پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال هشتم، شماره۲، ۱۳۸۷ / ۲۴۰-۲۲۵
Research on Exceptional Children, 2008, Vol.8, No. 2 , 225-240

شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان فارس*

ستاره شجاعی[1]، قربان همتی علمدارلو**[1]، شهرام مرادی[2]، غلامرضا دهشیری[3]

تاریخ دریافت: ۸۶/۵/۲۲ تجدید نظر:۸۶/۱۱/۲۴ پذیرش نهایی:۸۷/۴/۱۸

چکیده

هدف:این پژوهش به منظور بررسی میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان فارس انجام شده است.**روش**:این تحقیق بر روی نمونه‌ای به حجم ۱۴۴۵ نفر صورت گرفت. ازاین تعداد ۷۴۹ نفر دانش‌آموز پسر، ٦٩٦ نفر دانش‌آموز دختر، ٦١٣ دانش‌آموز روستایی و ۸۳۲ دانش‌آموز شهری بودند که به روش طبقه‌ای و خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند.از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) به منظور شناسایی اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و نیز یک پرسشنامه عوامل جمعیت شناختی استفاده شد. برای توصیف داده‌ها از روشهای آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد و برای پاسخ‌گویی به سؤالات و فرضیات پژوهش از آزمون خی دو استفاده شد.**یافته‌ها**: نتایج پژوهش نشان داد که ۲۲/۴ درصد دانش‌آموزان مبتلا به اختلالهای رفتاری هستند. میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان پسر بیشتر از دانش‌آموزان دختر و در دانش‌آموزان شهری بیشتر از دانش‌آموزان روستایی بود. علاوه بر این، میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان پایه سوم بیشترین و در دانش‌آموزان پایه پنجم کمترین بود. در این پژوهش مشخص شد که رابطه معناداری میان اختلالهای رفتاری و جنسیت، شهری و روستایی بودن، تحصیلات مادر و شغل پدر وجود دارد. قابل ذکر است که در این مطالعه بین تحصیلات پدر،شغل مادر،فوت والدین وطلاق والدین با اختلالهای رفتاری رابطه معناداری به دست نیامد.**نتیجه‌گیری**: شیوع اختلالهای رفتاری در بین کودکان و نوجوانان نسبتاً بالاست و از آنجایی که اختلالهای رفتاری بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان به طور چشمگیری تاثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلا به بیماریهای روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهند؛ بنابراین، ضروری است که مسئولین و دست اندرکاران امر تعلیم و تربیت مسئله اختلالهای رفتاری کودکان را مورد توجه ویژه قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: *شیوع ، اختلالهای رفتاری ، دانش‌آموزان ابتدایی، استان فارس.*

مقدمه

اختلالهای رفتاری، اختلالهای شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان و خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با نرخهای بالایی از معضلات اجتماعی همراه هستند.تعاریف گوناگونی از اختلالهای رفتاری ارایه شده که هر تعریفی بر جنبه‌های ویژه‌ای تاکید می‌کند اما همه تعاریف روی موارد زیر توافق نسبی دارند:۱- این رفتارها افراطی هستند، رفتارهایی که با هنجارها تفاوت اندکی دارند، جزء این اختلالهای محسوب نمی‌شوند. ۲- اختلالهای رفتاری مزمن هستند و به سرعت برطرف نمی‌شوند. ۳-این رفتارها به دلیل ناهماهنگی با انتظارات اجتماعی - فرهنگی، مورد

* این تحقیق با حمایت مالی سازمان آموزش و پرورش استان فارس و زیر نظر دکتر چنگیز رحیمی انجام شده است که بدین وسیله از ایشان قدردانی می‌شود.

**۱- نویسنده رابط:دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران ۰۲۱-۸۸۲۵۰۰۶۲ (Email: hemati@ut.ac.ir)
۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اوربرو سوئد
۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

قبول جامعه قرار نمی‌گیرند (شکوهی یکتا و پرند،۱۳۸٤).محققان دریافته‌اند که اختلالهای رفتاری معمولاً نخستین بار در سالهای آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند و بین ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسد(مک گی، ویلیامز و فیهان،۱۹۹۲؛انجمن روان‌پزشکی امریکا،۱۹۹٤؛ایزر، اشمیت و وومر،۱۹۹۰).اختلالهای رفتاری به طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماریهای روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهند (پاندینا و همکاران،۲۰۰۷). اختلالهای رفتاری احتمال ابتلای افراد به سوء مصرف مواد، فعالیتهای بزهکارانه، اختلالهای اضطرابی و خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلالهای عصب – روان شناختی و اختلال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد (بومیستر و سوین ،۱۹۹۰).

کودکان با اختلالهای رفتاری مشکلات گوناگونی دارند. این کودکان دارای فراخنای توجه کوتاهی هستند، عزت نفس پایینی دارند، در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می‌شوند (سوزر و والر، ۲۰۰٦). تکانشگری، بی‌قراری و بیش‌فعالی، پرخاشگری، دروغ‌گویی و دزدی، عملکرد تحصیلی ضعیف و ادراک ضعیف از خودکارآمدی و شایستگی اجتماعی نیز از ویژگیهای کودکان و نوجوانان دارای اختلالهای رفتاری است(انجمن روان‌پزشکی امریکا،۱۹۹٤). همچنین خودآزاری، دیگرآزاری، تخریب محیط، نافرمانی،حرکات و گفتار کلیشه‌ای و گوشه‌گیری از دیگر ویژگیهای کودکان و نوجوانان دارای اختلالهای رفتاری است(فارل ،۲۰۰٦).این قبیل الگوهای رفتاری در کودکان مبتلا به اختلالهای رفتاری در خانه، مدرسه، و در برخورد با همسالان دیده می‌شوند.اگراین الگوها تداوم یابند ممکن است منجر به مشکلات عمده‌ای در سازگاری شوند و از کیفیت زندگی بکاهند. وضعیت اقتصادی- اجتماعی ضعیف، عدم شایستگی اجتماعی، سوء استفاده از کودک، تعداد زیاد اعضای خانواده، مشکلات زناشویی از قبیل جدایی، طلاق، اختلافات خانوادگی، ناسازگاری والدین و خشونت خانوادگی و مشکلات والدین از قبیل مشکلات و بیماریهای روانی، جسمانی و رفتارهای بزهکارانه از جمله عوامل خطرساز ابتلای کودکان و نوجوانان به اختلالهای رفتاری هستند (گونی، بلک و بالدوین، ۱۹۹۸).اگرچه از نتایج تحقیقات چنین برمی‌آید که اختلالهای رفتاری پنهان مانند افسردگی و اضطراب در دختران شیوع بیشتری دارد(کافمن،۲۰۰۱: کیس و لیدلی،۲۰۰۷)و بالعکس اختلالهای رفتاری آشکار مانند اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی،اختلال سلوک،پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی در پسران شایع‌تر است(انجمن روان‌پزشکی امریکا،۱۹۹٤؛کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ براست-هارکنت و باتلر ،۲۰۰۷)اما به طور کلی گزارش شده است که شیوع اختلالهای رفتاری در پسران بیشتر از دختران است(گونی، بلک و بالدوین، ۱۹۹۸). این امر می تواند ناشی از عوامل زیر باشد: اولاً همان گونه که ذکر شد اختلالهای رفتاری پسران از نوع اختلالهای رفتاری آشکار است که نسبت به اختلالهای رفتاری پنهان که در دختران شایع‌تر است، هم بیشتر هستند و هم راحت‌تر قابل تشخیص‌اند (هورویتز و همکاران،۱۹۹۲). ثانیاً شیوه‌های سنجش اختلالهای رفتاری متناسب با جنسیت نیست و دختران و پسران هر دو به یک شیوه ارزیابی می‌شوند (وهبای و همکاران ،۱۹۹۷).

