

# بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان ایلام

\*دکتر کتایون خوشابی<sup>۱</sup>، شهرام مرادی<sup>۲</sup>، ستاره شجاعی<sup>۳</sup>، قربان همتی علمدارلو<sup>۴</sup>، غلامرضا دهشیری<sup>۵</sup>، ابوالقاسم عیسی مراد<sup>۶</sup>

## چکیده

**هدف:** اختلالات رفتاری طیف وسیعی از مشکلات دوران کودکی را تشکیل می‌دهد که شیوع آن در مناطق مختلف ایران و جهان دارای نوسانات بسیاری است. پژوهش حاضر به بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان ایلام می‌پردازد.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی و مقطعی است که جامعه آماری آن را کلیه دانش‌آموزان مدارس ابتدایی استان ایلام در سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳ تشکیل می‌دادند. حجم نمونه پژوهش حاضر ۱۵۴۶ دانش‌آموز بود که با استفاده از فرمول حجم نمونه و براساس شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای برحسب جنسیت، منطقه و محل زندگی و پایه تحصیلی و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای جهت تکمیل پرسشنامه انتخاب شدند. از پرسشنامه راتر فرم معلم به عنوان ابزار غربالگری و فرم مصاحبه تشخیصی روانپزشکی برای دانش‌آموزانی که در آزمون راتر نمره بالاتر از نقطه برش داشتند، جهت تأیید تشخیص استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها آزمون  $\chi^2$  دو مورد استفاده قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان ایلام ۱۰/۲ درصد می‌باشد. میزان شیوع در پسران بیشتر از دختران، در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی و در پایه تحصیلی سوم بیشتر از سایر پایه‌های تحصیلی است. همچنین نتایج میزان شیوع برحسب زیرگروه‌های طبقات تشخیصی اختلالات رفتاری آزمون راتر نشان داد که اختلال ناسازگاری اجتماعی بیشترین و اختلال رفتارهای ضداجتماعی کمترین میزان شیوع را داشتند و در بین عوامل جمعیت‌شناختی، تحصیلات والدین، طلاق والدین و سابقه بیماری روانی در خانواده با بروز اختلالات رفتاری در کودکان رابطه معناداری داشتند ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** میزان شیوع اختلالات رفتاری در استان ایلام در مقایسه با سایر پژوهش‌های انجام گرفته در داخل و خارج از کشور در دامنه متوسط قرار دارد.

**کلیدواژه‌ها:** شیوع / اختلالات رفتاری / دانش‌آموزان دوره ابتدایی / ناسازگاری اجتماعی /

رفتارهای ضد اجتماعی

- ۱- فلوشیپ روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی
- ۳- کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی
- ۴- دانشجوی دکترای روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران
- ۵- دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۳/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۵/۱

\* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانپزشکی  
تلفن: ۲۲۱۸۰۱۴۰

\* E-mail: kkushabi@yahoo.com



## مقدمه

اختلالات رفتاری کودکان، اختلالات شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با نرخهای بالایی از معضلات اجتماعی همراهند. محققان دریافته‌اند که اختلالات رفتاری معمولاً نخستین بار در سالهای آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شود و بین سنین ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسد (۱). اختلالات رفتاری به‌طور قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلا به بیماریهای روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهد (۲). اختلالات رفتاری احتمال ابتلای افراد به سوء مصرف مواد، فعالیت‌های بزهکارانه، اختلالات اضطرابی و خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلالات عصب روان شناختی و اختلال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد (۳). کودکان دچار اختلالات رفتاری مشکلات گوناگونی دارند. این کودکان دارای فراخوانی توجه کوتاهی هستند، عزت نفس پایینی دارند، در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می‌شوند (۴). همچنین تکانشگری، بیقراری و بیش‌فعالی، پرخاشگری، دروغ‌گویی و دزدی، عملکرد تحصیلی ضعیف و ادراک ضعیف از خودکارآمدی و شایستگی اجتماعی از دیگر ویژگیهای کودکان و نوجوانان دارای اختلالات رفتاری است. وضعیت اقتصادی- اجتماعی ضعیف، عدم شایستگی اجتماعی، سوء استفاده از کودک، تعداد زیاد اعضای خانواده، مشکلات زناشویی (از قبیل جدایی، طلاق، اختلافات خانوادگی، ناسازگاری والدین و خشونت خانوادگی) و مشکلات والدین (از قبیل مشکلات و بیماریهای روانی و جسمانی و رفتارهای بزهکارانه) از جمله عوامل خطر ساز ابتلای کودکان و نوجوانان به اختلالات رفتاری می‌باشند (۵).

