



## سازمان بهزیستی استان هرمزگان

عنوان پژوهش:

بررسی وضعیت سلامت روان و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان

مجری طرح:

حاج علیزاده

کارفرما:

سازمان بهزیستی استان هرمزگان

مجری

جهاد دانشگاهی واحد هرمزگان

سال:

1396

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## فهرست مطالب

1	چکیده.....
2	فصل اول.....
2	کلیات پژوهش.....
3	1-1 مقدمه.....
4	2-1 بیان مسأله.....
8	3-1 اهمیت و ضرورت پژوهش.....
11	4-1 اهداف پژوهش.....
12	5-1 سؤالات پژوهش.....
13	6-1 تعاریف مفهومی و عملیاتی.....
13	1-6-1 تعاریف مفهومی.....
16	2-6-1 تعاریف عملیاتی.....
18	فصل دوم.....
18	ادبیات و پیشینه پژوهش.....
19	1-2 مقدمه.....
19	2-2 سلامت روان.....
24	1-2-2 مفهوم کلی سلامت و بیماری.....
25	2-2-2 کودکان-نوجوانان و سلامت روان.....
27	3-2-2 برخی از دیدگاه‌های روان‌شناسی در مورد سلامت روان.....
32	3-2 مشکلات رفتاری.....
35	1-3-2 اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان.....
38	2-3-2 طبقه‌بندی اختلالات رفتاری کودکان.....
40	3-3-2 عوامل مؤثر بر بروز اختلالات رفتاری.....
45	4-3-2 ویژگی‌های افراد با اختلالات رفتاری.....
46	2-3-5 اختلال عاطفی.....
47	2-3-6 هنجارهای اجتماعی فرهنگی و مشکلات رفتاری.....
48	2-3-7 تفاوت‌های مربوط به جنسیت.....
49	2-3-8 وضعیت روانی کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری.....
53	2-3-9 برخی تکنیک‌های شناسایی کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری.....

55	10-3-2 دسته‌بندی‌های مشکلات رفتاری
58	11-3-2 دوره‌های مختلف مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری
60	12-3-2 سبب‌شناسی اختلالات روانی
70	2-4-2 پژوهش‌های انجام شده داخلی و خارجی
70	1-4-2 پژوهش‌های داخلی
76	2-4-2 پژوهش‌های خارجی
83	فصل سوم روش اجرای پژوهش
84	3-1 مقدمه
84	3-2 طرح پژوهش
84	3-3 جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری
85	3-4 ابزار پژوهش
86	3-5 روش اجرا
86	3-6 روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
88	فصل چهارم
88	تجزیه و تحلیل داده‌ها
89	4-1 مقدمه
89	4-2 یافته‌های توصیفی
102	4-3 یافته‌های استنباطی
116	فصل پنجم
116	بحث و نتیجه‌گیری
117	5-1 مقدمه
117	5-2 بحث و نتیجه‌گیری
126	5-2 محدودیت‌های پژوهش
127	5-3 پیشنهادها، پژوهشی و کاربردی
127	5-3-1 پیشنهادهای پژوهشی
127	5-3-2 پیشنهادهای کاربردی
129	منابع

## فهرست جداول

- جدول 4-1: توزیع فراوانی جنسیت نمونه‌های پژوهش ..... 89
- جدول 4-2: میانگین سن نمونه‌های آماری پژوهش ..... 90
- جدول 4-3: توزیع فراوانی شهرستان سکونت نمونه‌های آماری پژوهش ..... 90
- جدول 4-4: توزیع فراوانی محل سکونت نمونه‌های آماری پژوهش ..... 91
- جدول 4-5: توزیع فراوانی ترتیب تولد نمونه‌های آماری مورد پژوهش ..... 92
- جدول 4-6: توزیع فراوانی تعداد اعضای خانواده نمونه‌های آماری مورد پژوهش ..... 93
- جدول 4-7: میانگین سن والدین نمونه‌های آماری پژوهش ..... 94
- جدول 4-8: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی مادران نمونه‌های پژوهش ..... 94
- جدول 4-9: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی پدران نمونه‌های پژوهش ..... 95
- جدول 4-10: توزیع فراوانی وضعیت اشتغال مادران نمونه‌های پژوهش ..... 96
- جدول 4-11: توزیع فراوانی وضعیت اشتغال پدران نمونه‌های پژوهش ..... 97
- جدول 4-11: توزیع فراوانی نوع ازدواج والدین نمونه‌های پژوهش ..... 98
- جدول 4-9: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ..... 99
- جدول 4-10: توزیع فراوانی متغیرهای پژوهش ..... 100
- جدول 4-11: توزیع فراوانی مشکلات رفتاری ..... 101
- جدول 4-12: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک جنسیت ..... 103
- جدول 4-13: نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس جنسیت ..... 103
- جدول 4-14: نتایج همبستگی بین سن با سلامت روان و مشکلات رفتاری ..... 104
- جدول 4-15: نتایج همبستگی بین ترتیب تولد با سلامت روان و مشکلات رفتاری ..... 104
- جدول 4-16: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک محل سکونت ..... 105
- جدول 4-17: نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس محل سکونت ..... 105
- جدول 4-18: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک سطح تحصیلات مادران ..... 106
- جدول 4-19: نتایج آزمون آنوا در مورد تفاوت سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس سطح تحصیلات مادران ..... 106

جدول 4-20: نتایج آزمون لوین در مورد همگنی واریانس‌های سلامت روان و مشکلات رفتاری مادران	107
جدول 4-21: نتایج آزمون تعقیبی دانت.....	107
جدول 4-22: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک سطح تحصیلات	109
پدران.....	109
جدول 4-23: نتایج آزمون آنوا در مورد تفاوت سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس سطح تحصیلات	109
پدران.....	109
جدول 4-24: نتایج آزمون لوین در مورد همگنی واریانس‌های سلامت روان و مشکلات رفتاری پدران	110
.....	110
جدول 4-25: نتایج آزمون تعقیبی دانت.....	110
جدول 4-26: نتایج همبستگی بین تعداد اعضای خانواده با سلامت روان و مشکلات رفتاری.....	111
جدول 4-27: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک وضعیت اشتغال	112
مادر.....	112
جدول 4-28: نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس وضعیت	112
اشتغال مادر.....	112
جدول 4-29: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک وضعیت اشتغال	113
پدر.....	113
جدول 4-30: نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس وضعیت	113
اشتغال پدر.....	113
جدول 4-31: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک نوع ازدواج والدین	114
.....	114
جدول 4-32: نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس نوع	114
ازدواج والدین.....	114

## فهرست نمودارها

- نمودار 4-1: فراوانی جنسیت نمونه‌های پژوهش.....90
- نمودار 4-2: توزیع فراوانی شهرستان سکونت نمونه‌های آماری پژوهش.....91
- نمودار 4-3: توزیع فراوانی محل سکونت نمونه‌های آماری پژوهش.....92
- نمودار 4-4: توزیع فراوانی ترتیب تولد نمونه‌های آماری موردپژوهش.....93
- نمودار 4-5: توزیع فراوانی تعداد اعضای خانواده نمونه‌های آماری موردپژوهش.....94
- نمودار 4-6: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی مادران نمونه‌های پژوهش.....95
- نمودار 4-7: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی پدران نمونه‌های پژوهش.....96
- نمودار 4-8: توزیع فراوانی وضعیت اشتغال مادران نمونه‌های پژوهش.....97
- نمودار 4-9: توزیع فراوانی وضعیت اشتغال پدران نمونه‌های پژوهش.....98
- نمودار 4-10: توزیع فراوانی نوع ازدواج والدین نمونه‌های پژوهش.....99
- نمودار 4-11: نمودار مقایسه میانگین به‌دست‌آمده در متغیرهای پژوهشی با نقطه برش.....100
- نمودار 4-12: نمودار فراوانی وضعیت اختلالات و مشکلات رفتاری موردپژوهش.....101

## چکیده

بدون شک دوران کودکی و نوجوانی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت و جهان‌بینی هر فرد شکل می‌گیرد. وجود اختلالات روانی و ناسازگاری‌های رفتاری در این دوره و عدم توجه به آن می‌تواند تأثیرات مخربی بر فرد، خانواده و جامعه داشته باشد. پژوهش‌های انجام‌شده و شواهد تجربی گویای افزایش مشکلات روانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان است که این امر ضرورت پژوهش در جهت شناسایی این مشکلات را به‌منظور برنامه‌ریزی مؤثر برجسته می‌کند. از این‌رو این پژوهش باهدف بررسی وضعیت سلامت روان و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان و تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان بودند. از میان جامعه آماری شهری و روستایی نمونه‌ای به حجم 338 نفر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه علائم مرضی کودکان و نوجوانان (CSI-4) و چک‌لیست مشکلات رفتاری استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های توصیفی و در سطح استنباطی از آزمون‌های همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. همچنین داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شدند. نتایج به دست آمده نشان داد که میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه برابر با 15/1 درصد، اختلال سلوک 5/6، نافرمانی مقابله‌ای 11/5، افسردگی 10/9، اضطراب جدایی 12/7، فزون اضطرابی 13 و مشکلات رفتاری 13 بود. همچنین نتایج نشان داد رابطه معناداری بین سن افراد، تعداد اعضای خانواده، تحصیلات و وضعیت اشتغال والدین با میزان اختلالات روانی و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان تحت پوشش وجود دارد. نتایج به دست آمده نشانگر شیوع اختلالات روانی و مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان بود که نیازمند توجه است. با استفاده از نتایج حاصل می‌توان برنامه‌های جامع و فراگیری از طریق سازمان‌های مربوطه در حوزه پیشگیری و درمان تدوین کرد.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روان، اختلالات روانی، مشکلات رفتاری، سازمان بهزیستی، هرمزگان.



# فصل اول

## کلیات پژوهش

مراحل زندگی انسان یا همان چرخه زندگی که حدفاصل بین تولد تا مرگ است، هر کدام از اهمیت خاصی برخوردار است؛ همچنان که اکثر روان‌شناسان و پژوهشگران معتقدند که دوره کودکی و نوجوانی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی بشر محسوب می‌شود و به عبارتی دوره «شدن» نامیده می‌شود؛ یعنی شخصیت اصلی فرد تا آخر عمر عمدتاً در این دوران شکل گرفته و این شدن و تحول کیفی در دوره‌های مختلف بعدی متکامل می‌گردد (کجباف، عریضی، امیری و کهنوجی، 1390). از این رو می‌توان گفت که در هر جامعه‌ای سلامت کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است و تامین بهداشت روانی به آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (حیدری، عظیمی، محمودی و محمدپور، 1385).

تقریباً 30 درصد از جمعیت جهان را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دهند (یونیسف<sup>۱</sup>، 2014) و حدود 10 الی 20 درصد از آن‌ها مبتلا به اختلالات روانی و رفتاری تشخیص داده می‌شوند (کیلینگ<sup>۲</sup> و همکاران، 2011). بر خلاف تصور عموم مردم، ناخوشی‌های روانی-هیجانی مشکل شایع یا محدود به جمعیت بالغ و بزرگسال نیست؛ زیرا که کودکان و نوجوانان بیش از سایر جمعیت آسیب‌پذیرتر هستند اما بسیار کم‌تر از بزرگسالان از حمایت و مراقبت‌های لازم برخوردارند (وصالی محمود، احدی، کجباف و نشاط‌دوست، 1396).

اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های روانی و رفتاری پس از دوران کودکی و نوجوانی ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و نوجوانی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی‌توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای فرد می‌شود (دمپستر، وایلدمن و لانگ‌کامپ<sup>۳</sup>، 2006؛ دی‌گنا، استاک، سربین، لدینگهام و شوارتزمن<sup>۴</sup>، 2006). مشکلات رفتاری و روانی دوران کودکی و نوجوانی دربرگیرنده رفتارهای هستند که دائمی بوده و با سن فرد متناسب نیستند و منجر به تضادهای اجتماعی، نارضایتی و ناشادی فردی و شکست درتحصیل می‌شود (حیدری و همکاران، 1385). بررسی‌ها نشان می‌دهد تنها معدودی از دانش‌آموزانی که با مشکلات روانی و رفتاری مواجه هستند، در تحصیل موفق هستند و اغلب در مقایسه با سایر دانش‌آموزان در امتحانات

---

<sup>1</sup> . UNICEF

<sup>2</sup> . Kieling

<sup>3</sup> . Dumpsters, Wildman & Langkamp

<sup>4</sup> . De Genna, Stack, Serbin, Ledingham & Schwartzman

نمره‌های کمتری می‌گیرند. آنان از همسالان خود در مدرسه ضعیفتر هستند و این امر باعث میشود اعتماد به نفس پایین‌تری داشته باشند (وود، کووان و باکر<sup>1</sup>، 200).

کودکان و نوجوانانی که مشکلات روانی و رفتاری دارند دارای مشکلات گوناگونی از جمله فراخنای توجه کوتاه، عزت نفس پایین، تکانشگری، بیقراری و بیش‌فعالی، پرخاشگری، دروغ‌گویی، دزدی، عملکرد تحصیلی ضعیف و ادراک ضعیف از خودکارآمدی و شایستگی اجتماعی هستند، همچنین این افراد در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می‌شوند (ساوسر و والر<sup>2</sup>، 2006؛ حبیبی، مرادی، پورآوردی و صالحی، 1394). پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان ایرانی از مشکلات قابل توجهی رنج می‌برند که شایسته پژوهش، رسیدگی، درمان و پیشگیری است (حبیبی و همکاران، 1394؛ انیسی، سلیمی، میرزمانی، رئیسی و نیکنام، 1386؛ حیدری و همکاران، 1385؛ خزاعی، خزاعی و خزاعی، 1384).

به طور خلاصه می‌توان عنوان کرد که کودکان و نوجوانان نیز همچون بزرگسالان مشکلات قابل توجهی در بعد روانی و رفتاری دارند که نیاز به بررسی است؛ چرا که تمام زندگی کودک و نوجوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند به دوران بزرگسالی کشیده شود (کارت‌رایت-هاتون، مکنالی، وایت و وردوین<sup>3</sup>، 2005). از این رو ضروری است تا سلامت روان و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان بررسی شود تا با برنامه‌ریزی‌های کوتاه مدت و بلندمدت بتوان از مشکلات رفتاری این افراد کاست و سلامت روانی آنان را افزایش داد.

## 1-2 بیان مسأله

دوران کودکی و نوجوانی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی شده و شکل می‌گیرد. بنابراین، دوران کودکی و نوجوانی دوره بسیار حساسی است و اگر به درستی به آن توجه نشود می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری داشته باشد. اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری پس از دوران کودکی ناشی از جو خانوادگی، کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی‌توجهی به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف

<sup>1</sup> . Wood, Cowan & Baker

<sup>2</sup> . Sausser & Waller

<sup>3</sup> . Cartwright-Hatton, McNally, White & Verduyn

برای کودک منجر می‌شود (دی‌گنا، استیک، سربین، لدینگهام و شوارتزمن<sup>۱</sup>، 2006؛ دمپستر، ویلدمن و لانگ‌کامپ<sup>۲</sup>، 2006)؛ از این رو، ضروری است تا اختلالات و ناسازگاری‌های دوران کودکی و نوجوانی مورد توجه و شناسایی قرار گیرند؟

تشخیص مشکلات کودکان، به دلیل این انتظار که کودک در حال رشد و یادگیری اولیه است و هم به دلیل عدم رشد مهارت‌های روانی-اجتماعی آنان بسیار دشوار است. در این میان، دوران دبستان به علت خروج کودک از فضای دشوار تشخیصی، سال‌های مناسبی برای تشخیص مشکلات کودکان، مداخله بهنگام و پیش‌گیری از مشکلات عاطفی، اجتماعی و تحصیلی آینده آنان است. مداخله بهنگام و تغییر رفتارهای ناسازگار کودک در این دوره حساس، موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی و محبوبیت نزد همسالان و بزرگ‌سالان شده و کودک را برای پذیرش مسئولیت‌های تحصیلی آماده می‌سازد (شهیم، 1386).

بعد از دوره کودکی، دوره نوجوانی فرا می‌رسد. نوجوانی حد فاصل بین دوران کودکی و بزرگسالی است که در این دوره تغییرات جسمی و روانی عظیمی صورت می‌گیرد و حتی این مرحله از زندگی را به عنوان مرحله بحران در نظر گرفته‌اند (فیاض و کیانی، 90). پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که دوران نوجوانی نیز با خطر افزایش مشکلات روانی همراه است و این احتمال وجود دارد که خیلی از آن‌ها اغلب مشکلات را از دوران کودکی با خود به همراه داشته باشند (سپهرمنش، احمدوند، یآوری و ساعی، 1387).

شیوع اختلالات روانی برحسب شکل، سن و جنس کودکان و نوجوانان متفاوت است (رجایی، امین‌یزدی، کارشکی و کریمیان نادری، 1393) و براساس پژوهش‌های که در حوزه سلامت روان<sup>۳</sup> کودکان و نوجوانان انجام شده؛ بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهند که تقریباً 20 درصد کودکان از سطوح اندک تا سطوح معنادار مشکلات بالینی رنج می‌برند (لاوین<sup>۴</sup> و همکاران، 1996). از این جهت که این مشکلات دارای استلزام‌های<sup>۵</sup> معناداری برای کودکان و نوجوانان هستند؛ به دلیل این‌که بر مسیر تحولی آنان اثر دارند و آنان را در معرض مشکلات بعدی قرار می‌دهند، در اولویت قرار دادن سلامت روانی آنان بیش‌ازپیش اهمیت پیدا می‌کند (پاترسون و استون‌میلر<sup>۶</sup>، 1991).

سلامت روانی مفهومی بسیار گسترده است و تعارف مختلفی از آن به‌عمل آمده است. در بین تعاریف ارائه شده، به نظر می‌رسد تعریف سازمان جهانی بهداشت<sup>۷</sup> مناسب‌تر باشد. از منظر سازمان جهانی بهداشت

1 . De Genna, Stack, Serbin, Ledingham & Schwartzman

2 . Dempster, Wildman & Langkamp

3 . mental health

4 . Lavigne

5 . implications

6 . Pattersan & Stoolmiller

7 . World Health Organization

(2015)، سلامت عمومی حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و با نقص عضو نیست و سلامت روان حالتی از بهزیستی است که هر شخصی به توانایی خودش آگاهی دارد، می‌تواند با تنش‌های طبیعی زندگی مقابله کند، به‌صورت مولد و ثمربخش فعالیت کند و قادر است با اجتماع مشارکت و همکاری داشته باشد. به نظر می‌رسد که تعریف ارائه‌شده از سلامت روان بیشتر با دنیای بزرگسالان هم‌خوانی داشته باشد و سنجش مصادیق و عملیاتی کردن آن در حوزه کودکان و نوجوانان بسیار دشوار و چالش‌برانگیز باشد (مرل<sup>۱</sup>، 2009).

پژوهش‌هایی که به بررسی سلامت و اختلالات روانی کودکان و نوجوانان پرداخته‌اند، این گروه را بیشتر در معرض اختلالات رفتاری و هیجانی در نظر گرفته‌اند و مشکلات آنان را به دودسته کلی مشکلات درون‌سو<sup>۲</sup> و برون‌سو<sup>۳</sup> تقسیم کرده‌اند. علاوه بر این، معمولاً کودکان رفتارهایی از خود بروز می‌دهند که در هیچ‌یک از این دو حیطه‌ی رفتاری قرار نمی‌گیرند (خسروی، هومن و شکری، 1389). مشکلات برون‌سو معطوف به خارج و مشتمل بر رفتارهایی چون اختلال کمبودتوجه/بیش‌فعالی<sup>۴</sup>، اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۵</sup> و اختلال سلوک<sup>۶</sup> است. اختلال سلوک هرچند ممکن است در 5 تا 6 سالگی بروز کند ولی معمولاً شروع آن در اواخر دوره کودکی یا اوایل بلوغ است. اختلال نافرمانی مقابله‌ای که اغلب شکل ملایم‌تر اختلال سلوک به شمار می‌آید یکی از رایج‌ترین اختلال‌هایی است که در کودکان و نوجوانان مشاهده می‌شود (گیمپل و هالند<sup>۷</sup>، 2003؛ ترجمه جلالی، 1383). طبق پژوهش‌های انجام‌شده، رفتارهای توأم با نافرمانی و پرخاشگری در کودکان دبستانی نمود زیادی دارد (شهیم، 1386). در رابطه با اختلال کمبودتوجه/بیش‌فعالی پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که میزان این اختلال در کودکان 16 تا 18 درصد است و فراوانی آن در پسران بیشتر از دختران است (عبداللهیان، شاکری و وثوق، 1383؛ اخوان کرباسی، گلستان، فلاح و صدرباقی، 1386).

مشکلات درون‌سو بیشتر معطوف به درون و مشتمل بر گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب است (گیمپل و هالند، 2003؛ ترجمه جلالی، 1383). بااینکه گروه‌های پژوهشی متعددی دریافته‌اند که نشانه‌های اختلال درون‌سو و برون‌سو به‌طور مساوی در کودکان کم‌سن‌وسال دیده می‌شوند، تشخیص مشکلات درون‌سو کمتر از تشخیص مشکلات برون‌سو معمول است (خسروی و همکاران، 1389). اضطراب جدایی<sup>۸</sup> تنها اختلال درون‌سویی است که در فصل کودکی DSM فهرست شده است. اختلال اضطراب

1. Merrell

2. Internalizing

3. Externalizing

4. attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

5. oppositional defiant disorder (ODD)

6. conduct disorder (CD)

7. Gimpel & Holland

8. separation anxiety disorder (SAD)

جدایی، اضطرابی است ناشی از جدایی از خانه یا کسانی که شخص به آن‌ها دلبستگی دارد. این کودکان ممکن است از جدا شدن اجتناب کنند و به شدت به کسانی که از آن‌ها مواظبت می‌کنند، بچسبند (آلبانو، چورپیتا و بارلو<sup>۱</sup>، 2003). اضطراب جدایی برای کودکان تا سن 6 سالگی بخشی از فرایند رشد طبیعی محسوب می‌شود؛ بنابراین در صورتی می‌توان روی یک کودک تشخیص اختلال اضطراب جدایی گذاشت که سطح اضطراب او شدیدتر از سطحش باشد که کودکان هم‌سن و سال او نشان می‌دهند. افزون بر اختلال اضطراب جدایی، کودکان ممکن است با تشخیص انواع دیگر اختلال‌های اضطرابی همچون هراس، اختلال اضطراب فراگیر و وسواس فکر عملی روبه‌رو شوند (خسروی و همکاران، 1389). دورتی<sup>۲</sup> و همکاران (2013) در مطالعه‌ای بر روی 541 کودک نشان دادند که 106 کودک (19/6 درصد) ملاک حداقل یکی از اختلال‌های اضطرابی را برآورد می‌کنند.

در رابطه با اختلال افسردگی نمونه ویژه‌ای در دست نیست؛ ولی کودکان را می‌توان با ملاک‌های اختلال افسردگی موجود در DSM<sup>۳</sup> مشتمل بر اختلال‌های افسردگی عمده و افسرده‌خویی مورد ارزشیابی قرار داد. با این‌که ملاک خاصی برای تشخیص افسردگی در کودکان در دست نیست ولی تأکید DSM<sup>۴</sup> بر این است که کودکان به‌جای خلق افسرده<sup>۳</sup> ممکن است از خلق‌وخوی تحریک‌پذیر<sup>۴</sup> برخوردار باشند (گیمپل و هالند، 2003؛ ترجمه جلالی، 1383). در پژوهشی که کاشانی، ری و کارلسون<sup>۵</sup> (1984) بر روی 100 کودک انجام دادند نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که اختلال افسردگی در این کودکان پایین بود که پژوهشگران نتیجه گرفتند یا در حقیقت میزان اختلال افسردگی در کودکان به‌طورکلی پایین است و یا ملاک‌های تشخیصی به‌گونه‌ای است که قابلیت غربالگری این اختلال را در کودکان ندارد. دمنچ-لابریا<sup>۶</sup> و همکاران (2009) در بررسی افسردگی اساسی بر روی 1427 کودک به این نتیجه رسیدند که تنها 16 کودک (1/12 درصد) ملاک‌های افسردگی را داشتند.

در بررسی مشکلات مرتبط با سلامت روان در دوره نوجوانان کازدین<sup>۷</sup> (1993) گزارش کرده است که اضطراب و افسردگی همراه با اختلال سازگاری از مسائل عمده نوجوانان است. کاشانی و همکاران (1987) در مطالعه خود نشان دادند که 41 درصد از نوجوانان حداقل یک مسأله روانی دارند و 19 درصد از آن‌ها از نظر عاطفی و عملکرد دچار مشکل بودند. آمار کشور آمریکا نشان می‌دهد که 12 تا 22 درصد از افرادی که اختلال روانی دارند پایین‌تر از 18 سال سن دارند (والسون، والسون و دیولیس<sup>۸</sup>، 1990).

1. Albano, Chorpita & Barlow

2. Dougherty

3. depressed mood

4. irritable mood

5. Kashani, Ray & Carlson

6. Domenech-Llaberia

7. Kazdin

8. Wallston, Wallston & Devellis

مطالعه‌ای که در کره انجام شد نشان داد که 17 درصد از نوجوانان اختلال اضطراب داشته، 23 درصد دچار حساسیت بین فردی بودند و 15 درصد نیز اختلال افسردگی داشتند (هان<sup>۱</sup>، 2001). در مطالعه دیگری که بر روی نوجوانان کره‌ای انجام شد نتایج نشان داد که 74/3 درصد در بعد حساسیت بین فردی، 56/9 درصد در بعد افسردگی و 48/8 درصد در مقیاس پرخاشگری دچار مشکل بودند (کیم<sup>۲</sup>، 2003). در مطالعات داخلی میزان شیوع اختلالات روانی در نوجوانان از 10 تا 29/3 درصد متغیر است (سپهرمنش و همکاران، 1387؛ بیابانگرد و جوادی، 1383).

با توجه به مطالب و پژوهش‌های عنوان شده، بدون شک کودکان و نوجوانان نیز از مشکلات روانی و رفتاری رنج می‌برند و نباید از آن غفلت کرد؛ چرا که این مسائل می‌تواند مشکلات عدیده‌ای برای فرد، خانواده و جامعه به وجود بیاورد. آنچه که مشخص است این است که بعضی از مشکلات روانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان از بعضی دیگر شیوع و شدت متفاوتی دارد که این مشکلات با توجه به بافت منطقه‌ای که در آن سکونت دارند نیز متفاوت است و از این‌رو بررسی مشکلات روانی و رفتاری کودکان و نوجوانان هر منطقه به منظور اعمال تدابیر پیشگیرانه و درمانی ضروری جلوه می‌کند. استان هرمزگان نیز، از استان‌هایی است که به دلیل بافت متفاوت از استان‌های دیگر ضروری است تا پژوهش‌های مستقلی به منظور بررسی سلامت روان و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان آن صورت گیرد و صرفاً نتایج یافته‌های استان‌های دیگر بر روی آن تعمیم داده نشود. از این رو به دلیل عدم پژوهش‌هایی در سطح استان، این پژوهش در پی این مسأله است که وضعیت سلامت روان و همچنین میزان شیوع و انواع مشکلات و اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان و تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان به چه صورتی است و آیا بین مشکلات این کودکان با عوامل جمعیت‌شناختی آنان رابطه معناداری وجود دارد؟

### 1-3 اهمیت و ضرورت پژوهش

جامعه سالم براساس افراد سالم از نظر جسمی و روانی بنا می‌شود و اینکه براساس نظریات مکاتب روان‌شناسی، افراد بزرگ‌سال در صورتی به سلامت و بهزیستی ذهنی می‌رسند که در سنین کودکی و نوجو، محیط پرتنش و آسیب‌زایی نداشته باشند. باوجود تأکید مکاتب روان‌شناسی بر این دوران ارزشمند زندگی، چندان شاهد پژوهش‌های همه‌جانبه و گسترده بر روی کودکان و نوجوانان نیستیم تا با شناخت مشکلات

<sup>1</sup> . Hyun

<sup>2</sup> . Kim

روانی و رفتاری و بهبود وضعیت ذهنی این کودکان، جامعه سالمی را پایه‌گذاری کنیم. مداخله بهنگام و تغییر رفتارهای ناسازگار کودک در این دوره حساس، موجب افزایش مهارت‌های سازگاری و اجتماعی می‌شود و فرد را برای پذیرش مسئولیت‌های زندگی آماده می‌سازد (شهیم، 1386).

پژوهش‌های داخلی انجام شده نشان می‌دهند که کودکان و نوجوانان از مشکلات روانی و رفتاری رنج می‌برند. ملکشاهی و فرهادی (1387) در بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان شهرستان خرم‌آباد نشان دادند که 79/3 درصد از کودکان شهری و 68 درصد از کودکان روستایی حداقل گرفتار یکی از مشکلات رفتاری مورد مطالعه بودند. ساجدی، ضرابیان و صادقیان (1389) در بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان همدان به این نتیجه رسیدند که شیوع نقص توجه در کودکان مورد مطالعه از 15 درصد، ترس 17/5 درصد، پرخاشگری 15/5 درصد و اشکال در رفتار اجتماعی 6/75 درصد است. در پژوهشی که امیرجان، سلطانی، نجفی نسب، قنبری و میرحسینی (1392) بر روی کودکان شهر سمنان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مشکلات رفتاری در کودکان براساس گزارش معلمان در حدود 25 درصد است. بیانگرد و جوادی (1383) در پژوهش خود نشان دادند که 29/3 درصد از نوجوانان مشکوک یا مبتلا به بیماری روانی هستند. فیاض و کیانی (1390) در بررسی نوجوانان ساکن پرورشگاه شهر شیراز نشان دادند که 14 درصد از این افراد دچار مشکلات روانی هستند.

شواهد بسیاری وجود دارد که مشکلات دوران کودکی و نوجوانی در مسیری مزمن به مشکلات دوران بزرگسالی ختم می‌شود (موریس<sup>1</sup>، 2007). در یک بررسی بر روی کودکان 5 ساله که در کلینیک روان پزشکی تحت پیگیری قرار گرفته بودند، 3 تا 6 سال بعد، عده قابل توجهی از آن‌ها هنوز درگیر مسأله خود بودند. دو سوم کودکانی که دچار ترس و شب ادراری بودند هنوز این مشکل را داشتند (کوشان و بهنام و شانی، 1380). بنابراین شناسایی سریع و بهنگام مشکلات روانی و رفتاری کودکان و نوجوانان، امکان درمان سریع‌تر آنان را مهیا می‌سازد. از این رو با مسلم دانستن وجود مشکلات روانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان و تأثیرگذار بودن آن بر روی زندگی حال و آینده کودک، زندگی خانواده و سپس کل جامعه، سؤال این است که آیا نباید برای شناسایی چگونگی و میزان شیوع این مشکلات پژوهش‌هایی صورت گیرد تا بتوان براساس آن‌ها برنامه‌ریزی‌هایی انجام داد؟ در پاسخ به این سؤال نمی‌توان ضرورت انجام پژوهش را انکار کرد. از یک طرف، با توجه به اینکه در هر بوم و منطقه ممکن است مشکلات روانی و رفتاری خاصی در مقایسه با مناطق دیگر شیوع بیشتری داشته باشد و از طرف دیگر، از آن‌جا که سازمان‌های متولی این امر با کمبود بودجه و نیرو برای پرداختن به تمام این مشکلات مواجه هستند

<sup>1</sup> . Muris



ضروری است در هر منطقه مطالعات بخصوصی روی افراد آن منطقه انجام شود تا با شناسایی نوع و فراوانی مشکلات، آن‌هایی که شیوع بالایی دارند حداقل در اولویت رسیدگی قرار گیرند.

همان‌طور که همه می‌دانیم «پیشگیری، بهتر از درمان است» و این شعار بدون شک در اذهان همه جای دارد؛ اما با توجه به سیاست‌گذاری‌ها و سرمایه‌گذاری‌های اعمال‌شده در حوزه پیشگیری، به‌نظر می‌رسد که این جمله تنها یک شعار است. اگر قرار باشد که جامعه‌ای سالم داشته باشیم، بهترین گزینه سرمایه‌گذاری روی کودکان است؛ امری که بسیار مورد غفلت و بی‌توجهی قرار می‌گیرد. سازمان بهزیستی به‌عنوان یک سازمان مسئول و صاحب صلاحیت در این زمینه می‌تواند گامی بسیار ارزشمند در راستای جامعه‌ای سالم و پیشرفته بردارد. به‌منظور رسیدن به این امر در سطح کلان و ملی، می‌بایست ابتدا در سطح خرد و استانی عمل شود. این عمل به‌مثابه قرار دادن جورچین‌هایی در کنار هم در جهت کامل کردن شکل اصلی است. با این تفاسیر می‌توان گفت اگر در سطح هر استان اقدامات لازم صورت گیرد می‌توانیم جورچین سلامت جامعه ایرانی را کامل کنیم.

استان هرمزگان به‌عنوان یک استان با موقعیت حساس و استراتژیک، نیازمند بررسی‌های فراوانی است. پژوهش و سرمایه‌گذاری بر روی کودکان و نوجوانان این استان بدون شک آینده روشنی برای استان رقم خواهد زد. بررسی سلامت روانی و نشانه‌های آسیب‌شناختی کودکان و نوجوانان در این استان و انجام مداخلات به‌موقع می‌تواند استانی با جمعیت سالم و نیروی بومی کارآمدی در سال‌های آتی داشته باشد؛ از این رو با انجام این پژوهش می‌توانیم گامی برجسته در جهت این هدف آینده‌نگر برداریم.

به‌طور کلی، با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده مبنی بر این‌که کودکان و نوجوانان دارای مشکلات و اختلالات رفتاری و هیجانی هستند و این مشکلات می‌تواند زندگی حال و آینده آنان را تحت تأثیر قرار دهند و اثر مخربی بر خانواده و جامعه داشته باشند، می‌توان با شناسایی میزان و نوع مشکلات و اختلالات، برنامه‌های جامع و فراگیری از طریق سازمان‌های مربوطه در حوزه پیشگیری و درمان تدوین کرد. با توجه به اینکه مشکلات روانی و رفتاری کودکان و نوجوانان ممکن است در هر منطقه با منطقه دیگر متفاوت باشد ضروری است تا در سطح استانی مطالعاتی صورت گیرد. به علت عدم وجود پژوهش‌های کافی در سطح ملی و هم‌چنین عدم وجود بررسی سطح سلامت روان کودکان و نوجوانان در استان هرمزگان، این پژوهش درصدد بررسی وضعیت سلامت روان و میزان شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان و تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان خواهد بود.