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

در ایالات متحده امریکا شیوع اختلالهای رفتاری در بین دانش‌آموزان سنین مدرسه ۸/۶ درصد گزارش شده است (هانت و مارشال، ۲۰۰۲).آندرس، کاتالا و کومز- بنیتو (۱۹۹۹) شیوع اختلالهای رفتاری در بین کودکان والنسیای اسپانیا را ۱۱/۱ درصد گزارش کرده‌اند. براندنبرگ، فریدمن و سیلور(۱۹۹۰) شیوع اختلالهای رفتاری در کودکان و نوجوانان سنین مدرسه را بین ۷ تا ۲۰ درصد گزارش کرده‌اند. کافمن (۲۰۰۱) نیز بیان می‌کند که بین ۰/۵ تا بیش از ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان سنین مدرسه دارای اختلالهای رفتاری هستند.

بلسکی و سیلوا (۲۰۰۱) در پژوهشی نشان دادند که ۲۵/۲ درصد از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مبتلا به اختلالهای رفتاری هستند. فومبون (۱۹۹۱) پژوهشی را در شمال فرانسه و در نمونه‌ای به حجم ۲٤٤۱ کودک در سنین ۸ تا ۱۱ انجام داد و شیوع اختلالهای را ۱۲/٤ درصد به دست آورد. جفرس و فیتز جرالد[1] (۱۹۹۱؛ به نقل از هکتور، ۱۹۹٦) در یک مطالعهٔ همه‌گیرشناسی در ایرلند، ۲۰۲۹ کودک را در سنین ۹ تا ۱۲ در مدارس دوبلین مورد ارزیابی قرار دادند. شیوع کلی اختلالهای در این تحقیق ۱٦/٦ درصد گزارش شده است.ایگلاند و هانسن (۲۰۰۰) 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.

نیکاپوتا (۱۹۹۱) با بررسی میزان شیوع اختلالهای رفتاری در کودکان کشورهای اتیوپی، سودان و هند نشان داد که میزان شیوع اختلالهای رفتاری این کودکان بین ۳ تا ۱۱ درصد است. رابرتس، کلیفورت و روزنبلات (۱۹۹۸) 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 برای دوره پیش دبستانی 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.

کیل و پرایس (۲۰۰۶) نیز نشان دادند که تقریباً ۵۰ درصد کودکان و نوجوانانی که در کانونها و مراکز تحت حمایت نگهداری می‌شوند، دارای اختلالهای رفتاری آشکار هستند. ویکس- نلسون و ایزرائیل (۲۰۰۳) شیوع اختلالهای رفتاری در بین کودکان و نوجوانان را به شرح زیر گزارش می‌کنند: اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه ۳ تا ۵ درصد، لجبازی و نافرمانی ۵ تا ۱۰ درصد، اختلال سلوک ۱ تا ۱۶ درصد، اضطراب فراگیر ۲/۹ تا ۱۴ درصد، هراس ۵ درصد، وسواس ۱/۹ درصد، اتیسم ۰/۰۵ درصد، افسردگی ۰/۴ تا ۲/۵ درصد، افسرده‌خویی ۰/۶ تا ۱/۷ درصد، هراس اجتماعی ۱ درصد و اضطراب جدایی ۳ تا ۱۲ درصد.

براندن (۲۰۰۰) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که در بین کودکان ۶ تا ۱۱ ساله از هر ۱۸ نفر ، یک نفر و در بین نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله از هر ۱۵ نفر ، یک نفر مبتلا به اختلالهای رفتاری عاطفی است. همچنین این تحقیق نشان داد که شیوع اختلالهای رفتاری عاطفی در بین کودکانی که والدینشان بیکار است ۱ در ۱۲ نفر و در بین کودکانی که والدینشان شاغل است ۱ در ۲۵ نفر است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

در ایران کشکولی (۱۳۷۹) در پژوهشی که در استان بوشهر انجام داد، دریافت که ۱۶/۸۴ درصد دانش‌آموزان دوره ابتدایی این استان دارای اختلالهای رفتاری هستند. در این پژوهش مشخص شد که میزان شیوع در پسران بیشتر از دختران و در دانش‌آموزان شهری بیشتر از دانش‌آموزان روستایی است. مهرابی (۱۳۸۴) نیز در تحقیقی که در شهر اصفهان انجام داد، دریافت که ۱۳/۲ درصد دانش‌آموزان دوره ابتدایی دارای معیارهای تشخیصی اختلالهای رفتاری هستند. همچنین در این تحقیق مشخص شد که میزان شیوع در دانش‌آموزان پسر بیشتر از دانش‌آموزان دختر و در خانواده‌های دارای والدین طلاق‌گرفته و نیز دارای سابقه بیماری روانی مزمن بیشتر است. مقدم و همکاران (۱۳۸۱) نیز میزان شیوع اختلالهای رفتاری در بین دانش‌آموزان دبستانی شهرستان قروه را ۲۰/۴ درصد برآورد کردند. متفاوت بودن آمار و ارقام شیوع اختلالهای رفتاری به تفاوت در ملاکهای شناسایی، تفاوت در روشهای گردآوری اطلاعات و تفاوت در تعاریف برمی‌گردد، زیرا پژوهشگران با توجه به معیارهایی که در تعریف و طبقه‌بندی مورد نظر آنها ذکر شده به مطالعه میزان شیوع می‌پردازند (هیورد، ۲۰۰۰).

به طور خلاصه مشکلات رفتاری همهٔ جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی این کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین، عدم توجه کافی به مسائل بهداشت روان کودکان می‌تواند به شیوع بیشتر و مزمن شدن اختلالهای آنها منجر شود. با توجه به اهمیت این مسائل، هرگونه تلاشی که در راستای شناسایی، تشخیص و پیشگیری، کنترل و درمان اختلالهای رفتاری و روانی صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقاء بخشد، ارزشمند است. دراین راستا همه‌گیرشناسی اختلالهای رفتاری کودکان به مثابهٔ یکی از راهبردهای شناسایی و تشخیص اختلالهای رفتاری مورد نظر و بررسی شیوع آنها نقش مهمی در تدوین برنامه‌های جامع بهداشتی و پیشگیری دارد. به همین منظور، پژوهش حاضر به بررسی شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان فارس می‌پردازد.

