

The Prevalence of Behavioral Disorders in Preschool Children of Razan

میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان پیش دبستانی شهرستان رزن

Beheshteh Niusha, Ph.D.,¹ Kamran Ganji, Ph.D.,²
Leila Khademi Adel, M.A.³

دکتر بهشته نیوشا^۱، دکتر کامران گنجی^۲، لیلا خادمی عادل^۳

Received: 25.9.11 Revised: 2.1.12 Accepted: 4.7.12

تاریخ دریافت: ۹۰/۷/۳ تجدیدنظر: ۹۰/۱۰/۱۲ پذیرش نهایی: ۹۱/۴/۱۴

Abstract

Objective: This study investigates the prevalence of behavioral disorder among preschool children of Razan city. **Method:** The research method was descriptive-epidemiology. 327 preschool children (144 girls and 183 boys) were selected by random cluster sampling from governmental and private elementary schools. Information were collected by Child Behavior Checklist (CBCL), Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF) and questionnaire that made by researcher. Data were analysis by descriptive statistics, Chi square and Pearson correlation coefficient. **Results:** Analysis revealed that 9/8 % of preschool children had behavioral disorder and the prevalence of behavioral disorders includes anxiety, physical, withdrawal, attention, internalized and externalized disorders in boys were more than girls. Furthermore, the prevalence of behavioral disorders in rural areas was more than urban areas. **Conclusion:** The relatively high percent of behavioral disorders in preschool children emphasize the necessity of educational planning and implementing for parents and teachers, also present psychological and counseling services.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، با هدف بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان پیش دبستانی شهرستان رزن انجام شده است. **روش:** روش پژوهش توصیفی- همه گیرشناسی بود. ۳۲۷ کودک پیش دبستانی (۱۴۴ دختر و ۱۸۳ پسر) از مدارس ابتدایی دولتی و غیرانتفاعی شهرستان رزن با روش نمونه گیری خوشه ای- تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات با نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (۱۹۹۷، ۱۹۹۱؛ کیامنش و محمداسماعیل، ۱۳۸۷) و پرسشنامه پژوهشگر ساخته از مربیان و والدین، گردآوری شد. داده ها با روشهای آمار توصیفی، آزمون مجذور کای و همبستگی پیرسون تحلیل شدند. یافته ها: نتایج نشان داد که ۹/۸ درصد از کودکان پیش دبستانی شهرستان رزن مبتلا به اختلالات رفتاری هستند و میزان شیوع اختلالات رفتاری "اضطرابی"، "جسمی"، "گوشه گیری"، "توجه"، "درون نمود" و "برون نمود" در پسران پیش دبستانی، بیشتر از دختران است؛ همچنین میزان شیوع اختلالات رفتاری در مناطق روستایی، بالاتر از مناطق شهری است. **نتیجه گیری:** درصد نسبتاً بالای شیوع اختلالات رفتاری در کودکان پیش دبستانی بر ضرورت طراحی و اجرای برنامه های آموزشی برای والدین و معلمان و همچنین ارائه خدمات روان شناختی و مشاوره تاکید دارد.

Keywords: prevalence, behavioral disorders, preschool children, Razan city

واژه های کلیدی: شیوع، اختلالات رفتاری، کودکان پیش دبستانی، شهرستان رزن

1. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University (IAU), Saveh
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University (IAU), Malayer
3. M.A. in Educational Psychology

۱. نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، گروه روان شناسی

۲. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ملایر، گروه روان شناسی

۳. کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی

مقدمه

اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، قانون شکنی، رفتارهای پرخاشگرانه، درون‌نمود و برون‌نمود.

اختلالهای برون‌نمود در برگیرنده مشکلاتی هستند که برون‌ریز است و در تعارض با دیگر افراد و محیط، قرار می‌گیرند. در مقابل، مشخصه اصلی اختلالهای درون‌نمود، رفتارهای بیش از حد مهار شده‌ای است که معطوف به درون هستند (آخنباخ و رسکورا، ۲۰۰۱؛ کندال، ۲۰۰۰). نشانه‌های اختلال درون‌نمود شامل سکوت زیاد، اضطراب، افسردگی، بازداری، ناامیدی، کناره‌گیری، انزوای اجتماعی و شکایتهای جسمی هستند (ساندرز، مرل و کوب، ۱۹۹۹) مشکلات درون‌نمود می‌توانند بسیار زود و از سال دوم زندگی، آغاز شوند و در طی زمان، تحول یابند. پژوهشها نشان می‌دهند که رفتارهای درون‌نمود پس از سال دوم زندگی به تدریج افزایش می‌یابند و در سال پنجم تا ششم زندگی به میزان چشمگیری نگران‌کننده می‌شوند (زنگ، ۲۰۰۷). علت افزایش مشکلات درون‌نمود، تحول توانایی‌های شناختی در طی زمان دانسته شده است. دستیابی کودک به تواناییهای شناختی، او را قادر می‌سازد تا رویدادهای منفی و اضطراب‌زا را به یاد آورد و پیش‌بینی کند و یا به خیال‌پردازی در مورد آنها بپردازد (فانتی، ۲۰۰۷).

کودکان دچار اختلالهای درون‌نمود با مشکلات فراوانی روبه‌رو هستند که از آن میان، می‌توان به سطح پایین حرمت خود، ضعف تحصیلی، مشکلات ارتباطی با همسالان و معلمان اشاره کرد. این مشکلات نیز به نوبه خود می‌توانند مشکلات ابتدایی را تشدید کنند و بر کنش‌وری و سازش یافتگی کودک و نوجوان، تأثیر منفی داشته باشند. باین‌حال این اختلالها به علت ماهیت پنهانشان، کمتر شناسایی، تشخیص و برای درمان ارجاع داده می‌شوند؛ به بیان دیگر، از آنجا که اختلالهای درون‌نمود، مشکل چندانی برای اطرافیان ایجاد نمی‌کنند و بسیاری از نشانه‌هایی که کودکان از آنها رنج می‌برند مانند، ناامیدی، اضطراب، بازداری صرفاً درون فرد تجربه می‌شوند، این مشکلات کمتر شناسایی

اختلالات رفتاری تقریباً در یک چهارم کودکان خردسال بروز کرده و خود را در مراحل بعدی زندگی کودک نشان می‌دهند؛ به‌ویژه وقتی که کودک از نظر روابط اجتماعی، نیز دارای مشکلاتی باشد. از عواملی که در به وجود آمدن مشکلات رفتاری دخالت دارند می‌توان از تأثیر متقابل شرایط اجتماعی، محیطی و ویژگیهای شخصیتی کودک نام برد، با وجود مسائل زیادی که این کودکان با آن مواجه هستند، اغلب آنان تا سالها پس از ورود به مدرسه، شناسایی نمی‌شوند و تحت آموزش ویژه قرار نمی‌گیرند، مگر زمانی که اختلال رفتاری و مشکلات تحصیلی آنان، شدید شود (دانکن، فورس، و هارتسو، ۱۹۹۵).

بررسیها نشان می‌دهند که تقریباً ۲۰ درصد کودکان پیش‌دبستانی از سطوح اندک تا سطوح بالا، از مشکلات بالینی رنج می‌برند (لاوین، جی بونز، کریستوفل، آرنه، روسن بام، بینز، داوسن، سوبل، ایساک، ۱۹۹۶). این مشکلات دارای اثرات مهمی برای کودکان خردسال هستند؛ چون می‌توانند با ایجاد مانع در راه اکتساب مهارتهای متناسب با سن، بر مسیرهای تحولی اثر کرده و کودکان را در معرض خطر مشکلات بعدی قرار دهند (پاتوسن و استول میلر، ۱۹۹۱). گزارش مربیان مهدکودکها نیز نشان‌دهنده آن است که بیش از نیمی از شاگردان، آمادگی کافی برای یادگیری محتوای آموزشی ندارند و چنانچه بسیاری از پژوهشها نشان داده است (بوید، بارنت، بودورا، لئونگ و گامبی، ۲۰۰۵؛ نقل از دادستان، عسگری، رحیم‌زاده و بیات، ۱۳۸۹)، پرخاشگری پایدار جسمی، میزان بالای شکست تحصیلی، بزهکاری نوجوانان و رفتار ضدا اجتماعی، همگی با مشکلات رفتاری دوره کودکی همراه بودند.

تاکنون طبقه‌بندیهای مختلفی برای اختلالهای رفتاری صورت گرفته است. آخنباخ (۱۹۹۱) نیز اختلالهای رفتاری را به ده طبقه تقسیم کرده است: اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات

دریافتند که فراوانی کلی بیش‌فعالی و نقص توجه ۱۶/۳ درصد است که در پسران (۱۹/۵ درصد) بیش از دختران (۱۳ درصد) بوده است.

