پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال هفتم، شماره۴، ۴۹۲/۱۳۸۶-۴۶۷
Research on Exceptional Children, 2008, Vol.7, No.4, 467-492

مقایسه مشکلات دوره بلوغ دختران نوجوان کم‌توان ذهنی با دختران نوجوان عادی

لیلا اکرمی*[1]، دکتر سید محمود میرزمانی[2]، عباس داورمنش[1]
دکتر محمد رضا محمدی[3] و اکبر بیگلریان[1]

تاریخ دریافت: ۸۶/۳/۲۲ تجدید نظر: ۸۶/۶/۲۶ پذیرش نهایی: ۸۶/۱۰/۴

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی مشکلات دوره بلوغ(رفتاری و جنسی) دختران کم‌توان ذهنی و مقایسه آن با مشکلات دوره بلوغ در دختران عادی در شهر تهران است. **روش**: این پژوهش مطالعه‌ای تحلیلی از نوع مقطعی است. تعداد ۹۰ نفر دختر کم‌توان ذهنی و ۹۰ نفر دختر عادی با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، به صورت گروه نمونه انتخاب شدند. در این پژوهش، برای بررسی مشکلات رفتاری در دوره بلوغ از چک لیست رفتاری آخنباخ (فرم CBCL) و برای بررسی مشکلات جنسی از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. **یافته‌ها**: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله آزمونهای آماری t مستقل، یومن ویتنی، خی دو، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که دختران کم‌توان ذهنی در دوره بلوغ حالتهایی چون گوشه‌گیری، اضطراب/ افسردگی، پرخاشگری، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، درونی‌سازی و مشکلات جنسی در آنها نسبت به دختران عادی بیشتر مشاهده می‌شود و در مقیاسهای شکایت جسمانی، مشکلات تفکر، رفتار بزهکارانه و برونی سازی بین دو گروه، تفاوتی مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری**: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که دختران کم‌توان‌ذهنی در مقایسه با دختران عادی با داشتن بهره هوشی پایین و اختلال در رفتار سازشی، در حل مشکلات فردی و اجتماعی نقص عمده دارند؛ بنابراین بلوغ و تغییرات همراه با آن می‌تواند مشکلاتی را برای این افراد و خانواده‌های آنها ایجاد کند.

واژه‌های کلیدی: *کم‌توان ذهنی، نوجوانی، بلوغ، مشکلات رفتاری، مشکلات جنسی*

۱ - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲- دانشگاه بقیه الله
۳- دانشگاه علوم پزشکی تهران
* **نویسنده رابط:** تهران- خیابان اوین- بلوار کودکیار- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی - تلفن-۲۲۱۸۰۰۴۲ -۰۲۱
(Email:Leylakrami@yahoo.com)

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

مقدمه

نوجوانی[1] یکی از دوره‌های طولانی زندگی است که با رشد و تغییرات سریع شناختی، روانی، اجتماعی و جسمی همراه است. بلوغ[2] اولین مرحله نوجوانی است و ممکن است یکی از چالشهای این دوران باشد. بلوغ فرایند تغییر فیزیکی است که مشخصه اصلی آن، رشد غریزه و صفات ثانویه جنسی است (میکوچی[3]، ۱۳۸۲).دوره بلوغ، منشأ تغییرات زیادی در وجود شخص است و تغییرات جسمانی بلوغ، اثر قوی در کارکرد روانی، رفتاری، اجتماعی و ذهنی افراد دارد وگرایشهای عاطفی و روانی را متحول می‌سازد، به همین دلیل است که میزان شیوع اختلالات رفتاری مانند: اضطراب، پرخاشگری، مشکلات جنسی و بزهکاری در این دوران افزایش می‌یابد (احدی و محسنی، ۱۳۷۸).

کم‌توانی ذهنی[4] از جمله پدیده‌هایی است که ابتلاء به آن، مشکلات زیادی را برای فرد مبتلا و خانواده او ایجاد می‌کند، این افراد علاوه بر داشتن بهره هوش پایین‌تر از بهنجار در رفتارهای سازشی و انطباقی نیز اختلال دارند. این افراد در حل مشکلات فردی و اجتماعی و شناخت قوانین حاکم بر جامعه و داشتن مهارتهای حمایت از خود در موقعیتهای مختلف نقص عمده دارند. نوجوانی دوره مهم و ویژه‌ای برای دختران و پسران کم‌توان ذهنی است، اختلال ذهنی، تواناییهای نوجوان را نسبت به اکثریت گروه همسن او با بهره هوشی نرمال در جامعه، کاهش می‌دهد و ممکن است زمینهٔ بروز اختلالات مختلف روانی، رفتاری و شخصیتی را در آنها فراهم کند؛ علاوه بر این بلوغ دوره پختگی است و در این دوران، صفات اولیه و ثانویه جنسی رشد می‌یابند و دارای کارکرد می‌شوند و این تحولات در افراد کم‌توان‌ذهنی اتفاق مهمی محسوب می‌شود و اکثر خانواده‌ها را با مشکلات و بحرانهای مختلفی مواجه می‌کند(مسی، ۲۰۰۰).

مهم‌ترین اختلالات روانی در دوره نوجوانی و بلوغ در کم‌توان‌های ذهنی عبارت‌اند از :

اختلالات خلقی: اختلالات خلقی در نوجوانان با کم‌توانی ذهنی و افراد عادی مشابه است. اضطراب، فوبیا، نشانه‌های وسواسی، تندخویی و بیماریهای سوماتیک از جمله اختلالات و نشانه‌های رایج است، اولین نشانه‌های رایج معمولاً تغییرات مختلف در عملکردهای حیاتی از جمله کاهش یافتن اشتها و بی‌خوابی هستند، حوادث تنش‌زا اغلب این اختلالات را ایجاد می‌کنند، اما معمولاً تغییرات زندگی هم می‌توانند ایجادکنندهٔ این اختلالات باشند (امانک،۲۰۰۰). از جمله اختلالات خلقی دیگر، تظاهراتی از افسردگی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

شدید، گوشه‌گیری اجتماعی، برگشت پذیری رفتارهای مربوط به دوره‌های قبلی زندگی از جمله: وابستگی، وخیم شدن عملکردها و رفتارهای کودکانه و کم‌توانی‌روانی- حرکتی[۵] است (مسی، ۱۹۹۸).

افسردگی: افسردگی معمولاً در دوره بلوغ در نوجوانان کم‌توان ذهنی مشاهده می‌شود و این اختلال، پیشرفت آموزشی و عاطفی افراد را تحت تأثیر قرارمی‌دهد. هرچند نشانه‌های افسردگی در نوجوانی، شبیه به نشانه‌های افسردگی در بزرگسالی است، اما معمولاً در دوران نوجوانی همراه با افسردگی، حالتهایی از زودرنجی و تندخویی نیز وجود دارد و توقعات افراد افزایش می‌یابد، افسردگی همچنین در ترکیب با اختلالات دیگر از جمله اضطراب و پرخاشگری نیز مشاهده می‌شود (مسی،۲۰۰۰).

اختلالات سایکوتیک[۶]: از دیدگاه بالینی، انواع شکلهای اسکیزوفرنی می‌تواند در کم‌توانان ذهنی دیده شود. نشانه‌های رایج در این اختلال عبارت‌اند از : ساده لوحی، هذیانها و توهمات ساده، اختلالات تفکر، عبارات ویژه شفاهی، واژه سازی، یاوه‌گویی مکرر، تکرار و تقلید کلام و اختلالات روانی- تنی (فعالیتهای حرکتی افراطی و یا بی‌حسی). این اختلال اغلب با نشانه‌های رفتاری از جمله رفتارهای پرخاشگری،تکانشی و خودآزاری (ویلج، ۱۹۹۸) نیز همراه است.

اختلالات اضطرابی: اختلالات اضطرابی، در کم‌توانان ذهنی اغلب به شکلهای مختلف از جمله پرخاشگری، عصبانیت، ترس و گریه کردن بروز می‌کند و در برخی موارد اختلال اضطرابی می‌تواند معادل اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته باشد. در مواردی که آسیبهای شناختی کمتر باشد و افراد قادر باشند که اضطرابهایشان را به‌زبان بیاورند، تشخیص را آسان‌تر می‌کند و در موارد دیگر تشخیص فقط فرضی است. از جمله اختلالات اضطرابی رایج دیگر در دوران بلوغ و نوجوانی فوبیا و رفتارهای وسواسی است. باید توجه کرد که رفتارهای وسواسی به‌ویژه در دوران نوجوانی و بلوغ می‌توانند رواج پیدا کنند و در کم‌توانان ذهنی نیز خطر ابتلا به اختلال وسواسی وجود دارد (مسی، ۲۰۰۰).

