ۱	اختلال ۲	اختلال ۳	اختلال ۴	اختلال ۵	اختلال ۶	کل
بالینی	۲۴	۱۱	۶	۱	۴	۲	۴۸
	(۱۷/۷۱٪)	(۷/۴۳٪)	(۴/۵۷٪)	(۱/۱۴٪)	(۴/۵۷٪)	(۱/۱۴٪)	(۲۷/۴۳٪)
درمعرض خطر	۳۹	۹	۴	۰	۰	۰	۵۲
	(۲۲/۲۸٪)	(۵/۱۴٪)	(۲/۲۹٪)				(۲۹/۷۱٪)
بالینی	۲۹	۲۴	۸	۷	۴	۰	۷۲
	(۱۶/۵۷٪)	(۱۳/۷۱٪)	(۴/۵۷٪)	(۴٪)	(۲/۲۹٪)		(۴۱/۱۴٪)
درمعرض خطر	۴۲	۲۶	۸	۷	۴	۰	۸۷
	(۲۴٪)	(۱۴/۸۶٪)	(۴/۵۷٪)	(۴٪)	(۲/۲۹٪)		(۴۹/۷۱٪)

همانطور که مشاهده می شود، پسران به صورت قابل توجهی ای نسبت به دختران مشکلات بیشتری را نشان می دهند. ۴/۵۷٪ دختران و پسران، نشانه های سه اختلال از شش اختلال و ۱/۴۱٪ دختران و ۴٪ پسران، نشانه های چهار اختلال از شش اختلال مورد بررسی را در حد بالینی نشان می دهند. همچنین، پسران به صورت قابل توجهی در مقایسه با دختران، مشکلات بیشتری را نشان می دهند. ۴/۵۷٪ دختران و ۲/۲۹٪ پسران، نشانه های پنج اختلال از شش اختلال مورد بررسی را در حد بالینی نشان می دهند. برآورد معنی دار بودن نسبت شیوع اختلالات عاطفی و رفتاری در پسران و دختران در سطح آلفای ۰/۰۱ تفاوت معناداری را در این رابطه نشان می دهد؛ به عبارت دیگر پسران به صورت معنا داری بیش از دختران در معرض خطر ابتلا به انواع اختلالات عاطفی و رفتاری هستند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش، نشان داد که ۳۴/۲۹ درصد دانش آموزان، بنا به گزارش والدین، نشانه های یکی از شش اختلال مورد بررسی را در حد بالینی نشان می دهند. هر چند، درصد بدست آمده با نتایج برخی از تحقیقات پیشین نزدیک است اما، با تعدادی دیگر، تفاوتی را نشان می دهد. به عنوان مثال رومزپور (۱۳۷۴ به نقل از فرشید نژاد) در بررسی که در شهر اهواز با پرسشنامه ی CSI-4 (فرم والد- معلم) انجام داد، نرخ شیوع را ۳۱ درصد و فرشید نژاد (۱۳۸۰) در شهر اصفهان با استفاده از پرسشنامه CSI-4 (فرم والدین) نرخ شیوع را ۲۹/۸ درصد گزارش کرده است. به طور کلی در تحقیقاتی که در ایران و سایر کشور انجام شده است، نرخ شیوع اختلالات رفتاری در کودکان، بین ۴ تا ۴۰ درصد گزارش شده است؛ هر چند که می توان گفت، متفاوت بودن نرخ شیوع اختلالات عاطفی و رفتاری در پژوهش های مختلف، به ملاک های تعریف و ارزیابی اختلالات و جوامع مورد بررسی ارتباط دارد، نتایج این تحقیق نشان داد که نرخ شیوع اختلالات رفتاری در پسران، بیش از دختران است. در اغلب تحقیقاتی که در زمینه ی شیوع اختلالات عاطفی و رفتاری در کودکان صورت گرفته است معمولاً، پسران بین ۲ تا ۵ برابر بیش از دختران در معرض خطر، تشخیص داده شده اند (کافمن و هالاهاان ۲۰۰۳، وزیری و لطفی ۱۳۸۱، فرشید نژاد ۱۳۸۳، دادستان ۱۳۷۶). در پژوهش حاضر، پسران ۱/۵ برابر دختران علائم اختلالات رفتاری و هیجانی را در سطح بالینی نشان