تحقیق حاضر در پی پاسخگویی به سوالات زیر است:

۱- میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی استان فارس چه اندازه است؟

۲-آیا در میزان شیوع اختلالهای رفتاری بین مناطق شهری و روستایی تفاوتی وجود دارد؟

۳-آیا در میزان شیوع اختلالهای رفتاری بین دختران و پسران تفاوتی وجود دارد؟

۴-آیا در میزان شیوع اختلالهای رفتاری در هر یک از پایه‌های تحصیلی مدارس ابتدایی تفاوتی وجود دارد؟

۵-آیا بین اختلالهای رفتاری کودکان و متغیرهای جمعیت‌شناختی (تحصیلات والدین، شغل والدین و ...) رابطه وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر، همهٔ دانش‌آموزان مدارس ابتدایی استان فارس بودند که در سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵ مشغول تحصیل بودند. حجم نمونه دانش‌آموزان دراین پژوهش ۱۴۴۵ دانش‌آموز بود که با استفاده از فرمول حجم نمونه به دست آمد.

از آنجایی که نسبت جامعه آماری ما در این پژوهش برحسب جنسیت، پایه تحصیلی و نیز شهری

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

و روستایی بودن متفاوت بود و برای اینکه حجم نمونه برآورد دقیقی از جامعه آماری باشد، ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، سهم هر یک از طبقات در نمونه مشخص و برای اجرای پرسشنامه‌ها و مراجعه به مدارس ابتدایی از نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. شایان ذکر است که برای نمونه‌گیری همهٔ شهرستانهای استان فارس به پنج قسمت شهرستانهای شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی تقسیم شدند و از بین شهرستانهای شمال فارس، آباده، از بین شهرستانهای غرب فارس، نور آباد و ممسنی از بین شهرستانهای شرق فارس، داراب، از بین شهرستانهای جنوب فارس، فراشبند، و از بین شهرستانهای مرکز فارس، ناحیه ۲ شیراز به طور تصادفی انتخاب شدند و نمونه‌ها به تناسب و به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای از شهرستانهای مذکور انتخاب شدند که از تعداد ۱۴۴۵ نفر نمونه ، ۷۴۹ نفر دانش‌آموز پسر، ٦٩٦ نفر دانش‌آموز دختر، ٦١٣ دانش‌آموز روستایی و ۸۳۲ دانش‌آموز شهری بودند.

ابزار

الف- پرسشنامه علائم مرضی کودک[۲] (CSI-4):

پرسشنامه علائم مرضی کودکان از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلالهای روان‌پزشکی است که براساس ملاکهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی ساخته شده است. نسخه اولیه پرسشنامه با نام فهرست اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو (SLUG) را اسپرافکین[۳]، لانی[٤]،یونیتات[٥] و گادو[٦]، سال ١٩٨٤ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدید نظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه CSI-3-R آن نیز ساخته شد، تا این که CSI-4 در سال ١٩٩٤ با ظهور چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدید نظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان (CSI-4) همانند نسخه‌های قبلی دارای دو فهرست والدین و معلم است. در پژوهش حاضر از فهرست معلم این آزمون استفاده شد.این فرم دارای ۷۷ سؤال است و جهت غربال اختلالهای رفتاری- عاطفی زیر طراحی شده است:

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی ۲- اختلال لجبازی- نافرمانی ۳- اختلال سلوک ٤- اختلال اضطراب فراگیر ٥- اختلال هراس ٦- وسواس ۷- اختلال اتیستیک ۸- اختلال تیک ۹- اختلال افسردگی ۱۰- اختلال افسرده‌خویی ۱۱- فوبیای اجتماعی ۱۲- اختلال اضطراب جدایی (محمد اسماعیل،۱۳۸۰).

نمره‌گذاری در پرسشنامه CSI-4 به دو شیوه انجام می‌گیرد:

۱- روش نمرهٔ برش غربال‌کننده[۷]

۲- روش نمرهٔ شدت علامت[۸]

در اکثر پژوهشها به دلیل کارآمدی و اطمینان بیشتر، روش نمرهٔ برش غربال‌کننده مورد استفاده قرار می‌گیرد. دراین پژوهش نیز از روش نمره برش غربال کننده استفاده شد. دراین روش، شیوهٔ نمره‌گذاری با جمع زدن تعداد عباراتی که با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند، به دست می‌آید(محمد اسماعیل،۱۳۸۰).

گادو و اسپیرافکین (۱۹۹۷،به نقل از محمد اسماعیل،۱۳۸۰) اعتبار بازآزمایی پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 را مورد بررسی قرار دادند. نتایج

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

حاصل از تحلیل داده‌ها و همبستگیهای به دست آمده از دو بار اجرای پرسشنامه CSI-4 نشان داد که اعتبار بازآزمایی برای همه طبقه‌های CSI-4 در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است. همچنین در مطالعه‌ای که گرایسون و کارلسون (۱۹۹۱، به نقل از محمد اسماعیل،۱۳۸۰) بر روی فرم استونی بروک (SBC, CSI-3R) انجام دادند، حساسیت آن برای اختلال لجبازی- نافرمانی، اختلال سلوک و اختلال نقص توجه/ بیش فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد. آمرمان و همکاران (۱۹۹۴، به نقل از محمد اسماعیل،۱۳۸۰) روایی سازه پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4) را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج پژوهشهای آنان نشان داد که نمره‌های CSI-4 با پرسشنامه رفتاری کودک و پرسشنامه شخصیتی کودکان همبستگی مثبتی دارند. این نتایج روایی سازه CSI-4 را به عنوان پرسشنامه علائم مرضی کودکان مورد تایید قرار داد. در تحقیق کلانتری، نشاط دوست و زارعی (۱۳۸۰) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمد. روایی محتوایی پرسشنامه CSI-4 در پژوهش محمد اسماعیل (۱۳۸۰) مورد تأیید ۹ نفر از روان‌پزشکان قرار گرفت.

ب- فرم بررسی عوامل جمعیت‌شناختی: این فرم را پژوهشگر به منظور بررسی عوامل جمعیت شناختی مؤثر درایجاد مشکلات رفتاری کودکان ساخته است. دراین فرم عواملی نظیر سن، جنس، پایه تحصیلی، تحصیلات والدین، شغل والدین، سابقه بیماری روانی خانواده، طلاق و فوت والدین بررسی می‌گردد.

روش اجرا

این پژوهش از نوع پژوهشهای توصیفی است. روش جمع‌آوری داده‌ها به‌این صورت بود که با توجه به اهداف تحقیق و برای پاسخ‌گویی به سؤالهای پژوهش، پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) فرم معلم به معلمان مدارس ابتدایی در شهر و روستا (مدارس مورد مطالعه) داده شد تا با توجه به مشاهدات خود طی ماه‌های گذشته رفتار دانش‌آموزان را ارزیابی کنند. علاوه بر پرسشنامه علائم مرضی، فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی هم در اختیار مدیریت مدرسه قرار داده شد تا اطلاعات لازم را با توجه به پرونده دانش‌آموز و شنیده‌ها و دیده‌های خودشان ضمن هماهنگی با معلم مربوطه تکمیل کنند. قبل از اجرای پژوهش، پژوهشگران آموزشهای لازم را درباره چگونگی تکمیل پرسشنامه علائم مرضی و فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی به مدیران و معلمان مدارس دادند. بدین ترتیب پرسشنامه‌ها گردآوری و پس از وارد کردن داده‌ها به رایانه با نرم افزار SPSS مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفتند. شایان ذکر است که در پرسشنامه علائم مرضی کودکان هر یک از اختلالهای طبق هنجار ایرانی نقطه برش ویژه‌ای دارد که تشخیص‌گذاری براساس نقطه برش ویژه هر اختلال صورت گرفت.

