

بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری بین دانش آموزان دوره ابتدایی شهرستان چگنی

امیرحسین مهدی مقدم^۱، عاطفه ویسکرمی^۲

^۱دانشجوی کارشناسی رشته آموزش ابتدایی دانشگاه فرهنگیان امام رضاع) اندیمشک (نویسنده مسئول)

^۲ معلم پایه اول ابتدایی، شهرستان چگنی، روستای خانه سرخ و دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا تهران رشته برنامه ریزی درسی

چکیده

با توجه به اجتماعی بودن آدمی از لحاظ زمینه های بهنجاری و نابهنجاری رفتارها، مطالعه رفتاری فرد و شناخت اختلالات رفتاری وی بسیار حائز اهمیت است. اختلالات رفتاری، یکی از مباحث مهم مطرح شده در علم روان شناسی بوده و تقریباً ۸۵ سال پیش وارد علم روانشناسی شده است که رفتارهای گوناگون افراطی، مزمن، انحرافی که گستره آن شامل اعمال تهاجمی یا برانگیختگی ناگهانی، اعمال افسرده گونه و گوشه گیرانه می باشد و بروز آن ها به دور از انتظار مشاهده کننده است، به طوری که وی آرزوی توقف این گونه رفتارها را دارد در پژوهش حاضر میزان اختلالات رفتاری بین دانش آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی شهرستان چگنی مورد بررسی قرار می گیرد. منظور از اختلالات رفتاری آن دسته از رفتارهایی است که از دیدگاه های روانشناسی و جامعه شناسی بهنجار نمی باشد. هدف اصلی این مطالعه تعیین میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان دختر و پسر دبستانی شهرستان چگنی در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بوده است که به منظور تعیین درصد اختلالات رفتاری دانش آموزان دبستانی به تفکیک جنس و نوع اختلال، رابطه بین عواملی همانند میزان تحصیلات، وضعیت تحصیلی، سن و جنس و اختلالات رفتاری مد نظر قرار گرفت. و نتایج حاصل از آزمون های آماری نشان داد که میانگین اختلال رفتاری در دانش آموزان مورد مطالعه در سطح پایینی قرار دارد. دستاورد پژوهش مورد مطالعه این شد که میانگین میزان شیوع اختلال های مذکور در پسران بیشتر از دختران است. میانگین میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان پسر با میانگین ۲۴،۳ بیشتر از دانش آموزان دختر با میانگین ۱۸،۳ است.

واژه های کلیدی: اختلالات رفتاری، مقطع ابتدایی، شهرستان چگنی. مطالعات رفتاری

پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه:

در هر جامعه‌ای سلامت کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است و تأمین بهداشت روانی به آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. وجود اختلالات رفتاری و روانی در دوره کودکی مسأله مهمی است، زیرا تجربه‌های نخستین زندگی، بنیان سلامتی یا روانی افراد را در بزرگسالی پی‌ریزی می‌کنند. کودکان با اختلال رفتاری بخشی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند. اختلال‌های رفتاری و روانی دوران کودکی و نوجوانی دربرگیرنده رفتارهای هستند که دائمی بوده و با سن فرد متناسب نمی‌باشند و منجر به تضادهای اجتماعی، نارضایتی و ناشادی فردی و شکست در تحصیل می‌شود. این اختلالات حاصل تعامل کودک با محیط وی است (حیدری، عظیمی، محمودی عالمی، محمدپور تهمتن، ۱۳۹۵).

شیوع اختلالات رفتاری در میان دانش آموزان، از جمله مشکلاتی است که خانواده‌ها، مدارس و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال‌ها نه تنها کودک و خانواده وی را در زمان حال درگیر می‌سازد. بلکه آینده ناخوشایندی را برای کودکان و اطرافیان آنها در پی دارد. اختلالات رفتاری، اختلالات شایع و ناتوان کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان و نوجوانان مشکلات بسیار را ایجاد می‌کند (فرامرزی، قمرانی و شریعتی، ۱۳۹۰، ص ۴۴۰). اختلالات رفتاری، شامل پاسخ‌های قابل قبول کودک یا نوجوان به عوامل تنش‌زای محیطی نمی‌شوند. این اختلالات براساس داده‌های حاصل از منابع مختلف در مورد کارکردهای هیجانی یا رفتاری فرد، شناسایی می‌شوند و باید دست کم در دو موقعیت متفاوت، که یکی از آنها مدرسه است، بروز کنند. اختلالات رفتاری می‌توانند به طور هم‌زمان با سایر معلولیت‌ها نیز ظاهر شود. این اختلالات اسکیزوفرنی، نارسایی توجه و ناسازگاری را نیز در برمی‌گیرند. اغلب کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدر رفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد، معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان، کاهش می‌یابد. (Brown, Percy, 2017)

از سوی دیگر انزوای اجتماعی این کودکان، موجبات پرخاشگری هر چه بیشتر آنان را فراهم می‌آورد. کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری، معمولاً محبوبیت ندارند. مجموعه این عوامل، این کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای ضد اجتماعی، قرار می‌دهد (فاضل، دانش و ویلر، ۲۰۱۵). روابط دوستی این کودکان معمولاً با کسانی است که آنان نیز دارای مشکلات رفتاری هستند. همه مشکلات رفتاری با یکدیگر رابطه دارند. به ندرت می‌توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یک مشکل رفتاری داشته باشد. با وجود مشکلات بسیاری که این افراد با آن مواجه‌اند، بیشتر آنان تا سال‌ها پس از ورود به مدرسه، شناسایی نمی‌شوند و تحت آموزش ویژه، قرار نمی‌گیرند، مگر اینکه اختلال رفتاری و مشکلات، تحصیلی آنان شدید شود (غباری بناب و همکاران، ۱۳۹۸).