1. تعیین وضعیت سلامت روان (اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال افسردگی، اختلال اضطراب جدایی و اختلال فزون اضطرابی) کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان
2. تعیین میزان شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان
3. مقایسه سلامت روان و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب جنسیت
4. بررسی رابطه سلامت روان و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب سن
5. بررسی رابطه سلامت روان و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب رتبه تولد
6. بررسی رابطه سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب محل سکونت
7. مقایسه سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب تحصیلات والدین
8. مقایسه سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب تعداد افراد خانواده
9. مقایسه سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب شغل والدین
10. مقایسه سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان خویشاوندی والدین

1. وضعیت سلامت روان (اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال افسردگی، اختلال اضطراب جدایی و اختلال فزون اضطرابی) کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان به چه صورت است؟
2. میزان شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان به چه صورت است؟
3. آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب جنسیت وجود دارد؟
4. آیا بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با سن رابطه معناداری وجود دارد؟
5. آیا بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با ترتیب تولد رابطه معناداری وجود دارد؟
6. آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با محل سکونت رابطه معناداری وجود دارد؟
7. آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب تحصیلات والدین وجود دارد؟
8. آیا بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با تعداد افراد خانواده رابطه معناداری وجود دارد؟
9. آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب وضعیت اشتغال والدین وجود دارد؟
10. آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان بر اساس خویشاوندی والدین وجود دارد؟

## 1-6 تعاریف مفهومی و عملیاتی

### 1-6-1 تعاریف مفهومی

**1. سلامت روان:** از منظر سازمان جهانی بهداشت (2015)، سلامت عمومی حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و با نقص عضو نیست و سلامت روان حالتی از بهزیستی است که هر شخصی به توانایی خودش آگاهی دارد، می‌تواند با تنش‌های طبیعی زندگی مقابله کند، به صورت مولد و ثمربخش فعالیت کند و قادر است با اجتماع مشارکت و همکاری داشته باشد. تعریف سلامت روان و عملیاتی کردن آن در کودکان و نوجوانان بسیار دشوار است. در تعریفی دیگر که بیشتر با چارچوب این پژوهش هم‌جهت است، سلامت به عنوان توانایی کودکان و نوجوانان در خودتنظیمی عاطفه و رفتار، همدلی و فهمیدن حالت هیجانی دیگران، همکاری و توانایی حل و فصل مشکلات ایجاد شده در روابط با همسالان، هدایت نیازها، ترجیحات و علایق به روشی جامعه‌پسند، انگیزه رسیدن موفق‌آمیز به احساس شایستگی و دوست داشته شدن و همچنین پشتکار و جهت‌دهی خود در موقعیت‌های یادگیری تعریف می‌شود (مشارکت سلامت رفتاری ماساچوست<sup>1</sup>، 2014). در پژوهش حاضر و براساس مفهوم‌بندی گیمپل و هالند (2003؛ ترجمه جلالی، 1383) سلامت روانی در کودکان و نوجوانان، شامل نبود مشکلات درون‌سو و برون‌سو است. مشکلات برون‌سو شامل اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مشکلات درون‌سو شامل اختلال‌های افسردگی، اضطراب جدایی و فزون‌اضطرابی است.

### 2. اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه: ویژگی اصلی اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (ADHD)

الگوی مداوم بی‌توجهی و بیش‌فعالی تکانش‌گری است که در عملکرد یا رشد اختلال ایجاد می‌کند. برای تشخیص این اختلال، فرد باید حداقل چندین مورد از ملاک‌های بیش‌فعالی و کمبود توجه را دارا باشد. بی‌توجهی در ADHD از لحاظ رفتاری به صورت پرت شدن از تکلیف، نداشتن پشتکار، مشکل متمرکزماندن و نامنظم بودن آشکار می‌شود و ناشی از لجبازی یا فقدان درک نیست. در حالت کم‌توجهی نیز کودک غالباً از توجه کافی به جزئیات درمی‌ماند، غالباً از حفظ توجه بر روی تکالیف یا فعالیت‌های مربوط به بازی‌ها ناتوان است، غالباً به نظر می‌رسد وقتی مستقیماً با او صحبت می‌شود گوش نمی‌دهد. بیش‌فعالی به فعالیت حرکتی بیش‌ازحد (نظیر اینکه کودک به اطراف می‌دود) در زمانی که نامناسب است، یا

<sup>1</sup> . The Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP)

وول خوردن مفرط، تلنگر زدن، یا پرحرفی اشاره دارد (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>1</sup>، 2013؛ ترجمه رضاعی و همکاران، 1393).

**3. اختلال سلوک:** الگوی تکراری و پایدار از رفتارهایی که طی آن حقوق اساسی دیگران، موازین عمده اجتماعی و اخلاقی متناسب با سن و یا قوانین نقض شود که با بروز سه مورد یا بیشتر از ملاک‌های تشخیصی ظرف ۱۲ ماهه گذشته تظاهر می‌کند و حداقل یک ملاک ظرف ۶ ماهه گذشته وجود داشته است. ملاک‌های تشخیصی این اختلال در حوزه‌های پرخاشگری نسبت به افراد یا حیوانات، تخریب اموال، تقلب یا دزدی و نقض جدی مقررات بروز پیدا می‌کند (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، 2013؛ ترجمه رضاعی و همکاران، 1393).

**4. اختلال نافرمانی مقابله‌ای:** اختلال نافرمانی مقابله‌ای، یک الگوی خلق خشمگین/تحریک‌پذیر، رفتار جروبحث/مقابله‌ای یا تلافی‌جویانه که بیش از 6 ماه ادامه دارد و حداقل 4 نشانه در تعامل با دست‌کم یک نفر غیر از خواهر و برادر آشکار شود. کودکان مبتلابه این اختلال اغلب از کوره در می‌روند، غالباً زودرنج هستند یا به‌آسانی دلخور می‌شوند، معمولاً خشمگین هستند، معمولاً با مراجع قدرت بحث می‌کنند، غالباً فعالانه مخالفت می‌کنند یا از انجام درخواست‌های مراجع قدرت یا پیروی از قوانین سرپیچی می‌کنند و معمولاً به‌طور عمدی دیگران را ناراحت می‌کنند و برای اشتباه خودشان، دیگران را سرزنش می‌کنند (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، 2013؛ ترجمه رضاعی و همکاران، 1393).

**5. اختلال افسردگی:** اختلال افسردگی اساسی را می‌توان با خلق افسرده و یا احساس غمگینی و بی‌علاقگی به هرگونه کوشش و لذت روزانه شناخت. به عبارتی، فرد دارای اختلال افسردگی علائمی چون اختلال خواب و اشتها، انرژی کم یا خستگی، عزت‌نفس پایین، مشکل تمرکز و تصمیم‌گیری، احساس ناامیدی و افکار خودکشی را تجربه می‌کند (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، 2013؛ ترجمه رضاعی و همکاران، 1393).

**6. اختلال اضطراب جدایی:** اختلال اضطراب جدایی نوعی اختلال روانی است که در آن، فرد به علت جدا شدن از خانه یا از افرادی که به آن‌ها وابستگی عاطفی زیادی دارد (پدر، مادر، پدربزرگ، مادربزرگ، فرزندان و یا خواهران و برادران) به شدت مضطرب می‌شود. در این اختلال ترس یا اضطراب بسیار زیاد و بی‌تناسب با مرحله‌ی رشدی وجود دارد. در این نوع اختلال ترس و اضطراب به‌طور مکرر اتفاق می‌افتد، به‌نوعی که در کودکان و نوجوانان حداقل ۴ هفته و در بزرگسالان ۶ ماه یا بیشتر ادامه دارد. اضطراب جدایی می‌تواند در جنبه‌های مختلف زندگی (مثلاً، در عملکرد تحصیلی یا اجتماعی) نابسامانی شدید به

<sup>1</sup> . Diagnostic & statistical manual of mental disorders,DSM-5,2013

وجود آورد (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، 2013؛ ترجمه رضاعی و همکاران، 1393).

**7. فزون اضطرابی:** نوعی اختلال فراگیر است که در آن، فرد به‌طور دائم درباره رویدادهای آینده نگران است و از آن‌ها می‌ترسد، موضوعی که به نگرانی مزمن و بیمارگون درباره رویدادها منجر می‌شود. اصطلاح نگرانی<sup>1</sup> به تمایل شناختی به فکر کردن دائمی درباره یک موضوع و ناتوانی در کنار گذاشتن آن اشاره دارد. نگرانی معمولاً ادامه می‌یابد زیرا فرد نمی‌تواند راه‌حلی برای مشکل پیدا کند. افراد مبتلابه اختلال اضطراب تعمیم‌یافته (فزون اضطرابی) نگران موضوعات بسیار مختلف و متعددی می‌شوند و به همین دلیل از اصطلاح تعمیم‌یافته برای آن استفاده می‌شود. در این اختلال، فرد حداقل اضطراب و نگرانی شدید و مفرط درباره تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌ها (مثلاً، عملکرد شغلی و تحصیلی) در اکثر روزهای هفته و به مدت حداقل ۶ ماه دارد؛ ناراحتی فرد را نمی‌توان آثار مستقیم یک ماده (مثلاً، یک نوع ماده مخدر، یک نوع داروی تجویزی)، یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً، هایپرتروئیسیم) نسبت داد؛ اضطراب، نگرانی، یا سمپتوم‌های فیزیکی باعث می‌شوند فرد به رنج یا نابسامانی شدید (بالینی) در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود؛ یک اختلال روانی دیگر نمی‌تواند دلیل موجه‌تری برای این ناراحتی باشد. همچنین فرد علائمی چون بی‌قراری، زودرنجی، عدم تمرکز حواس، تنش ماهیچه‌ای و غیره ممکن است تجربه کند (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، 2013؛ ترجمه رضاعی و همکاران، 1393).

**8. مشکلات رفتاری:** مشکل رفتاری به رفتار فردی اطلاق می‌شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری از اندازه عمومی اجتماع؛ دور و دارای شدت، تکرار، مداومت در زمان‌ها و مکان‌های متعدد باشد. به‌طوری‌که فرد در عملکرد رفتاری، تحصیلی و اجتماعی فرد دچار درماندگی و کاهش میزان کارایی می‌شود (حیدری و همکاران، 1385).

---

<sup>1</sup> . worry

## 1-6-2 تعاریف عملیاتی

1. سلامت روان: منظور از سلامت روان در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که آزمودنی از پرسشنامه استاندارد علائم مرضی کودکان و نوجوانان (CSI-4)<sup>1</sup> ساخته اسپرافکین و گادو<sup>2</sup> (2002) به دست می‌آورد.

2. اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه: منظور از اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که آزمودنی در مؤلفه 18 سؤالی اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه از پرسشنامه CSI-4 ساخته اسپرافکین و گادو (2002) به دست می‌آورد.

3. اختلال سلوک: منظور از اختلال سلوک در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که آزمودنی در مؤلفه 8 سؤالی اختلال سلوک از پرسشنامه CSI-4 ساخته اسپرافکین و گادو (2002) به دست می‌آورد.

4. اختلال نافرمانی مقابله‌ای: منظور از اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که آزمودنی در مؤلفه 15 سؤالی اختلال نافرمانی مقابله‌ای از پرسشنامه CSI-4 ساخته اسپرافکین و گادو (2002) به دست می‌آورد.

5. اختلال افسردگی: منظور از اختلال افسردگی در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که آزمودنی در مؤلفه 12 سؤالی اختلال افسردگی از CSI-4 ساخته اسپرافکین و گادو (2002) به دست می‌آورد.

6. اختلال اضطراب جدایی: منظور از اختلال اضطراب جدایی در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که آزمودنی در مؤلفه 10 سؤالی اختلال اضطراب جدایی از پرسشنامه CSI-4 ساخته اسپرافکین و گادو (2002) به دست می‌آورد.

7. اختلال فزون اضطرابی: منظور از فزون اضطرابی در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که آزمودنی در مؤلفه 5 سؤالی اختلال فزون اضطرابی از پرسشنامه CSI-4 ساخته اسپرافکین و گادو (2002) به دست می‌آورد.

8. مشکلات رفتاری: منظور از مشکلات رفتاری در پژوهش حاضر، نمره‌ای است که آزمودنی از چک‌لیست مشکلات رفتاری ساخته‌شده توسط ملکشاهی و فرهادی (1387) کسب می‌کند.

<sup>1</sup> . Child Symptom Inventory 4

<sup>2</sup> . Sprafkin & Gadow





## فصل دوم

# ادبیات و پیشینه پژوهش

در این فصل ابتدا به ادبیات تحقیق پرداخته شده است که شامل ماهیت و مفاهیم متغیرهای مورد پژوهش و نظریه‌ها و عوامل مرتبط با آنها است و در ادامه پیشینه داخلی و خارجی مرتبط با پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است.

## 2-2 سلامت روان

اصطلاح سلامت روانی، اصطلاحی است که از آن برای بیان و اظهار کردن هدف خاصی برای جامعه استفاده می‌شود. هر فرهنگی براساس معیارهای خاص خود به دنبال سلامت روان است. هدف هر جامعه این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می‌کند آماده نماید. منظور از سلامت روان سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن، حالت و فکر است. از طرف دیگر سلامت روان روی سلامت فیزیکی<sup>۱</sup> هم تأثیر دارد. بسیاری از پژوهش‌های اخیر مشخص کرده‌اند که یک سری اختلال‌های فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند. از نظر روانشناسی، فردی که دارای سلامت روان است می‌تواند به دیگران اعتماد کند، احساس امنیت دارد، قادر به حل تعارض‌های خود است، جنبه‌های مختلف شخصیت او یکپارچه و وحدت یافته است، می‌تواند بحران‌های عاطفی<sup>۲</sup> را به شکل بالغانه پشت سر بگذارد، می‌تواند دوست داشته باشد و عشق بورزد. قادر به کنترل پرخاشگری خود است، بدون اینکه منفعل باشد، قادر به لذت بردن از کار و همکاری با دیگران است و با دیگران تعامل دارد. مسئولیت‌پذیر است و می‌تواند به خود اتکا کند (ولی زاده، 1383).

ریشه لغوی واژه انگلیسی «health» در واژه‌های «haelp, haelth» به معنی کل و (heal) «haelen» انگلیسی قدیم و کلمه آلمانی قدیمی «heilen» و «heilida» به معنی کل قرار دارد. گراهام<sup>۳</sup> (1992) این ریشه لغوی را با کلمات انگلیسی «halig» و آلمانی قدیم «heilig» که به معنی مقدس است ارتباط داده است؛ بنابراین از نظر ریشه‌شناسی لغوی سالم بودن به معنی کلیت داشتن یا مقدس بودن است و از این رو شامل ویژگی‌های معنوی و فیزیکی است (به نقل از اباذری‌راد، 1396).

<sup>1</sup> . Physical health

<sup>2</sup> . Emotional crises

<sup>3</sup> . Graham

از نظر تودورا<sup>۱</sup> (1996) سلامت روان شامل: توانایی زندگی کردن همراه با شادی، بهره‌وری و بدون وجود دردسر است. سلامت روان مفهوم انتزاعی و ارزیابی نسبی گری از روابط انسان با خود، جامعه و ارزش‌هایش است و نمی‌توان آن را جدای از سایر پدیده‌های چندعاملی فهمید که فرد را به موازاتی که در جامعه به عمل می‌پردازد، می‌سازند. سلامت روان، شیوه سازگاری آدمی با دنیاست، انسان‌هایی که مؤثر، شاد و راضی هستند و حالت یکنواختی خلقی رفتار ملاحظه‌گرانه و گرایش شاد را حفظ می‌کنند. سلامت روان عنوان و برجستگی است که دیدگاه‌ها و موضوعات مختلف مانند عدم وجود علائم احساسات مرتبط با بهزیستی اخلاقی و معنوی و مانند آن‌را در بر می‌گیرد. برای ارائه یک تئوری در مورد سلامت روان، موفقیت برون روانی کافی نیست باید سلامت درونی روانی را به حساب آوریم. سلامت روان ظرفیت رشد و نمو شخصی است و یک موضوع مربوط به پختگی است. سلامت روان یعنی هماهنگی بین ارزش‌ها، علایق و نگرش‌ها در حوزه عمل افراد و در نتیجه برنامه‌ریزی واقع‌بینانه برای زندگی و تحقق هدفمند مفاهیم زندگی است. سلامت روان، سلامت جسم نیست بلکه به دیدگاه و سطح روان‌شناختی ارتباطات فرد، محیط اشاره دارد. بخش مرکزی سلامت، سلامت روان است زیرا تمامی تعاملات مربوط به سلامتی به وسیله روان انجام می‌شود. سلامت روان ظرفیت کامل زندگی کردن به شیوه‌ای است که ما را قادر به درک ظرفیت‌های طبیعی خود می‌کند و به جای جدا کردن ما از سایر انسان‌هایی که دنیای ما را می‌سازند، نوعی وحدت بین ما و دیگران به وجود می‌آورد. سلامت روان، توانایی عشق ورزیدن و خلق کردن است، نوعی حس هویت بر تجربه خود به عنوان موضوع و عامل قدرت فرد، که همراه است با درک واقعیت درون و بیرون از خود و رشد واقع‌بینی و استدلال.

آسلا<sup>۲</sup> (1982، به نقل از سعیدی، 1389) «عدم وجود بیماری در خود را سلامتی گویند»؛ و هنگامی که پرسیدند پس در این صورت بیماری چیست، آسلا بی‌درنگ پاسخ داد: «عدم وجود سلامتی!» فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: «استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار انعطاف‌پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود، توانایی داشتن» (گنجی، 1387).

روان‌پزشکان، فردی را از نظر روانی سالم می‌دانند که تعادلی بین رفتارها و کنترل او در مواجهه با مشکلات اجتماعی وجود داشته باشد. از این دیدگاه انسان و رفتارهای او در مجموع یک سیستم در نظر گرفته می‌شود که براساس کیفیات تأثیر و تأثر متقابل عمل می‌کند. با این دید سیستمیک ملاحظه می‌شود که چگونه عوامل تنوع زیستی انسان بر عوامل روانی اجتماعی او اثر گذاشته و بالعکس از آن اثر می‌پذیرد. به عبارت دیگر در بهداشت و تعادل روانی، انسان به تنهایی مطرح نیست بلکه آنچه مورد بحث قرار می‌گیرد

1. Todor

2. Asker

پدیده‌هایی است که در اطراف او وجود دارند و بر جمع سیستم و نظام او تأثیر می‌گذارند و از آن متأثر می‌شوند. پس از دید روان‌پزشکان، سلامتی عبارت است از تعادل در فعالیت‌های زیستی، روانی و اجتماعی افراد که انسان از این تعادل سیستمیک و ساختارهای سالم خود برای سرکوب کردن و تحت کنترل درآوردن بیماری استفاده می‌کند (شاملو، 1394).

کارل مننجر<sup>۱</sup> (1992؛ به نقل از شاملو، 1394) می‌گوید «سلامت روانی عبارت است از سازش فرد با جهان اطرافش با حداکثر امکان به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و مؤثر به طور کامل شود». بنابر نظر گینزبرگ<sup>۲</sup> (1986؛ به نقل از شاملو، 1394) سلامت روانی عبارت است از «تسلط و مهارت در ارتباط صحیح با محیط به خصوص در سه فضای مهم زندگی عشق، کار، تفریح». این شخص و همکارانش جهت توضیح بیشتر می‌گویند: «استعداد یافتن و ادامه کار، داشتن خانواده، ایجاد محیط خانوادگی خرسند، فرار از مسائلی که با قانون درگیری دارد، لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصت‌ها ملاک تعادل و سلامت روان است».

سلامت روانی را می‌توان براساس تعریف کلی و وسیع‌تر تندرستی تعریف کرد. طی قرن گذشته ادراک ما از تندرستی به طور گسترده‌ای تغییر یافته است. عمر طولانی‌تر از متوسط، نجات زندگی انسان از ابتلا به بیماری‌های مهلک با کشف آنتی‌بیوتیک‌ها و پیشرفت‌های علمی و فنی در تشخیص و درمان، مفهوم کنونی تندرستی را به دست داده که نه تنها بیانگر نبود بیماری است. بلکه توان دستیابی به سطح بالای تندرستی را نیز معنی می‌دهد. چنین مفهومی نیازمند تعادل در تمام ابعاد زندگی فرد از نظر جسمانی، عقلانی، اجتماعی، شغلی و معنوی است. این ابعاد در رابطه متقابل با یکدیگرند، به طوری که هر فرد از دیگران و از محیط تأثیر می‌گیرد و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین سلامت روانی نه تنها نبود بیماری روانی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می‌کند که فرد با خود و سبک زندگی‌اش آسوده و بدون مشکل باشد. در واقع، تصور بر این است که فرد باید بر زندگی‌اش کنترل داشته باشد و فقط در چنین حالتی است که می‌توان آن قسمت‌هایی را که درباره‌ی خود یا زندگی‌اش مسأله ساز است تغییر دهد (هرشن سن و پاور<sup>۳</sup>، 1988؛ ترجمه منشی طوسی، 1374).

یهودا<sup>۴</sup> (1959، به نقل از هرشن سن و پاور، 1988؛ ترجمه منشی طوسی، 1374) مواردی را برای تعریف سلامت روانی ارائه کرده است:

<sup>1</sup>. Karl Menninger

<sup>2</sup>. Ginsburg

<sup>3</sup>. Harshen Sen & Paver

<sup>4</sup>. Judah

الف) نگرش مثبت به خود ب) میزان رشد، تحول و خودشکوفایی

ج) عملکرد روانی یکپارچه د) خودمختاری یا استقلال شخصی

ه) درک صحیح از واقعیت و تسلط بر محیط

از نظر اسمیت<sup>۱</sup> (1961، به نقل از منشی طوسی، 1374) به جای شمردن این گونه موارد بهتر است ابعاد بهداشت روانی براساس اصول زیر انتخاب شود:

الف) نشان دادن ارزش‌های مثبت بشری ب) داشتن قابلیت اندازه‌گیری و تشخیص

ج) داشتن ارتباط با نظریه‌های شخصیت د) مرتبط بودن با بافت‌های اجتماعی که برای آن تعریف و مشخص شده‌اند.

بعضی از محققان معتقدند سلامت روانی حالتی از بهزیستی و وجود این احساس در فرد است که می‌تواند با جامعه کنار بیاید. سلامت روانی به معنای احساس رضایت، روان سالم‌تر و تطابق اجتماعی با موازین موردقبول هر جامعه است (کاپلان و سادوک<sup>۲</sup>، 1999؛ ترجمه پورافکاری، 1391).

سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup>، سلامت روانی را قابلیت ایجاد ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی و حل مناسب و منطقی تضادهای غریزی و تمایلات شخصی می‌داند، به طوری که فرد بتواند از مجموعه تضادها ترکیبی متعادل به وجود آورد. طبق تعریفی که این سازمان ارائه می‌دهد، وظیفه اصلی بهداشت روانی، تأمین سلامت روان است تا به مدد آن بتوان قوا و استعدادها را پرورش داد. در واقع، بهداشت روانی مبتنی بر سه پایه است:

الف) حفظ و تأمین سلامت روان

ب) ریشه‌کن ساختن عوامل بیماری‌زا و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی

ج) ایجاد زمینه‌ی مساعد برای رشد و شکوفایی شخصیت و استعدادها تا حداکثر ظرفیت نهفته در آنها (به نقل از شاملو، 1394).

---

<sup>1</sup> . Smith

<sup>2</sup> . Kaplan & Sadock

<sup>3</sup> . World Health Organization

به طور کلی شخص دارای سلامت روان می‌تواند با مشکلات دوران رشد روبرو شود و قادر است در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابد. به نظر می‌رسد تعریف رضایت‌بخش از سلامت روانی برای فرد مستلزم داشتن احساس مثبت و سازگاری موفقیت‌آمیز و رفتار شایسته مطلوب است؛ بنابراین هرگونه ملاکی که به عنوان اساس سلامتی در نظر گرفته می‌شود باید شامل رفتار بیرونی و احساسات درونی باشد (بنی جمال و احدی، 1393).

بهداشت روان سازش با فشارهای مکرر زندگی است و سازگاری عبارت است از ایجاد تعادل و هماهنگی رفتار فرد با محیط به گونه‌ای که ضمن حفظ تعادل روانی یا در ارتباط با تغییرات و دگرگونی‌های محیط خودش نیز به تطابقی مؤثر و سازنده دست یابد لذا هر فرد به طور موفقیت‌آمیز باید خود را به محیط سازگار نماید و عموماً ناگزیر است که بازندگی نسبتاً سازش مؤثر داشته باشد ولی باید توجه داشت که هرکس دارای ظرفیت مشخص جهت تحمل فشارهای زندگی روزانه است وجود فشارهای عاطفی گوناگون خطر ازهم‌پاشیدگی روان را افزایش خواهد و به سلامت روان لطمه وارد خواهد نمود و فرد قادر نیست رفتار موزون و هماهنگی با جامعه داشته باشد و سلامت روان خود را حفظ نماید (شاملو، 1394).

سلامت روان عبارت است از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن‌ها، ارضاکنده نیازهای خویشتن به طور متعادل و شکوفایی استعداد فطری خویش است. فردی از سلامت روان برخوردار است که قادر باشد تا عقده‌های درونی خود را حل و فصل کند و با تغییرات و مقتضیات محیط طبیعی و اجتماعی خویش سازگار باشد و تلاش کند تا تندرستی و نشاط برای خود و دیگران فراهم سازد زیرا سلامت روان حالتی مساعد برای رشد و نمو از جهت بدنی، عاطفی و شعوری، بدون ایجاد مزاحمت برای دیگران است (اسدی نوقابی و حاجی آقاجانی، 1381).

همه متخصصان متفق القولند که سلامت روان در تحول شخصیت واحد نقشی بنیادین است. تصور تحول موزون انسان بدون وجود سلامت روان غیرممکن است. بی‌شک عوامل متعددی بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد که فهرست کردن همه آن‌ها دشوار است چراکه وجود تفاوت‌های فردی ممکن است به تنوع در عوامل مؤثر بر سلامت روان بینجامد با این حال، یافته‌های حاصل از پژوهش‌ها در زمینه‌های زیست‌شناسی و عوامل اجتماعی دانش ما را درباره عواملی که ممکن است سلامت روان تحت تأثیر قرار دهند وسعت بخشیده‌اند.

## 1-2-2 مفهوم کلی سلامت و بیماری

سلامت روانی و بیماری<sup>۱</sup> روانی دو قطب متضاد نیستند، بلکه شاید بتوان آن‌ها را نقطه‌های بر روی یک پیوستار فرض کرد. سلامت روانی حالت موفقیت‌آمیز یک کنش روانی است که نتایج آن فعالیت‌های ثمربخش، روابط رضایت‌بخش با دیگران، توانایی سازگاری با تغییرات و کنار آمدن با ناملازمات است، سلامت روانی با رفاه شخصی و روابط خانوادگی و بین‌فردی و ایفای نقش در اجتماع رابطه تنگاتنگ دارد. سلامت روانی از اوایل دوران کودکی تا لحظه مرگ در پرورش مهارت‌های فکری و ارتباطی، یادگیری، رشد عاطفی، انعطاف‌پذیری و عزت‌نفس نقش غیرقابل‌انکار دارد. این عوامل به فرد کمک می‌کنند تا در جامعه به‌گونه‌ای موفقیت‌آمیز به ایفای نقش بپردازند (رسولی، 1380). یک انتهای این پیوستار به‌وسیله سلامت - یک حالت تندرستی جسمانی، روانی، اجتماعی مثبت - که باگذشت زمان متغیر است و انتهای دیگر پیوستار به‌وسیله بیماری - که علائم و نشانه‌ها و ناتوانی‌هایی را ایجاد می‌کند، مشخص می‌شود. به اعتقاد ادلین، گیلانتي و پاون<sup>۲</sup> (1999) سلامت شامل چند بعد است که عبارت‌اند از: سلامت جسمانی، سلامت هیجانی، سلامت هوشی، سلامت معنوی، سلامت شغلی و سلامت اجتماعی. آن‌ها معتقدند که وقتی سطح سلامت ما بالا و بهینه است همه ابعاد سلامت یکپارچه‌اند و باهم کار می‌کنند. بدین ترتیب، محیط شخصی (کار، خانواده و اجتماع) و ابعاد جسمانی، هیجانی، معنوی، شغلی و اجتماعی برای ایجاد تعادل با یکدیگر هماهنگ هستند (ولی زاده، 1383).

تاکنون نظرگاه‌های مختلفی راجع به بهداشت روانی ارائه شده است اما بیشتر آن‌ها روی موضوع واحدی تأکید دارند. مبنی بر اینکه شخصی که سلامتی ذهنی و روانی دارد، علاوه بر کسب فردیت، قادر به انطباق با محیط نیز هست. چنین به نظر می‌رسد که تعریف رضایت‌بخش از سلامت روانی برای فرد، مستلزم برخورداری از احساس مثبت و سازگاری موفقیت‌آمیز و رفتار شایسته و مطلوب است. پس از روشن شدن مفهوم سلامت روان، این ضرورت دیده می‌شود تا به‌اختصار مروری به نظریه‌های گوناگون با گرایش‌های مختلف در مورد ظرفیت انسان داشته باشیم و با تصورات گوناگون نظریه‌پردازان از مفهوم سلامت روان و ماهیت انسان بیشتر آشنا شویم. در تعریف سلامت روان چهار دیدگاه از هم تفکیک شده‌اند:

الف) سلامت روانی به معنای رفتار بهنجار<sup>۳</sup>: در این دیدگاه گفته می‌شود رفتارهای که اکثریت مردم از خودشان نشان می‌دهند، رفتارهای سالم به شمار می‌آیند؛ و رفتار کسانی که از رفتار عمومی جامعه فاصله زیادی می‌گیرند، به‌عنوان رفتار مرضی به شمار آمده و صاحبان آن، بیمار روانی نامیده می‌شوند.

<sup>1</sup> . Sickness

<sup>2</sup> . Adlin, Gilanty & Pown

<sup>3</sup> . Normal behavior

ب) سلامت روانی به معنای الگوهای ایده آل<sup>۱</sup>: در این دیدگاه سالم کسی است که از یک سلسله معیارهای مشخص برای سلامت روان تبعیت کند. این معیارها غالباً به وسیله روان شناسان و روان پزشکان مشخص می شود.

ج) سلامت روان به معنای یک فرایند<sup>۲</sup>: در این دیدگاه سلامت روانی یک پدیده واحد نیست که بتوانیم از آن در تمام مراحل زندگی استفاده کنیم. به عبارت دیگر، هر مرحله از زندگی انسان اعم از کودکی، نوجوانی، جوانی، میان سالی و کهن سالی سلامت روان معنای متفاوت پیدا می کند. به این ترتیب بیماری روانی یک معنای تحولی خواهد داشت، یعنی آنچه را در یک بزرگسال بیمار به شمار می آوریم، ممکن است در یک نوجوان سلامتی کامل بدانیم یا برعکس.

د) سلامت روان به معنای فقدان بیماری: در این دیدگاه، این سلامت روانی نیست که تعریف می شود. به عبارت دیگر به جای اینکه بگوییم سلامت روانی چیست؟ می گوئیم بیماری چیست؟ و وقتی کسی بیمار نباشد یعنی سالم است (پشتکار، 1388).

## 2-2-2 کودکان-نوجوانان و سلامت روان

کودکی که به دنیا می آید ممکن است عالی ترین و کامل ترین امکانات رشد را دارا باشد. وی ممکن است آمادگی و ظرفیت آن را که داشته باشد که به شایسته ترین وجهی پرورده شود و به برترین کمالات دست یابد. کافی است عادی به دنیا بیاید و خانواده و محیط مناسب در اختیارش قرار گیرد تا بیالد و نشو و نما یابد و جایگاه ارجمند خویش را در این دنیا بیابد؛ اما زندگی خانوادگی و محیط بهداشتی و آموزشی و اجتماعی و فرهنگی بسیاری از مردم جهان چنان است که دست یابی به چنین مقصودی را دشوار و گاه امکان ناپذیر می سازد. محدودیت های محیط زندگی گروهی از کودکان چنان زیاد است که بقای آنان نیز مسیر می شود. بزرگی ارقام فقر و بیماری و مرگ در کشورهای جهان سوم لرزه بر اندام آدم می اندازد و مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان نیز که نتیجه ممکن فقر و بیماری و جهل و بدرفتاری و نابسامانی های خانوادگی و کاستی های آموزشی و اجتماعی و فرهنگی است شدیداً مانع رشد و بالندگی و وصول آن به کمالاتی است که در خلقتشان مقدر شده است (ویکز-نلسون و ایزرائیل<sup>۳</sup>، 2003)

<sup>1</sup> . Ideal patterns

<sup>2</sup> . Process

<sup>3</sup> . Wicks-Nelson & Israel



سال 2001 به عنوان سال بهداشت روانی اختصاص یافته است و در این سال تمام ملل جهان وظیفه دارند که سطح بهداشت روان خود، خانواده و جامعه‌شان را ارتقاء دهند و با افزایش دانش بهداشت و زدودن برچسب‌های مخرب زمینه‌های این رشد را فراهم آورند. اکنون که دوران سرنوشت‌ساز سازندگی و بازسازی همه‌جانبه کشور با شتابی فزاینده آغاز گردیده است، زمان آن فرا رسیده است که برنامه توسعه و تأمین تندرستی کودکان و ارتقاء سطح بهداشت خانواده و مدارس به عنوان بخش مهمی از سیاست‌های ارتقاء بهداشت کشور و اساسی‌ترین حرکت در راستای تأمین سلامتی نسل آینده‌ساز و تحقق بخش توسعه اجتماعی و اقتصادی آتیه کشور، جایگاه و هویت واقعی خود را بازیابد. بدون تردید کاهش منابع، امکانات و اعتبارات مالی؛ کمبود نیروی انسانی آموزش دیده، رشد افزون جمعیت و بحران زیست که جملگی تهدیدی جدی برای سلامتی نسل آینده است موانع و مشکلات متعددی را در مسیر تحقق اهداف فوق‌الذکر ایجاد خواهد کرد. حل این مشکلات راهی جز مشارکت همه‌جانبه نهادهای اجتماعی به ویژه خانواده را باقی نمی‌گذارد؛ اما باید توجه داشت که مشارکت مردم بدون دادن آگاهی و اطلاعات به آنان تحقق نمی‌یابد راه مشارکت همه، آگاهی همه است (سعیدی، 1389).

اختلالات عاطفی - رفتاری، بویژه به سبب وضعیت نامتعادل و متحول زندگی خانوادگی و اجتماعی در یکی از دو دهه اخیر در کشور ما، بیش از هر زمان دیگری گریبانگیر گروه‌های وسیعی از کودکان و نوجوانان شده است. نابسامانی‌های خانوادگی، کمبود آموزشی و پرورشی و بهداشتی، جابجا شدن گروه‌های اجتماعی و فشارهای ناشی از آن، رشد نامعقول جمعیت، مهاجرت‌های بی‌رویه، آوارگی، فقر و اعتیاد گسترده، دل‌آزردگی و افسردگی و پرخاشجویی و شکوه‌گیری‌های حاصل از غیبت یا فقدان سرپرست در بسیاری از خانواده‌ها و بسیاری از عوامل مهم دیگر سبب شده است که اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان و نوجوانان وسعت بی‌سابقه‌ای بیابد (لطفی کاشانی و وزیری، 1395). از این رو ضروری است که به سلامت روان و مشکلات رفتاری و روانی کودکان و نوجوانان پرداخته شود.

تقریباً کودکان و نوجوانان بالغ‌بر 30 درصد از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند (یونیسف، 2014) و حدود 10 الی 20 درصد از آن‌ها مشکلاتی در حوزه سلامت روان دارند (کیلینگ و همکاران، 2011). برخلاف تصور عموم مردم، ناخوشی‌های روانی-هیجانی مشکل شایع یا محدود به جمعیت بالغ و بزرگسال نیست؛ زیرا که کودکان و نوجوانان بیش از سایر جمعیت آسیب‌پذیرتر هستند اما بسیار کم‌تر از بزرگسالان از حمایت و مراقبت‌های لازم برخوردارند (وصالی محمود و همکاران، 1396).

