

بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان در روزهای بعد ایام کرونایی

شاهین کالانتری^{*۱}

۱. دکتری روانشناسی ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوارسگان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره ششم، شماره بیست و دوم، تابستان ۱۴۰۳، صفحات ۱۱۹-۱۲۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان در روزهای بعد ایام کرونایی در استان زنجان می‌باشد. روش پژوهش، توصیفی-پیمایشی و جامعه پژوهش را دانش‌آموزان پیش‌دستانی استان زنجان تشکیل می‌دادند. برای تعیین حجم نمونه به جدول کرجسی مورگان مراجعه شد و از ۱۲۸۰ دانش‌آموز، تعداد ۲۹۵ دانش‌آموز (۱۵۷ پسر، ۱۳۸ دختر) با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و طبقه‌ای به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها فرم پرسشنامه راتر (فرم والدین) بود. در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار استفاده شد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس یک‌طرفه (آنوا) استفاده گردید. ۵ دانش‌آموز (۱۲/۵ درصد) دارای اختلالات رفتاری بودند. از کل دختران تعداد ۲ نفر و از همان تعداد دانش‌آموز پسر ۳ نفر به اختلالات رفتاری مبتلا بودند. نتایج آزمون فرضیه‌ها نشان داد که: اختلالات رفتاری کودکان با شغل پدران، وضعیت اقتصادی خانواده‌ها و وضعیت سلامت جسمی مادران ارتباط دارد. اقتصاد و اشتغال و وضعیت سلامتی والدین در ایام بعد کرونایی می‌تواند در زندگی افراد خانواده‌ها و در نهایت جامعه اثر بگذارد، لذا لازم است در این زمینه راهکارهای سازنده‌ای انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات رفتاری، کودکان، کرونا.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره ششم، شماره بیست و دوم، تابستان ۱۴۰۳

مقدمه

روابط انسانی یکی از موهبت‌های الهی است که به‌عنوان نیاز در وجود انسان قرارداده شده است تا انسان‌ها بتوانند یکدیگر را درک و باهم زندگی نمایند. وجود برخی مشکلات همگانی در جامعه گاهی این روابط را برهم زده یا عامل اختلال در آن می‌شود. به‌عنوان نمونه بروز بیماری کرونا در جامعه را می‌توان اشاره کرد. اختلال‌های رفتاری، مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به وجود می‌آورند. اصطلاح اختلالات رفتاری، بدون آنکه تعریف شود، تقریباً ۸۵ سال پیش، وارد فرهنگ علم روان‌شناسی شده است (جوادی، ۱۳۹۸). کرک^۱ (۲۰۱۵) اختلالات رفتاری را انحرافی یا هنجاری می‌داند که ضمن نامتناسب بودن با سن فرد، شدید، مزمن یا مداوم است و گستره آن شامل رفتارهای بیش‌فعالی و پرخاشگرانه تا رفتارهای گوشه‌گیرانه می‌شود. ویژگی این‌گونه رفتارها این است که اولاً تأثیر منفی بر فرایند رشد و انطباق مناسب کودک با محیط خوددارند، ثانیاً زندگی دیگران را نیز مختل می‌سازند و مانع جدی بر سر راه زندگی خود و دیگران به وجود می‌آورند و حقوق اساسی دیگران را نقض می‌کنند (به نقل از سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۹). بیت^۲ (۲۰۱۶)، کودک با اختلالات رفتاری را کودکی می‌داند که رفتارهایش به‌اندازه‌ای نامناسب است که شرکت او در کلاس درس، باعث از هم گسیختن حواس یا آشفتگی ذهنی سایر همکلاسان باشد و نیز فشاری بیش‌ازحد به معلم وارد کند (به نقل از اسلامیه، ۱۳۹۷). ردرز و پال^۳ (۲۰۱۷)، معتقدند که تعریف اختلال رفتاری به لحاظ انفجار ایده‌ها و تعدد نظرات فراوانی که توسط متخصصین رشته‌های گوناگون علوم انسانی مطرح شده است، روشنی و صراحت خود را از دست داده است (به نقل از شکوهی‌یکتا، تیمورزاده، ۱۳۹۹). اصطلاح «اختلال رفتاری» واژه‌ای بحث‌انگیز و منشأ اختلاف‌نظرهای بسیاری است که طیف وسیعی از مشکلات کودکی را از رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی تا رفتارهای افسرده‌گونه و گوشه‌گیری در برمی‌گیرد. کودکان با اختلالات رفتاری بنا بر ماهیت رفتارهایشان احتیاجات روانی، تربیتی و آموزشی متفاوتی با سایر کودکان دارند. لذا آموزش، تربیت و ترمیم رفتارهای آنان امری ضروری می‌باشد. بسیاری از رفتارهای مرتبط با اختلالات رفتاری ظاهری شبیه به نافرمانی‌ها و سرکشی‌های معمولی دوران کودکی دارند، اما بسیار شدیدتر و جدی‌تر هستند. کسانی که دچار اختلال رفتاری هستند نوعاً نسبت به سلامت و خوشی دیگران بی‌توجهند. حس همدردی در آن‌ها پایین است و غالباً رفتارهای دیگران را برای خود تهدیدآمیز و خصمانه تلقی می‌کنند. در نتیجه، غالباً واکنش پرخاشگرانه‌ای به این تهدیدهای خیالی نشان می‌دهند و رفتارهای خود را این‌گونه توجیه می‌نمایند. برخی از این افراد ممکن است اعتمادبه‌نفس ضعیفی داشته باشند درحالی‌که برخی دیگر ممکن است ارزش بیش‌ازحدی برای خود قائل باشند. این افراد غالباً بی‌رحم و سنگدل‌اند و احساس گناه اندکی می‌کنند و حتی هنگامی که ظاهراً خطای خود را می‌پذیرند، بیشتر ترفندی است برای جلوگیری از تنبیه شدن (اکبری، ۱۳۹۷). جیانو، وانگ، لیو، نیش، جیانو، پتولو-مانتوانی، و همکاران^۴ (۲۰۲۰) در پژوهشی به بررسی مهم‌ترین اختلالات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان در زمان شیوع کووید-۱۹ پرداختند. بررسی نتایج تحقیقات مربوط به سلامت روانی کودکان و نوجوانان در طی پاندمی