شایع ترین اختلال در این پژوهش، اختلال افسردگی و اضطراب است که این موضوع در بسیاری از تحقیقات پیشین نیز مورد تایید قرار گرفته است (ویس و لاست^۱ ۲۰۰۱). تحقیقات نشان می دهد که بین افسردگی و اضطراب، همپوشی زیادی وجود دارد (ای پی ای^۲، ۲۰۰۰، فرشید نژاد ۱۳۸۳ نولان^۳ و همکاران، ۱۹۹۹؛ سوان سون^۴ و همکاران، ۱۹۹۸) و همچنین بین اختلالات اضطرابی، افسردگی و بیش فعالی، همبودی وجود دارد (کاپلان و همکاران ۲۰۰۳). بنابراین، بالا بودن شیوع این سه اختلال می تواند به عنوان تاییدی در همبودی آنها در نظر گرفته شود.

مقایسه ی شیوع اختلالات در دختران و پسران، نشان داد که از شش اختلال مورد بررسی، اضطراب در دختران و اختلال سلوک در پسران، بالاترین نرخ شیوع را دارد؛ هر چند تفاوت نرخ شیوع اختلال اضطراب بین پسران و دختران تفاوت معنی داری با هم نداشت اما، این یافته با برخی از یافته های پیشین تفاوت دارد. برخی از محققان، اعتقاد دارند که در دوره ی دبستان، این تفاوت ها کمتر است و تفاوت در شیوع اختلال اضطراب در پسران و دختران، در نوجوانی افزایش پیدا می کند و دیگر اینکه اگر چه در برخی از اختلالات اضطرابی مثل اضطراب اجتماعی یا هراس ها دخترها بیش از پسرها در معرض خطر قرار دارند اما، برخی از اختلالات اضطرابی مثل اضطراب جدایی، تفاوت چندانی بین دختران و پسران وجود ندارد. نتایج پژوهش، نشان داد که بین شیوع اختلال سلوک در دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود دارد. بالاتر بودن نرخ شیوع اختلال سلوک در پسران، در پژوهش های زیادی مورد تایید واقع شده است (کاستلو^۵ و همکاران، ۱۹۹۶ ویزو ویس^۶، ۱۹۹۱ زوکولی لو^۷، ۱۹۹۳). آمادگی بیشتر دختران برای ابراز احساسات شادی، غم و ترس در مقابل آمادگی های بیشتر پسران برای ابراز خشم (زان - واکسلر، کول و بارت؛ فابس و مارتین به نقل از بشارت، ۱۳۸۵) می تواند توجه کننده ی شیوع بالاتر اختلالات اضطرابی در دختران و اختلالات سلوکی در پسران باشد. از سوی دیگر، تحقیقات نشان می دهد که حدود ۳۶ تا ۴۰ درصد پسران افسرده، علایم اختلال سلوک را نشان می دهند (میشل^۸ و دیگران ۱۹۸۸). توجه داشته باشیم که اختلالات رفتاری و عاطفی در دوران کودکی ممکن است با ماسک های متفاوتی تجلی کند؛ به عنوان مثال، پسران افسرده ممکن است در گیر اعمال ضد اجتماعی مانند آتش زدن

1. Weiss & Last
2. APA
3. Nolan
4. Swanson

5. Castello
6. Weisz & Weiss
7. Zoccolillo
8. Mitchell

دعا کردن یا دزدی شوند و یا ممکن است نشانه های بیش فعالی را از خود نشان دهند (کسلر و همکاران، اونولی ۲۰۰۱، میشل و دیگران ۱۹۸۸). همبودی اختلالات در دوران کودکی می تواند بر آورد شیوع اختلالات را به صورت مجزا، دشوار سازد.

