

دوره ۳ شماره ۳

پاییز ۱۳۸۶

مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی،

دانشگاه الزهرا

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۰۹/۱۱ تاریخ بررسی مقاله: ۸۵/۰۹/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۰۴/۱۰

تهیه پرسشنامه ارزیابی اختلالات رفتاری دانش آموزان پسر عقب مانده ذهنی خفیف دوره راهنمایی

عباسعلی حسین خانزاده فیروزجاه*

دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنائی دانشگاه تهران

اکرم پرند

دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنائی دانشگاه تهران

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف تهیه پرسشنامه ارزیابی اختلالات رفتاری در دانش آموزان با عقب ماندگی ذهنی خفیف دوره راهنمایی صورت گرفته است. پس از مصاحبه با معلمان این دانش آموزان، پرسشنامه‌ای شامل ۲۹ پرسش تهیه شده و مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از دانش آموزان پسر با عقب ماندگی خفیف ذهنی در دوره راهنمایی صورت گرفت. در پایان، پرسشنامه بر روی ۱۵۰ نفر از این دانش آموزان که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا و نتایج، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر که بر اساس تحلیل عوامل پرسش‌ها به دست آمد بیانگر آن بود که مشکلات رفتاری گروه نمونه را می‌توان به چهار عامل طبقه‌بندی کرد: مشکلات سلوک، تمایلات بزهکارانه، فزون کنشی و حواس پرتی.

واژگان کلیدی: اختلالات رفتاری، عقب ماندگی ذهنی، مقیاس ارزیابی اختلالات رفتاری.

* نویسنده مسئول Abass-KhanZade@yahoo.com

مقدمه

عقب ماندگی ذهنی^۱، اختلالی تحولی است که بر تمام جنبه‌های تحول فرد تأثیر منفی می‌گذارد. افراد با عقب ماندگی ذهنی علاوه بر داشتن مشکلاتی در جنبه‌های شناختی نظیر هوش، حافظه، زبان و یادگیری، از نظر ویژگی‌های رفتاری، مهارت‌های اجتماعی و سازش یافتگی دچار نارسایی هستند. این ویژگی‌ها موجب ایجاد خودپنداره منفی، عزت‌نفس پایین و مشکلات انگیزشی در کودکان با عقب ماندگی ذهنی می‌شود. آنها به دلیل عدم موفقیت در موقعیت‌های گوناگون و تجارب مکرر شکست و ناکامی، احساس ناشایستگی و یأس می‌کنند (اسمیت^۲، ۲۰۰۱).

بررسی‌ها بیانگر وجود همزمان سایر اختلالات روانی با عقب ماندگی ذهنی می‌باشند (برگمن^۳، ۱۹۹۱، آنگلد، کاستلو، و ارکانلی^۴، ۱۹۹۹، کاپلان و سادوک^۵، ۲۰۰۳). طبقات اختلالات روانی در افراد با عقب ماندگی ذهنی به همان گونه است که در افراد عادی مشاهده می‌شود، با این حال نتایج چندین مطالعه^۶ زمینه‌یابی، نشان داده است که در حدود دو سوم کودکان و بزرگسالان با عقب ماندگی به سایر اختلالات روانی مبتلا هستند که این میزان چندین برابر میزان شیوع این اختلالات در جمعیت عادی است. هر چه شدت عقب ماندگی ذهنی بیشتر است، خطر ابتلا به سایر اختلالات بیشتر می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۴). انجمن روانپزشکی آمریکا^۷ (۲۰۰۰) نشانه‌های سایکوپاتولوژی معنادار در افراد با عقب ماندگی ذهنی را سه تا چهار برابر افراد عادی گزارش کرده است. کودکان و نوجوانان با عقب ماندگی ذهنی در مقایسه با همسالان بهنجار خود، مشکلات رفتاری و اجتماعی بیشتری نشان می‌دهند (لوول و رایس^۸، ۱۹۹۳). آنها به هنگام بازی تعامل اندکی با سایر کودکان دارند و ترجیح می‌دهند به تنهایی بازی کنند (جورالنیک و وین‌هاوس^۹، ۱۹۸۴). بزرگسالان با عقب ماندگی ذهنی نیز در حل تعارض‌ها، برقراری ارتباط کلامی با دیگران و پیگیری دستورالعمل‌ها مشکل دارند (شرمن^۹ و همکاران، ۱۹۹۲).

1- Mental Retardation

2- Smith

3- Bregman

4- Anglod, Castello, & Erkanli

5- Kaplan & Sadock

6- American Psychiatric Association

7- Lovel & Reiss

8- Guralnick & Weinhaus

9- Sherman

بررسی‌ها نشان دادند که افراد با عقب ماندگی ذهنی به میزان بیشتری از سوی دوستان و همسالان خود طرد می‌شوند و دانش آموزان عادی نمی‌توانند آنان را بپذیرند (پولووی و همکاران^۱، ۱۹۹۹). این طرد شدگی با میزان رفتارهای نامناسب آنان ارتباط دارد. کوپ، بیکر و براون^۲ (۱۹۹۲)، با مطالعه گروهی از کودکان پیش‌دبستانی دریافتند که کودکان با عقب ماندگی ذهنی در مقایسه با کودکان بهنجار در هنگام بازی با سایر کودکان پرخاشگری بیشتری نشان می‌دهند و روند بازی را به هم می‌زنند.