¹ Crack² Bit³ Ridders and Pal⁴ Jiao, Wang, Liu, Fang, Pettoello-Mantovani

کووید-۱۱ نشان داد شیوع اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان و نوجوانان افزایش می‌یابد. بر این اساس، نتایج حاصل از یک مطالعه در شانگهای چین طی شیوع کووید-۱۹ بر روی ۳۲۰ کودک و نوجوان (۱۶۸ دختر و ۱۴۲ پسر) در محدوده سنی بین ۳ تا ۱۱ سال نشان داد که علائم روان‌شناختی مختلف در این رده سنی شیوع پیدا کرده است. میلن^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی به موضوع پرخوری روانی در کودکان ۲ تا ۶ سال پرداخت. خوردن عاطفی^۲ مربوط به تغییر رفتار گوارشی در پاسخ به ناراحتی است و باعث افزایش مصرف غذا پرخوری روانی^۳ و یا اجتناب از خوردن غذا می‌شود. پراشتهایی روانی با خلق‌وخوی و استرس در کودکان ارتباط دارد. نتایج نشان می‌دهد که هر دو این اختلالات با خلق‌وخوی ارتباط دارند. باوجود آنکه اطلاعات کافی در مورد اختلالات خوردن به دست نیامد ولی همین عامل می‌تواند عامل خطر مشکلات خوردن و تنظیم وزن در دوران کودکی باشد. کاتلین رایس^۴ (۲۰۱۸) خصوصیات عصبی و روان‌شناختی دانشجویان کالج با والدین الکلی را مورد مطالعه قرارداد. به‌طور کلی یافته‌ها به چندین متغیر مهم روان‌شناختی اشاره دارند و ممکن است در آینده برای مداخله زودهنگام در وضعیت دانشجویان در معرض خطر الکلی شدن و یا گرایش به مواد استفاده شوند. کارلو^۵ (۲۰۱۸) به بررسی مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان در مراکز نگهداری کودکان پرداخت. شرایط خانوادگی نامطبوع، سوء رفتار و بی‌توجهی در دوران کودکی عوامل مهمی برای ایجاد مشکلات عاطفی و رفتاری هستند. نتایج نشان داد که چهار نفر از ۱۰ مورد که در محدوده بالینی شناسایی شده بودند. هیچ نوع درمانی دریافت نمی‌کردند. عوامل متعددی در ارتباط با نوع مشکلات موجود در CBCL، متغیرهای شخصی و چگونگی نگهداری از کودکان با استفاده بیشتر از خدمات بهداشت روانی همراه است. تیدفورتس^۶ (۲۰۱۸) به بررسی تفاوت‌های جنسیتی در ارتباط بدرفتاری عاطفی با مشکلات ذهنی، عاطفی و رفتاری در نوجوانان سوئدی پرداخت. بدرفتاری عاطفی یک نوع رایج از سوءاستفاده از کودک است که تأثیر منفی قوی بر سلامت روان وی دارد. نتایج نشان داد که بدرفتاری احساسی بر روی سلامت روانی و وضعیت ذهنی دختران و پسران تأثیر قابل توجهی دارد. علاوه بر این، بین جنس و سطح خشونت عاطفی رابطه معناداری مشاهده شد. بر اساس این یافته‌ها دخترها در مقایسه با پسرها در مقابل بدرفتاری‌های عاطفی از سلامت روانی و ذهنی پایین‌تری را نشان داد. با توجه به تأثیر بدرفتاری‌های عاطفی بر سلامت روان در جمعیت عمومی، نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که دیدگاه‌های آسیب‌شناختی در درک تفاوت‌های جنسیتی در سلامت روان در دوران نوجوانی ضروری است. انجام تحقیقات بیشتری برای درک فرایندهای اساسی که موجب تفاوت در پاسخ‌های دختران و پسران نسبت به بدرفتاری عاطفی می‌شود ضروری به نظر می‌رسد. لینیر^۷ (۲۰۱۷) تأثیر محیط آموزشی را بر رفتار دانش‌آموزان (معلول جسمی و سالم) مورد بررسی و طبقه‌بندی قرارداد. در این طبقه‌بندی نوع ساخت معماری و فضای ارائه درس و امکانات موجود برای ارائه درس در محیط‌های طبیعی با فضای باز و همچنین فضای بسته آموزشی را برای سطوح مختلف تحصیلی و سنی و جنسی انجام داد. در مقایسه‌ای که بین محیط‌های آموزشی و نوع

¹ Milena² Emotional Eating³ Emotional over Eating⁴ Katlin Rice⁵ Carlo⁶ Tideworth⁷ Lerner