اختلالات رفتاری به طور قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی را در دوره‌ی بزرگسالی افزایش می‌دهد. (Pandina, Bilder, Harvey, Keefe, Aman, 2017) Gharabawi, 2017 اختلالات رفتاری همچنین احتمال ابتلای افراد به سوء مصرف مواد، فعالیت‌های بزهکارانه، اختلالات اضطرابی و خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلالات عصب روان‌شناختی و اختلال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد. (Gaoni, Black, Baldwin, 2008) در همین راستا، اسمت و راتر (۱۹۹۸) گزارش کرده‌اند که از سال ۱۹۴۵ به بعد اختلالات رفتاری در نوجوانان و جوانان شیوع بیشتری یافته است.

(McMahon, 1994) (Burke, Loeber, Lahey, Rathouz, 2015) در بررسی‌های مختلف به صورت پایدار و هماهنگ نشان داد مشکلات رفتاری در دوران کودکی پیش‌بینی کننده افزایش احتمال ابتلاء به اختلالات روان‌پزشکی در دوران نوجوانی و بزرگسالی است. (Ammeringer & pape, 1999) ۱۸۳ کودک که دارای اختلال رفتاری بودند را به مدت ۱۸ سال تحت نظر گرفتند و به این نتیجه رسیدند که بین اختلالات رفتاری در کودکی و ابتلا به روان‌پریشی در دوره بزرگسالی ارتباط وجود دارد.

^۱ - Fazel, Danesh, & Wheeler

میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در دوران کودکی و نوجوانی باتوجه به مراحل تکامل درسنین مختلف و نیزکشورهای مختلف، متفاوت است. در مطالعه‌ای در کشور انگلستان در گروه سنی قبل از دبستان، ۷ درصد کودکان از مشکلات متوسط تا شدید و ۱۵ درصد از مشکلات خفیف در رنج بودند. شیوع مشکلات در سنین مدرسه ۸/۶ درصد و در سنین نوجوانی حدود ۹ درصد گزارش گردید. (Gaddard, 2010)

(DiMarco, Melnyk, 2019) معتقدند مطالعات همه گیرشناسی به منظور شناسایی مشکلات روانی و رفتاری نوجوانان نسبت به بزرگسالان، اهمیت بیشتری دارد (DiMarco, Melnyk, 2019). جدیدترین گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که بین ۱۰ تا ۲۰ درصد از نوجوانان کشورهای اروپایی یک یا چند اختلال رفتاری دارند (فرامرزی، قمرانی و شریعتی، ۱۳۹۰). (Belsky & Silva, 2011) در پژوهشی نشان دادند که ۲۵/۲ درصد از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال‌های رفتاری هستند. (Fombonne, 2001) پژوهشی را در شمال فرانسه و در نمونه‌ای به حجم ۲۴۴۱ کودک در سنین ۸ تا ۱۱ انجام داد و شیوع اختلال‌های را ۱۲/۴ درصد به دست آورد. (Hector, 2006) در یک مطالعه همه‌گیرشناسی در ایرلند، ۲۰۲۹ کودک را در سنین ۹ تا ۱۲ در مدارس دوبلین مورد ارزیابی قرار دادند. شیوع کلی اختلال‌های در این تحقیق ۱۶/۶ درصد گزارش شده است. (Eglund & Hansen, 2010) شیوع اختلال‌های رفتاری در بین دانش‌آموزان سنین مدرسه دانمارک را ۱۰ درصد گزارش کردند. همچنین این محققان نشان دادند که شیوع اختلال‌های رفتاری در بین پسران بیشتر از دختران و در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی است. (Nikapota, 2001) یافته‌های این پژوهش‌ها و پژوهش که ما انجام داده ایم همه به یک نتیجه مشخص رسیدیم که میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان پسر بیشتر از دانش‌آموزان دختر است و همچنین در این پژوهش‌ها که در اروپا صورت گرفته میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان بین ۹ تا ۱۲ سال ۱۶،۶ گزارش شده است که ما هم در این تحقیق تقریباً به نتیجه مشابهی (۱۶،۹) دست یافتیم. و همچنین همه پژوهش‌های انجام شده در این زمینه بیانگر این است که میزان شیوع اختلالات رفتاری با توجه به سن آنها تغییر می‌کند. با بررسی میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در کودکان کشورهای ایتالیایی، سوئدان و هند نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های رفتاری این کودکان بین ۳ تا ۱۱ درصد است. (Roberts, Clifford & Rosenblatt, 2008) در چهار دهه گذشته ۵۲ مطالعه را که همگی در زمینه شیوع اختلال‌های کودکان و نوجوانان انجام شده بود، مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند و نتایج حاصله را بدین شرح گزارش کردند: برآورد میزان شیوع اختلال‌های بین ۱ تا ۱۵ درصد و با میانگین ۵/۸ بود که نرخ متوسط شیوع اختلال‌های رفتاری برای دوره‌ی پیش‌دبستانی ۸ درصد و برای دوره قبل از بلوغ (مقاطع ابتدایی و راهنمایی) ۱۲ درصد و برای دوره بلوغ و نوجوانی ۱۵ درصد و برای گروه‌های سنی بالاتر ۱۸ درصد بوده است.

در مجموع، تحقیقات معتبر انجام شده در جهان نشان داده‌اند که میزان اختلالات رفتاری در کودکان سنین دبستانی در مناطق مختلف متغیر بوده و معمولاً بین ۲ تا ۱۲ درصد است که در غالب موارد بررسی شده، میزان شیوع این اختلالات در پسران بیشتر از دختران بوده است. علاوه بر آن نتایج بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که میزان شیوع این اختلالات در دانش‌آموزان پایه‌های چهارم و پنجم دبستان بیش از سایر پایه‌هاست (غیائی، نظریور، بختی، پورنجف و شیرینی، ۱۳۹۷). بررسی آماری ده کشور اروپایی و نیز نتایج مطالعات شیوع شناسی در ۱۱ شهر و استان کشورمان نشان داده است که عواملی همچون نابسامانی‌های درون خانواده (عدم سازگاری والدین، سرزنش، تهدید، انضباط ضعیف، تحصیلات پایین والدین، فقر اقتصادی)، عوامل مربوط به مدرسه مانند روابط معلم و دانش‌آموزان و دانش‌آموزان با یکدیگر، وضعیت تحصیلی، کیفیت و امکانات آموزشی، همچنین سن، جنس، هوش به عنوان (عوامل وراثتی) و عوامل فرهنگی و اجتماعی، مهمترین علل بروز اختلالات رفتاری هستند (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۸). بنابراین، شناخت دقیق و علمی مشکلات روانی و رفتاری کودکان و شیوع شناسی اختلالات رفتاری آنان اولین گام در جهت پیشگیری و درمان آنهاست.