اختلال نقص توجه: اختلال نقص توجه / فزون کنشی مشکلی است که حدود ۵ تا ۱۰ درصد همهٔ کودکان به آن دچار هستند، به این ترتیب در هر مدرسه ممکن است یک یا دو کودک را پیدا کنیم که به مشکل نارسایی توجه مبتلا باشند،"علیزاده به نقل از کوبین[۷]" (۱۳۸۳) بیان می‌کند که در ایالات متحده امریکا، حدود ۲ میلیون کودک

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

دارای این مشکل هستند. تخمین فراوانی این اختلال در ایران به مطالعه همه‌گیرشناسی دقیق، احتیاج دارد. کودکان و نوجوانان دارای این اختلال نمی‌توانند توجه خود را متمرکز کنند و در فعالیتهایی چون تمرکز حواس، گوش دادن و یادآوری مشکل دارند. این افراد دچار حواس‌پرتی، بی‌توجهی، تکان‌شگری و فزونی جنبشی هستند و معمولاً در یادگیری، پیگیری و تمام کردن کارها، دوست‌یابی و حفظ دوستان مشکل دارند (کوبین، ۱۳۸۳). میزان شیوع اختلال نقص توجه بر طبق آمار "سازمان روان‌پزشکی امریکا"[۸] در کم‌توان‌های ذهنی ۹ الی ۱۸ برابر بیشتر نسبت به جمعیت عادی است به‌ویژه در افرادی که مبتلا به ADHD هستند، بلوغ و نوجوانی و تغییرات همزمان با آن، ممکن است موجب تشدید این عارضه شود (لم لن تایر، ۲۰۰۰).

السپت(۲۰۰۴) به نقل از اندرسون (۱۹۸۷) معتقد است که به‌طور کلی شیوع اختلالات روان‌پریشی و رفتاری در نوجوانان کم‌توان ذهنی، ۳ تا ۴ درصد بعد از بلوغ افزایش می‌یابد. او این اختلالات را در دوران نوجوانی در چند طبقه قرار داد:

-رفتارهای مخرب و غیراجتماعی(اختلالات برون‌گرایی)که شیوع آن بین۳٪ تا ۵٪ است.

-مشکلات و اختلالات عاطفی (اختلالات درون گرایی) که شیوع آن بین ۲٪ تا ۵٪ است.

-ترکیبی از مشکلات روانی و رفتاری و بیماریهای جسمی‌که شیوع آن بین ۱٪ تا ۳٪ است (السپت،۲۰۰۴).

اکثر یافته‌ها در سالهای اخیر، نشان‌دهنده افزایش میزان شیوع اختلالات رفتاری و روانی در نوجوانان کم‌توان ذهنی است.

باید توجه داشت که با فرا رسیدن بلوغ، کشش جنسی، به معنای اخص کلمه آغاز می‌شود و نوجوان نسبت به موضوعهای جنسی حساس می‌شود و مسائل جنسی فکر او را به خود مشغول می‌سازد. در بسیاری از موارد، انحرافات جنسی در نوجوانان غالباً به‌صورت کام‌جوییهای بدلی بروز می‌کند، این کام‌جوییهای بدلی که انحراف از مسیر صحیح ارضاء جنسی است و به انحراف جنسی تعبیر می‌شود، شکلهای مختلفی از جمله خود ارضایی، داشتن رابطه‌های نامشروع و.... دارد. این انحرافات در طول تاریخ و در همهٔ نژادها وجود داشته است و شامل هر گونه رفتار جنسی است که با معیارهای مورد قبول جامعه مغایرت داشته باشد و به شخصی منحرف اطلاق می‌شود که کیفیت و یا هدف

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

کشش جنسی او غیرطبیعی تلقی شود. به عقیده مارمور[۹] اعمال فرد منحرف نشان‌دهنده ارزشهای جانشین شونده‌ای است که در راه دستیابی به ارضاء جنسی انجام می‌پذیرد (کیقبادی و اسدی نوقابی، ۱۳۸۰).

بسیاری از مردم به غلط تصور می‌کنند که کودک کم‌توان ذهنی به‌خاطر کم‌کاری ذهنی در سایر زمینه‌ها نیز باید کم کار باشد، در حالی‌که گاه موضوع، به‌عکس است؛ چون تحریکات و فعالیتهای جنسی هیچ ارتباطی به ذهن ندارند و بر اساس هورمونهای مترشح داخلی هدایت می‌شوند، علاوه بر این، در آنها حجب و حیا همانند کودکان عادی در اثر برخورد با قوانین اخلاقی و اجتماعی ناچیز است و ممکن است امیال جنسی به منصه ظهور برسد (داورمنش، ۱۳۸۰).

تحقیقات نشان می‌دهند که سطح دانش در مورد مسائل جنسی در افراد کم‌توان ذهنی، نسبت به افراد عادی پایین‌تر است. این افراد نمی‌توانند برای آگاهی از این مسائل از افراد دیگر دانش و آگاهی کسب کنند و توانایی خواندن کتابها و مجلات در این زمینه به صورت منابع اطلاعاتی و درک مطالب آن را ندارند. معمولاً در مدارس ویژه برای آموزش این‌گونه مسائل و علاوه بر آن آموزش در مورد جنسیت خود و تمایز بین دو جنس فرصتهای لازم وکافی وجود ندارد (تیما، ۲۰۰۲).

"سوارتز"[۱۰] و "مسترز"[۱۱](۱۹۸۳) معتقدندکه در هر دو گروه افراد عادی و کم‌توان ذهنی وجود ویژگی زیر ممکن است که گرایش افراد را به جرائم جنسی در دوران نوجوانی و بلوغ افزایش دهد. این علائم ونشانه‌ها عبارت‌اند از :

نقصان مهارتهای رفتاری و شناختی و مهارتهای پردازش و ارزیابی، از جانب اطرافیان مورد بی اعتنایی و تحقیر واقع شدن که در برخی موارد به ایجاد حالتهای افسردگی در افراد منجر می‌شود، فقدان اعتماد به نفس، خیال‌پردازیهای جنسی و در اکثر موارد الگوهایی که موجب برانگیختگی جنسی می‌شوند ومعمولاً این الگوها، در هر دو گروه افرادی عادی و کم‌توان ذهنی یکسان است (لینگ[۱۲]، ۱۹۹۹) .

باید در نظر داشته باشیم که خطر سوء استفاده جنسی از افراد کم‌توان ذهنی نسبت به افراد عادی بیشتر است. تحقیقات استین(۲۰۰۱)نشان می‌دهد که ۳۹ تا ۶۸ درصد از دختران کم‌توان ذهنی قبل از آنکه به سن ۱۸ سالگی برسند، مورد استفادهٔ جنسی[۱۳] قرارمی‌گیرند و این عمل می‌تواند از سوی افراد مختلف انجام بگیرد. تحقیقات استین

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

نشان‌دهندهٔ این است که ۳۲ درصد از افراد کم‌توان ذهنی از سوی اعضای خانوادهٔ خود یا خویشاوندان، ۴۴ درصد از سوی کسانی که به‌نحوی با این افراد سروکار دارند از جمله: کارکنانی که در مراکز ویژه شبانه‌روزی از این افراد مراقبت می‌کنند، افرادی که مسئولیت نقل و انتقال آنها را به اماکن مختلف بر عهده دارند و ... مورد آزار و سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند (استین، ۲۰۰۱).

شاید یکی از علتهای اصلی سوء استفاده جنسی از افراد کم‌توان ذهنی این است که آنها نمی‌توانند این مسئله را درک کنند که داشتن رابطه جنسی با جنس مخالف عملی نامشروع و غیر اخلاقی است؛ علاوه بر این تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که بلوغ زودرس در کم‌توانان ذهنی و تغییرات سریع همراه با آن، خطر انحرافات و سوء استفاده‌های جنسی را افزایش می‌دهد(استیوز، ۱۹۹۹).