یادگیری در بین گروه‌های کنترل (معلولان) خود در این دو محیط با ابزار مربوطه محیط آموزشی و کارکردهای آن‌ها انجام داد به این نتیجه رسید که محیط‌های مختلف تأثیرهای متفاوتی بر رفتار دانش‌آموزان دارد. به‌طوری‌که نتایج مطالعات نشان می‌دهد که افرادی که سطح بالایی از تعارض والدینی را تجربه می‌کنند، به‌طور معنی‌داری مشکلات بیشتری را نسبت به آنان که تعارضات کمتری را تجربه نموده‌اند دارند. همچنین اختلاف در امر تربیت فرزندان نیز می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات رفتاری باشد (جکینز و اسمیت، ۲۰۱۱؛ به نقل از جمشیدی، ۱۳۹۹). نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد روابط خانوادگی و ارتباط عاطفی والدین تأثیر معنی‌داری بر وضعیت تحصیلی و تربیتی کودکان و نوجوانان دارد (زاده باقری، ۱۴۰۰). اختلالات هیجانی-رفتاری گاه می‌توانند به‌طور همزمان با سایر معلولیت‌ها ظاهر شوند. این اختلالات اسکیزوفرنی، نارسایی توجه و ناسازگاری را نیز در برمی‌گیرند (شورای کودکان استثنایی، ۲۰۲۰). باوجود مشکلات بسیاری که کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری - هیجانی با آن مواجه‌اند، بیشتر آن‌ها تا سال‌ها پس از ورود به مدرسه، شناسایی نمی‌شوند و تحت آموزش ویژه، قرار نمی‌گیرند؛ مگر آن‌که اختلال رفتاری و مشکلات تحصیلی آنان شدید شود (دانکن، فورنس و هارت سو^۲، ۲۰۱۵؛ به نقل از جوادی، ۱۳۹۸). همه‌ی مشکلات هیجانی و رفتاری با یکدیگر رابطه دارند. به‌ندرت می‌توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یک مشکل رفتاری داشته باشد (تنکر سلی و لندروم^۳، ۲۰۱۷؛ به نقل از جمشیدی، ۱۳۹۹). بسیاری از بزرگسالان، تحمل رفتارهای کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری را ندارند و به تنبیه آنان متوسل می‌شوند. این کودکان در مقایسه باهمسالان بهنجار خود، در جنبه‌های مهم زندگی محدودیت دارند و در تعاملات اجتماعی، با مشکلات جدی مواجه‌اند. ناتوانی‌های این کودکان، از رفتارهای آنان ناشی می‌شود (واکر و همکاران^۴، ۲۰۱۲؛ به نقل از خزاعی و خزاعی، ۱۴۰۰). از سویی یکی از موارد تأثیرگذار در اختلالات رفتاری محیط و فضای زندگی افراد است، از آنجاکه بیماری کرونا دو سالی است به‌صورت جهانی بروز کرده بود و نظم مقررات خانواده‌ها و جامعه را به هم زد، ترس رفتاری به این بیماری باعث شد در برخی خانواده‌ها ساعات بیشتری افراد در کنار هم قرار گیرند و خانواده‌هایی لحظات خیلی کمتری در کنار هم باشند؛ و امور روزانه خود را به‌صورت ناهماهنگ با زمان‌های قبل انجام دهند. در اکثر خانواده‌ها دیده شد که در روزهای اول شیوع بیماری خانواده‌ها تا نصف‌های شب بیدار و روزها را می‌خوابیدند و همچنین نوع تغذیه خرید و حتی رفت آمد تعامل با بیرون و ارتباطات با جامعه و اقوام از حالت قبلی خارج شده و بیشتر به‌سوی روابط مجازی سوق پیدا کرد دراین‌بین کودکان که ثمرات زندگی هر خانواده هستند بیشتر در معرض آسیب‌های روانی و اختلالات قرار گرفتند. با نگاه به هر خانواده در اطرافمان می‌توانستیم ترس از گرفتاری به این بیماری و راه‌های مقابله با این بیماری و حتی کم شدن سفرها و بازی‌ها و تعطیلی مآنک‌ها و مهدهای کودک و باشگاه‌ها و تأثیرات مخرب همچون نگرانی از آینده، خستگی و فرسودگی از این وضعیت را در بین خانواده‌ها مشاهده کرد. با توجه به اینکه اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان علاوه بر در معرض خطر قراردادن سلامت روانی فرد، خانواده و جامعه را نیز درگیر می‌سازد و حقوق اجتماعی دیگران را مورد تهدید قرار می‌دهد بنابراین باید به‌درستی نوع و

^۱JKins and Smith^۲Duncan, Forens and Hartsuo^۳Tennicz Sally and Landrom^۴Walker et al