روش تجزیه وتحلیل داده‌ها

دراین پژوهش برای توصیف داده‌ها از روشهای آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد و برای تحلیل استنباطی داده‌ها چون قصد بررسی رابطه دو متغیر اسمی(میزان شیوع و جنسیت ؛ میزان شیوع و پایه تحصیلی و...) را داشتیم از آزمون خی دو استفاده شد.

یافته‌ها

الف: *میزان شیوع هر یک ازاختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان فارس چه اندازه است؟*

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

جدول ۱- میزان شیوع اختلالهای رفتاری در نمونه مورد نظر

نوع اختلالهای رفتاری	فراوانی	درصد
اختلال بیش فعالی و کمبود توجه	۶۶	۴/۶
لجبازی و نافرمانی	۴۷	۳/۳
اختلال سلوک	۳۲	۲/۲
اختلال اضطراب فراگیر	۴۸	۳/۳
اختلال هراس	۱۷	۱/۲
اختلال وسواس	۱۵	۱
اختلال تیک	۵	۰/۳
اختلال افسردگی اساسی	۲۱	۱/۵
اختلال افسرده خویی	۲۴	۱/۶
اختلال اتیستیک	۰	۰
فوبی اجتماعی	۲۱	۱/۵
اختلال اضطراب جدایی	۲۷	۱/۹
کل	۳۲۳	۲۲/۴

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، میزان شیوع اختلالهای رفتاری ۲۲/۴ درصد به دست آمد. در این پژوهش اختلال بیش فعالی و کمبود توجه با ۴/۶ درصد بیشترین میزان شیوع و اختلال اتیستیک با ۰ درصد کمترین میزان شیوع را دارد.

ب: *آیا تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دختر و پسر وجود دارد؟*

همان‌گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود، میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دختر ۱۸/۵ درصد و در دانش‌آموزان پسر ۲۵/۹ درصد است. به منظور بررسی اینکه آیا تفاوت معناداری بین دانش‌آموزان دختر و پسر وجود دارد از آزمون آماری خی دو استفاده شد. نتیجه آزمون آماری خی دومحاسبه شده با درجه آزادی ۱ نشان داد که تفاوت معناداری از لحاظ میزان شیوع اختلالهای رفتاری وجود دارد و میزان شیوع در دانش‌آموزان پسر به طور معناداری بیشتر از دانش‌آموزان دختر است ($p<۰/۰۱$ و $\chi۲(۱)=۱۱/۲۸$).

ج: *آیا تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان شهری و روستایی وجود دارد؟*

جدول۲- میزان شیوع اختلالهای رفتاری برحسب جنسیت

جنسیت	نوع اختلال	فراوانی	درصد
پسر ۲۵/۹ درصد	بیش فعالی و کمبود توجه	۴۷	۶/۳
	لجبازی و نافرمانی	۳۵	۴/۷
	اختلال سلوک	۲۹	۳/۹
	اختلال اضطراب فراگیر	۲۳	۳/۱
	هراس	۷	۰/۹
	وسواس	۶	۰/۸
	تیک	۴	۰/۵
	افسردگی	۸	۱
	افسرده خویی	۸	۱
	هراس اجتماعی	۱۲	۱/۶
	اضطراب جدایی	۱۵	۲
	کل	۱۹۴	۲۵/۹
دختر ۱۸/۵ درصد	بیش فعالی و کمبود توجه	۱۹	۲/۷
	لجبازی و نافرمانی	۱۲	۱/۷
	اختلال سلوک	۳	۰/۴
	اختلال اضطراب فراگیر	۲۵	۳/۶
	هراس	۱۰	۱/۴
	وسواس	۹	۱/۳
	تیک	۱	۰/۱
	افسردگی	۱۳	۱/۹
	افسرده خویی	۱۶	۲/۳
	هراس اجتماعی	۹	۱/۳
	اضطراب جدایی	۱۲	۱/۷
	کل	۱۲۹	۱۸/۵

جدول۳- میزان شیوع اختلالهای رفتاری برحسب منطقه محل زندگی

منطقه محل‌زندگی	افراد سالم		افراد بیمار		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
شهر	۵۹۱	۷۱	۲۴۱	۲۹	۸۳۲	۵۷/۶
روستا	۵۳۱	۸۶/۶	۸۲	۱۳/۴	۶۱۳	۴۲/۴
کل	۱۱۲۲	۷۷/۶	۳۲۳	۲۲/۴	۱۴۴۵	۱۰۰

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

همان‌گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود، میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان شهری ۲۹ درصد و در دانش‌آموزان روستایی ۱۳/۴ درصد است. به منظور بررسی اینکه آیا تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان شهری و روستایی وجود دارد از آزمون خی دو استفاده شد. نتیجه آزمون خی دو محاسبه شده با درجه آزادی ۱ نشان داد که تفاوت معناداری بین دانش‌آموزان شهری و روستایی وجود دارد و میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان شهری به طور معناداری بیشتر از دانش‌آموزان روستایی است ($p<۰/۰۱$ و $\chi۲(۱)=۴۹/۴۲$).

د: *آیا تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان پایه‌های تحصیلی مختلف وجود دارد؟*

جدول ۴- میزان شیوع اختلالهای رفتاری برحسب پایه‌های تحصیلی مختلف

پایه های تحصیلی	افراد سالم		افراد بیمار		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اول	۲۳۸	۸۰/۷	۵۷	۱۹/۳	۲۹۵	۲۰/٤
دوم	۲۰۹	۷۶/۸	۶۳	۲۳/۲	۲۷۲	۱۸/۸
سوم	۱۹۶	۷۱/۸	۷۷	۲۸/۲	۲۷۳	۱۸/۹
چهارم	۲۲۳	۷۷/۲	۶۶	۲۲/۸	۲۸۹	۲۰
پنجم	۲۵۶	۸۱	۶۰	۱۹	۳۱٦	۲۱/۹
کل	۱۱۲۲	۷۷/۶	۳۲۳	۲۲/۴	۱۴۴۵	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۴ دیده می‌شود میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان پایه سوم تحصیلی با ۲۸/۲ بیشترین و در دانش‌آموزان پایه پنجم تحصیلی با ۱۹ درصد کمترین است. به منظور بررسی اینکه آیا تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و پایه‌های تحصیلی مختلف وجود دارد از آزمون خی دو استفاده شد. نتیجه آزمون خی دو محاسبه‌شده با درجه آزادی ۴ نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و پایه‌های تحصیلی مختلف وجود ندارد ($p>۰/۰۵$ و $\chi۲(۴)=۹/۱۵$).