"لیو" (۲۰۰۰) پژوهشی با هدف بررسی مشکلات رفتاری در دختران نوجوان با کم‌توانی ذهنی و نوجوانان عادی در چین انجام داد. در این تحقیق ۸۵ دختر نوجوان بین سنین ۱۸-۱۱ سال انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این تحقیق مقیاس بعد عاطفی و اجتماعی "هاتون و روبرت" بود، نمرات به‌دست آمده در هر مقیاس نشان‌دهندهٔ شیوع مشکلات رفتاری در دوره بلوغ بود و در مقیاسهای پرهیز از تعامل با دوستان[۱۴]، تعامل همراه با پرخاشگری[۱۵]،پرهیز از تعامل با معلم[۱۶]،رفتارهای نامناسب[۱۷]، واکنشهای حاکی از افسردگی و واکنشهای بدنی حاکی از ترس،کم‌توانان ذهنی نمرات بالاتری را به‌دست آوردند (لیو، ۲۰۰۰).

در سال ۲۰۰۵ بیلـدت و همکارانش پژوهشی در زمینه عملکـرد انطباقی و مشکلات رفتاری در دوران نوجوانی و تأثیر این عوامل بر روی آموزش و یادگیری انجام دادند، در این پژوهش ۸۶ دختر نوجوان کم‌توان ذهنی که بهره هوشی آنها بین ۶۰ تا ۷۰ بود، انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده، آزمون[۱۸] وایلند(VABS) برای سنجش رفتارهای انطباقی و چک‌لیست مشکلات رفتاری آخن باخ[۱۹] (CBCL) و (ABC)[۲۰] برای سنجش مشکلات رفتاری بود، نتایج این تحقیق نشان داد که نمرات افراد در چک لیست CBCL و ABC نسبت به آزمون VABS پایین است و رفتارهای انطباقی بر یادگیری و آموزش و در مقابل مشکلات و اختلالات رفتاری بر عملکرد انطباقی افراد، تأثیر مستقیم دارد (بیلدت، ۲۰۰۵).

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

در سال ۲۰۰۲ دیکر" پژوهشی را " به منظور مطالعه و ارزیابی مشکلات عاطفی و رفتاری در نوجوانان عادی و کم‌توان ذهنی انجام داد. در این پژوهش ۱۰۴۱ دختر نوجوان با بهره هوشی ۴۰ تا ۶۰ و ۱۸۵۵ دختر نوجوان با بهره هوشی بهنجار در سنین ۱۸-۶ سالگی انتخاب شدند. ابزار مود استفاده در این تحقیق، چک لیست رفتاری آخنباخ فرم TRF و مصاحبه با والدین و مربیان بود. در این تحقیق، متغیرهای سن و وضعیت اقتصادی کنترل شد، نتایج این پژوهش نشان داد که مشکلاتی چون اضطراب، افسردگی و شکایات جسمانی در افراد کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر نسبت به کم‌توانان ذهنی آموزش‌پذیر بیشتر بود و مواردی چون مشکلات توجه، پرخاشگری،مشکلات تفکر و گوشه‌گیری در هر دو گروه کم‌توانان‌ذهنی آموزش‌پذیر و تربیت‌پذیر نسبت به جمعیت عادی، شیوع بیشتری داشت (دیکر، ۲۰۰۲).

در سال ۱۳۷۴، "جعفری‌نژاد فرد کهن"، پژوهشی تحت عنوان «مقایسه بلوغ اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و عادی مقطع ابتدایی در شهر قزوین» انجام داد. این پژوهش بر روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و ۳۰ نفر از دانش‌آموزان عادی پسر انجام گرفت و برای ارزیابی بلوغ اجتماعی دانش‌آموزان مذکور، از مقیاس بلوغ اجتماعی وایلند استفاده شد. با توجه به طرح تحقیق (پس‌رویدادی) دو گروه از نظر متغیرهای مداخله‌گر کنترل و باهم همتا شدند، نتایج حاصل از اجرای مقیاس بلوغ اجتماعی وایلند و انجام آزمونهای آماری نشان داد که بین میانگین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد، این تفاوت نشان دهندهٔ ضعف چشمگیر بلوغ اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در مقایسه با بلوغ اجتماعی دانش‌آموزان عادی است(جعفری‌نژاد فردکهن، ۱۳۷۴).

دربارهٔ مشکلات جنسی افراد کم‌توان ذهنی تاکنون تحقیقات اندکی انجام شده است، در پژوهشی که ناول" و همکارانش در سال ۲۰۰۰ در چین انجام دادند، مسئله آموزش مسائل جنسی در نوجوانان با کم‌توانی ذهنی مورد بررسی قرار گرفت. هدف از این تحقیق که در هنگ‌کنگ انجام گرفته است، بررسی میزان سوء استفاده جنسی از نوجوانان دختر کم‌توان ذهنی و استفاده از یافته‌های این تحقیق برای دادن راهکارها و تهیه برنامه‌های پیشگیرانه است. در این پژوهش ۷۷ نوجوان دختر کم‌توان ذهنی بین سنین ۱۱ تا ۱۵ از مدارس ویژه هنگ کنگ انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

تحقیق، آزمون WIST [۲۱] از "وارتل"[۲۲] بود، از این آزمون برای اندازه‌گیری مهارتهای افراد برای محافظت از خود در مقابل تعارضات جنسی استفاده می‌شود. در این پژوهش از آزمون خود حفاظتی (PSQ)[۲۳] نیز برای ارزیابی دانش افراد در زمینه تعارضات و سوء استفاده جنسی استفاده شد. نتیجه تحقیق نشان داد که در حدود۶۲ درصد از نمونه مورد نظر، اطلاعات محدودی در زمینه مسائل جنسی داشتند و قادر نبودند که درخواستهای مناسب را از نامناسب تشخیص دهند و ۰/۲۵ از آنها مورد آزار و اذیت و سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند (ناول، ۲۰۰۰).

با توجه به نتایج تحقیقات در خصوص دوره بلوغ و نوجوانی و نظریه‌های مختلف در این زمینه، تحقیق حاضر به بررسی مشکلات دوره بلوغ در دختران کم‌توان ذهنی در مقایسه با دختران عادی در شهر تهران می‌پردازد و فرضیه تحقیق عبارت است از:

مشکلات رفتاری(افسردگی/ اضطراب، گوشه‌گیری، پرخاشگری و...) و مشکلات جنسی در دختران نوجوان کم‌توان ذهنی در دوره بلوغ بیشتر از دختران عادی است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش مطالعه‌ای تحلیلی[۲۴] از نوع مقطعی[۲۵] است و جامعه مورد مطالعه متشکل از دو گروه دختران کم‌توان ذهنی و عادی است. نمونه‌های مورد مطالعه از مدارس دولتی دخترانه استثنایی و عادی شهر تهران واقع در مناطق شمال، جنوب غرب و مرکز شهر تهران در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ انتخاب شدند.

در این پژوهش، با توجه به انجام مطالعات مقدماتی و محاسبه حجم نمونه، ۱۸۰ نفر به صورت نمونه در نظر گرفته شد که از این تعداد ۹۰ نفر شامل دختران کم‌توان ذهنی و ۹۰ نفر دختران عادی در سنین ۱۵-۱۲ بود. افراد مورد مطالعه از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و مادران آنها برای تکمیل کردن پرسشنامه‌ها انتخاب شدند. در این مطالعه برای انتخاب نمونه‌ها معیارهای زیر در نظر گرفته شد:

- ✓ دختران کم‌توان ذهنی با بهره هوش ۷۰-۵۰ (گروه کم‌توانان ذهنی آموزش‌پذیر)
- ✓ دختران با بهره هوش بهنجار (گروه عادی)
- ✓ دختران (عادی و کم توان ذهنی) که در سن بلوغ (۱۵-۱۲ سال) قرار داشتند.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

ابزار

الف)چک لیست رفتاری کودکان و نوجوانان[۲۶] (CBCL): این آزمون بر مبنای رویکرد توماس ام، آخن باخ (۱۹۹۱) استاد دانشگاه ورت مونت در خصوص لزوم ارزیابی چندمحوری کودک ساخته شده است.

روش اجرای پرسشنامه: این پرسشنامه مشتمل بر ۱۱۳ سؤال است و پاسخهای والدین به عبارتها با سه درجه: مصداق ندارد، گاهی اوقات مصداق دارد و همیشه مصداق دارد، مشخص می‌شود که به ترتیب به صورت ۰، ۱، ۲ نمره‌گذاری می‌شود. پس از اجرای آزمون، طبق دستورالعمل CBCL برای سنین ۱۸-۴ (دفترچه راهنمایی CBCL برای سنین ۱۸-۴،(آخنباخ،۱۹۹۱به نقل از ایمپرگتس،۲۰۰۰) اقدام به نمره‌گذاری خواهد شد.