هر جامعه‌ای برای پیشرفت و رشد در ابعاد مختلف اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی و ... نیاز به افرادی دارد که از نظر روانی و جسمانی سالم باشند. با توجه به اینکه کودکان امروز، صاحبان بلافصل آینده جامعه هستند، سلامتی و بیماری آنان در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسل‌های آینده اثراتی قابل توجه خواهد داشت. بنابراین، لازم است به سلامت روانی-جسمانی این قشر

عظیم بیشتر توجه شود و گام‌هایی اساسی در جهت پیشگیری و درمان بیماریها و اختلالات روانی و رفتاری آنان برداشته شود (غیائی، نظریور، بختی، پورنجف و شیرینی، ۱۳۹۷، ص ۳۰).

در پژوهش‌های انجام گرفته در داخل کشور، میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی متفاوت گزارش شده است؛ براین اساس، میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مناطق مختلف کشور ۵/۵ درصد، ۱۰/۲ درصد؛ ۱۳/۲ درصد، ۱۶/۸۴ درصد نیز گزارش شده است (فرامرزی، قمرانی و شریعتی، ۱۳۹۰، ص ۹۲). باتوجه به این که: ۱) اختلالات رفتاری در مناطق مختلف کشور (۴/۵ الی ۴۳/۳) شیوع متفاوتی دارد؛ ۲) اختلالات رفتاری-هیجانی در سطح جامعه به خصوص نسل کودک و نوجوان روند روزافزونی دارد (فرامرزی و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۴۴۰) و ۳) مطالعه جامعی با ابزار مناسب در منطقه در این رابطه وجود ندارد، با توجه به آسیب‌پذیری بالای این نسل که در معرض خطر روز افزون مشکلات چون افسردگی و اضطراب، خودکشی، انحرافات نظیر بزهکاری، سوء مصرف مواد قرار دارند و نیز باتوجه به نیازهای بهداشتی به خصوص نیازمندیهای بهداشت روانی که از اولویت برنامه توسعه بهداشتی کشور است، بررسی شیوع آسیب‌شناسی روانی دانش‌آموزان ابتدایی و عوامل همراه و مرتبط با آن کمک شایانی به شناخت و یافتن راه‌کارهای مناسب برنامه‌ریزی‌های استان و در صورت امکان کل کشور می‌کند.

پیشینه پژوهش:

غباری بناب؛ پرند؛ حسین خانزاده فیروز چاه؛ موللی و نعمتی (۱۳۸۸) در مقاله ای تحت عنوان میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران دریافتند که اختلالات رفتاری دامنه گسترده ای از اختلالات دوران کودکی و نوجوانی را در بر می‌گیرند. این اختلالات، کارکردهای تحصیلی دانش‌آموزان را نیز متاثر می‌سازند. به همین علت از اهمیت بسیاری برخوردارند. شناسایی زود هنگام اختلالات رفتاری می‌تواند ما را در طراحی برنامه‌های مداخله ای و به کارگیری آن یاری دهد. علاوه بر این با بررسی میزان شیوع این اختلالات، می‌توان تدابیر لازم را در جهت خدمات دهی به این گروه اتخاذ کرد.

شجاعی؛ همتی علمدارلو؛ مرادی و دهشیری (۱۳۸۷) در مقاله ای تحت عنوان شیوع اختلال های رفتاری در دانش‌آموزان ابتدایی استان فارس دریافتند که شیوع اختلال های رفتاری در بین کودکان و نوجوانان نسبتا بالاست و به طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه ای کودکان و نوجوانان تاثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلا به بیماری های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهد. بنابراین مسئله اختلال های رفتاری کودکان مستلزم توجه ویژه مسئولین و دست‌اندرکاران امر تعلیم و تربیت است.

محمدی، مسعود؛ ویسی رایگانی، علی اکبر؛ جلالی، رستم؛ قبادی، اکرم و عباسی، پروین در مقاله ای تحت عنوان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایران (۱۳۹۷) دریافتند که شیوع کلی اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی ۲۳ درصد (۱/۵۱۵/۳۳) درصد، حدود اطمینان ۹۵ درصد) به دست آمد که بیش ترین اختلالات رفتاری در کودکان همدان با ۷/۵۴ درصد (۴۹) و کمترین شیوع اختلالات رفتاری در کودکان اردبیل با ۸/۱ درصد (۷/۳- ۹/۰ درصد، حدود اطمینان ۹۵ درصد) بوده است. براساس تحلیل متاگرسیون، با افزایش حجم نمونه شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی کاهش یافت و با افزایش سال انجام مطالعه، شیوع اختلالات رفتاری در کودکان افزایش پیدا کرد که این اختلاف نیز از نظر آماری معنی دار بود.

صابری، هایدی در مقاله ای تحت عنوان همه گیرشناسی اختلالات عاطفی و رفتاری در کودکان مقطع ابتدایی (۱۳۸۷) دریافتند که نتایج اختلال اضطراب با ۱۶ درصد، شایع ترین اختلال در دختران و اختلال سلوک با ۱۹/۴ درصد، شایع ترین اختلال در پسران مورد پژوهش بود. لذا با توجه به مطالب طرح شده این سؤال برای پژوهشگر ایجاد شده است که میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهرستان چگنی چه اندازه است؟

سایر سوالات به شرح زیر خواهد بود:

میزان شیوع اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی، اختلال اضطراب و افسردگی، اختلال ناسازگاری اجتماعی، اختلال رفتارهای ضد اجتماعی اختلال کمبود توجه و اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر چگنی چقدر است؟

