

شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در کودکان استثنایی*

علی بهاری قره‌گوز* / کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی / مشاور آموزش و پرورش ناحیه ۴ تبریز

چکیده

زمینه: این پژوهش به منظور بررسی و تعیین فراوانی اختلال‌های رفتاری-هیجانی در کودکان استثنایی استان آذربایجان غربی انجام شد. **روش:** جامعه آماری پژوهش، شامل همه کودکان استثنایی شاغل به تحصیل در تمامی پایه‌ها در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ استان آذربایجان غربی بود. از میان ۲۸۵۴ دانش‌آموز استثنایی، به روش تصادفی طبقه‌ای ۴۸۱ نفر (۲۷۰ پسر و ۲۱۱ دختر) از شهرهای ارومیه، خوی، بوکان و پیرانشهر انتخاب شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم گزارش معلم و سیاهه رفتاری کودک آخنباخ و پرونده تحصیلی بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (توزیع فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (آزمون مجذور کای) تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درصد فراوانی اختلال رفتاری درون‌نمود برابر ۱۳/۵۱ درصد، برون‌نمود ۱۵/۸ درصد و کل، ۲۴/۱۲ درصد است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به تنوع و فراوانی نسبتاً بالای اختلال‌های عاطفی-هیجانی، برگزاری کلاس‌های آموزش والدین و مربیان براساس نوع آسیب کودک و همچنین طراحی برنامه‌های آموزشی متناسب با نیاز و توانایی‌های کودکان استثنایی، برای مدیریت هیجان‌ها و کنترل رفتار ضروری است.

واژه‌های کلیدی: شیوع، اختلال‌های رفتاری-هیجانی، کودکان استثنایی

مقدمه

دیو و ساسینا^۱ میزان شیوع کم‌توانی ذهنی را با مروری بر نتایج ۵۲ پژوهش ۱/۰۳ درصد گزارش کرده‌اند (۴). شیوع اختلال‌های رفتاری میان جمعیت کم‌توانی ذهنی ۳ تا ۴ برابر بیشتر از جمعیت سالم (عادی) است و مروری بر ادبیات اختلال‌های رفتاری-هیجانی در کودکان کم‌توان ذهنی نشان می‌دهد هرچه سطح بهره هوشی در کم‌توانان ذهنی پایین‌تر باشد، آن‌ها برای ابتلا به اختلال‌های رفتاری شدیدتر مستعدترند (۵). استروم و دی‌سی^۳ به این نتیجه رسیده‌اند که در کل ۳۷ درصد کودکان کم‌توان ذهنی دارای اختلال روان‌پزشکی هستند. در کودکان با هوش بهر ۵۰ تا ۷۰ میزان شیوع ۳۳ درصد بود که با کاهش هوش بهر به زیر ۵۰، میزان شیوع اختلال روان‌پزشکی به ۴۲ درصد افزایش یافت (۶). بارکر، ایبوک، ایگیبو و اورویگک^۴ معتقدند که ۴۷/۷ درصد کودکان کم‌توان ذهنی از نظر رفتاری در گروه مرزی و بالینی قرار دارند (۷). فتحی، پزشکی و

نیازمند تعلیم و تربیت ویژه و خدمات وابسته‌اند تا از کل استعداد انسانی‌شان بتوانند استفاده کنند (۱). براساس آمار تایید شده سازمان‌های بین‌المللی از جمله یونسکو، تعداد تقریبی افرادی که به لحاظ تفاوت‌های محسوس فردی نیاز به برنامه‌های آموزشی ویژه‌ای دارند، در هر جامعه بین ۱۲ تا ۱۸ درصد است (۲). مونت^۱ میزان فراوانی کودکان استثنایی را در آمریکا ۱۹/۴ درصد، کانادا ۱۸/۵ درصد، برزیل ۱۴/۵ درصد و چین ۷/۵ درصد گزارش کرده‌است (۳). افروز با مروری بر نتایج پژوهش‌های انجام شده گزارش می‌کند که افزون‌بر ۱۰ درصد از کودکان سنین مدرسه در کشور ما دچار آسیب‌های ذهنی، جسمی، حسی و رفتاری-هیجانی هستند که بیشترین درصد فراوانی مربوط به کم‌توان ذهنی (۶۵ درصد) است (۲). مایلیک، ماسکاریناس، مادیرس و

3. Maulick, Mascarenhas, Mathers, Dua, Saxena
3. Stromme & Diseth
4. Bakare, Ubochi, Ebigbo, Orovwigh

1. Mont
* Email: alibahari1@yahoo.com

* این طرح با حمایت مالی آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی انجام شده است.

هیجانی مانند افسردگی در این کودکان محرومیت آنان از نعمت صوت و شنیدن است (۸). همچنین میزان کم توجهی در آنان در مقایسه با همسالان عادی بیشتر است (۱۸). از طرف دیگر بین گروه‌های مختلف استثنایی در کودکان چندآسیبی و مشکلات چندگانه، اختلال‌های رفتاری مانند خودتحریکی^۴، خودجرحی^۵، قشقرق و پرخاشگری به‌طور چشمگیری مشاهده می‌شود و ویژگی‌های غالب بسیاری از این کودکان هستند (۱).

نظریه‌های دلبستگی^۶، شناختی، الگوهای عاطفی و الگوهای سرشتی- محیطی^۴ رویکرد عمده در تبیین اختلال‌های رفتاری-هیجانی است.

دلبستگی؛ پیوند عاطفی نسبتاً پایداری است که بین کودک و یک یا تعداد بیشتری از افرادی که در تعامل واقعی و منظم با آنها هستند، ایجاد می‌شود و ۶ ماهه دوم سال اول زندگی به‌ویژه ۳ ماهه آخر، دوره‌ای حساس برای برقراری روابط دلبستگی است (۱۹). برخی از نظریه‌پردازان معتقدند که بعضی از ویژگی‌های نوزادان کم‌توان ذهنی، برای مثال هوش پایین، فرآیند تحول دلبستگی را کند و ناموزون کرده و به سبک‌های دلبستگی ناایمن منجر می‌شود، زیرا کم‌توانی ذهنی کودک باعث مختل شدن تعامل بین سیستم رفتاری صحیح میان کودک و والدین شده و بر میزان حساسیت، کیفیت تعامل و پاسخ‌دهندگی مادر اثر منفی گذاشته و آن را کاهش می‌دهد (۲۰). کودکان دارای آسیب‌شنوایی به علت نبود صدای مادر و فقدان لحن خوشایندش، همچنین کودکان دارای آسیب‌بینایی، به علت فقدان ارتباط چشمی و محرومیت‌های محیطی ناشی از ضعف بینایی، محرومیت‌های ویژه‌ای را در ارتباط با نگه‌دارنده اولیه یا مادرشان تجربه می‌کنند. از این رو بی‌علت نیست که کودکان دارای آسیب‌شنوایی و بینایی زمینه مستعدی را برای سبک دلبستگی ناایمن نشان می‌دهند (۲۱).

در الگوهای شناختی بر پردازش شناختی ناکارآمد در بروز اختلال‌های رفتاری-هیجانی تاکید می‌شود. ادراک غلط موقعیت‌های اجتماعی، گرایش به تفکر منفی و

هاشمی به این نتیجه رسیدند که ۲۹/۵ درصد از نوجوانان کم‌توان ذهنی دچار اختلال‌های رفتاری-هیجانی هستند که پرخاشگری و اختلال کم توجهی و اختلال سلوک از جمله شایع‌ترین آنهاست (۸).

