

بررسی همه گیرشناسی مشکلات رفتاری دانش آموزان ۱۵ - ۷ ساله شهر تهران

شهرام محمدخانی^۱
دکتر حسین اسکندری^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان شیوع مشکلات رفتاری در دانش آموزان دوره ابتدایی و راهنمایی شهر تهران صورت گرفت. به همین منظور ۱۰۰۰ نفر از دانش آموزان ابتدایی و راهنمایی به شیوه خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و با استفاده از فرم‌های معلم و والدین پرسشنامه علایم رفتاری (CSI-4) مورد بررسی قرار گرفتند. براساس نتایج بدست آمده در کل ۳۲/۷ درصد دانش آموزان ابتدایی و راهنمایی دچار مشکلات رفتاری می‌باشند. مشکلات ایدایی با ۱۷/۵ درصد شایعترین مشکلات در بین دانش آموزان هستند. مشکلات هیجانی با ۱۵/۵ درصد در مرتبه دوم قرار دارند. براساس نتایج پژوهش میزان شیوع مشکلات رفتاری در بین دانش آموزان راهنمایی بیشتر از دانش آموزان ابتدایی است. همچنین پسران در مقایسه با دختران بیشتر دچار مشکلات رفتاری بویژه مشکلات ایدایی می‌شوند. در حالی که میزان شیوع مشکلات هیجانی در دختران بیشتر از پسران است. تحلیل نتایج پژوهش با استفاده از آزمون^۲ x نشان داد که بین متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنس، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، وضعیت تحصیلی و سابقه مشکلات روانی در خانواده و مشکلات رفتاری دانش آموزان رابطه معناداری وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: همه گیرشناسی، مشکلات رفتاری، مشکلات ایدایی، مشکلات هیجانی، متغیرهای جمعیت‌شناختی

کودکان و نوجوانان در دوره‌ای از تحول به سر می‌برند که تغییرات سریع در قلمرو زیستی، رفتاری، شناختی و عاطفی از ویژگی‌های بارز آن به شمار می‌رود. این تغییرات رشدی ناخواسته استرس‌هایی را بر کودکان و نوجوانان تحمیل می‌کند. بخشی از این فشارها ناشی از تغییرات عادی رشد می‌باشند، مانند بلوغ و تغییرات هورمونی و نیز تغییراتی که در ارتباط با والدین و اجتماع رخ می‌دهند. علاوه بر این تغییرات فیزیولوژیکی و اجتماعی عوامل دیگری نیز وجود دارند که بر کودکان و نوجوانان فشار وارد می‌کنند از جمله این عوامل می‌توان به فشار دوستان برای مصرف مواد و سیگار، نقل و انتقالات خانواده، تغییر مدرسه، اختلاف و کشمکش بین والدین و یا فشار خانواده برای پیشرفت تحصیلی در مدرسه اشاره کرد (کار، ۱۹۹۹).

بسیاری از کودکان و نوجوانان بدون اینکه دچار مشکلات رفتاری یا تحصیلی جدی شوند، این دوره را پشت سر می‌گذارند. مجموعه‌ای از عوامل مانند مهارت‌های مقابله‌ای موثر، وجود حمایت‌های اجتماعی در خانواده و جامعه و میزان استرسی که کودکان و نوجوانان تجربه می‌نمایند در طی موفقیت‌آمیز این دوره رشدی حساس نقش دارند (هندرن و همکاران، ۱۳۷۶).

طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت تقریباً یک پنجم کودکان، بدون توجه به اینکه کجا و چگونه زندگی می‌کنند، در دوران کودکی دچار مشکلات روانی و هیجانی می‌شوند (بانهوا و همکاران، ۱۹۹۲؛ کاستلو، ۱۹۸۹؛ اولویس، ۱۹۹۲؛ به نقل از هندرن و همکاران، ۱۳۷۶).

براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۴) ۲۰ تا ۳۰ درصد دانش‌آموزان مشکلات روانی اجتماعی دارند. وجود مشکلات روانی اجتماعی در دانش‌آموزان پیش‌بینی‌کننده مشکلات جدی‌تر مثل افت تحصیلی، ترک تحصیل، مصرف مواد و الکل، بزهکاری و... می‌باشد. همچنین کودکان و نوجوانانی که دچار مشکلات روانی اجتماعی هستند، در معرض فقر، خشونت و آشفتگی روانی در خانواده بوده و بعضاً به دلیل این قبیل مشکلات مورد توجه خاص اولیای مدرسه قرار می‌گیرند (کومبرنیک، ۱۹۹۱؛ به نقل از هندرن و همکاران، ۱۳۷۶).

همچنین ۳ تا ۱۲ درصد کودکان و نوجوانان در طول این دوره دچار اختلالات روانی شدید می‌شوند. این آشفتگی‌های روانی به شکل‌های مختلف مانند اختلالات رفتاری نظیر نافرمانی، پرخاشگری، نقض قوانین، افسردگی، اضطراب و انواع ترس‌ها، فرار از خانه و مدرسه و مصرف الکل، سیگار و سایر مواد، بروز می‌نمایند (ری، ۱۹۹۱؛ به نقل از هندرن، ۱۹۹۴).

نحوه بروز مشکلات در کودکان و نوجوانان متفاوت است. برخی از کودکان دچار افت تحصیلی می‌شوند، از نظر اجتماعی منزوی و گوشه‌گیر می‌شوند، از اعتماد به نفس ضعیفی برخوردار هستند. در برقراری ارتباط با همسالان و بزرگسالان مشکل دارند و به قوانین و مقررات جامعه

پای‌بند نیستند. این نوع مشکلات می‌تواند عواقب و پیامدهای متعددی برای کودکان در پی داشته باشد، آنها در آینده از جریان اصلی جامعه دور می‌افتند، به عواقبی مانند بیکاری، بی‌خانمانی، و سایر مشکلات دچار می‌شوند (همان منبع).

با توجه به آمارهای ذکر شده و این واقعیت که بخش عمده جمعیت کشور را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دهند، توجه به مسایل بهداشت روان کودکان بسیار ضروری می‌باشد. از آنجایی که بخش عمده این کودکان و نوجوانان در مدارس بسر می‌برند، به دلایل مختلف مدارس مناسب‌ترین مکان برای اجرای برنامه‌های بهداشت روان محسوب می‌شوند: تقریباً همه کودکان در دوره‌ای از زندگی خود به مدرسه می‌روند، مدرسه قوی‌ترین سازمان اجتماعی و آموزشی قابل دسترس برای مداخله است و اثر عمیقی بر کودکان و خانواده‌ها می‌گذارد، و مانند شبکه‌ای امن از کودکان در مقابل خطرات محافظت می‌کند (هندرن و همکاران، ۱۳۷۷). به موازات حرکت ملتها در جهت آموزش همگانی نقش مدارس در ارائه خدمات بهداشت روانی افزایش یافته است. امروزه وظیفه مدارس به آموزش مهارت‌های خواندن و نوشتن محدود نمی‌شود، بلکه آموزش مهارت‌های زیستن و همزیستی مسالمت‌آمیز و نیز آماده‌سازی دانش‌آموزان برای مقابله با چالش‌های زندگی از رسالت‌های اصلی مدارس به حساب می‌آید (مرکز مطالعات بهداشت روان مدارس^۱، UCLA، ۲۰۰۱).

دلایل متعددی برای ارائه خدمات بهداشت روانی در مدارس وجود دارد. یک دلیل آن است که قوانین مصوب ارائه خدمات بهداشت روانی به دانش‌آموزان دارای نیازهای آموزشی ویژه را الزامی کرده است. دلیل دیگر آن است که امروزه سیاست‌گذاران و مدیران مدارس متوجه شده‌اند که اگر می‌خواهند مدارس کارکرد رضایت‌بخش و دانش‌آموزان یادگیری و عملکرد موثری داشته باشند، لازم است مشکلات اجتماعی، عاطفی و بهداشت روانی و سایر موانع عمده یادگیری را مورد توجه قرار داده و رفع نمایند (داکنویسکی^۲، ۱۹۹۴).