ر: *آیا رابطه معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و شغل پدر وجود دارد؟*

جدول ۵- میزان شیوع اختلالهای رفتاری برحسب شغل پدر

شغل پدر	افراد سالم		افراد بیمار		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کارمند	۲۴۸	۷۴/۹	۸۳	۲۵/۱	۳۳۱	۲۲/۹
کارگر	۱۵۵	۷۱/۸	۶۱	۲۸/۲	۲۱۶	۱۴/۹
کشاورز	۲۹۷	۸۶/۶	۴۶	۱۳/۴	۳۴۳	۲۳/۷
آزاد	۲۳۷	۷۸/۵	۶۵	۲۱/۵	۳۰۲	۲۰/۹
بیکار	۱۴۰	۷۱/۱	۵۷	۲۸/۹	۱۹۷	۱۳/۶
بازنشسته	۴۵	۷۰/۴	۱۱	۱۹/۶	۵۶	۳/۹
کل	۱۱۲۲	۷۷/۶	۳۲۳	۲۲/۴	۱۴۴۵	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۵ دیده می‌شود میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دارای پدران بیکار با ۲۸/۹ درصد بیشترین و در دانش‌آموزان دارای پدران کشاورز با ۱۳/۴ درصد کمترین است. به منظور بررسی این امر که آیا تفاوت معناداری بین شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و شغل پدران آنها وجود دارد، از آزمون خی دو استفاده شد. نتیجه آزمون خی دومحاسبه‌شده با درجه آزادی ۵ نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و شغل پدران دانش‌آموزان وجود دارد ($p<۰/۰۱$ و $\chi۲(۵)=۲۶/۸۰$). در نتیجه میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دارای پدران بیکار به طور معناداری بیشتر از دانش‌آموزان دارای پدران کشاورز است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

ز: *آیا رابطه معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و شغل مادر وجود دارد؟*

جدول ۶- میزان شیوع اختلالهای رفتاری برحسب شغل مادر

شغل مادر	افراد سالم		افراد بیمار		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
خانه دار	۱۰۰۷	۷۸	۲۸۴	۲۲	۱۲۹۱	۸۹/۳
شاغل	۱۱۵	۷۴/۷	۳۹	۲۵/۳	۱۵۴	۱۰/۷
کل	۱۱۲۲	۷۷/۶	۳۲۳	۲۲/۴	۱۴۴۵	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۶ دیده می‌شود میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دارای مادران شاغل با ۲۵/۳ درصد بیشترین و در دانش‌آموزان دارای مادران خانه‌دار با ۲۲ درصد کمترین است. به منظور بررسی اینکه آیا تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و شغل مادر وجود دارد یا خیر از آزمون خی دو استفاده شد. نتیجه آزمون خی دو محاسبه‌شده با درجه آزادی ۱ نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای در دانش‌آموزان و رفتاری شغل مادر وجود ندارد ($\chi^2(1)=0/88$ و $p>0/05$).

و. *آیا رابطه معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و تحصیلات پدر وجود دارد؟*

جدول ۷- میزان شیوع اختلالهای رفتاری برحسب تحصیلات پدر

تحصیلات پدر	افراد سالم		افراد بیمار		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بیسواد	۹۹	۷۲/۸	۳۷	۲۷/۲	۱۳۶	۹/٤
ابتدایی	۲۶۹	۷۴/۵	۹۲	۲۵/۵	۳٦۱	۲۵
راهنمایی	۳۰۵	۷۷/۴	۸۹	۲۲/۶	۳۹٤	۲۷/۳
دیپلم	۲۶۴	۸۱/۷	۵۹	۱۸/۳	۳۲۳	۲۲/٤
فوق‌دیپلم‌وبالاتر	۱۸۵	۸۰/۱	۴۶	۱۹/۹	۲۳۱	۱٦
کل	۱۱۲۲	۷۷/۶	۳۲۳	۲۲/۴	۱۴۴۵	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۷ دیده می‌شود میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دارای پدران بیسواد با ۲۷/۱۲درصد بیشترین و در دانش‌آموزان دارای پدر دیپلم با ۱۸/۳ درصد کمترین است. به منظور بررسی اینکه آیا تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری و تحصیلات پدران دانش‌آموزان وجود دارد، از آزمون خی دو استفاده شد. نتیجه آزمون خی دو محاسبه‌شده با درجه آزادی ۴ در دانش‌آموزان نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و تحصیلات پدران وجود ندارد ($p>0/01$ و $\chi^2(4)=6/78$).

ه: *آیا رابطه معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و تحصیلات مادر وجود دارد؟*

جدول ۸- میزان شیوع اختلالهای رفتاری برحسب تحصیلات مادر

تحصیلات مادر	افراد سالم		افراد بیمار		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بیسواد	۱۶۵	۷۴	۵۸	۲۶	۲۲۳	۱۵/٤
ابتدایی	۳۸۰	۷۴/۷	۱۲۹	۲۵/۳	۵۰۹	۳۵/۲
راهنمایی	۲۲۹	۷۷/۶	۶۶	۲۲/۴	۲۹۵	۲۰/٤
دیپلم	۲۴۴	۸۳/۶	۴۸	۱۶/۴	۲۹۲	۲۰/۲
فوق‌دیپلم‌وبالاتر	۱۰۴	۸۲/۵	۲۲	۱۷/۵	۱۲٦	۸/۷
کل	۱۱۲۲	۷۷/۶	۳۲۳	۲۲/۴	۱۴۴۵	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۸ دیده می‌شود میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دارای مادران بیسواد با ۲۶درصد بیشترین و دردانش‌آموزان دارای مادران با تحصیلات دیپلم با ۱۶/۴درصدکمترین است. به منظور بررسی اینکه آیا تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و تحصیلات مادران وجود دارد از آزمون خی دو استفاده شد. نتیجه

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

آزمون خی دومحاسبه‌شده با درجه آزادی۴ نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و تحصیلات مادران وجود دارد ($\chi^2(4)=11/99$ و $p>0/05$).

ی: *آیا رابطه معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و فوت والدین وجود دارد؟*

جدول ۹- میزان شیوع اختلالهای رفتاری برحسب فوت والدین

فوت والدین	افراد سالم		افراد بیمار		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دارای والد فوت کرده	۴۹	۶۹	۲۲	۳۱	۷۱	۴/۹
فاقد والد فوت کرده	۱۰۷۳	۷۸/۱	۳۰۱	۲۱/۹	۱۳۷۴	۹۵/۱
کل	۱۱۲۲	۷۷/۶	۳۲۳	۲۲/۴	۱۴۴۵	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۹ دیده می‌شود میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دارای والد فوت کرده با ۳۱ درصد بیشترین و در دانش‌آموزان فاقد والد فوت کرده با ۲۱/۹ درصد کمترین است. به منظور بررسی اینکه آیا تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و فوت والدین وجود دارد یا خیر از آزمون خی دو استفاده شد. نتیجه آزمون خی دو محاسبه‌شده با درجه آزادی ۱ نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و فوت والدین وجود ندارد ($\chi^2(1)=3/21$ و $p>0/05$).

ن: *آیا رابطه معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و طلاق والدین وجود دارد؟*

جدول ۱۰- میزان شیوع اختلالهای رفتاری برحسب طلاق والدین

طلاق والدین	افراد سالم		افراد بیمار		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دارای والدین طلاق گرفته	۲۴	۶۸/۶	۱۱	۳۱/۴	۳۵	۲/۴
فاقد والدین طلاق گرفته	۱۰۹۸	۷۷/۹	۳۱۲	۲۲/۱	۱۴۱۰	۹۷/۶
کل	۱۱۲۲	۷۷/۶	۳۲۳	۲۲/۴	۱۴۴۵	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۱۰ دیده می‌شود میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دارای والدین مطلقه با ۳۱/۴ درصد بیشترین و در دانش‌آموزان فاقد والدین مطلقه با ۲۲/۱ درصد کمترین است. به منظور بررسی‌اینکه آیا تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و طلاق والدین وجود دارد یا خیر از آزمون خی دو استفاده شد. نتیجه آزمون خی دو محاسبه شده با درجه آزادی۱ نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و طلاق والدین وجود ندارد ($\chi^2(1)=1/70$ و $p>0/05$).