ملکشاهی و فرهادی (۱۳۸۷)، دریافتند که ۷۹/۳ درصد از کودکان شهری و ۶۸ درصد کودکان روستایی خرم‌آباد حداقل گرفتار یکی از مشکلات رفتاری هستند. عبدی (۱۳۸۷) نیز در بررسی مهارتهای اجتماعی و مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی ایرانی نشان داد که با رتبه‌گذاری والد و مربی، بین دو جنس از لحاظ زیر مقیاسهای مهارتهای اجتماعی (به استثنای جرأت‌ورزی فرم والد) و نیز رفتارهای مشکل‌دار تفاوت وجود دارد. همچنین دختران نمره‌های بالاتری را در همیاری و خودمهارگری، مهارتهای اجتماعی و نیز رفتارهای درون‌نمود نسبت به هم‌تایان پسر با رتبه‌گذاری مربی، کسب کردند. درحالی‌که پسران تنها در زیر مقیاس برون‌نمود، میانگین بالاتری را به دست آوردند. نجفی، فولادچنگ، علیزاده و محمدی‌فر (۱۳۸۸) میزان شیوع اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان دبستانی شهر شیراز را ۱۷/۵ درصد برآورد کردند. آنها میزان شیوع اختلالهای رفتاری در پسران را بیشتر از دختران و شایع‌ترین اختلال رفتاری را کاستی توجه گزارش کرده‌اند؛ همچنین غباری بناب، پرند، خانزاده، موللی و نعمتی (۱۳۸۸) میزان شیوع اختلالهای رفتاری را بر اساس طبقه‌بندی بالینی در مقیاس نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳ درصد و در طبقه بالینی ۵/۸ درصد در طبقه مرزی برآورد کردند. در طبقه بالینی، بیشترین فراوانی به اختلال‌های درون‌نمود و کمترین فراوانی به اختلالهای اضطرابی و در طبقه مرزی نیز بیشترین فراوانی به افسردگی و کمترین فراوانی به مشکلات تفکر اختصاص داشت.

با توجه به اینکه خانواده و محیطهای اجتماعی مانند مهدکودک و کودکستان، تأثیر بسیار مهمی در تحول مهارتهای اجتماعی و فرایند اجتماعی شدن کودکان دارند، والدین و مربیان به‌مثابه مهم‌ترین منابع اطلاعاتی درباره رفتار اجتماعی و هیجانی کودکان،

و مورد توجه بالینی قرار می‌گیرند (ساندرز، مرل و کوب، ۱۹۹۹).

سن بروز و تشخیص، تأثیر خاصی در پایداری مشکل دارد. کودکانی که مشکلات آنها در چهار یا پنج سالگی شناسایی می‌شود، احتمالاً مشکلات پایداری خواهند داشت تا کودکی که در خردسالی (سالهای اول زندگی) مشکلات خود را نشان می‌دهند (لاوینگ، ۱۹۹۸). شایع‌ترین مشکلاتی که در افراد با اختلال‌های رفتاری مشاهده می‌شود، مسائلی نظیر پرخاشگری و رفتارهای ایذایی است. نسبت تعداد پسران در مقایسه با دختران، پنج به یک یا بیشتر است. به‌طورکلی، گرایش پسران به رفتارهای پرخاشگرانه و مخرب، بیش از دختران است (کازدین، ۱۹۹۷).

کارن بیکر با بررسی اختلالهای رفتاری در کودکان و نوجوانان، نشان داد که شیوع این اختلالها بسیار بالاست و در وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، شیوع بالاتر است و ۳۰ تا ۴۰ درصد از کودکان و نوجوانان، به خدمات بهداشت روانی ارجاع داده شدند.

از پژوهشهایی که در ایران به بررسی میزان شیوع اختلالهای رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی پرداخته‌اند می‌توان به تحقیق اردلان، فرهود و شاه محمدی (۱۳۸۰) اشاره کرد. این پژوهش میزان شیوع بیش‌فعالی و کم‌توجهی در کودکان مقطع آمادگی را ۱۱ درصد برآورد کردند، که از این تعداد ۶۰ درصد پسر بودند. عبداللهیان، شاکری و وثوق (۱۳۸۳) شیوع بیش‌فعالی و نقص‌توجه را در پسران سنین قبل از دبستان مشهد ۱۸/۱ درصد و در دختران ۶/۷ گزارش کردند. مرادی، محمدعلیزاده، علایی، فخاری و اسدالهی (۱۳۸۴) در پژوهشی در شهر تبریز دریافتند که علائم اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی کودکان زیر سن مدرسه براساس گزارش والدین ۱۰/۳ درصد و طبق گزارش مربیان ۷/۷ درصد است. در پژوهش آنها اختلاف معناداری بین گزارش والدین و معلمان یافت نشد. اخوان کرباسی، گلستان، فلاح و صدرباقی (۱۳۸۶) در پژوهشی بر روی کودکان ۶ ساله شهر یزد

محسوب می‌شوند؛ بنابراین، جمع‌آوری اطلاعات از آنان با رتبه‌گذارهای مربی و والد برای دستیابی به تصویری کامل‌تر از رفتار اجتماعی و رفتارهای مشکل‌دار کودکان ضروری است.

متفاوت بودن آمار و ارقام شیوع اختلالات رفتاری به تفاوت در ملاکهای شناسایی، تفاوت در روشهای گردآوری اطلاعات و تفاوت در تعاریف برمی‌گردد؛ زیرا پژوهشگران با توجه به معیارهایی که در تعریف و طبقه‌بندی مورد نظر آنها ذکر شده، به مطالعه میزان شیوع می‌پردازند (هیوارد، ۲۰۰۰).

به‌طور خلاصه اختلالات رفتاری همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهند و از آنجایی که این اختلالات ثبات قابل توجهی در طول زمان نشان می‌دهند و در طولانی مدت بر زندگی فرد مبتلا و دیگر افراد، تأثیر می‌گذراند، پی بردن به میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین کودکان پیش‌دبستانی یک ضرورت است. این اختلالات کارکردهای تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان را نیز متأثر می‌سازند و به همین علت، از اهمیت بسیاری برخوردارند و شناسایی زودهنگام اختلالات رفتاری، مخصوصاً قبل از سنین مدرسه، می‌تواند ما را در طراحی برنامه‌های مرحله‌ای و به‌کارگیری آن یاری دهد و باعث برقراری ارتباط بیشتر والدین با مدرسه برای حل مشکلات و شناخت ویژگیهای رفتاری کودکان شود. در این راستا همه‌گیرشناسی اختلال‌های رفتاری کودکان پیش‌دبستانی به‌مثابه یکی از راهبردهای شناسایی و تشخیص اختلالات رفتاری مورد نظر و بررسی شیوع آنها، نقش مهمی را در تدوین برنامه‌های جامع بهداشتی و پیشگیری دارد. به همین منظور، پژوهش حاضر با سؤالی مطرح شده به بررسی شیوع اختلال‌های رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی شهرستان رزن می‌پردازد:

(۱) میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی شهر رزن چقدر است؟

(۲) آیا میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری در کودکان

پیش‌دبستانی دختر و پسر متفاوت است؟

(۳) آیا میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی مناطق شهری و روستایی رزن، متفاوت است؟

(۴) آیا بین میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری و ویژگیهای جمعیت‌شناختی کودکان پیش‌دبستانی رابطه وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر، از نوع توصیفی- همه-گیرشناسی است. هدف این روش، بررسی شیوع اختلال در جمعیت مورد نظر و ویژگیهایی است که این شیوع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. روش همه‌گیرشناسی، میزان شیوع اختلال را نشان می‌دهد و معمولاً به وسیله درصد بیان می‌شود (بلاک و هرسن؛ ۱۹۸۷). جامعه آماری را کودکان پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ سال کلاسهای پیش‌دبستانی مدارس ابتدایی دولتی و غیرانتفاعی شهرستان رزن (شامل دو بخش: مرکزی و قروه درجزین) در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ تشکیل می‌دادند. بر اساس اطلاعات آماری سازمان آموزش و پرورش تعداد آنها ۸۵۶ نفر بوده است.

حجم نمونه بر اساس جدول مورگان (کوهن و همکاران، ۲۰۰۱) معادل ۴۰۰ نفر (با احتساب افت آزمودنیها) تعیین و از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای- تصادفی استفاده شد. ابتدا از مدارس شهرستان که شامل بخشهای مرکزی، رزن و قروه درجزین است، تعدادی مدرسه انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی، از بین آنها چندین کلاس پیش‌دبستانی مشخص شد؛ سپس از بین دانش‌آموزان پیش‌دبستانی آن کلاسها، ۴۰۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. فرم گزارش مربی (C-TRF، ۲۰۰۰؛ کیامنش و محمداسماعیل، ۱۳۸۷) در اختیار مربیان و سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (CBCL، ۲۰۰۰؛ کیامنش و محمداسماعیل، ۱۳۸۷) هم در اختیار مادران قرارگرفت تا رفتار کودکان پیش‌دبستانی را با توجه به مشاهدات خود طی

ماههای گذشته، ارزیابی کنند.

