

بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی در دانش آموزان دوره ابتدایی

محمود برجعلی^۱، محمود نجفی^۲، غلامرضا دهشیری^۳

(۱) استادیار گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

(۲) استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

(۳) استادیار گروه روانشناسی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

*نویسنده مسول: m_borjali501@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله ۹۰/۸/۱۰ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۹۰/۸/۲۰ تاریخ پذیرش مقاله ۹۰/۱۱/۳

چکیده

هدف اساسی پژوهش حاضر، بررسی شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر کرج بود. روش پژوهش توصیفی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر دوره‌ی ابتدایی شهر کرج بود. بدین منظور ۶۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر دوره‌ی ابتدایی از شهر کرج با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه **CSI-4** (فرم والدین) بوده که از روایی و پایایی قبول و رضایت بخش برخوردار است. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون **chi** دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که میزان شیوع اختلالات رفتاری ۱۳/۷ درصد می‌باشد. همچنین مشخص شد که شیوع اختلالات در پسران بیشتر از دختران است. شایع‌ترین اختلالات رفتاری به ترتیب عبارت بودند از: بیش‌فعالی - کمبود توجه (۴ درصد) و لجاجی - نافرمانی (۳ درصد). همچنین بین تحصیلات والدین با ابتلا به اختلالات رفتاری رابطه معنی‌داری مشاهده شد.

کلید واژه‌گان: اختلالات رفتاری، شیوع، دانش‌آموزان، مدارس ابتدایی

مقدمه

باشند (راتر، تیزارد و ویت‌مور^۱، ۱۹۷۰)، به نقل از کَشکولی، (۱۳۷۹). وقتی رفتاری غیرانطباقی شمرده می‌شود، حاکی از آن است که مشکل وجود دارد و اینکه آسیب‌پذیری فرد یا ناتوانی در مقابله با فشار روانی در محیط، به مشکلاتی در زندگی منجر شده است. آسیب‌پذیری به میزان احتمالی پاسخ غیر انطباقی به موقعیتهای معین اطلاق می‌گردد

اختلالات رفتاری روزمره، اختلالات شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای کودکان، معلمان و خانواده‌هایشان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و با نرخ-های بالایی از معضلات روابط اجتماعی همراه بوده و نسبت به کودکان بدون اختلال، با شکستهای تحصیلی بیشتری مواجه می‌شوند و در نوجوانی و بلوغ در خطر آشفتگیهای رفتاری و اجتماعی می

¹. Rutter, Tizard & Withmor

۶-۸ سال به صورت مقطعی بررسی کرد که میزان این شیوع ۵/۷ بود و تاریخچه مشکلات رفتاری در ۳۷/۳ از گروه نمونه مشاهده شد. راس^۸ (۲۰۰۲) شیوع و رفتار خود آسیبی و پرخاشگری کودکان را بررسی کردند. رفتار پرخاشگری در ۸۸ درصد آن‌ها گزارش شد. همچنین بین سن و رفتارهای پرخاشگرانه همبستگی منفی معنادار یافت شد. در ایران مطالعات همه‌گیرشناسی اندکی بر روی کودکان صورت گرفته است و بسیاری از مطالعات در گروه سنی ۱۵ سال به بالا بوده است که از جمله می‌توان به جاویدی (۱۳۷۲)، کوبه (۱۳۷۳)، بهادرخان (۱۳۷۲)، پالانگ (۱۳۷۴) اشاره کرد. بدین ترتیب پالانگ شیوع اختلالات رفتاری را ۲۳/۸۵ درصد، کوبه ۱۳ درصد، جاویدی ۱۶ درصد و در بین سنین ۶ تا ۱۳ سال بهادرخان ۱۶/۶ درصد را گزارش کرده‌اند. اغلب کودکان و نوجوانان دارای اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدر رفتاری می‌کنند. در اغلب موارد، معلمان و همکلاسی‌هایشان طرد می‌کنند و در نتیجه دچار انزوا شده و فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می‌یابد (بروان و پرس،^۹ ۲۰۰۷). در بسیاری از تحقیقات اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی^{۱۰} به عنوان شایع‌ترین اختلال گزارش شده است (لیواس، ۱۹۹۶ به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۰؛ ورهوش، ۱۹۸۵ به نقل از شهرانی کرانی، ۱۳۸۵؛ توکلی زاده، ۱۳۷۵، ابراهیمی، ۱۳۷۵). پژوهش‌ها همچنین حاکی از شیوع بیشتر این اختلال در پسران است (بیدرمن^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۰؛ فوم بون^{۱۲}، ۱۹۹۴؛