در ایالات متحده آمریکا شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان سنین مدرسه ۸/۶ درصد گزارش شده است (۶). ایگلاند و هانسن شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان سنین مدرسه دانمارک را ۱۰ درصد گزارش کردند. همچنین این تحقیق نشان داد که شیوع اختلالات رفتاری در بین پسران بیشتر از دختران و در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی است. علاوه بر این، نتایج تحقیق بیانگر این بود که شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان معلمان تازه کار بیشتر از معلمان باتجربه است (۷). نیکاپوتا با بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان کشورهای اتیوپی، سودان و هند نشان داد که میزان شیوع اختلالات رفتاری این کودکان بین ۳ تا ۱۱ درصد است (۸). کیل و پرایس نیز نشان دادند که تقریباً ۵۰ درصد کودکان و

نوجوانانی که در کانون‌ها و مراکز تحت حمایت نگهداری می‌شوند، دارای اختلالات رفتاری آشکار می‌باشند (۹). در ایران کشکولی در پژوهشی که در استان بوشهر انجام داد، دریافت که ۱۶/۸۴ درصد دانش‌آموزان دوره ابتدایی این استان دارای اختلالات رفتاری می‌باشند. در این پژوهش مشخص گردید که میزان شیوع در پسران بیشتر از دختران و در دانش‌آموزان شهری بیشتر از دانش‌آموزان روستایی است (۸). مهربانی نیز در پژوهشی که در شهر اصفهان انجام داد، دریافت که ۱۳/۲ درصد دانش‌آموزان دوره ابتدایی دارای معیارهای تشخیصی اختلالات رفتاری می‌باشند. همچنین در این تحقیق مشخص شد که میزان شیوع در دانش‌آموزان پسر بیشتر از دانش‌آموزان دختر و در خانواده‌های دارای والدین طلاق گرفته و نیز دارای سابقه بیماری روانی مزمن بیشتر است (۹).

به‌طور خلاصه مشکلات رفتاری تمام جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی این کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، عدم توجه کافی به مسائل بهداشت روان کودکان می‌تواند به شیوع بیشتر و مزمن شدن اختلالات آنها منجر شود. با توجه به اهمیت این مسائل، هرگونه تلاشی که در راستای شناسایی و تشخیص، پیشگیری، کنترل و درمان اختلالات رفتاری و روانی صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشد، ارزشمند می‌باشد. در این راستا همه گیرشناسی اختلالات رفتاری کودکان به عنوان یکی از راهبردهای شناسایی و تشخیص اختلالات رفتاری مورد نظر بوده و بررسی شیوع آنها نقش مهمی در تدوین برنامه‌های جامع بهداشتی و اقدام جهت پیشگیری دارد. به همین منظور، پژوهش حاضر به بررسی شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان ایلام می‌پردازد.

## روش بررسی

این تحقیق به روش توصیفی و مقطعی و جامعه آماری آن، کلیه دانش‌آموزان مدارس ابتدایی استان ایلام در سال تحصیلی ۱۳۸۳-۸۴ می‌باشد. حجم جامعه آماری براساس اطلاعات به دست آمده از واحد آمار و برنامه ریزی سازمان آموزش و پرورش استان ایلام، ۴۹۸۴۴ دانش‌آموز (۲۳۸۸۹ دانش‌آموز دختر و ۲۵۹۵۵ دانش‌آموز پسر) بود که در مناطق شهری و روستایی مشغول تحصیل بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه (کوکران) ۱۵۴۶ نفر به دست آمد. از آنجا که نسبت جامعه آماری در این پژوهش برحسب جنسیت، پایه تحصیلی و نیز شهری و روستایی بودن متفاوت بود، لذا برای اینکه حجم نمونه برآورد دقیقی از جامعه آماری باشد، ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای سهم هر کدام از این طبقات در نمونه مشخص



تعلق می‌گیرد. نمره (۲) نشانگر این است که فرد مورد مطالعه علامت فوق را به طور کامل دارد، نمره (۱) بیانگر این است که فرد مورد نظر تا حدودی آن علامت را دارد و نمره (۰) گویای این مطلب است که آزمودنی مشمول موضوع آن عبارت نمی‌شود (۱۰).