متأسفانه بسیاری از کودکان و نوجوانان مبتلابه مشکلات روحی-روانی هیچ کمی دریافت نمی‌کنند. کودکان و نوجوانان زیادی هستند که از دوره‌های استرس هیجانی رنج می‌برند که با درمان کوتاه‌مدت رو به

بهبود می‌گذارند اما آن مشکلات الزاماً منجر به آنچه تحت عنوان مشکلات بهداشت روان نام دارند، نمی‌شوند. اندوه ناشی از دست دادن یک عزیز مثالی در این مورد است. شیوع مشکلات مربوط به سلامت روان برحسب شکل، سن و جنس کودکان و نوجوانان متفاوت است (رجایی و همکاران، 1393) و براساس پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه سلامت روان کودکان و نوجوانان انجام‌شده تقریباً 20 درصد کودکان و نوجوانان از سطوح اندک تا سطوح معنادار مشکلات بالینی رنج می‌برند (لاوین و همکاران، 1996). پژوهش‌های داخلی در این زمینه نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان ایرانی از مشکلات قابل‌توجهی در حوزه سلامت روان رنج می‌برند که شایسته پژوهش، رسیدگی، درمان و پیشگیری است (حبیبی و همکاران، 1394؛ انیسی و همکاران، 1386؛ حیدری و همکاران، 1385؛ خزاعی و همکاران، 1384). رجایی و همکاران (1393) در بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دبستانی شهر مشهد نشان دادند که 15 درصد از کل دانش‌آموزان دبستانی دچار مشکلات بالینی هستند و 5 درصد در محدوده مرزی قرار دارند.

مهم‌ترین شاخص‌های سلامت روانی - اجتماعی کودکان و نوجوانان در چهار مؤلفه؛ درون‌فردی (خودآگاهی هیجانی، جرات‌ورزی و احترام به خود)، بین‌فردی (مشارکت، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و روابط اجتماعی)، استرس (مدیریت استرس و کنترل هیجان) و سازگاری (انعطاف‌پذیری و شادی) قرار می‌گیرد. کم‌رنگ شدن تبعیض‌های جنسیتی و ارتقاء سطح سواد والدین از مهم‌ترین نقاط قوت و فقدان استانداردهای لازم در مهدکودک‌ها، عدم مشارکت نوجوانان در تصمیم‌گیری‌ها، فقدان مهارت‌های اجتماعی در خانواده‌ها از نقاط ضعف سلامت روانی - اجتماعی به شمار می‌رود (فیروزی، نوشادی و کاظمی، 1395). از این رو، شایسته است والدین و تمام مسئولان به این حوزه‌ها توجه نشان دهند تا شاید بتوان با اجرای برنامه‌های موجبات افزایش سلامت روان کودکان را فراهم کرد. به بیان دیگر، در شرایط درست و به‌منزله‌ی پیشگیری از عواقبی که در انتظار کودکان و نوجوانان است، سازمان‌های متولی باید در یک چشم‌انداز امیدوارکننده، کودکان و نوجوانان را آن‌چنان بی‌پرورد که بتوانند پاسخگوی نیازهای حرفه‌ای جامعه باشند و خود را در مقابل آن‌ها مسئول و متعهد بدانند.

## 2-2-3 برخی از دیدگاه‌های روان‌شناسی در مورد سلامت روان

سلامت روانی علاوه بر اینکه هدف هر جامعه‌ای به شمار می‌آید، معیاری برای سلامت فرد نیز محسوب می‌گردد. این اصطلاح دارای معانی متعددی است که از جامعه‌ای به جامعه دیگر، فرهنگی به فرهنگ دیگر و از فردی به فرد دیگر متفاوت است. در مباحث گوناگون روان‌شناسی از جمله سلامت روانی، نظریات

مختلفی به آن پرداخته‌اند و هرکدام مفاهیم و الگوهای مختلفی را ارائه می‌دهند. در ذیل، به برخی از این الگوها و دیدگاه‌های عمده اشاره می‌گردد:

## 2-3-1 دیدگاه زیست‌شناختی

دیدگاه زیست‌شناختی، در مطالعه رفتار انسان، بیشترین اهمیت را برای بافت‌ها و اعضای بدن قائل می‌شود. این دیدگاه که اساس دانش روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهد، بیشتر بر بیماری روانی توجه دارد تا سلامت روانی؛ زیرا بیماری روانی را جزء سایر بیماری‌های جسمی به شمار می‌آورد. دیدگاه روان‌پزشکی، درباره انسان دید تعادل حیاتی دارد و معتقد است: اگر رفتار شخص از هنجار منحرف شود، به این دلیل است که دستگاه روانی او اختلال پیدا نموده و فرض بر این است که در آینده نوعی نقص در دستگاه عصبی او کشف خواهد شد که همه اختلال‌های فکری و رفتاری براساس آن قابل تبیین خواهند بود (گنجی، 1387).

در دیدگاه زیست‌شناختی، هدف نهایی، حذف و دفع نشانه‌های بیماری روانی است. به همین دلیل، برای حذف نشانه‌های بیماری، از درمان‌های فیزیکی مثل دارو، شوک‌درمانی، کنترل و محرومیت استفاده می‌شود. در این الگو، انسان سالم از لحاظ روانی، فردی است که نشانه‌های بیماری در او دیده نمی‌شود؛ همان‌گونه که انسان سالم از لحاظ جسمانی، کسی است که نشانه‌های بیماری مثل درد، تب و لرز، در وی به چشم نمی‌خورند. در این الگو، نشانه‌ها و پدیده‌هایی از قبیل اضطراب، افسردگی، توهم و هذیان و پرخاشگری کنترل نشده، نشانه‌های بیماری محسوب می‌شوند و اگر در کسی یافت شوند؛ آن فرد نابهنجار و غیرطبیعی و چنانچه در فردی یافت نشوند این فرد سالم، طبیعی و بهنجار محسوب می‌گردد (ایمان نژاد، 1388).

صاحبان این دیدگاه عوامل فیزیکی و بیولوژیکی را پایه هستی بشر می‌دانند و معتقدند: تمام حالات ذهنی و فکری بشر زیربنای مولکولی و سلولی دارند. برخی از پیش‌فرض‌های عمده این دیدگاه را می‌توان در چند مورد خلاصه کرد:

- فرد بیمار، ناتوان است و درمان بدون مداخله مستقیم امکان‌پذیر نیست.
- بیماری‌های روانی و به‌طورکلی، بیشتر ویژگی‌های رفتاری و روان‌شناختی انسان مشخصاً قابل طبقه‌بندی هستند و در نتیجه، بیماری‌ها و افراد مبتلا به بیماری را می‌توان در گروه‌های مشخص قرار داد.

- به دلیل آنکه افراد را می‌توان در طبقات و دسته‌های مشترکی قرار داد، پس روش‌هایی که برای درمان یک بیماری خاص کاربرد دارند، برای افراد مبتلا به آن بیماری نیز مشترک‌اند.
- هرچند ابعاد وجودی انسان به چند بعد جسمانی، روانی و اجتماعی تقسیم می‌شوند، ولی تأکید اساسی بر بعد جسمانی است (میردریگوندی، 1386).

در نظام ارزشی الگوی زیست‌شناختی، هدف نهایی، حذف، دفع و رفع نشانه‌های بیماری است. به همین دلیل، در الگوی مزبور، برای حذف و رفع نشانه‌های بیماری از درمان‌های فیزیکی مثل دارو، شوک‌درمانی، کنترل و محرومیت استفاده می‌شود. این درمان‌ها گرچه بیماری را ریشه‌کن نمی‌کنند و فقط نشانه‌های آن‌را ظاهراً و به‌صورت موقت از بین می‌برند، ولی همین‌که نشانه‌ها ناپدید می‌شوند، گفته می‌شود: بیمار درمان شده و سلامت خود را بازیافته است!

## 2-2-3 دیدگاه تحلیل روانی

دیدگاه روانکاوی معتقد است: شخصیت انسان دارای سه بخش یا سه ساختار به نام‌های «نهاد»، «من» و «من برتر» است. نهاد، تنها عنصر ذاتی شخصیت است که هنگام تولد حضور دارد و منبع نیروهای غریزی فرد است. نهاد، از اصل کسب لذت پیروی می‌کند و معمولاً به شیوه غیرمنطقی و غیراخلاقی عمل می‌کند. من از تولد به بعد همراه با رشد کودک ساخته می‌شود و تابع واقعیت است، تحلیل می‌کند، می‌فهمد و سازگار می‌شود. من برتر، در اوایل کودکی آغاز می‌شود و برای فرد وجدان اخلاقی فراهم می‌آورد و او را از الزام‌های اجتماعی آگاه می‌سازد. از دیدگاه فروید، «سلامت روان» به معنای سازگاری فرد با خود و با خواسته‌ها و فشارهای جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کند. به نظر او، سلامت روانی یک ایدئال است که اکثریت مردم از آن برخوردار نیستند (خدارحیمی، 1374). ویژگی خاصی که او برای سلامت روان‌شناختی ضروری می‌داند، خودآگاهی است؛ یعنی هر آنچه ممکن است در ناخودآگاهی موجب مشکل شود بایستی خودآگاه شود؛ و خودآگاهی حقیقی ممکن نیست، مگر اینکه کنترل غیرواقعی و غیرضروری یا زیاد از حد من برتر، درهم‌شکسته شود. انسان عادی از نظر فروید، فردی است که مراحل رشد روان-جنسی خود را با موفقیت گذرانده باشد و در هیچ‌یک از مراحل بیش‌ازحد تثبیت نشده باشد (شاملو، 1394).

در نظام ارزشی این الگو، هدف نهایی سازگار کردن و سازگار شدن فرد با خود و با جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کند - جامعه هر چه می‌خواهد باشد! - فرد سالم هم کسی است که در جامعه‌اش زندگی کند، بدون اینکه تعارضی بین روان و ذهن او و جامعه‌اش به وجود آید. بنابراین، کسی که با خود و جامعه‌اش سازگار باشد و با آن‌ها در ستیز و تعارض به سر نبرد، برچسب سلامت می‌خورد و کسی که

تواند با خود و جامعه خویش سازگار شود و با آن‌ها تعارض و درگیری داشته باشد - جامعه هر چه باشد! - برچسب بیماری و مرض می‌خورد. به‌هرحال، تمام تلاش و هنر این نظام آن است که به افراد آموزش دهد چگونه با خود و جامعه خود سازگار شوند و به بیماران نیز این بینش را بدهد که علت ناسازگاری‌شان با جامعه و مقاومتشان در برابر آن چیست (میردریکوندی، 1386).

## 2-2-3 دیدگاه رفتارگرایی

طبق این الگو، سلامت روان به معنای وجود رفتار سازگارانه و عدم رفتار ناسازگارانه است. رفتار سازگارانه، رفتاری است که فرد را به اهدافش برساند و رفتار ناسازگارانه، رفتاری است که فرد را از رسیدن به اهدافش باز دارد. براساس چارچوب این دیدگاه، فرد سالم کسی است که در جامعه طوری رفتار کند که به اهدافش برسد. تلاش و هدف نهایی این الگو این است که شیوه‌های رفتار سازگارانه و رسیدن به اهداف را به افراد آموزش دهد. اسکینر، رفتارگرایی معروف معتقد است تمام رفتارهای انسان تابع محیط است و سلامتی روان، ارائه رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است. انسان سالم وقتی با مشکل روبرو شود از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبودی و بهنجار کردن رفتار خود به‌طور متناوب استفاده می‌جوید تا به هنجار موردپذیرش اجتماع برسد (شاملو، 1394). بعلاوه انسان سالم باید آزاد بودن خودش را نوعی توهم بپندارد و بداند که رفتار او تابعی از محیط است و رفتار معدودی از عوامل محیطی مشخص می‌گردد. انسان سالم کسی است که تأیید اجتماعی بیشتری به خاطر رفتارهای متناسب، از محیط و اطرافیانش دریافت می‌کند (گنجی، 1387).

## 2-2-3 دیدگاه انسان‌گرایی

روانشناسی انسان‌گرا، الگویی از سلامت روان ارائه می‌دهد که با سه الگوی پیشین تفاوت فراوانی دارد. در این الگو، بر طبیعت و جنبه‌های مثبت انسان و فعال بودن وی تأکید می‌شود. طبق این الگو، سلامت روان به معنای رشد، شکوفاسازی و تحقق استعدادها و نیروهای درونی انسان است. از چشم‌انداز این الگو، انسان سالم کسی است که استعدادهای خود را شکوفا سازد و به کمال مطلوب و ایدئال برسد. در نظام ارزشی این الگو، هدف و هنر انسان رسیدن به کمال و شکوفاسازی تمام استعدادهای ذاتی و درونی وی است. این دیدگاه برخلاف سه دیدگاه قبل، انسان را ذاتاً سالم، مثبت و فعال می‌پندارد که با اراده، اختیار و مسئولیت خودش، اعمال و کردارش را انسجام می‌دهد. وی مسئول سلامت خویش است و اگر هم مریض شود خودش باید در درمانش فعال و تصمیم‌گیر باشد (میردریکوندی، 1386). به اعتقاد راجرز، شخص سالم می‌تواند در دگرگونی‌های جدی شرایط محیطی، سازگاری بیشتری نشان دهد. این‌گونه افراد از چنان انگیختگی و خلاقیتی برخوردارند که حتی با دگرگونی‌های دردناکی چون جنگ و بلایای طبیعی کنار

می‌آیند. به عقیده راجرز «ارضای توجه مثبت غیر مشروط» و دریافت غیر مشروط محبت و تأیید دیگران برای رشد و تکامل سلامت روانی فرد بااهمیت است. این افراد فاقد نقاب و ماسک هستند و با خودشان روراست هستند. چنین افرادی آمادگی تجربه را دارند و لذا بسته نیستند، انعطاف‌پذیرند و حالت تدافعی ندارند و از بقیه انسان‌ها عاطفی‌تر هستند؛ زیرا عواطف مثبت و منفی وسیع‌تری را در مقایسه با انسان‌های تدافعی تجربه می‌کنند (گنجی، 1394).

## 2-2-3 دیدگاه هستی‌گرایی

این دیدگاه، نگرش جدیدی را به روان‌شناسی عرضه می‌نماید. هدف این مکتب، شناختن انسان‌ها به صورت واقعیت کلی وجودی آن‌ها، مخصوصاً روابط ذهنی آن‌ها با خود، با هم نوعان و با دنیا است. این دیدگاه، از جهات مختلفی به دیدگاه انسان‌گرایی شبیه است؛ اما برخلاف دیدگاه انسان‌گرایی که در توصیف سلامت روان بر فرآیند خودشکوفایی تأکید دارد، این دیدگاه به جستجوی معنای معنوی در زندگی است (ایمان نژاد، 1388). هیچ‌کس و هیچ‌چیز به زندگی انسان معنا نمی‌دهد، مگر خودش. انسان باید با احساس مسئولیت آزادانه با شرایط هستی و زندگی روبرو شود و معنای در آن بیابد. به نظر فرانکل ماهیت وجودی انسان از سه عنصر معنویت، آزادی و مسئولیت تشکیل شده است و سلامت روان مستلزم تجربه شخصی این سه عامل است. سلامت روان یعنی از مرز توجه به خود گذشتن، از خود فراتر رفتن و جذب معنا و منظوری شدن. در این صورت خود نیز به‌طور طبیعی و خودبه‌خود تحقق می‌یابد. به‌طور خلاصه می‌توان گفت شخص برخوردار از سلامت روانی به عقیده فرانکل دارای این ویژگی‌ها است: 1- آزادی انتخاب عمل دارد. 2- مسئولیت هدایت زندگی و سرنوشت خویش را می‌پذیرد. 3- معلول نیروهای خارجی نیست. 4- از زندگی معنای مناسبی یافته است. 5- بر زندگی تسلط آگاهانه دارد. 6- ارزش‌های خلاقیت، تجربی، گرایشی خودش را نمایان و آشکار می‌سازد. 7- از توجه به خودش فراتر می‌رود. 8- آینده‌نگر است. 9- تعهد حرفه‌ای و شغلی دارد. 10- توانایی ایثار و دریافت عشق را دارد. 11- عشق هدف نهایی شخص برخوردار از سلامت روان‌شناختی است (فرانکل، 2014).

## 2-2-3 دیدگاه اسلامی

گرچه بحث «بهداشت روانی» از دیدگاه اسلام نیازمند کتاب و یا مقاله مستقلی است، ولی برای حسن ختام کلام، به‌اختصار، به دیدگاه دین مبین اسلام در این باره اشاره می‌گردد:

<sup>1</sup> . Frankl

به دلیل آنکه تأمین سلامت، حفظ و ارتقای آن یک مقدمه لازم برای حفظ حیات، شکوفایی عمر و بهره‌گیری شایسته از زندگانی است، از این رو، در آیین حیات‌بخش اسلام، این موضوع از اهمیت خاصی برخوردار است و در بسیاری از احکام اسلامی، به شکل‌های گوناگون به آن توجه شده است. کلمه «سلامت» مفهومی وسیع‌تر از سالم بودن تن و فقدان بیماری و ناتوانی دارد و جنبه‌های درستی و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی و شایستگی‌های معنوی را دربر دارد. با نگاهی گذرا و سیری کوتاه در منابع و معارف اسلامی، درمی‌یابیم که حکمت و هدف از خلقت و آفرینش، خلقت انسان و هدف از خلقت انسان، کمال‌جویی و سعادت وی در سایه ستایش و پرستش خداوند حکیم و بی‌نیاز است. از دیدگاه اسلام، هم حیات انسان و هم سلامت او از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. تأمین سلامت و حفظ و ارتقای آن، نیازمند برخورداری مردم از آگاهی‌های ضروری بهداشتی است و هر تلاشی که در زمینه بهداشت، با الهام از رهنمودهای حیات‌بخش و مسئولیت‌آفرین اسلامی صورت گیرد، تلاش مقدسی است که می‌توان آن را مصداق روشنی از اعمال صالح و عبادات ثمربخش و مایه خشنودی پروردگار دانست. همان‌گونه که اسلام به بهداشت جسمانی اهمیت می‌دهد و با صدها حکم بر آن تأکید می‌کند، برای بهداشت روانی نیز اهمیت بسزایی قائل است. در مکتب اسلام، هم معیارهای بیماری روانی، هم حداقل سلامت روانی و هم معیارهای ایدئال تعریف شده‌اند. معیارهای بیماری روانی می‌توانند به تشخیص بیماری کمک نمایند و از نظر حقوقی و جزایی مورد توجه قرار گیرند. معیار سلامت روانی در مکتب اسلام، تحت عنوان «رشد» به کار رفته است. لغت «رشد» به معنای قایم به خود بودن، هدایت، نجات، صلاح و کمال آمده است (میردریگوندی، 1386).

## 2-3- مشکلات رفتاری

تعریف و تعیین عملکردهای مختل کار آسانی نیست زیرا الگوهای رفتاری دارای انواع نامحدودی هستند و همچنین نام‌های مختلفی دارند، نظیر: اختلال رفتاری، بدکاری رفتار، مشکلات رفتاری، مشکلات روان‌شناختی، رفتار نابهنجار، رفتار ناسازگارانه، اختلالات، نقایص و آسیب‌شناسی روانی (سعیدی، 1389).

رفتار مشکل غالباً به‌عنوان رفتار «نابهنجار» در نظر گرفته شده است، «نا» به معنای «دور» یا «از» و «هنجار» به معنای میانگین یا استاندارد؛ بنابراین «نابهنجار» به معنای چیزی است که از میزان استاندارد منحرف شده باشد (ویکز-نلسون و ایزرائیل، 2003).

از هر نظرگاهی که به مفهوم بهنجاری و نابهنجاری نگریسته شود، معلوم می‌گردد که یک مفهوم نسبی است. انحراف از یک هنجار، ممکن است آن قدر ناچیز باشد که موجب هیچ نگرانی نشود یا ممکن است

به اندازه‌ی زیاد باشد که تردیدی درباره ماهیت نابهنجاری آن باقی نماند؛ بنابراین مفهوم نابهنجار و بهنجار دو اصطلاح جدائی‌ناپذیرند و هر یک از آن‌ها را بدون توجه به دیگری نمی‌توان تعریف کرد (دادستان، 1386).

در مورد تعریف مشکلات رفتاری، اتفاق نظر در میان محققین وجود ندارد و یک تعریف مشخص و محدود برای آن موجود نیست؛ اما اغلب تعاریف روی انطباق رفتار با معیارهای اجتماعی تأکید کرده و چنانچه رفتاری با معیارهای اجتماعی تطبیق داشته باشد، آن رفتار بهنجار تلقی خواهد گردید؛ کراسنر<sup>1</sup> (1989؛ به نقل از دادستان، 1386) معتقد است که رفتاری غیرعادی نامیده می‌شوند که با در نظر گرفتن سه متغیر مداخله‌گر مطالعه گردند.

1. خود رفتار

2. محتوای اجتماعی آن

3. مشاهده‌کننده‌ای که در آن وضعیت با تمام نیرو به مطالعه رفتار پرداخته است.

هیچ رفتاری به‌خودی‌خود غیرعادی نیست، زیرا فردی ممکن است کارهایی از قبیل داشتن توهمات کلامی، گاز گرفتن، امتناع از غذا خوردن و ... را انجام دهد. یا این امکان وجود دارد که در موقعیت‌های مختلف فردی خشم و عصبانیت نسبت به هر کس را نشان دهد، لذا با در نظر گرفتن سه عمل یادشده است که می‌توان تمایز میان رفتارهای عادی و غیرعادی را مشخص و معین نمود (راس<sup>2</sup>، 1974، به نقل از سعیدی، 1389).

انجمن روان‌پزشکی امریکا (1994) یک اختلال را به‌عنوان سندرم یا الگوی رفتاری تعریف می‌کند که موجب درماندگی شخص یا افزایش ریسک مرگ، درد، ناتوانی، یا از دست دادن آزادی می‌شود (ویکز-نلسون و ایزرائیل، 2003).

با توجه به نظرات ارائه‌شده، در ارزیابی رفتار بهنجار از نابهنجار ملاک‌هایی بیان گردیده است که به‌صورت خلاصه به آن‌ها اشاره می‌شود:

---

<sup>1</sup> . Kerasner

<sup>2</sup> . Russ



**1 - ملاک آماری:** این ملاک براساس اصل ریاضی منحنی طبیعی است و در این روش آنچه اکثریت افراد عمل می‌کنند طبیعی شمرده می‌شود و آنچه در دو قطب قرار می‌گیرد نابهنجار قلمداد می‌گردد. «رفتار نابهنجار رفتاری است که از لحاظ آماری کم‌بسامد<sup>۱</sup> است و یا از هنجار انحراف دارد».

**2 - ملاک هنجار اجتماعی:** در این ملاک با توجه به معیارهای ویژه یا هنجارهایی که هر جامعه برای رفتارهای افراد پذیرفته است رفتار نابهنجار بازشناخته می‌شود. براساس این معیار، ملاک‌ها برای هر جامعه جنبه اختصاصی پیدا کرده و نابهنجاری از جامعه‌ای به جامعه‌ای دیگر و از زمانی به زمان دیگر فرق می‌کند.

**3 - ملاک غیر انطباقی بودن رفتار:** این ملاک بیشتر مدنظر دانشمندان علوم اجتماعی است، آن‌ها معتقدند به جای آنکه رفتار نابهنجار به وسیله ملاک اجتماعی یا آماری تعیین گردد به وسیله چگونگی تأثیر رفتار در بهزیستی فرد یا گروه مشخص می‌گردد. براساس این ملاک، رفتاری غیرطبیعی است که (غیر انطباقی<sup>۲</sup>) باشد یعنی پیامدهای زیانباری برای جامعه و فرد به دنبال داشته باشد.

**4 - ملاک پریشانی شخص:** این ملاک به احساس فرد بیمار از خود بیشتر تأکید دارد تا بر رفتار وی. به بیان دیگر از زاویه فاعلی یا غیر عینی، یک حالت ناراحت، یک رنج روانی مبهم یا مشخص و یا یک حالت دلهره که تا حدی مبین وجود روشن نگرانی نسبی فرد درباره بیماری خویش است، بر بیمار مستولی است مشخص می‌گردد.

**5 - ملاک بالینی:** این معیار اساس کار تشخیص اختلال روانی به وسیله روان‌پزشکان که اساس علائم و تشخیصشان بر همین ملاک است را روشن می‌سازد و بر پایه همین علائم و معیارها فرد سالم را از غیرسالم بازشناسی می‌کند. «اساس این ملاک همانند روش بالینی در مورد بیماری‌های ارگانیکی است. روانشناسان بالینی و روان‌پزشکان نیز متکی بر نشانه‌های عملی اختلال روانی چون اضطراب، ترس، افسردگی و ... است» (اتکینسون<sup>۳</sup> و همکاران، 2006؛ ترجمه براهنی و همکاران، 1389، دادستان، 1386).

<sup>1</sup> .Ross,A.

<sup>2</sup> . Maladaptive

<sup>3</sup> . Atkinson

## 2-3-1 اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان

تا سال 1997 اصطلاح «ناتوانی جدی هیجانی»<sup>۱</sup> در قوانین آموزش ویژه مورد استفاده قرار می‌گرفت، در حال حاضر اصطلاح «اختلالات رفتاری» توسط «مجمع کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری»<sup>۲</sup> پذیرفته شده است و از این نظر که بر جنبه قابل مشاهده مشکلات کودکان متمرکز است، بر سایر اصطلاحات برتری دارد. البته بسیاری از صاحب نظران معتقدند به کارگیری اصطلاح «اختلالات هیجانی- رفتاری»<sup>۳</sup> مناسب تر از اختلالات رفتاری به تنهایی است؛ زیرا برخی از کودکان ممکن است به اختلالات رفتاری، گروهی به اختلالات هیجانی و دسته‌ای دیگر به هر دو مبتلا باشند (فورنس و نیتزر،<sup>۴</sup> 1992).

همان گونه که یافتن اصطلاح مناسب برای توصیف کودکان و نوجوانان با اختلالات هیجانی- رفتاری مشکل است، ارائه تعریفی جامع نیز دشوار است. اغلب صاحب نظران و کارشناسان با توجه مقاصد تخصصی خود تعاریفی ارائه داده‌اند (فورنس و کاوالی،<sup>۵</sup> 1997). عواملی که ارائه تعریفی جامع از این اختلالات را دشوارتر می‌سازند، عبارت‌اند از؛ فقدان تعاریف دقیق از بهداشت روانی و رفتار بهنجار، تفاوت بین الگوهای مفهومی<sup>۶</sup>، مشکل بودن اندازه‌گیری هیجان‌ها و رفتارها، رابطه بین اختلالات هیجانی و رفتاری و سایر ناتوانی‌ها، وجود اختلالات بین متخصصانی که متصدی تشخیص و ارائه خدمات به کودکان و نوجوانان‌اند (هالاها و کافمن،<sup>۸</sup> 2013)

علیرغم این که اصطلاحات به کار برده شده در مورد اختلالات هیجانی- رفتاری از نقطه نظر تأکید نسبی بر بعضی از جنبه‌ها، در تعاریف گوناگون متفاوت‌اند، نکات مشترکی بین آنان وجود دارد. متخصصان بر سر موارد زیر توافق نسبی دارند:

1- این رفتارها افراطی هستند. رفتارهایی که با هنجارها تفاوت اندکی دارند، این اختلالات محسوب نمی‌شوند.

و- اختلالات هیجانی و رفتاری، مزمن هستند و به سرعت برطرف نمی‌شوند.

3- این رفتارها به دلیل ناهماهنگی با انتظارات اجتماعی- فرهنگی، مورد قبول جامعه قرار نمی‌گیرند.

1 . Seriously emotionally disturbed

2 . Council for children with behavioral disorder

3 . Emotional- behavioral disorders

4 . Forness & Knitzer

5 . Forness & kavale

6 Normal behavior

7 . Conceptual models

8 . Hallahan & kauffman

در متن IDEA<sup>1</sup> (از قوانین دولت فدرال آمریکا)، اختلالات هیجانی- رفتاری این‌گونه تعریف شده است:

1- منظور از این اصطلاح، وجود شرایطی است که واجد یک یا چند مورد از ویژگی‌هایی که در پی می‌آیند بوده و به‌طور طولانی مدت و با شدت ظهور کنند و بر کارکرد تحصیلی فرد تأثیر منفی بگذارند. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از:

الف) ناتوانی یادگیری که از عوامل هوشی، حسی یا جسمانی ناشی نمی‌شود.

ب) ناتوانی در ایجاد روابط رضایت‌بخش با معلمان و همسالان.

پ) وجود انواع رفتارها و احساسات نامناسب تحت شرایط عادی زندگی

ت) حالات اندوه و افسردگی دائم.

ث) نشان دادن علائمی نظیر ترس یا علائم بدنی در مواجهه با مسائل شخصی و تحصیلی.

2- کودکان اسکیزوفرنیک<sup>۲</sup> و اوتیستیک<sup>۳</sup> را می‌توان در چهارچوب این اصطلاح قرار داد، ولی این اصطلاح شامل کودکانی که ناسازگاری‌های اجتماعی دارند، نمی‌شود، مگر ثابت شود مبتلابه اختلالات هیجانی هستند (به نقل از سعیدی، 1389).

بخش اول تعریف دولت فدرال، براساس تعریف بوور<sup>۴</sup> (1982) صورت گرفته است. بوور (1982) و کافمن (1982) اشاره کرده‌اند، اضافه کردن و کم کردن موارد متعدد ضرورتی ندارد. عقل سلیم حکم می‌کند براساس پنج معیار بوور، برای اختلالات هیجانی، کودکان اوتیستیک، کودکان اسکیزوفرنیک و کودکان مبتلابه ناسازگاری‌های اجتماعی نیز در تعریف گنجانیده شوند (شکوهی یکتا و پرنده، 1384).

مجمع کودکان استثنایی<sup>۵</sup> (1991؛ به نقل از شکوهی یکتا و پرنده، 1384) نیز در مورد اختلالات هیجانی- رفتاری تعریفی ارائه داده است: اختلالات هیجانی- رفتاری به شرایطی اشاره دارد که پاسخ هیجانی و رفتاری فرد در مدرسه با هنجاری‌های فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد؛ به‌طوری‌که بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در

<sup>1</sup> . Individuals with disabilities education act

<sup>2</sup> .Schizophrenic

<sup>3</sup> . Autistic

<sup>4</sup> . Bower

<sup>5</sup> . Council for exceptional children

محیط کار نیز تأثیر منفی گذارد. اختلالات هیجانی - رفتاری شامل پاسخ‌های قابل قبول کودک یا نوجوان به عوامل تنش‌زای محیطی نمی‌شوند. اختلالات هیجانی - رفتاری براساس داده‌هایی شناسایی می‌شوند که از منابع مختلف، در مورد کارکرد هیجانی یا رفتاری فرد گردآوری می‌شوند. این اختلالات باید دست‌کم در دو موقعیت متفاوت که یکی از آن‌ها مدرسه است، تظاهر نماید. اختلالات هیجانی - رفتاری می‌تواند به‌طور هم‌زمان با سایر معلولیت‌ها نیز ظاهر شوند. این اختلالات شامل کودکان یا نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلالات عاطفی یا اختلالات سلوک، نقص توجه و ناسازگاری نیز می‌گردد.

تعریف فوق مزیت‌هایی بر تعریف IDEA دارد. از جمله:

(الف) دربرگیرنده آسیب‌های مربوط به رفتار انطباقی که در رفتارها و هیجان‌ها نشان داده می‌شوند نیز می‌گردد.

(ب) توجه به هنجارهای فرهنگی و قومی در ارزیابی فرد.

(پ) تلاش برای تغییر رفتار کودک و نوجوان قبل از این‌که او را در گروه افراد مبتلا جای دهند.

(ت) افراد ناسازگار اجتماعی را نیز دربر می‌گیرد (هاردمن، درو و وایگان<sup>1</sup>، 2017).

تعریفی دیگر از «اختلال هیجانی - رفتاری» که بر ائتلاف آموزش ویژه و بهداشت روانی مبتنی است، عبارت است از:

1- منظور از اختلال هیجانی - رفتاری، ناتوانی فرد در ارائه پاسخ‌های هیجانی و رفتاری مناسب در مدرسه است. به‌طوری‌که این رفتارها از هنجارهای نژادی، فرهنگی و سنی فاصله زیادی داشته باشند و عملکرد آموزشی فرد را تحت تأثیر قرار دهند. عملکرد آموزشی شامل مهارت‌های تحصیلی، شغلی، فردی و اجتماعی می‌شود. این ناتوانی؛ الف) شامل پاسخ‌های مورد انتظار در مواجهه با وقایع پراسترس محیطی که به‌طور موقت مشاهده می‌شوند، نمی‌گردد. ب) هم‌زمان در دو مکان مختلف که فرد به‌نوعی در آن شرکت دارد، مشاهده می‌شود. در صورتی‌که فرد به مدرسه برود یکی از این مکان‌ها مدرسه یا مکان‌های مرتبط با آن است. پ) به‌وسیله مداخله در آموزش عادی برطرف نمی‌شود. به عبارت دیگر، شرایط کودک به‌گونه‌ای است که مداخله در آموزش عادی برای او کافی نیست.

2- اختلالات هیجانی - رفتاری می‌توانند در حضور ناتوانی‌های دیگر مشاهده شوند.

---

<sup>1</sup> . Hardman, Drew & Egan

3- کودکان و نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلالات عاطفی، اضطراب و سایر اختلالاتی که از اختلالات سلوک یا سازگاری ناشی می‌شوند، در صورتی که اختلال، بر عملکرد آموزشی آنان تأثیر گذارد در این طبقه قرار می‌گیرند (فورنس و نیترز، 1992).

تعریف فوق از بسیاری جهات بر تعریف دولت فدرال برتری دارد:

- اصطلاحات به‌کاررفته در آن، مورد موافقت متخصصان کنونی هستند.
- اختلالات رفتاری، اختلالات هیجانی و ترکیبی از این دو را دربر می‌گیرد.
- این تعریف مدرسه محور است، اما اختلالات خارج از مدرسه را نیز مورد توجه قرار داده است.
- تفاوت‌های نژادی و فرهنگی نیز مورد توجه قرار گرفته است.
- دربرگیرنده مشکلات خفیف و واکنش‌های رایج به موقعیت‌های تنش‌زا نیست.
- احتمال وجود ناتوانی‌های چندگانه در کودکان و نوجوانان را مورد توجه قرار داده است.
- دامنه وسیعی از اختلالات هیجانی و رفتاری را از جنبه آموزش ویژه و بهداشت روانی در برمی‌گیرد (شکوهی یکتا و پرند، 1384).

## 2-3-2 طبقه‌بندی اختلالات رفتاری کودکان

کوی و پیترسون<sup>1</sup> (1987) اختلالات رفتاری را به شش دسته تقسیم کرده‌اند:

- 1- **اختلالات سلوک:** افراد مبتلا، مخرب، آزاردهنده، جنجال‌برانگیز، بدخلق و در پی جلب توجه و خودنمایی هستند.
- 2- **پرخاشگری اجتماعی:** سرقت، وفاداری به دوستان بزهکار، گریز از مدرسه و زیر پا گذاشتن ارزش‌های اخلاقی، اجتماعی و قانون از ویژگی‌های افراد مبتلا است.
- 3- **مشکلات مربوط به توجه و ناپختگی:**<sup>2</sup> فراخنای توجه و تمرکز حواس افراد مبتلا بسیار اندک است. آن‌ها بدون فکر و پرسش‌های دیگران پاسخ می‌دهند، توجه آن‌ها به‌آسانی از تکلیفی که در حال انجام آن هستند منحرف می‌شود. سست، بی‌علاقه، کند و تنبل هستند.
- 4- **اضطراب- گوشه‌گیری:** افراد مبتلا به‌آسانی برآشفته می‌شوند، حساس‌اند، احساسات آن‌ها به‌آسانی جریحه‌دار می‌شود و به‌طور کلی ترسو، مضطرب، افسرده و غمگین هستند.