(ساراسون و ساراسون، ۱۹۹۵؛ ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵). با این وصف به نظر می‌رسد که مقرون به صرفه‌ترین روش مطالعه در این حوزه همانا استفاده از شیوه غربالگری است. در این زمینه با استفاده از پرسشنامه‌های مناسب و کارآمد می‌توان در حد مطلوبی به اهداف مورد نظر دست یافت. از آنجائیکه کودکان مشکلات روانی خاص خود را دارند و طبقه‌بندی‌های جهانی از بیماری‌های روانی کودکان و بذل توجه به آنها اهمیت خاص خود را یافته است، لذا اینک برای ارزیابی اختلالات روانپزشکی کودکان روشهای مختلفی وجود دارد که یکی از این روشها استفاده از مقیاس‌ها و پرسشنامه‌ها می‌باشد. بررسی شیوع اختلالات رفتاری دوران نوجوانی و نیازسنجی برای طراحی مداخلات به موقع ضروری بوده و در ارتقای سلامت آنان مهم است (شن^۱، ۲۰۰۹، و مونتگو^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان برای آینده‌انان پیامدهای نامطلوبی خواهد داشت (سالیوان^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). از طرفی مدرسه نیز به عنوان یک موقعیت مهم برای ارتقاء سلامت و بهزیستی دانش‌آموزان عمل می‌کند (هاوت^۴ و همکاران، ۲۰۰۵) هالینگ^۵ و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود بر روی نوجوانان آلمانی گزارش نمودند که ۱۱ درصد از نوجوانان به علت مشکلات رفتاری نیاز به خدمات بهداشت روان دارند. واگلوس^۶ و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی شیوع اختلال اضطراب^۷ را در کودکان

1 . Shen
2 . Montague
3 . Sullivan
4 . Haavet
5 . Holling
6 . Wogelius
7 . anxiety

8 . Ross
9 . Brown & Percy
10 . Attention Deficit Hyperactivity Disorder
11 . Biederman
12 . Fombonne

مطلوبی را در بر نخواهد داشت. بنابراین بررسی‌های شیوع‌شناسی می‌توانند به عنوان یکی از مهم‌ترین روش‌های موجود جهت دستیابی به اهداف بهداشت روانی مطرح باشند. در واقع انجام پژوهش در زمینه به دست آوردن میزان شیوع اختلالات رفتاری به منظور دستیابی به وضع موجود و برنامه ریزی برای رسیدن به وضع مطلوب ضروری می‌باشد. یکی از اهداف اصلی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری و روانی در کودکان تعیین نرخ و میزان شیوع این اختلالات در کودکان و نوجوانان است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری و ارتباط آن با برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی در دانش‌آموزان دوره ابتدایی بود. سؤالات این پژوهش عبارتند از: ۱- میزان شیوع اختلالات رفتاری به صورت کلی و همچنین به تفکیک جنسیت چقدر است؟ ۲- آیا بین اختلالات رفتاری با جنسیت رابطه وجود دارد؟ ۳- آیا بین اختلالات رفتاری و تحصیلات والدین (پدر و مادر) رابطه وجود دارد؟

روش

این پژوهش به صورت توصیفی انجام گردیده که در آن میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر کرج با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۸ (CSI-4) (فرم والدین) و همچنین پرسشنامه عوامل جمعیت‌شناختی (دموگرافیک) مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر کرج بوده که در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ در مدارس دولتی کرج مشغول به تحصیل بودند. با

کانتول^۱، ۱۹۹۶؛ کار^۲، ۱۹۹۹؛ مروتی شریف آباد، ۱۳۷۲؛ توکلی زاده، ۱۳۷۵؛ ابراهیمی، ۱۳۷۵). شیوع اختلالات رفتاری در مطالعه‌ی خرامین (۱۳۷۳) و فرشید نژاد (۱۳۸۰) به ترتیب ۱۱/۲ درصد و ۲۹/۸ درصد گزارش شده است. برخی شواهد پژوهشی نیز حاکی از آن است که بین اختلالات رفتاری با تحصیلات والدین رابطه وجود دارد به عبارتی اختلالات رفتاری با کاهش سواد و تحصیلات والدین افزایش می‌یابد (خوشایبی و همکاران، ۱۳۸۶؛ حمیدی، ۱۳۸۵؛ یوسفی، ۱۳۷۷؛ بارکلی^۳، ۱۹۹۸؛ نشاط دوست و همکاران، ۱۳۷۶؛ بیدرمن و فاراوان^۴، ۲۰۰۵؛ گودمن و اسکات^۵، ۱۹۹۷؛ بهره دار، ۱۳۷۷؛ زاده باقری، ۱۳۷۳؛ و فرشید نژاد، ۱۳۸۰) همسو است. به طور کلی اختلالات رفتاری در پسران بیشتر از دختران گزارش شده است (خوشایبی و همکاران، ۱۳۸۶؛ متقی، ۱۳۸۱؛ کشکولی، ۱۳۷۹؛ مهربانی، ۱۳۸۴؛ و وایت مور^۶ و همکاران، ۱۹۹۷ و مک درموت^۷، ۱۹۹۶).