به‌طور کلی، علائم عاطفی و رفتاری کودکان بر اساس CBCL در هشت مقیاس منعکس می‌شود که عبارتند از: کناره‌گیری و انزوا طلبی، شکایات جسمی، اضطراب و افسردگی، مسائل اجتماعی، مسائل فکری، مسائل مربوط به توجه، رفتار بزهکارانه و رفتار پرخاشگرانه که مجموعه علائمی نیز با عنوان سایر مسائل به این هشت مقیاس افزوده می‌شود و نمرات هر یک از مقیاسها، و مسائل درون‌ریزی (کناره‌گیری، شکایات جسمانی، اضطراب/ افسردگی) و برون‌ریزی(بزهکاری و پرخاشگری) و همچنین نمره کل آزمون محاسبه می‌شود. (ایمبرگتس، ۲۰۰۰).

اعتبار و پایایی پرسشنامه: ضریب پایایی این پرسشنامه به وسیلهٔ آخنباخ (۱۹۹۱)که با نمونه‌هایی از جمعیت عمومی استرالیا حاصل شد، برابر با r=۰/۸۷ بود(آخنباخ ۱۹۹۱، به نقل از محمدخانی، ۱۳۷۸). در ایران مطالعه‌ای همه‌گیرشناسی در جنوب شهر تهران و علاوه بر آن مقایسه بین فرهنگی (گروه کودکان ایرانی با گروه کودکان ایرانی مقیم انگلستان) با شرکت ۱۵۲۶ نفر (۶۶۷ پسر و ۸۵۶ دختر) به وسیلهٔ محمدی از طریق استفاده از CBCL به عمل آمده است. در این پژوهش،پایایی آزمون از طریق آزمون-بازآزمون ۰/۸۹ و آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به‌دست آمد (محمدخانی، ۱۳۷۸).

در سال۱۳۷۵ سامانی به بررسی اعتبار و قابلیت فرم مقیاس رفتاری (CBCL)پرداخت و پایایی آزمون از طریق آزمون-باز آزمون ۰/۸۰به‌دست آمد و در یک نتیجه گیری کلی بیان کرد که این مقیاس رفتاری دارای دقت لازم برای اندازه‌گیری مشکلات رفتاری است؛ یافته‌های او حاکی از هماهنگی نظر پدر و مادر در مورد رفتار کودک(ضریب توافق

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

بین پدر و مادر ۰/۷۷ به‌دست آمد)، نظر متخصصان در مورد محتوای مقیاسها و هماهنگی این مقیاسها با محتوای پرسشنامه‌های رفتاری ساخته‌شده دیگر محققان، تفاوت میان گروه شکایت‌شده (دارای مشکلات رفتاری) و شکایت نشده، تفاوت دختران و پسران در عوامل رفتاری آزمون، رابطه سازه‌ها با اختلالات رفتاری و رابطه معنادار معدل کل با اختلالات رفتاری و حاکی از اعتبار این مقیاس رفتاری است؛ به این معنا که این چک لیست، اختلالات رفتاری را به‌خوبی می‌سنجد؛ بنابراین این مقیاس می‌تواند به صورت وسیله‌ای برای تشخیص اولیه در خانه، و مدرسه از سوی متخصصان برای کودکان عادی و استثنایی مورد استفاده قرار گیرد (سامانی، ۱۳۷۵) .

در پژوهش حاضر نیز ضریب همبستگی پیرسون در دو بار اجرا با فاصله دو هفته برای ۱۵ نفر از دختران عادی برابر r=۰/۷۸ به‌دست آمد و آلفای کرونباخ برای قضاوت در مورد ثبات درونی ۰/۷۳ بود. اگر چه CBCL برای ارزیابی مشکلات رفتاری برای افراد عادی طراحی شده است ولی از آن به‌شکل فراوان برای کودکان استثنایی نیز استفاده می‌شود. در تحقیقی که ایمبرگتس (۲۰۰۰) انجام داد، اعتبار CBCL برای گروه کم‌توان ذهنی خفیف مورد ارزیابی قرار گرفت، در این تحقیق، نمونه مورد نظر ۶۰ دختر و ۸۰ پسر در گروه سنی ۱۰ تا ۱۸ سال بودند، ضریب همبستگی به‌دست آمده از طریق آزمون – باز آزمون r = ۰/۸۹ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمد (ایمبرگتس، ۲۰۰۰).

در پژوهش حاضر، برای محاسبه پایایی پرسشنامه(آخنباخ،۱۹۹۱) برای افراد کم‌توان ذهنی از طریق آزمون- باز آزمون اقدام شد، ضریب همبستگی "پیرسون" در دو بار اجرا با فاصله دو هفته برای ۱۵ نفر برابر r = ۰/۷۸ به‌دست آمد، آلفای کرونباخ[۲۷] برای قضاوت در مورد ثبات درونی ۰/۷۳ بود و همچنین برای محاسبه اعتبار آزمون، ضریب همبستگی هر شاخص با نمره کل آزمون و ضریب همبستگی شاخصها با یکدیگر محاسبه شد که شاخص مشکلات توجه r = ۰/۹۱ بیشترین و شاخص مسائل تفکرکمترین ضریب همبستگی r = ۰/۶۴ را با نمره کل مشکلات رفتاری داشتند.

ب) پرسشنامه بررسی مشکلات جنسی: دراین پژوهش به منظور سنجش مشکلات جنسی دختران (عادی و کم‌توان ذهنی) در دوره بلوغ به‌علت فقدان پرسشنامه استاندار شده در این زمینه در ایران از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد به منظور تهیه این پرسشنامه، پس ازتعریف هر یک از متغیرهای مورد نظر، از منابع زیر استفاده شد:

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

الف) کتابها و مقالات مختلف در زمینه مسائل و اختلالات جنسی
ب) نظرخواهی از تعدادی از استادان و متخصصان
ج) مصاحبه با تعدادی از معلمان کودکان کم‌توان ذهنی

به این ترتیب با توجه به مطالعات انجام‌شده، شکل نهایی پرسشنامه تهیه و مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه متشکل از دو قسمت است: بخش اول شامل مشخصات فردی است که اطلاعاتی از جمله سن نوجوان، درآمد خانواده، معدل نمرات تحصیلی، تعداد فرزندان خانواده و سطح تحصیلات مادران را بررسی می‌کند و قسمت دوم دربرگیرنده ۱۴ سؤال دوگزینه‌ای است که مسائل جنسی را در دو گروه دختران (عادی و کم‌توان ذهنی) مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دهد.

روش اجرای پرسشنامه:این پرسشنامه را مادران (دختران عادی و کم‌توان ذهنی) تکمیل و پاسخهای والدین با دو عبارت بلی و خیر که به ترتیب به‌صورت ۰ و ۱ نمره‌گذاری می‌شود، مشخص شده است. در ضمن برای پاسخ‌گویی بهتر به این سؤالات از مادران خواسته شد از نوشتن نام خود یا فرزندانشان خودداری کنند. پس از اجرای این پرسشنامه، اقدام به نمره‌گذاری و محاسبه نمرات شد و هر کدام از سؤالات به طور جداگانه برای هر دو گروه با استفاده از آزمون خی دو ارزیابی شد و سپس نمره کل مشکلات محاسبه و با استفاده از آزمون T مقایسه بین دو گروه انجام گرفت.

روایی پرسشنامه:روایی علمی[۲۸] پرسشنامه مذکور با استفاده از روش روایی محتوا[۲۹] سنجیده شد، در مورد تعیین روایی محتوا، اعتقاد بر این است که نظر خواهی از افراد صاحب نظر موجود در زمینهٔ پژوهش مورد نظر، روش مناسبی برای تعیین روایی علمی ابزار گردآوری داده‌هاست.

در این تحقیق، سؤالات پرسشنامه را چند تن از استادان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشگاه شهید بهشتی مورد بررسی و قضاوت قرار دادند و پس از جمع‌آوری نظرهای مختلف، ضریب توافق ۰/۷۶ به‌دست آمد و سپس تغییرات اصلاحی لازم انجام شد و پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش مورد نظر آماده شد و مورد استفاده قرار گرفت.