۲- فرم مصاحبه تشخیصی روانپزشکی: این فرم توسط پژوهشگر و براساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR ساخته شد و به منظور بررسی تشخیصی اطلاعات رفتاری کودکانی که در آزمون راتر نمره بالاتر از نقطه برش به دست آورده بودند، مورد استفاده قرار گرفت.

۳- فرم بررسی عوامل جمعیت شناختی: این فرم توسط پژوهشگر به منظور بررسی عوامل جمعیت شناختی مؤثر در ایجاد مشکلات رفتاری کودکان ساخته شده است. در این فرم عواملی نظیر سن، جنس، پایه تحصیلی، ترتیب تولد، تحصیلات والدین، بعد خانوار، وضعیت اقتصادی، وضعیت مسکن، سابقه بیماری روانی خانواده، طلاق و فوت والدین بررسی می‌گردد.

در این پژوهش برای توصیف داده‌ها از شیوه‌های آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد و برای تحلیل داده‌ها از آزمون خی دو استفاده گردید.

#### یافته‌ها

از کل نمونه مورد نظر، ۱۳۸۸ نفر سالم (۸۹/۸ درصد) و ۱۵۸ نفر (۱۰/۲ درصد) مبتلا به اختلالات رفتاری بودند.

نوع اختلال رفتاری	فراوانی	درصد
پرخاشگری و بیش‌فعالی	۳۱	۲
اضطراب و افسردگی	۳۲	۲/۱
ناسازگاری اجتماعی	۶۶	۴/۳
رفتارهای ضداجتماعی	۱۴	۰/۹
کمبود توجه و حواس پرتی	۱۵	۰/۹
کل	۱۵۸	۱۰/۲

همانگونه که در جدول (۱) دیده می‌شود، اختلال ناسازگاری اجتماعی با ۴/۳ درصد شایعترین اختلال رفتاری و اختلال رفتارهای ضداجتماعی و اختلال کمبود توجه و حواس پرتی با ۰/۹ درصد کمترین میزان اختلال رفتاری را دارا می‌باشند.

اما در مورد ارتباط اختلالات رفتاری با جنسیت کودکان مطابق جدول (۲) میزان شیوع اختلالات رفتاری در پسران بیشتر از دختران می‌باشد. نتیجه آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معناداری میان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان دختر و پسر وجود ندارد ( $X^2 = 2/103$ ).

گردید، سپس از هریک از این طبقات به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و به شکلی تصادفی مدارس، پایه‌های تحصیلی و دانش آموزان مربوطه به منظور تکمیل پرسشنامه‌ها انتخاب شدند.

#### ابزارهای پژوهش:

۱- پرسشنامه رفتاری کودکان مایکل راتر: این پرسشنامه در سال ۱۹۶۷ توسط مایکل راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری کودکان طراحی شده است. این پرسشنامه شامل دو فرم اصلی است که فرم "الف" آن توسط والدین و فرم "ب" آن به وسیله معلمین تکمیل می‌شود. فرم "ب" این پرسشنامه توسط مه‌ریار و همکاران با افزودن ۶ ماده جدید به آن و تبدیل چهار ماده به دو ماده به علت تشابه، به یک پرسشنامه ۳۰ سئوالی تبدیل گردیده است. در این پژوهش از فرم "ب" این پرسشنامه استفاده شد (۱۰).

نسخه اصلی این آزمون از پایایی بالایی برخوردار است. در پژوهش اولیه‌ای که توسط راتر (۱۹۷۶) بر روی ۹۱ نفر انجام گرفت، پایایی این پرسشنامه از طریق بازآزمایی به فاصله ۱۳ هفته حدود ۰/۸۵ گزارش گردید. در پژوهش دیگری با استفاده از دو نیمه کردن، ضریب پایایی آن را حدود ۰/۸۹ گزارش کردند که در هر دو تحقیق سطح اطمینان ۰/۰۱ به دست آمد (۱۰).

در تحقیق دیگری فروع الدین با به کار بردن روش دو نیمه کردن و باز آزمایی، ضریب همبستگی را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش کرد که هر دو نیز در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (۱۱).