کودکان با مشکلات حسی (دارای آسیب‌شنوایی و بینایی) نیز شرایط و ویژگی‌های ویژه خود را دارند. کودک دارای آسیب‌بینایی با احساس انگشت‌نمایی قابل توصیف است. افراد دارای آسیب‌بینایی در حضور دیگران احساس می‌کنند که بیشتر نگاه و توجه دیگران متوجه حضور آنهاست، به همین دلیل رگه‌هایی از نایم‌روانی- اجتماعی و گاهی اوقات سوءظن و بدبینی در آنها بیشتر است (۹). همچنین پژوهشگران در پژوهش‌های خود نشان دادند که این گروه از افراد دارای نیازهای ویژه، با مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود مثل رفتارهای کلیشه‌ای (۱۰)، احساس حقارت و بی‌کفایتی (۱۱)، احساس انزوا و تنهایی (۱۲)، اضطراب (۱۳) و افسردگی (۱۴) روبه‌رو هستند. اوسلی، مک‌گوین، سیلی، دریر، بری و ماسون^۱، در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که افراد دارای آسیب‌بینایی، به‌طور عمده دارای افسردگی، انزوای اجتماعی و سایر مشکلات عاطفی مانند ناامیدی، ترس، غم و کفایت‌نداشتن هستند (۱۵). اوانز، فلتجر و ورمالد^۲، در پژوهشی در انگلستان، به این نتیجه رسیده‌اند که افراد دارای آسیب‌بینایی به‌طور چشمگیری افسردگی دارند؛ افزون‌براین، اضطراب آنها نیز از افراد عادی بالاتر است (۱۶). همچنین پایا دوپلوس، میتسیو و اگیلیسیز^۳ نیز در بررسی رفتارهای سازشی افراد دارای آسیب‌بینایی متوجه شدند در مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های روزمره زندگی و مهارت‌های اجتماعی نسبت به افراد بینا تاخیر و محدودیت‌هایی دارند (۱۷).

بررسی وضعیت روانی و اجتماعی کودکان دارای آسیب‌شنوایی بیانگر این حقیقت است که اضطراب فراگیر، افسردگی و پرخاشگری از جمله ویژگی‌های بارز بسیاری از آنهاست و ریشه اصلی اختلال‌های رفتاری-

4. Self-stimulation
5. Self-injury
6. Attachment

1. Owsley, McGwin, Scilley, Dreer, Bray, Mason
2. Evans, Fletcher, Wormald
3. Papadopoulos, Metsiou, Agaliotis

دارای اختلال‌های رفتاری-هیجانی وجود داشته باشد که از این عارضه رنج می‌برند و نیازمند خدمات آموزشی ویژه‌اند. اجرای مداخله‌های درمانی و ترمیمی به‌موقع و پیشگیری زودهنگام از عوارض حاصل از این اختلال‌ها مانند افت تحصیلی ضروری به نظر می‌رسد و از آن‌جا که از کم و کیف شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در گروه‌های مختلف استثنایی در استان آذربایجان غربی اطلاع دقیقی در دسترس نیست، برای برنامه‌ریزان این حوزه یک‌خلاق اطلاعاتی محسوب می‌شود. بنابراین در این پژوهش، پژوهشگر در پی پاسخ به این سوال بود که میزان شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در دانش‌آموزان استثنایی چقدر است؟ تا نتایج این پژوهش در موارد زیر مورد استفاده قرار گیرد:

- ۱) پیش‌بینی نیروی انسانی مورد نیاز برای واحدهای مشاوره و ارتقای سطح آگاهی مشاوران.
- ۲) برگزاری کارگاه‌های آموزشی و مداخله‌های درمانی برای دانش‌آموزان استثنایی به منظور پیشگیری از بروز مشکلات ثانویه.

روش

پژوهش حاضر، همه‌گیرشناسی بود و به صورت مقطعی توصیفی در سال ۱۳۹۰ به بررسی میزان شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در کودکان مدرسه‌رو استان آذربایجان غربی پرداخته شد.

جامعه آماری پژوهش، شامل همه دانش‌آموزان شاغل به تحصیل در همه پایه‌ها در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ استان آذربایجان غربی بود که تعداد آن‌ها براساس سالنامه آماری استان ۲۰۵۴ نفر در سال تحصیلی ۹۰-۹۱، (۱۵۰۰ پسر و ۱۰۰۰ دختر) بود. لازم به ذکر است که آمار دانش‌آموزان تلفیقی و اختلال‌های یادگیری (۲۴۲ دانش‌آموز تلفیقی، ۵۵۸ نفر ویژه یادگیری) در آمار دانش‌آموزان مدارس عادی لحاظ می‌شود. با این احتساب جامعه آماری ۲۸۵۴ نفر بود. با توجه به پژوهش‌های پیشین از جامعه آماری پژوهش، به روش تصادفی طبقه‌ای (جنسیت، ناحیه و منطقه آموزشی و نوع آسیب) ۵۰۰ نفر انتخاب شد. از دوره پیش‌دبستانی ۷۰ نفر، دوره ابتدایی ۲۲۰ نفر، دوره

مقصر قلمداد کردن خود یا دیگران در قبال رویدادهای ناگوار، نمونه‌هایی از پردازش شناختی ناکارآمد به‌شمار می‌روند. بر مبنای این الگوی نظری فرآیندهای شناختی ناکارآمد، فرد را آماده آسیب‌های روانی می‌کنند و این همان تحریف‌ها و نقص‌های شناختی است که موجب ابقای الگوهای اختلال عملکرد و نابهنجاری‌های رشدی می‌شود (۲۲). برخی معتقدند آسیب‌شناسی روانی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف، مشابه کودکان عادی است اما با توجه به تفاوت نظام‌های انگیزشی ۲ گروه، در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف به دلیل احساس بی‌ارزشی و نبود کفایت اجتماعی، برخی از اختلال‌ها مانند اضطراب و پرخاشگری به نسبت بیشتری مشاهده می‌شود (۵).

در الگوهای عاطفی، بر مهارت‌های تنظیم هیجان‌ها تاکید می‌شود. برخی از متخصصان معتقدند شکست در به‌کارگیری این مهارت‌ها، پیش‌بینی‌کننده آسیب‌های روانی فرد در آینده بوده و می‌تواند کودکان و نوجوانان را مستعد اختلال‌های رفتاری-هیجانی بعدی مانند افسردگی و اضطراب کند (۲۲) و از طرف دیگر شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد دارای کم‌توان ذهنی در استفاده از راهبردهای مقابله با هیجان‌های منفی محدودیت دارند (۲۳).

الگوهای سرشتی-محیطی در تلاش برای شناخت آسیب‌شناسی روانی کودک به‌طور کلی هم ساخت جسمی و تمایلات انسان و هم تغییرات و تفاوت‌های فردی در فرآیندها و ویژگی‌های مبتنی بر عصب - زیست‌شناسی را در نظر می‌گیرند (۲۲) و از آن‌جا که بین جسم و رفتار رابطه وجود دارد، منطقی به نظر می‌رسد که برای برخی از اختلال‌های روانی به‌خصوص اختلال‌های رفتاری عمیق و شدید، عوامل زیستی علی را جست‌وجو کرد، هرچند برای برخی از اختلال‌های رفتاری هیچ نارسایی زیستی شناخته شده‌ای که آن را توجیه کند، وجود ندارد (۱).

با توجه به پژوهش‌های مختلفی که در داخل و خارج در مورد میزان شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در کودکان استثنایی به عمل آمده است، احتمال می‌رود در هر مدرسه و کلاس استثنایی تعدادی دانش‌آموز

حاصل از همبستگی بین عضویت گروهی و عملکرد در خرده‌مقیاس‌ها نیز نشان می‌دهد بین وضعیت روان فرد (عادی یا بالینی) و عملکرد او در مقیاس‌ها رابطه مستقیم وجود دارد ($p < 0/05$). نتایج حاصل از تحلیل عاملی با اندکی تفاوت با نتایج به دست آمده آخنباخ و رسکورلا^۱ همخوانی دارد. ضرایب قدرت تمایز گذاری مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۵ تا ۰/۹۹ قرار دارد (۲۵).

هرچند برخی معتقدند که آزمون آخنباخ به عنوان یک ابزار برای جمعیت عادی، به منظور ارزیابی آسیب‌شناسی روانی در افراد کم‌توان ذهنی مطلوب نیست اما برای تشخیص اختلال رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی نیز استفاده شده است و اعتبار و روایی قابل قبولی دارد (۲۶).