اعتبار و پایایی پرسشنامه:دراین پژوهش، از روش بازآزمایی (آزمون – بازآزمون) با فاصله دو هفته و محاسبه ضریب همبستگی "اسپیرمن" در دوبار اجرا برای دو گروه (۲۰

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

نفری) دختران کم‌توان ذهنی و عادی استفاده شد، ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن مجموع نمرات (آزمون – بازآزمون) در دختران عادی برابر r =۰/۷۴ شد که در سطح ∝ =۰/۰۵ معنادار است (p<۰/۰۰۱) و در دختران کم‌توان ذهنی، ضریب همبستگی برابر با r= ۰/۸۳ بود که در سطح ∝ =۰/۰۵ معنادار است(p<۰/۰۰۱).

برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه از روش "کودر- ریچاردسون" استفاده شد، در این روش، همسانی درونی کل آزمون بررسی می‌شود و برای این منظور، همه ماده‌های آزمون مورد تحلیل قرار می‌گیرند.

ضریب به‌دست آمده در این تحقیق، با استفاده از ضریب $KR_{۲۱}$ [۳۰]برای دختران کم‌توان ذهنی در آزمون اول برابر با ۰/۸۵ و در آزمون دوم برابر با ۰/۷۶ به‌دست می‌آمد همچنین مقدار $KR_{۲۱}$ برای دختران عادی در آزمون اول برابر با ۰/۷۹ و در آزمون دوم برابر با ۰/۷۲ بود.

روش اجرا

پژوهش حاضر، در چند مرحله اجرا شد؛ بدین ترتیب که پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و هماهنگی با سازمان آموزش و پرورش استثنایی و عادی به مدارس دخترانه مختص کودکان کم‌توان ذهنی و عادی در چهار منطقه شمال، جنوب، غرب و مرکز تهران معرفی شد و سپس به هرکدام از مدارس مراجعه و پس از گفت وگو با مسئولین مدارس، پرسشنامه‌ها در اختیار مادران قرار گرفت.

پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع آوری شده با کمک روشهای آماری در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت.

در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی از جمله رعایت صداقت و امانت علمی، استفاده از اطلاعات جدید، در اختیار گذاشتن نتایج تحقیق انجام‌شده و محرمانه بودن همهٔ اطلاعات کسب شده، در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۱) نتایج حاصل از متغیرهای دموگرافیک

در این پژوهش حدود ۳۵/۶ درصد از دختران کم‌توان ذهنی و ۴۳/۳ درصد از دختران عادی در گروه سنی ۱۳ سال قرار داشتند و در مجموع ۳۹/۴۴ درصد از

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

نمونه‌های مورد مطالعه در این گروه سنی قرار گرفتند، ۳۴/۴ درصد از دختران کم‌توان ذهنی و ۵۳/۳ درصد از دختران عادی در منطقه غرب تهران سکونت داشتند و ۳۹/۶۳ درصد از مادران (دختران عادی و کم‌توان ذهنی) دارای تحصیلات دیپلم بودند که بیشترین درصد را شامل می‌شد.

۲) نتایج به‌دست آمده از بررسی و مقایسه مشکلات رفتاری (گوشه‌گیری،اضطراب/ افسردگی، شکایات جسمانی، مسائل اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزهکارانه و پرخاشگرانه) در دو گروه دختران کم‌توان ذهنی و عادی.

همان‌طور که در یافته‌ها(جداول۱و۲) و میانگین نمرات مشاهده می‌شود، اضطراب / افسردگی (P= ۰/۰۲۳) (جدول۱)، مشکلات توجه (P=۰/۰۱۶)، (جدول۱)، پرخاشگری (P=۰/۰۰۲) (جدول۱)، مشکلات اجتماعی(P<۰/۰۰۱) (جدول۲)،گوشه‌گیری (P=۰/۰۱۳) (جدول ۲) و درون‌گرایی (P= ۰/۰۳۹) (جدول۱). در دختران کم‌توان ذهنی نسبت به دختران عادی در دوره بلوغ بیشتر مشاهده می‌شود و در موارد ذکر شده بین دو گروه، تفاوت معنادار مشاهده می‌شود.

جدول ۱- مقایسه مشکلات رفتاری دختران کم‌توان ذهنی و عادی

متغیر	دختران کم‌توان ذهنی		دختران عادی		آماره آزمون(T)	مقدار احتمال P-VALUE
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف‌معیار		
اضطراب/افسردگی	۸/۲۷	۴/۶۵	۶/۸۴	۳/۷۰	۲/۲۸	۰/۰۲۳
مشکلات توجه	۵/۳۷	۴/۲۱	۴/۰۱	۳/۲۳	۲/۴۴	۰/۰۱۶
پرخاشگری	۷/۹۲	۴/۹۸	۵/۷۷	۴/۲۳	۳/۱۱	۰/۰۰۲
درون گرایی	۱۴/۵۷	۷/۵۱	۱۲/۳۴	۶/۸۴	۲/۰۸	۰/۰۳۹

شایان ذکر است که در شاخصهای شکایات جسمانی(P=/۵۸۴) (جدول۲)، مشکلات تفکر(P=۰/۰۷۲) (جدول۲)، رفتار بزهکارانه (P=۰/۰۸۶) (جدول۲) و برون‌گرایی (P=/۱۲) (جدول۲) بین دو گروه از لحاظ آماری تفاوتی مشاهده نشد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

جدول۲- مقایسه مشکلات رفتاری دختران کم‌توان ذهنی و عادی

متغیر	دختران کم‌توان ذهنی		دختران عادی		آماره آزمون (یو من وینی)	مقدار احتمال P-VALUE
	تعداد	میانگین رتبه‌ای	تعداد	میانگین رتبه‌ای		
گوشه گیری	۹۰	۹۸/۸۳	۹۰	۸۲/۱۷	۲/۱۵	۰/۰۱۳
مشکلات‌اجتماعی	۹۰	۹۹/۲۲	۹۰	۶۵/۹۷	۶/۴۰	<۰/۰۰۱
مشکلات تفکر	۹۰	۹۷/۲۱	۹۰	۸۳/۷۹	۱/۷۷	۰/۰۷۲
بزهکاری	۹۰	۹۷/۱۲	۹۰	۸۳/۸۸	۱/۷۱	۰/۰۸۶
شکایات جسمانی	۹۰	۸۷/۶۴	۹۰	۹۲/۳۶	۰/۵۶	۰/۵۸۴
برون گرایی	۹۰	۹۶/۵۳	۹۰	۸۴/۴۸	۲/۰۵	۰/۱۲

با توجه به جدول۳، نتایج آزمون T مستقل نشان می‌دهد که بین میانگین نمره کلی مشکلات رفتاری دختران عادی(۳۶/۹۲) و کم‌توان ذهنی (۴۶/۴۸) در سطح ۰/۰۵= α تفاوت معنادار وجود دارد(p=۰/۰۰۴) و مشکلات رفتاری در دختران نوجوان کم‌توان ذهنی بیشتر است، همچنین نتایج آزمون T نشان می‌دهد (جدول ۳) که بین میانگین نمره مشکلات جنسی دختران عادی (۰/۱۱) و دختران کم‌توان ذهنی(۰/۱۹) بر اساس پرسشنامه محقق‌ساخته، تفاوت معنادار وجود دارد(p = ۰/۰۰۶). میانگین نمرات در دو گروه نشان‌دهندهٔ این است که مشکلات جنسی در دختران کم‌توان ذهنی نسبت به دختران عادی بیشتر است.(شایان ذکر است که در جدول ۳ نمره کلی مشکلات جنسی نشان داده شده است؛ در این پژوهش همهٔ سؤالات پرسشنامه با استفاده از آزمون خی دو در دو گروه، مورد مقایسه قرار گرفت، نتایج نشان داد مشکلاتی از قبیل خود نمایی جنسی، نشان دادن تمایلات جنسی در حضور دیگران، بازی با اندام تناسلی در حضور دیگران و به‌شکل پنهانی، تمایل به عورت‌نمایی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد و این‌گونه مسائل در دختران کم‌توان ذهنی بیشتر از دختران عادی بود و در مواردی از جمله داشتن دوستانی از جنس مخالف، داشتن رفتارهای شبیه به جنس مخالف، علاقه به دیدن صحنه‌های سکس و جنسی در دختران عادی، بیشتر از دختران

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

کم‌توان ذهنی گزارش شد. لازم به ذکر است که دو نفر از مادران دختران کم‌توان ذهنی اشاره کردند که فرزندشان مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است.