این پرسشنامه از نظر روایی نیز در سطح قابل قبولی است. در پژوهش اولیه راتر و همکاران که در مورد ۹۱ کودک انجام شد، میزان توافق پرسشنامه با تشخیص روانپزشک اطفال ۷۶/۷ درصد گزارش گردید که این میزان در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود. تحقیقات در دهه گذشته نشان می‌دهد که از مقیاس‌های راتر به طور وسیعی به منظور غربالگری استفاده می‌شود و همبستگی بالایی بین فرم ارزیابی رفتاری راتر و پرسشنامه CBCL<sup>۱</sup> وجود دارد (۱۲).

یوسفی در شهر شیراز برای سنجش اعتبار آزمون راتر، ۱۶۰۰ دختر و پسر ۶ تا ۱۱ ساله را در دوره ابتدایی با استفاده از معیارهایی از قبیل آزمون هوشی گودیناف-هریس، بندرگشتالت، معدل درسی، نمرات دروس (دینی، ریاضی، املاء، علوم و فارسی) و ارزیابی معلم مورد مطالعه و بررسی قرار داد. در این پژوهش براساس نتایج حاصله، مشخص گردید که بین نمره راتر و موارد یاد شده همبستگی بالایی وجود دارد که این امر بر اعتبار آزمون راتر جهت ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان در فرهنگ ایرانی دلالت دارد (۱۰).

شیوه نمره گذاری پرسشنامه بدین صورت است که در مقابل هر عبارت سه اصطلاح «صدق نمی‌کند»، «تا حدودی صدق می‌کند» و «کاملاً صدق می‌کند» وجود دارد که به ترتیب نمره‌های صفر، یک و دو به آنها



پنجم گزارش شده است. نتیجه آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معناداری میان شیوع اختلالات رفتاری در پایه‌های تحصیلی مختلف وجود ندارد ( $X^2 = 3/269$ ).

بر اساس داده‌های مندرج در جدول (۲)، آزمون خی دو ( $X^2$ ) به عمل آمد و مشخص گردید که بین شغل پدر و اختلالات رفتاری فرزندان آنها رابطه معناداری وجود ندارد ( $X^2 = 5/879$ ).

مطابق با داده‌های مندرج در جدول (۲) و آزمون بعمل آمده مشخص شد که بین تحصیلات پدر و اختلالات رفتاری کودکان رابطه معنادار وجود دارد ( $X^2 = 23/48$ ). میزان شیوع در بین فرزندان پدران بی سواد و دارای مدرک تحصیلی راهنمایی بیشتر است.

همچنین مشخص شد که بین شغل مادر و اختلالات رفتاری کودکان رابطه معناداری وجود ندارد ( $X^2 = 0/22$ ).

مطالب دیگر بدست آمده از آزمون خی ۲، رابطه اختلالات رفتاری کودکان با تحصیلات مادران بود و نشان داد که بین تحصیلات مادر و اختلالات رفتاری کودکان رابطه معنادار وجود دارد ( $X^2 = 14/26$ ). میزان شیوع در بین فرزندان مادران بیسواد، ابتدایی و راهنمایی به طور معناداری بالاتر می‌باشد.

مطابق با داده‌های مندرج در جدول (۲) و آزمون بعمل آمده مشخص شد که بین فوت والدین و اختلالات رفتاری کودکان رابطه معناداری وجود ندارد ( $X^2 = 2/39$ ).

همچنین بر همین اساس و در ارتباط با وجود طلاق در خانواده‌ها، نتایج نشان داد که بین طلاق والدین و اختلالات رفتاری کودکان رابطه معناداری وجود دارد ( $X^2 = 30/36$ ). میزان شیوع در فرزندان والدین مطلقه از فرزندان والدین فاقد طلاق به طور معنی دار بیشتر است.

و نهایتاً براساس داده‌های مندرج در جدول (۲) و آزمون خی دو ( $X^2$ )، بین سابقه بیماری روانی در خانواده و اختلالات رفتاری کودکان رابطه معناداری وجود دارد ( $X^2 = 16/33$ ). میزان شیوع در خانواده‌های دارای سوابق بیماری روانی بطور معنی داری از خانواده‌های بدون سابقه بیماری روانی بیشتر است.