برای گردآوری داده‌ها، پرسشگرها با هماهنگی قبلی در مدرسه حاضر شده و هدف‌های طرح را به مدیر، مربیان و والدین مدرسه توضیح می‌دادند. یک نسخه از پرسش‌نامه آخنباخ (فرم معلم) در اختیار معلم و یک نسخه (فرم والدین) در اختیار والدین قرار گرفت. سپس این پرسش‌نامه‌ها که کاملاً معجزا از یکدیگر تکمیل می‌شدند، نمره گذاری شد. با توجه به دستورعمل آزمون، افرادی که در خرده‌مقیاس‌ها نمره تی بالاتر از ۶۹ یا در کل مقیاس نمره تی بالاتر از ۶۳ کسب می‌کردند، در گروه بالینی قرار گرفته و به عنوان کودک با اختلال رفتاری - هیپمانی در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

برای بررسی، توصیف و چگونگی توزیع داده‌های جمع‌آوری شده از گروه‌های مورد مطالعه، از چند شاخص فراوانی، درصد فراوانی و شاخص‌های پراکندگی و مرکزی استفاده شد. این داده‌ها در جداول ۲ تا ۵ نمایش داده شده است. در جدول شماره ۲ تعداد و درصد فراوانی اختلال‌های رفتاری- هیپمانی کودکان استثنایی در فرم والدین پرسش‌نامه آخنباخ براساس مقیاس‌های مبتنی بر تجربه به تفکیک جنسیت محاسبه شده است.

راهنمایی و متوسطه پیش حرفه‌ای ۱۱۰ نفر و دوره متوسطه و متوسطه حرفه‌ای ۱۰۰ نفر که در جدول شماره ۱ به تفکیک جنس و نوع آسیب مشاهده می‌شود. لازم به ذکر است از ۵۰۰ نفر انتخاب شده، سرانجام ۱۹ نفر به دلیل محدودش بودن پرسش‌نامه‌ها از نمونه حذف شدند.

جدول ۱. مشخصات حجم نمونه به تفکیک شهر و گروه استثنایی

جنسیت	شهر	چندآسیبی	نقص حسی-حرکتی	کم‌توان ذهنی تلفیقی	کل
پسر	ارومیه	۱۸	۴۶	۵۴	۱۳۹
	بوکان	۶	۱۵	۲۹	۵۹
	خوی	۹	۱۱	۱۱	۳۷
	پیرانشهر	۷	۷	۲۱	۳۵
دختر	ارومیه	۱۸	۴۲	۳۹	۱۱۲
	بوکان	۵	۹	۱۲	۳۱
	خوی	۴	۱۲	۱۲	۳۹
	پیرانشهر	۳	۶	۲۰	۲۹
کل		۷۰	۱۴۸	۱۹۸	۴۸۱

ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم گزارش معلم و سیاهه رفتاری کودک نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ است (۲۴) که برای افراد ۱۸-۶ ساله به کار می‌روند. مینایی روایی و اعتبار این مقیاس را بررسی کرده است (۲۵). دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها از ۰/۹۵ - ۰/۶۳ است. ثبات زمانی مقیاس‌ها نیز با استفاده از روش آزمون - بازآزمون با یک فاصله زمانی ۸ - ۵ هفته از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمد. دامنه ضرایب توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشت. در خصوص روایی نیز تحلیل‌های مختلفی صورت گرفته است.

نتایج حاصل از مقایسه ۲ گروه عادی و بالینی در مقیاس‌های هر ۲ معلم و والدین نشان داده که در همه خرده‌مقیاس‌ها میانگین نمرات گروه بالینی بالاتر از میانگین گروه عادی است و همچنین نتایج

جدول ۲: تعداد و درصد فراوانی اختلال‌های رفتاری-هیجانی در کودکان استثنایی به تفکیک جنسیت در فرم والدین

خرده‌مقیاس	وضعیت	فراوانی			درصد فراوانی		
		پسر	دختر	کل	پسر	دختر	کل
اضطراب / افسردگی	بالینی	۴۳	۱۵	۵۸	۱۵/۹۳	۷/۱۱	۱۲/۰۶
	مرزی	۱۲	۰	۱۲	۴/۴۴	-	۲/۴۹
	طبیعی	۲۱۵	۱۹۶	۴۱۱	۷۹/۶۳	۹۲/۸۹	۸۵/۴۵
گوشه‌گیری / افسرده	بالینی	۱۹	۱۱	۳۰	۷/۰۴	۵/۲۱	۶/۲۴
	مرزی	۲۹	۱۷	۴۶	۱۰/۷۴	۸/۰۶	۹/۵۶
	طبیعی	۲۲۲	۱۸۳	۴۰۵	۸۲/۲۲	۸۶/۷۳	۸۴/۲۰
جسمی	بالینی	۲۹	۱۰	۳۵	۱۰/۷۴	۴/۷۴	۷/۲۸
	مرزی	۳۰	۱۸	۵۲	۱۱/۱۱	۸/۵۳	۱۰/۸۱
	طبیعی	۲۱۱	۱۸۳	۳۹۴	۷۸/۱۵	۸۶/۷۳	۸۱/۹۱
اجتماعی	بالینی	۲۷	۸	۳۵	۱۰/۰۰	۳/۷۹	۷/۲۸
	مرزی	۳۶	۲۳	۵۹	۱۳/۳۳	۱۰/۹۰	۱۲/۲۷
	طبیعی	۲۰۷	۱۸۰	۳۸۷	۷۶/۶۷	۸۵/۳۱	۸۰/۴۶
تفکر	بالینی	۳۰	۱۶	۴۶	۱۱/۱۱	۷/۵۸	۹/۵۶
	مرزی	۲۲	۱۰	۳۲	۸/۱۵	۴/۷۴	۶/۶۵
	طبیعی	۲۱۸	۱۸۵	۴۰۳	۸۰/۷۴	۸۷/۶۸	۸۳/۷۸
کم توجهی-بیش‌فعالی	بالینی	۲۳	۸	۳۱	۸/۵۲	۳/۷۹	۶/۴۴
	مرزی	۳۲	۱۸	۵۰	۱۱/۸۵	۸/۵۳	۱۰/۴۰
	طبیعی	۲۱۵	۱۸۵	۴۰۰	۷۹/۶۳	۸۷/۶۸	۸۳/۱۶
قانون	بالینی	۴۶	۱۴	۶۰	۱۷/۰۴	۶/۶۴	۱۲/۴۷
	مرزی	۲۲	۱۳	۳۵	۸/۱۵	۶/۱۶	۷/۲۸
	طبیعی	۲۰۲	۱۸۴	۳۸۶	۷۴/۸۱	۸۷/۲۰	۸۰/۲۵
پرخاشگری	بالینی	۴۶	۱۸	۶۴	۱۷/۰۴	۸/۵۳	۱۳/۳۱
	مرزی	۱۵	۴	۱۹	۵/۵۶	۱/۹۰	۳/۹۵
	طبیعی	۲۰۹	۱۸۹	۳۹۸	۷۷/۴۱	۸۹/۵۷	۸۲/۷۴
درون‌نمود	بالینی	۷۲	۴۳	۱۱۵	۲۶/۶۷	۲۰/۳۸	۲۳/۹۱
	مرزی	۴۷	۲۰	۶۷	۱۷/۴۱	۹/۴۸	۱۳/۹۳
	طبیعی	۱۵۱	۱۴۸	۲۹۹	۵۵/۹۳	۷۰/۱۴	۶۲/۱۶
برون‌نمود	بالینی	۸۰	۳۲	۱۱۲	۲۹/۶۳	۱۵/۱۷	۲۳/۲۸
	مرزی	۲۷	۱۵	۴۲	۱۰/۰۰	۷/۱۱	۸/۷۳
	طبیعی	۱۶۳	۱۶۴	۳۲۷	۶۰/۳۷	۷۷/۷۳	۶۷/۹۸
کل	بالینی	۱۰۹	۶۵	۱۷۴	۴۰/۳۷	۳۰/۸۱	۳۶/۱۷
	مرزی	۱۸	۱۱	۲۹	۶/۶۷	۵/۲۱	۶/۰۳
	طبیعی	۱۴۳	۱۳۵	۲۷۸	۵۲/۹۶	۶۳/۹۸	۵۷/۸۰