روش‌شناسی

پژوهش لحاظ هدف جزء تحقیقات کاربردی و بر اساس شیوه گردآوری داده‌ها، توصیفی تحلیلی از نوع پیمایشی است و جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی آموزش و پرورش شهرستان چگنی در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ به تعداد ۸۲۵۴ نفر تشکیل دادند. ۳۷۹ نفر بر اساس فرمول کوکران به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری طبقه‌ای به شکل متناسب و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS23 استفاده شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته به شرح زیر بود:

پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر

برای سنجش اختلال رفتاری کودکان از پرسشنامه رفتاری راتر کودکان (فرم معلم) استفاده خواهد شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۶۷ توسط مایکل راتر و همکاران تهیه شده و مورد تجدید نظر قرار گرفته است. پرسشنامه راتر دارای دو فرم الف (فرم مربیان) که توسط معلم تکمیل می‌شود و فرم ب (فرم والدین) که توسط والدین دانش‌آموز پر می‌شود. فرم الف دارای ۳۰ پرسش است که تعداد ۲۴ سوال آن مستقیماً استخراج شده و تعداد ۶ سوال نیز با توجه به فرهنگ و ویژگی‌های خاص جامعه آماری به آن افزوده شده است. پرسشنامه‌ها توسط معلمان تکمیل شده (اطلاعات فردی و خانوادگی آنان مانند شغل والدین، معدل سال قبل و... توسط مدیران و دفترداران تکمیل گردید) و دامنه نمرات اکتسابی از صفر تا ۶۰ متغیر بود. کسب نمره بالا به منزله وجود اختلال رفتاری (بیش از ۹) و کسب نمره پایین تر از ۹ نشانه بهنجاری است. این پرسشنامه توسط مهریار و همکاران (۱۳۸۵) برای ارزیابی کودکان ایرانی (شیراز) به کار گرفته شده است. مهریار و همکاران با توجه به فرهنگ جامعه ایرانی ۶ عبارت جدید اضافه نمود و ۴ ماده‌ی آن به دو ماده (به علت تشابه) آنرا به یک پرسشنامه ۳۰ عبارتی تبدیل نمودند.

نحوه نمره گذاری پرسشنامه

در مقابل هر یک از ماده‌های پرسشنامه عدد ۰، ۱ و ۲ نوشته می‌شود. روش نمره گذاری به این صورت می‌باشد که اگر عبارتی در مورد فرد صدق می‌کند و بیانگر رفتار کودک است دور عدد (۲) در مقابل شماره مربوط به آن ماده خط کشیده می‌شود. اگر عبارت فقط تا حدی درباره رفتار کودک معرف می‌باشد دور عدد (۱) و اگر ماده مذکور اصلاً درباره رفتار کودک صادق نیست دور عدد (۰) خط کشیده می‌شود. به این ترتیب عدد (۲) بیانگر اختلال رفتاری آن ماده مخصوص بوده و حاکی از این مطلب است که کودک مورد نظر علامت اختلال را به طور کامل دارد و عدد (۱) به این معنی است که آن ماده خاص تا حدودی درباره کودک صدق می‌کند و عدد (۰) نشانه عدم وجود علامت اختلال رفتاری بوده و حاکی از این موضوع است که آزمودنی مشمول موضوع آن عبارت نمی‌شود و اصلاً علایم اختلال رفتاری در او مشاهده نمی‌شود (مهریار و همکاران، ۱۹۹۲) با توجه به این نمره گذاری در پرسشنامه تغییر یافته ۳۰ عبارتی دامنه نمرات ۰ تا ۶۰ خواهد بود. این پرسشنامه به ۵ زیر گروه طبقه بندی شده که هر گروه سوالات خاصی را در برمی‌گیرد. نمره گذاری زیر گروهها ابتدا به تفکیک انجام می‌شود و سپس نمره گذاری کلی انجام می‌گیرد، زیر گروهها و عبارات مربوط به آن عبارتند از:

- ۱- پرخاشگری و بیش‌فعالی
- ۲- اضطراب و افسردگی
- ۳- ناسازگاری اجتماعی
- ۴- رفتارهای ضد اجتماعی

^۱Rutter's behavior scale for children-teacher's scale

^۲ - Rutter

۵- اختلال کمبود توجه

راتر و همکاران (۱۹۷۵) (Rutter et al, 1975) این پرسشنامه را دارای اعتبار علمی قابل قبول می‌دانند. در پژوهش راتر (۱۹۶۷) روی ۹۱ کودک درصد توافق بین پرسشنامه و تشخیص روانپزشک را ۷۶/۷ گزارش کرده که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. راتر و همکاران (۱۹۷۵) در پژوهشی درصد توافق بین پرسشنامه و تشخیص روانپزشک را ۶۱/۵ گزارش کرده اند. این پرسشنامه دارای پایایی معتبر و شناخته شده علمی است (راتر و همکاران، ۱۹۷۵) در پژوهش اولیه که توسط راتر (۱۹۶۷) بروی ۹۱ کودک انجام گرفت، پایایی این پرسشنامه از طریق بازآزمایی به فاصله سیزده هفته در حدود ۰/۸۵ گزارش شده است. در پژوهش دیگری راتر و همکاران (۱۹۷۵) با بکار بردن روش دو نیمه کردن پرسشنامه پایایی حاصل را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. در هر دو پژوهش سطح اطمینان ۰/۰۰۱ بوده است.

یافته‌ها

الف- نتایج توصیفی تحقیق

جدول (۱) توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب متغیرهای زمینه‌ای

متغیرهای زمینه‌ای	جنس	فراوانی	درصد
جنس	پسر	۱۹۰	۵۰,۱
	دختر	۱۸۹	۴۹,۹
سن	۷ سال	۶۲	۱۶,۴
	۸ سال	۶۳	۱۶,۶
	۹ سال	۶۴	۱۶,۹
	۱۰ سال	۶۴	۱۶,۹
	۱۱ سال	۶۲	۱۶,۴
	۱۲ سال	۶۴	۱۶,۹
پایه تحصیلی	پایه اول	۶۳	۱۶,۶
	پایه دوم	۶۳	۱۶,۶
	پایه سوم	۶۳	۱۶,۶
	پایه چهارم	۶۳	۱۶,۶
	پایه پنجم	۶۳	۱۶,۶
	پایه ششم	۶۴	۱۶,۹

یافته‌های جدول بیانگر این است که ۵۰,۱ درصد از پاسخگویان پسر و ۴۹,۹ درصد از این افراد دختر هستند. ۱۴,۶ درصد از پاسخگویان ۷ سال، ۱۶,۶ درصد ۸ سال، ۱۶,۹ درصد ۹ و ۱۰ سال، ۱۶,۴ درصد ۱۱ سال و ۱۶,۹ درصد نیز ۱۲ ساله بوده‌اند. در مجموع ۱۶,۶ درصد به هر پایه تحصیلی اختصاص داشته است.