### بحث

همانگونه که در قبل اشاره شد، میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکان در مدارس ابتدایی استان ایلام برابر با ۱۰/۲ درصد می‌باشد. این یافته با نتیجه تحقیق ایگلاند و هانسن که نشان می‌داد شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان سنین مدرسه دانمارک ۱۰ درصد می‌باشد، همسو است (۷). علاوه براین، نتیجه این پژوهش با یافته‌های تحقیق هانت و مارشال و مهربانی در یک راستا است و نتایج یکدیگر را تأیید

جدول ۲- تفاوت میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان ایلام برحسب متغیرهای جنسیت، محل زندگی، پایه تحصیلی، شغل و تحصیلات والدین، وضعیت طلاق و سابقه بیماریهای روانی در خانواده

متغیر	آماره			تعداد کل	
	تعداد سالم	تعداد بیمار	میزان شیوع		
جنسیت	پسر	۷۱۵	۹۱	۸۰۶	
	دختر	۶۷۳	۶۷	۷۴۰	
محل زندگی	شهر	۷۷۲	۹۴	۸۶۶	
	روستا	۶۱۶	۶۴	۶۸۰	
	اول	۲۴۵	۲۵	۲۷۰	
پایه تحصیلی	دوم	۲۴۹	۳۲	۲۸۱	
	سوم	۲۵۸	۳۴	۲۹۲	
	چهارم	۲۹۶	۳۸	۳۳۴	
	پنجم	۳۴۰	۲۹	۳۶۹	
	کارمند	۳۸۲	۳۴	۴۱۶	
شغل پدر	کشاورز دامدار	۳۶۷	۴۴	۴۱۱	
	آزاد	۲۸۵	۲۷	۳۱۲	
تحصیلات پدر	بیکار	۱۲۸	۲۴	۱۵۲	
	پازنشسته	۵۵	۳	۵۸	
	بیسواد	۳۶۳	۵۹	۴۲۲	
	ابتدایی	۴۱۹	۴۶	۴۶۵	
	راهنمایی	۳۳۷	۳۳	۳۷۰	
	دیپلم	۱۶۴	۱۲	۱۷۶	
	فوق دیپلم	۶۹	۵	۷۴	
	لیسانس و بالاتر	۳۶	۳	۳۹	
	شغل مادر	خانه‌دار	۱۳۱۴	۱۵۳	۱۴۶۷
	شاغل	۷۴	۵	۷۹	
تحصیلات مادر	بیسواد	۵۵۲	۶۳	۶۱۵	
	ابتدایی	۵۶۹	۷۱	۶۴۰	
وضعیت حیات والدین	راهنمایی	۱۷۹	۱۷	۱۹۶	
	دیپلم	۶۹	۵	۷۴	
	فوق دیپلم به بالا	۱۹	۲	۲۱	
طلاق والدین	در قید حیات	۱۳۳۳	۱۴۷	۱۴۸۰	
	فوت والد	۵۴	۱۱	۶۵	
سابقه بیماری روانی	عدم طلاق	۱۳۵۹	۱۵۱	۱۵۱۰	
	طلاق	۲۹	۷	۳۶	
وضعیت حیات والدین	دارای سابقه	۱۲۱	۲۲	۱۴۳	
	بدون سابقه	۱۲۶۷	۱۳	۱۴۰۳	

همچنین میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان شهری بیشتر از دانش‌آموزان روستایی می‌باشد. نتیجه آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معناداری میان شیوع اختلالات رفتاری در مناطق شهری و روستایی وجود ندارد ( $X^2 = 0/406$ ).

در ارتباط با پایه‌های مختلف ابتدایی، میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان پایه اول ۹/۳ درصد، در پایه تحصیلی دوم ۱۱/۴ درصد، در پایه سوم ۱۱/۶ درصد، در پایه چهارم ۱۱/۴ درصد و در پایه پنجم ۷/۹ درصد می‌باشد. به طور کلی، بیشترین میزان شیوع اختلالات رفتاری در پایه تحصیلی سوم و کمترین آن در پایه تحصیلی



همچنین نتایج تحقیق نشان داد که بین بروز طلاق در والدین با اختلالات رفتاری کودکان رابطه معناداری وجود دارد و این نتیجه با یافته‌های بلسکی و همکاران و گاورز و همکاران که نشان داده‌اند بین مشکلات زناشویی (مثل جدایی، طلاق، اختلافات زناشویی و خشونت خانوادگی) و مشکلات رفتاری در دوره کودکی رابطه معناداری وجود دارد، همخوانی داشته و یافته‌های یکدیگر را تأیید می‌کنند (۱۶، ۱۵). براساس نظریه الگوسازی، والدینی که رضایت زناشویی ندارند، رفتارهایی را از خود بروز می‌دهند که خصمانه و پرخاشگرانه است و این رفتارها به وسیله فرزندانشان تقلید می‌گردد (۱۷).