با عنایت به آمار و ارقام ارائه شده درباره افزایش کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری از یک طرف و طغیان‌های مادی و معنوی ناشی از این اختلالات و کمبود نیروی انسانی متخصص از طرف دیگر ضرورت اقدامات پیشگیرانه بیش از پیش مورد تأکید قرار می‌گیرد. در این راستا هرگونه اقدامات پیشگیرانه مستلزم ارزیابی نوع و میزان نیاز مردم به آن خدمات و بررسی شیوع مشکل است. زیرا در غیر این صورت فعالیت‌های انجام شده نتایج

1. Cantwell

2. Carr

3. Barkley

4. Faraone

5. Goodman & Scott

6. Whitmore

7. McDermott

8. Child Symptom Inventory -4 (CSI-4)

علاوه بر این، در بررسی هایی که در مورد روایی همگرایی فرم معلم SLUG انجام گرفت، دامنه همبستگی بین خرده مقیاس پرخاشگری و مقیاس درجه بندی کانرز و نمره های شدت نشانه های مرضی اختلال لجبازی - نافرمانی، اختلال سلوک» با» و «بدون» پرخاشگری از ۰/۳۳ تا ۰/۳۹ گزارش شد. در ایران نیز طبق پژوهش توکلی زاده (۱۳۷۵) پایایی چک لیست والدین و معلمان از طریق بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ تعیین گردیده است.

۲- پرسشنامه جمعیت شناختی: در این پژوهش همچنین از پرسشنامه جمعیت شناختی جهت به دست آوردن سن، جنس، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر استفاده شد.

نتایج

سؤال اول پژوهش این بود که میزان شیوع اختلالات رفتاری به صورت کلی و همچنین به تفکیک جنسیت چقدر است؟. فراوانی و درصد شیوع اختلالات رفتاری به صورت کلی و همچنین به تفکیک جنسیت در جدول ۱ ارائه شده است.

استفاده از نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای ۶۰۰ نفر از دانش آموزان انتخاب و پرسشنامه ها روی آنها اجرا گردید. از کل نمونه، تعداد ۳۰۰ نفر (۵۰ درصد) پسر و ۳۰۰ نفر دختر (۵۰ درصد) بوده اند. همچنین پایه تحصیلی آنها بین اول تا پنجم بوده است و فراوانی هر پایه ۱۲۰ نفر بوده که ۶۰ نفر دختر و ۶۰ نفر پسر بوده اند.

ابزار

۱- پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4): پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4) یک مقیاس درجه بندی رفتار است که توسط اسپرافکین و گادو^۱ به منظور غربال اختلال های رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۵ تا ۱۲ سال طراحی شده است (اسپرافکین و گادو، ۱۹۹۴، به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۰). CSI-4 دارای دو فرم والد و معلم می باشد که در پژوهش حاضر از چک لیست والدین استفاده شده است. هریک از عبارات مذکور در یک مقیاس ۴ درجه ای: هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می شود (توکلی زاده، ۱۳۷۵). CSI-4 در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن محاسبه شده است. در یکی از مطالعاتی که توسط گرایسون و کارلسون (۱۹۹۱)، به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۰) بر روی CSI-3R انجام گرفت، حساسیت برای اختلال لجبازی- نافرمانی، اختلال سلوک و نقص توجه / بیش فعالی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد.

1. Sprafkin & Gadow

جدول ۱: فراوانی و درصد شیوع اختلالات رفتاری به صورت کلی و همچنین به تفکیک جنسیت

جنسیت	پسر			دختر			کل
	سالم	بیمار	درصد شیوع	سالم	بیمار	درصد شیوع	
اختلال	سالم	بیمار	درصد شیوع	سالم	بیمار	درصد شیوع	درصد شیوع
بیش فعالی - نقص توجه	۲۸۲	۱۸	۶	۲۹۳	۷	۲/۳	۴/۲
لجبازی - نافرمانی	۲۸۸	۱۲	۴	۲۹۴	۶	۲	۳
سلوک	۲۸۸	۱۲	۴	۲۹۶	۴	۱/۳	۲/۷
اضطراب	۲۹۱	۹	۳	۲۹۳	۷	۲/۳	۲/۷
هراس	۲۹۹	۱	۳	۲۹۵	۵	۱/۷	۱
وسواس	۲۹۷	۳	۱	۲۹۸	۲	۷	۱/۸
تیک	۲۹۹	۱	۳	۲۹۷	۳	۱	۷
افسردگی	۲۹۶	۴	۱/۳	۲۹۵	۵	۱/۷	۱/۵
افسرده خوبی	۲۹۷	۳	۱	۲۹۶	۴	۱/۳	۱/۲
هراس اجتماعی	۲۹۳	۷	۲/۳	۲۹۷	۳	۱	۱/۷
کل	۲۵۰	۵۰	۱۶/۷	۲۶۸	۳۲	۱۰/۷	۱۳/۷