در تفسیر و نتیجه گیری از یافته های این پژوهش، لازم است به محدودیت هایی مانند روش جمع آوری داده ها (که بیشتر از مادران برای گرفتن اطلاعات راجع به نمونه های تحقیق سوال شده است) استفاده از یک ابزار (فهرست رفتاری آخنباخ) برای ارزیابی وضعیت روان شناختی دانش آموزان و پایین بودن سطح تحصیلات والدین مد نظر قرار گیرد. بر این اساس، جمع آوری داده ها از چند منبع، مثل والدین و معلمان یا استفاده از مصاحبه به همراه فهرست رفتاری، در تحقیقات بعدی پیشنهاد می شود.

منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۵). تبیین اختلال های شخصیت بر اساس نظریه ی دلبستگی. فصلنامه روانشناسی معاصر انجمن روانشناسی ایران، صفحه ۴۶.
- حسینی فرد، سید مهدی؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم. (۱۳۸۴). همه گیرشناسی اختلال روانی در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان رفسنجان. فصلنامه روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، شماره ۴۰، بهار ص ۷۱.
- دادستان، پریخ (۱۳۷۶). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی (جلداول)، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت)، صفحات ۱۳، ۲۲۳، ۲۹۲-۲۹۲، ۲۲۲-۲۳۷-۲۳۶ ۲۴۴، ۲۵۷-۲، ۲۵۶
- ضیاء الدینی، حسن؛ شفیع زاده، ناهید. (۱۳۸۴). همه گیرشناسی اختلال بیش فعالی با کمبود توجه و اختلال سلوک در دانش آموزان دبستانی شهر سیرجان. فصلنامه روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، شماره ۳۴، زمستان ص ۴۱۹.
- فرشید نژاد، اکبر (۱۳۸۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتاری دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر اصفهان ۱۳۸۰، نشریه تحقیقات علوم رفتاری، سال دوم شماره ی ۱، بهار و تابستان ۸۳

فرقانی ریسی، شهلا. (۱۳۷۴). شناسایی تنوع و فراوانی ناهنجاریهای رفتاری دانش آموزان کشور در سه دوره تحصیلی (ابتدایی، راهنمایی، متوسطه). معاونت پرورشی وزارت آموزش و پرورش: دفتر مشاوره و تحقیق.

کاپلان و سادوک (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی، ترجمه ی دکتر حسن رفیعی (۱۳۸۲)، دکتر خسرو سجانیان ۸۲ انتشارات ارجمند صفحه ی ۱۹۱

لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام. (۱۳۸۱). روان شناسی مرضی کودک. تهران: ارسباران محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی افکار خودکشی در دختران مناطقی پر خطر ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۱۴، پاییز ص ۱۵۷.

محمدی، محمدرضا؛ باقری یزدی، سید عباس؛ رهگذر، مهدی؛ مسگرپور، بیتا و همکاران. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان کهگیلویه و بویراحمد. فصلنامه ارمغان دانش، شماره ۳۰، تابستان ص ۱۳.

محمدی، محمدرضا؛ باقری یزدی، سید عباس؛ رهگذر، مهدی؛ مسگرپور، بیتا؛ کوبه، فرخ و همکاران. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در آذربایجان شرقی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شماره ۶۴، زمستان ص ۶۷.

محمدی، محمدرضا؛ باقری یزدی، سید عباس؛ رهگذر، مهدی؛ مسگرپور، بیتا؛ باب الحوایجی ابوالفضل و همکاران. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان همدان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، شماره ۳۳، پاییز ص ۲۸.

محمدی، محمدرضا؛ باقری یزدی، سید عباس؛ رهگذر، مهدی؛ مسگرپور، بیتا؛ رضایی انصاری، علی اکبر و همکاران. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان خراسان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، شماره ۳۱، بهار ص ۶.

محمدی، محمدرضا؛ باقری یزدی، سید عباس؛ رهگذر، مهدی؛ مسگرپور، بیتا؛ بهنام، بهناز و همکاران. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در سمنان. فصلنامه کومش، شماره ۱۳، پاییز و زمستان ص ۷.

محمدی، محمدرضا؛ باقری یزدی، سید عباس؛ رهگذر، مهدی؛ مسگرپور، بیتا؛ بریمانی، فریبا و همکاران. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان مازندران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره ۴۱، زمستان ص ۲.