### نتیجه‌گیری

از مجموع یافته‌های پژوهش چنین استنباط می‌شود که میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی در استان ایلام، علیرغم آنکه جزو استانهای نسبتاً محروم می‌باشد، مشابه سایر استانهای کشور و نیز دیگر کشورها که این میزان در آنها مورد مطالعه قرار گرفته‌بوده و درحد متوسط قرار دارد.

اما مهمترین محدودیتها و مشکلاتی که در این پژوهش وجود داشت عبارت بودند از:

- ۱- همکاری نن مناسب از سوی بعضی از مدیران و معلمان که نمونه از مدارس آنها انتخاب شده بود.
- ۲- عدم همکاری مناسب از سوی برخی از والدین که فرزندان آنها در آزمون راتر نمره بالاتر از نقطه برش آورده بودند و حاضر به همکاری پژوهش نشدند.

مطابق یافته‌های این تحقیق مواردی بعنوان پیشنهاد ارائه می‌گردد:

- ۱- براساس نتایج این پژوهش، تقریباً یک دهم دانش‌آموزان مدارس ابتدایی از اختلالات رفتاری رنج می‌برند. از آنجا که اختلالات رفتاری بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان تأثیر منفی می‌گذارد و باعث بروز مشکلاتی از سوی آنها در کلاس درس می‌شود، این امر لزوم توجه به تشکیل واحد مشاوره در مدارس ابتدایی را ضرورت می‌بخشد.
- ۲- برای معلمان دوره ابتدایی یک سری کلاسهای آموزشی در مورد ماهیت اختلالات رفتاری، شیوه‌های شناسایی این کودکان در کلاس درس و نحوه برخورد با این دانش‌آموزان برگزار شود تا در صورتی که معلمان در کلاس درس با دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات رفتاری مواجه شدند، اقدامات لازم را جهت ارجاع این دانش‌آموزان به مراکز مشاوره و در صورت لزوم به روانپزشک جهت درمان دارویی فراهم آورند.

می‌نمایند (۹، ۶). همچنین میزان شیوع اختلالات رفتاری در مدارس شهری ۱۰/۹ و در مدارس روستایی ۹/۴ درصد، در دانش‌آموزان دختر ۹/۱ و در دانش‌آموزان پسر ۱۱/۳ درصد بود که با یافته‌های ایگلاند و هانسن همخوانی دارد (۷).

بعلاوه، میزان شیوع این اختلالات براساس زیرگروه‌های مختلف اختلالات رفتاری آزمون راتر، به طور جداگانه و در پنج محور به شرح زیر برآورد شد:

۱- اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی: برای ۱/۸ درصد از کل نمونه مورد مطالعه تشخیص اختلال مذکور مطرح گردید. میزان شیوع این اختلال در دختران ۱/۲ درصد و در پسران ۲/۵ درصد بود. در مناطق شهری این اختلال ۲/۱ و در مناطق روستایی ۱/۶ درصد برآورد گردید.

۲- اختلال اضطراب و افسردگی: برای ۲/۱ درصد از کل نمونه مورد مطالعه اختلال مذکور مطرح گردید. میزان شیوع این اختلال در دختران ۲/۶ درصد و در پسران ۱/۸ درصد می‌باشد. در مناطق شهری این اختلال ۲/۴ درصد و در مناطق روستایی ۱/۶ درصد برآورد گردید.

۳- اختلال ناسازگاری اجتماعی: برای ۴/۴ درصد از کل نمونه مورد مطالعه تشخیص اختلال مذکور مطرح گردید. میزان شیوع در دختران ۳/۹ درصد و در پسران ۴/۸ درصد به دست آمد. هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی این اختلال ۴/۴ درصد برآورد گردید.

۴- اختلال رفتارهای ضداجتماعی: برای ۰/۹ درصد از کل نمونه مورد مطالعه اختلال مذکور مطرح گردید. میزان شیوع این اختلال در دختران ۰/۷ و در پسران ۱/۱ درصد بود. در مناطق شهری این اختلال ۰/۹ درصد و در مناطق روستایی ۰/۷ درصد برآورد گردید.

۵- اختلال کمبود توجه و حواس پرتی: برای ۱ درصد از کل نمونه مورد مطالعه اختلال مذکور مطرح گردید. میزان شیوع در دختران ۰/۷ و در پسران ۱/۲ درصد بود. در مناطق شهری این اختلال ۱ درصد و در مناطق روستایی ۰/۹ درصد برآورد گردید.