<sup>1</sup> . Quay & Peterson

<sup>2</sup> . Immaturity

5- رفتار روان‌نژندی: اظهارنظرهای دور از ذهن، صحبت‌های تکراری و نمایش رفتارهای عجیب و غریب از برجسته‌ترین ویژگی‌های افراد مبتلا است.

6- تحرک مفرط: افراد مبتلا خیلی کم استراحت می‌کنند، نمی‌توانند بدون جنب و جوش بنشینند، آرامش ندارند و بیش از حد پرحرفند.

ویژگی‌های بعضی از افراد نیز ممکن است در بیش از یک طبقه جای گیرد. برای مثال کودکی ممکن است هم دارای نقص توجه و هم اختلال سلوک باشد. در مورد اختلالات رفتاری وقوع یک یا چند مورد از موارد فوق قاعده است نه استثناء، چراکه تعداد افرادی که تنها یکی از اختلالات هیجانی- رفتاری را نشان دهند، بسیار اندک است؛ بنابراین کودکان ممکن است انواع اختلالات هیجانی- رفتاری را با شدت‌های متفاوت دارا باشند (تنکلسلی و لندرام، 1997).

یکی دیگر از طبقه‌بندی‌ها که موردعلاقه روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی است، طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)<sup>2</sup> است که در نسخه DSM- IV- TR آن که در سال 2000 میلادی توسط انجمن روان‌پزشکان آمریکا ارائه شده است، اختلالات مربوط به کودکان و نوجوانان در هفت گروه طبقه‌بندی شده است:

1- اختلالات نافذ رشد:<sup>3</sup> کودکان مبتلا کمبودهای شدیدی را در سطوح متعدد رشد نشان می‌دهند. این کودکان فاقد مهارت‌های ارتباطی می‌باشند و رفتارهای غیرمعمولی را بروز می‌دهند. این اختلالات ممکن است از نابهنجاری‌های کروموزومی، نابهنجاری ساختاری سیستم مغز و عفونت‌های مادر زادی ناشی شوند و در بدو تولد یا سال‌های اولیه زندگی کودک مشخص می‌شوند؛ مانند اتیسم.

2- اختلالات نقص توجه و رفتار ایدایی:<sup>4</sup> کودکان مبتلا نشانه‌های گوناگونی را بروز می‌دهند. برای مثال؛ تکالیف درسی و اجتماعی خود را انجام نمی‌دهند و قادر به کنترل فعالیت‌های بدنی خود نیستند. آنان به اذیت و آزار دیگران و حیوانات می‌پردازند، وسایل دیگران را تخریب می‌کنند و به لجبازی با خانواده می‌پردازند.

3- اختلالات اضطرابی: این طبقه شباهت بسیاری با طبقه اضطراب- گوشه‌گیری دارد. این کودکان به هنگام جدا شدن از والدین، دوستان نزدیک، معلم و مربی به‌طور معمول مشکل دارند و درباره وقایع آینده، نگرانی غیرواقع‌بینانه‌ای نشان می‌دهند.

<sup>1</sup> . Tankersley & L&rum

<sup>2</sup> . Diagnostic and stoical manual of mental disorders

<sup>3</sup> . Pervasive developmental disorder

<sup>4</sup> . Attention deficit and disruptive behavior disorders

4- اختلالات تغذیه و خوردن: <sup>1</sup> اولین اختلالی که در این دسته قرار می‌گیرد، هرزه‌خواری <sup>2</sup> است. خوردن مواد غیرقابل خوردن به مدت دست‌کم یک ماه از ویژگی‌های بارز این افراد است. آن‌ها ممکن است موادی مانند؛ پارچه، مو، رنگ و غیره را مصرف کنند (سعیدی، 1389).

## 3-3-2 عوامل مؤثر بر بروز اختلالات رفتاری

شناسایی علل اختلالات رفتاری بسیار مشکل و پیچیده است. چراکه این اختلالات را نمی‌توان به علتی منفرد نسبت داد (استرنبرگ و گریگورینکو<sup>3</sup>، 2005). به‌طورکلی در شناسایی علل این‌گونه اختلالات باید چند نکته را موردتوجه قرارداد:

- 1- در بروز آن مجموعه‌ای از عوامل دخالت دارند.
- 2- تعیین علل آن ممکن است، تحت تأثیر عواملی نظیر؛ نگرش متخصصان نسبت به علل رفتار انسان، تجربه‌های فردی و رشته تخصصی آنان قرار گیرد.
- 3- تعیین و شناخت علل این اختلالات هنگامی سودمند است که به مداخله و پیشگیری و مؤثر منجر گردد (هالاها و کافمن، 2013).

عوامل مؤثر بر اختلالات رفتاری را می‌توان به سه گروه؛ عوامل بیولوژیک (زیستی)، عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی تقسیم‌بندی می‌شود که مشکل رفتاری تحت تأثیر یک یا ترکیبی از این عوامل پدید می‌آید.

### 1- عوامل بیولوژیک

در گزارشی از سازمان نظام پزشکی ایالت متحده آمریکا<sup>4</sup> (2000)، اهمیت نقش کارکرد اعصاب و مواد شیمیایی موجود در مغز در شناخت بیماری‌های روانی مورد تأکید قرار گرفته است. مغز دارای هزاران نورون از انواع متفاوت است که از نظر مواد شیمیایی، شکل و نوع ارتباط با یکدیگر تفاوت دارند. کارکرد مغز به توانایی سلول‌های عصبی در ایجاد ارتباط با یکدیگر بستگی دارد. عوامل بیولوژیک و جسمانی بر بهداشت روانی و بیماری‌های روانی تأثیرگذارند (ترنبال<sup>5</sup> و همکاران، 2002) و بیشتر در مورد اختلالات رفتاری شدید و عمیق صدق می‌کنند. بسیاری از کودکان به اختلالات رفتاری، نقص بیولوژیک شناخته‌شده‌ای که

<sup>1</sup> . Feeding and eating disorders

<sup>2</sup> . Pica

<sup>3</sup> .Sternberg & gregorenko

<sup>4</sup> . Surgeon general of the united states

<sup>5</sup> . Turnbull

باعث بروز رفتارهای آنان گردد، ندارند و گروه بسیاری از کودکان بهنجار دارای نقایص بیولوژیک می‌باشند (اسرنا، اسمن<sup>۱</sup> و همکاران، 1994؛ چارلپ- کریستی و کلسو<sup>۲</sup>، 1997). به نظر چس و توماس<sup>۳</sup> (1984)؛ تمام کودکان با خلق‌وخوی مشخصی به دنیا می‌آیند. گروهی که دارای خلق‌وخوی دشوار هستند، ممکن است به اختلالات رفتاری مبتلا گردند. البته شواهد کافی برای تأیید این نظر وجود ندارد. به عبارت دیگر ارتباط بین خلق‌وخو در دوران اولیه زندگی و اختلالات رفتاری قطعی نیست. علاوه بر خلق‌وخو، عوامل دیگری نظیر؛ بیماری، سوء تغذیه، ضربه مغزی و غیره نیز از جمله عوامل بیولوژیکی به شمار می‌آیند که در بروز اختلالات رفتاری تأثیر دارند (باومیتسر، کوپتاس و کلیندورت<sup>۴</sup>، 1990).

در مورد علل بیولوژیکی اختلالات رفتاری چهار نکته را باید مورد توجه قرار داد:

- 1- هر اختلالی که علل بیولوژیکی دارد ضرورتاً اختلال رفتاری تلقی نمی‌شود. گاهی اختلال در کارکردهای بیولوژیکی می‌تواند رفتارها و هیجان‌های فرد را دچار اختلال کند.
- 2- در موارد اندکی علل اختلالات رفتاری را می‌توان تنها به عوامل بیولوژیکی یا روان‌شناختی نسبت داد. در اغلب موارد، مجموعه‌ای از عوامل به ایجاد اختلال منجر می‌گردند.
- 3- درمان بیولوژیکی و دارویی برای حل مشکل کافی نیست. اگرچه ممکن است در بسیاری از موارد دارودرمانی لازم باشد، ولی کافی نیست (سوئینی؛ فورنس، کوالی و لویت<sup>۵</sup>، 1997). در فرآیند درمان اختلالات رفتارهای جنبه‌های اجتماعی و روان‌شناختی نیز باید مورد توجه قرار گیرند.
- 4- رویکردهای بیولوژیکی و دارویی در بسیاری از موارد مفید به نظر نمی‌رسند. حتی اگر ریشه اختلال، بیولوژیکی شناخته شود، اقدامات اولیه، رفتاری و روان‌شناختی هستند (هالاها و کافمن، 2013).

## 2- عوامل بیوژنتیکی

بدون شک ویژگی‌های جسمانی کودکان تحت تأثیر عوامل ژنتیک قرار دارند. در سال‌های اخیر پژوهش‌ها نشان داده‌اند، آن‌ها بر ویژگی‌های رفتاری نیز تأثیر دارند. افسردگی و اسکیزوفرنی از جمله اختلالات رفتاری به شمار می‌آیند که ارتباط نزدیکی با وراثت و ژن‌ها دارند (سعیدی، 1389).

---

<sup>1</sup> . Asarnow

<sup>2</sup> . Charlop-Christy & Kelso

<sup>3</sup> . Chess & Thomas

<sup>4</sup> . Baubeister, Kupstas & Klinsworth

<sup>5</sup> . Sweeney, Forness, Kavale & Levitt



مک کلرن<sup>1</sup> (1993) شواهد معتبری مبنی بر اهمیت نقش وراثت در شکل‌گیری رفتار و شخصیت به‌ویژه در زمینه تفاوت‌های وابسته به جنس ارائه داد. اتیسم، بیش‌فعالی و اختلالات سلوک (مانند رفتارهای ضدا اجتماعی و مصرف‌الکل) در مردان 4 تا 8 برابر زنان است. افسردگی و ترس‌های اجتماعی در زنان 2 تا 3 برابر مردان مشاهده می‌شود. هرچند نباید نقش محیط و تربیت در این اختلالات نادیده گرفت (کرک، گالاگر، کلمن و آناستازیو<sup>2</sup>، 2011).

### 3- عوامل محیطی

شرایط زندگی کودک، فقدان سیستم‌های حمایتی، خانواده، همتایان، مدرسه، عوامل فرهنگی و سوءاستفاده از کودکان، از جمله عوامل محیطی محسوب می‌شوند که در بروز اختلال سلوک و رفتارهای ضدا اجتماعی دخالت دارند (سعیدی، 1389).

بسیاری از جامعه‌شناسان و روان‌شناسان نیز معتقدند که ریشه بسیاری از مشکلات رفتاری و انحرافات شخصیتی در کودکان را باید در الگوهای تربیتی والدین و ویژگی‌های شخصیتی آنان جستجو کرد. مشکلات خانوادگی اثرات مستقیمی بر آمادگی، تمرکز و توجه کودک به درس و تحصیل دارد. وقتی والدین در وضعیت نامطمئنی و اضطرابی قرار داشته باشند، این عدم اطمینان و اضطراب را به کودکان خود منتقل می‌کنند. چنین کودکانی از آمادگی ذهنی لازم برای یادگیری و درک مطلب بهره‌مند نیستند و طبعاً از نظر تحصیلی با مشکلاتی مواجه می‌گردند. در خانواده‌های ازهم‌پاشیده و نگران و خانواده‌هایی که یکی یا هر دوی آن‌ها مبتلا به اختلال افسردگی باشد، کودکان از یک رابطه عاطفی مناسب بی‌بهره‌اند و چون ذهن آن‌ها به مسائل جانبی و نامربوط اشتغال دارد، چنین کودکانی در کلاس حضور ذهنی ندارند و نمی‌توانند از توجه و تمرکز کافی برخوردار باشند. افسردگی والدین (بخصوص مادر) نه‌تنها موجب می‌شود که کودک در کسب موقعیت تحصیلی دچار مشکلات قابل‌توجهی شود، بلکه باعث می‌شود که کودک در زمینه برقراری ارتباطات متقابل اجتماعی با سایر اشخاص نیز دچار مشکلات شود. به‌طور کلی در بیشتر تحقیقات در این زمینه نشان داده‌شده که این کودکان در مقایسه با سایر کودکان هم‌سن خود (سنین 6 تا 12 سال) در برابر مسائل و مشکلات زندگی دارای سطح سازگاری پایین‌تری باشند. همچنین در میان آنان علائمی مربوط به اختلال افسردگی مشاهده شود (اسماعیل‌زاده، 1385).

<sup>1</sup> . Mc Clearn

<sup>2</sup> . Kirk, Gallagher, Coleman & Anastasiow

متخصصین عقیده دارند که اضطراب‌های مزمن کودکان، از بودن آنان در موقعیت‌های فشارزا سرچشمه می‌گیرد. ناتوانی در خارج شدن از موقعیت فشارزا، ناتوانی در انجام کاری درباره بهبود موقعیت، عدم توانایی در تغییر موقعیت، احساس عجز و ناتوانی آنان و نیز نگرش منفی آنان از «خود» را چندین برابر تشدید می‌کند. برای یک کودک اضطراب ممکن است از آنجا ریشه بگیرد که مجبور باشد در خانواده‌ای زندگی کند که سوءاستفاده می‌کنند. در چنین موقعیتی کودک که این مورد و موارد مشابه را به خوبی درک می‌کند ولی به علت وابستگی‌های مادی و معنوی قدرت قیام ندارد، به‌ناچار در خود فرو می‌رود و انزوا برمی‌گزیند. در چنین فضایی، کودک بسیار کوچک‌تر از آن است که بتواند درک کند که خانواده‌اش احتمالاً آنقدر درگیر حل مشکلات عدیده خویش است که نمی‌تواند رابطه مناسبی با وی برقرار سازد. یکی از تظاهرات شدید خود-پنداری ضعیف، با ضعف اعتمادبه‌نفس، در اقدامات خودکشی متجلی می‌گردد. امروزه پدیده خودکشی در بین کودکان خردسال، توجه بیشتری را به خود جلب کرده است. اگرچه نمونه‌های خودکشی، در میان کودکان خردسال به‌ویژه زیر سن 15 سالگی بسیار نادر است؛ اما برخی از موارد خودکشی آنان گزارش شده است (سیف نراقی و نادری، 1394).

جو عاطفی خانواده و حمایت انگیزه‌های یادگیری که از طرف والدین در اختیار کودک قرار می‌گیرد، می‌توانند در رشد فکری او تأثیر بسزایی بگذارند، تحقیقات نشان داده است که کمبود تجربه‌های جدید و جالب یا عدم همکاری والدین و معلمین در این امر باعث افسردگی و دلزدگی و دل‌سردی و بی‌حوصلگی در کودکان می‌شود و پیشرفت هوشی آنان را کند می‌کند. مهم‌ترین انگیزه در زندگی کودک دریافت تشویق و تصدیق از طرف کسانی است که به او علاقه‌مندند و کودک از آنان سرمشق می‌گیرد. پس والدین باید آگاهی منطقی و هماهنگ با مرحله رشدی کودک داشته باشند. تحقیقات نشان داده کودکانی که مسئولیت را نیاموخته‌اند در سنین بزرگسالی وارد مشاغلی می‌شوند که در آن‌ها کمتر مسئولیت وجود داشته باشد. در نتیجه بر احساس طرد شدن و بیگانگی آن‌ها دامن زده می‌شود. برخی از گرایش‌های تربیتی والدین با پیدایش رفتارهای غیر انطباقی فرزندان رابطه دارد (وبستر و هابرت<sup>1</sup>، 1994). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات رفتاری فرزندان با اختلال روان‌پزشکی والدین رابطه دارد (راتر و کویتون<sup>2</sup>، 1984).

اگر در خانواده شرایط و روابط ناسالم و منفی وجود داشته باشد، تأثیری بر روی فرزندان خواهد گذاشت و منش‌های عاطفی ناهنجاری در آن‌ها شکل خواهد گرفت. نقش‌های منفی از قبیل حسادت، پرخاشگری، احساس عدم امنیت، مضطرب، پرخاشگر، ناسازگار و افسرده می‌گردد. لسلت (1987) ناسازگاری کودکان و نوجوانان ناشی از شکست در دوران کودکی و در خلال دوران دل‌بستگی مادر می‌داند (به نقل از سعیدی، 1389). پس رابطه والدین با فرزندان در ایجاد سازگاری کودکان و نوجوانان می‌تواند

<sup>1</sup> . Webster & Habrs

<sup>2</sup> . Rutter & Quinton

تسهیل کننده یا بازدارنده باشد. توافقی همگانی وجود دارد که خانواده‌ها در پیدایش اختلال‌های رفتاری تأثیر مهمی دارد (ویکز-نلسون و ایزرائیل، 2003).

از آنجاکه مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می‌کند، لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات رفتاری کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین دارد. هر چه مشکل روانی والدین شدیدتر باشد ظهور اختلال‌های رفتاری کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین دارد. هر چه مشکل روانی والدین شدیدتر باشد ظهور اختلال‌های رفتاری کودکان سریع‌تر خواهد بود (بلانز و همکاران، 1991، به نقل از سعیدی، 1389).

اکثر روان‌شناسان معتقدند که کمبودهای کیفی و کمی در رابطه‌ی اولیه بین مادر و نوزاد اختلال در سلامت روان نوزاد را در پی خواهد داشت و این بیشتر به صورت عوارض جسمانی یا روان‌تنی و سایکو سوماتیک خود را نشان خواهد داد. عوارضی مثل بی‌خوابی، دل‌درد، اسهال و یبوست و ناراحتی‌ها و اختلالات پوستی و گوارشی می‌توانند به دلیل کمبودهای عاطفی و روانی در این دوره ظاهر شوند و در بسیاری از موارد والدین، متخصصین و اولیای امور بدون توجه به ریشه عاطفی و روانی این عوارض با آن‌ها برخورد می‌کنند. رابطه مادر- فرزند نزد مادران مضطرب با مادران غیر مضطرب متفاوت است. مادران مضطرب در روابط عاطفی با فرزندان خود دچار مشکل‌اند، به آن‌ها کمتر محبت می‌کنند، کمتر لبخند می‌زنند و در تعامل با فرزندان بیشتر حالتی انتقادی و عصبی دارند. زمانی که والدین از نظر روان‌شناختی، اجتماعی یا اقتصادی تحت فشار باشند، در مراقبت و ابراز محبت به کودکان ناتوان و تحریک‌پذیر خود دچار مشکل می‌شوند و این امر به نوبه خود باعث ایجاد یک دل‌بستگی ناامن می‌شود. از سویی والدین در مقابل کودک نیازمند و آسیب‌پذیر خود دچار اضطراب می‌شوند و از سوی دیگر این اضطراب، آنان را از لحاظ عاطفی در نظر کودک غیرقابل دسترسی می‌کند و کودک در مقابل، دچار اضطراب می‌شود (ریحانی، 1384).

در جریان تعاملات مادران افسرده کودکان به ندرت بیان چهره‌ای مثبت و بیشتر بیان چهره‌ای منفی، کاهش بیان کلامی، کاهش فعالیت و بازیگوشی و تقابل بیشتر حالات عاطفی منفی مادرانشان را نشان می‌دادند. خردسالان و کودکان مادران افسرده، تأخیر هیجانی، اختلال‌هایی در تنظیم عاطفه، مشکلات جدایی و دل‌بستگی ناایمن را نشان می‌دهند. خردسالان و پیش‌دبستانی‌های مادران افسرده در تعامل با مادرانشان کاهش بیان کلامی، افزایش بازداری در موقعیت‌های ناآشنا و رفتارهای اجتماعی بازداری شده- مضطرب با همسالانشان را نشان می‌دهند. فرزندان مدرسه رو در جریان تعاملات مادر- کودک منفی‌گرایی

و رفتار خارج از تکلیف را نشان می‌دهند و در تعاملات با مادرانشان راحت نیستند. به‌طور کلی آن‌ها نسبت به کودکان مادران بهنجار صمیمیت کمتر و گوشه‌گیری، انزوای اجتماعی، بی‌توجهی و ناشکیبایی بیشتری نشان می‌دهند. اختلال در جریان دوره نوجوانی به‌صورت بی‌اعتنایی شدید، تعارض و گوشه‌گیری بروز می‌کند (مش و وولف، 1989؛ ترجمه شریفی درآمدی، 1394).

با توجه به این‌که روابط بین نسلی در رفتار جنایی اثبات‌شده است. شواهد موجود حاکی از این است که آسیب‌شناسی روانی والدین با رفتار پرخاشگرانه و ضداجتماعی کودکان ارتباط دارد. شخصیت اجتماعی والدین ارتباط ویژه و تنگاتنگی با اختلال سلوک کودکان دارد. این ارتباط برای پدران بسیار روشن است. این بین اول اختلال سوء‌مصرف مواد در والدین و دوم شخصیت هیستریایی مادر با الگوهای رفتار ضداجتماعی است. پرخاشگری کودکان نیز با پرخاشگری دوران کودکی والدین ارتباط دارد. ارتباط افسردگی مادر با پرخاشگری کودک نیز پیچیده است و در پژوهش‌های مختلف گزارش شده است. در برخی گزارش‌ها نیز اثرات وراثتی در پرخاشگری کودک نیز پیچیده است و در پژوهش‌های مختلف گزارش شده است. در بعضی گزارش‌ها نیز اثرات وراثتی در پرخاشگری و رفتار ضداجتماعی کودکان و نوجوانان به‌صورت ضعیفی گزارش شده است؛ اما در کل والدین به‌صورت منفی، رفتارهای پرخاشگرانه و بی‌اعتنایی کودک را به‌طور فزاینده‌ای تقویت می‌کنند (مش و وولف، 1989؛ ترجمه شریفی درآمدی، 1394).

## 2-3-4 ویژگی‌های افراد با اختلالات رفتاری

اغلب دانش‌آموزان با اختلالات رفتاری دارای ویژگی و نیازهای بسیار ناهمگون و متفاوتی می‌باشند. بعضی از آنان حتی به آموزش ویژه نیز نیاز ندارند، زیرا اختلال بر پیشرفت تحصیلی آنان تأثیر نگذاشته است. برای مثال دانش‌آموزان که دچار ترس از مدرسه است به آموزش ویژه نیاز دارد (ترنبال و همکاران، 2002).

هاردمن، درو و ایگان (2017) ویژگی‌های افراد با اختلالات رفتاری خفیف و شدید را در جدولی طبقه‌بندی نموده‌اند:

جدول 1-2: ویژگی‌های افراد با اختلالات رفتاری خفیف و شدید (هاردمن، درو و ایگان، 1999)

ویژگی	اختلالات رفتاری خفیف	اختلالات رفتاری شدید
-------	----------------------	----------------------

هوش	از زیر متوسط تا تیزهوش، به طور معمول زیر متوسط	زیر متوسط
پیشرفت تحصیلی	مهارت‌های تحصیلی زیر متوسط، میزان ترک تحصیل بیش از سایر افراد استثنایی	وجود اختلال شدید در مهارت‌های تحصیلی، ممکن است ریاضی و خواندن را در حد ابتدایی یاد بگیرند.
روابط اجتماعی	وجود مسائل عمده در حفظ و گسترش روابط اجتماعی	در موارد بسیار اندک قادر به برقراری ارتباط با دیگران هستند. اغلب از برقراری رابطه حتی با همسالان اجتناب می‌ورزند.
مهارت‌های انطباقی	مهارت‌های مربوط به زندگی روزمره و مراقبت از خود دارند	در مهارت‌های زندگی و مراقبت از خود با مسائل عمده‌ای مواجه هستند.
مشکلات رفتاری	پرخاشگری کلامی و جسمانی در آنان به فراوانی مشاهده می‌شود	در اغلب ساعات روز، به طور پیوسته رفتارهای توأم با خصومت و مخرب دارند. به خود و دیگران آسیب می‌رسانند.
زبان و گفتار	معمولی	اغلب به گونه‌ای عجیب و غریب حرف می‌زنند. فاقد مهارت‌های گفتاری - ارتباطی هستند.
تماس با واقعیت	تماس با واقعیت خوب است نسبت به محیط و افراد اطراف خود آگاهی دارند.	تماس با واقعیت مخدوش است. دنیای خود را براساس توهمات و تخیلات شکل می‌دهند.
وجود سایر اختلالات همراه	اختلالات یادگیری بیش از سایر اختلالات مشاهده می‌شود.	اختلالات خوردن و افسردگی بیش از سایر اختلالات مشاهده می‌شود.
اشتغال	به طور معمول شاغل نیستند، زیرا در انجام وظایف مربوط به شغل ناتوان‌اند.	به طور معمول شاغل نیستند، زیرا توانایی مراقبت از خود را ندارند و به دیگران نیز وابسته‌اند.

### 5-3-2 اختلال عاطفی

اختلال عاطفی طبقه تشخیص گسترده‌ای در روان‌پزشکی که تعدادی سندرم‌های مشترک در یک خصوصیت اساسی یعنی اختلال خلق یا عواطف را تا حدی که به ابعاد افسردگی یا تحریک برسد، در برمی‌گیرد. مع‌هذا، این اصطلاح زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که قرائن (آشکار) اختلال فیزیکی یا یک بیماری روانی دیگر در کار نباشد (کاپلان و سادوک، 1999؛ ترجمه پورافکاری، 1391). طبق تعریف

راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی روان‌پزشکی آمریکا (1994)؛ اختلال عاطفی اصطلاحی است کلی و مربوط می‌شود به اختلال روانی که در آن آشفتگی اساسی در عواطف و هیجانات فرد موجود است (نیکخو؛ 1380).

با پیشرفت و توسعه روانشناسی، خصوصاً روانشناسی کودک و نوجوان، گام بلندی در راه تشخیص و شناخت نوجوانانی که از نظر عاطفی با مشکلاتی مواجه هستند، برداشته شده است. در این زمینه روانشناسی بالینی در رفع مشکلات عاطفی و رفتاری افرادی که نابهنجارند، بسیار مؤثر افتاده است. در سال 1908 آلفرد بینه اولین مطالعه علمی خود را در مورد کودکان آغاز کرد. تا قبل از آن هیچ‌گونه مطالعه‌ای که جنبه عینی و علمی داشته باشد در شناخت مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان معمول نشده بود. در آن زمان منابع تشخیص مشکلات عاطفی کودکان و نوجوان فقط محدود به استفاده از عوامل زیر می‌شد:

1. بررسی نوشته‌ها و یادداشت‌های بزرگسالان که مبین خاطرات ایام کودکی‌شان بود.
2. استفاده از پرسشنامه. در این پرسشنامه‌ها از بزرگسالان می‌خواستند تا جزئیات رفتار زمان کودکی‌شان را شرح دهند.
3. گزارش روزانه از رفتار کودک و بررسی این گزارش‌ها (مان، 1972، ترجمه ساعتچی، 1377).

## 6-3-2-هنجارهای اجتماعی فرهنگی و مشکلات رفتاری

شاید جامع‌ترین ملاک برای قضاوت در مورد اختلال رفتار، نقش هنجارهای اجتماعی و فرهنگی باشد که سالیان قبل توسط انسان‌شناسی بنام روت بندیک (1984)<sup>1</sup> به صورتی مؤثر شرح داده شد، وی پس از مطالعه وسیعی که در مورد فرهنگ‌های مختلف به عمل آورد ابراز داشت که هر جامعه، رفتارهای معینی را انتخاب می‌کند که مناسب آن، افراد خود را به‌گونه‌ای پرورش می‌دهند تا طبق آن عمل کنند. افرادی که بر اثر موضع‌گیری‌های قبلی، خلق‌وخو یا تجربه‌های اکتسابی، این رفتارها را از خود بروز ندهند، اجتماع آن‌ها را افرادی کج رو و منحرف می‌شناسد. انحراف این افراد همیشه نسبت به معیارهای اجتماع سنجیده می‌شود.

---

<sup>1</sup> . Routbendiket

در یک محدوده وسیع، بهنجار بودن براساس فرهنگ تعریف می‌شود. بهنجاری در وهله اول واژه‌ای است برای آن بخش از رفتار که از نظر اجتماعی در هر فرهنگ پا گرفته است؛ و نابهنجاری، واژه‌ای است که به آن بخش از رفتار که در تمدن بخصوصی کاربرد ندارد، اطلاق می‌شود (سعیدی، 1389).

بدون شک فرهنگی که کودک در آن پرورش می‌یابد تأثیری بر رشد هیجانی، اجتماعی و رفتاری وی دارد. مطالعات موردی در مورد فرهنگ‌های به‌سرعت در حال تغییر؛ دال بر این فرع است، به‌طور خلاصه شرایط اجتماعی و فرهنگی و تغییرات آن برجسته‌ای بر رفتار کودک دارد. مسئولیت‌های جدیدی بر عهده نوجوانان گذاشته می‌شود آشکارا تأثیرات فرهنگی بر رفتار، مهم و معنی‌دار شده است (کافمن، 1992؛ ترجمه جوادیان، 1386).

کودکان و بزرگسالان عادی میلی به گذراندن اوقات خود با چنین کودکانی ندارند مگر آنکه مجبور شوند. قابل فهم است که دیگران نسبت به کسانی که چنین خصوصیتی دارند عکس‌العمل مشابه نشان دهند شگفت‌انگیز نیست که این کودکان در جنگ دائمی با همه گرفتار باشند. مشکل از کجا آغاز می‌شود؟ آیا آن با رفتاری شروع می‌شود که دیگران را خشمگین یا بی‌قرار می‌کند؟ یا با یک محیط اجتماعی ناراحت و نامناسب برای کودکان آغاز می‌گردد که تنها پاسخ معقول به آن کناره‌گیری یا تهاجم است پاسخ به این سؤال ما براساس پژوهش‌های موجود غیرممکن است. بهترین داوری امروزی در این باره آن است که بگویم این مشکل تنها ناشی از رفتار کودک با محیط نیست مشکل از آنجا پدید می‌آید که تعاملات و مبادلات اجتماعی بین کودک و محیط اجتماعی نامناسب است تعلیم و تربیت ویژه برای این دانش‌آموزان به جهات مختلف مغشوش و اغتشاش آفرین است. تعداد زیاد و گوناگون نظریه‌ها در باب علل و بهترین طریق درمان اختلال‌های رفتاری، تقسیم‌بندی مفیدترین مفاهیم را مشکل می‌سازد. لذا مطالعه این میدان از تعلیم و تربیت ویژه، نیاز به تفکر انتقادی و پشتکار بیشتر از حد معمول دارد (سعیدی، 1389).

### 7-3-2 تفاوت‌های مربوط به جنسیت

یکی از فراگیرترین یافته‌هایی که با توجه به درجه شیوع اختلال‌های رفتاری دیده می‌شود این است که اختلال‌های رفتاری پسران از تنوع و گستردگی بیشتری برخوردار است تا دختران. این گستردگی شامل اختلال شدید روانی، تحرک بیش‌ازحد، خیس کردن رختخواب، رفتار ضداجتماعی و مشکل یادگیری است. این اختلاف رامی توان ناشی از چندین عامل دانست: در کل به نظر می‌رسد که پسرها نسبت به دخترها از نظر زیستی آسیب‌پذیرتر باشند، از همان دوره جنینی میزان مرگ‌ومیر در پسرها نسبت به دخترها بیشتر

است و به نظر می‌رسد، بیماری‌های جدی، تغذیه نادرست و فقر در آنان تأثیر بیشتری می‌گذارد با این وجود اختلاف‌هایی که در پرورش این گروه در اجتماعی وجود دارد، در مورد اختلاف‌های مربوط به جنسیت نیز بی‌تأثیر نیست. برای مثال تردیدی نیست که پرخاشگری در پسران سهل‌تر پذیرفته می‌شود تا در دختران. در هر حال شواهدی موجود است که نشان می‌دهد در جه شیوع بالاتر اختلال‌های رفتاری نزد پسران را می‌توان ناشی از این دانست که کروی‌های پسران بیشتر شنیده می‌شود. مادران انتظار دارند که گرفتاری‌های پسران از دختران طولانی‌تر شود (ویکز-نلسون و ایزرائیل، 2003).

معلمان و والدین نسبت به تحرک بیش‌ازحد، ناپایداری، حواس‌پرتی، نفاق و ازهم‌گسیختگی پسران تاب تحمل کمتری دارند همین حال، امکان دارد تحمل بزرگسالان نسبت به کارهای پسران به این دلیل کمتر باشد که اداره کردن پسران از بدو زندگی‌شان مشکل‌تر بوده است از این‌رو امکان دارد، ویژگی‌های زیست‌شناسی با پرورش‌ها و انتظارات اجتماعی در هم آمیزند. در نتیجه می‌توان آن‌ها را نشانگر بحران‌های زودگذر رشد دانست. این نتیجه‌گیری، زمانی تقویت می‌شود که می‌بینیم بسیاری از مسائل دوران کودکی بدون درمان فرومی‌نشینند (ویکز-نلسون و ایزرائیل، 2003).

### 8-3-2 وضعیت روانی کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری

کودکانی که از نظر هیجانی آشفته‌اند و به اختلال رفتاری دچارند، در دوست‌یابی موفق نیستند که ملموس‌ترین شکل آن‌ها، ناکامی در ایجاد پیوندهای نزدیک و راضی‌کننده عاطفی با دیگران است. این افراد فقط می‌توانند دوستان خیالی برای خود پیدا کنند. دیگر کودکان میلی به نزدیک بودن با آنان ندارند و بزرگسالان آنان را جالب‌توجه نمی‌یابند، برخی از این کودکان کناره‌گیر می‌باشند کودکان یا بزرگسالان دیگر ممکن است بخواهند به حریم آنان وارد شوند، ولی تلاش‌های آنان معمولاً با ترس و عدم علاقه روبرو می‌شود. در بسیاری از موارد، این نوع از طرد کامل تازمانی ادامه می‌یابد که کسانی که می‌کوشند دوستی بیابند از پا درافتند. از آنجاکه پیوندهای عاطفی حول پاسخ‌های اجتماعی دوجانبه شکل می‌گیرد، مردم معمولاً علاقه‌شان را نسبت به کسی که پاسخگو نیست از دست می‌دهند بسیاری از کودکان دارای اختلال رفتاری، از دیگران منزوی هستند، نه به خاطر اینکه از پیشرفته‌ای دوستانه کنار می‌کشند، بلکه به لحاظ آنکه با دشمنی و پرخاشگری با دیگران روبرو می‌شوند، آن‌ها بدرفتار، منحرف، غیرقابل‌پیش‌بینی، غیرمسئول، ستیزه‌جو، حسود، لجباز می‌شوند (هالاها و کافمن، 2013).

مشکلات توان‌بخشی افراد به اختلالات رفتاری به‌قرار زیر است:



عدم وجود نیروی متخصص توان بخشی در مدارس، کمبود امکانات توان بخشی، عدم آگاهی اولیاء، کمبود اطلاعات آن‌ها از مشکلات عمده توان بخشی این افراد است و پاره‌ای از مشکلات رفتاری آن‌ها با کندی پیشرفت تحصیلی رابطه دارد (سعیدی، 1389).