جدول۳- مقایسه نمره کلی مشکلات رفتاری و جنسی در نوجوانان دختر کم‌توان ذهنی و عادی

متغیر	دختران کم‌توان‌ذهنی		دختران عادی		آماره آزمون (T)	مقدار احتمال P-VALUE
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
مشکلات رفتاری	۴۶/۴۸	۲۴/۳۲	۳۶/۹۲	۱۹/۵۳	۲/۹۰	۰/۰۰۴
مشکلات جنسی	۰/۱۹	۰/۲۴	۰/۱۱	۰/۱۷	۲/۷۴	۰/۰۰۶

نتایج به‌دست آمده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن نشان داد که بین مؤلفه‌هایی چون وضعیت اقتصادی خانواده، تعداد فرزندان، منطقه محل سکونت و وضعیت تحصیلی دختران با مشکلات رفتاری و جنسی و بین تحصیلات مادران با مشکلات جنسی ارتباط وجود ندارد و این متغیرها نمی‌توانند نقش مؤثری در بروز این مشکلات داشته باشند. محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن بین سطح تحصیلات مادران با مشکلات رفتاری(۰/۱۸۷) نشان داد که بین این دو متغیر، رابطه معنادار وجود دارد (p=۰/۱۲)؛ یعنی با افزایش سطح تحصیلات مادران از مشکلات رفتاری دوران بلوغ کاسته می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که قبلاً نیز اشاره شد، دوره بلوغ با رشد و تغییرات جسمی و روانی همراه است، رشد جسمانی در این دوران، تغییرات روانی و هیجانی را به‌دنبال دارد و نوجوان را نسبت به این تغییرات حساس و کنجکاو می‌کند، در نتیجه، میزان بروز اختلالات رفتاری و روانی افزایش می‌یابد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

اغلب نوجوانان با اختلالات رفتاری در برقراری ارتباط رضایت‌بخش و نزدیک با سایرین با مشکل اساسی روبه‌رو هستند، در نتیجه علاقه دیگران را نسبت به خود از دست می‌دهند و از جانب اطرافیان و همسالان خود طرد می‌شوند، باید توجه داشت اغلب این اختلالات در افرادی که بهره هوشی آنها از حد متوسط کمتر است شایع‌تر است، به همین دلیل است که اختلالات رفتاری که ممکن است در این دوران ایجاد شود، همواره مورد توجه روان‌شناسان و کارشناسان تعلیم‌وتربیت است. (شکوهی و پرند،۱۳۸۴) نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین مشکلات رفتاری در دو گروه دختران کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت وجود دارد و این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنادار است (جدول ۳)، این یافته با نتایج پژوهش بلیدت (۲۰۰۵)،) دیکر (۲۰۰۲)و لیو(۲۰۰۰) مطابقت دارد.

این یافته از پژوهش حاضر را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی، بیشتر از افراد با بهره هوش نرمال دیده می‌شود و علت آن همان عللی است که موجب ایجاد این مشکلات در کودکان و نوجوانان عادی می‌شود، به اضافه مشکلات خاصی که در افراد کم‌توان ذهنی به چشم می‌خورد، باید در نظر داشت هوش کم با نارسایی عاطفی، مشکلات شخصیتی و اختلالات رفتاری همراه است (امرسون، ۲۰۰۵).

(میرخانی،۱۳۷۵به نقل از حسینی،۱۳۸۰)یکی ازمهم‌ترین‌مشکلاتی را که خانواده‌های این کودکان با آن مواجه هستند،مشکلات رفتاری آنها می‌داند،(کاپلان، ۱۹۹۸ به نقل از حسینی،۱۳۸۰) معتقد است که ۴۰درصد کودکان و نوجوانان کم‌توان‌ذهنی ۴ تا ۱۸ سال، دارای حداقل یکی از مشکلات روانی و رفتاری هستند او اشاره می‌کند که هرچه میزان کم‌توانی افزایش یابد، بر میزان مشکلات روانی و رفتاری نیز افزوده می‌شود. علاوه بر این، اختلالات رفتاری می‌تواند هم بر اساس زیربنای ارگانیکی یا جسمی و هم بدون مشکلات جسمی ایجاد شود و می‌توان گفت که بین مشکلات رفتاری و آسیب مغزی و اختلال در عملکرد و ترشحات غدد داخلی ارتباط وجود دارد و می‌تواند از جمله عوامل مؤثر بر ایجاد و تشدید مشکلات رفتاری باشد. در کنار این عوامل، محیط اجتماعی اعم از خانواده، مدرسه و... همراه با تعاملهای نامناسب، می‌تواند در بروز اختلالات رفتاری تأثیرگذار باشد (حسینی،۱۳۸۰).

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

بنابراین عوامل فوق در کنار تحولات مختلف در دوران نوجوانی می‌تواند موجب ایجاد و تشدید مشکلات رفتاری در افراد کم‌توان ذهنی شود.

یکی از مشکلات مهم در افراد کم‌توان ذهنی، میل به انزوا و گوشه‌گیری از اجتماع است. نوجوانی و تحولات همراه با آن میل به انزوا و گوشه گیری را در افراد کم‌توان ذهنی افزایش می‌دهد و گوشه‌گیری سبب می‌شود که زمینه‌های مثبتی که این افراد می‌توانند از جمع دریافت‌کنند، از آنها سلب شود و حالتهایی چون خجالت، ترس، بی‌حوصلگی و تنفر از دیگران در آنها تقویت شود. گوشه‌گیری در دوران بلوغ در دختران، بیشتر از پسران است. نوجوانان و بزرگسالان کم‌توان‌ذهنی معمولاً سطوح بالاتری از اضطراب را نسبت به افراد عادی در همان سن، از خود نشان می‌دهند و این موضوع از دیدگاه مسائل مختلفی که افراد کم‌توان‌ذهنی با آن مواجه هستند، توجیه‌پذیر است (دیکنز،۲۰۰۲). زمانی‌که کودک کم‌توان‌ذهنی، در طی مراحل مختلف رشد با پدیده‌های جدید و غیر منتظره مواجه می‌شود و در کنار آن حمایتهای لازم و مناسب از جانب اطرافیان را نداشته باشد، با احساس ناامنی روبه‌رو و ترس بر او غالب می‌شود؛ علاوه بر این هر گونه اشکال و نقص بدنی در نوجوانان موجب برداشت و تصور منفی آنها از خویش می‌شود و در نتیجه احساس حقارت در آنها افزایش می‌یابد. (لیو،۲۰۰۰) با ظهور علائم بلوغ، برخی از نوجوانان درون‌گرا می‌شوند و در خود فرو می‌روند و خود را از جامعه و اجتماع دور نگه می‌دارند و در انزوا و گوشه‌گیری به‌سر می‌برند، تحقیقات نشان می‌دهد این حالت در دختران بیشتر از پسران دیده می‌شود. آنها در این دوران خسته و افسرده به‌نظر می‌رسند و شاید علت آن تغییرات بلوغ هم باشد. گاهی مسئله درون‌گرایی، باعث ضعف حافظه و یادگیری می‌شود و بر وضعیت تحصیلی تأثیر می‌گذارد.

"هبر"[۳۱] ، ۱۹۶۱(به نقل از رابینسون، ۱۳۷۷) مدعی است که به رغم بری از مخالفتها مفهوم رفتار سازشی به صورت بخشی از تعریف هوش رسماً از سوی «انجمن امریکایی نقص ذهنی» مورد پذیرش قرار گرفت. این امر به این دلیل است که هوش جزء مهمی در الگوی سازگاری کودک محسوب می‌شود و شاید یکی از مهم‌ترین عوامل در مشکلات اجتماعی افراد کم‌توان ذهنی، نقص ذهنی آنهاست، علاوه بر این یکی از حیطه‌های مهم در تعاملات اجتماعی نقش زبان و تکلم در برقراری ارتباط با دیگران است، در حالی‌که،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

یکی از اختلالات شایع در کم‌توانان ذهنی مربوط به مهارتهای گفتار و زبان است. با توجه به مطالب فوق، می‌توان گفت که افراد کم‌توان ذهنی در معرض مسائل مختلف اجتماعی و هیجانی قرار دارند و محدودیت هوش بر شیوه پذیرش آنها در موقعیتهای اجتماعی نافذ و تأثیر گذار است و به‌طور قطع احساس آنها را در مورد خود ارزشمندی[۳۲] تعیین می‌کند. این مسئله در دوران نوجوانی پررنگ‌تر می‌شود (رابینسون و رابینسون،۱۳۷۷). امرسون مدعی است که رفتار نامناسب نه تنها پیامد هوش پایین بلکه از تبعات عوامل شخصیتی و انگیزشی نیز است، همهٔ عوامل ذکرشده، می‌تواند عامل مؤثری در افزایش مسائل اجتماعی در دوران بلوغ باشد.