درصد فراوانی در پسران مربوط به اختلال گوشه‌گیری-افسرده و در دختران مربوط به اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی است. در کل ۲۸/۶۹ درصد از کودکان استثنایی بر اساس فرم مربی دچار اختلال‌های رفتاری-هیجانی هستند. در جدول شماره ۳ تعداد و درصد فراوانی اختلال‌های رفتاری-هیجانی کودکان استثنایی در فرم معلم پرسش‌نامه آخنباخ بر اساس مقیاس‌های مبتنی بر تجربه به تفکیک جنسیت محاسبه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود، درصد فراوانی اختلال‌های رفتاری-هیجانی کودکان استثنایی در فرم والدین پرسش‌نامه آخنباخ بر اساس مقیاس‌های مبتنی بر تجربه در پسران در دامنه ۷/۰۴ تا ۱۷/۰۴ و در دختران در دامنه ۳/۷۹ تا ۸/۵۳ قرار دارد. بالاترین درصد فراوانی در گروه پسران مربوط به خرده‌مقیاس‌های قانون و پرخاشگری و در گروه دختران مربوط به اختلال پرخاشگری است. در مقابل پایین‌ترین

جدول ۳: تعداد و درصد فراوانی اختلال رفتاری در کودکان استثنایی به تفکیک جنسیت در فرم معلم

خرده‌مقیاس	وضعیت	فراوانی			درصد فراوانی		
		پسر	دختر	کل	پسر	دختر	کل
اضطراب / افسردگی	بالینی	۹	۷	۱۶	۳/۳۳	۳/۳۲	۳/۳۳
	مرزی	۲۳	۱۲	۳۵	۷/۲۸	۵/۶۹	۸/۵۲
	طبیعی	۲۳۸	۱۹۲	۴۳۰	۸۹/۴۰	۹۱/۰۰	۸۸/۱۵
گوشه‌گیری / افسرده	بالینی	۱۰	۷	۱۷	۳/۵۳	۳/۳۲	۳/۷۰
	مرزی	۲۲	۱۷	۳۹	۸/۱۱	۸/۰۶	۸/۱۵
	طبیعی	۲۳۸	۱۸۷	۴۲۵	۸۸/۳۶	۸۸/۶۳	۸۸/۱۵
جسمی	بالینی	۲۹	۱۵	۴۴	۹/۱۵	۷/۱۱	۱۰/۷۴
	مرزی	۳۶	۳۷	۷۳	۱۵/۱۸	۱۷/۵۴	۱۳/۳۳
	طبیعی	۲۰۵	۱۶۴	۳۶۹	۷۶/۷۲	۷۷/۷۳	۷۵/۹۳
اجتماعی	بالینی	۲۳	۱۰	۳۳	۶/۸۶	۴/۷۴	۸/۵۲
	مرزی	۲۶	۲۳	۴۹	۱۰/۱۹	۱۰/۹۰	۹/۶۳
	طبیعی	۲۲۱	۱۷۸	۳۹۹	۸۲/۹۵	۸۴/۳۶	۸۱/۸۵
تفکر	بالینی	۲۵	۷	۳۲	۶/۶۵	۳/۳۲	۹/۲۶
	مرزی	۳۶	۱۷	۵۳	۱۱/۰۲	۸/۰۶	۱۳/۳۳
	طبیعی	۲۰۹	۱۸۷	۳۹۶	۸۲/۳۳	۸۸/۶۳	۷۷/۴۱
کم توجهی-بیش‌فعالی	بالینی	۳۱	۲۱	۵۲	۱۰/۸۱	۹/۹۵	۱۱/۴۸
	مرزی	۴۶	۱۳	۵۹	۱۲/۲۷	۶/۱۶	۱۷/۰۴
	طبیعی	۱۹۳	۱۷۷	۳۷۰	۷۶/۹۲	۸۳/۸۹	۷۱/۴۸
قانون	بالینی	۲۱	۶	۲۷	۵/۶۱	۲/۸۴	۷/۷۸
	مرزی	۳۸	۶	۴۴	۹/۱۵	۲/۸۴	۱۴/۰۷
	طبیعی	۲۱۱	۱۹۹	۴۱۰	۸۵/۲۴	۹۴/۳۱	۷۸/۱۵
پرخاشگری	بالینی	۲۸	۶	۳۴	۷/۰۷	۲/۸۴	۱۰/۳۷
	مرزی	۱۹	۱۵	۳۴	۷/۰۷	۷/۱۱	۷/۰۴
	طبیعی	۲۲۳	۱۹۰	۴۱۳	۸۵/۸۶	۹۰/۰۵	۸۲/۵۹
درون‌نمود	بالینی	۵۴	۴۴	۹۸	۲۰/۳۷	۲۰/۸۵	۲۰/۰۰
	مرزی	۲۳	۱۳	۳۶	۷/۴۸	۶/۱۶	۸/۵۲
	طبیعی	۱۹۳	۱۵۴	۳۴۷	۷۲/۱۴	۷۲/۹۹	۷۱/۴۸
برون‌نمود	بالینی	۷۴	۲۲	۹۶	۱۹/۹۶	۱۰/۴۳	۲۷/۴۱
	مرزی	۳۲	۲۵	۵۷	۱۱/۸۵	۱۱/۸۵	۱۱/۸۵
	طبیعی	۱۶۴	۱۶۴	۳۲۸	۶۸/۱۹	۷۷/۷۳	۶۰/۷۴
کل	بالینی	۹۵	۴۳	۱۳۸	۲۸/۶۹	۲۰/۳۸	۳۵/۱۹
	مرزی	۴۰	۴۶	۸۶	۱۷/۸۸	۲۱/۸۰	۱۴/۸۱
	طبیعی	۱۳۵	۱۲۲	۲۵۷	۵۳/۴۳	۵۷/۸۲	۵۰/۰۰

همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود درصد فراوانی اختلال‌های رفتاری-هیجانی کودکان استثنایی در فرم معلم پرسش‌نامه آخنباخ براساس مقیاس‌های مبتنی بر تجربه در پسران در دامنه ۳/۳۳ تا ۱۱/۴۸ و در دختران در دامنه ۲/۸۴ تا ۹/۹۵ قرار دارد.

بالاترین درصد فراوانی در هر ۲ گروه مربوط به اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی است، در مقابل پایین‌ترین درصد فراوانی در پسران مربوط به اختلال اضطراب-افسردگی و در دختران مربوط به اختلال قانون و پرخاشگری است. در کل ۳۶/۱۷ درصد از کودکان استثنایی براساس فرم والدین دچار اختلال‌های رفتاری-هیجانی هستند.

سرانجام درصد فراوانی اختلال‌های رفتاری-هیجانی کودکان استثنایی که در هر ۲ فرم والد و معلم در طبقه بالینی قرار گرفته بودند، در جدول شماره ۴ به تفکیک جنسیت محاسبه شده است.

سرانجام درصد فراوانی اختلال‌های رفتاری-هیجانی کودکان استثنایی براساس فرم والدین دچار اختلال‌های رفتاری-هیجانی هستند.