با توجه به پیامدهای جدی اختلالات رفتاری کودکان و این حقیقت که کودکان مقیاس کوچکتر بزرگسالان نیستند و لذا آسیب‌پذیری آنها نیز متفاوت است، طی سالهای اخیر آسیب‌شناسی روانی تحولی‌نگر^۳ در عرصه علوم رفتاری مطرح شده است (سیجتی و کوهن^۴، ۱۹۹۵). در همین راستا همه‌گیرشناسی تحولی^۵ نیز به عنوان شاخه‌ای از آسیب‌شناسی روانی تحولی‌نگر پدید آمده است. هدف اساسی همه‌گیرشناسی تحولی عبارت است از: ۱- توصیف

1. UCLA CENTER FOR MENTAL HEALTH IN SCHOOLS

2. Duchnowski

3. developmental psychopathology

4. Cicheti & Cohn

5. developmental epidemiology

چگونگی و تحول اختلالات رفتاری، ۲- تبیین الگوهای اختلالات برحسب دانش مربوط به رشد بهنجار و نابهنجار، ۳- پیش‌بینی توزیع اختلالات در جمعیت و ۴- کنترل رشد و افزایش این اختلالات (کاستلو و آنگولد، ۱۹۹۵).

رویکرد آسیب‌شناسی روانی تحولی‌نگر مسایل روانی و هیجانی کودکان را بر روی یک طیف در نظر می‌گیرد که از تغییرات رشدی بهنجار تا مشکلات رفتاری و اختلالات رفتاری گسترده است. بسیاری از کودکان از برخی مشکلات رفتاری خفیف رنج می‌برند ولی الزاماً دچار اختلالات رفتاری نمی‌باشند. همچنین برخی از رفتارهایی که کودکان از خود نشان می‌دهند به فرایند رشد بهنجار مربوط می‌شود (سیجنتی و کوهن، ۱۹۹۵).

در خصوص سیر تحول اختلالات روانی در کودکان مطالعات نشان می‌دهند که مجموعه‌ای از عوامل از نقص ژنتیک و رشد یافتگی عصبی تا عوامل اجتماعی و خانوادگی نقش دارند (کمپل، ۱۹۹۶؛ دی لالا و گاتسمن^۱، ۱۹۹۱؛ پاترسون و همکاران، ۱۹۸۹). هرچند هر یک از این عوامل در بروز و تداوم اختلالات دخیل هستند با این حال عوامل خانوادگی بنا به دلایل مختلف بیشتر از سایر عوامل مورد توجه پژوهشگران بوده است (کمپل، ۱۹۹۶). پاترسون و همکاران (۱۹۸۹) در مدل تحولی خود در خصوص رفتار ضد اجتماعی نوجوانان، از ناکارآمدی والدین در فرزند پروری، فقدان انضباط با ثبات و نظارت ضعیف بر رفتارهای کودکان به عنوان مهمترین عوامل مؤثر در پیدایش مشکلات رفتاری نام می‌برند.

مطالعات انجام شده در خصوص میزان شیوع و بروز اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان برآوردهای متفاوتی ارائه می‌دهند. با توجه به ملاکهای تشخیصی بکار رفته، جمعیت مورد مطالعه و روش‌های پژوهشی و ابزارهای مورد استفاده میزان شیوع و بروز مشکلات رفتاری و عاطفی در کودکان از ۲-۳٪ تا ۲۲٪ تخمین زده شده است (کاستلو، ۱۹۸۹؛ دول، ۱۹۹۶؛ نایتزرو همکاران، ۱۹۹۰). گلدفارب میزان شیوع اختلالات رفتاری را در کودکان ۹-۱۱ ساله ۲۸/۹٪ ذکر کرده است (گلدفارب، ۱۳۶۹). راتر و همکاران در مطالعه‌ای شیوع کلی اختلالات رفتاری را ۱۱/۹ درصد گزارش کرده‌اند (بهره‌دار، ۱۳۷۷). کار^۲ (۱۹۹۹) با مرور مهمترین پژوهش‌های انجام شده با استفاده از آزمون راتر شیوع مشکلات رفتاری را از ۴٪ تا ۲۳٪ گزارش کرده است. براساس نتیجه گیری کار نرخ شیوع مشکلات رفتاری در مناطق روستایی کمتر از مناطق شهری است و در کشورهای غربی بیشتر از کشورهای شرقی است (کار، ۱۹۹۹).

در خصوص همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری کودکان در ایران مطالعات زیادی انجام نشده است. با این حال پژوهش‌های انجام شده نتایج متفاوتی ارائه داده‌اند. به عنوان مثال مهریار و

1. Dilalla & Gottesman

2. Carr

روانی کودکان را بر روی طیفی در نظر می‌گیرد که از تغییرات رشدی نرمال تا اختلالات روانی شدید گسترده است (مرکز مطالعات بهداشت روان در مدارس، ۲۰۰۱).

با توجه به ضرورت و اهمیت برنامه ریزی در جهت ارتقای سلامت روانی دانش‌آموزان و این واقعیت که هر نوع برنامه‌ریزی در این خصوص مستلزم شناخت میزان و تنوع مشکلات و عوامل تأثیرگذار است، پژوهش حاضر به منظور بررسی همه‌گیرشناسی مشکلات رفتاری کودکان ۷-۱۵ ساله و عوامل مرتبط با آنها طراحی شده بود. هدف اصلی پژوهش تعیین میزان شیوع انواع مشکلات رفتاری در کودکان ابتدایی و راهنمایی و عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با این مشکلات بود.

روش

آزمودنیها

نمونه مورد مطالعه این پژوهش شامل ۱۰۰۰ نفر از دانش‌آموزان ابتدایی و راهنمایی شهر تهران بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای با رعایت نسبت انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه شهر تهران به پنج بخش کلی (شمال غرب، شمال شرق، مرکز، جنوب غرب و جنوب شرق) تقسیم شد و از هر بخش یک منطقه به طور تصادفی انتخاب شد (مناطق ۳، ۵، ۱۱، ۱۹، ۱۵). سپس از روی لیست مدارس ابتدایی و راهنمایی هر منطقه چهار مدرسه (دو مدرسه دخترانه و دو مدرسه پسرانه) انتخاب شده و در نهایت متناسب با نسبت دانش‌آموزی تعیین شده بر حسب جنسیت و دوره تحصیلی از روی فهرست اسامی دانش‌آموزان نمونه مورد نظر به طور تصادفی انتخاب شد. ۵۶ درصد نمونه را دانش‌آموزان ابتدایی و ۴۴ درصد را دانش‌آموزان راهنمایی تشکیل می‌دهند. از نظر ترکیب جنسی ۵۱ درصد نمونه پسر و ۴۹ درصد دختر بودند.