اضطراب، افسردگی، نارسایی توجه، فزون کنشی، پرخاشگری، رفتارهای وسواسی، اسکیزوفرنی و اتیسم نیز از اختلالات همراه با عقب ماندگی ذهنی محسوب می‌شوند (برگمن، ۱۹۹۱، زیمانسکی، کینگ^۳ و همکاران، ۱۹۹۱، به نقل از ویکس - نلسون و ازرائیل^۴، ۲۰۰۳).

عوامل مختلفی ممکن است در ایجاد اختلالات عاطفی - رفتاری در افراد با عقب ماندگی ذهنی، ایفای نقش کنند. این عوامل به طور خلاصه عبارتند از:

عوامل نورون شناختی، مانند حملات صرعی (برگمن، ۱۹۹۱)، عوامل زیست‌شناختی که در ایجاد عقب ماندگی ذهنی‌های خاص مانند نشانگان داون، نشانگان x شکننده، نشانگان پرادرویلی، و نشانگان ویلیام دخیل هستند (مولداوسکی، لو، ولرمن - ساجی^۵، ۲۰۰۱، به نقل از ویکس - نلسون و ازرائیل^۳، ۲۰۰۳)، نارسایی‌های اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله ضعیف، تنیدگی‌های خانوادگی، تأثیر برجسب گذاری، و آثار مخرب سوءاستفاده‌های مختلف (کینگ، هوداپ و دیکنز، ۲۰۰۰، به نقل از ویکس - نلسون و ازرائیل^۳، ۲۰۰۳).

ارزیابی و تشخیص مشکلات سایکوپاتولوژی در افراد با عقب ماندگی ذهنی با مشکلاتی همراه است، چرا که اولاً، ناتوانی هوشی در این افراد ممکن است با تشخیص مشکلات دیگر تداخل پیدا کند (جپ و کیز^۶، ۲۰۰۱). ثانیاً، آسیب‌های ارتباطی و شناختی در این افراد نیز می‌تواند شناسایی این مشکلات را به خصوص در موارد شدیدتر مشکل‌تر سازد (هادن^۷، ۱۹۹۸)، ولی علی‌رغم این مشکلات در ارزیابی، شناسایی و تشخیص

-
- 1- Polloway & et al
 - 2- Kopp, Baker, & Brown
 - 3- Szymanske, King
 - 4- Wicks-nelson & Israel
 - 5- moldavsky, Lev, & Lerman-Sagie
 - 6- Jopp & keys
 - 7- Hadden

اختلالات رفتاری از جنبه‌های درمانی، جایدهی مناسب و برنامه‌ریزی و ارزیابی مداخلات بسیار مهم می‌باشد (استورمی^۱، ۱۹۹۵).

برای ارزیابی مشکلات رفتاری ابزارهای زیادی موجود هستند که می‌توانند اطلاعات مفیدی را درباره ماهیت مشکلات رفتاری و قابلیت‌های کودک فراهم می‌کنند. این ابزارها عبارتند از: مقیاس درجه‌بندی والدین یا معلم کانرز^۲ (کانرز، ۱۹۹۰)، که دارای سه ویرایش والدین، معلم، و خودسنجی توسط نوجوان می‌باشد. همه این ویرایش‌ها دارای فرم‌های کوتاه و بلند می‌باشند که می‌توانند برای غربالگری در مدارس، کلینیک‌ها و مراکز درمانی شبانه روزی به کار روند.

ابزارهای دیگر عبارتند از: چک لیست رفتاری آخنباخ و ایدل بروک^۳ (۱۹۸۶) که در روانشناسی کودک کاربرد بسیار زیادی دارد، چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری^۴ (کای و پیترسون^۵، ۱۹۸۷)، نظام درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی^۶ (گرشام و الیوت^۷، ۱۹۹۰). همه این مقیاس‌ها به جز نظام درجه‌بندی گرشام و الیوت (بیشتر رفتارهای اجتماعی را می‌سنجد)، اطلاعات مفیدی را در مورد ماهیت مشکلات رفتاری فراهم می‌کنند. اما هیچ یک از این ابزارها برای ارزیابی مشکلات رفتاری در کودکان با عقب ماندگی ذهنی هنجاریابی نشدند. بر این اساس، هدف از پژوهش حاضر، تهیه پرسشنامه ارزیابی مشکلات رفتاری در کودکان با عقب ماندگی ذهنی می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های توصیفی است که در آن پژوهشگر به گردآوری داده‌ها و توصیف برخی ویژگی‌ها می‌پردازد.