جدول ۴: تعداد و درصد فراوانی اختلال‌های رفتاری-هیجانی در کودکان استثنایی براساس مجموعه آزمون‌های آخنباخ (معلم و والدین)

خرده‌مقیاس	وضعیت	فراوانی			درصد	
		پسر	دختر	کل	پسر	دختر
اضطراب / افسردگی	بالینی	۹	۶	۱۵	۳/۳۳	۲/۸۴
	طبیعی	۲۶۱	۲۰۵	۴۶۶	۹۶/۶۷	۹۷/۱۶
گوشه‌گیری / افسرده	بالینی	۹	۶	۱۵	۳۳/۳	۲/۸۴
	طبیعی	۲۶۱	۲۰۵	۴۶۶	۹۶/۶۷	۹۷/۱۶
جسمی	بالینی	۷	۳	۱۰	۲/۵۹	۱/۴۲
	طبیعی	۲۶۳	۲۰۸	۴۷۱	۹۷/۴۱	۹۸/۵۸
اجتماعی	بالینی	۱۹	۵	۲۴	۷/۰۴	۲/۳۷
	طبیعی	۲۵۱	۲۰۶	۴۵۷	۹۲/۹۶	۹۷/۶۳
تفکر	بالینی	۱۸	۵	۲۳	۶/۶۷	۲/۳۷
	طبیعی	۲۵۲	۲۰۶	۴۵۸	۹۳/۳۳	۹۷/۶۳
کم توجهی-بیش‌فعالی	بالینی	۱۷	۵	۲۲	۶/۳۰	۲/۳۷
	طبیعی	۲۵۳	۲۰۶	۴۵۹	۹۳/۷۰	۹۷/۶۳
قانون	بالینی	۱۹	۳	۲۲	۷/۰۴	۱/۴۲
	طبیعی	۲۵۱	۲۰۸	۴۵۹	۹۲/۹۶	۹۵/۵۸
پرخاشگری	بالینی	۲۳	۵	۲۸	۸/۵۲	۲/۳۷
	طبیعی	۲۴۷	۲۰۶	۴۵۳	۹۱/۸۴	۹۷/۶۳
درون‌نمود	بالینی	۴۳	۲۲	۶۵	۱۵/۹۳	۱۰/۴۳
	طبیعی	۲۲۷	۱۸۹	۴۱۶	۸۴/۰۷	۸۹/۵۷
برون‌نمود	بالینی	۶۰	۱۶	۷۶	۲۲/۲۲	۷/۵۸
	طبیعی	۲۱۰	۱۹۵	۴۰۵	۷۷/۷۸	۹۲/۴۲
کل	بالینی	۸۲	۳۴	۱۱۶	۳۰/۳۷	۱۶/۱۱
	طبیعی	۱۸۸	۱۷۷	۳۶۵	۶۹/۶۳	۸۳/۸۹

به بیان دیگر از هر ۱۰۰۰ کودک استثنایی شاغل در مدارس استثنایی استان آذربایجان غربی، حدوداً ۲۱ نفر دچار اختلال اضطراب افسردگی، ۳۱ نفر گوشه‌گیری-افسرده، ۴۶ نفر کم‌توجهی-بیش‌فعالی، ۴۸ نفر اختلال تفکر، ۵۰ نفر اختلال اجتماعی، ۴۶ نفر اختلال در قانون و ۵۹ نفر اختلال پرخاشگری هستند. ۱۳۵ نفر دچار اختلال درون‌نمود، ۱۵۸ نفر اختلال برون‌نمود و ۲۴۱ نفر در مجموع دارای اختلال رفتاری هستند. در جدول ۵ درصد فراوانی انواع اختلال رفتاری بین گروه‌های مختلف کودکان استثنایی با استفاده از آزمون‌های دو محاسبه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود درصد فراوانی اختلال رفتاری کودکان استثنایی در مجموعه آزمون‌های آخنباخ براساس مقیاس‌های مبتنی بر تجربه در پسران در دامنه ۲/۵۹ تا ۸/۵۲ و در دختران در دامنه ۱/۴۲ تا ۲/۸۴ قرار دارد. بالاترین درصد فراوانی در پسران مربوط به اختلال پرخاشگری و در دختران مربوط به اختلال اضطراب-افسرده و گوشه‌گیر-افسردگی است در مقابل پایین‌ترین درصد فراوانی در هر ۲ گروه مربوط به اختلال جسمی است. میزان درصد فراوانی درون‌نمود برابر ۱۳/۵۱ درصد، برون‌نمود ۱۵/۸۰ درصد و کل ۲۴/۱۲ درصد است.

جدول ۵: میزان درصد فراوانی اختلال‌های رفتاری-هیجانی در گروه‌های مختلف کودکان استثنایی و نوع آموزش

نام متغیرها	چندآسیبی	نقص حسی- حرکتی	کم توان ذهنی	تلفیقی	خی دو	سطح معناداری
اضطراب/ افسردگی	۷/۱۴	۲/۰۳	۲/۰۳	۱/۵۴	۴/۸۷	۰/۱۸
گوشه‌گیری/افسردگی	۴/۲۹	۲/۰۳	۲/۰۳	۴/۶۲	۱/۱۳	۰/۷۰
جسمی	۴/۲۹	۰/۶۸	۲/۵۳	۱/۵۴	۳/۴۰	۰/۳۳
اجتماعی	۱۸/۵۷	۲/۷۰	۶/۰۶	۳/۰۸	۲۶/۵۰	۰/۰۰
تفکر	۸/۵۷	۲/۰۳	۴/۵۵	۱/۵۴	۶/۶۰	۰/۸۰
کم توجهی-بیش‌فعالی	۱۰	۲/۷۰	۴/۰۴	۴/۶۲	۶/۳۰	۰/۱۱
قانون	۱۸/۵۷	۰/۶۸	۴/۰۴	۱/۵۴	۳۹/۸	۰/۰۰
پر خاشگری	۱۵/۷۱	۱/۳۵	۶/۵۷	۱/۵۴	۲۷/۲۶	۰/۰۰
درون‌نمود	۲۵/۷۱	۸/۷۸	۱۶/۶۷	۳/۰۸	۱۹/۲۲	۰/۰۰
برون‌نمود	۳۴/۲۹	۵/۴۱	۲۰/۲۰	۶/۱۵	۳۷/۴۰	۰/۰۰
کل	۴۴/۲۹	۱۲/۱۶	۳۰/۳۰	۱۰/۷۷	۳۷/۵۸	۰/۰۰

همان‌گونه که در جدول شماره ۵ ملاحظه می‌شود در خرده‌مقیاس‌های مختلف میزان شیوع متفاوت بوده و در دامنه ۰/۶۸ تا ۱۸/۵۷ درصد قرار دارد. بیشترین میزان شیوع مربوط به خرده‌مقیاس‌های اجتماعی و قانون‌شکنی در گروه چندآسیبی و کمترین میزان اختلال در خرده‌مقیاس جسمی در گروه نقص حسی- حرکتی است. باین وجود تفاوت در خرده‌مقیاس‌های اضطراب-افسردگی ($X^2=4,87, p=0,1$)، گوشه‌گیری-افسردگی ($X^2=1,13, p=0,70$)، جسمی ($X^2=3,40, p=0,33$)، تفکر ($X^2=6,60, p=0,80$) و کم‌توجهی-بیش‌فعالی ($X^2=6,30, p=0,11$) با توجه به خی دو محاسبه شده و سطح معناداری این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار نیست. به بیان دیگر میزان شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در گروه‌های مختلف استثنایی در خرده‌مقیاس‌های ذکر شده برابر است.

در خرده‌مقیاس‌های اجتماعی ($X^2=26,5, p=0,00$)، قانون ($X^2=39,8, p=0,00$)، پر خاشگری ($X^2=27,26, p=0,00$) و بخش‌های درون‌نمود، برون‌نمود و در کل مقیاس ($X^2=37,40, p=0,00, X^2=37,58, p=0,00$) با توجه به خی دو محاسبه شده و سطح معناداری، این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار است.

به بیان دیگر میزان شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در خرده‌مقیاس‌های ذکر شده برابر است. باین وجود تفاوت در خرده‌مقیاس‌های اضطراب-افسردگی ($X^2=4,87, p=0,1$)، گوشه‌گیری-افسردگی ($X^2=1,13, p=0,70$)، جسمی ($X^2=3,40, p=0,33$)، تفکر ($X^2=6,60, p=0,80$) و کم‌توجهی-بیش‌فعالی ($X^2=6,30, p=0,11$) با توجه به خی دو محاسبه شده و سطح معناداری این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار نیست. به بیان دیگر میزان شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در گروه‌های مختلف استثنایی در خرده‌مقیاس‌های ذکر شده برابر است.