ابزارها

۱- پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۱ (CSI-4)

پرسشنامه علائم مرضی کودکان ابزار غربال‌گری برای شایعترین اختلالات رفتاری کودکان است که عبارات آن براساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV تنظیم شده است. این پرسشنامه دارای دو چک لیست والدین و معلمان است و اولین فرم آن در سال ۱۹۸۴ توسط اسپرافگین، لانی و گدو براساس طبقه‌بندی DSM-III-R ساخته شد. CSI-4 به دنبال طبقه‌بندی DSM-IV در سال ۱۹۹۴ توسط گدو و اسپرافگین تجدید نظر شد (توکلی‌زاده، ۱۳۷۵). این فرم ۲۱ نوع اختلال از انواع اختلالات رفتاری و هیجانی کودک را شامل می‌شود. چک لیست والدین دارای

۱۱۲ سؤال است که در پژوهش حاضر سوالات مربوط به اختلال اوتیسم و اسکیزوفرنی حذف شد و جمعاً ۸۵ عبارت دارد که براساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای (هرگز، گاهی، اغلب، بیشتر اوقات) درجه‌بندی می‌شود. چک لیست معلمان دارای ۷۹ عبارت است که در پژوهش حاضر به ۷۰ عبارت تقلیل یافت. گدو و اسپرافگین پایایی^۱ فرم اولیه این پرسشنامه را برای چهار گروه تشخیصی از ۰/۸۹ تا ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند (گدو و اسپرافگین به نقل از توکلی‌زاده، ۱۳۷۵).

گریسون و کارلسون حساسیت CSI-3-R را برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند (همان منبع). مطالعاتی که در مورد روایی^۲ و پایایی چک لیست معلمان صورت گرفته حساسیت آن را برای اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۵۸، ۰/۵۱ و ویژگی آن را نیز به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۱ و ۰/۹۱ تعیین کرده است. همبستگی بین چک لیست معلمان و مقیاس درجه‌بندی معلم کانرز IOWA نیز برای این اختلالات ۰/۸۱، ۰/۶۷ و ۰/۸۶ گزارش شده است (همان منبع).

۲- فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته به منظور جمع‌آوری اطلاعات در خصوص سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت درآمد، وضعیت مسکن، ترتیب تولد، پیشرفت تحصیلی، معدل دوران تحصیل، سال اختلالات روانپزشکی در خانواده و بعد خانوار تنظیم شده است.

شیوه اجرا

در مرحله اول عبارات چک لیست والدین و معلمان پرسشنامه CSI-IV بازخوانی شد و به منظور بررسی قابل فهم بودن سوالات برای آزمودنی‌ها فرم‌های مذکور در اختیار ۱۰ نفر از والدین و ۵ نفر از معلمان پایه‌های تحصیلی مختلف قرار گرفت. پس از انجام اصلاحات لازم و تهیه فرم‌های نهایی پرسشنامه، ۵ نفر آزمونگر از بین مربیان مدارس انتخاب و در خصوص نحوه اجرای پرسشنامه‌ها آموزش داده شدند. این آزمونگران به مدارس مراجعه می‌کردند و پس از ارایه توضیحات لازم در خصوص اهمیت پژوهش و دقت در پاسخگویی به عبارات پرسشنامه با توجه به نمونه انتخابی در هر مدرسه، چک لیست مخصوص معلمان را در اختیار معلمان پایه‌های مختلف تحصیلی قرار می‌دادند تا در مورد دانش‌آموزان مورد نظر (برای هر معلم ۵ دانش‌آموز) تکمیل نمایند. پس از تکمیل چک لیست معلمان، جهت تکمیل فرم والدین با هماهنگی مدیر مدرسه از والدین دانش‌آموزان گروه نمونه دعوت می‌شد تا در جلسات جداگانه‌ای جهت تکمیل

پرسشنامه‌ها شرکت نمایند. آزمونگران پس از تشکر و قدردانی به زبان ساده توضیحاتی درباره اهمیت پژوهش برای والدین ارائه می‌دادند و در ضمن جهت رفع هرگونه ابهامی در خصوص انتخاب فرزندان آنها تصادفی بودن این انتخاب را مورد تاکید قرار می‌دادند. در صورتی که برخی از والدین قادر به خواندن عبارات پرسشنامه نبودند عبارات آن توسط آزمونگران خوانده می‌شد و گزینه مورد نظر بوسیله مادر علامت زده می‌شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش مشکلات رفتاری مورد بررسی در این پژوهش به سه دسته کلی مشکلات ایذایی^۱، مشکلات هیجانی^۲ و سایر مشکلات رفتاری تقسیم شد. طبقه مشکلات ایذایی شامل بیش‌فعالی و کمبود توجه؛ نافرمانی، اختلال سلوک، فرار از مدرسه، فرار از منزل، پرخاشگری، دروغ‌گویی، دزدی و مسایل جنسی است. طبقه مشکلات هیجانی شامل اضطراب فراگیر، هراس، وسواس فکری و عملی، افسردگی، اضطراب اجتماعی و اضطراب جدایی می‌باشد. طبقه سایر مشکلات رفتاری شامل تیک صوتی و حرکتی، ناخن جویدن، شب‌اداری، روزاداری، خودارضایی، موکندن، گرایش به فعالیت‌های جنس مخالف، حرف زدن در خواب و حسادت است. برای بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و مشکلات رفتاری از آزمون مجذور خی استفاده شد.

نتایج پژوهش

الف - شیوع کلی مشکلات رفتاری

جدول ۱ میزان شیوع انواع مشکلات رفتاری را در کل نمونه و به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. نتایج پژوهش نشان داد که از ۱۰۰۰ دانش‌آموز مورد بررسی ۳۲۷ نفر (۳۲/۷ درصد) دچار مشکلات رفتاری هستند. میزان شیوع مشکلات رفتاری در پسران ۳۳/۳ درصد و در دختران ۳۲ درصد می‌باشد. از نظر نوع مشکلات، شیوع مشکلات ایذایی از سایر مشکلات بالاتر است. همچنین میزان شیوع مشکلات ایذایی در پسران ۲۳/۴ درصد و در دختران ۱۱/۲ درصد است. به عبارت دیگر میزان شیوع اختلالات ایذایی در پسرها دو برابر دخترها است. پس از مشکلات ایذایی مشکلات هیجانی با ۱۵/۵ درصد شایع‌تر می‌باشد که این میزان در دختران دو برابر بیشتر از پسران است. سایر مشکلات رفتاری در مقایسه با دو گروه قبلی از شیوع کمتری برخوردار هستند (۱۳/۲ درصد) و میزان آن در پسران بیشتر از دختران است (۱۶/۱ درصد در مقابل

1. disruptive problems

2. emotional problems

۱۰/۱ درصد). انجام آزمون آماری χ^2 ارتباط معناداری بین عامل جنسیت و مشکلات رفتاری نشان داد. به این ترتیب پسرها در مقایسه با دخترها بیشتر دچار مشکلات رفتاری می‌شوند. لازم به ذکر است که بین مشکلات ایدایی، هیجانی و سایر مشکلات همپوشی وجود دارد و برخی از دانش‌آموزان همزمان چند مشکل از طبقات مختلف داشتند. بنابراین در تحلیل نتایج پژوهش باید به این نکته توجه شود. در کل براساس نتایج بدست آمده ۳۲/۷ درصد از دانش‌آموزان ابتدایی و راهنمایی دچار نوعی مشکل رفتاری می‌باشند.