شدت آن شناسایی شود. شناخت به موقع این اختلالات و پیشگیری از گسترش آنان، امری ضروری است؛ به عبارت دیگر، با شناسایی به موقع کودکان با مشکلات رفتاری می توان به بهداشت روانی، این کودکان یاری رساند. با چنین هدفی است که در تحقیق حاضر به بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان در روزهای بعد کرونایی می پردازیم.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و از نظر روش از نوع تحقیقات علی-مقایسه ای است. بدین معنی که، از نتایج این تحقیق در شناسایی و تشخیص و احتمالاً درمان کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری در اپیدمی رخ داد بیماری کرونا در جامعه می توان استفاده کرد. طرح تحقیق حاضر از نوع تحقیقات غیرآزمایشی است، که پس از غربال کودکان با اختلالات رفتاری، می توان تأثیر برخی عوامل خانوادگی احتمالی را بر ایجاد اختلالات رفتاری در کودکان مورد بررسی قرارداد. پژوهشگر با استفاده از روش پیمایشی به جمع آوری نظر والدین در مورد وجود یا عدم وجود اختلالات در کودکان مورد هدف خواهد پرداخت و میزان اختلالات گزارش شده را برحسب متغیرهایی چون سن و سطح سواد والدین، وضعیت اقتصادی آنان، وضعیت اشتغال والدین، وضعیت سرپرستی کودک و دیگر عوامل خانوادگی مورد مقایسه قرار خواهد داد. این تحقیق از نوع تحقیقاتی پس رویدادی (علی-مقایسه ای) است، بدان سبب که محقق هیچ گونه دخل و تصرفی در وضعیت متغیرهای مورد بررسی نمی کند و متغیرها را به همان صورت که وجود دارند مطالعه می کند. در این پژوهش متغیرهای مستقل عبارت اند از: سن، میزان تحصیلات والدین، وضعیت اشتغال والدین، وضعیت اقتصادی خانواده، وضعیت سلامتی والدین و وضعیت سرپرستی کودک (تک سرپرست و عادی)؛ و متغیر وابسته به طور کلی عبارت است از میزان اختلالات رفتاری کودک که در ۵ زمینه مورد بررسی قرار می گیرد. خرده مقیاس هایی که این موارد را بررسی می کنند عبارت اند از: بیش فعالی- پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، رفتارهای ضداجتماعی، ناسازگاری اجتماعی و اختلال کمبود توجه. جامعه آماری مورد مطالعه، شامل دانش آموزان پیش دبستانی استان زنجان می باشد؛ که در این شهر تعداد ۷۰ مدرسه پیش دبستانی پسرانه و دخترانه وجود دارد و بر اساس آمار موجود در اداره آموزش و پرورش شهرستان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تعداد کل دانش آموزان در مقطع پیش دبستانی این شهر که در دو نوبت صبح و بعدازظهر به مدرسه می رفته اند، برابر ۱۲۸۰ نفر (۶۸۰ پسر و ۶۰۰ دختر) بوده است. برای تعیین حجم نمونه به جدول کرجسی مورگان^۱ مراجعه شد و ۲۹۵ دانش آموز (۱۵۷ پسر و ۱۳۸ دختر) با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای طبقه ای تصادفی انتخاب شدند. بدین ترتیب که حجم نمونه به دست آمده ۲۹۵ به ۱۲۸۰ تقسیم شد مقدار ۰/۲۳ به دست آمد. سپس برای تعیین حجم نمونه پسران: تعداد کل پسران ضربدر ۰/۲۳ گردید ۱۵۶/۴ شد که برابر ۱۵۷ گرفته شد. (لازم به توضیح است به علت کم شدن حجم نمونه در تقریب ها از خاصیت گرد کردن بالای ۵ استفاده نشد). سپس برای تعیین حجم نمونه دختران: تعداد کل دختران ضربدر ۰/۲۳ گردید که برابر ۱۳۸ نفر گردید. از این رو ۱۵۷ پسر و ۱۳۸ دختر به عنوان نمونه انتخاب شدند. حال جهت تعیین حجم نمونه ۴۰ نفری از روی نمونه واقعی: با توجه به قاعده جدول تناسب ۲۱ پسر و ۱۹ دختر انتخاب خواهند شد. اجرای هر پژوهش نیازمند ابزاری جهت گردآوری داده ها می باشد. در این پژوهش از مطالعات کتابخانه ای و مدانی و پرسشنامه فرم راتر (فرم والدین) استفاده خواهد شد.

^۱ Robert, Krejcie, Daryle, Morgan

به منظور بررسی فرضیه‌های مقاله حاضر از روش‌های آمار توصیفی (گزارش فراوانی‌ها، تمایل مرکزی و پراکندگی) و آمار استنباطی (گزارش نتایج آزمون آنوا) استفاده خواهد شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ استفاده می‌شود.