جامعه و نمونه مورد مطالعه

در پژوهش حاضر، جامعه مورد مطالعه را کلیه دانش آموزان پسر با عقب ماندگی ذهنی دوره راهنمایی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۵ - ۱۳۸۴ (در حدود ۷۵۰ نفر) تشکیل دادند. گروه نمونه، شامل ۱۵۰ نفر از این دانش آموزان بودند که از طریق نمونه‌گیری

-
- 1- Sturme
 - 2- The Conner's Parent(or Teacher) Rating scale
 - 3- Achenbach & Edelbrock
 - 4- The Revised behavior Problem checklist
 - 5- Quay & Peterson
 - 6- Social skills rating system
 - 7- Gresham & Elliott

تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند، بدین ترتیب که از مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب، و مرکز تهران، منطقه جنوب تهران انتخاب شد و از میان مدارس راهنمایی پسرانه ویژه کودکان با عقب ماندگی ذهنی منطقه جنوب تهران، دو مدرسه^۱ انتخاب و سپس نمونه مورد نظر از میان آنها انتخاب شدند. هوش بهر گروه نمونه، بین ۵۰ - ۵۵ تا ۷۰ بوده است. هیچ یک از افراد گروه نمونه، معلولیت‌های بینایی و یا شنوایی نداشتند. بنابراین هوش، مقطع تحصیلی، جنسیت، و نوع معلولیت کنترل شد.

مراحل تهیه ابزار پژوهش

به منظور تهیه مقیاس مشکلات رفتاری ابتدا با ۲۰ نفر از معلمان با تجربه مدارس ویژه دانش آموزان با عقب ماندگی ذهنی مصاحبه شد و از آنان درخواست شد که اختلالات رفتاری رایج این دانش آموزان را بنویسند. معلمان مربوطه انواع اختلالات رفتاری را که در طول سال‌ها تجربه تدریس به این دانش آموزان، مشاهده کردند، لیست کردند. سپس تحلیل محتوایی بر روی اختلالات مطرح شده توسط معلمان انجام شده و پس از طبقه‌بندی، پرسشنامه‌ای شامل ۲۹ پرسش در مقیاس لیکرت تهیه شد که باید توسط معلم تکمیل شود. به منظور مطالعه مقدماتی، پرسشنامه بر روی ۳۰ نفر از دانش آموزان با عقب ماندگی ذهنی اجرا شد که توسط معلم آنها تکمیل شد. بدین ترتیب که معلم دانش آموز با توجه به شناختی که از دانش آموز خود دارد رفتار دانش آموز را در یک مقیاس پنج درجه‌ای از همیشه، اغلب موارد، گاهی، به ندرت، و هیچ‌گاه، درجه‌بندی می‌کند. در پایان پس از تغییرات جزئی پرسشنامه بر روی ۱۵۰ دانش آموز پسر با عقب ماندگی ذهنی، اجرا، نمره‌گذاری و نتایج آن تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌های پژوهش

به منظور استخراج عوامل پرسشنامه مشکلات رفتاری، تحلیل عاملی اکتشافی با روش بیشینه احتمال و با چرخش واریماکس انجام شد که نتایج آن به شرح زیر می‌باشد.

**جدول ۱- مقدار KMO^۱ و سایر شاخص‌ها را نشان می‌دهد
که قابل قبول و معنادار می‌باشد**

۰/۹۱۰	KMO
۱۹۰۰/۳۱۶	مجذور کای بارتلت
۲۳۱	درجه آزادی ^۲
۰/۰۰۰	معناداری

پس از انجام تحلیل عاملی، چهار عامل استخراج شد که میزان واریانس تبیین شده توسط هر عامل در جدول ۲، گزارش شده است.

جدول ۲- درصد واریانس پیش از چرخش و پس از چرخش چهار عامل پرسشنامه

درصد واریانس پس از چرخش	درصد واریانس پیش از چرخش	عامل
۲۲/۶۸	۴۳/۷۰	اول
۱۴/۹۹	۶/۵۲	دوم
۱۳/۱۰	۴/۲۹	سوم
۸/۳۸	۴/۶۵	چهارم
۵۹/۱۶	۵۹/۱۶	جمع واریانس

جدول فوق نشان می‌دهد که عامل اول، ۲۲/۶۸ درصد واریانس، عامل دوم، ۱۴/۹۹ درصد واریانس، عامل سوم، ۱۳/۱۰ درصد واریانس، و عامل چهارم، ۸/۳۸ درصد واریانس را پس از چرخش پیش‌بینی می‌کنند.

پس از انجام تحلیل عاملی سوالات ۸، ۱۴، ۲۰، ۲۱، ۲۵، و ۲۶ حذف شدند و ملاک حذف این سوالات مقدار KMO و MSA^۳ بوده است. جدول ۳، بار عاملی سوالات بر هر یک از چهار عامل قبل از چرخش واریماکس، و جدول ۴، بار عاملی سوالات را بر هر یک از چهار عامل پس از چرخش واریماکس نشان می‌دهد. بنابراین سوالات نهایی پرسشنامه به اضافه عوامل معرفی شده در این پژوهش صرفاً بر اساس سوالات باقی مانده بوده است.