**اتکای به دیگران:** اکثر کودکان که با رشد و رسیدن به بلوغ اجتماعی معمولاً به درجه معینی از استقلال دست می‌یابند. کودکان اغلب با بالاتر رفتن سنشان اصرار می‌ورزند که «خود آن کار را بهتر انجام می‌دهند» به این دلیل است که از اتکای به دیگران به تدریج کاسته می‌شود. برخلاف کودکی که به طور طبیعی رشد می‌کند، بسیاری از کودکان مبتلابه ناتوانی یادگیری اتکای شدیدی به والدین، معلمان و سایر بزرگسالان دارند. اتکای زیاد این گونه کودکان معمولاً به این صورت ظاهر می‌شود که آنان بیش از حد می‌خواهند آنان را یاری و تأیید کنند و برای انجام اکثر فعالیت‌هایی که به انجام آن مشغول‌اند از دیگران یاری می‌خواهند (بلکهام و سیلبرمن<sup>۱</sup>، 1980).

کودکان خردسالی که به مدارس وارد می‌شوند، برای اولین بار رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که حاکی از اتکای شدید است، باین حال بسیاری از این دشواری‌ها در خلال ماه‌های اول مدرسه از بین می‌رود؛ اما در مورد برخی کودکان این گونه اتکا تا یکی دو سال اول و تا سال‌های میانی تحصیل به طور جدی ادامه می‌یابد. ناکامی‌های تحصیلی این گونه کودکان بی‌تردید با این نیاز فوق‌العاده به یاری و تأیید بیش از حد مرتبط است. توصیه می‌شود که برای این کودکان موقعیت‌هایی فراهم شود تا با چشیدن مزه موفقیت‌ها و کسب تجربه‌های مثبت بتوانند میزان شایستگی خود را بالا ببرند (گاردنر<sup>۲</sup>، 1978)، در مورد حل مشکل کودکی که به دیگران متکی است، پیشنهاد ارزنده‌ای ارائه داده است. شیوه اداره رفتار وی برای کاهش این مشکل رفتاری به صورت ارائه گام‌های متوالی است (نراقی و نادری، 1394).

**تصورات نادرست از خود:** اغلب اوقات دیده می‌شود که کودکان مبتلابه ناتوانی یادگیری نسبت به خود تصورات منفی دارند یا خود را دست‌کم می‌گیرند. این کودکان اغلب اعتماد به نفس ندارند و خود را ناچیز می‌پندارند. بسیاری کودکان مبتلابه مشکل رفتاری به دلیل شکست‌های پی‌درپی تحصیلی احساس می‌کنند که آنان کودن، خرفت و بی‌فایده هستند و از انجام هر کاری مفیدی عاجزند (گاردنر، 1978؛ والاس و کافمن<sup>۳</sup>، 1978). سرانجام آن نتایج بررسی‌های به عمل آمده نشان می‌دهد که میان عوامل مؤثر در شناسایی کودکان مبتلابه مشکل رفتاری احساس ارزشمند بودن پیوسته با پیشرفت کلی تحصیلی در ارتباط است (ویکز-نلسون و ایزرائیل، 2003).

1. Blackham & Selberman

2. Gardner

3. Wallace & Kauffman

حواس پرتی: سوابق پیشین نشان می‌دهد که یکی از ویژگی‌های مورد توجه در کودکان مبتلابه مشکل رفتاری، حواس پرتی آنان بوده است (اشتراوس و لتین<sup>۱</sup>، 1947، به نقل از سعیدی، 1389). متخصصان این رشته، این مسأله را با اختلال‌های گوناگون ادراکی مرتبط می‌دانستند. کودک مبتلابه مشکل رفتاری که دچار حواس پرتی است، نمی‌تواند حواس خود را بیش از چند دقیقه بر یک فعالیت متمرکز کند، حتی زمانی که از مسأله آگاه است درمی‌یابد که تمرکز بر یک کار بخصوص برایش فوق‌العاده دشوار است (جانسون و مایکل باست<sup>۲</sup>، 1967، به نقل از نراقی و نادری، 1394).

مرور 20 مطالعه تجربی درباره کاستیهای مربوط به توجه در کودکان مبتلابه مشکل رفتاری افزون بر مسأله حواس پرتی که به فعالیت‌های آموزشی و کارهای مدرسه ارتباط پیدا می‌کنند طبق اظهار (برایانت<sup>۳</sup>، 1972) به نظر می‌رسد که شمار قابل توجهی از مبتلایان به مشکل حواس پرتی در کارهای بی‌ارتباط با مدرسه، چون تماشای تلویزیون نیز با مشکل عدم توجه روبرو هستند (گودرزی، 1383).

**تکرار غیرعادی:** تکرار غیرعادی به تمایل برخی از مبتلایان به مشکل رفتاری به تکرار مداوم رفتاری گفته می‌شود که زمان ارائه آن درست و مناسب نباشد. نمونه‌های تکرار غیرعادی عبارت است از: نوشتن مکرر یک حرف (بلکهام و سیلبرمن، 1980). تداوم در ترسیم خطوط دایره‌وار (اشتراوس و لتین، 1947، به نقل از سعیدی، 1389) و رنگ‌آمیزی تمام یک صفحه با یک رنگ تکرار غیرعادی کلامی به تکرار مداوم کلمه‌ها یا عبارت‌ها و همچنین به مشکل برخی کودکان در تغییر موضوع بحث گفته می‌شود (مایرز و هامیل<sup>۴</sup>، 1976، به نقل از گودرزی، 1383). مایکل باست (1967) اظهار می‌دارد میان تکرار غیرعادی و مسأله حواس پرتی رابطه نزدیکی وجود دارد. در نتیجه درمان اختلال تکرار غیرعادی معمولاً از طریق تمرکز بر رفتارهایی است که به کودک اجازه می‌دهد به کار یا فعالیت بخصوصی بیشتر توجه کند (سعیدی، 1389).

**رفتارهای اخلاک‌گرانه:** این گونه رفتارهای آشکار معمولاً به دلیل اخلال در روند فراگیری و نظم کلاس و به علت آن که نمی‌توان پرخاشگری را نادیده گرفت، نسبت به سایر انواع مشکلات رفتاری برای معلم مهم‌تر است. فرضیه ارائه شده از جانب آلرد<sup>۵</sup> و همکارانش، (1969) این نوع رفتار را از سرخوردگی کودک نسبت به عدم موفقیت تحصیلی ی نبود تشویق می‌داند. مک‌کولی و لوین<sup>۶</sup> (1975) در بررسی‌های خود به روابط متقابل کودک با والدین، کودک با معلم و کودک با محیط، فرضیه‌های مطرح شده را مورد مطالعه قرار داده‌اند.

1. Eshtrous & Leten

2. Johnson & Maiklbost

3. Bryant

4. Mayers & Hamil

5. Alerd

6. McCaulay & Levin

درعین حال در سال‌های اخیر تأکید بر کنترل و اداره رفتار اخلاک‌گراانه کودکان در کلاس درس تغییر جهت داده است (ویکز-نلسون و ایزرائیل، 2003).

**گوشه‌گیری:** برخلاف کودکی که آشکارا پرخاشگر است یا تحرک بیش‌ازحد دارد برخی کودکان مبتلابه ناتوانی یادگیری را می‌توان با ویژگی‌های بیماری، سستی، عدم تحرک و این‌که در کلاس هیچ آزاری به دیگران نمی‌رسانند شناخت (مایرز و هامیل<sup>۱</sup>، 1976). گوشه‌گیری این نوع کودکان اغلب سبب می‌شود در کلاس‌های درس توجه کسی به آنان جلب نشود و همین باعث کندی پیشرفت در روند آموزش آن‌ها می‌شود. طبق اظهار بلکهام و سیلبرمن (1980) اکثر کودکان در مقاطع مختلف رشد برخی رفتارهای گوشه‌گیرانه را از خود بروز می‌دهند (ویکز-نلسون و ایزرائیل، 2003).

گوشه‌گیری می‌تواند از عوامل گوناگون ناشی شود. از جمله دلایل عمده گوشه‌گیری می‌تواند از عدم موفقیت در امور تحصیلی و یادآوری ناکامی‌های پیشین نام برد. همچنین برخی کودکان به غلط تشویق می‌شوند که آرام و بی‌صدا بنشینند. گوشه‌گیری معمولاً بسیار تدریجی و با گام‌های بسیار کوتاه از بین می‌رود. رایس<sup>۲</sup> (1974) معتقد است هنگامی که کودک برای برقراری روابط گوناگون با دیگران گام برمی‌دارد به تشویق و حمایت قابل توجهی نیازمند است (ویکز-نلسون و ایزرائیل، 2003).

**تحرک بیش‌ازحد:** معمولاً تحرک بیش‌ازحد به فعالیت و جنب‌وجوش بیش‌از اندازه گفته می‌شود و چنین رفتارهایی بیشتر اوقات در حکم یک اختلال حرکتی تلقی می‌شود. دلایل تحرک بیش‌ازحد فراوان و متنوع است. از جمله دلایل ذکر شده عبارت‌اند از:

الف) عوامل زیست‌شناختی.

ب) عوامل محیطی.

ج) تجربه‌های مدرسه.

د) انواع گوناگون آلرژی‌ها (بلکهام و سیلبرمن، 1980).

در انتها باید افزود که طبق اظهار برایانت (1972) تحرک بیش‌ازحد معمولاً با بالا رفتن سن کاهش می‌یابد.

<sup>1</sup> . Mayers & Hamil

<sup>2</sup> . Rais

**مشکلات ادراک اجتماعی:** آنچه به نام ادراک اجتماعی خوانده می‌شود عبارت است از: توانایی درک وضعیت خود نسبت به رفتار افراد دیگر و موقعیت‌های اجتماعی که در روابط با دیگران در وضعیت‌های مختلف اجتماعی نمایان می‌شود. از ویژگی‌های کودکان دارای مشکل ادراک اجتماعی (باثر<sup>۱</sup>، 1961، به نقل از سعیدی، 1389) می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

1. اهمیت ندادن به احساسات دیگران.
2. روابط متقابل این کودکان با دیگران اغلب اوقات در حد بسیار کم و ناقص انجام می‌گیرد.
3. عدم توان پذیرش مسئولیت‌های شخصی و اجتماعی.
4. نمی‌توانند بدون حمایت و هدایت مداوم فعالیتی را انجام دهند.
5. پیوسته در حال انجام کارهای نامناسب و گفتن چیزها هستند.
6. نسبت به انجام تکالیف بی‌قید هستند در نتیجه با افت شدید تحصیلی روبرو می‌شوند.

هنکر<sup>۲</sup> (1997)، جانسون و مایکل باست (1967؛ به نقل از نراقی و نادری، 1394) اظهار می‌دارند که چاره درد دشواری‌های ادراک اجتماعی را باید در موقعیت‌ها عملی و واقعی جستجو کرد. آنان همچنین بر این باورند که برای این کودکان باید روابط غیرکلامی به شکل کلامی درآمد و مورد تحلیل قرار گیرد.

### 9-3-2 برخی تکنیک‌های شناسایی کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری

اغلب اوقات ما به توانایی پیش‌بینی برخی نشانه‌ها متکی هستیم، گرچه این پیش‌بینی در بهترین حالت تنها یک حدس آمارگونه است. مشکلات رفتاری چنان متنوع است که برقراری ارتباط میان نشانه‌های موجود و رفتارهای یادگیری دشوار است (برایانت، 1972). ممکن است برخی نشانه‌های اولیه مشکل رفتاری در کودک دیده شود، اما در نهایت در مدرسه با مشکلی روبرو نباشد. پیش‌بینی که براساس تنها یک عامل انجام شود موفقیت چندانی نخواهد داشت. درعین‌حال مقیاس‌های درجه‌بندی و مشاهدات موقعیت‌های مختلف در کار طبقه‌بندی کودکان مبتلا به مشکل رفتاری موفقیت فزاینده‌ای داشته است (والاس، لارسن و السین<sup>۳</sup>، 1992).

---

<sup>1</sup>. Baer

<sup>2</sup>. Henker

<sup>3</sup>. Wallace, Larsen & Elksnin

**مجموعه آزمون‌ها:** جانسکی و لانگ فورد<sup>۱</sup> (1966)، به نقل از سعیدی، (1389) با مطالعه بسیاری از فعالیت‌ها و آزمون‌ها که در طبقه‌بندی کودکان دبستانی، بالقوه مفید بودند، فهرستی از مواردی را که در پیش‌بینی به کار می‌آمدند، تهیه کردند. از جمله: آزمون گشتالتی دیداری - حرکتی بندر و در مطالعه‌ای دیگر، جکسون (1971) از ده معلم کلاس چهارم خواست تا کودکانی را که به‌طور بالقوه‌ای در تحصیل پیشرفت دارند و آنانی را که پیشرفت کنده دارند برگزینند. برای این کار آنان برای سایر کودکان دوره دبستان (کلاس چهارم) از آزمون پیشرفت گسترده وسیع جاستاک و جاستاک<sup>۲</sup> (1965)، به نقل از سعیدی، (1396). مقیاس شناسایی اولیه (لندرمین و دیدارد<sup>۳</sup>، 1967) با آزمون گشتالتی دیداری - حرکتی بندر استفاده کردند. مجدداً پس از آن که این کودکان چهار ماه در کلاس پنجم درس خواندند، از همین مجموعه آزمون برای آنان استفاده شد، توانستند آنانی که توانایی بالقوه‌ای در پیشرفت داشتند و افرادی را که پیشرفتشان کند بود شناسایی کنند. آزمون گسترده وسیع و مقیاس وانستون تا 90 درصد قدرت پیش‌بینی داشت، اما آزمون گشتالتی دیدار - حرکتی بندر فاقد قدرت پیش‌بینی بود.

**مقیاس‌های درجه‌بندی:** برای شناسایی مشکل رفتاری از ادراکات و مشاهدات معلمان نیز استفاده می‌شود. مقیاس درجه‌بندی دانش‌آموز (مایکل باست) یکی از قابل‌اعتمادترین شیوه‌های طبقه‌بندی بود که از پروژه طبقه‌بندی مایکل باست و بوش<sup>۴</sup>، (1969)، به نقل از سعیدی، (1389) در مورد مشکلات رفتاری حاصل شده است. این مقیاس با ملاک‌های فراگیری کامل در دوره دبستانی و پیشرفت تحصیلی همبستگی بالایی دارد.

**مشاهدات:** سولدت و کولیگان<sup>۵</sup> (1975)، نقل از سعیدی، (1389) برای پیش‌بینی مشکلات رفتاری کودکان از روش مشاهده مستقیم استفاده کردند. رفتارهایی که مورد مطالعه قرار گرفت عبارت بودند از: پاسخ‌های شفاهی صحیح (از برخوانی)، توجه (نگریستن به معلم)، بی‌توجهی و خیره شدن از پنجره به بیرون و ایجاد اخلاص (زدن همکلاسی‌ها). این مشاهدات در دوره ابتدایی کلاس چهارم تا آخر سال انجام شد. نتایج این مشاهدات با درجه‌بندی‌های معلم از آمادگی خواندن و رشد زبان، رابطه با کودکان دیگر و طرز برخورد با ضوابط کلاس به‌گونه‌ای مطلوب مقایسه شد.

کرو و کانزلمان<sup>۶</sup> (1978)، به نقل از سعیدی، (1389) با استفاده از مشاهده‌های کلاس در ابتدای دوره دبستان، کودکان مبتلا به مشکل رفتاری را طبقه‌بندی کردند. آنان هر روز کارهایی را به کودکان ارائه و از

1. Joonceky & Langford

2. Jastak & Jastak

3. Lenderman & Dedared

4. Bush

5. Soldet & Cooligan

6. Coru & Conzelman

آن‌ها خواستند که این کارها را به مدت چند روز ادامه دهند. در پایان سال نتایج این شیوه پیوسته اندازه‌گیری با درجه‌بندی‌های معلم آمادگی مقایسه شد. رابطه میان آن‌ها بسیار بالا بود و نشان می‌داد که شیوه‌های مشاهده از قابلیت پیش‌بینی بالاتری برخوردارند.

## 10-3-2 دسته‌بندی‌های مشکلات رفتاری

**گروه‌بندی براساس مزاج:** بقراط حکیم پزشک و دانشمند بزرگ یونانی اختلالات رفتاری یا روانی را به علت آسیب مغزی با بیماری‌های مغز و یازیادشدن نسبت یکی از ترشحات بدن یا اخلاط چهار گونه می‌داند. این چهار خلط به‌طور عادی در مقاطعی از دوران رشد انسان غالب است و لذا هر دوره ویژگی مزاجی خاصی را به همراه دارد. این چهار نوع مزاج عبارت‌اند از:

**1 - دموی یا خونی:** که از کودکی تا 15 سالگی به طول می‌انجامد؛ و از مشخصات آن جنب‌وجوش، شادابی و طراوت و درک سطحی مفاهیم است.

**2 - صفراوی:** از 15 سالگی تا حدود 35 سالگی غلبه صفرا به‌شدت خود می‌رسد. تلاش، جستجوگری، بی‌قراری، تندخویی و حالت بیماری از دوره جوانی از ویژگی‌های این مقطع از رشد است.

**3- سوداوی:** از 35 سالگی تا حدود 60 سالگی سودا بر سایر اخلاط تسلط دارد؛ و از ویژگی‌های این دوره بروز حکمت در گفتار و رفتار، ارائه پند و اندرز، انتظام در امور زندگی و ثبات در رأی است.

**4 - بلغمی:** از حدود 60 سالگی به بعد بلغم بر سایر اخلاط غلبه پیدا می‌کند و از ویژگی‌های این دوره ناتوانی، لاغری، کم شدن نیرو، فراموشی، بی‌حالی و بی‌خوابی و عدم شفافیت مو و پوست را نام برد. تقسیم‌بندی انواع شخصیت بقراط و نیز اعتقاد او به علت اختلالات رفتاری هنوز هم کهنه و منسوخ نیست (پارسا، 1393).

اظهارنظرهای دیگری نیز در ارتباط با ساختمان فیزیکی و زیستی بدن انسان و رابطه آن با بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری شده است. از آن جمله طبقه‌بندی کرچمر و شلدن<sup>1</sup> (1942؛ به نقل از سیاسی، 1395) در این خصوص است

<sup>1</sup> . Kretchmer & Sheldon

**گروه‌بندی براساس رفتارهای اولیه و ثانویه:** از دیگر دسته‌بندی‌هایی که در زمینه اختلالات رفتاری شده است، تقسیم اختلالات رفتاری بر انواع اولیه و ثانویه است. بدین معنی که کودکان با اختلالات رفتاری اولیه از اوان زندگی رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که متناسب با سن تقویمی و سن عقلی آنان نیست. به عبارتی دیگر توانایی سازش و تطبیق با محیط و تغییرات محیطی را ندارند و چنین به نظر می‌رسد که رشد رفتاری آنان در مراحل پایین‌تری متوقف شده است. کودکان با اختلالات رفتاری ثانویه کودکانی هستند که در ابتدای زندگی دارای رشد رفتاری طبیعی بوده‌اند؛ اما در مقطعی از زمان به دلایل مختلف جسمی یا فشارهای روانی رفتارهای آنان به مراحل پایین‌تر از رشد بازگشت می‌کند و نشانه‌هایی از وابستگی به مشکلات رفتاری در آنان ظاهر می‌شود (گودرزی، 1383).

**گروه‌بندی براساس سن:** براساس سن نیز دسته‌بندی دیگری از اختلالات رفتاری شده است. به عبارتی دیگر، برای هر دوره سنی رفتارهای انحرافی غالبی را مشخص کرده‌اند. این دوره‌ها و اختلالات رفتاری غالب و شایع آن‌ها به‌قرار زیر است:

**1 - دوره اول کودکی (تولد تا سه سالگی):** واکنش‌های رفتاری بیمارگونه کودکان در این دوره اکثراً از نوع واکنش‌های سایکوسوماتیک<sup>1</sup> یا روان‌تنی است. بدین صورت که کودکان مشکلات رفتاری یا روانی خود را بیشتر به‌صورت تهوع، اسهال، دل‌درد، بی‌اشتهایی، تنگی نفس و گاه به‌صورت اضطراب و کم‌خوابی خود را نمایان می‌سازند.

**2 - اختلالات رفتاری دوره دوم کودکی (4 تا 6 سالگی):** مشکلات رفتاری در این دوره بیشتر به‌صورت ترس، انواع عادات نامطلوب مانند جویدن ناخن، مکیدن انگشت یا پرخاشگری و تخریب اسباب‌بازی‌ها، لوازم منزل و گاه نیز به‌صورت بدخوابی، اشکال در روابط بین کودک و افراد خانواده مشخص می‌شود.

**3 - اختلالات رفتاری دوره سوم کودکی (7 تا 11 سالگی):** اختلالات رفتاری در این دوره بیشتر به‌صورت دروغ‌گویی، دزدی، امتناع از رفتن به مدرسه، اختلالات گویایی، انواع تیک‌ها، خنده‌های بی‌دلیل، تعارض و مشکلات تحصیلی که منجر به‌کندی در روند آموزش مدرسه‌ای می‌شود.

**4 - اختلالات رفتاری دوره نوجوانی (12 تا 16 سالگی):** مشکلات رفتاری این دوره بیشتر در رابطه با انجام تکالیف مدرسه و برآوردن توقعات و انتظارات تحصیلی معلم و والدین است.

<sup>1</sup> . Psychosomatic disorders or psychophysiological disorders

5 - اختلالات رفتاری دوره بلوغ و جوانی (16 تا 25 سالگی): اختلالات رفتاری در این دوره بیشتر در ارتباط با اختلاف سلیقه و عقیده جوان با نحوه زندگی و ارزش‌های والدین است (سعیدی، 1389).

گروه‌بندی از دیدگاه متخصصان آموزش و پرورش: هر یک از این دسته‌بندی‌ها طرفداران خاص دارد، اما چون طرفداران این نوع دسته‌بندی‌ها با نگرشی پزشکی - روان‌پزشکی به دسته‌بندی اختلالات رفتاری پرداخته‌اند بنابراین نگرش آموزشی و تربیتی نادیده انگاشته شده است. لذا متخصصین آموزش و پرورش با استفاده از امکانات کامپیوتری و تکنیک‌های آماری یک روش نسبتاً متفاوتی را برای دسته‌بندی اختلالات رفتاری انتخاب کرده‌اند. این دسته‌بندی براساس همبستگی درونی و خوشه‌ای عوامل موجود در رفتار آن‌ها را تفکیک می‌کند. با این روش می‌توان واکنش‌ها و ویژگی‌های تعداد بسیار زیادی از کودکان را به وسیله کاربرد فهرست‌ها و شاخص‌های درجه‌بندی‌شده و یا وسایل اندازه‌گیری مشابه بررسی نمود و خوشه‌ها یا دسته‌هایی از پاسخ‌ها و ویژگی‌های آن‌ها را که با یکدیگر همبستگی دارد از گروه دیگر جدا ساخت. با استفاده از این روش چهار دسته متفاوت از انحرافات رفتاری در کودکان را مشخص کرده‌اند (نوابی نژاد، 1390).

1 - بی‌نظمی در سلوک: کودکی که دارای بی‌نظمی در سلوک است قدرت‌ها را به مبارزه می‌طلبد، دشمنی با منابع قدرت مانند افسر پلیس، معلم، پدر و مادر و ... دارد. رفتارهای او به گونه‌ای است که او را انسانی سخت‌دل، بدخواه و متجاوز با احساس گناه اندک از بدکاری‌های خویش نشان می‌دهد.

این دسته شامل کودکانی است که دارای ویژگی‌های چون بیش‌فعالی، تحریک‌پذیری بیش‌ازحد، خستگی‌ناپذیری و نسبت به درس و مدرسه بی‌علاقگی نشان می‌دهند و معمولاً دچار افت تحصیلی می‌شوند.

2 - اضطراب و گوشه‌گیری: کودک مضطرب، افسرده، خجالتی، ترسو، گوشه‌گیر، حساس و مطیع است. وی بیش‌ازحد وابسته است و به‌سادگی افسرده می‌شود. براساس پژوهش‌های کوای<sup>1</sup> (1979)، به نقل از نوابی نژاد، (1390) این‌چنین کودکانی اکثراً به خانواده‌های بیش‌ازحد حمایت‌کننده تعلق دارند. از ویژگی‌های رفتاری این‌گونه کودکان می‌توان به زودرنج بودن، عدم اعتمادبه‌نفس، ترس از ارتباط با دیگران و ترس از رفتن به مدرسه اشاره کرد.

3 - رفتارهای نامناسب و ناپخته: در رفتارهای این‌گونه کودکان ویژگی‌هایی چون عدم توجه، فقدان علاقه نسبت به امور به‌ویژه به مدرسه و تحصیل، تنبلی، گنگی و گیجی، افکار باطل، رؤیاهای روزانه،

<sup>1</sup> - Quay



خواب‌آلودگی و کم‌حرفی به‌صورت وافر دیده می‌شود. آنان را گاهی اوتستیک<sup>۱</sup> (درخودمانده) یا بیش سایکوتیک (مجنون زودرس) می‌خوانند. این‌گونه کودکان کمتر قادر به شرکت در کلاس‌های عادی هستند و نسبت به کودکان نورووتیک (مضطرب - افسرده) و کودکان با بی‌نظمی در سلوک مشکلات بیشتری دارند.

**4 - رفتارهای ضداجتماعی:** کودکان با رفتارهای ضداجتماعی، برخی از ویژگی‌های یا مشکلات رفتاری کودکان با بی‌نظمی در سلوک را دارند، اما این‌گونه کودکان در بین گروه همگنان خود اجتماعی هستند. آنان معمولاً عضو یک گروه می‌باشند و همواره در گردابی از رفتارهای گناه‌آلود و جنایت‌آمیز به سر می‌برند. رفتارهای این طبقه برای کل جامعه و سلامت آنان خطرناک و زیان‌آور محسوب می‌شود (نوابی نژاد، 1390).

### 11-3-2 دوره‌های مختلف مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری

درنوند<sup>۲</sup> (1982) در مروری بر مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی؛ این مطالعات را به سه دوره کلی تقسیم می‌کند:

1 - دوره اول اکثر در نیمه اول قرن بیستم و قبل از وقوع جنگ جهانی صورت گرفته است محققین این دوره در زمینه بیماریابی در جامعه بیشتر به گزارش‌های مراکز بیمارستانی، پرونده‌های بیماران و اطلاع دهندگان کلیدی متکی بوده‌اند.

2 - دوره دوم به دنبال جنگ جهانی دوم انجام گردیده و همانند بیشتر مطالعات انجام‌شده در کشورهای اروپایی و آسیایی یک روان‌پزشک یا گروه تحقیق با تمام افراد جامعه مصاحبه نموده و تشخیص موارد براساس مصاحبه‌ها داده‌شده‌اند. درنوند در مقایسه مطالعات انجام‌گرفته قبل و بعد از جنگ جهانی دوم جهانی مطرح نمود که میانگین شیوع انواع اختلالات روانی در 16 بررسی دوره اول برابر 3/6 درصد و در 60 تحقیق دومی دوره 20 درصد بوده است.

3 - سومین دوره شامل مطالعات همه‌گیرشناسی در طول دو دهه گذشته و با استفاده از ملاک‌های تشخیصی DSM-III-R و یا سایر طبقه‌بندی‌های رایج بین‌المللی بوده است. در این دوره که از اواخر سال‌های دهه 1970 شروع شد محققین سعی نمودند از وسایل و ابزارهای معتبر و استاندارد جهت سرند و

<sup>1</sup> - Autistic

<sup>2</sup>-Dernond

مصاحبه‌های بالینی براساس ملاک‌های تشخیصی طبقه‌بندی‌ها استفاده نمایند. در اطلاعات به‌دست‌آمده از مرور اطلاعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان که در آن‌ها از آزمون‌های سرند و ارزیابی بالینی استفاده‌شده میزان شیوع اختلالات بین 10 تا 41 درصد در نوسان بوده است (سعیدی، 1389).

تجربه‌های نخستین زندگی، بنیان سلامتی یا بیماری روانی افراد را در بزرگسالی پی‌ریزی می‌کنند از این رو مداخله کارآمد در دوران کودکی نه‌تنها سازگاری کنونی کودک را بهبود می‌بخشد، بلکه کاهش چشمگیر اختلالات رفتاری آینده را نیز در پی دارد. درک رفتار کودک بدون واقف شدن به نقش افراد مهم زندگی کودک غیرممکن است کودکان به‌ندرت به خاطر مسائل روان‌شناختی خود به جستجوی کمک برمی‌آیند و این به عهده بزرگسالان است که از جانب آنان اقدام نمایند. ورود به دبستان غالباً زمانی است که مسائل روان‌شناختی کودک برای نخستین بار شناخته می‌شوند، یکی از دلایل آن این است که رفتاری که در خانه تحمیل می‌شود، ممکن است در مدرسه قابل تحمل نباشد. به‌علاوه معلمان و سایر کارکنان آموزشی با طیف وسیعی از کودکان روبرو هستند و از این برخوردها، علاوه بر آموزش و تجربه خود می‌توانند برای ارزیابی رفتار نابهنجار استفاده کنند. در اکثر موارد تفاوت‌های رفتار بهنجار، به وضوحی که در مورد بزرگسالان تعیین می‌شود، قابل تفکیک نیست، تمام کودکان گاهی رفتار غیر انطباقی از خود نشان می‌دهند و زمانی این رفتار به‌عنوان یک مسأله نابهنجار تلقی می‌گردد که به‌طور تکراری روی دهد و در کارکرد خود فرد یا دیگران اختلال ایجاد نماید (احمدوند، 1388).

فرگوسن<sup>1</sup> (1998) معتقد است که کودکانی که علائم اضطرابی دارند و تحت درمان قرار نمی‌گیرند در یک دوره 10 ساله شرایطشان تشدید شده و اختلالات اضطرابی جدیدتری به آن اضافه می‌گردد، کاپلان سیر و پیش‌آگهی اختلالات رفتاری را متناسب با شدت و تنوع آن متفاوت ذکر کرده اما معتقد است که در آینده همه آن‌ها با شدت و ضعف متفاوت آینده کودک را درگیر می‌کند هرچند مطالعات همه‌گیرشناسی گسترده و جامعی در سطح کشور ایران تاکنون صورت نگرفته و بررسی‌های انجام‌شده نیز در نوع خود بسیار محدود بوده‌اند ولی اطلاعات به‌دست‌آمده دلالت بر این دارد که باوجود محدود بودن این مطالعات میزان شیوع این اختلاف در ایران، از آمارها سایر کشورها و سازمان‌های جهانی بهداشت کمتر نیست (فرگوسن و همکاران، 1998 نقل از عیسی زاده، 1386).

بررسی میزان شیوع اختلالات جسمی و روانی همواره به‌عنوان اولین قدم در راه بررسی شرایط موجود جهت پی‌ریزی نحوه اقدامات آتی مطرح بوده است، در ایران نیز به‌صورت متنوع و پراکنده تحقیقاتی در

---

<sup>1</sup> . Fergussen

این زمینه صورت گرفته است. نوروزی (1379) به قصد ارزیابی اختلالات رفتاری کودکان، در گرگان میزان شیوع این اختلال را حدود 46 درصد گزارش نموده است؛ اما بین متغیرهای مورد بررسی خود ارتباطی نیافته است به فاصله اندکی پس از آن لهونی (1372) در مناطق پنجگان اصفهان میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکان را در خانواده‌های آزادگان بررسی نمود و آن را 46/7 گزارش نمود. هم‌زمان با آن نوری (1379) رابطه بین شیوع اختلالات رفتاری و ناشنوایی را بررسی نمود، اما بین این دو متغیر ارتباط معنی‌داری را نیافت این در حالی است که رفتارهای ضداجتماعی در آن‌ها افزایش چشمگیری رانشان می‌داد. در شهرستان گراش، قاسمی زاده (1372) اختلالات رفتاری را در کودکان فاقد پدر و دارای پدر بررسی نمود، اما تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه مشاهده نکرد. او میزان نابهنجاری را 30 درصد گزارش نمود کاپلان میزان شیوع اختلالات رفتاری (اختلال سلوک، ایدائی، بیش‌فعالی، افسردگی) در مجموع بین 38 تا 41 درصد ذکر کرده است (به نقل از سعیدی، 1389).

## 12-3-2 سبب‌شناسی اختلالات روانی

سبب‌شناسی دانش و آگاهی از علت‌ها یا نشان دادن علامت‌ها است و شاخه‌ای از علم است که با علل پدیده‌های خاص سروکار دارد و می‌توان گفت که تمام عواملی که در وقوع یک بیماری یا یک حالت نابهنجار نقش دارند را در برمی‌گیرد (هالچین و ویتسبورن، 1999؛ ترجمه سیدمحمدی، 1383).

این کار در قالب بررسی نظریه‌ها امکان‌پذیر است. نظریه‌ها به ما کمک می‌کنند که از یک عالم پیچیده و سردرگم سر دربیآوریم. همچنین ما را راهنمایی می‌کنند تا برای بررسی موضوعه‌ای برگزیده‌ای انتخاب کنیم. لذا به برخی نظریه‌ها که برای درک اختلالات ارائه شده است خواهیم پرداخت.

تنوع نظریه‌ها در روانشناسی مرضی بسیار است. ما شش دیدگاه نظری را که به‌ویژه امروزه نفوذ فراوان دارند بررسی خواهیم کرد:

1. دیدگاه زیست‌شناختی که بر نقش فرآیندهای بدنی تأکید می‌ورزند.
2. دیدگاه روان‌پویشی، که بر نقش اضطراب و تعارض درونی تأکید دارد.
3. دیدگاه یادگیری، که چگونگی تأثیر محیط بر رفتار را به آزمایش می‌کشد.
4. دیدگاه شناختی، که تفکر ناقص و مشکلات حل‌مسأله را علل رفتار غیرعادی می‌داند.
5. دیدگاه انسان‌گرائی - هستی‌گرائی، که بر تفرد و آزادی آدمی برای تصمیم‌گیری در مورد خود تأکید دارد.

6. دیدگاه اجتماعی، که متوجه نقش‌های روابط اجتماعی و تأثیر شرایط اقتصادی - اجتماعی بر رفتار غیر انطباقی است (شفیع‌آبادی و ناصری، 1386، سیاسی، 1395).

### 1-12-3-2 دیدگاه زیست‌شناختی

افراطی‌ترین دیدگاه زیست‌شناختی این فرض است که همه رفتارهای غیر انطباقی ناشی از اختلال عملکرد یا ساختار بدن است. تبیین چنین اختلالی یا نقصی است موروثی یا نقصی است ناشی از آسیب یا عفونت قبل یا بعد از تولد یا کژکاری کم یا بیش موقت فیزیولوژیکی حاصل از بعضی شرایط که در زمان خاصی ظاهر می‌شوند نظر کمتر افراطی که بازهم بر اهمیت کارکرد زیست‌شناختی تأکید می‌ورزند، رفتار غیر انطباقی را محصول مشترکی از سه نوع فرآیند مختل می‌بیند در بدن (مثلاً نقص هورمونی)، درکنش روان‌شناختی (مثل گرایش به کم‌روئی) و در محیط اجتماعی (مثلاً میزان بالای بیکاری در جامعه). چند عامل زیست‌شناختی بر رفتار جانداران تأثیر می‌گذارد چگونگی رفتار و تفکر ما نه تنها به کنش هر یک از آنها به روابط درونی بین آنها نیز وابسته است. عوامل ژنتیک، مغز و دستگاه عصبی و غدد درون‌ریز همگی در فرآیندهای روان‌شناختی نقش‌های مهمی دارند و نشان داده شده است که در رفتار غیرعادی در کارند (ساراسون و ساراسون<sup>1</sup>، 1999، ترجمه نجاریان و همکاران، 1393).