جدول ۱: میزان شیوع مشکلات ایدایی، هیجانی و سایر مشکلات رفتاری

به تفکیک جنسیت و کل نمونه

جمع کل		دختر		پسر		طبقه مشکل
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۵/۵	۱۵۵	۲۲/۱	۱۰۷	۹/۳	۴۸	مشکلات هیجانی
۱۷/۵	۱۷۵	۱۱/۲	۵۴	۲۳/۴	۱۲۱	مشکلات ایدایی
۱۳/۲	۱۳۲	۱۰	۴۹	۱۶/۱	۸۳	سایر مشکلات رفتاری
۳۲/۷	۳۲۷	۳۲	۱۵۵	۳۳/۳	۱۷۲	کل مشکلات رفتاری

ب - مشکلات ایدایی

جدول ۲ میزان شیوع انواع مشکلات ایدایی را به تفکیک جنسیت و کل نمونه مورد مطالعه نشان می‌دهد. در این طبقه با توجه به رویکرد پژوهش حاضر که تعیین فراوانی مشکلات رفتاری است نه اختلالات رفتاری، مجموعه‌ای از مشکلات و علائم رفتاری مشکل آفرین مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج بدست آمده پرخاشگری با ۱۰/۲ درصد و نافرمانی با (۸/۱ درصد) شایعترین مشکلات رفتاری در بین دانش‌آموزان ابتدایی و راهنمایی می‌باشند. میزان شیوع مشکلات ایدایی در پسران با (۱۶/۵) درصد بیشتر از دختران (۱۱ درصد) است. فرار از خانه و مدرسه با ۲/۹ درصد از کمترین میزان شیوع برخوردارند و در پسران بیشتر از دختران مشاهده می‌شوند. میزان وقوع مسایل جنسی در کل نمونه ۵/۱ درصد بوده و در پسران با (۵/۴ درصد) بیشتر از دختران (۴/۷ درصد) است. آزمون آماری χ^2 نشان داد که بین جنسیت و مشکلات ایدایی رابطه معناداری وجود دارد و پسران بیشتر از دختران رفتارهای ایدایی نشان می‌دهند.

($\chi^2 = 26/13$ df = 1 $p > 0/0000$)

جدول ۲: میزان شیوع مشکلات ایدایی به تفکیک جنسیت و کل نمونه مورد مطالعه

جمع کل		دختر		پسر		نوع مشکل
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶/۱	۶۱	۴/۳	۲۱	۷/۷	۴۰	بیش فعال
۵/۸	۵۸	۴/۱	۲۰	۷/۴	۳۸	کمبود توجه
۸/۱	۸۱	۴/۹	۲۴	۱۱	۵۷	نافرمانی
۲/۹	۲۹	۱/۸	۹	۳/۹	۲۰	فرار از مدرسه
۲/۹	۲۹	۱/۴	۷	۴/۳	۲۲	فرار از خانه
۱۰/۲	۱۰۲	۳/۵	۱۷	۱۶/۵	۸۵	پرخاشگری
۶/۸	۶۸	۳/۳	۱۶	۱۰/۱	۵۲	دروغگویی
۵/۲	۵۲	۲/۷	۱۳	۷/۶	۳۹	دزدی
۵/۱	۵۱	۴/۷	۲۳	۵/۴	۲۸	مشکلات جنسی
۱۰/۲	۴۷	۲/۱	۱۰	۷/۲	۳۷	مشکلات سلوکی
۱۷/۵	۱۷۵	۱۱/۱	۵۴	۲۳/۴	۱۲۱	کل مشکلات ایدایی

ج - مشکلات هیجانی

براساس نتایج بدست آمده (جدول ۳) در بین مشکلات هیجانی هراس (ترس مرضی) با ۵/۵ درصد شایعترین مشکل هیجانی می باشد و در دختران با ۸/۳ درصد بیشتر از پسران با ۲/۹ درصد) مشاهده می شود. میزان شیوع افسردگی در کل نمونه ۳/۵ درصد است. میزان شیوع افسردگی در دختران بیشتر از پسران است (۶ درصد در مقابل ۱/۲ درصد). میزان شیوع مشکلات اضطراب اجتماعی و اضطراب جدایی در دختران به ترتیب ۲/۹ و ۳ درصد و در پسران ۲/۳ و ۲/۱ درصد می باشد. همچنین براساس نتایج بدست آمده ۱/۲ درصد از دانش آموزان دچار وسواس های عملی می باشند. آزمون آماری χ^2 نشان داد که بین جنسیت و مشکلات هیجانی رابطه معناداری وجود دارد و دختران بیشتر از پسران دچار مشکلات هیجانی می شوند ($\chi^2=31/12$ df=1 $p>0/0000$).

جدول ۳: میزان شیوع مشکلات ایدایی به تفکیک جنسیت و کل نمونه مورد مطالعه

نوع مشکل	پسر		دختر		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اضطراب فراگیر	۴	۰/۸	۱۶	۳/۳	۲۰	۲
هراس	۱۵	۲/۹	۴۰	۸/۳	۵۵	۵/۵
وسواس فکری	۳	۰/۶	۴	۰/۸	۷	۰/۷
وسواس عملی	۵	۱	۷	۱/۴	۱۲	۱/۲
افسردگی	۶	۱/۲	۲۹	۶	۳۵	۳/۵
اضطراب اجتماعی	۱۲	۲/۳	۱۴	۲/۹	۲۶	۲/۶
استرس پس از سانحه	۰	۰	۳	۰/۶	۳	۰/۳
اضطراب جدایی	۱۱	۲/۱	۱۵	۳	۲۶	۲/۶
کل مشکلات هیجانی	۴۸	۹/۳	۱۰۷	۲۲/۱	۱۵۵	۱۵/۵

د - سایر مشکلات رفتاری

جدول ۴ میزان شیوع انواع مشکلات ایدایی را به تفکیک جنسیت و کل نمونه مورد مطالعه نشان می دهد. براساس نتایج بدست آمده شب ادراری با ۵/۲ درصد و ناخن جویدن با (۴/۶ درصد) شایعترین مشکلات رفتاری در بین دانش آموزان ابتدایی و راهنمایی می باشند. میزان شیوع سایر مشکلات رفتاری در پسران با (۱۷/۱ درصد) بیشتر از دختران (۸/۹ درصد) است. همان طور که در جدول مشاهده می شود میزان شیوع حسادت در دانش آموزان ۴/۶ درصد است و در دختران بیشتر از پسران مشاهده می شود (۵/۶ درصد در مقابل ۳/۷ درصد). آزمون آماری χ^2 رابطه معناداری بین جنسیت و سایر مشکلات رفتاری نشان داد و پسران بیشتر از دختران دچار سایر مشکلات رفتاری می شوند ($p > 0.05$ $df = 1$ $\chi^2 = 7.74$).

جدول ۴: میزان شیوع سایر مشکلات رفتاری به تفکیک جنسیت و کل نمونه مورد مطالعه

نوع مشکل	پسر		دختر		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تیک حرکتی	۱۲	۲/۳	۲	۰/۴	۱۴	۱/۴
تیک صوتی	۳	۰/۶	۱	۰/۲	۴	۰/۴
شب ادراری	۴۲	۸/۱	۱۰	۲/۱	۵۲	۵/۲
روز ادراری	۱۰	۱/۹	۳	۰/۶	۱۳	۱/۳
خود ارضایی	۱۳	۲/۵	۱	۰/۲	۱۴	۱/۴
ناخن جویدن	۳۲	۶/۲	۱۴	۲/۹	۴۶	۴/۶
مو کندن	۱۱	۲/۱	۲	۰/۴	۱۳	۱/۳
گرایش به فعالیت های جنس مخالف	۷	۱/۳	۵	۱	۱۲	۱/۲
حرف زدن در خواب	۲۶	۵	۱۷	۳/۵	۴۳	۴/۳
حسادت	۱۹	۳/۷	۲۷	۵/۶	۴۶	۴/۶
کل مشکلات	۸۳	۱۷/۱	۴۳	۸/۹	۱۳۲	۱۳/۲

میزان شیوع مشکلات رفتاری بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

۱- میزان شیوع مشکلات رفتاری بر حسب دوره تحصیلی

جدول ۵ میزان شیوع مشکلات رفتاری را بر حسب دوره تحصیلی و به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. براساس نتایج بدست آمده میزان شیوع مشکلات رفتاری در دوره راهنمایی با ۳۷/۹ درصد بیشتر از دوره ابتدایی با ۲۸/۶ درصد است. همچنین میزان شیوع مشکلات رفتاری در پسران راهنمایی با (۴۱/۳) درصد بیشتر از دختران راهنمایی با (۳۴/۳ درصد) است. میزان شیوع مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان پسر ابتدایی ۳۴/۳ درصد و در دختران ۲۶/۹ درصد می‌باشد. آزمون آماری χ^2 رابطه معناداری بین متغیر دوره تحصیلی و مشکلات رفتاری نشان داد. به این ترتیب که دانش‌آموزان دوره راهنمایی در مقایسه با دانش‌آموزان ابتدایی مشکلات رفتاری بیشتری دارند ($p > 0/001$ $df = 1$ $\chi^2 = 9/85$).