- محمدی، محمدرضا؛ باقری یزدی، سید عباس؛ رهگذر، مهدی؛ مسگرپور، بیتا؛ عفتی، جلیل و ابهت رضا. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، شماره ۴۳، پاییز ص ۲۸-۳۷.
- محمدی، محمدرضا؛ باقری یزدی، سید عباس؛ رهگذر، مهدی؛ مسگرپور، بیتا؛ صارم، محمدناصر و همکاران. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان کردستان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، شماره ۲۷، بهار ص ۹.
- محمدی، محمدرضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ مسگرپور، بیتا و همکاران. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان گیلان. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی گیلان، شماره ۵۱، ص ۵۵.
- محمدی، محمدرضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ مسگرپور، بیتا؛ حسینی فخر غلامرضا و همکاران. (۱۳۸۴). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، شماره ۱۵، تابستان ص ۱۳۶.
- محمدی، محمدرضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ مسگرپور، بیتا؛ ملکی، براتعلی و همکاران. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان گلستان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، شماره ۱۳، بهار و تابستان ص ۶۷-۷۷.
- محمدی، محمدرضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ مسگرپور، بیتا؛ نیک فرجام، مسعود ریسی، حمیرا و همکاران. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان چهار محال بختیاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شماره ۲۴، زمستان ص ۳۳.
- محمدی، محمدرضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ مسگرپور، بیتا؛ نیکتاش، جهان و همکاران. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان اردبیل. مجله پزشکی ارومیه، شماره ۵۷۲۴، پاییز ص ۱۷۴.
- محمدی، محمدرضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ مسگرپور، بیتا؛ زندی، آرمان و وثوق، فرحناز. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان هرمزگان. مجله پزشکی هرمزگان، شماره ۲۸، پاییز ص ۱۸۷.
- وزیری، شهرام. لطفی، فرح و همکاران (۱۳۸۳). روش تنظیم و گزارش پژوهش در روان شناسی مشاوره و علوم تربیتی، انتشارات روان، صفحه ۴۹.

- Achenback, T. M. (2000). Assesment of psychopathology. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller(Eds.), *Handbook of developmental psychology*, New york: Kluwer Academic, 41-560.
- Achenback, T. M., & Rescolar, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school – age forms and profiles*. Burlington: ASEBA.
- Jawadi, A. L. A. A., Abdul- Rahman, S. (2007). Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Irag. *BMC Public Health*. 7:274 doi:100, 1186/1471- 2458- 7- 274.
- American Psychiatric Assosiation. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington D. C. Author.
- Anderson. J. C, Williams S, McGee R, Silva PA. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archive of Genetic Psychiatry*, 44, 69-76.
- Applegate, B. B., & Hart, E. L. (1996). Validity of the onser criterion for ADHD: A report from the DSM- IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 121- 1221.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age dependant decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 15, 816-818.
- Bird HR, Gould MS, Yager T, Staghezza B, Canino G. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28, 847-50.
- Cornely, P. Bromet E. (1986). Prevalence of behavior problems in three- year-old children living near Three Mile Island: a comparative analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27,4, 489-98.
- Costello, E. J., Costello. A. J., Edelbrock, C., Burns. B. J, Dulcan. M. K, et al. (1988). Psychiatric disorders in pediatic primary care. Prevalence and risk factors. *Archive of Genetic Psychiatry*, 45, 1107-16.
- Costello, E. J. (1989). Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;28:836-41.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Erkanli, A., Stangl, D. K., & Tweed, D. L. (1996). The Great Smoky Mountaind Study of Youth : functional impairment and serious emotional disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1137-1143.
- Department of Health and Human Services (US). (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General*. Rockville (MD): Department of Health and Human Services.