همانگونه که در جدول مشاهده می شود بیشترین میزان شیوع مربوط به اختلال بیش فعالی - نقص توجه است (۲/۴ درصد). کمترین میزان شیوع مربوط به اختلال تیک (۰/۷ درصد) است. میزان شیوع کل اختلال رفتاری در کل ۱۳/۷ درصد و در پسران ۱۶/۷ درصد و در دختران ۱۰/۷ درصد می باشد.

جدول ۲: نتایج آزمون خی دو برای بررسی رابطه اختلالات رفتاری با جنسیت

جنسیت	اختلال		سالم		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پسر	۲۵۰	۸۳/۳	۵۰	۱۶/۷	۳۰۰	۱۰۰
دختر	۲۶۸	۸۹/۳	۳۲	۱۰/۷	۳۰۰	۱۰۰
کل	۵۱۸	۸۶/۳	۸۲	۱۳/۷	۶۰۰	۱۰۰

$$X^2 = 4/58 \quad df = 1 \quad P < 0/05$$

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می شود بین ابتلا به اختلالات رفتاری و جنسیت رابطه معناداری وجود دارد $[X^2(1) = 4/58, P < 0/05]$ به این صورت که پسران به طور معنی داری بیشتر از دختران به اختلالات رفتاری مبتلا می شوند. نشان می دهد.

جدول ۳: نتایج آزمون خی دو برای بررسی رابطه اختلالات رفتاری با تحصیلات پدر

اختلال تحصیلات	سالم		بیمار		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
بیسواد	۱۴	۷۳/۷	۵	۲۶/۳	۱۹
ابتدایی و سیکل	۱۱۰	۸۰/۳	۲۷	۱۹/۷	۱۳۷
دیپلم	۱۸۷	۸۷/۸	۲۶	۱۲/۲	۲۱۳
دانشگاهی	۱۳۷	۹۴/۵	۸	۵/۵	۱۴۵
کل	۴۴۸	۸۷/۲	۶۶	۱۲/۸	۵۱۴

$X^2 = 15/88$ $df = 3$ $P < 0/01$

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود بین تحصیلات پدر و ابتلا به اختلالات رفتاری رابطه معناداری وجود دارد $[X^2(3) = 15/88, P < 0/01]$ به این صورت که هر چه تحصیلات پدر پایین تر باشد ابتلا به اختلالات رفتاری بیشتر است و بر عکس. جدول ۴ نیز نتایج آزمون خی دو برای بررسی رابطه اختلالات رفتاری با تحصیلات مادر را نشان می دهد.

جدول ۴: نتایج آزمون خی دو برای بررسی رابطه اختلالات رفتاری با تحصیلات مادر

اختلال تحصیلات	سالم		بیمار		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
بیسواد	۲۳	۶۹/۷	۱۰	۳۰/۳	۳۳
ابتدایی و سیکل	۱۲۹	۸۲/۷	۲۷	۱۷/۳	۱۵۶
دیپلم	۲۱۲	۹۱	۲۱	۹	۲۳۳
دانشگاهی	۸۹	۹۰/۸	۹	۹/۲	۸۹
کل	۴۵۳	۸۷/۱	۶۷	۱۲/۹	۵۲۰

$X^2 = 15/95$ $df = 3$ $P < 0/01$

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی در دانش آموزان دوره ابتدایی بود. سوال اول پژوهش این بود که میزان شیوع اختلالات رفتاری به صورت کلی و همچنین به تفکیک جنسیت چقدر است؟ یافته های به دست آمده نشان داد که میزان شیوع اختلال بیش فعالی - نقص توجه

چنانچه از جدول ۴ مشاهده می شود بین تحصیلات مادر و ابتلا به اختلالات رفتاری رابطه معناداری وجود دارد $[X^2(3) = 15/95, P < 0/01]$ به این صورت که هر چه تحصیلات مادر پایین تر باشد ابتلا به اختلالات رفتاری بیشتر است و بر عکس.

رو به افزایش است: ارائه مستمر الگوهای پرخاشگرانه توسط وسایل ارتباط جمعی و رسانه های گروهی، رواج زندگی شهرنشینی به صورت زندگی در خانه های کوچک که گاه موجب بیشتر جلوه کردن فعالیت های کودک می شود، مصرف غذاهای پرکالری و تنقلات که به نوبه خود میزان فعالیت کودک را تحت تأثیر قرار می دهند، استفاده والدین از تنبیه برای خاموش کردن رفتارهای نادرست کودکان. با این وجود، تنبیه به خاطر الگوی پرخاشگرانه ای که ارائه می دهد، می تواند موجبات بروز پرخاشگری در تنبیه شونده را فراهم آورد.