1- Kaiser-Meyer-Olkin

۲- $DF=C2P$ در این فرمول، p، تعداد سوالات است (یعنی ۲۲)

3- Measure of sampling adequacy

جدول ۳- بار عاملی سوالات بر هر یک از چهار عامل قبل از چرخش واریماکس

سؤال	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴
۱	۰/۸۶۱	۰/۱۳۶	-۰/۱۷۶	-۰/۰۳۹
۲	۰/۸۹۷	۰/۱۸۴	-۰/۱۹۸	-۰/۱۸۲
۳	۰/۸۵۹	۰/۱۷۶	-۰/۰۸۹	۰/۰۰۵
۴	۰/۸۵۸	-۰/۰۶۱	-۰/۱۳۰	-۰/۰۱۰
۵	۰/۸۰۴	۰/۰۰۸	۰/۰۴۶	-۰/۰۱۶
۶	۰/۷۶۶	-۰/۳۲۸	-۰/۱۳۹	۰/۱۳۸
۷	۰/۷۳۸	-۰/۴۶۷	-۰/۱۰۹	۰/۲۱۹
۹	۰/۵۱۴	۰/۵۰۵	۰/۲۱۹	۰/۱۱۴
۱۰	۰/۷۴۰	-۰/۰۹۶	۰/۳۴۶	-۰/۰۷۲
۱۱	۰/۶۵۱	۰/۲۳۸	۰/۱۵۱	۰/۰۸۶
۱۲	۰/۷۵۰	-۰/۰۴۰	۰/۰۷۸	-۰/۱۱۴
۱۳	-۰/۴۰۴	۰/۳۱۸	-۰/۲۶۳	۰/۴۵۱
۱۵	۰/۷۱۴	-۰/۰۵۱	۰/۳۸۴	۰/۰۷۶
۱۶	۰/۶۷۰	۰/۳۱۷	۰/۲۶۸	۰/۰۷۸
۱۷	۰/۶۶۴	-۰/۰۶۴	۰/۰۶۴	۰/۱۷۱
۱۸	۰/۵۲۰	۰/۰۲۳	-۰/۱۲۰	۰/۲۷۱
۲۲	۰/۳۰۸	۰/۵۵۹	۰/۲۴۹	۰/۳۲۳
۲۳	۰/۴۷۴	۰/۱۸۱	-۰/۰۹۳	۰/۴۶۳
۲۴	-۰/۳۵۱	-۰/۰۳۲	-۰/۳۸۸	۰/۰۴۷
۲۷	۰/۴۸۹	-۰/۱۰۹	۰/۰۰۴	۰/۱۱۶
۲۸	۰/۷۴۱	-۰/۳۶۷	۰/۱۹۷	۰/۰۰۸
۲۹	۰/۶۴۲	-۰/۱۹۴	۰/۳۳۶	۰/۰۳۱

جدول ۴- بار عاملی سوالات بر هر یک از چهار عامل پس از چرخش واریماکس

سؤال	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	واریمانس تبیین‌شده سؤال
۱	۰/۶۶۰	-۰/۳۹۴	۰/۲۲۲	۰/۱۰۵	۰/۶۵۱
۲	۰/۶۷۰	۰/۴۳۳	۰/۲۱۰	۰/۰۶۰	۰/۶۸۳
۳	۰/۴۹۵	-۰/۵۳۳	۰/۲۷۶	۰/۲۴۷	۰/۶۶۶
۴	۰/۶۷۹	-۰/۳۸۴	۰/۲۷۹	۰/۲۰۵	۰/۷۲۸
۵	۰/۶۲۸	-۰/۳۶۱	۰/۲۵۲	۰/۱۴۱	۰/۶۰۸
۶	۰/۷۹۷	۰/۱۰۴	۰/۱۴۹	-۰/۲۳۱	۰/۷۲۲
۷	۰/۷۶۱	-۰/۰۴۴	۰/۲۰۰	۰/۲۶۷	۰/۶۹۳
۹	۰/۱۲۲	-۰/۷۳۸	۰/۱۹۸	-۰/۰۸۹	۰/۶۰۷
۱۰	۰/۳۸۹	-۰/۳۲۷	۰/۵۶۱	۰/۳۲۳	۰/۶۷۷
۱۱	۰/۳۲۱	-۰/۵۲۰	۰/۳۰۳	-۰/۱۰۸	۰/۴۷۷
۱۲	۰/۵۶۴	-۰/۳۰۱	۰/۳۱۴	-۰/۲۱۳	۰/۵۵۳
۱۳	-۰/۲۸۲	-۰/۰۵۶	-۰/۶۲۲	-۰/۱۱۷	۰/۴۸۳
۱۵	۰/۲۲۸	-۰/۲۹۱	۰/۶۸۳	۰/۳۸۷	۰/۷۵۳
۱۶	۰/۲۲۴	-۰/۵۵۳	۰/۴۰۲	-۰/۱۴۴	۰/۵۳۸
۱۷	۰/۲۸۹	-۰/۲۰۲	۰/۲۰۷	-۰/۸۰۴	۰/۸۱۳
۱۸	۰/۳۴۷	-۰/۲۷۹	۰/۰۶۲	۰/۶۴۵	۰/۶۱۸
۲۲	۰/۰۳۲	-۰/۶۸۶	۰/۰۱۶	۰/۱۱۸	۰/۴۸۶
۲۳	۰/۲۹۰	-۰/۵۲۸	۰/۰۱۸	-۰/۱۷۳	۰/۴۰۴
۲۴	-۰/۰۴۴	-۰/۲۵۱	-۰/۵۲۵	-۰/۰۳۲	۰/۳۴۲
۲۷	۰/۳۰۶	-۰/۰۲۸	۰/۳۲۶	-۰/۱۰۳	۰/۲۱۲
۲۸	۰/۶۵۱	-۰/۰۲۴	۰/۵۳۴	۰/۲۴۹	۰/۷۷۲
۲۹	۰/۴۶۳	-۰/۱۷۸	۰/۴۸۶	-۰/۲۳۱	۰/۵۳۱