م: *آیا رابطه معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان و سابقه بیماری روانی در خانواده وجود دارد؟*

جدول ۱۱- میزان شیوع اختلالهای رفتاری برحسب سابقه بیماری روانی در خانواده

سابقه بیماری روانی	افراد سالم		افراد بیمار		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دارای سابقه بیماری روانی	۵۷	۷۲/۲	۲۲	۲۷/۸	۷۹	۵/۵
فاقد سابقه بیماری روانی	۱۰۶۵	۷۸	۳۰۱	۲۲	۱۳۶۶	۹۴/۵
کل	۱۱۲۲	۷۷/۶	۳۲۳	۲۲/۴	۱۴۴۵	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۱۱ دیده می‌شود میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دارای سابقه بیماری روانی در خانواده با ۲۷/۸ درصد بیشترین و در دانش‌آموزان فاقد بیماری روانی در خانواده با ۲۲ درصد کمترین است. به منظور بررسی‌اینکه آیا تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری برحسب سابقه بیماری روانی در خانواده وجود دارد یا خیر از آزمون خی دو استفاده شد. نتیجه آزمون خی دو محاسبه‌شده با درجه آزادی۱ نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری در

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

دانش‌آموزان و سابقه بیماری روانی در خانواده وجود ندارد ($\chi^2(1)=1/45$ و $p>0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه تحقیق نشان داد که میزان شیوع اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان مدارس ابتدایی استان فارس ۲۲/٤ درصد است.این یافته با یافته‌های هکتور (۱۹۹٦) و بلسکی و سیلوا (۲۰۰۱) که نشان دادند شیوع اختلالهای رفتاری در بین کودکان و نوجوانان سنین مدرسه بین ۷ تا ۲۰ درصد است تا حدودی همخوانی دارد. همچنین نتیجه این تحقیق با یافته‌های محققان ایرانی دیگر که میزان شیوع اختلالهای رفتاری در کودکان و نوجوانان را با ارقامی مانند ۱۷٪ در پژوهش توکلی زاده(۱۳۷۵)، ۱۹٪ در پژوهش ابراهیمی(۱۳۷۵)، ۲۹/۸٪ در پژوهش فرشیدنژاد (۱۳۸۰) و ۲۳/۰۱٪ در پژوهش مرادی (۱۳۸۳) گزارش کرده‌اند یا کاملاً همسو و یا تقریباً در یک راستاست. همان‌طور که ملاحظه شد با توجه به نتیجه این تحقیق و تحقیقات مشابه، شیوع اختلالهای رفتاری در بین کودکان و نوجوانان نسبتاً بالاست و به طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان، تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلا به بیماریهای روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهد (پاندینا و همکاران،۲۰۰۷). بنابراین، مسئله اختلالهای رفتاری کودکان مستلزم توجه ویژه مسئولین و دست اندرکاران امر تعلیم و تربیت است.

همچنین یافته‌های تحقیق نشان دادند که میزان شیوع اختلالهای رفتاری در بین دانش‌آموزان پسر به طور معناداری بیشتر از دانش‌آموزان دختر است (۲۵/۹ درصد در مقابل ۱۸/۵ درصد) که با نتیجه تحقیق گونی و همکاران(۱۹۹۸)کاملاً همسو است.

همچنین مشاهده شد که در بین پسران اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، بیشترین میزان شیوع و اختلال تیک، کمترین میزان شیوع را داشت و در بین دختران، اختلال اضطراب فراگیر دارای بیشترین میزان شیوع و اختلال تیک دارای کمترین میزان شیوع، بود.این نتیجه با یافته‌های تحقیق‌ایگلاند وهانسن (۲۰۰۰)، آکسفورد(۱۹۸۷)،انجمن روان‌پزشکی امریکا (۱۹۹٤)، کاپلان وسادوک(۲۰۰۳)وبراست-هارکنت وباتلر(۲۰۰۷) همخوانی دارد. همچنین این یافته با نتایج تحقیق توکلی‌زاده (۱۳۷۵)، کشکولی (۱۳۷۹) ، مرادی (۱۳۸۳)و مهرابی (۱۳۸۴) در یک راستا است.شیوع بیشتر اختلالهای رفتاری در بین پسران می‌تواند ناشی از این باشد که به‌طور کلی پسران نسبت به دختران از نظر جسمی، ذهنی و روان‌شناختی آسیب پذیرترند. از همان دوران جنینی میزان مرگ و میر در پسران، نسبت به دختران بیشتر است و به نظر می‌رسد بیماریها، تغذیه نادرست و فقر در آنان تأثیر بیشتری می‌گذارد(افروز،۱۳۸۲-۱۳۷۶) . همچنین تفاوتهای فرهنگی در نحوه تربیت دختران و پسران نیز بر تفاوت میزان شیوع اختلالهای رفتاری مؤثر است؛ برای مثال، پرخاشگری در پسران سهل‌تر از دختران پذیرفته می‌شود (افروز،۱۳۸٤).

همچنین نتیجه تحقیق نشان داد که میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان شهری به طور معناداری بیشتر از دانش‌آموزان روستایی است (۲۹ درصد در مقابل ۱۳/٤ درصد).این یافته با نتایج تحقیقات ایگلاند وهانسن (۲۰۰۰)، کشکولی (۱۳۷۹) و مرادی (۱۳۸۳) همخوانی دارد. معمولاً در شهرها فضای کافی برای بازی بچه‌ها وجود ندارد و به دلیل محدودیت جا و مکان، بسیاری از بازیهای کودکان از سوی والدین غیرمقبول و تحمل ناپذیر است و

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

محدودیت و ممنوعیتهای اعمال شده از طرف والدین، منجر به ناکامی‌کودک می‌شود و اختلالهای رفتاری مختلفی را به وجود می‌آورد. ارتباطات اجتماعی و رفت‌وآمدهای خانوادگی در شهرها به مراتب کمتر از روستاهاست و کودکان در شهرها بیشتر در معرض آلودگیهای محیطی و مؤثر بر سلامت روانی و جسمی هستند؛ علاوه بر این موارد معمولاً والدین در شهرها وقت کمتری را با بچه‌ها می‌گذرانند و بیشتر درگیر کار هستند. مجموعه‌این عوامل می‌توانند در شیوع بیشتر اختلالهای رفتاری در شهرها نقش داشته باشند.