پرسش‌نامه راتر - فرم والدین: این پرسشنامه که یکی از رایج‌ترین پرسشنامه‌ها برای مشخص کردن اختلالات رفتاری کودکان است در سال ۱۹۶۷ توسط مایکل راتر^۱ و همکاران تهیه شده است. این پرسشنامه که دارای ۳۰ گویه است. ۵ بُعد؛ بیش فعالی و پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، رفتارهای ضد اجتماعی، کمبود توجه و ناسازگاری اجتماعی را ارزیابی می‌کند. نمره برش فرم والدین ۱۳ می‌باشد. گزینه‌های هر گویه از یک طیف سه امتیازی تشکیل شده است که به ترتیب با کد ۰، یک و دو نمره‌گذاری می‌شوند. در صورتی که جمع نمرات فرد در این پرسشنامه بالاتر از نمره برش باشد، وی با اختلال رفتاری شناخته خواهد شد. در پژوهش راتر و همکاران (۱۹۷۵) با بکار بردن روش دوتیمه کردن، پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند؛ که در این پژوهش سطح اطمینان ۰/۰۰۱ بوده است (به نقل از خرامین، ۱۳۷۴). فروع الدین عدل (۱۳۷۲) با بکار بردن روش‌های دوتیمه کردن و بازآزمایی ضریب همبستگی این پرسشنامه را ۰/۶۸ در سطح اطمینان ۰/۰۰۱ گزارش کرده است. راتر و اسمیت^۲ (۱۹۸۱) گزارش می‌کنند که پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی و پایایی درونی بسیار بالاست. همبستگی در یک مطالعه بازآزمایی بافاصله ۲ ماهه ۰/۷۴ و همبستگی بین گزارش پدران و مادران ۰/۶۴ بوده است. در مطالعه وونگ^۳ (۱۹۸۸) ۱۲۴ کودک چینی را با ۲ گروه کودک (دارای والدین و تک سرپرست) مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که اگر چه تمامی موارد این پرسشنامه موجب تمایز بین بیماران و گروه کنترل نمی‌شود، به‌طور کلی پرسشنامه قدرت خوبی برای تشخیص اختلالات دارد. فرگوسن و همکاران^۴ (۱۹۹۱) نشان دادند که معیار DSM-III-R که برای اختلالات سلوک مشخص شده است مانند آزار دیگران، تخریب اموال خود و دیگران، نافرمانی، دروغ‌گویی، دزدی و دعوا در پرسشنامه راتر گنجانده شده است. راتر و همکاران (۱۹۷۵) این پرسشنامه را دارای اعتبار علمی قابل قبول می‌دانند. در پژوهش راتر (۱۹۶۷) که روی ۹۱ کودک انجام گرفت. درصد توافق بین نمره حاصل از اجرای پرسشنامه و تشخیص روان‌پزشک را ۰/۷۶ گزارش شده است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. راتر و همکاران (۱۹۷۵) در پژوهشی درصد توافق بین پرسشنامه و تشخیص روان‌پزشک را ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. در ایران پرسشنامه مذکور در پژوهش‌های متعددی (همچون مهریار و همکاران، ۱۳۶۱ و ۱۳۷۱؛ سهرابی، ۱۳۶۹؛ حاتمی و خرامین، ۱۳۷۴) بکار رفته است. همچنین این پرسشنامه توسط مهریار و همکاران (۱۳۷۱)، در شیراز هنجاریابی شده است. این پرسشنامه در ابتدا ۲۶ سؤال بود که بعدها به ۳۰ سؤال تغییر کرد. در این پژوهش پرسشنامه ۳۰ گویه‌ای توسط والدین کودک تکمیل گردید. ابتدا خواسته شد والدین (پدر و مادر) گویه‌ها را بخوانند و با در نظر گرفتن مشاهدات خود از رفتار فرزند خود در یک سال گذشته پرسشنامه را تکمیل کنند. در مقابل هر یک از ماده‌های پرسشنامه عدد ۱، ۲ و ۰ نوشته شده است. روش نمره‌گذاری به این صورت می‌باشد که

¹ Michael Rutter

² Rutter and Smith

³ Wong

⁴ Ferguson et al

اگر عبارتی در مورد فرد صدق می‌کند و بیانگر رفتار کودک است دور عدد (۲) خط کشیده شود. اگر آن 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 شود. به این ترتیب عدد (۲) بیانگر وجود اختلال رفتاری طور کامل است 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 علائم اختلال رفتاری در او مشاهده نمی‌شود (مهریار و همکاران، ۱۳۷۱). با توجه به این نمره‌گذاری در پرسشنامه تغییر یافته ۳۰ عبارتی دامنه نمرات ۰ تا ۶۰ خواهد بود. این پرسشنامه به ۵ زیرگروه طبقه‌بندی شده که هر گروه سؤالات خاصی را در برمی‌گیرد.