### 1-12-3-1 عوامل ژنتیک<sup>2</sup>

ژن‌ها در طول کروموزوم‌ها به‌طور منظم ردیف هستند و هر یک از آنها جایگاه ویژه خود را دارد درحالی‌که نابهنجاری کروموزومی آشکاری مشاهده نمی‌شود ممکن است ژن‌های معیوب یا ناقص موجب نابهنجاری سوخت و سازی یا بیو شیمیائی شوند (ساراسون و ساراسون، 1999، ترجمه نجاریان و همکاران، 1393).

دسته‌ای از شواهد تأثیر ژن‌های معیوب را حداقل در مستعد ساختن فرد نسبت به اختلالات عاطفی نشان می‌دهند آنها عبارت‌اند از:

1) خویشاوندی نسبی مبتلایان به اختلال عاطفی نسبت به جمعیت کلی، میزان بالاتری از این اختلال را نشان می‌دهد.

<sup>1</sup> . Sarasoun & Sarasoun

<sup>2</sup> - Gentic factors

2) میزان تطابق<sup>1</sup> برای اختلالات خلقی در دوقلوهای مشابه (یک تخمکی) بسیار بالاتر از میزان آن در دوقلوهای نامشابه (دو تخمکی) که ژن‌های متفاوت دارند، است (هیچ‌یک از این شواهد به‌وضوح عوامل محیطی را از عوامل ارثی تفکیک نمی‌کنند، این کار با نوع دیگری از مطالعات امکان‌پذیر شده است). مطالعه بر روی دوقلوهای یک تخمکی که جدا از هم بزرگ شده‌اند حصول اطمینان از این موضوع را که در زمینه ژنتیک مشابه عوامل محیطی احتمالاً نامشابه باشند امکان‌پذیر می‌سازد در دوقلوهای یک تخمکی میزان تطابق برای اختلال عاطفی حتی اگر محیط رشد آنان متفاوت باشد بالاتر است. در نوعی از این مطالعات گروهی از افراد مبتلابه اختلالات عاطفی با گروهی از افراد بهنجار مقایسه شدند و وجود اختلالات عاطفی بین خویشاوندان نسبی افراد مبتلابه اختلال عاطفی هشت بار بیشتر از میزان آن بین بستگان جمعیت بهنجار بود (کاستلو و کاستلو<sup>2</sup>، 1990؛ ترجمه پورافکاری، 1386).

وراثت‌های ژنتیکی نه تنها خصیصه‌های فیزیکی مثل نوع جنسیت بلکه ویژگی‌های رفتاری را نیز تعیین می‌کند ولی چیزی که در این بین ناشناخته مانده این است که حد و حدود این تعیین بخشی چه میزان است یک مدل پیشنهادی به نام مدل دیاتز - استرس<sup>3</sup>، معرف این موضوع است که ژن‌های خاصی یک دیاتز یا آسیب‌پذیری را نسبت به یک اختلال ایجاد می‌کنند و اگر این آسیب‌پذیری در معرض شرایط مساعد قرار گیرد یک اختلال را باعث می‌شوند (الوی، جاکوبسون و آکوئلا<sup>4</sup>، 1999).

## 2-3-12-1-2 مغز و دستگاه عصبی

مغز و عصب‌های آن دائماً در فعالیت‌اند این فعالیت هم به‌طور خودبه‌خودی و هم در پاسخ به محرک خارجی رخ می‌دهد. شواهد فراوانی نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری گوناگون از عیوب موجود در دستگاه عصبی ناشی می‌گردند اما هنوز سؤالات بسیاری بی‌جواب می‌مانند غالباً نه نوع نقص و نه اطلاعات موجود درباره آسیب عضوی احتمالی آن‌قدر روشن نیستند که بتوان اطمینان زیادی درباره علل رفتارها داشت شاید کسی که گرفتار ضعف حافظه است با سر به زمین خورده باشد اما ممکن است اثرات واقعی ضربه بر بافت مغز معلوم نباشد. در چنین مواردی متخصصان بالینی در سبک‌سنگین کردن اهمیت نسبی آسیب عضوی یا عوامل روان‌شناختی احتیاط می‌کنند. شناخت کامل نقش مغز در رفتار غیرعادی مستلزم تحقیق گسترده درباره روابط متقابل فرایندهای روان‌شناختی و زیست‌شناختی است (ساراسون و ساراسون، 1999، ترجمه نجاریان و همکاران، 1393).

<sup>1</sup> - Concordancerate

<sup>2</sup> - Custlo & Custlo

<sup>3</sup> - Diathasiz - stress

<sup>4</sup> - Alloy, Jacobson & Acocella

### 3-1-12-2 عوامل عصبی - غددی

گدد درون ریز بدن مایعاتی (هورمون) ترشح می کنند که تأثیر این عوامل هورمونی کانون پژوهش زیادی بوده است به خصوص کورتیزول<sup>1</sup> (یک ماده هورمونی) که تأثیر بیشتری در پیدایش اختلالات عاطفی دارد. هیپوتیروئیدیسم<sup>2</sup> (کم کاری غده تیروئید) نیز به نظر می رسد با افسردگی رابطه دارد (کاپلان و سادوک، 1999؛ ترجمه پورافکاری، 1391).

### 2-3-12-2 دیدگاه روان پوشی

تئوری روان تحلیل گری فروید اولین تلاش های نظام دار مدرن برای فهم اختلالات روانی در واژه های روان شناختی بود. او یک تئوری واحد و برجسته از اصول جهانی را برای تبیین رفتارهای بهنجار و نابهنجار طراحی کرد. (شفیع آبادی و ناصری، 1386) دیدگاه روان پوشی بر این باور استوار است که افکار و هیجانات علل مهم رفتار هستند رویکردهای روان پوشی به رفتار به درجات مختلف فرض می کنند که رفتار قابل مشاهده (پاسخ آشکار) تابعی از فرآیندهای درون - روانی (حوادث پنهان) است نظریه پردازان روان پوشی بر رویدادهای درونی و خاستگاه های تحریک محیط واحدی تأکید ندارند اما در این باره توافق دارند که شخصیت را ترکیبی از وقایع داخلی و خارجی با تأکید بر وقایع درونی تشکیل می دهد. از آنجاکه افکار و احساسات قابل مشاهده مستقیم نیستند نظریه پردازان روان پوشی باید آن ها را استنباط کنند - آن ها استنباطشان را از فرآیندهای درونی به ویژگی های مهم رفتاری آشکار مرتبط می سازند (ساراسون و ساراسون، 1999، ترجمه نجاریان و همکاران، 1393).

اگرچه فروید اهمیت تأثیرات اجتماعی را تصدیق کرد اما او بر فرآیندهای درون روانی یا فرآیندهای ذهنی در رشد و گسترش رفتار تأکید کرد علاوه بر این وی بیان کرد که فرآیندهای ذهنی بحرانی ناهشیارند یعنی این که در سطح هوشیار دسترسی ناپذیرند. فروید معتقد است که هراندازه تعارض درون روانی شدیدتر باشد احتمال بیشتری می رود که رویدادهای روانی مربوط به آن ناهشیار بمانند. هراندازه تعارض ناهشیار فشرده تر باشد آسیب پذیری شخصی در برابر فشار روانی بیشتر می شود وی معتقد بود که اختلالات رفتاری دوران پس از کودکی معلول تلفیقی از تجارب آسیب زای اولیه و تجارب بعدی هستند که هیجانات و عواطف و تعارضات همراه با رویدادهای اولیه را احیاء می کنند فروید ادعا می کرد که تکانه ها یا سائق های

<sup>1</sup> - Cortisol

<sup>2</sup> - Hypothyroidism

نهفته در تعارض آدمی درگیرند این سائقها را زیست‌مایه<sup>۱</sup> می‌نامند و آنها را نوعی نیروی روانی شبیه به ذخیره نیروی جسمانی می‌دانست وی همچنین معتقد بود که نیروی روانی یا سطح سائق فرد یک حالت تنش درونی ایجاد می‌کند که می‌بایست به طریقی کاهش یابد (سیاسی، 1395).

فروید اضطراب را منشأ تمامی نابهنجاری‌های روانی قلمداد می‌کند و اضطراب را ناشی از احساس نگرانی که «خود» از وجود خطری محتمل برای فرد که او را آگاه می‌سازد که با آن مقابله کند و یا اینکه از روبه روئی با آن بپرهیزند می‌داند و اضطراب را به سه دسته:

1. اضطراب واقعی یا عینی<sup>۲</sup>

2. نورووتیک<sup>۳</sup>

3. اخلاقی<sup>۴</sup> تقسیم می‌کند.

اضطرابی واقعی اضطرابی است طبیعی که نسبت به خطری واقعی فرد از خود نشان می‌دهد و اساس اضطراب نورووتیک ترس فرد از اینکه تکانه‌های نهاد<sup>۵</sup> به ضمیر آگاه رسوخ نماید و علت در این است که «خود» قادر به کنترل غرایز نهاد نیست و کنترل آنها از دست او خارج است. هنگامی که این غرایز از سد «خود» بگریزند و به سطح «خودآگاه» درآیند فرد دچار اضطراب نورووتیک می‌گردد و نهایتاً «اضطراب اخلاقی» ناشی از نگرانی تنبیه «خود» به وسیله «فراخود» است و این زمانی است که نهاد سعی در نشان دادن تمایلات و افکار غیراخلاقی خود دارد و فراخود با احساس گناه و شرم واکنش نشان می‌دهد (شاملو، 1394).

رویه‌های جدیدتری نیز بعد از جنگ جهانی دوم در علت شناسی اختلالات روانی به وجود آمدند که متفاوت از علت شناسی فرویدی بود که هرچند صاحب‌نظران آنها همگی جزء انجمن چهارشنبه فروید که در خانه وی و در روزهای چهارشنبه و با شرکت افرادی مثل یونگ، آدلر، بریل و بلولر تشکیل می‌شد. کارل یونگ و آلفرد آدلر که هر دو از اعضای اولیه محفل خصوصی فروید بودند نسبت به فروید برداشت‌های خوش‌بینانه‌تری در مورد ماهیت انسان داشتند یونگ بر این باور نبود که همه رفتارها مقهور وقایع پیشین است او بر اهمیت کیفیات روحانی تأکید داشت و بر عقاید منطقی اصرار می‌ورزید آدلر معتقد بود با ایجاد شرایط اجتماعی معطوف پرورش شیوه‌های واقع‌گرایانه و انطباقی زندگی مردم بهتر می‌تواند در جهت تعالی تغییر یابد و درنهایت اریک اریکسون که آیین تمام‌نمای نظریه روانکاوی معاصر است جز

<sup>1</sup>- Drive

<sup>2</sup>- Realistic anxiety

<sup>3</sup>- Neurotic anxiety

<sup>4</sup>- Moral anxiety

<sup>5</sup>- Id

نقشی که فروید برای خود قائل بود تأکید داشت اما کیفیاتی چون نیاز به اعتماد و امیدواری، کوشش و کشش، صمیمیت و عشق و کمال را به آن افزود او خود را نیروی خلاقه نیرومندی می‌دانست که می‌تواند به‌طور کارآمدی با مشکلات روبه‌رو شود (ساراسون و ساراسون، 1999، ترجمه نجاریان و همکاران، 1393).

### 3-12-3 دیدگاه یادگیری (رفتاری)

این دیدگاه برای تمام اختلالات روانی ریشه یادگیری بیان داشته و معتقد است که اختلالات به همان طریق به‌وسیله کودک یاد گرفته می‌شود که سایر رفتارها و اضطراب را واکنشی می‌داند که براساس قوانین یادگیری قابل توجیه است و به مشکلات رفتاری به مقوله الگوهایی از پاسخ‌هایی مناسب نگریسته می‌شود که احتمالاً در ارتباط با شرایط محرکه‌ای بیزارکننده آموخته می‌شوند و به علت آنکه در زمینه کمک به فرد برای اجتناب از پیامدهای نامطلوبی کارایی دارند حفظ می‌شوند، باید گفته شود که این یادگیری‌ها براساس نظریه شرطی شدن کلاسیک و یا شرطی شدن عامل انجام می‌پذیرد. طبق این دیدگاه می‌توان با در نظر گرفتن کودک به‌عنوان یک موجود پاسخ‌دهنده و درگیر با محرکه‌ای درون خانواده و برون خانواده رفتار نابهنجار را نوعی شیوه برخورد فرد با فشارها و مشکلات روزافزون محیط پیچیده فیزیکی و اجتماعی دانست که همانند رفتار نابهنجار یاد گرفته می‌شود و ادامه می‌یابد در این رویکرد هرچند بیشتر به علل روان‌شناختی و اجتماعی تأکید می‌شود اما علل زیستی - شیمیایی و فیزیولوژیایی رفتار انکار نمی‌شود (شفیع‌آبادی و ناصری، 1386).

در رویکرد رفتارگرایی شخصیت نتیجه متقابل میان داشته‌های ژنتیکی و انواع تجاربی است که به آن‌ها در زندگی روزانه خویش مواجه می‌شویم افسردگی ممکن است تا حدی نتیجه خاموش شدن پاداش‌ها باشد اگر تقویت‌کننده‌های مثبت کافی قطع شوند \_ از دست دادن یک شغل پایان یک ارتباط - بسیاری از رفتارهای فرد به‌آسانی خاموش می‌شوند و او منفعل گوشه‌گیر و افسرده می‌گردد. رفتارگرهای رادیکال بر اهمیت هماهنگی میان سه واحد تأکید داشته و بر اتصال ساده میان محرک - پاسخ کمتر تأکید می‌کنند. تئوری خاموش‌سازی افسردگی برای مثال در سال‌های دهه 70 توسط لوینسون روی کارآمد. امروز خود لوینسون اذعان می‌دارد که نظریه‌های خاموش‌سازی دیگر برای توجیه افسردگی کافی به نظر نمی‌رسد. در عوض تئوری او و همکارانش یک سیکل معیوب و تکراری در ارتباط با نحوه به وجود آمدن رفتارهای خودشکن را نشان می‌دهند (الوی و همکاران، 1999).



به‌طور خلاصه از نظر رویکرد رفتاری:

- 1) مشکلات رفتاری آموختنی است مگر آنکه شواهدی خلاف این امر را نشان دهد.
- 2) هر مشکل رفتاری جدا از مشکلات دیگر آموخته‌شده و مستقلاً رشد می‌کند و ضرورتی ندارد که دو یا سه مورد از مشکلات رفتاری باهم ایجاد شده باشند.
- 3) هر مشکل رفتاری صرفاً در وضعیتی معین (از نظر موقعیت و حالت) براساس قوانین یادگیری شکل می‌گیرد و تعمیم این رفتارها براساس شباهت‌های خاص در این موقعیت صورت می‌گیرد.

#### 4-12-3-2 دیدگاه شناختی

«انسان‌ها نه به خاطر چیزها بلکه به خاطر برداشتی که از آن‌ها دارند بیمار می‌شوند» (اپیکتتوس<sup>1</sup>، قرن اول میلادی؛ به نقل از شفیع‌آبادی و ناصری، 1386).

از دیدگاه شناختی انسان موجود پیچیده‌ای است و براساس درک و فهم و شناخت خود از موقعیت‌ها و محیط عکس‌العمل نشان می‌دهد از این نظر علت اختلالات رفتاری ناکامی در برقراری ارتباط درست و منطقی میان محرک و پاسخ است و در این فرآیند بعد شناختی و عاطفی انسان دخالت می‌کند و برخی اعتقاددارند نارسائی رشدی و یا رشد یافتگی منفی بعد شناختی و عاطفی انسان باعث بروز مشکلات رفتاری می‌گردد و گاه عدم آگاهی از روابط اجتماعی و رویدادهای محیطی بستر اختلالات رفتاری می‌گردد براساس این دیدگاه و حفظ رفتار از طریق سیستمی که در آن شناخت‌ها و رویدادهای خارجی به یکدیگر اثر می‌گذارند صورت می‌گیرد (ویکز-نلسون و ایزرائیل، 2003).

دیدگاه شناختی به نظریات متنوعی منجر گشته است در میان معروف‌ترین صاحبان این نظریات دالرد<sup>2</sup> و میلرد<sup>3</sup>، کلی<sup>4</sup> و بندورا<sup>5</sup> هستند. دالرد و میلرد با توصیف رفتار غیر انطباقی به‌عنوان معلول مشترک تجارب ناخوشایند زندگی و تفکر غیر انطباقی درواقع از مفاهیم شناختی نیز استفاده به عمل آوردند آن‌ها بینش یافتن برریشه‌های رفتار شخص را به‌عنوان کسب پاسخ‌های خودآگاهانه به شمار می‌آورند علیرغم ترجیح

---

<sup>1</sup> - Epictetus

<sup>2</sup> . Dollard

<sup>3</sup> . Miller

<sup>4</sup> . Kellu

<sup>5</sup> . B&oura

توصیف رفتار در قالب اصطلاحات عادی و یادگیری بر تحلیل شناختی تعارضات فرد تکیه کردند کلی بر نقش سازه‌های شخصی به‌عنوان علل واکنش‌های هیجانی تکیه می‌کرد وقتی ندانیم چطور با یک موقعیت روبه‌رو شویم وقتی بفهمیم که نظام سازه‌های ما از عهده مشکلی بر نمی‌آید احساس اضطراب می‌کنیم. وی روان‌درمانی را راهی می‌دانست برای متقاعد ساختن مراجع به اینکه سازه‌هایشان فرضی هستند و نه واقعی. از زمانی که مراجعان بر این امر واقف می‌شدند او آن‌ها را تشویق می‌نمود تا سازه‌هایشان را آن‌چنان بیازماید که سازه‌های غیر انطباقی جای خود را به سازه‌های مفیدتر بدهند (سیاسی، 1395).

آلبرت بندورا علاوه بر تأکید بر نظریه یادگیری اجتماعی اخیراً تأکید بیشتری بر جنبه‌های شناختی و نمادین یادگیری در مقابل جنبه‌های محرک - پاسخ دارد. براساس گفته بندورا ما می‌توانیم مسائل را به‌طور نمادین بدون اجبار توسل به رفتار کوشش و خطا حل کنیم زیرا می‌توانیم پیامدهای رفتارمان را پیش‌بینی کرده و بر آن اساس عمل کنیم مثلاً با اندیشه کردن درباره نتایج آتش‌سوزی در خانه‌مان آن‌را در برابر آتش‌سوزی بیمه کنیم به همین ترتیب در تدارک نخستین سفر دسته‌جمعی زمستانی لباس‌های گرم تهیه می‌کنیم زیرا می‌توانیم اثرات سوز برف را پیش‌بینی کنیم توان پیش‌بینی پیامدها هم در رفتارهای عادی و هم در این نمونه‌ها کار سازی می‌کنند (ساراسون و ساراسون، 1999، ترجمه نجاریان و همکاران، 1393).

## 5-12-3-2 دیدگاه انسان‌گرایی - هستی‌گرایی

دیدگاه انسان‌گرایی<sup>۱</sup> - هستی‌گرایی<sup>۲</sup> با رویکردهای نظری که قبلاً توصیف شد تفاوت بسیار دارد ریشه در آن دسته از نظام‌های مذهبی و فلسفی دارد که بر منزلت خوبی ذاتی و آزادی ماهیت انسان تأکید کرده‌اند یکی از فرض‌های محوری این دیدگاه انسان‌گرایانه آن است که هرکسی دارای نیرویی فعال در جهت خودشکوفایی<sup>۳</sup> در جهت «تحقق بخشیدن به هر آنچه می‌توانید باشید» است. وقتی شخصیت انسان در محیطی پرمهر جلوه می‌کند ماهیت مثبت درونی انسان آشکار می‌شود از طرف دیگر درماندگی و بیماری انسان را محیط‌هایی به وجود می‌آورند که تمایلات فرد را در جهت خود شکوفایی با ناکامی روبه‌رو می‌سازند.

دیدگاه هستی‌گرایی رابطه تنگاتنگی با جنبش انسان‌گرایی دارد درحالی‌که نظریه‌های انسان‌گرایی بر فرآیند خود شکوفایی تمرکز دارند تأکید نظریه‌های هستی‌گرایی بر خودمختاری<sup>۴</sup>، انتخاب و مسئولیت فرد در فائق آمدن بر نیروهای محیطی است به زبان هستی‌گراها «ما انتخاب‌های خود هستیم». «وجود ما و معنی آن تماماً در دست خود ماست - به این خاطر تنها خود ما درباره نگرش‌ها و رفتارهایمان تصمیم می‌گیریم» آبراهام مازلو رهبر تلاش در جهت یکپارچه ساختن فلسفه انسان‌گرایی با رویکرد علمی سنتی بود. ابزار او برای تحقق بخشیدن به این امر سلسله‌مراتب<sup>۵</sup> نیازها بود. مازلو فرض می‌نمود که نیازها رفتار را جهت می‌دهند مازلو روان رنجوران را افرادی به شمار می‌آورد که خودشان یا دیگران آن‌ها را از تأمین نیروهای اساسی بازداشته‌اند، هم به این معنی که از خودشکوفای نیز بازمانده‌اند. کارل راجرز مانند مازلو یکی از رهبران روانشناسی انسان‌گرایی است هسته مرکزی دیدگاهش در مورد شخصیت خودانگاره است. راجرز توانایی در رسیدن به خودشناسی و خود شکوفایی را به احترام به خود و ادراک پذیرش از سوی دیگران پیوند می‌دهد. راجرز کسانی را سالم می‌داند که از نقش‌های مبتنی بر انتظارات دیگران - تظاهر به آنچه نیستند - دور شوند و در عوض به خودشان اتکا کنند و خودهای دروغین را که خلق کرده‌اند کنار بگذارند. از طرف دیگر روان رنجوران و روان‌پریش‌ها خودپنداره‌هایی دارند که با خود واقعی تناسب ندارند. آن‌ها از پذیرش واقعیت تجاربشان وحشت دارند به طوری که هم برای حفظ خود و هم برای کسب تأیید دیگران آن‌ها را تحریف می‌کنند (سیاسی، 1395).

1 - Humananisms

2 - Existentialism

3 - Self - actualization

4 - Self - determination

5 - Hierachy of needs

هستی‌گراها معتقدند مردم آزادند که بین اعمال رقیب به انتخاب پردازند شخصی می‌تواند هم «بخردانه» و هم «نابخردانه» به عمل پردازد. عمل کردن بخردانه یعنی انتخاب آزادانه هدف‌های خود. عمل نابخردانه یعنی به دیگران اجازه دهیم اهداف خود را تحمیل کنند. رولو می<sup>1</sup> که درمانگر برجسته هستی‌گراست معتقد است اضطراب وقتی ایجاد می‌شود که شخص با انتخاب یا سؤال اساسی روبه‌رو باشد براساس نظر رولو می وظیفه اول درمانگر کمک به افراد تهی و تنهاست تا بتوانند تجاربشان را گسترش بخشیده و بی‌مانندی خویش را تحقق بخشند به این معنی که به آن‌ها کمک شود تا دست به انتخاب‌های سازنده بزنند (ساراسون و ساراسون، 1999، ترجمه نجاریان و همکاران، 1393).

### 2-3-12-6 دیدگاه اجتماعی

اکثر مردم بیماری روانی را مسأله بهداشتی شخصی یا نقصی در منش شخص می‌پندارند برعکس از دیدگاه اجتماعی رفتار غیر انطباقی از ناتوانی در مقابل فشار روانی ناشی می‌شود در این دیدگاه رفتار غیر انطباقی به مثابه بیماری یا مشکلی که فقط در فرد وجود دارد انگاشته نمی‌شوند بلکه این دیدگاه این‌گونه رفتارها را حداقل تا حدی به‌عنوان نقصی در نظام حمایت اجتماعی فرد می‌بیند این نظام شامل همسر، والدین، خواهران و برادران، وابستگان دوستان، معلمان، همکاران، علمای دینی و دیگران همین‌طور سازمان‌های اجتماعی و نهادهای دولتی است. روانشناسان اجتماعی منکر نقش پیشینه زندگی یا ساخت ژنتیکی در ایجاد رفتار غیر انطباقی نیستند بلکه می‌گویند این عوامل لزوماً به‌تنهایی چنین رفتاری ایجاد نمی‌کنند مثلاً بیمار اسکیزوفرنی ممکن است به دلایل زیادی دچار توهم شود: عوامل بیوشیمیایی تجارب اولیه آسیب‌زا یا روابط اجتماعی نامعمول از زمره این دلایل هستند باین‌همه چیزهایی مثل رویدادی که بسیار تنش‌زا است یا از هم پاشیدن نظام حمایت اجتماعی هم به همان اندازه می‌تواند در ایجاد رفتار اسکیزوفرنیایی نقش داشته باشند (کریمی، 1388).

روانشناسان اجتماعی محیط اجتماعی و عوامل وابسته به آنرا مثل وضعیت اجتماعی - اقتصادی مورد مطالعه قرار می‌دهند وقتی محل زندگی افرادی که به لحاظ روان‌شناختی آسیب‌دیدگی دارند روی نقشه پیاده شود می‌توان نشان داد که فراوانی چنین مشکلاتی در نواحی خاصی بیشتر از دیگر نواحی است روانشناسی اجتماعی بر این عقیده است که اثرات درهم‌ریختگی اجتماعی (مثل محله‌های جنوب شهری مدارس ضعیف) و میزان بالای بیکاری علت عمده بسیاری از مشکلات شخصی هستند به این دلیل مجریان بهداشت روانی که جهت‌گیری اجتماعی دارند معمولاً می‌کوشند تا جامعه را از راه ترغیب نمایندگان برای

<sup>1</sup> - Rollomay

وضع قانون و فعالیت در امور اجتماعی تغییر دهند (س ساراسون و ساراسون، 1999، ترجمه نجاریان و همکاران، 1393).

تمام نگرش‌هایی که محیط اجتماعی را در اختلال‌های رفتاری مؤثر می‌دانند بر اهمیت تأثیر خانواده اذعان دارند از دیدگاه خانواده درمانگران رفتار کودک را نمی‌توان صرفاً به مسائل زیستی یا واکنشی در برابر عوامل خارجی نسبت داد بلکه کودک درگیر یک رابطه متقابل با سازمان خانواده است و این تأثیرات متقابل نظام خانواده است که مشکل‌ساز است و عوارض رفتاری را در کودک تداوم می‌بخشد. از نظر خانواده درمانگر رفتار نابهنجار کودک، معلول رفتار متقابل و پیچیده اعضای خانواده با یکدیگر در صحنه خانواده است لذا اختلالات رفتاری در خانواده‌درمانی معنای دیگری دارد فردی که سیستم خانواده او را به‌عنوان فرد نابهنجار معرفی می‌کند فقط «بیمار معلوم»<sup>1</sup> است لذا در این دیدگاه بیشتر به سیستم خانواده و شیوه‌های ارتباط اعضا توجه می‌شود نه به رفتار کودک نابهنجار (گلدنبرگ و گلدنبرگ<sup>2</sup>، 2000؛ ترجمه حسین‌شاهی، نقشبندی و ارجمند، 1383).

## 2-4-4 پژوهش‌های انجام شده داخلی و خارجی

### 1-4-2 پژوهش‌های داخلی

اولین مطالعه همه‌گیرشناسی در ایران توسط باش (1341) بر روی 505 نفر از اهالی روستاهای قاسم‌آباد، زنگی‌آباد و کناره در استان فارس انجام شده است. در این بررسی که افراد بالای 6 سال مورد مطالعه قرار گرفته‌اند تعداد 50 نفر یعنی 9/9٪ از نمونه به انواع اختلال‌های روانی مبتلا بودند. در این بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در زنان دو برابر مردان بوده است (به نقل از سعیدی، 1389). صفایی طی مطالعه‌ای دریافت که:

1. کودکان محروم از پدر به‌ویژه دختران تفاوت معنی‌داری در زمینه اختلالات رفتاری با کودکان عادی داشتند و در این زمینه اختلالات بیشتری از خود نشان می‌دهند.
2. محرومیت از پدر می‌تواند برای دختران اختلالات رفتاری زیادی به دنبال داشته باشد ولی در مورد پسران این مسأله کمتر صادق است (صفایی، 1387).

<sup>1</sup>. Identified patient

<sup>2</sup>. Goldenberg & Goldenberg

اختلالات رفتاری در بیماران عقب‌مانده ذهنی شایع‌تر از جمعیت کلی است اما تعیین مرز مشخص اختلال و اینکه کدام رفتار در یک عقب‌مانده انطباقی و بهنجار است و کدام ناسازگارانه و نابهنجار کدام یک نسبت به عقب‌ماندگی ذهنی اولیه است و کدام ثانوی و در نهایت تعیین ابعاد شدت طبقه‌بندی اختلال، اغلب پیچیده و دشوار است در پژوهشی که در مرکز توان‌بخشی شهید فیاض بخش صورت گرفته مشاهده شد که از بین 175 بیمار این موسسه 3/6٪ علائم اختلال پسیکوتیک وجود داشت 20٪ علائم اختلال خلقی نشان دادند. 27٪ پرخاشگری و 30٪ رفتارهای ناسازگارانه داشتند. میزان شیوع خودآزاری 8/6٪ بیش فعالی 20٪ و بالاخره رفتارهای کلیشه‌ای 14 / 3٪ بود (نابدل، 1378) فرضی، فاطمه ریوفیان و عسگری (1381) مشخص کردند که ریشه بسیاری از مشکلات رفتاری و انحرافات شخصیتی در کودکان را باید در الگوهای تربیتی والدین و ویژگی‌های آنان جستجو نماییم (به نقل از سعیدی، 1389).

سالاری (1380) طی مطالعه‌ای نشان داد که هیچ‌یک از متغیرها مانند سن کودک، ترتیب تولد، سن مادر، تحصیلات مادر و غیره با اختلالات رفتاری رابطه معناداری ندارد و حتی داشتن پدر و نداشتن پدر نیز بر کودکان تحت پوشش کمیته امداد تأثیر ندارد. چیزی که به‌عنوان عامل اصلی به نظر می‌رسد شرایط و اوضاع اقتصادی است. این کودکان از تقویت‌های سایر کودکان محروم‌اند و شرایط خانوادگی، امنیت کافی را برای آن‌ها تأمین نمی‌کند. مادران این کودکان، بار اصلی زندگی بر دوششان سنگینی می‌کند، این دسته از مادران، همچون مادران دیگر توانایی ایجاد تعامل با کودکان خود را ندارند پدران کودکان واجد پدر نیز، همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، به علت نقایص و بیماری‌های جسمی و روانی، پدرانی مثبت و کارآمد نیستند که حضورشان، آن‌چنان مؤثر باشد. مادران این خانواده‌ها نیز به علت مشکلات اقتصادی و محرومیت از زندگی مشترک سالم و مثبت، به نحوی دچار افسردگی و نگرانی می‌باشند.

طی مطالعه‌ای که مؤمنی (1383) در تهران انجام داد دریافت که در مقاطع سنی مختلف (در سه سطح 7-6، 9-8 و 10 ساله) تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری بین گروه‌های سنی ناشنوایان در هیچ‌یک از اختلالات رفتاری پنج‌گانه وجود ندارد و همچنین در زمینه پایه‌های تحصیلی متفاوت و در دو سطح پایه اول ابتدایی و پایین‌تر - پایه دوم ابتدایی و بالاتر) براساس نظریات والدین بین میانگین هیچ‌یک از پایه‌های تحصیلی در اختلالات رفتاری مورد ارزیابی از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد و براساس نظریات معلمین تنها در اختلال رفتاری اضطراب - افسردگی بین کودکان در سطح تحصیلی اول ابتدایی و پایین‌تر (آمادگی 1 و 2) و سطح دوم ابتدایی و بالاتر تفاوت معنی‌دار از لحاظ آماری وجود دارد بدین‌صورت که میانگین نمرات دانش‌آموزان گروه ابتدایی و پایین‌تر کمتر از گروه دانش‌آموزان ابتدایی و بالاتر بود.

در پژوهشی که علیایی و مریدی (1381) تحت عنوان بررسی مشکلات روانی کودکان 6 - 12 سال بستری در بخش کودکان بیمارستان‌های شهر سنندج و ارتباطشان با مشخصات دموگرافیک آن‌ها در سال 1381 نتایج زیر به دست آمد تعداد 75 نفر از کودکان 6 - 12 سال بستری در بخش‌های کودکان به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای با 27 سؤال بود که در 9 معیار دسته‌بندی شده بود نتایج این پژوهش نشان داد که اکثریت گروه نمونه 69/4٪ در مورد معیار دوم (تصمیم‌گیری مستقل) مشکل داشته‌اند و همچنین نتایج نشان داد که بین شغل مادر و معیار برقراری ارتباط اطمینان بخش درآمد خانواده و معیارهای اشکال درون فردی و تصمیم‌گیری، رتبه تولد و معیار کار برای پاداش تأخیری زمان بستری و معیار لذت بردن از احساس خوب و شادی بخش، آزمون آماری 2٪ ارتباط معنی داری را نشان داد. به نظر می‌رسد نداشتن درآمد، عامل استرس‌زای بیکاری محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی می‌تواند عامل افزایش شیوع مشکلات عاطفی - روانی در کودکان بین خانواده‌هایی با سطح درآمد پایین باشد (به نقل از سعیدی، 1389).

در تحقیقی که حاتمی (1379) برای بررسی میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری کودکان شاهد مقطع ابتدایی محروم از والدین انجام دادند این نتایج را به دست آورد: این تحقیق میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری کودکان سنین دبستانی با استفاده از روش توصیفی در کودکان سنین 8 تا 12 سال مستقر در مجتمع‌های شبانه‌روزی بنیاد شهید انقلاب اسلامی را مورد بررسی قرار داد و کل جامعه 60 نفری با استفاده از پرسشنامه مایکل راتر و پرسشنامه ساخته شده توسط محقق با روش مصاحبه و مشاهده مورد پژوهش قرار گرفتند و نتایج به دست آمده گویایان است که 11٪ کل آزمودنی‌ها به طور کامل و 27٪ تا حدودی علائم انواع اختلالات رفتاری در آن‌ها شیوع دارد و 62٪ آزمودنی‌ها هیچ‌گونه اختلالی را نشان نداده‌اند و اختلال کمبود توجه، بیشترین میزان شیوع را در بین آن‌ها داشته و اختلال رفتاری در دختران بیش از پسران، سنین پایین بیشتر از سنین بالا، بچه‌های اول خانواده بیش از بچه‌های دوم و سوم و انواع اختلالات در آن‌ها شیوع دارد و همچنین افزایش مدت اقامت باعث اختلالات رفتاری بیشتری در آن‌ها شده است (حاتمی، 1379).

در تحقیقی که سردار پور گودرزی، درخشانپور، صدر، یاسمی (1382) برای بررسی اختلال‌های رفتاری در کودکان خانواده‌های تک‌فرزند و چندفرزند شهر تهران انجام دادند نتایج زیر به دست آمد این بررسی نشان داد که میزان فراوانی اختلال سلوک براساس گزارش پدران و مادران و اختلال کمبود توجه بیش فعالی و سایر اختلال‌های رفتاری براساس گزارش آموزگاران در کودکان خانواده‌های چندفرزندی به مراتب بیشتر از تک‌فرزندی می‌باشند.