در نهایت با کنار گذاشتن آزمودنیهایی که مادر یا مربیان آنها فرمها را ناقص تکمیل کرده بودند، تعداد نمونه به ۳۲۷ نفر کاهش یافت که ۱۴۴ نفر از کودکان دختر (۴۴ درصد) و ۱۸۳ کودک دیگر (۵۶ درصد) پسر بودند. سطح تحصیلات مادر و پدر اغلب کودکان پیش-دبستانی زیر دیپلم بود. تحصیلات پدر ۲۰/۸ درصد از کودکان بالای دیپلم و فقط ۹/۲ درصد از مادران کودکان، دارای تحصیلات بالای دیپلم بودند.

شغل پدران ۳۴/۶ درصد از کودکان پیش‌دبستانی آزاد، ۲۷/۲ درصد کارمند و یا فرهنگی بوده است. کودکانی که شغل پدرشان کارگر و یا کشاورز بود، به ۳۱/۵ درصد می‌رسید؛ همچنین مادر ۸۴/۷ درصد از کودکان نیز خانه‌دار و تنها ۱۱ درصد آنها شاغل بودند.

ابزار

نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA)^۱:

برای اندازه‌گیری اختلالهای رفتاری، از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ استفاده شده است. نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (۱۹۹۱، ۱۹۹۷؛ کیامنش و محمداسماعیل، ۱۳۸۷) مجموعه‌ای از فرمها برای سنجش شایستگیها و کارکردهای انطباقی است. فرمهای مربوط به کودکان ۵-۱/۵ در سال ۱۹۹۱ را توماس آخنباخ تهیه و در سال ۲۰۰۰ مورد تجدید نظر قرار گرفت. فرمهای آن عبارت‌اند از: سیاهه رفتاری کودک (CBCL)^۲ و گزارش مربی/مراقبین (C-TRF)^۳ که برای ارزشیابی آسان و سریع کودکان ۱/۵ تا ۵ سال، طراحی شده است. از آنجا که هیچ منبعی به-تنهایی نمی‌تواند اطلاعات دقیق و کامل را فراهم کند، لذا سنجش جامع، مستلزم چندین منبع اطلاعاتی است؛ بدین منظور فرمهای پیش‌دبستانی ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ شامل فرم سیاهه رفتاری کودک و فرم گزارش مربی، فرمهای موازی هستند که انجام مقایسه‌های منظم بین چشم اندازه‌های مختلف راجع به کودک را تسهیل می‌کند. فرم سیاهه رفتاری کودک دارای ۹۹ سؤال و ۸ مقیاس سندرمی است که

مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را مورد بررسی قرار می‌دهد. مقیاس‌های آن عبارت‌اند از: مقیاس برون‌نمود، درون‌نمود و سایر مشکلات. در مقیاس برون‌نمود، دو مقیاس سندرمی (نشانگان) شامل مقیاس پرخاشگری و مشکلات توجه و در مقیاس درون‌نمود چهار یا پنج مقیاس سندرمی به لحاظ عاطفی-هیجانی واکنشی، اضطراب/افسردگی، شکایات جسمانی، گوشه‌گیری و مشکلات خواب است. فرم گزارش مربی/مراقب دارای سؤالات باز پاسخ است که پاسخ‌دهنده را تشویق به توصیف کودک از جمله بهترین موارد و کارهای کودک می‌کند. فرم گزارش مربی دارای ۹۹ سؤال در ۷ مقیاس سندرمی است که مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را مورد بررسی قرار می‌دهد. مقیاسهای آن عبارت‌اند از: مقیاس برون‌نمود، درون‌نمود و سایر مشکلات. در مقیاس برون‌نمود، دو مقیاس سندرمی (نشانگان) شامل مقیاس پرخاشگری و مشکلات توجه وجود دارد و در مقیاس درون‌نمود مقیاسهای هیجانی واکنشی، اضطراب/افسردگی، شکایات جسمانی، گوشه‌گیری است که هر سؤال را به صورت ۰ = نادرست؛ ۱ = تا حدی یا گاهی درست است؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست است، درجه-بندی می‌کند. نمره خام فرم گزارش والد و مربی از طریق جمع سؤالات در هر خرده مقیاس به دست می‌آید. برای هر یک از خرده مقیاسهای فرم گزارش والد و مربی سه نمره به دست می‌آید: نمره خام، رتبه درصدی، و نمره‌های t. پس از محاسبه نمره‌های خام و با مراجعه به جدول تبدیل نمره خام به نمره‌های t و رتبه درصدی که در دفترچه راهنما به تفکیک جنسیت و مقیاسها به دست آمده، می‌توان نمره‌های t و رتبه‌های درصدی را استخراج و برای هر فرد نیم‌رخ‌تریسیم کرد (کیامنش و محمداسماعیل، ۱۳۸۷).

فهرست رفتاری کودک یکی از شاخص‌ترین ابزارهای سنجش و تشخیص اختلالهای کودکی به شمار می‌رود که روایی و اعتبار آن در پژوهشهای مختلف (دولان و رنی، ۲۰۰۷؛ یانگستروم، یانگستروم و

دختران، رفتار "اضطرابی" بالاترین شیوع را دارد (۱۲/۵ درصد)، در حالی که در پسران رفتار "پرخاشگرانه" شایع‌تر است (۱۰/۴ درصد).

همان‌طور که در جدول ۲ آمده است، شیوع انواع اختلال‌های رفتاری کودکان پیش‌دبستانی روستایی با توجه به فرم مربی (۱۶/۷ درصد) بیشتر از کودکان پیش‌دبستانی شهری (۵/۱ درصد) است. شایع‌ترین اختلال در کودکان روستایی، رفتارهای "اضطرابی" و "برون‌نمود" و در کودکان شهری رفتار "گوشه‌گیری" می‌باشد.

از دیدگاه والدین، شیوع انواع اختلال‌های رفتاری (به جز رفتار پرخاشگری) در کودکان روستایی اندکی بیشتر از کودکان مناطق شهری است و بالاترین شیوع مربوط به اختلال "اضطرابی" (۱۷/۴ درصد) است، در حالی که رفتار "پرخاشگری" (۱۱/۸ درصد) در کودکان پیش‌دبستانی شهری شایع‌تر است. به‌طور کلی ۱۳/۶ درصد از کودکان پیش‌دبستانی مناطق روستایی مبتلا به اختلال‌های رفتاری هستند؛ در حالی که این رقم در مورد کودکان شهری به ۷/۷ درصد، کاهش یافته است. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، از دیدگاه مربیان بجز مشکلات "اضطرابی"، پایین‌ترین شیوع اختلال‌های رفتاری، مربوط به فرزندان مادرانی است که از تحصیلات بالای دیپلم برخوردارند. از دیدگاه والدین اگرچه بین شیوع کلی اختلال‌های رفتاری فرزندان مادران با سطح تحصیلات مختلف، تفاوتی وجود ندارد، اما اختلال‌هایی مانند "گوشه‌گیری" و رفتارهای "اضطرابی" در خانواده‌هایی که سطح تحصیلات مادر، بالای دیپلم است، کمترین شیوع را داراست. این در حالی است که در اختلال "توجه"، پایین‌ترین شیوع مربوط به فرزندان مادرانی با تحصیلات دیپلم است.

استار، (۲۰۰۵) مطلوب ارزیابی شده است. در هنجاریابی این آزمون در جمعیت ایرانی، همسانی درونی کلیه مقیاس‌های فرم‌های مربی و والد با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و همچنین اعتبار آزمون با استفاده از باز آزمون در فاصله ۱۵ روز بر روی ۵۰ نفر از والدین و مربیان، مورد بررسی قرار گرفت (کیامنش و محمداسماعیل، ۱۳۸۷). همسانی درونی فرم والد در دامنه‌ای از ۰/۵۴ تا ۰/۸۱ و در فرم مربی از ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ برآورد شد. اعتبار بازآزمایی آن نیز در فرم والد در دامنه‌ای از ۰/۶۶ تا ۰/۸۷ و در فرم مربی از ۰/۶۱ تا ۰/۸۹ گزارش شده است.