در میان پایه‌های تحصیلی ۵ گانه، پایه تحصیلی سوم، بالاترین میزان شیوع و پایه تحصیلی پنجم کمترین میزان شیوع را برخوردار بودند.

در این مطالعه رابطه عوامل جمعیت شناختی با اختلالات رفتاری کودکان نیز مورد بررسی قرار گرفت که مشخص گردید بین سابقه بیماری روانی در خانواده با اختلالات رفتاری کودکان رابطه معناداری وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های ترا تمن و همکاران و کاستلو و همکاران که نشان دادند مشکلات والدین (اعم از مشکلات روانی، پزشکی، رفتارهای بزهکارانه و مشکلات الکلیسم) سلامت روانشناختی فرزندانشان را تحت تأثیر قرار داده و با مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان رابطه دارد، در یک راستا است (۱۴، ۱۳).



### تشکر و قدردانی

در این جا محققین بر خود لازم می‌دانند که از همکاری کارشناسی شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان فارس و معلمانی که با صرف وقت ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

۳- در این پژوهش بیشتر نقش عوامل خانوادگی در ارتباط با اختلالات رفتاری مورد مطالعه قرار گرفت. پیشنهاد می‌گردد که در پژوهشهای آتی به نقش عوامل درون مدرسه‌ای (مانند تراکم دانش‌آموزان در کلاس درس، شیوه‌های انضباط آموزشی موجود در مدرسه و...) در ارتباط با اختلالات رفتاری توجه شود.

### منابع

- ۱- شکوهی یکتا، م. پزند، الف. اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات تیمورزاده. ۱۳۸۴.
- 2- Pandina GJ, Bilder RH, Harvey PD, Keefe SE, Aman MG, Gharabawi G. Risperidone and cognitive Function in children with disruptive behavior disorders. *Biological Psychiatry* 2007; in press.
- 3- Baumeister AA, Sevin J.A. Pharmacological control of aberrant behavior in the mentally retarded: toward a more rational approach. *Neuroscience and Biobehavioral Review* 1990; 14: 253-262.
- 4- Sausser SH, Waller RJ. A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorder. *The Art in Psychotherapy* 2006; 33 (1): 1-10.
- 5- Gaoni L, Black QC, Baldwin S. Defining adolescent behavior disorder: An overview. *Journal of Adolescence* 1998; 21: 1-13.
- 6- Hunt N, Marshall K. *Exceptional children and youth* (3<sup>rd</sup> Ed): New York: Hollghton Mifflin Company, 2002.
- 7- Eglund N, Hansen K.F. Behavioral disorders in Danish schools: A quantitative survey. *European journal of Special Needs Education* 2000; 15(2): 158-170.
- ۸- کشکولی، غ. بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتاری کودکان در مدارس ابتدایی شهرستان بوشهر. پایان نامه برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران. انستیتو روانپزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران. سال ۱۳۷۹.
- ۹- مهربانی، ح. بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان. کارشناسی تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان. اصفهان. ۱۳۸۴.
- ۱۰- یوسفی، ف. هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش‌آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، دوره سیزدهم، شماره‌های اول و دوم. ۱۳۷۷.
- ۱۱- فروغ‌الدین عدل، ا. تأثیر بکارگیری روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود اختلال رفتارهای اخلاص گرایانه کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۲.
- 12- Fombonne E. The child behavior checklist and the Rutter Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline* 1991; 32-34.
- 13- Trautmann-Villalba P, Gerhold M, Polowczyk M, Dinter-Jorg M, Laucht M, Esser G, et al. Mother-child interaction and externalizing disorders in elementary school children. *Journal of Ugend Psychiatr Psychother* 2001; 24(4): 263-273.
- 14- Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Burns BJ, Dulcan MK, Brent D, et al. Psychiatric disorders in pediatric care. *Archives of General Psychiatry* 1998; 45: 1107-1116.
- 15- Belsky J, Silva PA. Epidemiology of behavioral disorders among Canadian, Mexican and Poetrorican Children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2001; 28: 33-50.
- 16- Gowers S, Entwistle K, Cooke N, Okpalugo B, Kenyon A. Social and family factors in adolescent psychiatry. *Journal of Adolescence*. 1993; 16: 353-366.
- 17- Wics-Nelson RW, Israel A.C. *Behavior disorders of childhood*. NJ: Upper Saddle Revere. 2003.