جدول ۵: میزان شیوع مشکلات رفتاری بر حسب دوره تحصیلی و به تفکیک جنسیت

دوره تحصیلی	پسر			دختر			جمع کل	
	تعداد نمونه	تعداد مشکل‌دار	میزان شیوع	تعداد نمونه	تعداد مشکل‌دار	میزان شیوع	تعداد	میزان شیوع
ابتدایی	۲۸۶	۷۷	۲۶/۹	۲۷۴	۸۳	۳۰/۳	۵۶۰	۲۸/۶
راهنمایی	۲۳۰	۲۳۰	۴۱/۳	۷۲	۴۳/۲	۴۴۰	۱۶۷	۳۷/۹
جمع	۵۱۶	۱۷۲	۳۳/۳	۴۸۴	۱۵۵	۳۲	۱۰۰۰	۳۲/۷

۲- میزان شیوع مشکلات رفتاری بر حسب وضعیت اقتصادی - اجتماعی والدین

براساس نتایج بدست آمده (جدول ۶) میزان شیوع مشکلات رفتاری در کل نمونه برای وضعیت اقتصادی و اجتماعی خیلی پایین، پایین و متوسط به ترتیب با ۵۴/۳، ۳۹ و ۳۱/۲ درصد بیشتر از وضعیت اقتصادی و اجتماعی بالا و خیلی بالا به ترتیب با ۱۴/۷ و ۱۲/۸ درصد می‌باشد. تأثیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی در مورد دختران مشهودتر است. به این ترتیب که بالاترین میزان شیوع مشکلات رفتاری برای دختران در وضعیت اقتصادی و اجتماعی خیلی پایین و پایین و کمترین میزان در وضعیت اقتصادی و اجتماعی خیلی بالا نشان داده شده است. در مورد پسران بالاترین میزان شیوع مشکلات رفتاری در کل نمونه در وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین با ۴۹/۳ درصد و بعد از آن وضعیت اقتصادی و اجتماعی خیلی پایین با ۳۳/۳ درصد حایز بیشترین مشکلات رفتاری می‌باشند. همچنین کمترین میزان شیوع مشکلات رفتاری در پسران در

وضعیت اقتصادی و اجتماعی خیلی بالا با (۱۲/۹ درصد) مشاهده شد. آزمون آماری χ^2 نشان داد که رابطه معناداری بین وضعیت اقتصادی و اجتماعی والدین و میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان وجود دارد. به این ترتیب که دانش‌آموزانی که والدین شان از وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایینی برخوردار هستند، در مقایسه با دانش‌آموزان دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی بالا مشکلات رفتاری بیشتری دارند ($\chi^2 = 75/85$ $df = 4$ $p > 0/000$).

جدول ۶: میزان شیوع مشکلات رفتاری بر حسب وضعیت اقتصادی - اجتماعی

والدین و به تفکیک جنسیت

دوره تحصیلی	پسر			دختر			جمع کل		
	تعداد نمونه	تعداد مشکل‌دار	میزان شیوع	تعداد نمونه	تعداد مشکل‌دار	میزان شیوع	تعداد	میزان	
خیلی پایین	۲۱	۷	۳۳/۳	۱۴	۱۲	۸۵/۷	۳۵	۱۹	۵۴/۳
پایین	۱۴۴	۷۱	۴۹/۳	۱۱۵	۵۶	۴۸/۷	۲۵۹	۱۲۷	۴۹
متوسط	۲۵۹	۷۷	۲۹/۷	۲۱۸	۷۲	۳۳	۴۷۷	۱۴۹	۳۱/۲
بالا	۶۱	۱۳	۲۱/۳	۸۲	۸	۹/۸	۱۴۳	۲۱	۱۴/۷
خیلی بالا	۳۱	۴	۱۲/۹	۵۵	۷	۱۲/۷	۸۶	۱۱	۱۲/۸
جمع	۵۱۶	۱۷۲	۳۳/۳	۴۸۴	۱۵۵	۳۲	۱۰۰۰	۳۲۷	۳۲/۷

۳- میزان شیوع مشکلات رفتاری بر حسب وضعیت تحصیلی

جدول ۷ میزان شیوع مشکلات رفتاری را بر حسب وضعیت تحصیلی و به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. براساس نتایج بدست آمده بالاترین میزان شیوع مشکلات رفتاری در کل نمونه در دانش‌آموزان دارای وضعیت تحصیلی خیلی ضعیف و ضعیف به ترتیب با ۸۷/۹ و ۷۳/۵ درصد و کمترین میزان در دانش‌آموزان دارای وضعیت تحصیلی عالی ۱۷/۶ درصد مشاهده می‌شود. در نمونه پسران بالاترین میزان شیوع مشکلات رفتاری وضعیت تحصیلی خیلی ضعیف با ۸۱/۳ درصد و کمترین میزان شیوع مشکلات رفتاری در وضعیت تحصیلی عالی با (۱۵/۸ درصد) مشاهده می‌شود. همچنین در نمونه دختران بالاترین میزان شیوع مشکلات رفتاری در وضعیت تحصیلی خیلی ضعیف با ۱۰۰ درصد و کمترین میزان شیوع مشکلات رفتاری در وضعیت

تحصیلی عالی با ۱۹ درصد مشاهده می‌شود. آزمون آماری χ^2 نشان داد که رابطه معناداری بین وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان و میزان شیوع مشکلات رفتاری وجود دارد، به این ترتیب که دانش‌آموزانی که از نظر تحصیلی ضعیف هستند، در مقایسه با دانش‌آموزانی که وضعیت تحصیلی خوبی دارند، مشکلات رفتاری بیشتری دارند ($\chi^2 = 71/85$ df = ۴ $p > 0/000$).

جدول ۷: میزان شیوع مشکلات رفتاری برحسب وضعیت تحصیلی و به تفکیک جنسیت

وضعیت تحصیلی	پسر			دختر			جمع کل	
	تعداد نمونه	تعداد مشکل‌دار	میزان شیوع	تعداد نمونه	تعداد مشکل‌دار	میزان شیوع	تعداد مشکل‌دار	میزان شیوع
خیلی ضعیف	۱۶	۱۳	۸۱/۳	۷	۷	۱۰۰	۲۰	۸۷
ضعیف	۵۵	۴۰	۷۲/۷	۳۵	۴۷	۷۴/۵	۷۵	۷۳/۵
متوسط	۹۳	۵۲	۵۵/۹	۳۰	۶۱	۴۹/۲	۸۲	۵۳/۲
خوب	۱۱۲	۲۹	۲۵/۹	۲۷	۷۴	۳۶/۵	۵۶	۳۰/۱
خیلی خوب	۲۴۰	۳۸	۱۵/۸	۵۶	۲۹۵	۱۹	۹۴	۱۷/۶
جمع	۵۱۶	۱۷۲	۳۳/۲	۱۵۵	۴۸۴	۳۲	۳۲۷	۳۲/۷

۴- میزان شیوع مشکلات رفتاری بر حسب تعداد فرزندان (بعد خانوار)

همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود بالاترین میزان شیوع مشکلات رفتاری در کل نمونه در خانواده‌های دارای بیش از ۵ فرزند با ۴۸/۹ درصد و کمترین میزان در خانواده‌های دارای ۱-۲ فرزند با ۲۴/۳ درصد مشاهده می‌شود. همچنین میزان شیوع مشکلات رفتاری در پسران دارای خانواده‌های پرجمعیت با ۵۲/۴ درصد بیشتر از دختران (۴۵ درصد) می‌باشد. آزمون آماری χ^2 نشان داد که بین تعداد فرزندان خانواده و میزان شیوع مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان رابطه معناداری وجود دارد، به این ترتیب که دانش‌آموزانی که خانواده‌های پرجمعیت دارند در مقایسه با دانش‌آموزان دارای خانواده‌های کم جمعیت مشکلات رفتاری بیشتری دارند ($p > 0/000$).

$$\chi^2 = 40/32 \quad df = 2$$

جدول ۸: میزان شیوع مشکلات رفتاری برحسب تعداد فرزندان و به تفکیک جنسیت

وضعیت تحصیلی	پسر			دختر			جمع کل	
	تعداد نمونه	تعداد مشکل دار	میزان شیوع	تعداد نمونه	تعداد مشکل دار	میزان شیوع	تعداد	میزان
۱-۲	۱۶۸	۳۹	۲۳/۲	۱۷۳	۴۴	۲۵/۴	۳۴۱	۲۴/۳
۳-۴	۲۲۱	۶۷	۳۰/۲	۲۰۰	۶۱	۳۰/۵	۴۲۳	۳۰/۳
۵ به بالا	۱۲۶	۶۶	۵۲/۴	۱۱۱	۵۰	۴۵	۲۲۷	۴۸/۹
جمع	۵۱۶	۱۷۲	۳۳/۳	۴۸۴	۱۵۵	۳۲/۰۲	۱۰۰۰	۳۲/۷

۵- میزان شیوع مشکلات رفتاری بر حسب سابقه مشکلات روانی در خانواده

براساس نتایج بدست آمده (جدول ۹) میزان شیوع مشکلات رفتاری در کل نمونه در خانواده هایی که سابقه مشکلات روانی دارند با ۵۶ درصد بیشتر از خانواده‌های بدون سابقه مشکلات روانی است. همچنین پسران دارای سابقه مشکلات روانی در خانواده با ۶۵/۵ درصد در مقایسه با دختران (۴۸ درصد) مشکلات رفتاری بیشتری نشان می‌دهند. آزمون آماری χ^2 نشان داد که بین سابقه بیماری عصبی در خانواده و میزان شیوع مشکلات رفتاری رابطه معناداری وجود دارد ($\chi^2=16/95$ df=1 $p>0/000$).

جدول ۹: میزان شیوع مشکلات رفتاری برحسب سابقه مشکلات روانی در خانواده

سابقه مشکلات روانی در خانواده	پسر			دختر			جمع کل	
	تعداد نمونه	تعداد مشکل دار	میزان شیوع	تعداد نمونه	تعداد مشکل دار	میزان شیوع	تعداد	میزان
بلی	۲۹	۱۹	۶۵/۵	۳۳	۱۶	۴۸	۶۲	۵۶
خیر	۴۸۷	۱۵۳	۳۱/۴	۴۵۱	۱۳۹	۳۰/۸	۹۳۸	۲۹۲
جمع	۵۱۶	۱۷۲	۳۳/۳	۴۸۴	۱۵۵	۳۲/۰۲	۱۰۰۰	۳۲/۷

بحث در یافته‌ها

موضوع سلامت روانی - اجتماعی دانش آموزان و نقش مدارس در سالهای اخیر مورد توجه جدی سیاست‌گزاران و برنامه‌ریزان خدمات بهداشتی قرار گرفته است (واحد بهداشت روان سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴). مدارس نقش مهمی در ارتقای سلامت روان دانش آموزان و کل جامعه

دارند و مناسب‌ترین مکان برای اجرای برنامه‌های بهداشتی محسوب می‌شوند (همان منبع). با این حال هر نوع برنامه ریزی برای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی دانش‌آموزان مستلزم درک وضعیت موجود از لحاظ تنوع و فراوانی مشکلات و اولویت‌بندی نیازها است. با توجه به اهمیت مطالعات همه‌گیرشناسی در این خصوص، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دوره ابتدایی و راهنمایی طراحی شده بود. مشکلاتی که دانش‌آموزان مدارس با آنها مواجه هستند از تنوع مختلفی برخوردار می‌باشد و از نظر شدت نیز دامنه متفاوتی دارند. بسیاری از دانش‌آموزان مشکلاتی دارند که کارکرد تحصیلی و اجتماعی آنان را مختل می‌کند ولی در حدی نیستند که معیارهای تشخیصی یک اختلال خاص را تامین نمایند. در همین راستا سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۴) گزارش می‌نماید که ۲۰ تا ۳۰ درصد دانش‌آموزان مشکلات روانی اجتماعی دارند و نزدیک ۳ تا ۱۲ درصد آنان دچار اختلالات روانی شدید می‌باشند. در پژوهش حاضر بر اساس رویکرد ارایه شده توسط آکادمی پزشکان اطفال آمریکا (۱۹۹۶) که مشکلات روانی اجتماعی کودکان را بر روی یک پیوستار در نظر می‌گیرد که از تغییرات رشدی تا مشکلات و اختلالات روانی گسترده است، به جای تاکید بر اختلالات روانی کودکی بر مشکلات رفتاری و هیجانی تاکید شده است.

شیوع کلی مشکلات رفتاری

بر اساس نتایج بدست آمده ۳۲/۷ درصد از کودکان مدارس ابتدایی و راهنمایی دچار مشکلاتی رفتاری و هیجانی هستند. این نتیجه با توجه به رویکرد پژوهش (تاکید بر مشکل به جای اختلال) با آمارهای ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶، به نقل از هندرن، ۱۳۷۷) همخوانی دارد. همچنین بررسی گلفارب (۱۳۶۹) که نرخ شیوع مشکلات رفتاری را در کودکان ۹-۱۱ ساله ۲۹/۸ اعلام کرده، این یافته را تایید می‌نماید. مهریار و همکاران (۱۹۸۵) نرخ کلی شیوع اختلالات رفتاری را در دانش‌آموزان ابتدایی دختر ۲۲ درصد و در پسران ۲۷ درصد گزارش کرده‌اند. زاده باقری (۱۳۷۳) میزان شیوع اختلالات رفتاری را در دختران ۲۴/۴ درصد و در پسران ۲۹/۶ درصد اعلام نموده است. در بررسی‌های حاضر میزان شیوع مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان ابتدایی ۲۸/۶ درصد بدست آمد که با نتایج مطالعات ذکر شده همخوانی دارد. وجود برخی تفاوتها بین یافته‌های این پژوهش و برخی مطالعات ذکر شده به این دلیل است که اولاً در پژوهش حاضر برخلاف مطالعات فوق بر مشکلات رفتاری تاکید شده نه اختلالات، و دوم اینکه جمعیت هدف مطالعات ذکر شده دانش‌آموزان ابتدایی بودند ولی در پژوهش حاضر دانش‌آموزان راهنمایی هم مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که به دلایل مختلف از جمله فرایند بلوغ

بیشتر در معرض خطر هستند و سوم اینکه بیشتر بررسی‌های ذکر شده بر چند مشکل محدود بویژه مشکلات ایدایی متمرکز بوده‌اند، در حالی که در مطالعه حاضر طیف گسترده‌ای از مشکلات رفتاری، عاطفی و سایر مشکلات مورد بررسی قرار گرفته است و همین امر موجب افزایش نرخ شیوع کلی شده است.