- Earls, F. (1980). Prevalence of behavior problems in 3-year-old children: a cross national replication. *Archive of Genetic Psychiatry*, 37, 1153-7.
- Esser, G., Schmidt, M. H, Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school age children: results of a longitudinal study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 243-63.
- Frick, P. J., Van Horn, Y., Lahey, B. B., Christ, M. A. G., Loeber, R., Hart, E. A., Tannenbaum, L., & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta- analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13, 319-340.
- Friedman, R. M, Katz-Leavy JW, Manderscheid RW, Sondheimer DL. (1996). Prevalence of serious emotional disturbance on children and adolescents. In: Manderscheid RW, Sonnenschein MA, editors. *Mental Health, United States, 1996*. Rockville (MD): Department of Health and Human Services, 71-89.
- Friedman, R. M, Kutash K, Duchnowski AJ. (1996). The population of concern: defining the issues. In: Stroul, BA, editor. *Children's mental health: creating systems of care in a changing society*, Baltimore: Paul H. Brookes, 69-95.
- Gould, M. S, Wunsch-Hitzig R, Dohrenwend BP. (1980). Formulation of hypotheses about the prevalence, treatment, and prognostic significance of psychiatric disorders in children in the United States. In: Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, editors. *Mental illness in the United States: epidemiological estimates*. New York: Praeger; p. 9-44.
- Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (2003). Exceptional children: *Introduction to special education* (9 th ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiological perspective. *Biological psychiatry*, 49, 1002-1014.
- Lavigne, J.V., Gibbons R. D., Christoffel K. K., Arend R., Rosenbaum D, Binns, H. et al. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996, 35, 204-14.
- Lewinsohn, P. M., Pettit, J. W., Joiner, T. E., & Seeley, J. R. (2003). The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *Journal of Abnormal psychology*, 112, 244-252.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998) . Major depressive disorder on older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.

- Mannuza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Mallory, P., & Lapanula, M. (1998). Adult Psychiatric status of hyperactive boys grows up. *American Journal of Psychiatry*, 155, 493- 498.
- Mannuzza, S., Klein, R. G. Bessler, A., Mallory, P., & Lapadula. M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 56- 5576.
- Matza, L. S., Paramore, C., & Prasad. M. (2005). A review of the economic burden of ADIID. *Cost Effectiveness and Resource Allocation: CIE*, 9, 3- 5.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge. F., Silva. P. A., Kelly. J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-9.
- Mitchell, J., Mccauley, E., Burke, P. M., & Moss, S. J. (1988). Phenomenology of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of child and Adolscent psychiatry*, 27, 12-20.
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulaert, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams to 4- to 12- year-old children: their content, developmental patterns, and origins. *Journal of clinical child psychology*, 29, 43-52.
- Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: Summary*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Nolan, E. E., volpe, R. J., Gadow, K. D. , & Sprafkin, J. (1999). Developmental, gender, and co-morbidity differences in clinically referred children with ADHD, *Journal of Emotional & Brhavioral Disorder*, 11-21
- Offord, D., Boyle. M. H., Szatmari. P., Rae-Grant. N. I., Links, P. S., Cadman, D. T., et al. (1987). Ontario Child Health Study II: six month prevalence of disorder and rates service utilization. *Archive of Genetic Psychiatry*, 44, 832-6.
- Richman N, Stevenson JE, Graham PJ. (1975). Prevalence of behavior problems in 3-year-old children: an epidemiological study in a London borough. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 277-87.
- 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*, 284.
- Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJ, Jensen PS, Cantwell DP. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder*. *Lancet*, 351, 429-433

- Tolan, P. H., & Loeber, R. (1992). Antisocial behavior. In P. H. Tolan & B. J. Cohler (Eds.) *Handbook of clinical research and practice with adolescents*. New York, 307-331.
- Vasey, M. W., Crnic, K. A., & Carter, W. G. (1994). Worry in childhood: A developmental perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 529-549.
- Velez, C. N., Johnson J, Cohen P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-4.
- Verhulst, F. C., Akkerhuis GW, Althaus M. (1985). Mental health in Dutch children: I. A cross cultural comparison. *Acta Psychiatry Scand Suppl*, 323, 1-108.
- Vikan A. (1985). Psychiatric epidemiology in a sample of 1,5,10- year- old children. I. Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 55-75.
- Weiss, D. D., & Last, C. G. (2001). Developmental variations in the prevalence and manifestation of anxiety disorders. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* New York, 27-43.
- Weisz, J. R., & Weiss, B.(1991). Studing the "referability" of child clinical problems. *Journal psychology*, 59, 266-273.
- Weyandt, L. L. (2001) *An ADHD primer*, Boston: Allyn and Bacon.
- Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 65-78.