با توجه به بارهای عاملی جدول بالا، پرسش‌ها در آن عاملی که بیشترین بار عاملی را داشتند قرار گرفتند، به جز سؤال ۲۹ که بر اساس بار عاملی باید در عامل سوم قرار می‌گرفت، ولی بر اساس مفهومی که می‌سنجد در عامل یک قرار گرفته است. عامل‌های به دست آمده پرسشنامه، همراه با سؤالاتی که در هر عامل قرار گرفتند در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵- عامل‌های به دست آمده پرسشنامه پس از چرخش واریماکس

عامل چهار		عامل سه		عامل دو		عامل یک	
بار عاملی	سؤال	بار عاملی	سؤال	بار عاملی	سؤال	بار عاملی	سؤال
۰/۸۰۴	۱۷	۰/۵۶۱	۱۰	۰/۵۳۳	۳	۰/۶۶۰	۱
۰/۶۴۵	۱۸	-۰/۶۲۲	۱۳	۰/۷۳۸	۹	۰/۶۷۰	۲
		۰/۶۸۳	۱۵	۰/۵۲۰	۱۱	۰/۶۷۹	۴
		-۰/۵۲۵	۲۴	۰/۵۵۳	۱۶	۰/۶۲۸	۵
		۰/۳۲۶	۲۷	۰/۶۸۶	۲۲	-۰/۷۹۷	۶
				۰/۵۳۸	۲۳	۰/۷۶۱	۷
						۰/۵۶۴	۱۲
						۰/۶۵۱	۲۸
						۰/۴۸۶	۲۹

چهار عامل مربوطه با توجه به پرسش‌های مربوطه به شرح زیر نام‌گذاری شدند:

عامل یک: مشکلات سلوک

سؤالاتی که در این عامل قرار گرفتند عمدتاً رفتارهای پرخاشگرانه و توأم با تهدیدوارعاب را اندازه‌گیری می‌کنند، به عنوان مثال، به دانش آموزان فحش و ناسزا می‌گویند، وسایل سایر دانش آموزان را بدون اجازه بر می‌دارد، به وسایل یا لباس‌های هم‌کلاسی‌های خود آسیب می‌رساند (سؤالات ۱- ۲- ۳- ۴- ۵- ۶- ۷- ۱۲- ۲۸- ۲۹).

عامل دو: تمایلات بزهکارانه

سؤالاتی که در این عامل قرار گرفتند عمدتاً تمایلات بزهکارانه را اندازه‌گیری می‌کنند، به عنوان مثال با خود اشیاء برنده و خطرناک حمل می‌کند، به تخریب وسایل مدرسه می‌پردازد، به هم جنس بازی تمایل دارد (سؤالات ۳- ۹- ۱۱- ۱۶- ۲۲- ۲۳).

عامل سه: بی‌قراری

سؤالاتی که در این عامل قرار گرفتند رفتارهایی نظیر ناآرامی و بی‌قراری را اندازه‌گیری می‌کنند، به عنوان مثال بی‌قرار است و نمی‌تواند در سر جای خود آرام بنشیند، در صدد جلب توجه معلم است، تحرک بسیاری دارد و در کلاس آرام نمی‌نشیند (سؤالات ۱۰-۱۳-۱۵-۲۴-۲۷).

عامل چهار: حواس‌پرتی

این عامل فقط شامل دو پرسش است و برخی محققان بر این نظرند که با دو پرسش نمی‌توان عاملی را اندازه‌گیری کرد و باید در این گونه موارد با اضافه کردن پرسش‌های مشابه و مربوط در تحقیقات دیگر مجدداً مورد بررسی قرار گیرد. در هر صورت، در این پژوهش با این نیت و معرفی این عامل برای تحقیقات بیشتر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که شامل دو پرسش زیر می‌باشد (سؤالات ۱۷ و ۱۸):

- با کوچک‌ترین سر و صدا، حواسش پرت می‌شود.

- به درس توجهی ندارد و به این طرف و آن طرف نگاه می‌کند.

پایایی و روایی پرسشنامه

ضریب پایایی پرسشنامه پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ به تفکیک عوامل محاسبه شده است. ضریب پایایی برای عامل اول، ۰/۹۴، عامل دوم، ۰/۸۴، عامل سوم، ۰/۷۶، و عامل چهارم، ۰/۸۰ به دست آمد. همچنین به منظور بررسی روایی محتوایی و صوری پرسشنامه از نظر متخصصان استفاده شده است.