اکثر تغییرات جسمی و جنسی در طی نوجوانی در سطح الگوی پرخاشگری نشان داده می‌شود و اعمال پرخاشگرانه افزایش می‌یابد، ممکن است یکی از دلایل آن افزایش تدریجی قدرت فیزیکی همراه با افزایش سن نوجوان باشد، علاوه بر این اغلب در مدارس، گروههای همسن به‌صورت دسته جمعی اعمال خشونت و پرخاشگری را در یکدیگر تقویت می‌کنند، کودک کم‌توان ذهنی فردی است که کمتر انتظار موفقیت دارد و بیشتر پذیرای شکست است که گمان می‌رود این انتظارات از تجربه شکستهای پی در پی آنها در انجام کارهای خارج از حد توان آنهاست؛ لذا به شیوه‌های سازش‌نایافته واکنش نشان می‌دهند و رفتارهایی چون پرتاب اشیاء، فریاد زدن، حمله به کودکان و همسالان خود و... را از خود نشان می‌دهند. تحول ناکافی ذهنی در کودکان کم‌توان ذهنی و فقدان برداشت صحیح آنها از قوانین و مقررات اجتماعی موجب می‌شود که آنها برای رسیدن به اهداف خود از هر گونه رفتار پرخاشگرانه استفاده کنند، ویلی (۱۹۹۸) معتقد است که وجود رفتار پرخاشگرانه در نوجوانان کم‌توان ذهنی ناشی از تحول‌نایافتگی در قلمرو اخلاقی است و سطوح پایین استدلال اخلاقی در این کودکان، آنها را در معرض پرخاشگری و بزهکاری قرار می‌دهد (ویلی،۱۹۹۸).

با ورود افراد کم‌توان ذهنی به دوره نوجوانی، مشکلات تحصیلی آنها نیز افزایش می‌یابد و دامنه توجه و تمرکز آنها نسبت به دوره‌های قبل کمتر می‌شود، اکثر دختران کم‌توان ذهنی در دورهٔ بلوغ، اغلب بی حوصله می‌شوند و افزایش اضطراب و افسردگی در آنها، بر دقت و تمرکز این افراد تأثیر می‌گذارد (سریمسکی،۲۰۰۴).

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

نتایج جدول ۳ نشان داد که بین میانگین مشکلات جنسی در دختران کم‌توان ذهنی و دختران عادی تفاوت معنادار وجود دارد؛ به‌عبارتی می‌توان گفت که مشکلات و تظاهرات جنسی در دوره بلوغ در دختران کم‌توان ذهنی، بیشتر از دختران عادی است، این یافته با نتایج تحقیق ناول (۲۰۰۰) همخوان است.

باید به این نکته توجه داشت که همراه با تغییرات و تحولات بلوغ و با ترشح هورومونهای مختلف، کشش جنسی و کنجکاوی نوجوانان نسبت به این گونه مسائل نیز آغاز می‌شود. در دوره بلوغ غریزهٔ جنسی بیدار می‌شود و تمایلات و خواستهایی که به‌دنبال آن وجود دارد، می‌تواند زمینه‌ای از انحرافات مختلف را ایجاد کند. در افراد کم‌توان ذهنی به دلیل ضعیف بودن مهارتهای شناختی، اجتماعی و کلامی و محدود بودن دانش آنها در زمینه مسائل جنسی، تظاهرات جنسی بیشتر مشاهده می‌شود و علاوه بر این، گاه محیطی که فرد در آن زندگی می‌کند، زمینه را برای این کار مهیا می‌سازد. این افراد در یادگیری قوانین و مقررات اجتماعی ناتوان هستند و به همین دلیل تمایلات جنسی خود را در حضور دیگران نشان می‌دهند، شاید به همین دلیل است که ما مواردی چون عورت‌نمایی، خودارضایی (از جمله بازی با اندام تناسلی) را بیشتر در این افراد مشاهده می‌کنیم(داورمنش،۱۳۸۰). علاوه بر این به دلیل آگاهی اندک آنها در مورد جنسیت خود، فقدان مهارتهای دفاعی لازم در موقعیتهایی که امکان سوء استفاده جنسی از این افراد وجود دارد، واکنشهای غیرمنطقی خانواده‌ها و تصور نادرست جامعه در مورد تمایلات و تواناییهای جنسی این افراد، مشکلات آنها را افزایش می‌دهد(ناول،۲۰۰۰).

با توجه به یافته‌ها و نتایج به‌دست آمده از این پژوهش، می‌توان گفت که افراد کم‌توان ذهنی در دوره‌های مختلف زندگی (کودکی، نوجوانی و بزرگسالی) مسائل عاطفی و رفتاری در آنها بیشتر مشاهده می‌شود و این مسئله می‌تواند علتهای مختلفی داشته باشد؛ برای مثال حالتهایی چون اضطراب، افسردگی، غمگینی و گوشه‌گیری، فقدان هم‌حسی و همدردی اطرافیان موجب افزایش رفتار پرخاشگرانه و از طرفی دیگر درگیر نشدن والدین در فعالیتهای اجتماعی و دریافت حمایت کمتر از جانب خانواده و دوستان، عامل مؤثری در انزوا و گوشه‌گیری این افراد است(بیلو،۲۰۰۳).

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

باید توجه داشت که تعاملات صحیح والدین و نوجوانان، درایجاد رفتارهای مناسب نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای دارد. والدینی که در برخورد با فرزندان کم‌توان ذهنی خود، رفتارهای تنبیه‌کننده و پرخاشگرانه دارند، از راهبردهای تربیتی خشن از جمله حملات بدنی و کلامی استفاده می‌کنند، در پاسخ به نیازها و حل مسائل فرزندان خود توانایی کمتری دارند و آستانه تحمل آنها برای درک رفتارهای غلط فرزندانشان پایین است، باعث بروز مشکلات رفتاری در فرزندانشان می‌شوند و مادران افسرده که از کودکان خود فاصله می‌گیرند و به‌خاطر اضطراب و احساس گناه در پاسخ به نیازهای فرزندانشان بی‌ثبات هستند، باعث ایجاد عواطف منفی در آنان می‌شوند، علاوه بر این برخی از رفتارهای نامناسب از طریق تعاملات بین فردی مداوم در درون خانواده آموخته می‌شود و والدین و اطرافیان با به‌کارگیری روشهای نادرست سبب تقویت رفتارهای نامطلوب می‌شوند (دافی،۱۹۹۸).

در کنار عوامل فوق باید مسئله نارسایی ذهنی افراد کم‌توان ذهنی را نیز در نظر گرفت، کزدین (۱۹۹۲) معتقد است که نارساییهای شناختی و فقدان مهارت در به‌کار بردن راهبردهای شناختی برای حل مشکلات، نارسایی در برداشت از دیدگاه دیگران و نداشتن درک و اسناد صحیح از نیات دیگران، محدودیت در مشاهده عواقب رفتاری و ارائه تعداد محدودتری راه حل برای حل مشکلات بین فردی، همه نقش مهمی در ایجاد مشکلات رفتاری دارد. با توجه به مطالب فوق هدف ما ایجاد رابطه علت و معلولی بین مشکلات رفتاری نیست ولی تحقیقات مختلف نشان دهندهٔ این است که نارسایی ذهنی و مسائل همراه با آن، نقش مهمی در بروز مشکلات رفتاری و جنسی دارد (کزدین، ۱۹۹۲).