یافته‌ها

از ۴۰ دانش‌آموز شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ۱۹ نفر دختر و ۲۱ نفر پسر هستند. کمترین، بیشترین، میانگین و انحراف معیار سن والدین دانش‌آموزان مورد مطالعه قرار گرفته است که کمترین سن پدران (۳۰) و بیشترین آن‌ها (۷۶) با میانگین (۳۸/۷۰) است. سن مادران نیز در دامنه‌ای بین ۲۵ تا ۵۲ سال، با میانگینی برابر ۳۳/۳۲ سال (و انحراف معیار ۵/۶۰۴) قرار داشت. تحصیلات پدران، ۱ نفر (۲/۵ درصد) در سطح ابتدایی، ۷ نفر (۱۷/۵ درصد) در سطح راهنمایی، ۱۴ نفر (۳۵ درصد) در سطح دبیرستان، ۱۲ نفر (۳۰ درصد) در سطح کاردانی، ۲ نفر (۵ درصد) در سطح کارشناسی و ۴ نفر (۱۰ درصد) در سطح ارشد و دکترا تحصیل کرده‌اند. از کل مادران (۴۰ نفر)، ۸ نفر (۷/۵ درصد) در سطح راهنمایی، ۲ نفر (۵ درصد) در سطح دبیرستان، ۱۰ نفر (۲۵ درصد) در سطح کاردانی، ۱۹ نفر (۴۷/۵ درصد) در سطح کارشناسی و ۱ نفر (۲/۵ درصد) در سطح ارشد و دکترا قرار دارند. ۱۵ نفر (۳۷/۵ درصد) مادران خانه‌دار، ۸ نفر (۲۰ درصد) معلم، ۴ نفر (۱۰ درصد) کارگر، ۵ نفر (۱۲/۵ درصد) پرستار، ۳ نفر (۷/۵ درصد) آرایشگر، ۳ نفر (۷/۵ درصد) کارمند، و ۲ نفر (۵ درصد) خیاط بودند. از ۴۰ پدر مورد مطالعه ۸ نفر (۲۰ درصد) دارای شغل آزاد، ۲ نفر (۵ درصد) معلم، ۵ نفر (۱۲/۵ درصد) کارگر، ۱ نفر (۲/۵ درصد) بنا و کارهای ساختمانی، ۲ نفر (۵ درصد) مکانیک، ۱ نفر (۲/۵ درصد) مهندس، ۲ نفر (۵ درصد) آشپز، ۵ نفر (۱۲/۵ درصد) کشاورز، ۲ نفر (۵ درصد) راننده، ۱۰ نفر (۲۵ درصد) کارمند و ۲ نفر (۵ درصد) در گروه سایر مشاغل (گل‌فروش، قناد، جوشکار، خیاط، آرایشگر...) هستند. به‌طور کلی بیشتر پدران (در حدود ۶۵ درصد) شغل غیردولتی و آزاد دارند. ۲۰ خانواده (۵۰ درصد) تک‌فرزندی، ۱۳ نفر (۳۲/۵ درصد) دارای دو فرزند، ۲ خانواده (۵ درصد) دارای سه فرزند و ۵ خانواده (۱۲/۵ درصد) دارای بیش از سه فرزند هستند. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که بیشتر خانواده‌ها (در حدود ۸۷/۵ درصد) دارای یک تا سه فرزند هستند. از ۴۰ دانش‌آموز مورد مطالعه، ۲۰ نفر (۵۰ درصد) فرزند اول، ۱۶ نفر (۴۸ درصد) فرزند دوم، ۳ نفر (۷/۵ درصد) فرزند سوم و ۱ نفر (۲/۵ درصد) فرزند آخر هستند. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که اکثر دانش‌آموزان (در حدود ۹۰ درصد) فرزند اول یا دوم هستند، ۲۵ نفر (۶۲/۵ درصد) در خانواده‌های عادی (همراه پدر و مادر)، ۹ نفر (۲۲/۵ درصد) در خانواده طلاق و ۶ نفر (۱۵ درصد) در خانواده‌ای قرار دارند که یکی از والدین فوت کرده است. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که بیشتر دانش‌آموزان (در حدود ۶۲/۵ درصد) در خانواده‌های عادی قرار دارند؛ یعنی با پدر و مادر خود زندگی می‌کنند. ۲۰ درصد آن‌ها در وضعیت خوب، ۶۷/۵ درصد در وضعیت متوسط و ۱۲/۵ درصد در

وضعیت اقتصادی بد قرار دارند. به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت که بنا بر گزارش والدین، وضعیت اقتصادی بیشتر خانوارها (در حدود ۸۷/۵ درصد) در حد متوسط و بالاتر قرار دارد. وضعیت مسکونی خانواده‌های مورد مطالعه، ۱۴ خانواده (۳۵ درصد) مستأجر، ۲۲ خانواده (۵۵ درصد) دارای منزل شخصی و ۴ خانواده (۱۰ درصد) در منزل پدر و مادر بزرگ زندگی می‌کنند. جدول ۱: فراوانی و درصد دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری ارائه می‌شود. با توجه به فرم والدین، ۳۵ دانش‌آموز (۸۷/۵ درصد) اختلالات رفتاری ندارند و ۵ دانش‌آموز (۱۲/۵ درصد) دارای اختلالات رفتاری هستند. بر اساس نتایج جدول ۲: از کل دختران (۱۹ نفر) تعداد ۲ نفر (۱۰/۵۲ درصد) و از همان تعداد دانش‌آموز پسر ۳ نفر (۱۴/۲۸ درصد) به اختلالات رفتاری مبتلا هستند.

جدول ۱. فراوانی و درصد اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان بر اساس گزارش والدین

متغیرها	فراوانی	درصد
اختلالات رفتاری وجود دارد	۵	۱۲/۵
اختلالات رفتاری وجود ندارد	۳۵	۸۷/۵

جدول ۲. فراوانی و درصد اختلالات رفتاری به تفکیک جنسیت دانش‌آموزان

مجموع	پسران (تعداد (درصد))	دختران (تعداد (درصد))	
تعداد کل	۲۱	۱۹	
فراوانی دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری	۳ نفر (%۱۴/۲۸)	۲ نفر (%۱۰/۵۲)	
فراوانی دانش‌آموزان عادی (بدون نشانه‌های اختلال رفتاری)	۱۸ (%۸۵/۷۱)	۱۷ (%۸۹/۴۷)	

جدول ۳. فراوانی و درصد اختلالات رفتاری بر اساس وضعیت والدین

متغیرها	اختلال وجود ندارد فراوانی (درصد)	اختلال وجود دارد فراوانی (درصد)	کل
وضعیت خانوادگی			
عادی	۵۲/۵۲۱	۱۰/۴	۶۲/۵۲۵
همراه پدر یا مادر	۲۲/۵۲۹	۹/۰	۳۲/۵۲۹
بستگان (پدربزرگ...)	۱۲/۵۱۵	۲/۵۱	۱۵/۶
مجموع	۸۷/۵۳۵	۱۲/۵۵	۱۰۰/۴۰

نتایج حاصل از جدول ۳ نشان داد؛ ۲۱ دانش‌آموز (۵۲/۵ درصد) در زندگی عادی اختلالات رفتاری ندارند و ۴ دانش‌آموز (۱۰ درصد) دارای خانواده عادی دارای اختلالات رفتاری هستند همچنین ۹ دانش‌آموز دارای زندگی طلاق یا فوت یکی از والدین (۲۲/۵ درصد) اختلالات رفتاری ندارد و همچنین ۵ دانش‌آموز که با بستگان یا مادر بزرگ و پدربزرگ زندگی می‌کند اختلالات رفتاری ندارند و ۱ دانش‌آموز دارای اختلالات رفتاری هستند.