سوال اصلی: آماره‌های توصیفی وضعیت میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مورد مطالعه

برای سنجش وضعیت اختلال رفتاری دانش‌آموزان مورد مطالعه از ۳۰ عبارت سه گزینه‌ای استفاده شد. حداقل نمره در این پرسشنامه برای وضعیت اختلال رفتاری کودکان صفر و حداکثر ۶۰ می‌باشد. که در جدول زیر حداقل و حداکثر نمره‌های بدست آمده در جامعه آماری نشان داده شده است. نتایج جدول (۲) میانگین بدست آمده از وضعیت اختلال رفتاری دانش‌آموزان مورد مطالعه را ۲۱,۳ نشان می‌دهد. بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که میانگین اختلال رفتاری در

دانش‌آموزان مورد مطالعه در سطح پایینی قرار دارد. و میانگین میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان پسر با میانگین ۲۴,۳ بیشتر از دانش‌آموزان دختر با میانگین ۱۸,۳ است.

جدول (۲) آماره‌های توصیفی مربوط به وضعیت اختلال رفتاری دانش‌آموزان مورد مطالعه

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل آماره	حداکثر آماره
اختلال رفتاری دانش‌آموزان	۳۷۹	۲۱,۳	۷,۲	۱۰	۴۰
اختلال رفتاری دانش‌آموزان دختر	۱۸۹	۱۸,۳	۵,۷	۱۵	۳۲
اختلال رفتاری دانش‌آموزان پسر	۱۹۰	۲۴,۳	۷,۲	۱۰	۴۰

سؤال فرعی شماره یک: آماره‌های توصیفی وضعیت میزان شیوع اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان

مورد مطالعه

برای سنجش وضعیت اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی دانش‌آموزان مورد مطالعه از ۶ عبارت سه گزینه‌ای استفاده شد. حداقل نمره در این پرسشنامه برای وضعیت اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی صفر و حداکثر ۱۲ می‌باشد. نتایج جدول (۳) میانگین بدست آمده از وضعیت اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی دانش‌آموزان مورد مطالعه را ۳,۸۷ نشان می‌دهد. بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که میانگین اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان مورد مطالعه در سطح پایینی قرار دارد. و میانگین میزان شیوع اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر با میانگین ۴,۸ بیشتر از دانش‌آموزان دختر با میانگین ۲,۹ است.

جدول (۳) آماره‌های توصیفی مربوط به وضعیت اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی دانش‌آموزان مورد مطالعه

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل آماره	حداکثر آماره
اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی	۳۷۹	۳,۸۷	۳,۱	۰	۱۰
اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی دانش‌آموزان دختر	۱۸۹	۲,۹	۲,۵	۰	۷
اختلال پرخاشگری و بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر	۱۹۰	۴,۸	۳,۳	۰	۱۰

سؤال فرعی شماره دو: آماره‌های توصیفی وضعیت میزان شیوع اختلال اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان مورد

مطالعه

برای سنجش وضعیت اختلال اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مورد مطالعه از ۶ عبارت سه گزینه‌ای استفاده شد. حداقل نمره در این پرسشنامه برای وضعیت اختلال اضطراب و افسردگی صفر و حداکثر ۱۲ می‌باشد. نتایج جدول (۴) میانگین بدست آمده از وضعیت اختلال اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مورد مطالعه را ۳,۸۷ نشان می‌دهد. بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که میانگین اختلال اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان مورد مطالعه در سطح پایینی قرار دارد. و میانگین میزان شیوع اختلال اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان پسر با میانگین ۴,۸ بیشتر از دانش‌آموزان دختر با میانگین ۲,۹ است.

جدول (۴) آماره‌های توصیفی مربوط به وضعیت اختلال اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مورد مطالعه

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اختلال اضطراب و افسردگی	۳۷۹	۸,۳	۱,۸	۶	۱۳
اختلال اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر	۱۸۹	۷,۸	۱,۶	۶	۱۱
اختلال اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان پسر	۱۹۰	۸,۸	۱,۹	۶	۱۳

سؤال فرعی شماره سه: آماره‌های توصیفی وضعیت میزان شیوع اختلال ناسازگاری اجتماعی در دانش‌آموزان مورد مطالعه

برای سنجش وضعیت اختلال ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مورد مطالعه از ۴ عبارت سه گزینه‌ای استفاده شد. حداقل نمره در این پرسشنامه برای وضعیت اختلال ناسازگاری اجتماعی صفر و حداکثر ۸ می‌باشد. نتایج جدول (۵) میانگین بدست آمده از وضعیت اختلال ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مورد مطالعه را ۱,۸۸ نشان می‌دهد. بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که میانگین اختلال ناسازگاری اجتماعی در دانش‌آموزان مورد مطالعه در سطح پایینی قرار دارد. و میانگین میزان شیوع اختلال ناسازگاری اجتماعی در دانش‌آموزان پسر با میانگین ۲,۴۷ بیشتر از دانش‌آموزان دختر با میانگین ۱,۲۹ است.