در پژوهش حاضر، علاوه بر تحلیل عوامل و ویژگی‌های تکنیکی پرسشنامه، میانگین، انحراف استاندارد، و خطای معیار اندازه‌گیری در هر عامل محاسبه و در جدول ۴، ارائه شده است.

جدول ۴- میانگین، انحراف معیار، و خطای معیار اندازه‌گیری هر یک از عوامل پرسشنامه

خطای معیار	انحراف معیار	میانگین	شاخص عوامل
۰/۷۶۲	۹/۳۳	۲۴/۰۷	عامل یک
۰/۴۲۸	۵/۲۴	۱۱/۸۵	عامل دو
۰/۳۹۹	۴/۸۸	۱۵/۴۶	عامل سه
۰/۲۰۴	۲/۴۹	۴/۴۹	عامل چهار

بحث و نتایج

تحقیق حاضر با هدف تهیه پرسشنامه ارزیابی اختلالات رفتاری رایج در دانش آموزان با عقب ماندگی ذهنی مقطع راهنمایی در سال تحصیلی ۸۵ - ۱۳۸۴ صورت گرفته است که در طی مراحل زیر انجام شده است: مرحله مصاحبه با معلمان مربوطه در مورد اختلالات رفتاری رایج در این دانش آموزان، تحلیل محتوایی بر روی اطلاعات به دست آمده از معلمان و تنظیم پرسشنامه ۲۹ آیتمی، اجرای مقدماتی بر روی ۳۰ نفر، اجرای نهایی و تجزیه و تحلیل مجدد. نتایج، نشان داده است که می توان اختلالات رفتاری رایج در این دانش آموزان را در چهار مقوله مشکلات سلوک، تمایلات بزهکارانه، فزون کنشی و حواس پرتی جای داد که در یک نگاه سطحی ممکن است جامع به نظر نرسد. اما باید متذکر شد که این مقیاس از دیدگاه معلمان دانش آموزان با عقب ماندگی ذهنی تهیه شده است، بنابراین پرسشنامه حاضر اختلالات رفتاری دانش آموزان را بیشتر در مدرسه می سنجد.

مرور ادبیات اختلالات روانی، در کودکان با عقب ماندگی ذهنی، نشان می دهد که شیوع اختلالات روانی با توجه به شدت عقب ماندگی ذهنی افزایش یافته است و شیوع این اختلالات در این کودکان نسبت به جمعیت عادی، سه تا چهار برابر بیشتر می باشد. یک مطالعه همه گیرشناسی، به تازگی نشان داده است که ۴۰/۷ درصد کودکان ۴ تا ۱۸ سال که دچار معلولیت ذهنی هستند، واجد حداقل ملاک های یک اختلال روانی هستند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). برخی مطالعات دیگر میزان شیوع ۱۰ تا ۴۰ درصد را گزارش کردند (ریس^۱، ۱۹۹۰). نوع اختلال روانی تابع شدت عقب ماندگی ذهنی است. رفتارهای مخرب و رفتارهای اختلال سلوک در افراد با عقب ماندگی ذهنی خفیف بیشتر دیده می شود و افراد با عقب ماندگی ذهنی شدید دارای مشکلات روانی نظیر جرح خویشتن هستند که اغلب با در خود درماندگی همراه است.

نتایج برخی تحقیقات نشان داده است که میزان شیوع اختلالات رفتار ایدایی در افراد با کارکردهای هوشی پایین تر، بیشتر است. به طوری که در میان افراد با عقب ماندگی ذهنی شدید، تا ۶۴ درصد گزارش شده است (دوزن^۲، ۱۹۹۳، گیلبرگ، پیرسون، گروفمن و تمبر^۳، ۱۹۸۶). هوش بهر پایین نه تنها وجود اختلالات رفتار ایدایی را پیش بینی می کند، بلکه با ثبات نشانگان و مقاومت به درمان نیز رابطه دارد (دوزن، ۱۹۹۳، کازدین^۴، ۱۹۹۵).

1- Reiss

2- Dosen

3- Gillberg, Person, Grufman, & Themner

4- Kazdin

افسردگی، اضطراب، و نارسایی توجه همراه با فزون‌کنشی از جمله اختلالاتی هستند که با عقب‌ماندگی ذهنی همراه هستند (آنگلد، کاستلو، و ارکانلی، ۱۹۹۹). به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماری‌های روانی در میان افراد با عقب‌ماندگی ذهنی، بیشتر از افراد عادی است (آمان و گارابابی، ۲۰۰۴).