در جدول ۴ نشان داد؛ نشان می‌دهد که بین میزان اختلالات رفتاری کودکان برحسب سطح تحصیلات پدران ($F=0/402$) بر اساس گزارش والدین تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$).

جدول ۴. جدول آنوا برای مقایسه میانگین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان برحسب تحصیلات پدران

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	Sig
بین گروهی	۰/۲۴۴	۵	۰/۰۴۹	۰/۴۰۲	۰/۸۴۴
درون گروهی	۴/۱۳۱	۳۴	۰/۱۲۱		
مجموع	۳۷۵۴	۳۹			

جدول ۵. آنوا برای مقایسه میانگین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان برحسب تحصیلات مادران

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	Sig
بین گروهی	۰/۳۲۸	۴	۰/۰۸۲	۰/۷۰۸	۰/۵۹۲
درون گروهی	۴/۰۴۷	۳۵	۰/۱۱۶		
مجموع	۴/۳۷۵	۳۹			

جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میزان اختلالات رفتاری کودکان برحسب سطح تحصیلات مادران ($F=0/708$) بر اساس گزارش والدین تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$).

نتایج ارائه‌شده در جدول ۶ نشان می‌دهد که بین میزان اختلالات رفتاری کودکان برحسب شغل پدران ($F=1/499$) بر اساس گزارش والدین تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/05$).

جدول ۶. آنوا برای مقایسه میانگین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان برحسب شغل پدران

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	Sig
بین گروهی	۱/۳۸۹	۱	۱/۳۸۹	۱/۴۹۹*	۰/۰۳۸
درون گروهی	۳۲/۶۸۶	۳۸	۰/۸۶		
مجموع	۳۳/۹۷۵	۳۹			

* $P<0/05$

نتایج ارائه‌شده در جدول ۷ نشان می‌دهد که بین میزان اختلالات رفتاری کودکان برحسب وضعیت اقتصادی ($F=1/330$) بر اساس گزارش والدین تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/05$).

جدول ۷. آنوا برای مقایسه میانگین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان برحسب وضعیت اقتصادی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	Sig
بین گروهی	۰/۴۳۲	۱	۰/۴۳۲	۱/۳۳۰*	۰/۰۰۶
درون گروهی	۱۲/۳۴۳	۳۸	۰/۳۲۵		
مجموع	۱۲/۷۷۵	۳۹			

* $P<0/05$

نتایج ارائه‌شده در جدول ۸ نشان می‌دهد که بین اختلالات رفتاری کودکان برحسب وضعیت سلامت جسمی مادران ($F=0/792$) بر اساس گزارش والدین تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/05$).

جدول ۸. آنوا برای مقایسه میانگین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان برحسب وضعیت سلامت جسمی مادران

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	Sig
بین گروهی	۰/۰۸۹	۱	۰/۰۸۹	۰/۷۹۲*	۰/۰۱۷
درون گروهی	۴/۲۸۶	۳۸	۰/۱۱۳		
مجموع	۴/۳۷۵	۳۹			

* $P<0/05$

نتایج ارائه‌شده در جدول ۹ نشان می‌دهد که بین اختلالات رفتاری کودکان برحسب وضعیت سلامت روانی مادران ($F=0/288$) بر اساس گزارش والدین تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$).

جدول ۹. آنوا برای مقایسه میانگین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان برحسب وضعیت سلامت روانی مادران

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	Sig
بین گروهی	۰/۰۱۴	۱	۰/۰۱۴	۰/۲۸۸	۰/۵۹۵
درون گروهی	۱/۸۸۶	۳۸	۰/۰۵۰		
مجموع	۱/۹۰۰	۳۹			

نتایج ارائه‌شده در جدول ۱۰ نشان می‌دهد که بین اختلالات رفتاری کودکان برحسب وضعیت سلامت جسمی پدران ($F=0/019$) بر اساس گزارش والدین تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$).

جدول ۱۰. آنوا برای مقایسه میانگین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان برحسب وضعیت سلامت جسمی پدران

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	Sig
بین گروهی	۰/۰۰۴	۱	۰/۰۰۴	۰/۰۱۹	۰/۸۹۰
درون گروهی	۶/۹۷۱	۳۸	۰/۱۸۳		
مجموع	۶/۹۷۵	۳۹			

جدول ۱۱. آنوا برای مقایسه میانگین میزان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان برحسب وضعیت سلامت روانی پدران

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	Sig
بین گروهی	۰/۰۳۲	۱	۰/۰۳۲	۰/۴۴۵	۰/۵۰۹
درون گروهی	۲/۷۴۳	۳۸	۰/۰۷۲		
مجموع	۲/۷۷۵	۳۹			

نتایج ارائه شده در جدول ۱۱ نشان می‌دهد که بین اختلالات رفتاری کودکان برحسب وضعیت سلامت روانی پدران ($F=0/445$) بر اساس گزارش والدین تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$).