در بخش درون‌نمود بالاترین میزان در خرده‌مقیاس‌های ذکر شده بین گروه‌های مختلف استثنایی متفاوت است. بالاترین میزان شیوع در تمام این خرده‌مقیاس‌ها در گروه چندآسیبی است. در بخش درون‌نمود بالاترین میزان درصد فراوانی در گروه چندآسیبی (۲۵/۷۱ درصد) و کمترین میزان درصد فراوانی در گروه تلفیقی (۳/۰۸ درصد) است.

در بخش برون‌نمود بالاترین میزان درصد فراوانی در گروه چندآسیبی (۳۵/۲۹ درصد) و کمترین میزان درصد فراوانی در گروه با نقص حسی- حرکتی (۵/۴۱ درصد) است و سرانجام در کل مقیاس شیوع اختلال رفتاری در گروه‌های مختلف استثنایی در دامنه ۱۰/۷۷ تا ۳۷/۴۰ درصد قرار دارد که بالاترین آن در گروه چندآسیبی و پایین‌ترین آن مربوط به گروه تلفیقی است که در مدارس عادی مشغول به تحصیل هستند. به بیان دیگر بیشترین میزان شیوع اختلال‌های عاطفی-هیجانی در مدارس استثنایی در گروه چندآسیبی و کمترین آن در گروه با نقص حسی- حرکتی است، از طرف دیگر مقیاسه نوع آموزش کودکان استثنایی (مدرسه استثنایی یا مدرسه عادی) یعنی گروه تلفیقی با سایر گروه‌ها نشان می‌دهد دانش‌آموزان تلفیقی که در مدارس عادی مشغول به تحصیل هستند به غیر از بخش برون‌نمود در بخش درون‌نمود و کل مقیاس مشکلات کمتری دارند.

بحث و نتیجه گیری

دارد. از آنجا که در نظام سنجش مبتنی بر تجربه روی جمع آوری اطلاعات از منابع و موقعیت‌های مختلف تاکید می‌شود، بنابراین به منظور افزایش اعتبار نتایج پژوهش، اطلاعات جمع آوری شده از ۲ منبع خانواده (والدین) و محیط مدرسه (معلم و مشاور مدرسه) ترکیب شد. با این ترکیب میزان شیوع براساس خرده‌مقیاس‌های مبتنی بر تجربه به دامنه ۲/۰۸ تا ۵/۸۲ درصد، بخش درون‌نمود به ۱۳/۵۱ درصد، برون‌نمود به ۱۵/۸ درصد و کل مقیاس به ۲۴/۱۲ درصد کاهش یافت که پایین‌ترین میزان شیوع به اختلال جسمی و بالاترین میزان شیوع به اختلال پرخاشگری تعلق دارد. میزان شیوع اختلال رفتاری در خرده‌مقیاس‌های اضطراب-افسردگی، گوشه‌گیری - افسردگی، جسمی، اجتماعی، تفکر، بیش‌فعالی - کم‌توجهی، قانون‌شکنی و پرخاشگری به ترتیب ۷/۰۷، ۵/۶۱، ۱۰/۸۱، ۶/۶۵، ۶/۸۶، ۹/۱۵، ۳/۵۳ و ۳/۳۳ درصد است. از نتایج به دست آمده چنین استنباط می‌شود که اولاً بروز اختلال رفتاری در کودکان استثنایی براساس موقعیت‌ها (مدرسه و خانواده) و تعریف اختلال روانی متفاوت است. به طور مثال طبق مقیاس‌های مبتنی بر تجربه، در محیط خانوادگی کودکان بیشتر علائم پرخاشگری را از خود نشان داده‌اند اما در محیط مدرسه اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی از بقیه اختلال‌ها پررنگ‌تر است. براساس ارزیابی والدین ۲۸/۶۹ درصد از کودکان استثنایی دچار اختلال روانی هستند اما از نظر معلمان، ۲۴/۱۲ درصد است.

دوماً میزان شیوع اختلال روانی در کودکان استثنایی در مقایسه با سایر افراد (غیرکودک استثنایی) نسبتاً بالاست، زیرا مطالعات موثق در بسیاری از کشورها نشان داده است که میزان شیوع اختلال رفتاری در دامنه ۶ تا ۱۰ درصد قرارداد (۱). این موضوع از دیدگاه‌های مختلف قابل بررسی است. از منظر الگوی دلبستگی، در کودکان استثنایی علاوه بر موانع و محدودیت‌های موجود در کودکان نرمال برای شکل‌گیری دلبستگی ایمن، در گروه کم‌توان ذهنی به علت مشکل هوشی، در کودکان آسیب‌دیده شنوایی به علت نبود صدای مادر و فقدان لحن خوشایند مادر، همچنین در کودکان

در این پژوهش، میزان شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در کودکان استثنایی استان آذربایجان غربی با استفاده از مجموعه آزمون‌های آخنباخ بررسی شد. سپس میزان تفاوت میزان شیوع مشکل روانی براساس نوع گروه استثنایی و نوع آموزش (ویژه یا تلفیقی) محاسبه شد که در ادامه هر کدام از یافته‌ها مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

یکی از یافته‌های این پژوهش نشان داد میزان شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در کودکان استثنایی براساس خرده‌مقیاس‌های مبتنی بر تجربه در فرم والدین در دامنه ۶/۲۴ تا ۱۳/۳۱ بوده، بالاترین درصد فراوانی مربوط به خرده‌مقیاس پرخاشگری، در مقابل پایین‌ترین درصد فراوانی مربوط به اختلال گوشه‌گیری - افسرده است. میزان شیوع در بخش‌های برون‌نمود ۲۳/۲۸ درصد، درون‌نمود ۲۳/۹۱ درصد و کل مقیاس ۳۶/۱۷ درصد است. به بیان دیگر، براساس نتایج این بخش از پژوهش، کودکان استثنایی در محیط خانوادگی از اختلال پرخاشگری بیشتر رنج می‌برند. این بخش از نتایج پژوهش با یافته‌های امیری (۲۷) و غباری بناب، پرند، خانزاده، فیروزجاه، موللی و نعمتی (۲۸) همخوانی دارد.

میزان شیوع اختلال‌های رفتاری-هیجانی در کودکان استثنایی براساس خرده‌مقیاس‌های مبتنی بر تجربه در فرم معلم در دامنه ۳/۳۳ تا ۱۰/۸۱ درصد بوده، بالاترین درصد فراوانی مربوط به خرده‌مقیاس کم‌توجهی - بیش‌فعالی، در مقابل پایین‌ترین درصد فراوانی مربوط به اختلال اضطراب - افسردگی است. میزان شیوع در بخش‌های برون‌نمود، ۱۹/۹۶ درصد، درون‌نمود ۲۰/۳۷ درصد و کل مقیاس ۲۸/۶۹ درصد است. به بیان دیگر براساس نتایج این بخش از پژوهش، کودکان استثنایی در محیط آموزشگاهی از اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بیشتر رنج می‌برند. نتایج این بخش با پژوهش‌های امیری (۲۷)، غباری بناب، پرند، خانزاده، فیروزجاه، موللی و نعمتی (۲۸)، لیندبلاد، گلبرگ و فیرینلی (۲۹) و وان جنت، گودهارت، هیندلی و تریفرز (۳۰) همخوانی

بوده و در دامنه ۰/۶۸ تا ۱۸/۵۸ درصد قرار دارد. بیشترین میزان شیوع مربوط به خرده‌مقیاس اجتماعی در گروه چندآسیبی و کمترین میزان اختلال در خرده‌مقیاس جسمی در گروه نقص حسی- حرکتی است. با این حال، وجود تفاوت میزان شیوع در گروه‌های مختلف استثنایی، در خرده‌مقیاس‌های اضطراب-افسردگی، گوشه‌گیری-افسردگی، جسمی، تفکر و کم‌توجهی-بیش‌فعالی تفاوت از نظر آماری معنادار نبود؛ اما در خرده‌مقیاس‌های اجتماعی، قانون، پرخاشگری و بخش‌های درون‌نمود، برون‌نمود و سرانجام در کل مقیاس تفاوت از نظر آماری معنادار است. بالاترین میزان شیوع در تمام این خرده‌مقیاس‌ها در گروه چندآسیبی است.