به طور کلی نتایج نشان داد که میزان شیوع کل اختلال رفتاری ۱۳/۷ درصد و در پسران ۱۶/۷ درصد و در دختران ۱۰/۷ درصد می باشد. که با مطالعه خرامین (۱۳۷۳) تقریباً نزدیک است. شیوع اختلالات رفتاری بر اساس CSI-4 در مطالعه ی فرشید نژاد (۱۳۸۰) ۲۹/۸ درصد گزارش شده است. ورود به دبستان غالباً زمانی است که برخی مسائل روانشناختی کودک با توجه به شرایط مدرسه بارزتر می نمایند و البته برخی رفتارها در خانه بیشتر نمود پیدا می کنند. در اکثر موارد تفاوت های رفتار بهنجار به وضوحی که در مورد بزرگسالان تعیین می شوند قابل تفکیک نیست، تمامی کودکان گاهی رفتار غیر انطباقی از خود نشان می دهند و زمانی این رفتار به عنوان یک مساله نابهنجار تلقی می گردد که به طور تکراری روی دهد و در کارکرد خود و دیگران اختلال ایجاد نماید. بنابراین معلمان و والدین بسته به نوع اطلاعات و درکی که از کودکان دارند رفتارهای آن ها را ارزیابی می کنند. نکته دیگر این که نگرش و نظر معلمان در مورد ارزیابی رفتار کودک در یک مقطع زمانی خاص می باشد، در

۴/۲ درصد است. شیوع این اختلال در پسران ۶ درصد و در دختران ۲/۳ درصد است. تحقیقات حاکی از آن است که اختلال کمبود توجه - بیش فعالی یکی از شایعترین اختلال های روانپزشکی است که در کودکی آغاز می شود و یک مساله مهم بهداشت روانی جامعه به شمار می رود. ۵۰ درصد از کودکان مبتلا به اختلال های روانپزشکی دچار این اختلال هستند و آمار نشان می دهد که ۳ تا ۵ درصد کودکان در سن مدرسه مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش فعالی هستند (کانتول، ۱۹۹۶). طبق مطالعات انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰، به نقل از جانستون و میش، ترجمه قدیری و نجفی، ۱۳۸۵) کمبود توجه / بیش فعالی یکی از اختلال های جدی است که تقریباً ۴ تا ۶ درصد کودکان به آن مبتلا هستند. در تحقیق لیواس (۱۹۹۶)، به نقل از محمد اسماعیل، (۱۳۸۰)، ورهوش (۱۹۸۵)، به نقل از شهرانی کرانی، (۱۳۸۵)، توکلی زاده (۱۳۷۵) و ابراهیمی (۱۳۷۵) نیز اختلال کمبود توجه-بیش فعالی شایع ترین اختلال بود. میزان شیوع اختلال بیش فعالی - کمبود توجه از ۱ تا ۲۰ درصد بسته به ملاک های تشخیصی به کار رفته و جمعیت نمونه روش های مورد استفاده در نوسان بوده است (کار، ۱۹۹۹). شواهد پژوهشی دیگر نیز حاکی از شیوع بیشتر در پسران است (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۰؛ فوم بون، ۱۹۹۴؛ کانتول، ۱۹۹۶؛ کار، ۱۹۹۹؛ مروتی شریف آباد، ۱۳۷۲؛ توکلی زاده، ۱۳۷۵؛ ابراهیمی، ۱۳۷۵). اختلال کمبود توجه / بیش فعالی در پسرها شایع تر از دخترها و در کودکان نسبت به نوجوانان شایع تر است (کار، ۱۹۹۹). همچنین فرشید نژاد (۱۳۸۰) نیز شیوع این اختلال را در دختران ۴/۸ درصد و در پسران ۸/۱ درصد گزارش کرده است. به طور کلی اختلال بیش فعالی به دلایل زیر

تفاوت‌هایی که در نحوه تربیت دختران و پسران در اجتماع وجود دارد در مورد تفاوت‌های مربوط به جنسیت بی تاثیر نیست. برای مثال، تردیدی نیست که پرخاشگری در پسران سهل تر از دختران پذیرفته می شود. همچنین شواهدی موجود است که نشان می دهد درجه شیوع بالاتر اختلالات رفتاری در پسران را می توان ناشی از این دانست که کجروی های پسران بیشتر شنیده می شود. مادران انتظار دارند که گرفتاریهای پسران از دختران طولانی تر شود و معلمان و والدین نسبت به تحرک بیش از حد، ناپایداری، حواسپرتی و ازهم گسیختگی پسران تاب و تحمل کمتری دارند.