در این پژوهش، مشکلات رفتاری در دوره بلوغ در دو گروه دختران کم‌توان ذهنی و عادی مورد بررسی قرار گرفت؛ بنابراین طراحی پژوهشهایی که بتواند این مشکلات را در پسران کم توان ذهنی نیز بررسی کند، ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر این، پژوهش حاضر کوششی برای بررسی مشکلات رفتاری در دختران کم توان ذهنی در گروه سنی ۱۵-۱۲ بود پژوهشهایی که بتواند این مشکلات را در دوره‌های دیگر زندگی در دختران و پسران کم‌توان‌ذهنی (آموزش‌پذیر و تربیت‌پذیر)بررسی کند، مفید و ضروری است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

این پژوهش در کنار پاسخ‌گویی به برخی از سؤالات موجود در زمینه موضوع تحقیق دارای محدودیتهایی نیز بود از جمله :

- در اختیار نداشتن یک پرسشنامه استاندارد شده برای بررسی مشکلات جنسی در گروه سنی ۱۵-۱۲ سال

- ممکن نبودن استفاده از پرسشنامه‌هایی که نوجوانان تکمیل کرده بودند (به‌علت ناتوانی دختران کم‌توان ذهنی)

- عدم استفاده از فرم جدید چک لیست رفتاری (CBCL)از مینایی

- همکاری ضعیف مسئولین در برخی از مدارس عادی

- نبود صداقت در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها به‌ویژه پرسشنامه بررسی مشکلات جنسی به خاطر حساسیت خاصی که در برخورد با این مسئله (به‌ویژه در خانواده‌های دارای دختر عادی) وجود دارد.

از سازمان آموزش و پروش استثنایی و مسئولین محترم مدارس دخترانه استثنایی میلاد، مریم عبیدی، شهید صیاد شیرازی و شهید اصلانی استان تهران که در این تحقیق نهایت همکاری را مبذول داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

یادداشتها

1) Adolescence
2) Puberty
3) Mikoochi
4) Mental Retardation
5)Psychomotor
6) Psychotic Disorder
7) Kobin
8) Amrican Psychitric Association
9) Marmor
10) Swartz
11) Mastrs
12) Laing
13) Sobseg
14) Aviodance of Peer Interacation
15) Aggressive Interaction
16) Aviodance of Teacher Interaction
17) Inappropriate Behavior
18) Vineland Adaptive Behavior Scales
19) Child Behavior Check List (CBCL)
20) Autism Behavior Checklist
21) What If Situation Test
22) Wurtele
23) Personal Safety Questionmaire
24) Analytical
25) Cross-Sectional
26)) Child Behavior Check list (CBCL)
27) Cronbach Alpha Coefficient
28) Validity

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

29) Content validity
30) Kuder – Richardson
31) Heber
32) Self-worth

منابع

احدی، حسن؛ نیک چهره، محسنی (۱۳۷۸). *روان شناسی رشد (مفاهیم بنیادی در روانشناسی نوجوانی و جوانی)*. تهران: انتشارات پردیس.

جعفری نژاد فرد کهن، محمود (۱۳۷۴). *مقایسه بلوغ اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و عادی مقطع ابتدایی شهر قزوین*، پایان نامه کارشناسی ارشد کودکان استثنایی، دانشگاه تهران.

حسینی، هدایت (۱۳۸۰). *بررسی ارائه تأثیر خدمات پرستاری در منزل بر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان عقب‌مانده ذهنی شهری و روستایی تربت حیدریه*، پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت روان پرستاری، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

داورمنش، عباس (۱۳۸۰). *مسائل و مشکلات بلوغ جنسی در افراد کم‌توان ذهنی*، تهران.

رابینسون، نانسی ام. رابینسون،هالبرت نی (۱۳۷۷). *کودک کم‌توان ذهنی*، مترجم : فرهاد ماهر. تهران: انتشارات آستان قدس رضوی

سامانی، سیامک (۱۳۷۵). *بررسی اعتبار و قابلیت فرم کوتاه شده (CBCL)* ، پایان نامه کارشناسی ارشد کودکان استثنایی، تهران، دانشگاه تهران.

شکوهی، محسن؛ پرند، اکرم (۱۳۸۴). *اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات تیمورزاده.

کوبین، پاتریشیاأ (۱۳۸۳). *بیش فعالی (کمک به کودکان و نوجوانان حواسپرت و بیقرار)*،مترجم : حمید علیزاده. تهران: انتشارات جوانه رشد.

کیقبادی، سیف الله، اسدنوقابی، احمد علی (۱۳۸۰). *روانپرستاری (بهداشت روانی۲)*، تهران: انتشارات بشری.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

محمدخانی، پروانه (۱۳۷۸). *کودک آزاری، شیوع و انواع ویژگیهای روان‌شناختی کودکان آزار دیده، کیفیت زندگی و سلامت عمومی والدین آنها*، پایان نامه دکتری روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی.

میکوچی، جوزف (۱۳۸۲). *نوجوانی و خانواده درمانی*، ترجمه : مهشید یاسایی. تهران: انتشارات ققنوس.

Amank, B(2000), Behavior problem and behavior management strategies in adolescent with mental Retardation, *Journal of Intellectual Disability Research*. 107-108.

Bildt, A.(2005)، Adaptive Functioning and behavior problems in relation to level of education in children and adolescents with intellectual disability، university center for child and adolescent psychiatry Groningen، the Netherlands, *Journal of Intellectual Disability Research*,17:202-207.

Buelow, J.M. (2003). Behavior and Mental health problems in children with epilepsy and Low IQ، JM, *Dev Med Child Neurol*, 45: 683-692.

Dekker، M.C. & Koot، H.M (2002). Assessing emotional and behavioral problems in children with intellectual disability: revisiting the factor structure of the developmental behavior checklist, *Autism Dev Disorde*، 32, 601-610.

Dykens، E.M (2002). Maladaptive behaviour in children and adolescents with Down's syndrome، J. *Intellect Disabil Res*, 46, 484-492.

Duffy، S. A. & Jacobson, J.W. (1998). The association between psychiatric diagnoses and sever behavior problems in mental retardation، *Annals of Clinical Psychiatry, Borth wick*، 29, 20-24.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

Embregts، p. (2000). Relaibility of the child behavior checklist for the assessment of behavioral problems of children and youth with mild mental retardation, psychology laborator, university of Nijmegen and janpieter Heye Residential Facility، po Box، 104،500،HE. *Nijmegen، Netherlands*.

Emerson، E. (2005). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and with out intellectual disability، J. *Intellect Disabil Res*، 47 ,51-58.

Elspeth، A. (2004). Comparing rates of psychiatric and behavior disorders in adolescents and young adult with mild intellectuall disability with and without Atism، *Journal of Autism and Developmental Disorders*، 40 , 30-37.

Stein،G.(2001).Menarch، *Menstruation، sexual relations and contraception of adolescent Femals with down syndrome*, Dpartment of obsterics and gynaecology، page : 343-349.

kazdin،A. (1992).National of problems and competencirs among 4 to16 years old: parents reports for normative and clinical samples . nonographs of the society for research in chihd development. *J Clin psycol*،.3،215.

Knowl، E. (2001). *Sexual abuse and self protections skills : A study on Femal Chinese adolescents with mild mental relardation*، Department of Psychology، the Chinese University of Hongkong، 269-272.

Liu، X(2000). Behavioral and emotional problems in chinese children with mental relardation and with out intellectual disability، *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*، 30,869-903.

laigh، A.(1999). *People with mental retardation & sexual abuse، M.P.A، Health Promotion & Disability Prevention*.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

Lmelntyre، L (2000). Behavior/mental health problems in joung adolescence with intellectual disability the impact afamilies، *J. Intellect Disabil Res*، university of califormia، usa, 5-6.

Masi،G(1998). Psychiatric Illness in mentally retarded adolescents : clinical features، *J. Intelled disabil.* 54,5,300-2.

Masi،G(2000). Generalized anxiety and obsessive- compulsive bipolar comorbidity disorder in adolescents and joung abult with mild mental retardation، *J. Intellect Disabil*، 63,54-24.

Sarimski،k(2004). Assessment of behavioral problems in children intellectual disability, *Prax kinder psychol kinder psychol kinder psychiatr*، 30, 85-91.

Stavis، p. (1999). Sexual activity in the mantally retardation population، some standards of the criminal and civil low، *J. Intellect Disabil Res*. , 3-8.

Statn، M.W (1999). Obsessive-compulsive symptoms in prader-will and parder-willi-lik patients، *Am Acad Child Adolese Psychiatry*، 38-40.

Timma، S.(2002). Adolescent sex of fenders with mental retardation Literatuere review and assessment considerations، Aggression and violent Behavior، J. *Intellect Disabil Res*, 10,202-238.

Wolman، B (1990). *Handbook of treatment of mental disorders in child hood and adolescence*، N.J, New yourk: prentice Hall Inc.82,83:479-483.

Wileg، J (1998). Expressive Commuxicative ability symptoms of mental illness and aggressive behavior، *Journal of Clinical Psychology*، 53, 307-318.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.4.6.2]