در مطالعه‌ای که توسط مهریار، مزدهی و یوسفی (1378؛ به نقل از سعیدی، 1389) در شیراز و در 51 مدرسه با 429 معلم و حدود 13000 دانش‌آموز در پایه‌های اول تا پنجم با آزمون راتر انجام گرفت، اختلالات رفتاری بالایی در میان پسران در مقایسه با دختران مشاهده گردید و نسبت بزرگ‌تری از پسران به‌عنوان کودکان دارای اختلال رفتاری معرفی شدند در این مطالعه اختلالات پسران بیشتر مربوط به بیش‌فعالی، پرخاشگری، لکنت زبان و رفتارهای ضداجتماعی بود. در صورتی که اختلالات دختران بیشتر مربوط به نوعی ترس واکنش نوروتیکی چون کناره‌گیری، بی‌تفاوتی و اضطراب می‌شد.

در بررسی که به‌وسیله دژکام (1381) با استفاده از پرسشنامه تشخیصی اختلال سلوک که براساس ملاک‌های تشخیصی DSM تنظیم شده بود، 400 دانش‌آموز کلاس چهارم و پنجم مدارس ابتدایی شهر قم را مورد آزمون گرفتند. نتایج نشان داد که اختلال سلوک بین دانش‌آموزان کلاس چهارم 13٪ و بین دانش‌آموزان کلاس پنجم 10/5 درصد است. در این مطالعه رابطه میزان شیوع این اختلال سلوک به‌جز ترتیب تولد (کودک هفتم) با هیچ‌کدام از عوامل مذکور رابطه معناداری نداشت (دژکام، 1371).

مطالعه‌ای که توسط کلانتری (1382) از مریمان مهدکودک مشابه دولتی در ایران و انگلستان در خصوص کودکان انجام گرفت، نشان داد که در هر دو نمونه ایرانی و انگلیسی پسران به‌طور معناداری بیش‌فعال‌تر از دختران بودند. مقایسه دو نمونه دولتی و انگلیسی نشان‌دهنده تفاوت معناداری در سطح فعالیت کودکان نبود، باین‌وجود بیش‌فعالی شدید در نمونه ایرانی بیشتر گزارش شده بود و بیش‌فعالی خفیف یا متوسط در نمونه انگلیسی بیشتر بود (کلانتری، 1382).

زاده باقری (1373) مطالعه‌ای را در مورد همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دبستانی شهر یاسوج با استفاده از پرسشنامه راتر فرم معلم انجام داد نتایج نشان داد که در مجموع 24/4 درصد از دخترها و 29/6 درصد پسران دانش‌آموز گروه نمونه بالاتر از نقطه مرزی انحراف قرار داشتند. در این مطالعه شیوع اختلالات رفتاری به‌طور معناداری در پسران بیشتر از دختران و در دانش‌آموزانی که والدین کم‌سواد و بی‌سواد داشتند بیش از دانش‌آموزانی بود که والدین آن‌ها باسواد بودند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که شیوع اختلالات رفتاری در خانواده‌های پرجمعیت و خانواده‌های کم‌درآمد و درآمد متوسط بیشتر از خانواده‌های کم‌جمعیت و خانواده‌هایی است که درآمد بالایی دارند (باقری زاده، 1383).

در تحقیقی که توکلی، بوالهری، مهریار و دژکام (1376) در بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان شهر گناباد، میزان شیوع اختلالات را 17٪ گزارش داد. در این میان اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه با 9/9 درصد بیشترین شیوع را داشت. بعدازآن اختلال سلوک با 6/5



درصد و سپس اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای با 4/5 درصد قرار داشت. به‌طورکلی میزان شیوع اختلال در پسران بیشتر از دختران بود (نسبت 1/8 به 1).

ابراهیمی (1382) در بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر اسفراین، میزان شیوع اختلال را 19 درصد گزارش کرد. در این میان اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه با 6 درصد بالاترین شیوع را داشت. به‌طورکلی در این مطالعه اختلال در پسران بالاتر بود اما این تفاوت معنادار نبود. همچنین تفاوت معناداری در پایه تحصیلی نیز مشاهده نگردید (توکل‌ی زاده، 1385).

در مطالعه‌ای که توسط محمدرومزپور (1374) در مورد اعتبار و پایایی و توزیع نمرات پرسشنامه راتر فرم معلم و بررسی شیوع اختلالات سلوکی و هیجانی در کودکان دبستانی اهواز انجام گرفت، میزان شیوع اختلال 31 درصد گزارش شد. در این مطالعه از بین جمعیت 500 نفره، 155 نفر (31) از نظر پرسشنامه به‌طورکلی دارای اختلال بودند که از بین آن‌ها 99 نفر (19/8) درصد اختلال سلوکی، 48 نفر (6٪) درصد دارای اختلال هیجانی و 8 نفر (1/6 درصد) نامشخص بوده‌اند. بیشترین میزان اختلال در کلاس‌های اول و پنجم مشاهده شد و سایر رده‌ها از نظر وجود اختلال تقریباً وضعیتی مشابه داشتند. از نظر نوع اختلال، شیوع اختلال سلوکی بر اختلال هیجانی برتری داشت و میان پنج‌پایه تحصیلی دبستان، پایه پنجم بیشترین میزان را در اختلال سلوکی به خود اختصاص داد.

فرشید نژاد (1383) در پژوهشی تحت عنوان همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر اصفهان که بر روی 1170 دانش‌آموز دوره ابتدایی (587 دختر و 583 پسر) و با استفاده از آزمون مایکل راتر (فرم معلم) و پرسشنامه 4 - CSI (فرم والدین) انجام داد به این نتایج دست‌یافت: میزان شیوع کلی اختلالات رفتاری نمونه موردپژوهش در پرسشنامه راتر 15/5 درصد و در 4 - CSI 29/8 درصد حاصل شد. این میزان‌ها به‌ترتیب جنسیت و در پرسشنامه راتر برای دختران 12/6 و پسران 18/4 درصد و در 4 - CSI برای دختران 25/6 و پسران 34/1 درصد بود که اختلال میان دو جنس در هر دو پرسشنامه معنادار بود (فرشید نژاد، 1380).

در پژوهشی که امیرجان، سلطانی و همکاران (1392) بر روی 400 کودک 6 ساله شهر سمنان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مشکلات رفتاری در کودکان براساس گزارش معلمان در حدود 25 درصد است. همچنین در پژوهش آنان بین عوامل اضطراب و پرخاشگری با جنسیت رابطه معناداری یافت شد؛ اما بین زمینه تحصیلات و شغل والدین با میزان پرخاشگری، بی‌توجهی و اضطراب کودکان رابطه معناداری یافت نشد.

عبداللهیان، شاکری و امیری مقدم (1381) در بررسی میزان شیوع افسردگی در کودکان دبستانی شهر مشهد به این یافته رسیدند که فراوانی افسردگی در میان این نمونه 10/3 درصد بود و میزان شیوع افسردگی در دختران با میزان 13/1 بیشتر از پسران با میزان 7/6 بود. همچنین عواملی چون طلاق والدین، تغییر محل سکونت، تغییر مدرسه، سطح اقتصادی-اجتماعی خانواده، سابقه بیماری عصبی-روانی در خانواده و فوت بستگان در بروز افسردگی کودکان نقش مؤثری دارد.

شهیم (1386) در بررسی پرخاشگری رابطه‌ای در کودکان که بر روی 258 کودک 3 تا 7 ساله شهر شیراز انجام شد به این نتیجه رسید که اغلب کودکان از سه‌سالگی در روابط با همسالان از پرخاشگری رابطه استفاده می‌کنند و موجب حذف برخی از کودکان از گروه و یا وادار ساختن دیگران به قطع رابطه با آنها می‌شوند. بین دختر و پسر در میزان پرخاشگری رابطه‌ای تفاوت معناداری وجود ندارد و همچنین رفتار پرخاشگرانه در رابطه با هم‌سالان در سنین مختلف تغییر معناداری نداشت.

در پژوهشی عبداللهیان و همکاران (1383) در بررسی شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در کودکان شهر مشهد که بر روی 1089 کودک انجام دادند به این نتیجه رسیدند که شیوع این اختلال در پسران 18/1 درصد و در دختران 6/7 درصد است. همچنین اخوان کرباسی و همکاران (1386) در بررسی شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه که بر روی 400 کودک 6 ساله شهر یزد انجام دادند به این یافته رسیدند که میزان این اختلال 16/3 درصد بود که در پسران 19/5 درصد و در دختران 13 درصد بود.

ملکشاهی و فرهادی (1387) در بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی شهرستان خرم‌آباد که بر روی 600 کودک پیش‌دبستانی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که 79/3 درصد از کودکان شهری و 68 درصد از کودکان روستایی حداقل یکی از مشکلات رفتاری مطالعه شده را دارند. اضطراب جدایی، بهانه‌گیری زیاد و بی‌مورد و گریه فراوان در کودکان شهری بیشتر از کودکان روستایی بود. مشکلات رفتاری مثل دفع بی‌اختیاری ادرار، وحشت شبانه، دندان قروچه، کوبیدن سر به در و دیوار و مشکلات خواب در کودکان روستایی بیشتر بود. برخی مشکلات رفتاری کودکان مانند دفع بی‌اختیاری ادرار، لکنت زبان و ناخن جویدن با جنسیت، سن، تحصیلات و شغل والدین و ترتیب تولد رابطه معناداری وجود دارد.

رجایی و همکاران (1393) در بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دبستانی شهر مشهد نشان دادند که 15 درصد از کل دانش‌آموزان دبستانی دچار مشکلات بالینی هستند و 5 درصد در محدوده مرزی قرار دارند.

ساجدی و همکاران (1389) در بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان 3 تا 6 ساله همدان که بر روی 400 کودک انجام دادند به این نتیجه رسیدند که شیوع نقص توجه در کودکان مورد مطالعه از 15 درصد، ترس 17/5 درصد، پرخاشگری 15/5 درصد و اشکال در رفتار اجتماعی 6/75 درصد است.

در پژوهشی که کاشانی و همکاران (1984) بر روی 100 کودک یک تا 6 ساله انجام دادند نتایج به دست آمده نشان داد که اختلال افسردگی در کودکان پیش دبستانی پایین بود دمنج-لابریا و همکاران (2009) در بررسی افسردگی اساسی بر روی 1427 کودک به این نتیجه رسیدند که تنها 16 کودک (1/12 درصد) ملاک‌های افسردگی را داشتند.

در پژوهشی که سپهرمنش و همکاران (1387) بر روی 400 دانش‌آموز دبیرستانی شهر کاشان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که 10 درصد از نوجوانان دبیرستانی مشکوک به اختلال روانی بودند. شایع‌ترین علائم روانی به ترتیب افکار پارانویا، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بود.

بیابانگرد و جوادی (1383) در پژوهشی که بر روی 464 نوجوان و جوان شهر تهران انجام دادند به این نتیجه رسیدند که میزان 14 درصد از این افراد مشکوک به اختلال روانی بودند. فیاض و کیانی (1390) در بررسی 51 نفر از نوجوانان ساکن در پرورشگاه شهر شیراز نشان دادند که نوجوانان مورد مطالعه از سلامت روانی نسبتاً خوبی برخوردار بودند.

## 2-4-2 پژوهش‌های خارجی

به دست آوردن رقم دقیق شیوع اختلالات رفتاری در کودکان امکان‌پذیر نیست، زیرا اولاً کودکان در برخورد با مسائل ممکن است واکنش‌های متفاوتی به صورت انحراف کمی از حالت طبیعی تا حداکثر انحراف مانند یک بیماری روانی غیرقابل تردید از خود بروز دهند. ثانیاً، نمود این اختلالات در کودکان بر حسب محیط اجتماعی و محیط رشدی او متغیر است. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی بین کودکان 3 تا 15 ساله در کشورهای توسعه یافته 5 تا 15 درصد است. این رقم در کشورهای در حال توسعه نیز صدق می‌کند (محمدیان، 1378).

دورتنی و همکاران (2013) در مطالعه‌ای بر روی 541 کودک نشان دادند که 106 کودک (19/6 درصد) ملاک حداقل یکی از اختلال‌های اضطرابی را برآورد می‌کنند.

بزرگ‌ترین مطالعه همه‌گیرشناسی اختلالات عاطفی کودکان در جزیره وایت در بریتانیا در سال 1965 انجام‌گرفته است، همه کودکان 10 تا 11 ساله در این جزیره تحت مطالعه قرار گرفتند. میزان شیوع اختلالات روانی، آن‌چنان‌که محققان تشریح کرده‌اند 6/8٪ بوده است. اختلالات روانی در این پژوهش هنگامی مطرح بوده‌اند که نابهنجاری‌های رفتاری، هیجانی یا ارتباطی به‌اندازه کافی مشخص و طولانی بوده است که سبب رنج پیوسته یا ناتوانی در خود کودک شده باشد یا پریشانی و اختلال در خانواده یا جامعه ایجاد کرده باشد. در این مطالعه، پسران مبتلا به اختلالات روانی نزدیک به دو برابر دختران بوده‌اند، مطالعه مشابهی در شهر لندن، میزان شیوع اختلالات رفتاری را در حدود دو برابر بیشتر از مطالعه قبل نشان داده است (راتر و کوینتون، 1984). همچنین میزان شیوع در طبقه دامنه سنی نیز متفاوت بوده است. کرایپنسک و همکاران (1967) در مطالعه‌ای که در یکی از شهرهای استرالیا با 2000 نفر انجام دادند. میزان شیوع اختلالات رفتاری را برای کودکان 10 درصد و برای نوجوانان 16 درصد گزارش داده‌اند.

مطالعه سلامت کودکان انتاریو، اطلاعاتی در مورد میزان شیوع اختلالات رفتاری - عاطفی در کودکان 4 تا 16 ساله کانادایی را به دست می‌دهد. نتایج مربوط به این پژوهش که 3294 نفر در آن شرکت داشته‌اند در جدول زیر آمده است:

جدول 2-2: شیوع اختلالات رفتاری براساس مطالعه سلامت کودکان انتاریو

سن	جنس	یک یا بیش از یک اختلال	اختلال سلوک	پیش فعالی	اختلال هیجانی
11	پسر	٪ 19/5	٪ 6/5	٪ 10/1	٪ 10/2
11	دختر	٪ 13/5	٪ 1/8	٪ 3/3	٪ 10/7
16	پسر	٪ 19/2	٪ 8/1	٪ 8/9	٪ 7/9
16	دختر	٪ 16/9	٪ 2/7	٪ 3/3	٪ 11/9

اطلاعات انتاریو تأکید می‌کند که تفاوت‌های مشخص جنسیتی در شیوع بسیاری از اختلالات کودکی وجود دارد. اختلالات عاطفی - رفتاری در هر دو گروه سنی در پسران شایع‌تر از دختران است (سعیدی، 1389).

در سال 1969، کمیته بهداشت روانی کودکان نتیجه‌گیری کرد که 13/6 درصد کودکان از نظر هیجانی دچار اختلال هستند. از این میان، حداکثر 2 تا 4 درصد کودکان دچار اختلالات شدید هستند و 8 تا 10 درصد

صد مبتلابه اختلالات دیگری هستند که نیاز به درمان دارند. در آمریکا 13/6 درصد یعنی 9 میلیون نفر کودک دچار اختلالات عاطفی - رفتاری هستند (سمیعی، 1379).

گلد<sup>1</sup> و همکاران (1980) در یک مرور بر چندین مطالعه همه‌گیرشناسی در آمریکا و بریتانیا، رقم 12 درصد را به دست آورده‌اند. اگرچه این ارقام در مطالعات مختلف بین 6 تا 37 درصد متفاوت است. میزان اختلالات بستگی به عوامل متعددی از قبیل سن، جنس، نوع اختلال، پیشینه زندگی و ناحیه جغرافیایی دارد. برای مثال، شیوع اختلالات رفتاری در پسران بیش از دختران و در شهرنشین‌ها بیشتر از روستانشین‌ها است. عوامل دیگری نظیر طبقه اجتماعی - اقتصادی، خانواده‌های تک‌والدی یا دو‌والدی و همچنین سن بر میزان شیوع اثر می‌گذارند (کازدین<sup>2</sup>، 1988؛ به نقل از سعیدی، 1389).

نتایج ذکرشده با توجه به دشواری‌های تعیین حدود مرز بین رفتارهای بهنجار و نابهنجار نیز قابل توضیح است. تمام کودکان و نوجوانان هر از چند گاهی رفتارهای نابهنجاری از خویش نشان می‌دهند و چون معیارها مختلف است، متخصصان درصد کودکان و نوجوانان مبتلابه اختلالات رفتاری را با ارقامی مانند 1٪ (فوم کین<sup>3</sup>، 1972)، 8٪ (اولمان<sup>4</sup>، 1952)، 10٪ (باور<sup>5</sup>، 1960)، 20٪ (کلی<sup>6</sup> و همکاران، 1977) و 24٪ (سیلوا<sup>7</sup> و همکاران، 1974) برآورد می‌کنند. بخشی از تفاوت‌های موجود در میزان برآوردهای یادشده ناشی از عدم توافق متخصصان درباره معیارهایی نظیر چگونگی تعیین این‌گونه رفتارها، چگونگی بروز، فراوانی، شدت، مدت و موقعیتی که این رفتارها در آن به وقوع می‌پیوندند، است (سمیعی، 1379).

رابین و بالو<sup>8</sup> (1978) در مطالعه‌ای برای تعیین درصد کودکان دارای اختلالات رفتاری از نقطه نظر معلمان استفاده کردند. بدین ترتیب که از معلمان آمادگی تا کلاس ششم ابتدایی خواستند که کودکان با مشکلات رفتاری را مشخص کنند. تعداد کل کودکان در این تحقیق 1586 نفر بوده است که بیش از نیمی (59٪) حداقل توسط یکی از معلمان به‌عنوان کودک مشکل‌دار انتخاب شده بودند. یکی از دلایل بالا بودن این ارقام این است که از معلمان خواسته شده بود که کودکان مشکل‌دار را خود مشخص کنند، بدون اینکه هیچ‌گونه تعریفی از شدت و نوع مشکل داده شود. به‌عبارت‌دیگر، مسئولیت تعریف اختلالات را معلمان عهده‌دار بودند و هیچ‌گونه معیار خاصی برای آن از طرف متخصصین ارائه نشده بود. در این پژوهش، دانش آموزان پسر 3 برابر دانش آموزان دختر به‌عنوان کسانی که مشکلات رفتاری دارند انتخاب شده بودند

<sup>1</sup>-Gold

<sup>2</sup> - Kazdin

<sup>3</sup> - Fomkine

<sup>4</sup> - Olmane

<sup>5</sup> - Bawer

<sup>6</sup>-Kley

<sup>7</sup>-Silova

<sup>8</sup>-Robin & Ballow

هنگامی که معیار تعیین دانش آموزان با اختلالات رفتاری به جای نظر یک معلم در یکی از سال‌های دوره ابتدایی به نظرخواهی 3 معلم در سه سال مختلف تحصیلی تغییر یافت، درصد اختلالات این دانش آموزان نیز به 7 درصد کل تقلیل پیدا کرد. به سخن دیگر، فقط 7 درصد از کل دانش آموزان دوره ابتدایی، توسط معلمین از سه سال مختلف به عنوان دانش آموزان یا مشکلات رفتاری که نیاز به کمک‌هایی ویژه دارند، انتخاب شوند (نراقی و نادری، 1394).

در مطالعه راتر و کویتون (1984) پسرهای مبتلا به اختلال‌های روانی نزدیک به دو برابر دخترها گزارش شدند. مطالعه انتاریو نیز تأکید می‌کند که تفاوت‌های مشخص جنسیتی در شیوع بسیاری از اختلالات کودکی وجود دارد و اختلالات عاطفی - رفتاری در هر دو گروه سنی، در پسران شایع‌تر است. راتر و کویتون (1984) شیوع اختلالات رفتاری در پسران را بیش از دختران گزارش می‌کنند.

یکی از فراگیرترین یافته‌هایی که با توجه به میزان شیوع اختلالات رفتاری دیده می‌شود، تنوع و گستردگی اختلالات رفتاری در پسران است این گستردگی شامل تحرک بیش‌ازحد، خیس کردن رخت خواب، رفتار ضداجتماعی و مشکلات یادگیری است این تفاوت‌ها را می‌توان ناشی از چند عامل دانست. در کل به نظر می‌رسد که پسران نسبت به دختران از نظر زیستی آسیب‌پذیرتر باشند. از همان دوره جنینی میزان مرگ‌ومیر در پسران نسبت به دختران بیشتر است به نظر می‌رسد بیماری‌های سخت، تغذیه ناکافی و فقر در آنان تأثیر بیشتری می‌گذارد با وجود این تفاوت‌هایی که در تربیت دختران و پسران در اجتماع وجود دارد در مورد تفاوت‌هایی مربوط به جنسیت نیز بی‌تأثیر نیست. برای مثال، تردیدی نیست که پرخاشگری در پسران سهل‌تر از دختران پذیرفته می‌شود. در هر حال شواهدی موجود است که نشان می‌دهد درجه شیوع بالاتر اختلالات رفتاری در پسران را می‌توان ناشی از این دانست که کج‌روی‌های پسران بیشتر شنیده می‌شود. مادران انتظار دارند که گرفتاری‌های پسران از دختران طولانی‌تر شود. معلمین و والدین نسبت به تحرک بیش‌ازحد، ناپایداری، حواس‌پرتی و ازهم‌گسیختگی پسران تاب تحمل کمتری دارند (سمیعی، 1379).

در اکثر مطالعات شیوع اختلالات سلوکی در بین پسران بیشتر از دختران بوده و شیوع اختلالات هیجانی در دختران بیشتر از پسران بوده است. در یک مطالعه در شمال فرانسه فومبون (1991) نمونه‌ای شامل 2441 کودک در سنین 8 تا 11 سال را مورد بررسی قرار داد. از چک‌لیست رفتاری کودک و مقیاس راتر فرم معلم به عنوان وسیله غربالگری اولیه استفاده گردید. پس این نمونه تصادفی از کودکان که در غربالگری اولیه علائم مثبت و منفی داشتند را برای پیگیری بعدی انتخاب گردیدند (سالاری، 1380).

جفرس و فیتز جرالده<sup>1</sup> (1991 به نقل از سعیدی، 1389) در یک مطالعه همه‌گیرشناسی در ایرلند، 2029 کودک در سنین 9 تا 12 سال در مدارس دوبلین مورد ارزیابی قرار دادند. مطالعه در چند مرحله صورت گرفته و از مقیاس راتر فرم معلم به‌عنوان وسیله غربالگری استفاده گردید و در مرحله دوم از مصاحبه نیمه ساختاریافته روان‌پزشکی استفاده گردید. براساس اولین مرحله غربالگری، شیوع کلی اختلالات 16/6 درصد گزارش شد. (20/8) درصد برای پسران و 11/7 درصد برای دختران) 206 کودک برای مرحله دوم انتخاب شدند که 190 نفر از آنها توسط روان‌پزشکان ارزیابی شدند. شیوع واقعی اختلال 25/4 درصد تخمین زده شد. شیوع انواع اختلال 25/4 درصد تخمین زده شد. شیوع انواع اختلالات به شرح زیر بود: اختلال سلوک 10 درصد، شب‌اداری، 11/6 درصد، اختلالات هیجانی 4/7 درصد، اختلالات مختلط سلوکی و هیجانی 4/7 درصد، سندرم‌های پیش‌بینی جنینی 2/1 درصد.

اختلال سلوک در دوره کودکی و نوجوانی شایع است و تقریباً 6 تا 16 درصد پسران و 2 تا 9 درصد دختران زیر 18 سال مبتلا به اختلال سلوک هستند. اختلال سلوک در بین پسران شایع‌تر از دختران است و نسبت آن 4 به 1 تا 12 به 1 فرق می‌کند. بسیاری از اولیای امور، اختلال رفتار مقابله‌ای را از ویژگی مشترک بسیاری از مشکلات دوران کودکی به‌ویژه پرخاشگری و رفتار ضداجتماعی می‌دانند. در مطالعات همه‌گیرشناسی صفات منفی کارانه در جمعیت غیر بالینی 6 تا 16 درصد کودکان دبستانی گزارش شده است (کاپلان و سادوک، 1996، ترجمه پورافکاری، 1380).

اختلال بیش‌فعالی 5 تا 10 درصد کودکان سنین مدرسه را در برمی‌گیرد. درعین‌حال میزان شیوع اختلالات بیش‌فعالی تا حد زیادی متغیر است و حتی به 20 درصد نیز می‌رسد. پسران بیشتر از دختران به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه مبتلا می‌شوند و نسبتی که در این مورد وجود دارد بین 3 به 1 تا 10 به 1 در نوسان است. در بررسی آکسفورد و همکاران (1987) میزان شیوع اختلال سلوک، اختلاف بیش‌فعالی و اختلال هیجانی در پسران 4 تا 11 ساله به‌ترتیب 6/5، 10/1، 10/2 درصد بود و در دختران در همین سنین 1/8، 3/3، 1/5 درصد گزارش شد. در این مطالعه مشخص گردید که پسران به‌طور معناداری بیشتر از دختران دچار این اختلالات می‌شوند (به نقل از سعیدی، 1389).

در مطالعه دیگری که توسط کاشانی و همکاران (1987) در کلمبیا انجام گرفت، میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکان در اختلال سلوک (8/7 درصد) اختلال افسردگی (8 درصد) اختلال اضطراب (8/7 درصد) اختلال رفتار مقابله‌ای (6 درصد) و در اختلال بیش‌فعالی (2 درصد) گزارش گردید. در این مطالعه رابطه معناداری بین جنسیت، وضعیت اقتصادی \_ اجتماعی و اختلالات رفتاری نشان داده نشد (کاشانی، 1378).

---

<sup>1</sup> - Jefes & Fiterherald

آندرسون و مک گلی<sup>۱</sup> (1987) در مطالعه‌ای طولی در نیوزلند 1537 کودک را بافاصله‌های زمانی یک‌ساله تا وقتی که به سن 11 سالگی رسیدند مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکان 17/6 درصد گزارش گردید. بیشترین اختلال مشترک، اختلال کمبود توجه (6/7 درصد) و به دنبال آن اختلالات مقابله‌ای (7/5 درصد)، اختلال اضطراب جدایی (3/5 درصد) و اختلال افسردگی (1/8 درصد) نشان داده شده است (به نقل از خانجانی، 1379).

بیرد<sup>۲</sup> و همکاران (1988) یک بررسی همه‌گیرشناسی دومارحله‌ای را بر روی یک نمونه احتمالی از جمعیت 4 تا 16 ساله در پورتوریکو انجام دادند. بیشترین تشخیص اشتراک را در اختلالات ازهم‌گسیختگی (9/9 درصد)، اختلالات رفتار مقابله‌ای و اختلال کمبود توجه (9/5 درصد)، اختلال افسردگی (5/9 درصد)، شبادراری (4/7 درصد) اختلال سازگاری (4/2 درصد) و فوبیای ساده (2/6 درصد) نشان داده شده است (به نقل از خانجانی، 1379).

لاک<sup>۳</sup> و همکاران (1975) در تحقیقی که بر روی 855 کودک در هنگ کنگ و چین انجام دادند، میزان شیوع اختلالات رفتاری خفیف را 18 درصد و اختلالات رفتاری شدید را 5/2 درصد گزارش کردند. سن متوسط شروع اختلال سلوک در پسران پایین‌تر از دختران است. پسران اکثراً در فاصله 10 تا 12 سالگی واجد ملاک‌های تشخیص اختلال سلوک می‌شوند، درحالی که دختران قبل از اینکه مشمول ملاک‌ها شوند به 14 تا 16 سالگی رسیده‌اند. در اختلال رفتار مقابله‌ای، سن شروع سه‌سالگی است و دیرتر از نوجوانی آغاز نمی‌گردد. اختلال سلوک در بین پسران شایع‌تر از دختران است و نسبت آن 4 به 1 تا 12 به 1 فرق می‌کند همچنین اختلال رفتار مقابله‌ای قبل از سن بلوغ در پسران شایع‌تر است و پس از آن نسبت سنی احتمالاً برابر می‌گردد (کاپلان و سادوک، 1996، ترجمه پورافکاری، 1380).

رابرت گیلفورت و روزنبلات<sup>۴</sup> (1998) در چهار دهه گذشته 52 مطالعه را که همگی در زمینه شیوع اختلالات کودکان و نوجوانان انجام شده بود را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند و نتایج حاصله را بدین شرح گزارش نمودند؛

1. اکثر مطالعات حول و حوش دهه 1980 انجام شده است.

سل حجم نمونه‌ها بین 58 تا 846 نفر گزارش شده است.

<sup>1</sup>-&ersson & Macgee

<sup>2</sup>. Bird

<sup>3</sup>. Lack

<sup>4</sup>. Robent, Gilfort & Rozenblat



3. مطالعات در 20 کشور جهان انجام شده است که عمده آنها در ایالت متحده و انگلستان بوده است.

4. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین 4 تا 18 سال گزارش شده است.  
5. برای تعریف مورد (تعیین آسیب‌شناسی) از معیارهای آزمون راتر بیشترین استفاده شده است که البته مطالعاتی که جدیدترند، معیارهای DSM را نیز به کار برده‌اند.  
6. همه محاسبه‌های انجام شده طبق محاسبه راتر بوده و معمول‌ترین زمان صرف شده برای اجرای این مطالعات بین 6 ماه تا 1 سال بوده است.

7. برآورد میزان شیوع اختلالات بین 1 تا 15 درصد و با میانگین 5/8 درصد که نرخ متوسط شیوع اختلالات برای دوره پیش‌دبستانی 8 درصد و برای دوره قبل از بلوغ (مقاطع ابتدایی و راهنمایی) 12 درصد و برای دوره بلوغ و نوجوانی 15 درصد و برای گروه‌های سنی بالاتر 18 درصد بوده است.

# فصل سوم

## روش اجرای پژوهش

### 1-3 مقدمه

فصل سوم این پژوهش به بررسی روش تحقیق، جامعه آماری، ابزار پژوهش، اعتبار و روایی آن و شیوه اجرای پژوهش می‌پردازد. در این فصل جزئیات مربوط به روش تحقیق، طرح تحقیق، جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری تعیین شده است. همچنین ابزار اندازه‌گیری به کار برده شده، معرفی و مراحل تعیین روایی و پایایی آن بررسی شده است و سپس با توضیح روش تجزیه و تحلیل داده‌ها و شیوه اجرای تحقیق پایان یافته است.

### 2-3 طرح پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی و علی-مقایسه‌ای یا پس رویدادی بود. هدف قسمت اول بررسی شاخص‌های توصیفی نمونه‌های پژوهش است. در این قسمت آماره‌های چون میانگین، انحراف استاندارد، بیشترین و کمترین نمرات هر متغیر همراه با درصد فراوانی و نمودار ارائه خواهد شد. هدف قسمت دوم یافتن علت‌های احتمالی یک الگوی رفتاری است. از این نوع روش تحقیق اکثر اوقات به منظور آزمون فرضیه درباره روابط علی- معلولی به جای روش آزمایشی استفاده می‌گردد. روش علی مقایسه‌ای ساده‌ترین روش کمی برای روابط علی-معلولی پدیده‌ها است این روش شامل روش خاص تحلیل اطلاعات برای پیدا کردن روابط بین متغیرها است. در نتیجه محقق قصد دست‌کاری متغیرها را ندارد و به بررسی مقایسه میانگین متغیرها در دو جامعه‌ی مختلف می‌پردازد. استفاده از این طرح به این دلیل است که در برخی مواقع علت «خصیصه» بوده و قابل دست‌کاری نیست - مانند جنسیت - در بعضی از مواقع دیگر علت خصیصه‌ای نیست ولی دست‌کاری آن‌ها از کنترل محقق خارج و یا غیرانسانی است - مانند طبقه اجتماعی - (دلاور، 1394).

### 3-3 جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان خواهد بود. با توجه به اطلاعات داده شده حجم جامعه برابر با 2768 نفر است که از میان

جامعه آماری شهری و روستایی براساس جدول کرجسی و مورگان<sup>1</sup> نمونه‌ای به حجم 338 نفر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی و براساس ملاک‌های ورود از شهرستان‌های بندرعباس (140 نفر)، میناب (130 نفر) و رودان (68 نفر) انتخاب شدند. معیارهای ورود برای پژوهش حاضر شامل قرار گرفتن در محدوده سنی 6 تا 16 سال، سکونت در مناطق شهری و روستایی استان هرمزگان به مدت حداقل 5 سال، عدم داشتن بیماری‌های مزمن یا مهلک و گرفتار تأخیر در رشد جسمی و ذهنی و همچنین رضایت کامل خانواده در جهت پاسخ دادن به سؤالات پژوهش بود.

### 3-4 ابزار پژوهش

پرسشنامه استاندارد علائم مرضی کودکان و نوجوانان (4-C SI): این پرسشنامه 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<sup>2</sup> (SLUG) را اسپرافکین و همکاران در سال 1984 براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-III) تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدیدنظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و اختلال‌های روانی (DSM-III-R) در سال 1987 نسخه CSI-3R آن نیز ساخته شد تا اینکه CSI-4 در سال 1994 با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی توسط گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد (اسپرافکین و گادو، 2002) و هم‌اکنون ابزار مناسبی در جهت بررسی مشکلات و سلامت روانی کودکان و نوجوانان است. این پرسشنامه دارای دو فرم والد و معلم است که فرم والدین دارای 97 سؤال است و فرم معلم آن 77 سؤال دارد. فرم والد 17 اختلال و فرم معلم 13 اختلال را موردسنجش قرار می‌دهد. در پژوهش حاضر، از فرم والد استفاده شده است و تنها 6 اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (نمره برش 6)، اختلال سلوک (نمره برش 3)، نافرمانی مقابله‌ای (نمره برش 4)، افسردگی (نمره برش 4)، اضطراب جدایی (نمره برش 3) و فزون اضطرابی (نمره برش 2) موردبررسی قرار گرفت. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس طیف لیکرتی 4 درجه‌ای از هرگز (امتیاز صفر) گاهی (امتیاز صفر)، اغلب (امتیاز یک) و بیشتر اوقات (یک امتیاز) تشکیل شده است. این پرسشنامه در ایران موردبررسی و استفاده بی‌شماری قرار گرفته است و از این رو شاخص‌های روایی و پایایی مناسبی برای آن ذکر کرده‌اند. نجفی، فولادچنگ، علیزاده و محمدی‌فر (1388) در پژوهش خود بعد از تأیید روایی محتوایی، میزان اعتبار آن‌را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/92

<sup>1</sup> . Krejcie & Morgan

<sup>2</sup> . Sprafkin, Lani, Uounitat & Gadow

گزارش کرده‌اند. در پژوهش شمسایی و همکاران (1393) بعد از تأیید روایی محتوایی این پرسشنامه توسط پنج نفر از اساتید هیئت‌علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان، میزان اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/87 گزارش شد. در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلال سلوک، نافرمانی مقابله‌ای، افسردگی، اضطراب جدایی و فزون اضطرابی به ترتیب برابر با 0/89، 0/70، 0/76، 0/68، 0/56 و 0/68 و برای نمره کل برابر با 0/91 به دست آمد.

**چک‌لیست مشکلات رفتاری:** این چک‌لیست توسط ملکشاهی و فرهادی (1387) و براساس DSM به‌منظور بررسی مشکلات رفتاری طراحی شده است. این چک‌لیست مشتمل بر 46 گویه است که به‌صورت بله و خیر توسط والدین پاسخ داده می‌شود. در این پژوهش براساس صلاح‌دید اساتید مربوطه، میزان نمره برش این مقیاس یک انحراف پایین‌تر از میانگین و نمره 16 انتخاب شد. ملکشاهی و فرهادی (1387) پس از تأیید روایی صورتی این پرسشنامه توسط اساتید، پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/98 گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با 0/89 به دست آمد.