ضریب اعتبار بازآزمایی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ برای دو فرم به‌طور متوسط برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۱، به دست آمده است. متوسط ضرایب اعتبار برای سیاهه رفتاری کودک در یک دوره زمانی ۱۲ ماهه برابر با ۰/۶۱ و برای فرم گزارش مربی/مراقب در یک دوره زمانی ۳ ماهه برابر با ۰/۵۹، به دست آمده است (آخنباخ و رسکولرا، ۲۰۰۰). آخنباخ و رسکولار (۲۰۰۰) نشان دادند که این آزمون به‌خوبی می‌تواند بین کودکان ارجاعی (بالینی) و غیرارجاعی تمایز ایجاد کند (p<۰/۰۱).

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ آمده است، با توجه به فرم مربی ۵/۶ درصد دختران و ۱۳/۱ درصد پسران و در مجموع ۹/۸ درصد کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال‌های رفتاری هستند. اختلال‌های درون‌نمود (۱۴/۸ درصد) در فرم مربی بیشترین شیوع را داراست. از دیدگاه والدین، ۹ درصد از دختران و ۱۰/۹ درصد از پسران و در مجموع ۱۰/۱ درصد کودکان پیش‌دبستانی به انواع اختلال‌های رفتاری مبتلا هستند. در

جدول ۱. فراوانی و درصد اختلالات رفتاری به تفکیک جنسیت و فرمهای مربی / والدین

اختلالها	دختر (n=۱۴۴)		پسر (n=۱۸۳)		کل (N=۳۲۷)		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
مربی	اضطرابی	۳	۲/۱	۲۶	۱۴/۲	۲۹	۸/۹
	جسمی	۴	۲/۸	۲۲	۱۲	۲۶	۸
	گوشه گیری	۸	۵/۶	۲۶	۱۴/۲	۳۴	۱۰/۴
	توجه	۸	۵/۶	۲۵	۱۳/۷	۳۳	۱۰/۱
	پرخاشگری	۹	۶/۳	۲۲	۱۲	۳۱	۹/۵
	درون نمود	۴	۲/۸	۲۷	۱۴/۸	۳۱	۹/۵
	برون نمود	۸	۵/۶	۲۳	۱۲/۶	۳۱	۹/۵
	کل مقیاس	۸	۵/۶	۲۴	۱۳/۱	۳۲	۹/۸
والدین	اضطرابی	۱۸	۱۲/۵	۱۸	۹/۸	۳۶	۱۱
	جسمی	۱۶	۱۱/۱	۱۶	۸/۷	۳۲	۹/۸
	گوشه گیری	۱۰	۶/۹	۱۷	۹/۳	۲۷	۸/۳
	توجه	۱۰	۶/۹	۱۷	۹/۳	۲۷	۸/۳
	پرخاشگری	۱۵	۱۰/۴	۱۹	۱۰/۴	۳۴	۱۰/۴
	درون نمود	۱۶	۱۱/۱	۱۷	۹/۳	۳۳	۱۰/۱
	برون نمود	۱۰	۶/۹	۱۸	۹/۸	۲۸	۸/۶
	کل مقیاس	۱۳	۹	۲۰	۱۰/۹	۳۳	۱۰/۱

جدول ۲. فراوانی و درصد اختلالات رفتاری به تفکیک مناطق و فرمهای مربی / والدین

اختلالها	روستایی (n=۱۳۲)		شهری (n=۱۹۵)		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
مربی	اضطرابی	۲۰	۱۵/۲	۹	۴/۶
	جسمی	۱۷	۱۲/۹	۹	۴/۶
	گوشه گیری	۱۶	۱۲/۱	۱۸	۹/۲
	توجه	۱۸	۱۳/۶	۱۵	۷/۷
	پرخاشگری	۱۸	۱۳/۶	۱۳	۶/۷
	درون نمود	۱۹	۱۴/۴	۱۲	۶/۲
	برون نمود	۲۰	۱۵/۲	۱۱	۵/۶
والدین	کل مقیاس	۲۲	۱۶/۷	۱۰	۵/۱
	اضطرابی	۲۳	۱۷/۴	۱۳	۶/۷

جدول ۳. فراوانی و درصد اختلالهای رفتاری به تفکیک تحصیلات مادر

فرم	اختلالها	تحصیلات					
		زیر دیپلم		دیپلم		بالای دیپلم	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مربی	اضطرابی	۱۲	۶/۵	۱۱	۱۱/۶	۲	۶/۷
	جسمی	۱۶	۸/۷	۸	۸/۴	۰	۰
	گوشه گیری	۱۸	۹/۸	۱۱	۱۱/۶	۱	۳/۳
	توجه	۱۹	۱۰/۳	۹	۹/۵	۲	۶/۷
	پرخاشگری	۱۶	۸/۷	۱۰	۱۰/۵	۲	۶/۷
	درون نمود	۱۳	۷/۱	۱۱	۱۱/۶	۲	۶/۷
	برون نمود	۱۸	۹/۸	۱۰	۱۰/۵	۱	۳/۳
	کل مقیاس	۱۷	۹/۲	۹	۹/۵	۲	۶/۷
	اضطرابی	۲۱	۱۱/۴	۹	۹/۵	۲	۶/۷
	جسمی	۱۸	۹/۸	۹	۹/۵	۳	۱۰
والدین	گوشه گیری	۱۵	۸/۲	۹	۹/۵	۱	۳/۳
	توجه	۲۰	۱۰/۹	۴	۴/۲	۲	۶/۷
	پرخاشگری	۲۴	۱۳	۷	۷/۴	۲	۶/۷
	درون نمود	۲۰	۱۰/۹	۸	۸/۴	۳	۱۰
	برون نمود	۲۱	۱۱/۴	۴	۴/۲	۲	۶/۷
	کل مقیاس	۲۰	۱۰/۹	۸	۸/۴	۳	۱۰

جدول ۴. فراوانی و درصد اختلالهای رفتاری به تفکیک تحصیلات پدر

فرم	اختلالها	تحصیلات					
		زیر دیپلم		دیپلم		بالای دیپلم	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مربی	اضطرابی	۱۲	۷/۸	۶	۶/۹	۷	۱۰/۳
	جسمی	۱۶	۱۰/۴	۶	۶/۹	۲	۲/۹
	گوشه گیری	۱۷	۱۱	۷	۸	۶	۸/۸
	توجه	۱۸	۱۱/۷	۸	۹/۲	۴	۵/۹
	پرخاشگری	۱۷	۱۱	۵	۵/۷	۶	۸/۸
	درون نمود	۱۳	۸/۴	۶	۶/۹	۷	۱۰/۳
	برون نمود	۱۸	۱۱/۷	۷	۸	۴	۵/۹
	کل مقیاس	۱۵	۹/۷	۸	۹/۲	۵	۷/۴
	اضطرابی	۱۸	۱۱/۷	۱۰	۱۱/۵	۴	۵/۹
	جسمی	۱۶	۱۰/۴	۷	۸	۷	۱۰/۳
والدین	گوشه گیری	۱۶	۱۰/۴	۳	۳/۴	۵	۷/۴
	توجه	۱۶	۱۰/۴	۵	۵/۷	۴	۵/۹
	پرخاشگری	۲۳	۱۴/۹	۶	۶/۹	۴	۵/۹
	درون نمود	۲۰	۱۳	۵	۵/۷	۵	۷/۴
	برون نمود	۱۹	۱۲/۳	۵	۵/۷	۳	۴/۴
	کل مقیاس	۲۱	۱۳/۶	۴	۴/۶	۵	۷/۴

اختلالهای رفتاری هستند، این رقم در مورد کودک پدرانی با تحصیلات دیپلم و بالای دیپلم به ترتیب به ۹/۲ درصد و ۷/۴ درصد کاهش یافته است؛ همچنین

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، از دیدگاه مربیان ۹/۷ درصد از کودکان پیش دبستانی که تحصیلات پدر آنها کمتر از دیپلم است، دارای

پدران با تحصیلات زیر دیپلم ۱۳/۶ درصد است. درحالی که این رقم در مورد فرزند پدران با سطح تحصیلات دیپلم و بالای دیپلم به ترتیب به ۴/۶ درصد و ۷/۴ درصد کاهش یافته است. اگرچه در اکثر اختلالات رفتاری میزان شیوع فرزند پدران زیر دیپلم بالاتر از دیگر گروهها برآورد شده است، اما این تفاوت در اختلالهایی مانند پرخاشگری قابل توجه است.