مجموعه‌ای این عوامل باعث می‌شود که کودکان و نوجوانان با عقب‌ماندگی ذهنی جهت‌سازش‌یافتگی با محیط اطراف خویش دچار مشکلات اساسی شوند. بنابراین ارزیابی و شناسایی اختلالات در این افراد و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای برای آنان بسیار ضروری به نظر می‌رسد. اما آنچه که در ارزیابی مشکلات رفتاری در افراد با عقب‌ماندگی ذهنی مهم به نظر می‌رسد، این است که اولاً، باید توجه داشت که مشکلات شناختی و ارتباطی در این افراد تشخیص مشکلات رفتاری را در آنها بسیار دشوار می‌سازد، ثانیاً، باید در نظر داشت که مشکلات رفتاری به عنوان ویژگی خاص عقب‌ماندگی ذهنی نیست، بلکه در بسیاری موارد این محیط است که باعث تشدید مشکلات رفتاری در این کودکان می‌شود. بالاخره، نکته بسیار مهم‌تر آن است که عقب‌ماندگی ذهنی در خیلی از موارد تابعی از یک اختلال دیگر است، مثلاً اختلال در کروموزوم شماره ۲۱ که باعث ایجاد نشانگان داون می‌شود با مجموعه‌ای از ویژگی‌های شناختی و رفتاری همراه است که تابعی از اختلال کروموزومی می‌باشد و عقب‌ماندگی ذهنی نیز تابعی از آن اختلال کروموزومی است (البته این نکته بدین معنی نیست که عقب‌ماندگی ذهنی در تشدید مشکلات رفتاری نقشی ندارد).

پیشنهادها:

- ۱- نکته بسیار مهم در ارزیابی اختلالات رفتاری در افراد با عقب‌ماندگی ذهنی، ارزیابی این اختلالات در محیط‌های مختلف، با ابزارهای مختلف و توسط افراد مختلف است. مثلاً پرسشنامه حاضر مشکلات رفتاری رایج در دانش‌آموزان با عقب‌ماندگی ذهنی را در محیط‌های غیرمؤسسه‌ای چندان نمی‌سنجد و بنابراین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده پرسشنامه‌ای برای ارزیابی مشکلات رفتاری رایج در خانه و محیط‌های غیرمؤسسه‌ای برای این کودکان تهیه شود که گام اول آن حتماً باید مصاحبه با والدین و مشاهده رفتار این کودکان باشد.
- ۲- تحقیقاتی برای بررسی مشکلات رفتاری در سنین ابتدایی در کودکان با عقب‌ماندگی ذهنی صورت گیرد.

۳- با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی ۱۵۰ نفر آزمودنی انجام شده است، بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش مشابه بر روی تعداد نمونه بیشتر صورت بگیرد.

« پرسشنامه اختلالات رفتاری بدون حذف سؤالات »

همیشه اغلب موارد گاهی به ندرت هیچ‌گاه

- ۱- وسایل سایر دانش آموزان را بدون اجازه بر می‌دارد.
- ۲- وسایل مدرسه را با خود بدون اجازه به منزل می‌برد.
- ۳- به تخریب وسایل مدرسه می‌پردازد.
- ۴- به وسایل یا لباس‌های هم‌کلاسی‌های خود آسیب می‌رساند.
- ۵- به معلمان فحش و ناسزا می‌گوید.
- ۶- در مقابل درخواست‌های دیگران مقاومت و لجبازی می‌کند.
- ۷- با دانش آموزان یا همسالان خود دعوا می‌کند.
- ۸- گوشه‌گیر است و دوستان اندکی دارد.
- ۹- بدون اجازه و پنهانی از مدرسه خارج می‌شود.
- ۱۰- بیقرار است و نمی‌تواند سر جای خود بنشیند.
- ۱۱- با خود اشیاء برنده و خطرناک حمل می‌کند.
- ۱۲- دروغ می‌گوید.
- ۱۳- کم‌انرژی و کسل است.
- ۱۴- از ورزش کردن اجتناب می‌کند.
- ۱۵- تحرک بسیاری دارد و در کلاس آرام نمی‌نشیند.
- ۱۶- هنگامی که معلم در حال تدریس است، بدون اجازه کلاس را ترک می‌کند.
- ۱۷- با کوچک‌ترین سر و صدا حواسش پرت می‌شود.
- ۱۸- به درس توجه ندارد و به این طرف و آن طرف نگاه می‌کند.
- ۱۹- ناخن جویدن دارد.
- ۲۰- دست خود را گاز می‌گیرد.
- ۲۱- وقتی ناراحت می‌شود سر خود را به دیوار می‌کوبد.
- ۲۲- استمنا می‌کند.
- ۲۳- به هم جنس بازی تمایل دارد
- ۲۴- کم‌رو است و نمی‌تواند درخواست‌های خود را مطرح کند.

- ۲۵- در حیاط مدرسه با دوستان خود بازی می‌کند.
 ۲۶- وقتی با محبت چیزی را از او درخواست می‌کنند به آن عمل می‌کند.
 ۲۷- در صدد جلب توجه معلم است
 ۲۸- به دانش آموزان فحش و ناسزا می‌گوید.
 ۲۹- با مسئولان مدرسه دعوا می‌کند.