همان طور که اشاره شد در این پژوهش براساس راهنمای طبقه‌بندی ارایه شده توسط آکادمی پزشکان اطفال آمریکا (۱۹۹۶) مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی و راهنمایی در سه طبقه کلی مشکلات ایدایی، مشکلات هیجانی و سایر مشکلات رفتاری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مشکلات ایدایی با ۱۷/۵ درصد شایعترین مشکلات در بین دانش‌آموزان می‌باشند. این نتیجه با یافته‌های بهره‌دار (۱۳۷۷)، توکلی زاده (۱۳۷۵) و همکاران (۱۹۸۹) راتر و همکاران (۱۹۷۵) هماهنگ است.

در کل نتایج این پژوهش در خصوص میزان شیوع انواع مشکلات ایدایی از جمله بیش فعالی و کمبود توجه، نافرمانی، و مشکلات سلوکی با یافته‌های بسیاری از مطالعات (گلدفارب، ۱۳۶۹؛ اندرسون و همکاران، ۱۹۸۷؛ مکی‌گی و همکاران، ۱۹۹۰؛ مهریار و همکاران، ۱۹۸۵؛ توکلی‌زاده، ۱۳۷۵؛ بهره‌دار، ۱۳۷۷؛ مرکز خدمات بهداشت روان، ۱۹۹۶) هماهنگ است.

میزان شیوع مشکلات هیجانی در کودکان متفاوت گزارش شده است (فرگوسن و همکاران، ۱۹۸۹؛ جفرسون و فیتز جرالده، ۱۹۹۱؛ به نقل از کراتوچویل و موریس، ۱۳۷۸). دژکام به نقل از بهره‌دار (۱۳۷۷) میزان شیوع اختلالات هیجانی را ۱۰/۵ درصد و رومزپور (۱۳۷۴) ۹/۶ درصد گزارش کرده‌اند ولی این بررسی‌ها در مدارس ابتدایی انجام شده‌اند. همچنین مرکز خدمات بهداشت روان (۱۹۹۶) در بررسی همه‌گیرشناسی خود میزان شیوع مشکلات هیجانی را ۱۵-۲۰ درصد گزارش نموده است. در پژوهش حاضر، میزان شیوع مشکلات هیجانی ۱۵/۵ درصد بدست آمد که با نتایج مرکز بهداشت روان (۱۹۹۶) و فرقانی (۱۳۶۹) هماهنگ می‌باشد.

تحلیل مشکلات رفتاری بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

جنسیت

براساس نتایج پژوهش حاضر میزان شیوع کل مشکلات رفتاری در پسران با ۳۲/۳ درصد بیشتر از دختران با ۳۲ درصد است. این تفاوت جنسی در خصوص مشکلات ایدایی کاملاً مشهود است و پسرها دوبار بیشتر از دخترها دچار مشکلات ایدایی می‌شوند. این نتیجه با یافته‌های بیشتر پژوهش‌ها از جمله (اندرسون و همکاران، ۱۹۸۷؛ مکی‌گی و همکاران، ۱۹۹۰؛ مهریار و همکاران، ۱۹۸۵؛ توکلی‌زاده، ۱۳۷۵؛ بهره‌دار، ۱۳۷۷؛ مرکز خدمات بهداشت روان، ۱۹۹۶)

همخوان است. با وجود این، میزان شیوع مشکلات هیجانی در دخترها بیشتر از پسرها است (۲۲/۱ درصد در مقابل ۹/۳). نتایج مطالعات متعددی فراوانی زیاد مشکلات درونی شده و هیجانی در دختران و برعکس مشکلات بیرونی شده و ایذایی در پسران را مورد تایید قرار می‌دهد. (ویلیامز، ۱۹۹۰؛ فومبون و همکاران، ۱۹۹۴؛ واتیکر و همکاران، ۱۹۹۰؛ مهریار و همکاران، ۱۹۸۵؛ توکلی زاده، ۱۳۷۵؛ بهره‌دار، ۱۳۷۷). مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی، فرهنگی، زیستی و روانی در تبیین این تفاوت دخیل می‌باشند.

وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده

نتایج بدست آمده رابطه معناداری بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی والدین و میزان شیوع مشکلات رفتاری نشان داد. براساس این یافته‌ها میزان شیوع مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان وابسته به طبقات اقتصادی - اجتماعی پایین بیشتر از طبقات بالا می‌باشد. این یافته در بررسی‌های مختلف (راتر و همکاران، ۱۹۷۰؛ ویلیامز، ۱۹۹۰؛ استوارت و همکاران، ۱۹۸۰؛ افورد و همکاران، ۱۹۹۱؛ تیلور، ۱۹۹۴؛ بیرد و همکاران، ۱۹۸۸؛ باتیا و همکاران، ۱۹۸۰؛ رومزپور و همکاران، ۱۹۸۵؛ توکلی‌زاده، ۱۳۷۵؛ بهره‌دار، ۱۳۷۷) در مورد انواع مشکلات رفتاری مورد تایید قرار گرفته است. به طور کلی دانش‌آموزان متعلق به والدین دارای وضعیت اقتصادی - اجتماعی خیلی پایین و پایین به دلیل ارتباط بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی و مسایلی از قبیل سوءتغذیه، مواجهه با آلودگی‌های محیطی و مشکلات حاملگی و زایمان و... بیشتر در معرض خطر مشکلات روانی و عاطفی قرار دارند (نلیگان و همکاران، ۱۹۹۰، به نقل از باتیا و همکاران، ۱۹۹۱). تأثیر محرومیت اقتصادی - اجتماعی بر کودکان از این واقعیت ناشی می‌شود که وضعیت اقتصادی - اجتماعی یک متغیر مرکب است که منابع بالقوه منفی برای ایجاد اثرات مخرب را دارا می‌باشند. علاوه بر درآمد پایین وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین اغلب با سطح تحصیلات ضعیف، سطح اشتغال پایین، وضعیت تک‌والدی و وقایع منفی زندگی از قبیل مواجهه با خشونت و تغذیه ضعیف همراه است. گورا و همکاران (۱۹۹۵) در تبیین رابطه بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی و پرخاشگری به این نتیجه رسیدند که اثرات وضعیت اقتصادی - اجتماعی بیشتر به اثرات و وقایع استرس‌زای زندگی همراه با این وضعیت مربوط می‌شود.

وضعیت تحصیلی

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رابطه معناداری بین وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان و مشکلات رفتاری وجود دارد. به این ترتیب که میزان شیوع مشکلات رفتاری در دانش‌آموزانی که وضعیت تحصیلی ضعیفی دارند؛ بالاتر است. مطالعات متعددی این یافته را مورد تایید قرار

می دهند (لدینگ هام و شوارتزمن، ۱۹۸۴؛ استورج، ۱۹۸۲؛ کانتول، ۱۹۸۵؛ به نقل از توکلی زاده، ۱۳۷۵؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴؛ بهره دار، ۱۳۷۷). بالا بودن مشکلات رفتاری در دانش آموزان دارای وضعیت تحصیلی ضعیف احتمالاً به این دلیل است که این مشکلات بر روی کنش های شناختی افراد تأثیر می گذارد و موجب بی توجهی، تکانشگری، هیجان پذیری، کمبودهای شناختی و رفتارهای مقابله ای می گردد (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۱). همچنین در برخی موارد کودکانی که در امر تحصیل شکست می خورند به خاطر کاهش اعتماد به نفس به رفتارهای بزهکارانه روی می آورند تا از این طریق تقویت و پاداش از دست رفته را بدست آورند (همان منبع). شاپار و اشموت (۱۹۹۰) اظهار می کنند که کودکان دارای مشکلات سلوکی علیرغم هوش متوسط نسبت به کودکان دیگر با مشکلات تحصیلی بیشتری مواجه می شوند (توکلی زاده، ۱۳۷۵). بنابراین می توان گفت که رابطه دو سویه ای بین وضعیت تحصیلی و مشکلات رفتاری دانش آموزان وجود دارد که تعیین رابطه علی را دشوار می سازد.