مشکلات "جسمی" در فرزندان خانواده‌هایی که پدر دارای تحصیلات بالای دیپلم است، کمتر از دیگر گروهها گزارش شده است (تنها ۲/۹ درصد). درحالی که اختلالهایی مانند مشکلات "جسمی"، "توجه" و "پرخاشگری" در فرزندان با پدران زیر دیپلم شایع‌تر از دیگر گروههاست. از نظر والدین، شیوع کلی اختلالات رفتاری در فرزند

جدول ۵. فراوانی و درصد اختلالات رفتاری به تفکیک شغل مادر

فرم	اختلالها	خانه‌دار		شاغل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مربی	اضطرابی	۲۲	۷/۹	۳	۸/۳
	جسمی	۲۴	۸/۷	۰	۰
	گوشه‌گیری	۲۷	۹/۷	۳	۸/۳
	توجه	۲۹	۱۰/۵	۱	۲/۸
	پرخاشگری	۲۶	۹/۴	۲	۵/۶
	درون‌نمود	۲۳	۸/۳	۳	۸/۳
	برون‌نمود	۲۸	۱۰/۱	۱	۲/۸
	کل مقیاس	۲۶	۹/۴	۲	۵/۶
والدین	اضطرابی	۳۰	۱۰/۸	۳	۸/۳
	جسمی	۲۴	۸/۷	۶	۱۶/۷
	گوشه‌گیری	۲۲	۷/۹	۳	۸/۳
	توجه	۲۵	۹	۱	۲/۸
	پرخاشگری	۳۰	۱۰/۸	۳	۸/۳
	درون‌نمود	۲۷	۹/۷	۴	۱۱/۱
	برون‌نمود	۲۵	۹	۲	۵/۶
	کل مقیاس	۲۶	۹/۴	۵	۱۳/۹

دارای اختلالات رفتاری هستند، این رقم در مورد کودکان پیش‌دبستانی که مادر آنها شاغل است، به ۱۳/۹ درصد افزایش یافته است. شیوع اختلالات "جسمی" در کودکان مادران شاغل (۱۶/۷ درصد) بالاتر از مادران خانه‌دار (۸/۷ درصد) گزارش شده است، و این در حالی است که مشکلات "توجه" در کودک مادران خانه‌دار (۹ درصد)، شایع‌تر از مادران شاغل (۲/۸ درصد) است.

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، از نظر مربیان شیوع کلی اختلالات رفتاری در کودکانی که مادرشان خانه‌دار است، برابر با ۹/۴ درصد است، در حالی که این رقم، در مورد کودکان مادران شاغل تنها به ۵/۶ درصد می‌رسد. بجز مشکلات "جسمی" و "توجه" که در فرزند مادران خانه‌دار، شایع‌تر از مادران شاغل است، در بقیه اختلالات تفاوت چشمگیری بین دو گروه دیده نمی‌شود. از نظر والدین ۹/۴ درصد از کودکان مادران خانه‌دار

جدول ۶. فراوانی و درصد اختلالهای رفتاری به تفکیک شغل پدر

شغل							
اختلالها	کارگر و کشاورز		کارمند و فرهنگی		آزاد		فرم
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
مربی	اضطرابی	۶	۵/۸	۸	۹	۱۱	۹/۷
	جسمی	۸	۷/۸	۴	۴/۵	۱۲	۱۰/۶
	گوشه‌گیری	۱۰	۹/۷	۱۲	۱۳/۵	۸	۷/۱
	توجه	۱۰	۹/۷	۷	۷/۹	۱۳	۱۱/۵
	پرخاشگری	۷	۶/۸	۷	۷/۹	۱۲	۱۰/۶
	درون‌نمود	۵	۴/۹	۱۰	۱۱/۲	۱۱	۹/۷
	برون‌نمود	۱۱	۱۰/۷	۶	۶/۷	۱۱	۹/۷
	کل مقیاس	۷	۶/۸	۸	۹	۱۳	۱۱/۵
والدین	اضطرابی	۷	۶/۸	۶	۶/۷	۱۸	۱۵/۹
	جسمی	۱۰	۹/۷	۸	۹	۱۱	۹/۷
	گوشه‌گیری	۱۱	۱۰/۷	۴	۴/۵	۸	۷/۱
	توجه	۱۱	۱۰/۷	۵	۵/۶	۷	۶/۲
	پرخاشگری	۱۱	۱۰/۷	۷	۷/۹	۱۲	۱۰/۶
	درون‌نمود	۵	۴/۹	۱۰	۱۱/۲	۱۱	۹/۷
	برون‌نمود	۱۱	۱۰/۷	۶	۶/۷	۱۱	۹/۷
	کل مقیاس	۷	۶/۸	۸	۹	۱۳	۱۱/۵

درصد کودکان با پدران کارگر و کشاورز دارای اختلال رفتاری هستند؛ همچنین اختلال "اضطرابی" در کودکانی که شغل پدر آنها آزاد است، از دیگر گروهها بیشتر است و این در حالی است که مشکلات "گوشه-گیری" و "توجه" در کودکان خانواده‌های کارگر و کشاورز، شایع‌تر از دیگر گروه‌هاست.

چنانکه در جدول ۷ نشان داده شده است، ۹/۸ درصد از کودکان پیش‌دبستانی شهرستان رزن مبتلا به اختلالهای رفتاری هستند، این رقم در مورد اختلال "گوشه‌گیری" به ۱۰/۴ درصد می‌رسد. با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت میزان شیوع کلی اختلالهای رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی رزن حداقل ۶/۶ درصد و حداکثر ۱۳ درصد است.

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، از نظر مربیان شیوع کلی اختلالهای رفتاری در کودکانی که پدر آنها دارای شغل آزاد است، ۱۱/۵ درصد است. این رقم در خانواده‌هایی که پدر فرهنگی یا کارمند دارند، به ۹ درصد و در خانواده‌های کارگر و کشاورز به ۶/۸ درصد می‌رسد. پایین‌ترین شیوع مشکلات "جسمی" مربوط به کودکان خانواده‌هایی است که شغل پدرشان کارمند و فرهنگی است (۴/۵ درصد)، درحالی‌که فرزندان این خانواده‌ها، بیشتر از دیگر گروهها مبتلا به اختلال "گوشه‌گیری" هستند (۱۳/۵ درصد).

والدین، میزان شیوع اختلالهای رفتاری کودکان پیش‌دبستانی خانواده‌هایی را که شغل پدر آنها آزاد است، برابر با ۱۱/۵ درصد برآورد کرده‌اند. بر این اساس ۹ درصد کودکان با پدران کارمند یا فرهنگی و ۶/۸

جدول ۷. میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری

اختلال	کودکان بدون اختلال		کودکان با اختلال		برآورد اختلال در جامعه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	SP	حداقل حداکثر
اضطرابی	۲۹۸	۹۱/۱	۲۹	۸/۹	۰/۰۱۶	۰/۰۵۷ ۰/۱۲
جسمی	۳۰۱	۹۲	۲۶	۸	۰/۰۱۵	۰/۰۵ ۰/۱۱
گوشه‌گیری	۲۹۳	۸۹/۶	۳۴	۱۰/۴	۰/۰۱۷	۰/۰۷ ۰/۱۴
توجه	۲۹۴	۸۹/۹	۳۳	۱۰/۱	۰/۰۱۶۷	۰/۰۶۸ ۰/۱۳۴
پرخاشگری	۲۹۶	۹۰/۵	۳۱	۹/۵	۰/۰۱۶۲	۰/۰۶۳ ۰/۱۲۷
درون‌نمود	۲۹۶	۹۰/۵	۳۱	۹/۵	۰/۰۱۶۲	۰/۰۶۳ ۰/۱۲۷
برون‌نمود	۲۹۶	۹۰/۵	۳۱	۹/۵	۰/۰۱۶۲	۰/۰۶۳ ۰/۱۲۷
مقیاس کل	۲۹۵	۹۰/۲	۳۲	۹/۸	۰/۰۱۶۴	۰/۰۶۶ ۰/۱۳

"جسمی"، "گوشه‌گیری"، "توجه"، "درون‌نمود" و "برون‌نمود" در کودکان پیش‌دبستانی دختر و پسر متفاوت است، به طوری که میزان شیوع این اختلالات در پسران پیش‌دبستانی، بیشتر از دختران است. این در حالی است که از نظر شیوع اختلال "پرخاشگری" تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد.

چنانکه در جدول ۸ نشان داده شده، مجذور کای به دست آمده در اختلالات "اضطرابی"، "جسمی" و "درون‌نمود" در سطح ۰/۰۱ و در اختلالات "گوشه‌گیری"، "توجه" و "برون‌نمود" در سطح ۰/۰۵ معنا دار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از دیدگاه مربیان، میزان شیوع اختلالات رفتاری "اضطرابی"،

جدول ۸. خلاصه محاسبات آزمون مجذور کای مربوط به تفاوت شیوع براساس جنسیت (فرم مربی)

اختلال	جنسیت	درصد	χ^2	P
اضطرابی	دختر	۲/۱	۱۴/۷	۰/۰۱
	پسر	۱۴/۲		
جسمی	دختر	۲/۸	۹/۴	۰/۰۱
	پسر	۱۲		
گوشه‌گیری	دختر	۵/۶	۶/۵	۰/۰۵
	پسر	۱۴/۲		
توجه	دختر	۵/۶	۵/۸	۰/۰۵
	پسر	۱۳/۷		
پرخاشگری	دختر	۶/۳	۳/۱	۰/۰۸
	پسر	۱۲		
درون‌نمود	دختر	۲/۸	۱۳/۵	۰/۰۱
	پسر	۱۴/۸		
برون‌نمود	دختر	۵/۶	۴/۶	۰/۰۵
	پسر	۱۲/۶		
مقیاس کل	دختر	۵/۶	۵/۲	۰/۰۵
	پسر	۱۳/۱		

"پرخاشگری"، "درون‌نمود" و "برون‌نمود" در کودکان پیش‌دبستانی مناطق شهری و روستایی، متفاوت است، به طوری که میزان شیوع این اختلالات در مناطق روستایی، بالاتر از مناطق شهری است. از نظر شیوع اختلالات "توجه" و "گوشه‌گیری" تفاوت معناداری بین کودکان شهری و روستایی مشاهده نشد.