اگرچه در این تحقیق مشخص شد که فراوانی اختلالهای رفتاری در پایه سوم ابتدایی، بیشتر از سایر پایه‌های تحصیلی است، اما رابطه معناداری میان شیوع اختلالهای رفتاری و پایه‌های تحصیلی مختلف به دست نیامد.این یافته با نتیجه تحقیق ابراهیمی(۱۳۷۵) که نشان داد بین اختلالهای رفتاری با پایه‌های تحصیلی رابطه معناداری وجود ندارد، همخوانی دارد، اما با پژوهش توکلی زاده (۱۳۷۵) که مشخص کرد بین اختلالهای رفتاری با پایه تحصیلی رابطه معناداری وجود دارد، مغایرت دارد. بالا بودن شیوع اختلالهای رفتاری در پایه سوم ابتدایی می‌تواند ناشی از این باشد که معمولاً ۹ سالگی (پایه سوم) همزمان با سن شروع بلوغ است. از یک‌سو، در نتیجهٔ تغییر و تحولات جسمی و روانی که کودک دیروز را به نوجوان امروز تبدیل می‌کند و از سوی دیگر، تغییرات ناگهانی و یکباره انتظارات والدین، اطرافیان و محیط از نوجوانان باعث می‌شوند تا آنها نتوانند از عهده وظایف، مسئولیتها و تکالیفی که بر عهده آنها قرار می‌گیرد، به خوبی برآیند و در نتیجه برای حل مسائلی که با آنها مواجه‌اند، به راه حلهای نادرستی متوسل شوند. همچنین یافته‌های تحقیق نشان دادند که اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دارای پدران بیکار دارای بیشترین میزان شیوع است، اما بین شغل مادران با میزان شیوع اختلالهای رفتاری رابطه معناداری به دست نیامد. این نتیجه با یافته‌های پژوهشهای ریچارد و براندن (۲۰۰۰)، شمس اسفندآبادی (۱۳۸۰) و فرشیدنژاد (۱۳۸۰) همخوانی دارد و یافته‌های یکدیگر را تأیید می‌کنند. اما با یافته مرادی (۱۳۸۳) و دژکام (۱۳۷۱) ناهماهنگ است.

از آنجا که هزینه‌های زندگی در فرهنگ ایرانی بر عهده پدران است، عدم اشتغال پدر باعث بروز مشکلات مالی و اقتصادی برای خانواده می‌شود و مشکلات مالی بعد از مدتی، می‌تواند منشأ بسیاری از مشکلات ارتباطی و عاطفی بین پدر و مادر در درجه اول و والدین و فرزندان در درجه بعدی شود. همین مشکلات مالی باعث می‌شود که گاهی مشکلات پنهان که قبلاً بین والدین وجود داشت، آشکار شود.

علاوه بر این، مشکلات مالی، امنیت عاطفی و روانی خانواده را برهم می‌زند؛ بنابراین، نبود امنیت مالی، ابعاد اجتماعی، عاطفی، روانی و شیوه‌های فرزندپروری والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از این طریق بر رشد زیستی، شناختی، عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک تأثیر می‌گذارد. همچنین در این تحقیق مشخص شد که بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان و تحصیلات پدران رابطه معناداری وجود ندارد ولی بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان و تحصیلات مادران رابطه معنادار است.که این یافته با یافته پژوهشهای فرشیدنژاد (۱۳۸۰) و شمس اسفندآبادی (۱۳۸۰) همخوانی دارد. مادران از یک سو به دلیل داشتن ویژگیهایی مانند انگیزه مادری و عاطفی بودن و از سوی دیگر به دلیل شرایط اجتماعی و فرهنگی، اوقات فراغت بیشتری

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

دارنـد و زمـان بیـشتری را بـرای تربیـت وپـرورش فرزندانشان صرف می‌کنند کـه ایـن وضـعیت بعـد از ورود فرزندشان به مدرسـه نیـز تـداوم مـی‌یابـد و بـا معلمان و اولیـای مدرسـه در حـل و رفـع مـشکلات ومـسائل تحـصیلی، رفتـاری و عـاطفی فرزنـد خـود مشارکت بیشتری دارند. در این مورد میزان تحصیلات مادران بر کیفیت فرزنـدپروری تـأثیر دارد کـه ممکـن است وجود رابطه بین اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان و تحصیلات مادران نیز به همین دلیل باشد.

همچنین یافته‌های تحقیق نشان داد که بـین میـزان شیوع اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان و فوت والدین، بین میزان شیوع اختلالهـای رفتـاری دانـش‌آمـوزان و طلاق والدین، و بین میزان شیوع اختلالهـای رفتـاری دانش‌آموزان و سابقه بیمـاری روانـی والـدین، رابطـه معناداری وجود ندارد که این یافته با یافته‌های مـرادی (۱۳۸۳)، (مهرابی(۱۳۸۴)، فرشیدنژاد(۱۳۸۰)، مـاریس (۱۹۸۸؛ به نقل از کشکولی،۱۳۷۹)و باسارات (۲۰۰۲) ناهماهنگ است.در این تحقیق تعداد نمونـه‌هـایی کـه والدین فوت‌شده، مطلقه و دارای سابقه بیماری روانی بودند، کم بود و شاید دلیل یافت نشدن رابطه معنـادار بین اختلالهـای رفتـاری دانـش‌آمـوزان و متغیـرهـای فوق‌الذکر نیز همین مسئله باشد.

همکاری نامناسب بعضی از مدیران و معلمانی کـه نمونه از مـدارس آنهـا انتخـاب شـده بـود، از جملـه محدودیتهای این تحقیق بود.عـلاوه بـر ایـن پـژوهش فقط بر روی دانش‌آموزان دوره دبستان صورت گرفت و سایر مقاطع تحصیلی را در برنمی‌گیرد. اما پیـشنهاد می‌شود شیوع و عوامل خطرساز اختلالهای رفتاری در همهٔ مقاطع تحصیلی استانهای دیگر نیز مورد بررسـی قرار گیرد تا بتوان براساس اطلاعات بـه‌دسـت آمـده، برنامه‌های پیشگیری جـامع و کـاملی را بـا توجـه بـه بافت فرهنگی-اجتماعی هر استان برنامه‌ریزی و اجـرا کرد. همچنین راجع به میزان آگاهی والـدین ومعلمـان در رابطه بـا اختلالهـای رفتـاری، تحقیقـات جـامع و کاملی صورت گیرد تـا در صـورت نیـاز برنامـه‌هـای جامعی برای دانش‌افزایی والدین و معلمان در رابطه با اختلالهای رفتاری طراحی واجرا شود.

پیـشنهاد مـی‌شـود زمینـه‌هـای دسترسـی بیـشتر خانواده‌ها و کودکان و نوجوانان بـه مراکـز مـشاوره و روان‌درمـانی فـراهم شـود تـا از امکانـات آنهـا بـرای پیشگیری و در صورت لزوم درمان مشکلات کودکـان و نوجوانـان اسـتفاده شـود. همچنـین ارائـه خـدمات مشاوره‌ای و حمایتی خاص بـرای خـانواده‌هـایی کـه فرزندان آنها بیش از دیگران در معرض آسیب‌پـذیری قرار دارند، ضروری است. پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی برای رشد مهارتهای عاطفی و اجتماعی ایـن کودکـان طراحی و اجرا شود.

همچنین پیشنهاد می‌شود برنامه‌هـایی بـرای کمـک به سازگاری این کودکان با قوانین مدرسـه طراحـی و اجرا شود. پیشنهاد می‌شود نظام مدرسـه و کـلاس بـه نحوی تجهیز شود که رفتارهای نـامطلوب کودکـان را به حداقل برساند و مشوق رفتارهای مطلوب باشد.