در بخش درون‌نمود بالاترین میزان درصد فراوانی در گروه چندآسیبی (۲۵/۷۱ درصد) و کمترین میزان درصد فراوانی در گروه تلفیقی (۳/۰۸ درصد) است. در بخش برون‌نمود بالاترین میزان درصد فراوانی در گروه چندآسیبی (۳۵/۲۹ درصد) و کمترین میزان درصد فراوانی در گروه با نقص حسی- حرکتی (۶/۱۵ درصد) است و سرانجام در کل مقیاس شیوع اختلال رفتاری در گروه‌های مختلف استثنایی در دامنه ۱۰/۷۷ تا ۴۴/۲۹ درصد قرار دارد که بالاترین آن در گروه چندآسیبی و پایین‌ترین آن مربوط به گروه تلفیقی است. به بیان دیگر بیشترین میزان شیوع اختلال رفتاری در مدارس استثنایی در گروه چندآسیبی و کمترین آن در گروه با نقص حسی- حرکتی است.

از طرف دیگر، مقایسه نوع آموزش کودکان استثنایی (مدرسه استثنایی یا مدرسه عادی) یعنی گروه تلفیقی با سایر گروه‌ها نشان می‌دهد دانش‌آموزان تلفیقی که در مدارس عادی مشغول به تحصیل هستند، مشکلات کمتری دارند که با نتایج پژوهش فرج‌اللهی سرمدی و نوش‌آبادی (۳۹)؛ فتحی، کشاورز ارشدی، فیروزآبادی جمالی و چولابی امید (۴۰) و میس و گریتنس (۴۱) همخوانی دارد. بالا بودن میزان شیوع انواع اختلال‌های روانی در کودکان چندآسیبی براساس الگوی دل‌بستگی، این‌طور قابل تبیین است که وجود ۲ یا چند مشکل همزمان، احتمالاً کودکان را برای دل‌بستگی از نوع

دارای آسیب بینایی، به علت فقدان ارتباط چشمی و محرومیت‌های محیطی ناشی از ضعف بینایی، محدودیت‌های ویژه‌ای را در ارتباط با نگه‌دارنده اولیه یا مادرشان فراهم می‌کند که زمینه مستعدی برای سبک دل‌بستگی نایمن است (۲۱).

از آن‌جا که بین جسم و رفتار رابطه وجود دارد و کودکان استثنایی مستعد انواع مشکلات جسمی بوده و بدعملکردی‌های زیستی را در میزان بالاتری نسبت به کودکان عادی تجربه می‌کنند (۳۱ و ۳۲)، منطقی به نظر می‌رسد که برخی از اختلال‌های روانی در کودکان استثنایی بیشتر بروز کند.

عوامل خطر ساز خانوادگی متعددی باعث ایجاد آسیب‌شناسی روانی کودک می‌شوند. وجود آسیب روانی در والدین یکی از شناخته‌شده‌ترین آن‌هاست (۳۳ و ۳۴). همچنین بدعملکردی خانوادگی یک عامل خطر ساز عمده است (۳۵ و ۳۳) به طوری که پژوهشگران نشان داده‌اند میزان فشار روانی در والدین کودکان استثنایی بالاست (۱ و ۳۶). متخصصان خانواده معتقدند رابطه بین کودک و خانواده یک رابطه ۲ طرفه است که هر کدام بر دیگری تاثیر مثبت یا منفی می‌گذارد و تولد فرزند برای والدین در هر سن و شرایط، حامل باری از مشکلات و فشار روانی است که اگر این تولد نوزادی با نوعی آسیب‌های ذهنی و جسمی یا ترکیبی از آن‌ها همراه شود، فشارهای روانی حاصل بر اعضای خانواده به ویژه والدین چندین برابر خواهد بود و خانواده به علت وجود یک کودک استثنایی، مشکلات مختلفی از جمله مسایل مالی، پزشکی و پرستاری، پذیرش استثنایی بودن کودک و آموزش و توان‌بخشی کودک، احساس گناه و خشم را متحمل می‌شود (۳۷ و ۳۸).

هر چند وجود هر نوع آسیب جسمی و ذهنی جزو عوامل خطر آفرین در بروز مشکل روانی محسوب می‌شود (۳۴ و ۹) اما به نظر می‌رسد با توجه به این‌که هر کدام از آسیب‌ها، محدودیت‌های منحصر به فردی را در کودکان ایجاد می‌کنند، نوع و میزان شیوع مشکلات روانی آن‌ها، متفاوت باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که در خرده‌مقیاس‌های مختلف میزان شیوع متفاوت

در ارزیابی و تشخیص آسیب‌شناسی روانی کودکان ۳مولفه مهم (۱) آزمایش پزشکی، (۲) مشاهده و مصاحبه و (۳) مقیاس‌های درجه‌بندی معلم و والدین وجود دارد که در این پژوهش، آزمایش پزشکی برای رد عوامل پزشکی تاثیرگذار در بروز اختلال رفتاری از جمله آزمایش‌های تیروئید، کمبود خون و... رعایت نشده است.

در شرایط فعلی تخصیص نیروی انسانی در مدارس در واحد مشاوره و مددکاری براساس تعداد دانش‌آموزان استثنایی و بدون توجه به نوع آسیب آن‌ها انجام می‌گیرد که به دلیل تفاوت میزان شیوع انواع اختلال‌های روانی در گروه‌های مختلف استثنایی، پیشنهاد می‌شود ملاک تخصیص نیرو برحسب تعداد و نوع آسیب کودکان متفاوت باشد.

با توجه به این که نوع و میزان اختلال‌های روانی در کودکان استثنایی متفاوت است، پیشنهاد می‌شود کلاس‌های آموزش خانواده و همچنین دوره‌های آموزش ضمن خدمت معلمان براساس نوع آسیب کودک تنظیم شود.

همچنین با توجه به شیوع بالای اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان، پیشنهاد می‌شود در مدارس فاقد نیروی متخصص در حوزه مشاوره و مددکاری، نسبت به تامین نیروی انسانی متخصص اقدام شود.

در حوزه پژوهش، آسیب‌شناسی روانی کودکان استثنایی نیازمند بررسی و انتقال آن به حیطه کاربردی است. با وجود نظریه‌های کلی در آسیب‌شناسی روانی کودک، نیاز به نظریه‌های اختصاصی متمرکز بر ویژگی‌های ویژه هر گروه استثنایی احساس می‌شود.

سبک نایمن مستعد می‌کند، زیرا کم‌توانی ذهنی کودک باعث مختل شدن تعامل بین سیستم رفتاری صحیح بین کودک و والدین می‌شود و بر میزان حساسیت و کیفیت تعامل و پاسخ‌دهندگی مادر اثر منفی گذاشته و آن را کاهش می‌دهد (۲۰) و از طرف دیگر همزمان با نقص ذهنی، محرومیت‌های محیطی ناشی از نقص حس- حرکتی، زمینه مستعدی را برای سبک دلبستگی نایمن مهیا می‌کند (۲۱) و براساس الگوی زیستی - پزشکی از آن‌جا که در این کودکان انواع بیماری‌های جسمی در مقایسه با سایر گروه‌های استثنایی بیشتر مشاهده می‌شود، زمینه برای بروز انواع مشکلات روانی در کودکان چندآسیبی بیشتر است.

هر پژوهش در کنار نتایج مشخصی که ارائه می‌دهد با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو است که پژوهش حاضر از این امر مستثنا نیست. این پژوهش در مدارس استثنایی و کلاس‌های آموزش تلفیقی استان آذربایجان غربی در شهرهای ارومیه، خوی، پیرانشهر و بوکان اجرا شده است، بنابراین یافته به سایر گروه‌های کلاسی، محل سکونت و دانش‌آموزان قابل تعمیم نیست.