جدول (۵) آماره‌های توصیفی مربوط به وضعیت اختلال ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مورد مطالعه

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اختلال ناسازگاری اجتماعی	۳۷۹	۱,۸۸	۱,۷	۰	۷
اختلال ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر	۱۸۹	۱,۲۹	۱,۴۱	۰	۵
اختلال ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان پسر	۱۹۰	۲,۴۷	۱,۸۲	۰	۷

سؤال فرعی شماره چهار: آماره‌های توصیفی وضعیت میزان شیوع اختلال رفتارهای ضد اجتماعی در دانش‌آموزان مورد مطالعه

برای سنجش وضعیت اختلال رفتارهای ضد اجتماعی دانش‌آموزان مورد مطالعه از ۷ عبارت سه گزینه‌ای استفاده شد. حداقل نمره در این پرسشنامه برای وضعیت اختلال رفتارهای ضد اجتماعی صفر و حداکثر ۱۴ می‌باشد. نتایج جدول (۶) میانگین بدست آمده از وضعیت اختلال رفتارهای ضد اجتماعی دانش‌آموزان مورد مطالعه را ۵,۲۹ نشان می‌دهد. بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که میانگین اختلال رفتارهای ضد اجتماعی در دانش‌آموزان مورد مطالعه در سطح پایینی قرار دارد. و میانگین میزان شیوع اختلال رفتارهای ضد اجتماعی در دانش‌آموزان پسر با میانگین ۵,۹۳ بیشتر از دانش‌آموزان دختر با میانگین ۴,۶۶ است.

جدول (۶) آماره‌های توصیفی مربوط به وضعیت اختلال رفتارهای ضد اجتماعی دانش‌آموزان مورد مطالعه

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اختلال رفتارهای ضد اجتماعی	۳۷۹	۵,۲۹	۱,۹۶	۳	۱۲
اختلال رفتارهای ضد اجتماعی دانش‌آموزان دختر	۱۸۹	۴,۶۶	۱,۳۵	۴	۱۰
اختلال رفتارهای ضد اجتماعی دانش‌آموزان پسر	۱۹۰	۵,۹۳	۲,۲۵	۳	۱۲

سؤال فرعی شماره پنج: آماره‌های توصیفی وضعیت میزان شیوع اختلال کمبود توجه در دانش‌آموزان مورد مطالعه

برای سنجش وضعیت اختلال کمبود توجه دانش‌آموزان مورد مطالعه از ۳ عبارت سه گزینه‌ای استفاده شد. حداقل نمره در این پرسشنامه برای وضعیت اختلال کمبود توجه صفر و حداکثر ۶ می‌باشد. نتایج جدول (۷) میانگین بدست آمده از وضعیت اختلال کمبود توجه دانش‌آموزان مورد مطالعه را ۱,۹۹ نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که میانگین اختلال کمبود توجه در دانش‌آموزان مورد مطالعه در سطح پایینی قرار دارد. و میانگین میزان شیوع اختلال کمبود توجه در دانش‌آموزان پسر با میانگین ۳۴,۲ بیشتر از دانش‌آموزان دختر با میانگین ۱,۶۵ است.

جدول (۷) آماره‌های توصیفی مربوط به وضعیت اختلال کمبود توجه دانش‌آموزان مورد مطالعه

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اختلال کمبود توجه	۳۷۹	۱,۹۹	۱,۱۹	۰	۵
اختلال کمبود توجه دانش‌آموزان دختر	۱۸۹	۱,۶۵	۱,۰۵	۰	۵
اختلال کمبود توجه دانش‌آموزان پسر	۱۹۰	۲,۳۴	۱,۲۳	۰	۵

ب- آزمون سوالات

آیا میزان شیوع اختلالات رفتاری بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنس، پایه تحصیلی) تفاوت معنی‌داری دارد؟

۱. آیا میزان شیوع اختلالات رفتاری بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی به تفکیک جنس تفاوت معنی‌داری دارد؟
برای آزمون این سؤال از آزمون تفاوت میانگین استفاده گردید. داده‌های بدست آمده نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری بدست آمده ($\text{Sig} = 0,000$) کمتر از آلفای تحقیق ($\alpha = 0,05$) می‌باشد، پس بین میانگین میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دوره ابتدایی به تفکیک جنسیت آنان در پژوهش حاضر تفاوت معناداری وجود دارد ($t = 8,947, \text{sig} = 0,000$). میانگین میزان شیوع اختلال رفتاری در دانش‌آموزان پسر با میانگین ۲۴,۳۱ بیشتر از دانش‌آموزان دختر با میانگین ۱۸,۳ است و این تفاوت معنی‌دار است.

جدول (۸) آزمون T مقایسه اختلال رفتاری به تفکیک جنسیت

متغیر وابسته	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره T	معنی‌داری T	تفاوت میانگین	نتیجه
اختلال رفتاری	پسر	۱۹۰	۲۴,۳	۷,۲	۸,۹۴۲	۰,۰۰۰	۶	تأیید
	دختر	۱۸۹	۱۸,۳	۵,۷				

۲. آیا بین میزان شیوع اختلالات رفتاری بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی و سن آنان رابطه معنی‌داری دارد؟
برای آزمون این فرضیه از آزمون معناداری T پیرسون استفاده شده است، نتایج بدست آمده از این آزمون به شرح زیر توضیح داده می‌شود:

در سطح معنی‌داری ($\text{Sig}=0,222$)، متغیرهای سن و میزان شیوع اختلالات رفتاری بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی به میزان ($r = 0,063$) با هم رابطه دارند؛ که بسیار ضعیف بوده و با توجه به سطح معنی‌داری به دست آمده است، این مقدار معنی‌دار نمی‌باشد. در نتیجه مطابق با این نتایج می‌توان گفت که بین سن دانش‌آموزان دوره ابتدایی و میزان شیوع اختلالات رفتاری بین آنان رابطه‌ای معنادار وجود ندارد.