یادداشتها

1) Jeffers & Fitzgerald
2) Children Symptoms Inventory-forth edition(CSI-4)
3) Sprofkin
4) Loney
5) Unitat
6) Gadow
7) The Screening Cut-off Score Method
8) The Symptom Severity Score Method

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

منابع

افروز، غلامعلی (۱۳۸۴). *اصول و روش‌های پیشگیری از معلولیت‌ها*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

افروز، غلامعلی(۱۳۸۲-۱۳۷۶).*بررسی تحلیلی فراوانی و علل معلولیت‌های جسمی، ذهنی و حسی-حرکتی در کودکان و نوجوانان سنین مدرسه مناطق شهری و روستایی کشور*.ریاست جمهوری- شورای پژوهش‌های علمی کشور، برنامه ملی تحقیقات.

توکلی‌زاده، جهانشیر (۱۳۷۵). *بررسی همه گیر شناسی اختلالهای رفتارایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی‌ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.

دژکام، محمود (۱۳۷۱). *بررسی میزان شیوع اختلال سلوک و عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان کلاسهای چهارم و پنجم ابتدایی مدارس شهر قم*. خلاصه مقالات سمینار سراسری بررسی علل و پیشگیری از اختلالهای روانی و رفتاری کودکان و نوجوانان. زنجان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی زنجان.

شکوهی یکتا، محسن و پرند، اکرم (۱۳۸٤). *اختلالهای رفتاری کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات تیمورزاده.

شمس اسفندآبادی، حسن (۱۳۸۰). *بررسی شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر ابهر*. زنجان: سازمان آموزش و پرورش استان زنجان.

فرشیدنژاد، اکبر (۱۳۸۰). *بررسی همه گیرشناسی اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر اصفهان*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی‌ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.

کشکولی ،غضنفر(۱۳۷۹)؛ابراهیمی، علی (۱۳۷۵). *بررسی همه‌گیر شناسی اختلالهای رفتاری‌ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر اسفراین*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی‌ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.

کشکولی، غضنفر (۱۳۷۹). *بررسی همه گیرشناسی اختلالهای رفتاری کودکان در مدارس ابتدایی شهرستان بوشهر*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی‌ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.

کلانتری،مهرداد،نشاط دوست،حمید طاهر، وزارعی، محمد باقر(۱۳۸۰).تاثیر آموزش رفتاری والدین و دارودرمانگری بر میزان علائم فزون کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه /فزون کنشی.*مجله روانشناسی*؛۵(۲پیاپی ۱۸)؛۱۱۸- ۱۳۵.

محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۰). *بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بر روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران*. گروه اختلالهای رفتاری پژوهشکده کودکان استثنایی.

مرادی، شهرام (۱۳۸۳). *بررسی همه گیرشناسی اختلالهای رفتاری در میان دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهرستانهای تهران و ارایه راه حلهای مطلوب*. تهران: سازمان آموزش و پرورش شهرستانهای تهران.

مقدم،مرضیه،یاسمی،محمدتقی،بینا،مهدی،عبدالملکی، فریدون، باقری یزدی،سید عباس.(۱۳۸۱). مطالعه اپیدمیولوژیک اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

دبستانی شهرستان قروه در سال ۸۰-۸۱. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*،۷(۲۵)،۷-۱۲.

مهرابی، حسینعلی (۱۳۸۴). *بررسی میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان*. اصفهان: سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSMIV). Washington: *American Psychiatric Association publications.*

Andres, M.A., Catala, M.A., Gomez-Beneyto, M. (1999). Prevalence, comorbidity, risk factors and service utilization of disruptive behaviour disorders in a community sample of children in valencia (Spain). *Sociopsychiatry Epidemiology* ,*34*,175-179.

Bassarath, L (2002). Conduct disorder: A biopsychosocial Review. *Canadian Journal of Psychiatry*,*46*, 609-16.

Baumeister A.A, Sevin J.A. (1995). Pharmacological control of aberrant behavior in the mentally retarderd: toward a more rational approach. *Neuroscience and Biobehavioral Review; 14*, 253-262.

Belsky, J., Silva, P.A (2001). Epidemiology of behavioral disorders among Canadian, Mexican and Poetrorican Children. *Journal of Abnormal Child Psychology. 28*, 33-50.

Brandon, R.N(2000).Emotional and Behavioral problems of Washington's children. *Summary of August 2000 Kids Count Report*, Human Services Policy Center:University of Washington.

Brandenburg N.A, Friedman,R.M and Silver, S. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29* , 76–83.

Brassett-Harknett, A., Butler, N. (2007) .Attention deficit hyperactivity disorder: An overview of the etiology and overview of the literature relating to the correlates and life course out comes for men and women. *Clinical Psychology Review*, *27*, 188-270

Eglund, N; Hansen, K.F (2000). Behavioral disorders in Danish schools: A quantitative survey. *European Journal of Special Needs Education. 15*, 158-170.

Esser, G; Schmidt, M.H; Woerner, W (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children results of longitudinal study. *Journal of Child Psychology*, *31*, 243-263.

Farrell,M.(2006).*The Effective Teacher's Guide to Behavioral, Emotional and Social Difficulties*. London and New York: Routledge.

Fombonne, E. (1991). The child behavior checklist and the Rutter Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline*, 32-34.

Gaoni L, Black Q.C, Baldwin S.(*1998*). Defining adolescent behavior disorder: An overview. *Journal of Adolescence*, *21*, 1-13.

Hector, R. (1996). Epidemiology of childhood disorder in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *37*, 35-49.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]

Heward ,W (2000). *Exceptional Children*. NJ : Prentice-Hall,INC.

Horwitz , S.M., Leaf , P.J., Leventhal , J.M., Forsyth ,B., Speechley,K.N.(1992).Identificatio and management of psychological and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. *Pediatrics, 89*,480-482.

Hunt, N; Marshall, K (2002). *Exceptional Children and Youth* (3rd Ed*):* NewYork: Hollghton Mifflin Company.

Kaplan, H. I., Sadock, B.J. (2003). *Synopsis of Psychiatry and Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. New York: Williams & wilkins.

Kase, L., Ladley, D.R. (2007). *Anxiety Disorders.* Newjersy: John wiley & sons, INC.

Kauffman, J.M (2001*). Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*. Seventh Edition, New Jersey: Merrill/Prentice Hall.

Keil,V., Price, j.m. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, Prevalence, and implications for assessments and treatment.*Children and Youth Services Review*, *28*,761-779.

MC Gee,R.,Williams, S. Feehan,P.(1992).ADD and the onset of problem behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*,20,487-502.

Nikapota, A.(1991). Children psychiatry in developing countries. *British Journal of Psychiatry,158,743-751*.

Oxford, D.R (1987). Prevalence behavioral and emotional disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 180-190.

Pandina, G.J; Bilder, R.H; Harvey, P.D; Keefe, R.S.E; Aman, M.G; Gharabawi, G (2007). Risperidone and cognitive Function in children wuith disruptive behavior disorders. *Biological Psychiatry. In Press.*

Roberts, E. R; Clifford, D. R; Rosenblatt, E (1998). Prevalene of psychopathology among children and adolescence.*American Journal of Psychiatry*,155,715-725.

Sausser, S.H; Waller, R.J (2006). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorder. *The Art in Psychotherapy. 33* , 1-10.

Wehby, J. H., Symons, F.J., Hollo ,A.(1997). Promote appropriate assessment. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders,5*,45-54.

Wics-Nelson, R.W; Israel, A.C (2003). *Behavior Disorders of Childhood*. NJ: Upper Saddle Revere.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.7.6]