چنانکه اطلاعات جدول ۹ نشان می‌دهد، مجذور کای به دست آمده در اختلالات "اضطرابی"، "جسمی" و "برون‌نمود" در سطح ۰/۰۱ و در اختلالات "پرخاشگری" و "درون‌نمود" در سطح ۰/۰۵ معنادار است؛ بنابراین از دیدگاه مربیان، میزان شیوع اختلالات رفتاری "اضطرابی"، "جسمی"،

جدول ۹. خلاصه محاسبات آزمون مجذور کای مربوط به تفاوت شیوع براساس مناطق (فرم مربی)

اختلال	منطقه	درصد	χ^2	P
اضطرابی	روستایی	۱۵/۲	۱۰/۸	۰/۰۱
	شهری	۴/۶		
جسمی	روستایی	۱۲/۹	۷/۳	۰/۰۱
	شهری	۴/۶		
گوشه‌گیری	روستایی	۱۲/۱	۰/۷۱	۰/۴
	شهری	۹/۲		
توجه	روستایی	۱۳/۶	۳/۱	۰/۰۸
	شهری	۷/۷		
پرخاشگری	روستایی	۱۳/۶	۴/۵	۰/۰۵
	شهری	۶/۷		
درون‌نمود	روستایی	۱۴/۴	۶/۲	۰/۰۵
	شهری	۶/۲		
برون‌نمود	روستایی	۱۵/۲	۸/۳	۰/۰۱
	شهری	۵/۶		
مقیاس کل	روستایی	۱۶/۷	۱۱/۹	۰/۰۱
	شهری	۵/۱		

اختلالهای "اضطرابی"، "جسمی"، "گوشه‌گیری" و "درون‌نمود" در مناطق روستایی، بالاتر از مناطق شهری است. در حالی که از نظر "شیوع کلی"، مشکلات "برون‌نمود"، "پرخاشگری" و "توجه" تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد.

اطلاعات به‌دست آمده از جدول ۱۰ حاکی از آن است که میزان مجذور کای به‌دست آمده تنها در اختلالهای "اضطرابی"، "جسمی"، "گوشه‌گیری" و "درون‌نمود" در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از دیدگاه والدین، میزان شیوع

جدول ۱۰. خلاصه محاسبات آزمون مجذور کای مربوط به تفاوت شیوع براساس مناطق (فرم والدین)

اختلال	منطقه	درصد	χ^2	P
اضطرابی	روستایی	۱۷/۴	۹/۳	۰/۰۱
	شهری	۶/۷		
جسمی	روستایی	۱۳/۶	۳/۷	۰/۰۵
	شهری	۷/۲		
گوشه‌گیری	روستایی	۱۲/۱	۴/۴	۰/۰۵
	شهری	۵/۶		
توجه	روستایی	۹/۸	۰/۷۴	۰/۴
	شهری	۷/۲		
پرخاشگری	روستایی	۸/۳	۱/۰۱	۰/۳
	شهری	۱۱/۸		
درون‌نمود	روستایی	۱۵/۲	۶/۲	۰/۰۵
	شهری	۶/۷		
برون‌نمود	روستایی	۷/۶	۰/۳	۰/۶
	شهری	۹/۲		
کل مقیاس	روستایی	۱۳/۶	۳/۱	۰/۸
	شهری	۷/۷		

چنانکه در جدول ۱۱ ملاحظه می‌شود، در اختلالهای جسمی، پرخاشگری، درون‌نمود و مقیاس کلی بین نمره‌های فرم والدین و مربیان در سطح ۰/۰۵ و در اختلالهای گوشه‌گیری، توجه و برون‌نمود در سطح ۰/۰۱ همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. در

محاسبات نشان داد که سطح معناداری در همه شاخصهای مربوط به ویژگیهای جمعیت‌شناختی بالاتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین از دیدگاه مربیان و والدین بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری کودکان پیش‌دبستانی و ویژگیهای جمعیت‌شناختی، رابطه معناداری وجود ندارد.

حالی که از نظر اختلال اضطرابی، بین دو گروه همبستگی معناداری مشاهده نشد؛ بدین ترتیب در اکثر قریب به اتفاق موارد، نظر والدین و مربیان یکسان بوده است.

جدول ۱۱. ضریب همبستگی بین نمره‌های مربیان و والدین به تفکیک اختلالات رفتاری

اختلالها	r	p
اضطرابی	۰/۰۶۳	۰/۳
جسمی	۰/۱۵۸	۰/۰۱
گوشه‌گیری	۰/۱۴۶	۰/۰۱
توجه	۰/۱۹۸	۰/۰۱
پرخاشگری	۰/۱۲۹	۰/۰۵
درون‌نمود	۰/۱۲۲	۰/۰۵
برون‌نمود	۰/۲۰۴	۰/۰۱
مقیاس کلی	۰/۱۵۵	۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات انجام‌گرفته در زمینه میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی در سطح جهانی و ملی، بسیار محدود است. رابرتز، اتکیسون و روزنبلات (۱۹۹۸) با بررسی بیش از ۵۰ مطالعه همه‌گیرشناسی در زمینه بهداشت روانی کودکان دریافتند که فقط ۱۰ درصد از آنها، به گروه کودکان پیش دبستانی پرداخته بودند. آنها میانگین شیوع انواع اختلالات رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی حدود ۱۰/۲ درصد برآورد کردند. این میزان در پژوهش کیو و کیسر (۲۰۰۳) به‌طور میانگین ۳۰ درصد گزارش شده است. دامنه میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی در این دو مطالعه، در دامنه گسترده‌ای از ۳/۶ تا ۵۷ درصد قرار داشته است.

در پژوهش حاضر، میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی ۹/۸ درصد برآورد شد و با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که این میزان در گستره‌ای از ۶/۶ درصد تا ۱۳ درصد قرار دارد. این یافته با اغلب یافته‌های پژوهشی داخل و خارج از کشور همسویی دارد. هرچند باید خاطر نشان کرد که به علت انتخاب مواردی که بین والدین و مربیان مشترک بود، این میزان برآورد دقیق و حداقلی است. از این گذشته،

میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری، از نظر والدین و مربیان در پسرها، بیشتر از دخترها برآورد شد. شیوع بیشتر اختلالات رفتاری، در بین پسرها، می‌تواند ناشی از این واقعیت باشد که به‌طور کلی، پسرها نسبت به دخترها، از نظر زیستی آسیب‌پذیرتر هستند. از همان دوران جنینی، میزان مرگ و میر در پسرها، بیشتر است و به نظر می‌رسد که بیماری‌های جدی، تغذیه نادرست و ناکافی و فقر بر آنان، تأثیر بیشتری می‌گذارد. به‌رحال شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد میزان شیوع بالاتر اختلالات رفتاری در پسرها را می‌توان ناشی از این دانست که کج‌روی‌های پسرها بیشتر دیده و شنیده می‌شود (نجفی، فولاد چنگ، علیزاده و محمدی‌فر، ۱۳۸۸). این یافته با پژوهش‌های چن، رابین، لی و لی، ۱۹۹۹؛ مک کلین و کینسی، ۱۹۹۹؛ هی، کسل و دیویس، ۲۰۰۰؛ مارتین و فیپس، ۲۰۰۱؛ ژو، فارور، شوارتز و چنگ، ۲۰۰۳؛ وینسترا، لیندنبرگ، اولد هینکل، دی وینتر، وراست و اورمل، ۲۰۰۷ هم‌هنگام است.

همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از آن بودند که میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی مناطق روستایی، بیشتر از مناطق شهری است. این یافته نیز در برخی از پژوهش‌ها گزارش شده

آینده‌اند (مک‌کی، کلتی، راکو، جونز و فورهند، ۲۰۰۸؛ هلر، بیکر، هنکر و هینشواو، ۱۹۹۶؛ کمبل، ۱۹۹۴). مطالعاتی که در زمینه کودکان پیش‌دبستانی انجام شده‌اند، نشان داده‌اند در خانواده‌هایی که کودکان دچار اختلالات رفتاری هستند، تنیدگی والدینی بالا (بیکر و هلر، ۱۹۹۶)، حمایت کم همسر (سوارز و بیکر، ۱۹۹۷)، عقاید تربیتی اقتدارگرای زیاد (هلر و همکاران، ۱۹۹۶)، منفی‌گرایی مادرانه بیش از حد و سردی در روابط والد - کودک (کمبل، ۱۹۹۴) مشخص است. هر اندازه شدت اختلالات رفتاری کودکان بیشتر باشد، پیامدهای ذکرشده نیز شدیدتر خواهند بود (بل و هارپر، ۱۹۹۷). یافته‌های استرنبرگ و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که هر چه خشونت خانواده‌ها بیشتر باشد، احتمال بروز اختلال‌های رفتاری، افزایش می‌یابد. یافته‌های آنها مبین این است که کودکانی که در معرض خشونت‌های خانوادگی متعدد قرار می‌گیرند، بیش از کودکانی که تنها یک شکل از خشونت را تجربه می‌کنند، در معرض خطر ابتلا به اختلال‌های هیجانی/ رفتاری قرار دارند.

به همین علت تشخیص و شناسایی زودهنگام اختلال‌های رفتاری، از اهمیت بسیار برخوردار است و می‌تواند ما را در طراحی و تدوین برنامه‌های مداخله‌ای و به‌کارگیری آنها یاری دهد. از این گذشته، با بررسی میزان شیوع اختلال‌های رفتاری، می‌توان تدابیر لازم برای ارائه خدمات روان‌شناختی و مشاوره به کودکان مبتلا و خانواده‌های آنان اتخاذ کرد. آماده‌سازی کودکان خردسال، برای رویارویی با آنچه در آینده در انتظارشان است، از جمله هدف‌های مهم نظام آموزش و پرورش هر جامعه‌ای است. باید تلاش کرد تا امکان رشد و توسعه صلاحیت‌های رفتاری، اجتماعی، هیجانی و عاطفی کودکان را پیش از آنکه نیازمند اقدام‌های اصلاحی و جبرانی در آینده باشند، فراهم کرد. برخی پژوهشگران (هکمن، ۲۰۰۰) حتی سال‌های دبستان برای آغاز چنین حرکتی دیر است و باید نخستین اقدام‌ها را به سال‌های پیش از دبستان معطوف کرد. در چنین چهارچوبی،

است. اما در تفسیر این یافته باید به خاطر داشت که بسیاری از رفتارها برای کودکان به‌ویژه پسرها در مناطق روستایی طبیعی است و نباید آنها را با کودکان محصور در مناطق شهری مقایسه کرد.

همان‌گونه که ملاحظه شد، ۹/۸ درصد از کودکان پیش‌دبستانی شهرستان رزن مبتلا به اختلال‌های رفتاری هستند، این رقم در مورد اختلال "گوشه-گیری" به ۱۰/۴ درصد می‌رسد. میزان شیوع اختلال‌های رفتاری "اضطرابی"، "جسمی"، "گوشه‌گیری"، "توجه"، "درون‌نمود" و "برون‌نمود" در کودکان پیش‌دبستانی دختر و پسر شهرستان رزن، متفاوت است؛ به‌طوری‌که میزان شیوع این اختلال‌ها در پسران پیش‌دبستانی، بیشتر از دختران است. این یافته‌ها با یافته‌های اردلان و همکاران (۱۳۸۰)، عبداللهیان و همکاران (۱۳۸۳) و ملکشاهی و فرهادی (۱۳۸۷) همخوانی دارد. این در حالی است که از نظر شیوع اختلال "پرخاشگری" تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. میزان شیوع اختلال‌های رفتاری "اضطرابی"، "جسمی"، "پرخاشگری"، "درون‌نمود" و "برون‌نمود" در کودکان پیش‌دبستانی مناطق روستایی، بالاتر از مناطق شهری است. از نظر شیوع اختلال‌های "توجه" و "گوشه‌گیری" تفاوت معناداری بین کودکان شهری و روستایی، مشاهده نشد. بین شیوع کلی اختلال‌های کودکان پیش‌دبستانی شهرستان رزن و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (تحصیلات و شغل والدین) رابطه معناداری وجود ندارد. این در حالی است که بعضی پژوهش‌ها بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند وضعیت اقتصادی- اجتماعی (رابرتز و همکاران، ۱۹۹۸؛ بیکر، ۲۰۰۸) و اختلال‌های رفتاری ارتباط پیدا کرده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که وضعیت مناطق شهری و روستایی جامعه مورد بررسی در این زمینه، شباهت‌های زیادی دارند.

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که آن دسته از کودکان پیش‌دبستانی که دچار اختلال‌های رفتاری هستند، در معرض خطر مشکلات سازگاری بیشتری در

مدیریت کلاس و چگونگی مواجهه با مشکلات رفتاری کودکان طراحی شود. سرانجام از آنجا که تعداد پژوهشهای همه گیرشناسی در سالهای اخیر، افزایش یافته است، انجام بررسیهای فراتحلیلی، می تواند ضمن بازنگری مطالعه های پیشین، نتایج آنها را ترکیب و به برآورد دقیق و نتایج واحدی بینجامد. ترکیب نتایج و استفاده از پژوهشهای پیشین، به عنوان واحد تحلیل برای به دست آوردن تصویر کلی و بدون ابهام در زمینه همه گیر شناسی اختلالهای رفتاری در این برهه زمانی، در کشور مفید و مؤثر است.

اختلالهای رفتاری کودکان، اغلب از طریق تکمیل مقیاسهای رتبه بندی به توسط والدین و یا مربیان و معلمان، مصاحبه های تشخیصی ساختارمند، پیشینه تحولی، مشاهده کودک یا مواردی از این قبیل بررسی می شوند (کمپبل، ۲۰۰۲). از آنجا که ابزارهای معتبر برای بررسی و تشخیص اختلالهای رفتاری کودکان و به ویژه کودکان پیش دبستانی بسیار اندک است، تلاش پژوهشگران آتی برای ساخت، هنجاریابی و بومی سازی ابزارهای مناسب در این زمینه، به شدت مورد نیاز است.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مسئولان، مدیران و مربیان کلاس های پیش-دبستانی شهرستان رزن؛ کودکان و والدین محترم آنها که در انجام این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، بسیار سپاسگزاریم.

یادداشتها

- 1) Achenbach System of Empirically Based Assessment
- 2) Child Behavior Checklist for ages 1/5-5
- 3) Caregiver-Teacher Report form (C-TRF)

منابع

اردلان، گلایل؛ فرهود، داریوش؛ شاه محمدی، داوود. (۸۰-۱۳۷۹). بررسی اختلال بیش فعالی و کمبود توجه و تمرکز در کودکان مقطع پیش دبستانی (مهدکودکهای شهر تهران) در سال ۸۰-۷۹. *مجله بیماریهای کودکان ایران، سال دوازدهم، ۴، ۵۳-۵۶.*
اخوان کرباسی، صدیقه؛ گلستان، مطهره؛ فلاح، راضیه؛ صدر بافقی، مهدخت. (۱۳۸۶). بررسی اختلال بیش فعالی،

نخستین گام تشخیص و ارزیابی دقیق کودکان در مرحله پیش دبستانی است تا امکان برنامه ریزی هرچه بهتر از همان ابتدا فراهم شود (دادستان، عسگری، رحیمزاده و بیات، ۱۳۸۹).

پژوهش حاضر با محدودیتهایی روبه رو بوده است که در نتیجه باید در تعمیم دادن نتایج آن، جانب احتیاط را رعایت کرد. از جمله این محدودیتهای عدم بررسی حساسیت و ویژگی ابزار پژوهش و تفاوتهای قومی و فرهنگی جامعه مورد بررسی است. بهر حال با توجه به اهمیت تأثیر اختلالهای رفتاری با عملکرد تحصیلی و مشکلات روانی دیگر، بهتر است سنجش و ارزیابی این گونه اختلالها، پیش از ورود به مدرسه انجام پذیرد؛ همچنین براساس یافته های پژوهش حاضر، مبنی بر بالا بودن شیوع این اختلالها در پسرها نسبت به دخترها و در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری، باید خدمات روان شناختی و مشاوره خاصی برای این افراد طرح ریزی و اجرا شود.