نتایج ارائه شده در جدول ۱۲ نشان می‌دهد که بر اساس گزارش والدین بین اختلالات رفتاری کودکان برحسب جنسیت ($F=0/123$) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$).

جدول ۱۲. آنوا برای مقایسه اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دختر و پسر بر اساس گزارش والدین

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	Sig
بین گروهی	۰/۰۳۲	۱	۰/۰۳۲	۰/۱۲۳	۰/۷۲۸
درون گروهی	۹/۹۴۳	۳۸	۰/۲۶۲		
مجموع	۹/۹۷۵	۳۹			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری و علل خانوادگی آن در بین دانش‌آموزان مقطع پیش‌دبستانی در شهر اراک بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بر اساس گزارش والدین ۱۲/۵ درصد دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری هستند. این نتایج تا حدی همسو با تحقیقات دیگری چون خوشابی، مرادی، شجاعی و علمدار (۱۳۹۹) هستند که نشان داد؛ میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی ۱۰/۲ درصد می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که؛ اختلالات رفتاری در پسران (۱۴/۲۸ درصد) بیشتر از دختران (۱۰/۵۲ درصد) است. این نتایج تا حدی همسو با تحقیقات دیگری چون گزارش‌های خوشابی، مرادی، شجاعی و علمدار (۱۳۹۹)، فرجامی، مشتاقی و ستوده (۱۳۹۹) که نشان دادند اختلالات رفتاری هیجانی در پسران بیش از دختران شیوع داشته است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اختلالات رفتاری کودکان با شغل پدران و وضعیت اقتصادی خانواده‌ها ارتباط دارد که با نتایج پژوهش کارلو (۲۰۱۸) همخوانی دارد. این پژوهش نشان می‌دهد اقتصاد و اشتغال والدین در این ایام کرونایی می‌تواند در زندگی افراد خانواده‌ها و در نهایت جامعه اثر بگذارد، لذا لازم است در این زمینه راهکارهای سازنده‌ای انجام گیرد از آنجاکه شغل اکثر خانواده‌های مورد مطالعه آزاد و غیردولتی بود کم شدن تردد، دورکاری، درآمد کم خانواده‌ها در روابط افراد تأثیر خواهند داشت. لذا این مشکلات در سرنوشت و رفتار کودکانمان بیشتر مشکل اختلال به بار خواهد آورد.

بر اساس یافته‌ها و نتایج این پژوهش، پیشنهادهایی به شرح زیر ارائه می‌گردد:

۱- پیشنهاد می‌شود، آموزش معلمان و والدین در زمینه شناسایی انواع اختلالات رفتاری صورت گیرد.

- ۲- به کارگیری روش‌های تحقیق - کیفی برای شناسایی دانش‌آموزان با اختلالات رفتاری.
- ۳- بررسی اختلالات رفتاری در نمونه‌هایی با حجم بیشتر.
- ۴- بررسی عوامل مدرسه‌ای تأثیرگذار بر اختلالات رفتاری دانش‌آموزان.
- ۵- استفاده از ابزارهای دیگری برای سنجش اختلالات رفتاری.

منابع

- اسلامی، محمد (۱۳۹۷). «بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر تهران»، فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۸(۱)، ۹۸-۱۰۹.
- اکبری، ابوالقاسم، (۱۳۹۷). مشکلات نوجوانان و جوانان، چاپ سوم، نشر ساوالان، تهران.
- جمشیدی، غفت (۱۳۹۹). مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی‌های ویژه در یادگیری و دانش‌آموزان عادی ۸ تا ۱۲ ساله. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۵(۱)، ۱۰-۱.
- جوادی، محسن؛ امامی‌پور، سلام الله و رضایی کاشی، زهره (۱۳۹۸). «رابطه بازی‌های رایانه‌ای با پرخاشگری و روابط والد فرزند در دانش‌آموزان». تحقیقات روان‌شناختی، ۲، ۷۹-۹۰.
- خزاعی، طاهره؛ خزاعی، مریم و خزاعی، مهناز (۱۴۰۰). «شیوع مشکلات رفتاری در کودکان شهر بیرجند»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۲ (۲، ۱)، ۹-۱۵.
- سیف‌نراقی، مریم و نادری، عزت‌الله (۱۳۹۹). اختلالات رفتاری کودکان، تهران: پدر.
- شکوهی‌یکتا، طیب و تیمورزاده، پرند (۱۳۹۹). اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، تهران: انتشارات امید.
- Carlo, C. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services Journal: Children and Youth Services Review, 73, 100-106.
- Jiao, W.Y., Wang, L.N., Liu, J., Fang, S.F., Jiao, F.Y., Pettoello-Mantovani, M., et al. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. J Pediatr, 221, 264-266.
- Katlin, R. (2018). Neural and psychological characteristics of college students with alcoholic parents differ depending on current alcohol use Journal: Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 81, 284-296.
- Lerner, J.W. (2017). Children with learning disabilities: theories, diagnosis and teaching strategies. Boston: Houghton Mifflin.
- Milena, H. (2018). Emotional eating is related with temperament but not with stress biomarkers in preschool children Journal: Appetite, 120, 256-264.
- Tideworth, G. (2017). differences in the association between emotional maltreatment with mental, emotional, and behavioral problems in Swedish adolescents Journal: Child Abuse & Neglect, 67, 249-259