سوال سوم پژوهش این بود که آیا بین اختلالات رفتاری و تحصیلات والدین (پدر و مادر) رابطه وجود دارد؟ در این مطالعه رابطه معناداری بین سطح تحصیلات والدین و اختلالات رفتاری وجود داشت. این رابطه هم در زمینه تحصیلات مادر و هم تحصیلات پدر منطبق بود. می توان نتیجه گرفت که تحصیلات پدر در بروز اختلال‌های رفتاری نقش مهم و موثری دارد. بدین معنی که پدران دارای تحصیلات بیشتر کودکانی با مشکلات عاطفی و رفتاری کمتر دارند. این نتیجه با یافته‌های خوشابی و همکاران (۱۳۸۶)، حمیدی (۱۳۸۵) یوسفی (۱۳۷۷)، بارکلی (۱۹۹۸)، نشاط دوست و همکاران (۱۳۷۶)، بیدرمن و فاراوان (۲۰۰۵)، گودمن و اسکات (۱۹۹۷)، بهره دار (۱۳۷۷)، زاده باقری (۱۳۷۳) و فرشیدنژاد (۱۳۸۰) همسو است. بارکلی (۱۹۹۸)، حمیدی (۱۳۸۵) و شهیم و همکاران، (۱۳۸۶) نیز در پژوهش خود دریافتند که اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی با کاهش سواد والدین افزایش می یابد. همچنین در تحقیق شمس اسفندآبادی

حالی که اگر در برهه‌های زمانی متفاوت از معلمان کلاس‌های مختلف نظر خواهی شود، ارقام ممکن است تغییر کنند. جمعی از محققین میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان را با ارقامی مانند ۱۹٪ (ابراهیمی، ۱۳۷۵)، ۱۷٪ (بهره دار، ۱۳۷۷) برآورد کرده اند. نتایج مطالعات همه گیرشناسی فوق الذکر با نتایج این مطالعه نزدیک است. شیوع اختلالات رفتاری کودکان در دامنه ای بین حداقل ۴ تا ۲۳ درصد و در رابطه با محل جغرافیایی متفاوت می باشد. درصدهای بالا بیشتر مربوط به جوامع شهری نسبت به روستایی و همین طور فرهنگ‌های غربی نسبت به فرهنگ های شرقی می باشد (کار، ۱۹۹۹).

سوال دوم پژوهش این بود که آیا بین اختلالات رفتاری و جنسیت رابطه وجود دارد؟ در پژوهش حاضر آشکار شد که بین ابتلا به اختلالات رفتاری و جنسیت رابطه معناداری وجود دارد. به این صورت که پسران به طور معنی داری بیشتر از دختران به اختلالات رفتاری مبتلا می شوند. این نتایج با یافته های خوشابی و همکاران (۱۳۸۶)، متقی (۱۳۸۱)، کشکولی (۱۳۷۹)، مهربابی (۱۳۸۴) وایت مور و همکاران (۱۹۹۷) و مک درموت (۱۹۹۶) همخوانی دارد. در این پژوهش‌ها آشکار شد که اختلال‌های رفتاری در پسران بیشتر از دختران است. به طور کلی تفاوت‌های جنسیتی مشاهده شده بین پسران و دختران در ابتلاء به اختلالات رفتاری را با برتری پسران می توان ناشی از چندین عامل دانست. به طور کلی پسران نسبت به دختران از نظر زیستی آسیب پذیرترند. از همان دوره جنینی میزان مرگ و میر در پسران نسبت به دختران بیشتر است و به نظر می رسد بیماری های جدی، تغذیه نادرست و فقر در آنان تأثیر بیشتری می گذارد. با این وجود

ابتدایی بیشتر مورد توجه پژوهشگران، مریبان، مشاوران و متخصصان بالینی قرارگیرد تا بدین - نحو بتوان اقدامات مداخله‌ای را به شیوه‌ای مناسب صورت داد و تصمیمات مناسب دراین زمینه اتخاذ نمود.

منابع

- ابراهیمی، علی. (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتاری ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر اسفراین، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- بهادرخان، جواد. (۱۳۷۲). بررسی همه-گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.
- بهره دار، محمد جعفر. (۱۳۷۷). بررسی همه-گیرشناسی اختلالات سلوکی و هیجانی در کودکان دبستانی مدارس عادی و دولتی شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه ایران، انستیتو روانپزشکی تهران
- پالاهنگ، حسن؛ براهنی، محمدتقی و شاه محمدی، داوود. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال های روانی در کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۲(۴)، ۱۹-۲۷
- توکلی زاده، جهانشیر. (۱۳۷۵). بررسی همه-گیرشناسی اختلالات رفتاری ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد. دانشگاه ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.