با توجه به اینکه در پژوهش حاضر همسو با پژوهش مرادی، محمدعلیزاده، علائی، فخاری و اسداللهی (۱۳۸۴)، اختلاف معناداری بین گزارش والدین و مربیان در میزان شیوع اختلالهای رفتاری یافت نشد، استفاده از گزارش هر دو گروه می تواند در غربالگری کودکان زیر سن مدرسه با هدف شناسایی انواع اختلالهای رفتاری، مفید باشد. افزون بر این، برنامه ریزی و اجرای دوره های آموزشی ویژه والدین و معلمان در این زمینه توصیه می شود. پیشنهاد می شود برنامه های آموزش خانواده به منظور آشنایی والدین با مشکلات رفتاری کودکان طراحی شود و سبکهای تربیتی و تأثیر آن بر یکدیگر و عرضه راهبردهای پیشگیرانه مناسب، آموزش داده شود. برنامه های مهارت آموزی مانند مهارتهای اجتماعی و مهارتهای مرتبط با قوانین مدرسه و کارکردهای تحصیلی برای کودکان پیش دبستانی طراحی و آموزش داده شود. و همچنین برنامه های آموزشی برای مربیان مراکز پیش-دبستانی به منظور آشنا کردن آنان با مشکلات رفتاری،

ملکشاهی، فریده؛ فرهادی، علی. (۱۳۸۷). بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی شهر خرم‌آباد ۱۳۸۵. فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره دهم، ۶۵-۵۷.

نجفی، محمود؛ فولادچنگ، محبوبه؛ علیزاده، حمید؛ محمدی‌فر، محمدعلی. (۱۳۸۸). میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال نهم، ۳، ۲۵۴-۲۳۹.

Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, Ysr, and TRF Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school age: Form & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.

Backer, B.L., & Heller, T.L. (1996). Preschool children with externalizing behavior: Experience of fathers and mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 513-532.

Bell, R.Q., & Harper, L.V. (1997). *Child effects on adults*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Bellach, A. S., & Hersen, H. (1987). *Attention deficit and hyperactivity disorders*. Research methods in clinical psychology USA: Pregame on press.

Campbell, S. (1994). Hard to manage pre-school boys: Externalizing social competence, and family context at two-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 147-166.

Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues* (2nd ed.). Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh.

Chen, X., Rubin, K.H., Li, B., & Li, D. (1999). Adolescent outcomes of social functioning in Chinese children. *International Journal of Behavioral Development*, 23(1), 199-223.

Dolan, M. C., & Rennie, C.E. (2007). The relationship between psychopathic traits measured by the youth psychopathic Trait Inventory and psychopathology in a UK sample of conduct disordered boys. *Journal of Adolescence*, 30(4), 601-611.

Duncan, B.B, Forness, S.R., & Hartsough, C. (1995). Students identified as seriously emotionally disturbed in day treatment: cognitive, psychiatric, and special education characteristics. *Behavioral Disorders*, 20, 238-258.

Hay, D.F., Castle, J., & Davies, L. (2000). Toddlers' use of force against familiar peers: A precursor of

کمبود توجه و تمرکز در کودکان ۶ ساله یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. سال ۱۵، ۴، ۳۴-۳۹.

ایزولده، انله. (۱۳۸۳). مشکلات رفتاری کودکان. (ترجمه: خلیلی، سپیده). تهران: نشر پیدایش.

بیات، مریم. (۱۳۸۷). بازی‌درمانی بی‌رهنمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی‌سازی شده. فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال چهارم، ۱۵، ۲۶۷-۲۷۶.

دادستان، پریخ؛ عسگری، علی؛ رحیم‌زاده، سوسن؛ بیات، مریم. (۱۳۸۹). پرسشنامه غربالگری اختلال‌های

اجتماعی / هیجانی کودکان پیش دبستانی: یک مطالعه رواسازی متقاطع. مجله روان‌شناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، سال هفتم، ۲۵، ۲۶-۷.

شکوهی یکتا، محسن؛ پرند، اکرم. (۱۳۸۴). اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، تهران: نشر طیب.

عبدالهیان، ابراهیم؛ شاکری، محمدتقی؛ وثوق، ایرج. (۱۳۸۳). بررسی شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه

در کودکان سنین قبل از دبستان شهر مشهد در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. سال چهل و هفتم، ۸۵، ۲۸۰-۲۷۵.

عبدی، فرشته. (۱۳۸۷). مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتار کودکان پیش‌دبستانی ایرانی. فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال چهارم، ۱۶، ۳۴۱-۳۳۳.

غباری‌بناب، باقر؛ پرند، اکرم؛ حسین‌خانزاده فیروزجاه، عباسعلی؛ موللی، گیتا؛ نعمتی، شهرزاد. (۱۳۸۸). میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال نهم، ۳، ۲۳۸-۲۲۳.

کیامنش، علیرضا؛ محمداسماعیل، الهه. (۱۳۸۷). راهنمایی فرم‌های پیش دبستانی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ ۵-۱/۵ سال. پژوهشکده کودکان استثنایی.

مرادی، آذر؛ محمدعلیزاده، سکینه؛ علائی، واحد؛ فخاری، علی؛ اسداللهی، ملیحه. (۱۳۸۴). علائم اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی کودکان زیر سن مدرسه براساس

گزارش والدین و مربیان مهدکودکها. دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور پزشکی/دانشگاه شاهد. سال دوازدهم، ۴۷-۵۷.

- 467.
- Heward, W. (2000). *Exceptional children*. NJ: prentice-Hall/Inc.
- Hebrani, P., Abdollahian, E., Behdani, F., Vosoogh, I., Javanbakht, A. (2007). The prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in preschool-Age children in Mashhad, North-East of Iran. *Archive of Iranian Medicine* 2007;10(2):147-151.
- Heckman, J.J. (2000). *Invest in the very young*. Chicago, IL: Ounce of prevention fund & the University of Chicago, Harris school of public policy studies.
- Heller, T.L., Backer, B.L., Henker, B., & Hinshaw, S.P. (1996). Externalizing behavior and cognitive functioning from pre-school to first grade: Stability and predictors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 376-387.
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner review :psychological treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.
- Kendall, P.C. (2002). *Childhood Disorders*. East Sussex: Psychology Press Ltd.
- Laving, J.V., Gibbons, R. D., Christoffel, K.K., Arend, R., Rosenbaum, D., Bins, H., Dawson, N., Sobel, H., & Issacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214.
- Martin, L.C., & Fabes, R.A. (2001). The stability and consequences of young children's same-sex peer interactions. *Developmental Psychology*, 37(3), 431-446.
- McClellan, D.E., & Kinsey, S. (1999). *Children's social behavior in relation to participation in mixed-age or same age classrooms*. Early Childhood Research Practice, 1(1) spring. Retrieved December 10, 2011 from <http://ecrp.uiuc.edu/v1-n1/mcclellan>.
- McKee, L., Colletti, C., Rakow, A., Jones, D.J., & Forehand, R. (2008). Parenting and child externalizing behaviors : Are the associations specific or diffuse? *Journal of Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 225-270.
- Patterson, G. R., & Stoolmiller, M. (1991). Replications of a dual failure model for boys depressed mood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 491-498.
- Qi, C. H., & Kaiser, A. P. (2003). Behavior problems of preschool children from low-income families: Review of the literature. *Teaching Early Childhood Special Education*, 23, 188-216.
- Roberts, R. E., Attkisson, C. C., & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155, 715-725.
- Sanders, D.E., Merrell, K.W., & Gobb, H.C. (1999). Internalizing symptoms and affect of children with emotional and behavioral disorders :A comparative study with an urban African American sample. *Psychology in the Schools*, 36(3), 187-197.
- Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M.E. (2005). *Type of violence ,age, and gender difficulties in the effects of family violence on children's behavior*. *Developmental Review*.
- Suarez, L.M., & Baker, B.L. (1997). Child externalizing behavior and parents' stress: The role of social support. *Family Relations*, 47, 373-381.
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Ol deinkel, A.J., De Winter, A.F., Verhulst, F.C., & Ormel, J. (2007). Prosocial and antisocial behavior in preadolescence :Teachers' and parents' perceptions of the behavior of girls and boys. *International Journal of Behavioral Development*. Retrieved September 20, 2011 from www.sagepub.com.
- Youngstrom, E., Youngstrom, J. K., & Starr, M. (2005). Bipolar diagnoses in community mental health: Achenbach Child behavior checklist profiles and patterns of comorbidity. *Biological Psychiatry*, 58(7), 569-575.
- Xu, Y., Farver, J.A.M., Schwartz, D., & Chang, L. (2003). Identifying aggressive victims in Chinese children's peer groups. *International Journal of Behavioral Development*, 27(3), 243-252.
- Zeng, G. (2007). *An exploratory investigation of the internalizing problem behavior among children from kindergarten to third grade*. A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for PhD degree, University of Pennsylvania.
- Zentall, S. & Others. (1997). Learning Character is tics of Boys with Attention Deficit /Hyperactivity Disorder and/or giftedness. *Exceptional Children* .67, 499-516.