جدول (۹) آزمون همبستگی رابطه سن و میزان شیوع اختلالات رفتاری

متغیر وابسته	متغیر مستقل
اختلالات رفتاری	سن
۰,۶۳۰	میزان رابطه
۰,۲۲۲	معنی‌داری
۳۷۹	تعداد

۳. آیا بین میزان شیوع اختلالات رفتاری بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی و پایه تحصیلی آنان رابطه معنی‌داری دارد؟

برای آزمون معنی‌داری رابطه بین پایه تحصیلی دانش‌آموزان و میزان شیوع اختلالات رفتاری از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (**F**) استفاده شد، نتایج آزمون تحلیل واریانس نشانگر آن است که میزان شیوع اختلالات رفتاری بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی به تفکیک پایه تحصیلی آنان تفاوت معناداری وجود ندارد. مقدار **F** حاصل از آزمون تحلیل واریانس ۳۰۷.۱ می‌باشد، با توجه به سطح معناداری به دست آمده ($\text{Sig} = 0,260$) این مقدار معنی‌دار نمی‌باشد.

جدول (۱۰) آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه شیوع اختلالات رفتاری بین دانش‌آموزان بر حسب پایه تحصیلی آنان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری
بین گروهها	۳۳۶,۶۷۰	۵	۶۷,۳۳۴		
درون گروهها	۱۹۲۱۵,۶۹۹	۳۷۳	۵۱,۵۱۷	۱,۳۰۷	۰,۲۶۰
کل	۱۹۵۵۲,۳۶۹	۳۷۸	-		

بر اساس نتایج آزمون شفه، میزان شیوع اختلالات رفتاری بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی به تفکیک پایه تحصیلی تفاوتی اندک دارد که معنی‌دار نبوده است. این تفاوت در سطح احتمال $\text{sig} = 0/05$ معنی‌دار نیست؛

جدول (۱۱) آزمون شفه گروه‌های همگن از لحاظ شیوع اختلالات رفتاری بر حسب پایه

پایه تحصیلی	تعداد	Subset for alpha=0/05
اول	۶۳	۲۰,۲۷
دوم	۶۳	۲۰,۶۳
سوم	۶۳	۲۰,۸۶
چهارم	۶۳	۲۰,۹۲

۲۲,۴۳	۶۳	پنجم
۲۲,۷۸	۶۴	ششم
۰,۵۶۹	-	معنی داری

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج بین میانگین میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره ابتدایی به تفکیک جنسیت در پژوهش حاضر تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین میزان شیوع اختلال رفتاری در دانش آموزان پسر بیشتر از دانش آموزان دختر است. بین سن دانش آموزان دوره ابتدایی و میزان شیوع اختلالات رفتاری بین آنان رابطه‌ای معنادار وجود ندارد.

این پژوهش در صدد بررسی رابطه اختلالات رفتاری با عواملی نظیر سن، جنس، تحصیلات دانش آموزان بود. اهمیت این موضوع را آمارهای موجود تأیید می نمایند. میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش آموزان مناطق مختلف کشور ۵/۵ درصد، ۱۰/۲ درصد؛ ۱۳/۲ درصد، ۱۶/۸۴ درصد نیز گزارش شده است. با توجه به این که: (۱) اختلالات رفتاری در مناطق مختلف کشور (۴/۵) الی (۴۳/۳) شیوع متفاوتی دارد؛ (۲) اختلالات رفتاری-هیجانی در سطح جامعه به خصوص نسل کودک و نوجوان روند روزافزونی دارد. در مجموع، تحقیقات معتبر انجام شده در جهان نشان داده اند که میزان اختلالات رفتاری در کودکان سنین دبستانی در مناطق مختلف متغیر بوده و معمولا بین ۲ تا ۱۲ درصد است که در غالب موارد بررسی شده، میزان شیوع این اختلالات در پسران بیشتر از دختران بوده است. این امر می تواند ناشی از عوامل زیر باشد: اولاً همان گونه که ذکر شد اختلال های رفتاری پسران از نوع اختلال های رفتاری آشکار است که نسبت به اختلال های رفتاری پنهان که در دختران شایع تر است، هم بیشتر هستند و هم راحت تر قابل تشخیص اند. ثانیاً شیوه های سنجش اختلال های رفتاری متناسب با جنسیت نیست و دختران و پسران هر دو به یک شیوه ارزیابی می شوند. همچنین این امر به تنوع انواع اختلال و تاثیر پذیری متفاوت جنسیت از برمی گردد. مسئله دیگر به شرایط خاص جامعه ما بر می گردد که تفاوت جنسیتی شدیدتر و فضای اجتماعی برای جنسیت دختران بسته تر می باشد همین طور در جامعه پذیری و فضای تربیتی نیز از جوامع غربی متفاوت هستیم این موارد باعث می شوند که بسته به جنسیت دانش آموز تفاوت معنی داری در شیوع اختلالات رفتاری وجود داشته باشد. شیوع اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان در طول عمر در طیف ۸/۳ تا ۲۷٪ بوده است. درباره رابطه معنی دار میزان شیوع اختلالات رفتاری بین دانش آموزان دوره ابتدایی و پایه تحصیلی نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر این رابطه را تأیید نمی کند و میزان شیوع اختلالات رفتاری بین دانش آموزان دوره ابتدایی به تفکیک پایه تحصیلی آنان تفاوت معناداری وجود ندارد. اختلال اضطراب جدایی در بچه های کوچک شایع تر از نوجوانان است و در دو جنس به یک اندازه شایع است. شروع ممکن است در سال های پیش از مدرسه روی دهد اما در بچه های ۷ یا ۸ ساله شایع تر است. میزان اختلال اضطراب منتشر در کودکان دبستانی تخمین زده می شود؛ تقریباً ۳٪ است. میزان فوبی اجتماعی ۱٪، و میزان فوبی ساده ۲/۴٪ می باشد. بین بچه های دبستانی نا بالغ شیوع اختلالات افسردگی اساسی در جامعه حدود ۱ درصد است. افسردگی در نمونه های ارجاع شده کودکان دبستانی، تقریباً به یک اندازه دیده می شود و برخی زمینه یابی ها حاکی است که میزان آن در پسر بچه ها اندکی بالاتر است. تبیین فروید از اختلال هایی مانند اختلال سلوک، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و افسردگی بر پایه فرا من استوار است. یافته های این مطالعه نشان از وجود شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان دارد در این رابطه پیشنهاد می شود؛ که والدین، معلمان و مشاوره مدارس نسبت به تشخیص این دانش آموزان اقدام نمایند و آنان را به هسته های مشاوره و روانشناسان بالینی معرفی نمایند تا از پیامدهای منفی که در بزرگسالی به وجود می آید جلوگیری نمایند.