(۱۳۸۰) نیز مشخص گردید که اختلالات رفتاری با تحصیلات مادر رابطه معنادار و با تحصیلات پدر فاقد رابطه معنادار می باشد. با توجه به این که سواد و تحصیلات پدر می تواند شاخصی از طبقه اقتصادی و اجتماعی باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که دانش آموزان متعلق به طبقات اقتصادی اجتماعی پایین در مقایسه با دانش آموزان متعلق به طبقات اقتصادی بالاتر از مشکلات عاطفی و رفتاری بیشتری برخوردارند. به طور کلی می توان گفت کسانی که تحصیلات بالاتری دارند، معمولاً از موقعیت اقتصادی- اجتماعی بهتری برخوردارند. این افراد از مهارت های بالاتر و بهتری برای برقراری ارتباط با کودکان و نوجوانان خود برخوردارند و در مواجهه با مشکلات کودکان و نوجوانان به جای اتکای به پرخاشگری و استفاده از تنبیه، تهدید و روشهای منفی از روشهای مثبت، منطقی و معقولانه تری برای حل مشکلات خود استفاده می کنند. بنابراین شاید بتوان نتیجه گرفت که شیوع اختلال های رفتاری در طبقات اقتصادی اجتماعی پایین جامعه بیشتر است. محدودیت پژوهش حاضر این بود که این پژوهش در دانش آموزان دوره ابتدایی شهر کرج انجام شده و لذا قابل تعمیم به سایر جوامع و دوره های تحصیلی دیگر نیست. همچنین صرفاً از فرم والدین استفاده شده است. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از چندین پرسشنامه همراه با مصاحبه بالینی در بررسی شیوع اختلالات رفتاری استفاده شود. به استناد پژوهش حاضر و سایر پژوهش های انجام شده، پیشنهاد می شود موضوع شیوع و پیشگیری از اختلال های رفتاری و همچنین پیشگیری از عود آنها در بین دانش آموزان پسر و دختر دوره

- جانستون و مش (۲۰۰۱). خانواده های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، ترجمه فرشاد قدیری و محمود نجفی (۱۳۸۵). *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۵۴ و ۵۸، ۱۶-۳.
- جاویدی، حجت اله. (۱۳۷۲). بررسی همه-گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- حمیدی، علی. (۱۳۸۵). میزان فراگیری و ویژگی های جمعیت شناختی دانش آموزان دوره ابتدایی با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در گناباد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی
- خرامین، شیرعلی. (۱۳۷۳). بررسی پاره ای از اختلال های رفتاری کودکان محروم از پدر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- خوشابی، کتایون؛ مرادی، شهرام؛ شجاعی، ستاره؛ همتی علمدارلو، قربان؛ دهشیری، غلامرضا و عیسی مراد ابولقاسم (۱۳۸۶). بررسی میزان شیوع اختلال های رفتاری در دانش آموزان دوره ی ابتدایی استان ایلام. ویژه نامه توانبخشی در بیماری ها و اختلالات روانی، ۸(۳۳)، ۲۹-۲۸.
- زاده باقری، قادر (۱۳۷۳). بررسی همه-گیرشناسی اختلال های رفتاری در دانش آموزان دبستانی شهر یاسوج. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- ساراسون، ایروین جی؛ ساراسون باربارا. (۱۹۹۵). *روانشناسی مرضی*، ترجمه بهمن نجاریان،
- محمد علی اصغری مقدم، و محسن دهقانی (۱۳۷۵). تهران: انتشارات رشد.
- شمس اسفندآبادی، حسن. (۱۳۸۰). بررسی شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر ابهر. زنجان: سازمان آموزش و پرورش استان زنجان
- شهرانی کرانی، فرزاد (۱۳۸۵). بررسی میزان شیوع اختلال های رفتاری و انواع آن در بین دانش آموزان ابتدایی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- شهیم، سیما؛ مهر انگیز، لیلا و یوسفی فریده. (۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص توجه / بیش فعالی در کودکان دبستانی. *مجله بیماری های کودکان ایران*، ۱۷(ویژه نامه ۲)، ۲۱۶-۲۱۱.
- فرشید نژاد، اکبر. (۱۳۸۰). بررسی همه-گیرشناسی اختلالات رفتاری در دانش آموزان دبستانی شهر اصفهان، دانشگاه ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- کشکولی، غضنفر. (۱۳۷۹). بررسی همه-گیرشناسی اختلالات رفتاری در دانش آموزان بوشهر، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- کوبه، فرخ. (۱۳۷۳). بررسی همه-گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق آزاد شهر، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی.
- متقی، شکوفه (۱۳۸۱). بررسی تأثیر تجربه آموزش و پرورش پیش دبستانی بر اختلال های رفتاری و کارآمدی تحصیلی دانش آموزان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.
- محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۸۰). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بر روی دانش

attention deficit disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 29,526-533.