از آن‌جا که در برخی از پژوهش‌ها عامل قومیت، فرهنگ و همچنین محل سکونت (روستایی در برابر شهری) به‌عنوان متغیرهای تاثیرگذار در فراوانی اختلال رفتاری بوده، در استان آذربایجان غربی نیز حداقل ۲ قوم آذری و کردی وجود داشته و از طرف دیگر بخشی از کودکان استثنایی در روستاها زندگی می‌کنند که در پژوهش حاضر این متغیرها کنترل نشده است.

References:

- Hallahan DP, Crowley EP. Exceptional Learners Introduction to Special Education: Study Guide. 9th edition. Allyn & Bacon; 2002.
- Afrouz GA. Principles and methods of preventing disabilities With a view to cause cognitive, sensorimotor impairments, First edition. Tehran: Tehran University Press; 2008. [Persian]
- Mont D. Measuring disability prevalence. In SP Discussion Paper. New York: The World Bank, Disability & Development Team HDNSP; 2007
- Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. Res Dev Disabil. 2011;32(2):419-436.

5. sharifi Daramdi p. Diagnosis and treatment of behavioral disorders. *Psychotherapeutic Novelities* 2002; 25:42-60. (Persian).
6. Stromme P, Diseth TH. Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: data from a population-based study. *Dev Med Child Neurol.* 2000 Apr;42(4):266-70.
7. Bakare MO, Ubochi VN, Ebigbo PO, Orovwigho AO. Problem and pro-social behavior among Nigerian children with intellectual disability: the implication for developing policy for school based mental health programs. *Ital J Pediatr.* 2010; 36:37.
8. Fathi M, Pezeshk S, Azar JH. A Study on the Prevalence of Mental Disorders among the Mentally Retarded Adolescents of Karaj. *Cumhur Sci J.* 2015;36(3):1688-94.
9. Afrouz GA. Comparison of analytical and psychological principles of cognitive and psycho-social characteristics of blind and deaf people. *Journal of Psychology & Education* 2009; 2(39):1-12. (Persian)
10. Celeste M. Play Behaviors and Social Interactions of a Child Who Is Blind: In Theory and Practice. *J Vis Impair Blind.* 2006 Feb;100(2):75-90.
11. kef S, Dekovic M. The Role of Parental and Peer Support in Adolescents Well-Being: A Comparison of Adolescents with and without a Visual Impairment. *J Adolesc.* 2004 Aug;27(4):453-66.
12. George AL, Duquette C. The Psychosocial Experiences of a Student with Low Vision. *J Vis Impair Blind* .2006; 100(3): 152-163.
13. Jackson NJ. Visually impaired adolescents perspectives on seeking support from school based adults [dissertation]. Spalding University Faculty of the School of Professional Psychology; 2001.
14. Ray CT, Horvat M, Williams M, Blasch BB. Clinical Assessment of Functional Movement in Adults with Visual Impairments. *J Vis Impair Blind.* 2007 Feb;101(2):108-13.
15. Owsley C, McGwin Jr. G, Scilley K, Dreer LE, Bray CR, Mason III JO. Focus groups with persons who have age-related macular degeneration: Emotional issues. *Rehabil Psychol.* 2006; 51(1):23-9.
16. Evans JR, Fletcher AE, Wormald RPL. Depression and Anxiety in Visually Impaired Older People. *Ophthalmology.* 2007;114(2):283-8.
17. Papadopoulos K, Metsiou K, Agalotis I. Adaptive behavior of children and adolescents with visual impairments. *Res Dev Disabil.* 2011 May;32(3):1086-96.
18. Barker DH, Quittner AL, Fink NE, Eisenberg LS, Tobey EA, Niparko JK. Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language, attention, and parent-child communication. *Dev Psychopathol.* 2009;21(2):373-92.
19. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of Psychiatry.* 10th Ed. New Delhi: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2007
20. Khanjani z. The Role of Sensory Handicap in Attachment Styles and Children Behavioral Problems. *Journal of Psychology* 2008; 3(9): 21-46. (Persian).
21. Khanjani z. Intelligence and Attachment: Analytic on Self-Regulation of Affective/ Behavioral Bright, Mentally Retarded and Abnormal Children. *Journal of Psychology* 2009; 4(3): 73-101. (Persian).
22. Mash EJ, Barkley RA. *Child Psychopathology: Second Edition.* New York: Guilford Press 2003.
23. Benson BA, Fuchs C. Anger-Arousing Situations and Coping Responses of Aggressive Adults with Intellectual Disability. *J Intellect Dev Disabil.* 1999;24(3):207-14.
24. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001.

25. Minaei A. Adaptation and standardization of Eschenbach's child behavior questionnaire, selfreport questionnaire and teachers' report form. *Research on Special Children Field* 2006; 6(19): 529-558. (Persian)
26. Wallander JL, Dekker MC, Koot HM. Psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: measurement, prevalence, course, and risk. In: Glidden LM, editor. *International Review of Research in Mental Retardation* 2003; 26: 93-134.
27. Amiri Majd, M. Relation between behavioral aspects of children with mild mental retardation, Down Syndrome, autism and normal children with maternal mental health. *Psychological Science* 2007; 6(24):410-428. (Persian)
28. Ghobari-banab B, Parand A, Khanzade firoozjah A A, Movaleli G, Nemati SH. The prevalence of behavioral problems in primary school children in Tehran. *Research on exceptional children* 2008;8(3):1-8. Persian
29. Lindblad I, Gillberg C, Fernell E. ADHD and other associated developmental problems in children with mild mental retardation. The use of the "Five-To-Fifteen" questionnaire in a population-based sample. *Res Dev Disabil*. 2011 Dec; 32(6):2805-9.
30. van Gent T, Goedhart AW, Hindley PA, Treffers PDA. Prevalence and correlates of psychopathology in a sample of deaf adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Sep; 48(9):950-8.
31. Horowitz F D, Haritos C. The organism and the environment: implications for understanding mental retardation. In: JA Burack, RM Hodapp, E Zigler. *Handbook of mental retardation Epidemiology in children*. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 1998, 4: 6-13 8.
32. Bryant D M, Maxwell K L. The environment and mental retardation. *International Review of Psychiatry* 1999;11(1): 56-67
33. Chassin L, Pitts SC, DeLucia C, Todd M. A longitudinal study of children of alcoholics: predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *J Abnorm Psychol*. 1999 Feb;108 (1):106-19.
34. Wallander JL, Dekker MC, Koot HM. Risk factors for psychopathology in children with intellectual disability: a prospective longitudinal population-based study. *J Intellect Disabil Res JIDR*. 2006 Apr; 50(Pt 4):259-68.
35. Dowling E, Gorell-Barnes G. Children of divorcing families: a clinical perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1994; 4: 39-50
36. Raj KG, Harpreet K. Stress among parents of children with intellectual disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 2010; 21(2), 118-126.
37. Chen TY, Tang CS. Stress Appraisal and Social Support of Chinese Mothers of Adult Children with Mental Retardation. *Am J Ment Retard*. 1997; 101(5):473-82.
38. Witter DD. *Parent Reaction to having a child with disabilities*. U.S.A: Education publisher; 2003.
39. Farajullahi M, Sarmadi MR, Taghdiri nooshabadi A. Academic achievement and behavioral difficulties in male students. *Research on Exceptional Children* 2009; 9(3): 273-281. (Persian)
40. Fathi DA, Keshavarzi-Arshadi FN, Jamali-Firouzabadi M, Massah-Choulaby O. Comparison of Behavioral Disorders, Compromise Behaviors and Academic Achievement of Exceptional Students in Especial Educational System and Integrated Educational System. *J Rehab*. 2011; 12 (1): 48-55
41. Maes B, Grietens H. Parent-Reported Problem Behavior Among Children With Sensory Disabilities Attending Elementary Regular Schools. *J Dev Phys Disabil*. 2004 Dec; 16(4):361-75.