یافته های این مطالعه نشان از تفاوت معنی دار بین شیوع اختلالات رفتاری و جنسیت دانش آموزان دارد در این رابطه پیشنهاد

می شود که هسته های مشاوره و مشاوره مدارس در این زمینه بیشتر کار کنند و نسبت به تشخیص و درمان این اختلال ها اقدام نمایند.

-وزارت آموزش و پرورش نسبت به جذب نیرو های متخصص و در سطح کارشناسی ارشد و بالاتر اقدام کند و در مدارس ابتدایی حداقل یک مشاور تمام وقت کار کند.

-مشاوره مدارس نسبت دانش آموزان هر پایه و نوع یا انواع اختلال هوشیاری بیشتری داشته باشند و در صورت لازم آنان را به هسته های مشاوره اعزام نمایند. از آن جا که دختران در جامعه ما بیشتر در معرض آسیب های اجتماعی هستند در این رابطه پیشنهاد می شود؛ که مشاوره مدارس دخترانه در سطوح تخصصی بالا باشند و نسبت به تشخیص و راهنمایی های لازم جهت درمان اقدام نمایند.

منابع

۱. حیدری، جبار؛ عظیمی، حمیده؛ محمودی عالمی، قهرمان؛ محمدپور تهمتن، رضاعلی (۱۳۹۵). بررسی شیوع اختلالات رفتاری- هیجانی و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان مقطع ابتدایی مدارس شهرستان ساری سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۶(۵۶): ۹۱-۱۰۰.
۲. خادم، حمیرا؛ مدانلو، معصومه؛ ضیایی، طیبیه؛ کشت کار، عباسعلی (۱۳۹۸). اختلالات رفتاری و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان سن مدرسه شهر گرگان، پژوهش پرستاری، ۴(۱۴): ۲۹-۳۷.
۳. شکوهی یکتا، محسن و پرند، پرند(۱۳۹۴). اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، تهران: تیمور زاده.
۴. کرین، ویلیام(۱۳۸۹). نظریه های رشد مفاهیم و کاربردها، مترجمان: خوی نژاد، غلامرضا و رجایی، علیرضا، تهران: رشد.
۵. غباری بناب، باقر؛ پرند، اکرم؛ حسین خان زاده فیروزجاه، عباسعلی؛ موللی گیتا؛ نعمتی، شهروز(۱۳۹۸). میزان شروع مشکلات رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران، فصل نامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹(۳)، پیاپی ۳۳، ۲۳۸-۲۲۳.
۶. غیائی، نسرين؛ نظرپور، فریبا؛ بختی، فریبا؛ پورنجف، عبدالحسین؛ شیرینی، خسرو(۱۳۹۷). بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان دختر و پسر دبستانی شهر ایلام در سال تحصیلی ۸۵-۸۴، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۱۶(۱): ۲۵-۳۲.
۷. فرامرزی، سالار؛ قمرانی، امیر و شریعتی، مریم(۱۳۹۰). بررسی و مقایسه میزان شیوع و فراوانی اختلال های رفتاری در بین دانش آموزان دوره متوسطه منطقه بستان آباد، مجله پزشکی ارومیه، ۲۲(۵): ۴۳۹-۴۴۸.
۸. مختاریپور، حسن(۱۳۹۸). بررسی و مقایسه شیوع انواع اختلال های رفتارهای دانش آموزان نارسا خوان مقطع ابتدایی با دانش آموزان عادی مقطع ابتدایی شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی
۹. مش، اریک و وولف، دیوی(۱۳۹۲). روانشناسی مرضی کودک، ترجمه: فروغ الدین عدل، اصغر و مظفری مکی آبادی، محمد، تهران: رشد.
۱۰. نجفی، محمود(۱۳۹۸). میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان دبستانی، مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹(۳): ۲۴۵-۲۳۹.
۱۱. Amminger Gp, Pape S. (2009). Relationship between childhood behavioral disturbance and later schizophrenia in the New York high risk project, Am. J. Psychiatry, 156(4): 555-000.
۱۲. Belsky, J., Silva, P.A (2011). Epidemiology of behavioral disorders among Canadian, Mexican and Poetroricn Children. Journal of Abnormal Child Psychology. 28:33-50.

۳۳. Brown I, Percy, M (2017) .A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental/ London/ Powl. H. Brookes.
۴۴. Burke JD, Loeber R, Lahey B , Rathouz PJ.(2015). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *J Child Psychol Psychiatry*,46(11): 0000-00.
۵۵. Eglund N, Hansen K.F.(2010). Behavioral disorders in Danish schools: A quantitative survey. *European journal of Special Needs Education*; 15(2): 158-170.
۶۶. Fazel Mina, Wheeler Jeremy, Danesh John (2015). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review, *The Lancet*,365(7777): 9-55 .
۷۷. Gaddard N. (2010). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 978-987 .
۸۸. Gaoni L, Black C, Baldwin S. (2008).Defining adolescent behavior disorder: an overview. *J Adolescence*, 21:1-13.
۹۹. Gold L, Black QC, Baldwin S. (2019). Defining adolescent behavior disorder An overview. *Journal of Adolescence*, 21: 1-13.
۱۰۰. Hector, R. (2006). Epidemiology of childhood disorder in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37: 35-49.
۱۱. Horwitz , S.M., Leaf , P.J., Leventhal , J.M., Forsyth ,B., Speechley,K.N.(2002).Identificatio and management of psychological and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. *Pediatrics*, ۹۹:۴۸۰-۴۸۲.
۲۲. Nikapota, A.(2001). Children psychiatry in developing countries. *British Journal of Psychiatry*,158,743-751.
۳۳. Pandina GJ, Bilder RH, Harvey PD, Keefe SE, Aman MG, Gharabawi R. (2017).Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. *Biol Psychiatry* , 91(3):386-98.
۴۴. Wehby, J. H., Symons, F.J., Hollo ,A.(2017). Promote appropriate assessment. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*,5:45-54.