- Brown, I., Percy, M. (2007) *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental*, London, Powl. H. Brookes.

- Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder. A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-987.

- Carr. A. (1999). The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach. London: Routledge. Kasen, J., & Carmen, N. (1993). Epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence, age and gender specific prevalence. *Journal of child psychology, psychiatry and allied disciplines*, 34, 6-9.

- Fombonne, E. (1994). The child behaviour checklist and the Rutter Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 32-34.

- Goodman, R., & Scott, S. (1997). *Child psychiatry*. New York: Blackwell Science Ltd.

- Haavet, O. R., Dalen, I. Straand, J. (2005). Depressive symptoms in adolescent pupils are heavily influenced by the school they go to. A study of 10th grade pupils in Osl, Norway. *European Journal of Public Health*, 16 (4), 400-404.

- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R. (2007). Behavioural problems in children and adolescents. First results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS).

Bundesgesundheitsblatt

Gesundheitsforschung

Gesundheitsschutz, ;50(5-6):784-93

آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی تهران. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.

- مروسی شریف آباد، محمد علی. (۱۳۷۲).

بررسی عوامل موثر بر اختلال های عاطفی - رفتاری به ویژه اختلال کردار در کودکان دبستانی جنوب شهر تهران از دیدگاه بهداشت روانی، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- مهربانی، حسینعلی (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع اختلال های رفتاری در دانش آموزان ابتدایی اصفهان. کارشناسی تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان.

- نشاط دوست، منصور؛ کلاتری، مهرداد و یوسفی، علی رضا. (۱۳۷۶). بررسی شیوع اختلال ADHD در دانش آموزان پایه اول و دوم مدارس ابتدایی شهر اصفهان. مجله پژوهش های تربیتی و روانشناختی دانشگاه اصفهان، ۱(۱)، ۵۲-۳۷.

- یوسفی، فریده (۱۳۷۷). هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دوره سیزدهم، شماره های اول و دوم، (پیاپی ۲۵ و ۲۶)، ۲۴-۱.

- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook of diagnosis and treatment* (2nd). New York. Guilford.

- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. *Lancet*, 366, 237-48.

- Biederman, J., Faraone, S., Keenam, A. K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family genetic and psychosocial risk factors in DSM-III

- peer relationships as mediators. *J Interpers Violence*, 24(5), 770-94.
- Sullivan, M. J, Jones L, Mathiesen S. (2010). School change, academic progress, and behavior problems in a sample of foster youth. *Children and Youth Services Review*, 32(2): 164-70.
 - Whitmore, H. A., Mikulich, S., & Thompson, K. T. (1997). Influences an adolescence: Conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 4, 87-97.
 - Wogelius, P. Poulsen, S & Toft. (2003). Prevalence of dental anxiety and behavior management problems among six to eight years old Danish children-Behavior disorders in children. *Actaodontologica scandinavia*, 61(3), 178
 - McDermott, A. (1996). A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in child and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 53-60
 - Montague, M., Enders, C., Castro, M. (2005). Academic and behavioral outcomes for students at risk for emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 31(1), 84-94.
 - Ross, S. (2002). A survey of the prevalence of stereotypy, self-injury and aggression in children and young adults with chat syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 133-140.
 - Shen, A.C. (2009). Self-esteem of young adults experiencing interparental violence and child physical maltreatment: parental and

Archive of SID

An Investigation into the Prevalence of Behavioral Disorders and its Relationship with Demographic Variables in Primary School Students

Mahmoud Borjali¹, Mahmoud Najafi², Gholamreza Dehshiry³

- 1) Department of Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran
- 2) Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran
- 3) Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran

*Corresponding author: m_borjali501@yahoo.com

Abstract

The main goal of this research was to investigate the prevalence of behavioral disorders in primary school students in Karaj. The Research was a descriptive one. The statistical population was all male and female primary school students in Karaj. For this purpose, 600 male and female students from Karaj were selected using multi-stage cluster random sampling. The instrument used was CSI-4 Questionnaire (Parent's version), enjoying acceptable and satisfying validity and reliability. The data were examined and analyzed taking benefit of descriptive indices as well as chi-square test. The results from analyses showed that the amount of prevalence in the said group is 13.7 per cent. It was also found that the amount of prevalence is higher in boys than girls. Here are the most prevalent behavioral disorders in order: ADHD (attention deficit hyperactivity disorder)(4 per cent), and ODD (oppositional defiant disorder (3 per cent). There was also a significant relation between parents' level of education and the amount of prevalence of behavioral disorders in children.

Key Words: behavioral disorders, prevalence, students, primary schools