« پرسشنامه تهیه‌شده نهایی اختلالات رفتاری (با حذف سؤالات) »

عامل اول: مشکلات سلوک

همیشه اغلب موارد گاهی به ندرت هیچ‌گاه

- ۱- وسایل سایر دانش آموزان را بدون اجازه بر می‌دارد.
 ۲- وسایل مدرسه را با خود بدون اجازه به منزل می‌برد.
 ۴- به وسایل یا لباس‌های هم‌کلاسی‌های خود آسیب می‌رساند.
 ۵- به معلمان فحش و ناسزا می‌گوید
 ۶- در مقابل درخواست‌های دیگران مقاومت و لجبازی می‌کند.
 ۷- با دانش آموزان یا همسالان خود دعوا می‌کند.
 ۱۲- دروغ می‌گوید.
 ۲۸- به دانش آموزان فحش و ناسزا می‌گوید.
 ۲۹- با مسئولان مدرسه دعوا می‌کند.

عامل دوم: تمایلات بزهارانه

- ۳- به تخریب وسایل مدرسه می‌پردازد.
 ۹- بدون اجازه و پنهانی از مدرسه خارج می‌شود.
 ۱۱- با خود اشیاء برنده و خطرناک حمل می‌کند.
 ۱۶- هنگامی که معلم در حال تدریس است بدون اجازه کلاس را ترک می‌کند.
 ۲۲- استمنای می‌کند.
 ۲۳- به هم جنس بازی تمایل دارد.

عامل سوم: بیقراری

- ۱۰- بیقرار است و نمی‌تواند سر جای خود بنشیند.

- ۱۳- کم انرژی و کسل است.
۱۵- تحرک بسیاری دارد و در کلاس آرام نمی‌نشیند.
۲۴- کم رو است و نمی‌تواند درخواست‌های خود را مطرح کند.
۲۷- در صدد جلب توجه معلم است.

عامل چهارم: حواس‌پرتی

- ۱۷- با کوچک‌ترین سر و صدا حواسش پرت می‌شود..
۱۸- به درس توجهی ندارد و به این طرف و آن طرف نگاه می‌کند.

منابع

کاپلان - سادوک (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری - روانپزشکی، ترجمه پورافکاری (۱۳۸۴)، تهران، انتشارات شهرآب.

- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1986). *Child behavior checklist*. Burlington, VT: Author.
- Aman, M.G., & Gharabawi, G.M. (2004). Treatment of behavior disorders in mental retardation: report on transitioning to atypical antipsychotic, with an emphasis on risperidone. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 9, 1197-1210.
- Angold, A., Costello, E.J., & Erkanli, A. (1999). *Journal child psycho Psychiatry*, 40, 57-87
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Text Revision). Washington, DC: Auther.
- Bregman, J.D. (1991). Current developments in the understanding of Mental retardation: Part Biopsychology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 867-872.
- Conners, C.K. (1990). *Manual for Connes Rating Scales*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Dosen, A. (1993). Diagnosis and treatment of psychiatric and behavioral Disorders in mentally retarded individuals: *Journal of Intellectual Disability*, 38, 1-7.
- Gillberg, C., person, E., Grumman, N., & Themner, U. (1986). Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: epidemiological aspects. *British Journal of psychiatry*, 149, 68-74.
- Gresham, F.M., & Elliott, S.N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidline Service, Inc.
- Guralnick, M.J., & Weinhouse, E. (1984). Peer-related social interactions Of developmentally delayed young children: Their development and Characteristic. *Developmental Psychology*, 20, 815-827.
- Haden, B.L. (1998). Mental retardation .In E.J.Mash & I .G.Terdal (Eds.), *Treatment of childhood disorders*. New York: Guildford Press.
- Jopp, D.A., & Keys, C.B. (2001). Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 416-433.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorder in childhood and adolescence*. CA: Sage publications.
- Kopp, C.B., Baker, B.L., & Brown, K.W. (1992). Social skills and their Correlates: Preschoolers with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 357-366.

- Lovel, R.W., & Reiss, a.l. (1993). Dual diagnoses: psychiatric disorders in developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America*, 40, 3, 579-592.
- Polloway, E.A., Smith.J.D, chamberlain, J., Denning, C.B., Smith,T.E.C. (1999). Levels of deficits or supports in the Classification of mental Retardation: Implementation practice. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 34,200-206.
- Quay, H.C. & Peterson, D.R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem checklist*. Coral Gables, FL: Auther, University of Miami.
- Reiss, S. (1990). Prevalence of dual diagnosis in community- based Programs in the Chicago metropolitan area. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 578-584.
- Sherman, J.A., Sheldon, J.D., Harchik, A.E., Edwards, K., & Quinn, J.M. (1992). Social evaluation of behaviors comparing three social skills and a Comparison of the performance of people with and without mental retardation. *American Journal on Retardation*, 96,419-431.
- Smith, D.D. (2001). *Introduction to special education: Teaching in an age Of opportunity* (4 Th Ed.). Needhan, MA: Allyn & Bacon.
- Sturme, P. (1995). DSM-III-R and persons with dual diagnoses: Conceptual issues and strategies for future research. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39,357-364.
- Wicks-nelson, R. Israel, A.C. (2003). *Behavioral disorders of childhood*. New Jersey, Prentice Hall.