سابقه مشکلات روانی در خانواده

یافته های این پژوهش رابطه معناداری بین وجود سابقه مشکلات روانی در خانواده و مشکلات روانی نشان داد. میزان شیوع مشکلات رفتاری در خانواده هایی که سابقه مشکلات روانی دارند، بیشتر است. نتایج پژوهش های مختلف (راتر و همکاران، ۱۹۹۰؛ بورباخ و بوردین، ۱۹۸۶؛ بلز و همکاران، ۱۹۹۰؛ جنسن و همکاران، ۱۹۹۰؛ توکلی زاده، ۱۳۷۵؛ ابراهیمی، ۱۳۷۰) این یافته را تایید می کنند. کمپل (۱۹۹۵) ابتلا والدین به اختلالات روانی بویژه افسردگی مادر را یکی از عوامل خطر ساز مشکلات رفتاری کودکان ذکر می کند. وی در تبیین این موضوع اشاره می کند که اختلال روانی والدین بویژه افسردگی مادر در رابطه بهینه مادر - کودک تداخل می نماید. همچنین افزایش میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان دارای سابقه خانوادگی اختلالات روانی را می توان هم به عوامل ژنتیکی و محیطی نظیر فقر، خشونت، ارتباط مختل و فرزند پروری ضعیف و نیز به عواقب اختلالات روانی والدین مانند عدم نظارت درست بر رفتار کودکان نسبت داد. بنابراین یافته های پژوهشی نشان می دهند که مشکلات روانی والدین بستر مناسبی برای رشد رفتارهای نابهنجار فراهم می سازد (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۵).

به طور کلی مجموعه ای از عوامل خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی و روانشناختی در ایجاد مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان نقش دارند. فراوانی بالای مشکلات رفتاری در دانش آموزان ابتدایی و راهنمایی توجه جدی به سلامت روانی دانش آموزان را ضروری می نماید. با توجه به شیوع بالای مشکلات روانی، عاطفی و رفتاری در دانش آموزان دوره های تحصیلی یاد

شده ایجاد نظام جامع راهنمایی و مشاوره رشدی در مدارس ابتدایی و راهنمایی و تدوین برنامه جامع بهداشت روان مدارس بسیار اساسی می باشد. همچنین آموزش والدین و معلمان و توانمندسازی روانی اجتماعی دانش آموزان و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای آنان از طریق آموزش مهارت‌های زندگی گام مهمی در جهت پیشگیری از مشکلات روانی اجتماعی دانش آموزان می باشد.

منابع

فارسی

- ابراهیمی، ع. (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر اسفراین. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- بهره‌دار، ج. (۱۳۷۷). بررسی همه گیرشناسی اختلالات سلوکی و هیجانی در کودکان مدارس ابتدایی شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- توکلی زاده، ج. (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- دژکام، م. و همکاران. (۱۳۷۱). بررسی میزان شیوع اختلالات سلوک و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان کلاس‌های چهارم و پنجم دبستانی شهر قم. ارایه شده در اولین سمینار سراسری بررسی علل و پیشگیری از اختلالات رفتاری دوران کودکی و نوجوانی (دانشگاه علوم پزشکی زنجان).
- رومپور، ز. (۱۳۷۴). بررسی پایایی و اعتبار و هنجاریایی مقدماتی پرسشنامه رفتاری کودکان راتر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- زاده باقری، عباس. (۱۳۷۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتاری در دانش آموزان دبستانی شهر یاسوج. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- فرقانی رئیس، شهلا. (۱۳۷۲). شناسایی تنوع و فراوانی ناهنجاری رفتار دانش آموزان کشور. معاونت پرورشی وزارت آموزش و پرورش.
- کراتوچویل، آر. توماس و موریس. جی. مورفی. (۱۳۷۸). روانشناسی بالینی کودک. ترجمه نائینیان و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- کریس. ال. کلینکه. (۱۳۸۴). مهارت‌های زندگی. ترجمه شهرام محمدخانی. انتشارات اسپند هنر.
- هندرن و همکاران. (۱۳۷۷). برنامه بهداشت روان مدارس. ترجمه ربیبه نوری قاسم آبادی. کارینه طهماسبیان و پروانه محمدخانی. سازمان بهزیستی کشور معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- هیوز، آن. جان. (۱۳۷۵). روانشناسی بالینی کودک. ترجمه نجاریان و همکاران، اهواز: انتشارات مردمک (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۸).

انگلیسی

Achenbach, T. M. Howell. C. T, Quay, H. C & Connors. C. K. (1991). National survey of problems and competencies among four - to sixteen year olds. *Monographs of the society research in child development*, 56.

- Adelman, H. S., & Taylor, L. (1997b). Addressing barriers to learning: Beyond school-linked services and full-service schools. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 408-421.
- Anderson, J. C. Williams. S. McGee, R. & P.A (1987). DSM-III-R disorders in preadolescent children: prevalence in large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44. 69-76.
- American Academy of Pediatrics. (1996). *Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care*.
- Bird, H. Canino, G. Rubio - Stripec, M, Gould, M. Ribera, J. (1987). estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 45 1120-1126.
- Campbell, S. B. (1995). behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of child psychology and psychiatry*, 36, 113-150.
- Campbell, S. B., Cohen, J. F. & Meyers (1995). Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression tonicity. *Developmental psychology*, 31. 349-357.
- Carr, A. (1999). *The handbook of child and adolescent clinical psychology*. London: Routledge.
- Cicchetti, D. Cohen, D. J. (1995). *Perspectives on developmental psychopathology*. New york: John Wiley.
- Cohen, P. Cohen, J., Kasen, S. Velez, C. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry*, 34. 851-867.
- Costello. Chen, D. (1995). developmental epidemiology. In Cicchetti, D. Cohen, D. J. (Eds). *Perspectives on developmental psychopathology*. NewYork: John Wiley.
- Costello, E. J. (1989). Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 836-841.
- Dilalla, L, F. & Gottesman. I. I. (1991). Biological and genetic contributors to violence. *Psychological Bulletin*, 109-125.
- Doll, B. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in children and youth: An agenda for advocacy by school psychology. *School Psychology Quarterly*. 11, 47-20.
- Dryfoos, J. G. (1994). *Full-service schools: A revolution in health and social services for children youth, and families*. San Francisco: Jossey - Bass.

- Dryfoos, J. G. (1998). *Safe passage: Making it through adolescence in a risky society*. New York: Oxford University Press.
- Guerra, N. G., Tolan, P. H., Houseman, L. R., Van Acker. R., & Eron., L. D. (1995). stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of counseling and clinical psychology*, 63, 518-528.
- Knitzer, J., Steinberg, Z., & Fleisch, B. (1990). *At the schoolhouse door: An examination of programs and policies for children with behavior and emotional problems*. NY: Banks street college of Education.
- Magnusson, D. (1988). *individual development from an intractional perspective: A longitudinal study*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mash, E, J. Dozois, D. A. (1996). *Child psychopathology: A developmental system perspective*. New York: Guilford press.
- Rutter, M, et al. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas. *British journal of psychiatry*, 126. 493-609.
- Ratter, M, et al (1976). Adolescent turmoil: fact or fiction? *Journal of child psychology and psychiatry*. 17. 35-56.
- Srouf, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55. 17-29.
- UCLA CENTER FOR MENTAL HEALTH IN SCHOOLS. (2001). *GUIDEBOOK: Common psychosocial problems of school Aged Youth: Developmental Variations, problems, Disorders and perspectives for prevention and Treatment*.

پتال جامع علوم انسانی