### 3-5 روش اجرا

پس از تصویب موضوع و اخذ مجوزهای لازم، با مراجعه به اداره بهداشتی کل و شهرستان‌های استان هرمزگان و رعایت جوانب اخلاقی، کودکان و نوجوانان براساس ملاک‌های ورود انتخاب و اطلاعات موردنیاز اخذ شد. جمع‌آوری داده‌ها مشتمل بر مصاحبه و تکمیل کردن ابزارهای پژوهش توسط والدین کودکان بود.

### 3-6 روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص توصیفی میانگین، انحراف استاندارد، درصد فراوانی و نمودار و در سطح استنباطی از آزمون‌های همبستگی پیرسون و آزمون‌های مقایسه‌ای پارامتریک چون آزمون

تی و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (آنوا) استفاده شد. همچنین داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شدند.

# فصل چهارم

## تجزیه و تحلیل داده‌ها

#### 1-4 مقدمه

در این فصل یافته‌های پژوهش در قالب دو قسمت آمار توصیفی و آمار استنباطی ارائه شده است. در قسمت آمار توصیفی، شاخص‌های آماری نمونه مورد مطالعه از قبیل فراوانی، میانگین و انحراف معیار مطرح شده است. در بخش آمار استنباطی که باهدف بررسی فرضیه‌های پژوهش انجام شده است، در خصوص پذیرش یا عدم پذیرش فرضیه‌های پژوهش از همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل و تحلیل واریانس تک‌متغیره (آنوا) استفاده شده است.

#### 2-4 یافته‌های توصیفی

در بخش یافته‌های توصیفی، به بررسی اطلاعات توصیفی نمونه‌های پژوهش و متغیرهای پژوهش می‌پردازیم که نتایج آن به شرح ذیل است:

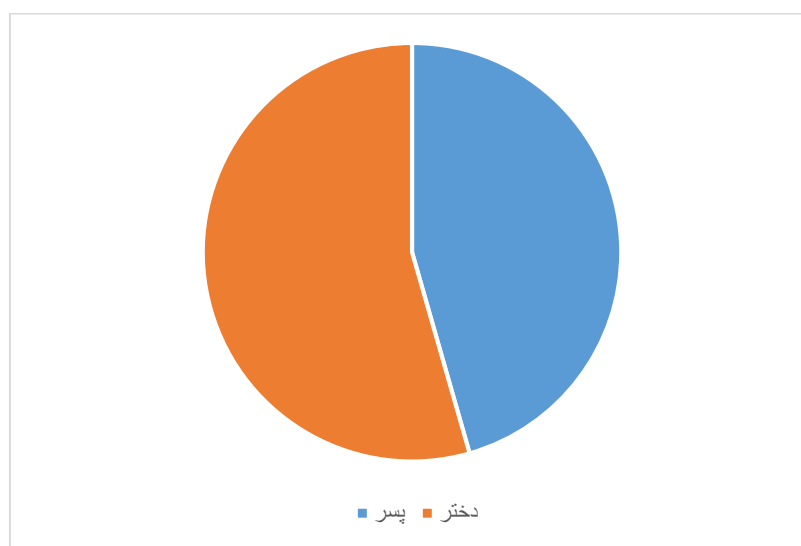
جدول 1-4: توزیع فراوانی جنسیت نمونه‌های پژوهش

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
پسر	154	45/6	45/6
دختر	184	54/4	100
مجموع	338	100	-

جدول فوق توزیع فراوانی جنسیت نمونه‌های آماری پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، اطلاعات 154 پسر (45/6 درصد) و 184 دختر (54/4 درصد) در این پژوهش گردآوری شد. نتایج به‌دست آمده در نمودار زیر مشخص شده است.



نمودار 1-4: فراوانی جنسیت نمونه‌های پژوهش



جدول 2-4: میانگین سن نمونه‌های آماری پژوهش

جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین	کمترین
پسر	11/10	3/20	16	6
دختر	11/32	2/99	16	6
کل	11/22	3/09	16	6

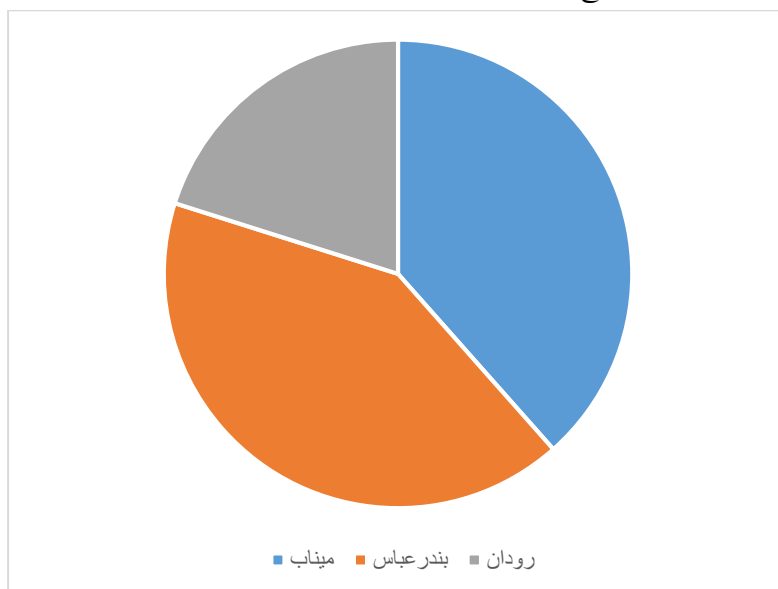
جدول فوق میانگین سنی نمونه‌های آماری پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، میانگین و انحراف استاندارد سن دختران برابر با  $11/32 \pm 2/99$ ، پسران برابر با  $11/10 \pm 3/20$  و کل نیز  $11/3 \pm 22/09$  است.

جدول 3-4: توزیع فراوانی شهرستان سکونت نمونه‌های آماری پژوهش

شهرستان	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
میناب	130	38/5	38/5
بندرعباس	140	41/4	79/9
رودان	68	20/1	100
مجموع	338	100	-

جدول فوق توزیع فراوانی شهرستان سکونت نمونه‌های آماری پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، 130 نفر (38/5/3 درصد) از میناب، 140 نفر (41/4 درصد) و 68 نفر (20/1 درصد) از رودان در این پژوهش شرکت داشتند. نتایج به‌دست‌آمده در نمودار زیر مشخص شده است.

نمودار 2-4: توزیع فراوانی شهرستان سکونت نمونه‌های آماری پژوهش

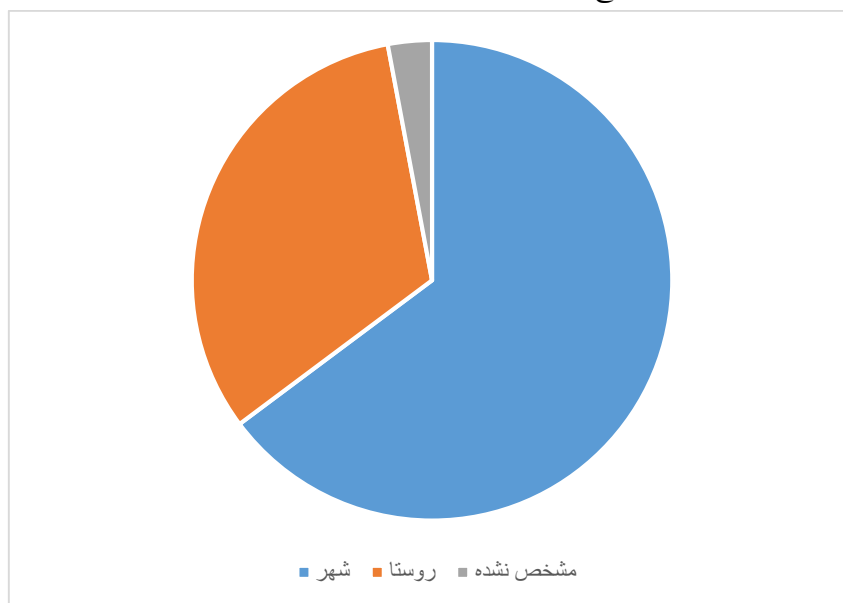


جدول 4-4: توزیع فراوانی محل سکونت نمونه‌های آماری پژوهش

محل سکونت	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
شهر	219	64/8	64/8
روستا	109	32/2	97
مشخص نشده	10	3	100
مجموع	338	100	-

جدول فوق توزیع فراوانی محل سکونت نمونه‌های آماری پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، 219 نفر (68/4 درصد) در شهر و 109 نفر (32/2 درصد) در روستا سکونت داشتند. همچنین تعداد 10 نفر (3 درصد) محل سکونت خود را مشخص نکرده بودند. نتایج به‌دست‌آمده در نمودار زیر مشخص شده است.

نمودار 3-4: توزیع فراوانی محل سکونت نمونه‌های آماری پژوهش

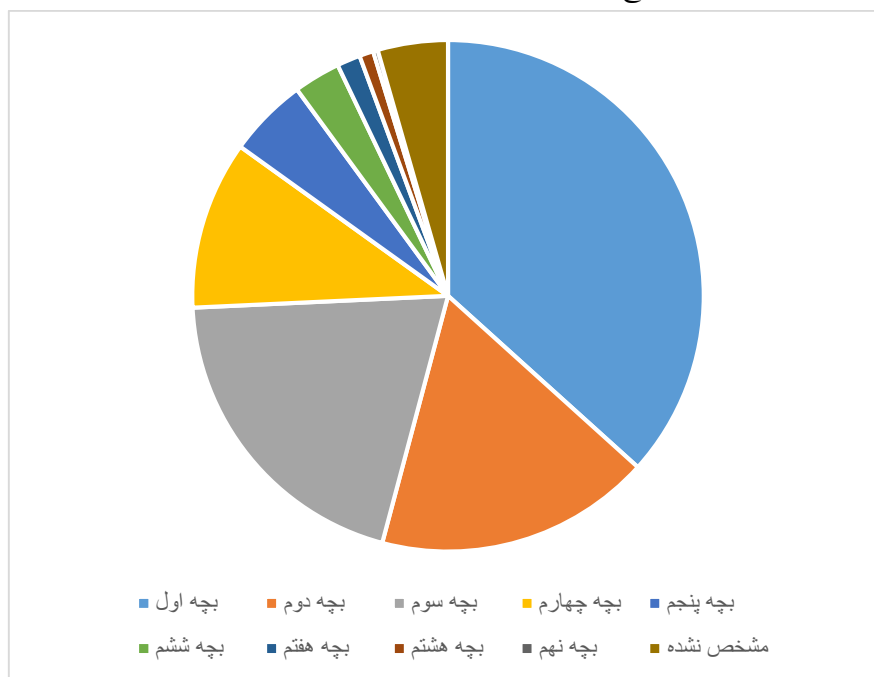


جدول 5-4: توزیع فراوانی ترتیب تولد نمونه‌های آماری موردپژوهش

ترتیب تولد	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تراکمی
1	124	36/7	36/7
2	59	17/5	54/2
3	68	20/1	74/3
4	36	10/7	85
5	17	5	90
6	10	3	93
7	5	1/5	94/5
8	3	0/9	95/4
9	1	0/3	95/6
مشخص نشده	15	4/4	100
مجموع	338	100	-

جدول فوق وضعیت ترتیب تولد نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش را نشان می‌دهد. براساس نتایج به‌دست‌آمده عمده اکثر کودکان این پژوهش با فراوانی 124 (36/7 درصد) بچه اول خانواده بودند. نتایج به‌دست‌آمده در نمودار زیر مشخص شده است.

نمودار 4-4: توزیع فراوانی ترتیب تولد نمونه‌های آماری موردپژوهش

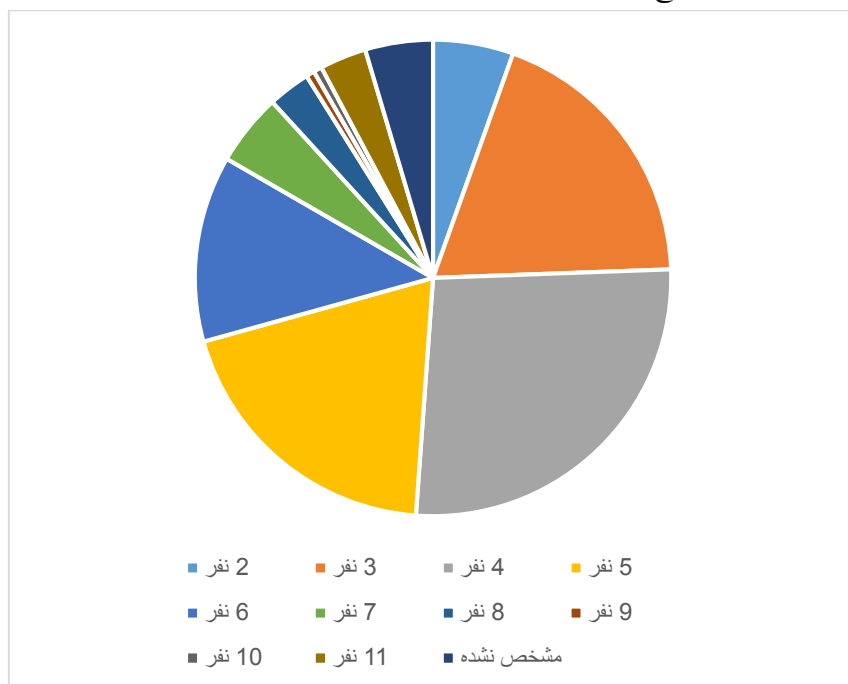


جدول 4-6: توزیع فراوانی تعداد اعضای خانواده نمونه‌های آماری موردپژوهش

تعداد اعضای خانواده	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تراکمی
2	19	5/6	5/6
3	66	19/5	25/1
4	93	27/5	52/6
5	68	20/1	72/7
6	44	13	85/7
7	17	5	90/7
8	10	3	93/7
9	2	0/6	94/4
10	2	0/6	95
11	1	0/3	95/3
مشخص نشده	16	4/7	100
مجموع	338	100	-

جدول فوق تعداد اعضای خانواده نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش را نشان می‌دهد. براساس نتایج به‌دست‌آمده عمده اکثر خانواده‌های این پژوهش با فراوانی 93 (27/5 درصد) دارای 4 عضو بودند. نتایج به‌دست‌آمده در نمودار زیر مشخص شده است.

نمودار 4-5: توزیع فراوانی تعداد اعضای خانواده نمونه‌های آماری موردپژوهش



جدول 4-7: میانگین سن والدین نمونه‌های آماری پژوهش

والد	میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین	کمترین
مادر	40/98	7/75	64	26
پدر	45/93	9/17	93	30

جدول فوق میانگین سنی والدین نمونه‌های آماری پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، میانگین و انحراف استاندارد سن مادران برابر با  $40/98 \pm 7/75$  و برای پدران برابر با  $45/9 \pm 93/17$  بود.

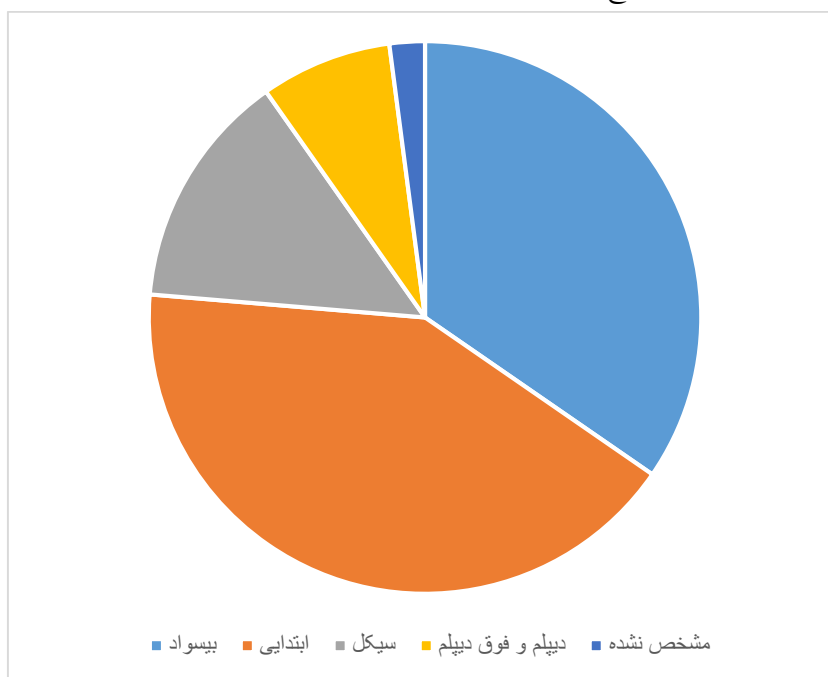
جدول 4-8: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی مادران نمونه‌های پژوهش

تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تراکمی
بی‌سواد	117	34/6	34/6
ابتدایی	141	41/7	76/4

90/2	13/9	47	سیکل
97/9	7/7	26	دیپلم و فوق دیپلم
100	2/1	7	مشخص نشده
-	100	338	مجموع

جدول فوق بیانگر میزان تحصیلات مادران نمونه‌های آماری مورد پژوهش است که براساس اطلاعات به‌دست‌آمده، عمده مادران با فراوانی 141 نفر (7/41 درصد) دارای تحصیلات ابتدایی بودند. نتایج به‌دست‌آمده در نمودار زیر مشخص شده است.

نمودار 4-6: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی مادران نمونه‌های پژوهش



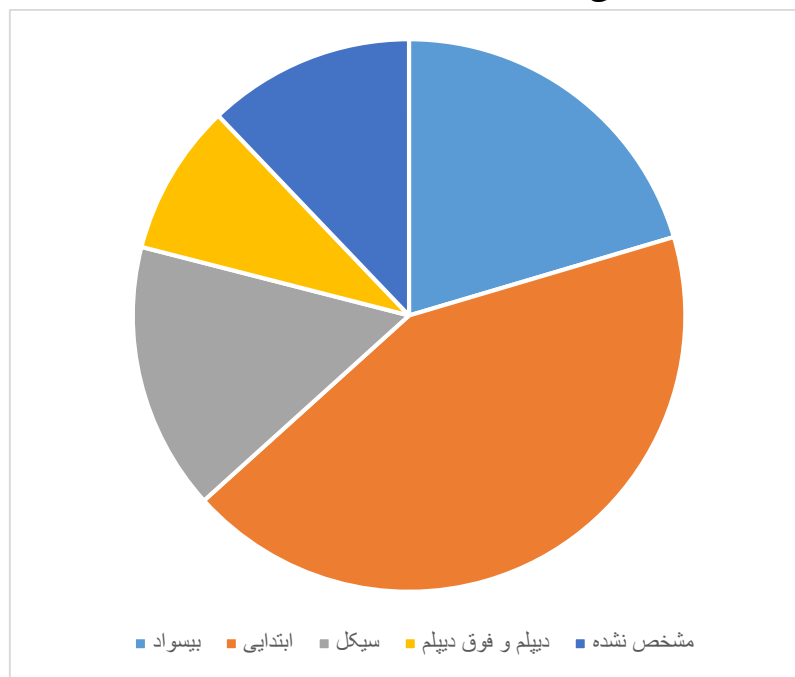
جدول 4-9: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی پدران نمونه‌های پژوهش

تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تراکمی
بی‌سواد	69	20/4	20/4
ابتدایی	145	42/9	63/3
سیکل	53	15/7	79
دیپلم و فوق دیپلم	30	8/9	87/9
مشخص نشده	41	12/1	100

-	100	338	مجموع
---	-----	-----	-------

جدول فوق بیانگر میزان تحصیلات پدران نمونه‌های مورد پژوهش است که براساس اطلاعات به‌دست‌آمده، عمده پدران با فراوانی 145 نفر (9/42 درصد) دارای تحصیلات ابتدایی بودند. نتایج به‌دست‌آمده در نمودار زیر مشخص شده است.

نمودار 4-7: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی پدران نمونه‌های پژوهش

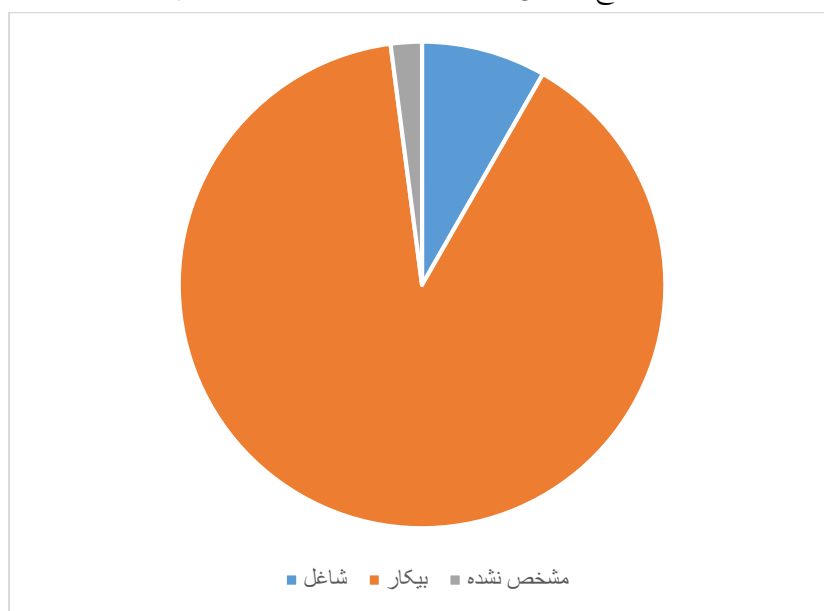


جدول 4-10: توزیع فراوانی وضعیت اشتغال مادران نمونه‌های پژوهش

وضعیت اشتغال	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
شاغل	28	8/3	8/3
بیکار	303	89/6	97/9
مشخص نشده	7	2/1	100
مجموع	338	100	-

جدول فوق توزیع وضعیت اشتغال مادران نمونه‌های پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، 28 نفر (8/3 درصد) از مادران دارای شغل و 303 نفر (89/6 درصد) بدون شغل بودند. همچنین تعداد 7 نفر (2/1 درصد) از نظر وضعیت شغلی نامشخص بودند.

نمودار 4-8: توزیع فراوانی وضعیت اشتغال مادران نمونه‌های پژوهش



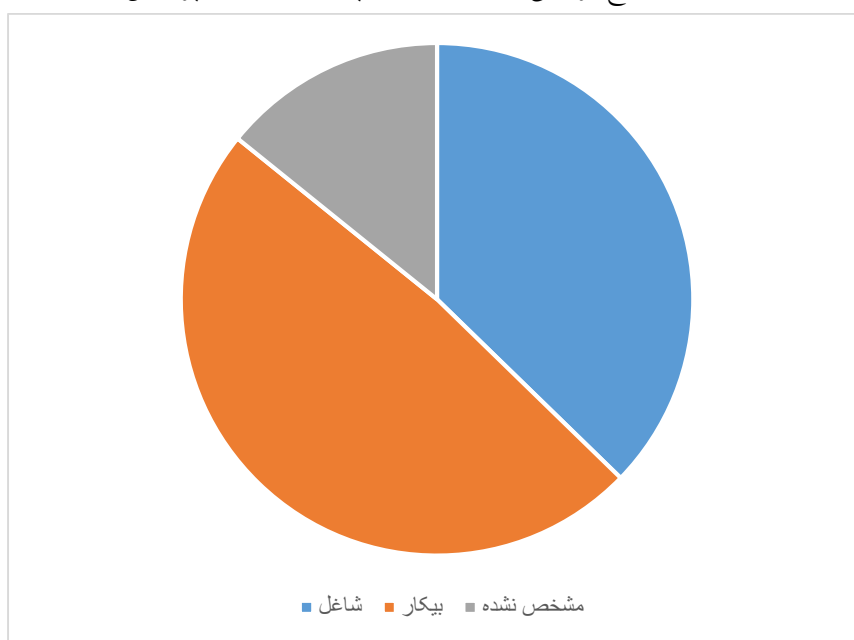
جدول 4-11: توزیع فراوانی وضعیت اشتغال پدران نمونه‌های پژوهش

وضعیت اشتغال	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
شاغل	126	37/3	37/3
بیکار	164	48/5	85/8
مشخص نشده	48	14/2	100
مجموع	338	100	-

جدول فوق توزیع وضعیت اشتغال پدران نمونه‌های پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، 126 نفر (37/3 درصد) از پدران دارای شغل و 164 نفر (48/5 درصد) بدون شغل بودند. همچنین تعداد 48 نفر (14/2 درصد) از نظر وضعیت شغلی نامشخص بودند.



نمودار 9-4: توزیع فراوانی وضعیت اشتغال پدران نمونه‌های پژوهش

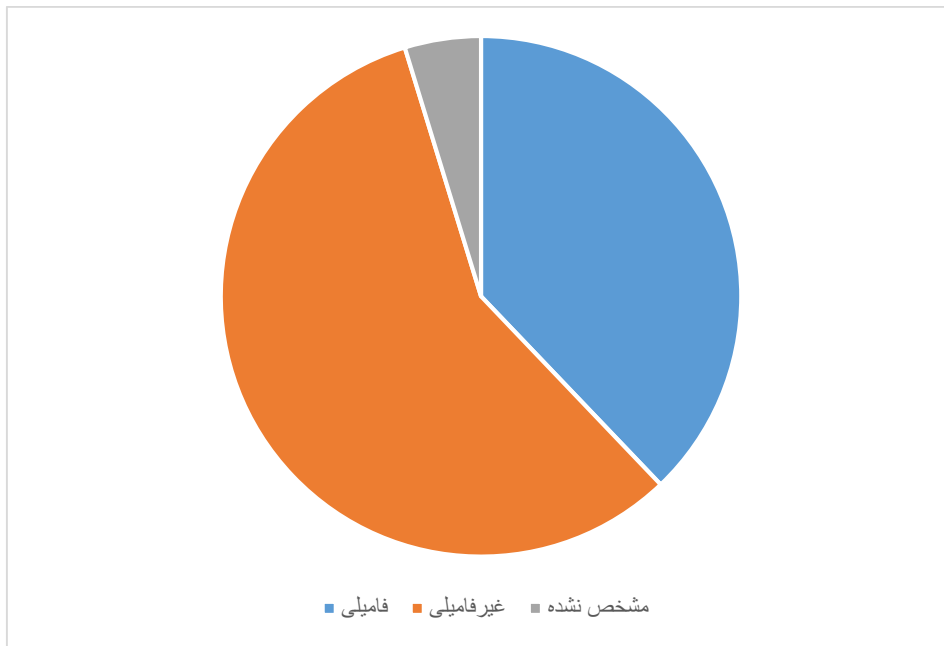


جدول 11-4: توزیع فراوانی نوع ازدواج والدین نمونه‌های پژوهش

نوع ازدواج	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
فامیلی	128	37/9	37/9
غیرفامیلی	194	57/4	95/3
مشخص نشده	16	4/7	100
مجموع	338	100	-

جدول فوق وضعیت نوع ازدواج والدین نمونه‌های پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، 128 نفر (37/9 درصد) از والدین ازدواج فامیلی داشتند و 194 نفر (57/4 درصد) از آنان ازدواج غیرفامیلی داشتند. همچنین تعداد 16 نفر (4/7 درصد) از نظر نوع ازدواج نامشخص بودند.

نمودار 10-4: توزیع فراوانی نوع ازدواج والدین نمونه‌های پژوهش

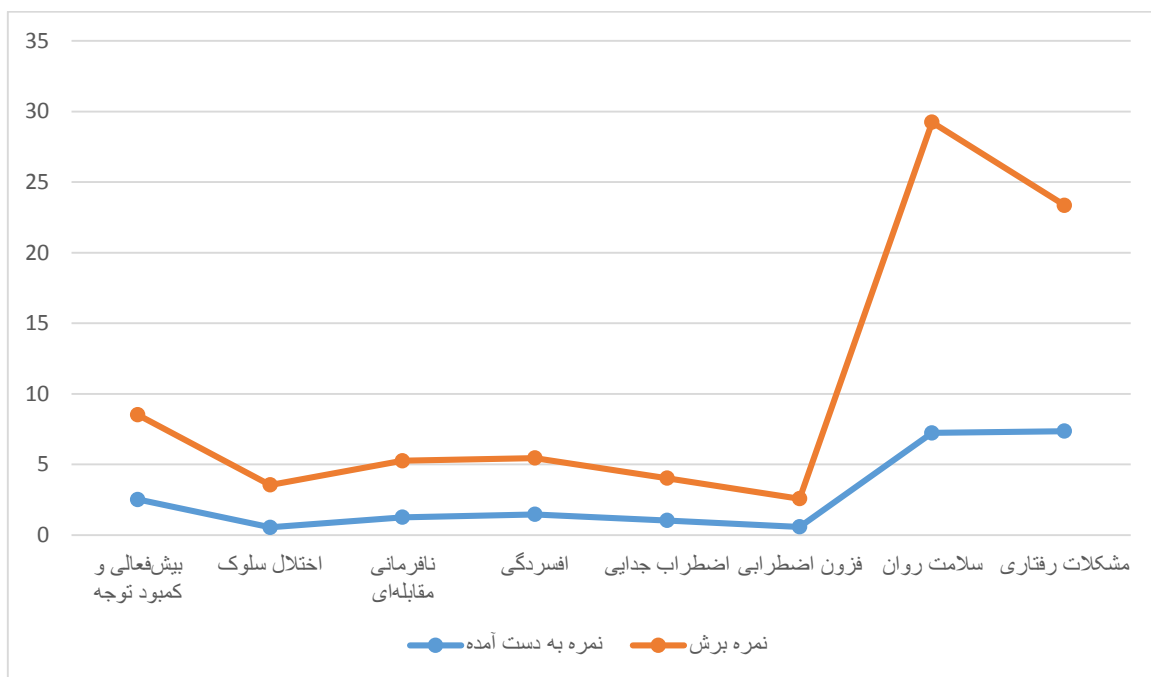


جدول 9-4: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین	کمترین
سلامت روان	بیش فعالی و کمبود توجه	2/52	3/40	16	0
	اختلال سلوک	0/55	1/32	8	0
	نافرمانی مقابله‌ای	1/26	2/05	13	0
	افسردگی	1/46	1/74	9	0
	اضطراب جدایی	1/03	1/49	11	0
	فزون اضطرابی	0/58	1/03	5	0
	سلامت روان	7/42	7/62	32	0
مشکلات رفتاری	7/36	6/68	33	0	

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، میانگین و انحراف استاندارد اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه  $2/52 \pm 3/40$ ، اختلال سلوک  $0/55 \pm 1/32$ ، نافرمانی مقابله‌ای  $1/26 \pm 2/05$ ، افسردگی  $1/46 \pm 1/74$ ، اضطراب جدایی  $1/03 \pm 1/49$ ، فزون اضطرابی  $0/58 \pm 1/03$ ، سلامت روان  $7/42 \pm 7/62$  و مشکلات رفتاری  $7/36 \pm 6/68$  بود. براساس دستورالعمل پرسشنامه تقریباً دارای اختلال نیستند و وضعیت به نسبت خوبی دارند.

نمودار 11-4: نمودار مقایسه میانگین به دست آمده در متغیرهای پژوهشی با نقطه برش



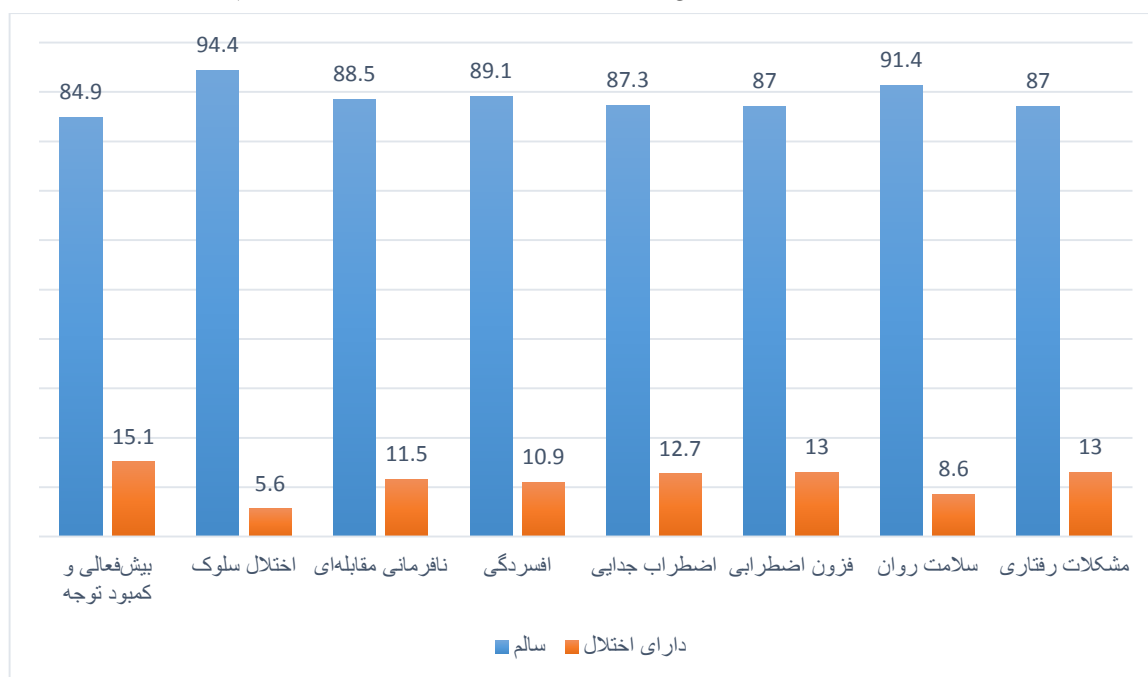
جدول 10-4: توزیع فراوانی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
بیش‌فعالی و کمبود توجه	سالم	287	84/9	84/9
	اختلال	51	15/1	100
اختلال سلوک	سالم	319	94/4	94/4
	اختلال	19	5/6	100
نافرمانی مقابله‌ای	سالم	299	88/5	88/5
	اختلال	39	11/5	100
افسردگی	سالم	301	89/1	89/1
	اختلال	37	10/9	100
اضطراب جدایی	سالم	295	87/3	87/3
	اختلال	43	12/7	100
فزون اضطرابی	سالم	294	87	87
	اختلال	44	13	100

91/4	91/4	309	سالم	سلامت روان
100	8/6	29	اختلال	
87	87	294	سالم	مشکلات رفتاری
100	13	44	اختلال	

جدول فوق توزیع فراوانی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. براساس نتایج به‌دست‌آمده، میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه برابر با 15/1 درصد، اختلال سلوک 5/6 درصد، نافرمانی مقابله‌ای 11/5 درصد، افسردگی 10/9 درصد، اضطراب جدایی 12/7 درصد، فزون اضطرابی 13 درصد، سلامت روان 8/6 درصد و مشکلات رفتاری 13 درصد بود. نتایج به‌دست‌آمده در نمودار زیر مشخص شده است.

نمودار 4-12: نمودار فراوانی وضعیت اختلالات و مشکلات رفتاری موردپژوهش



جدول 4-11: توزیع فراوانی مشکلات رفتاری

درصد فراوانی	فراوانی	مشکلات رفتاری
6	2	هرزه‌خواری
3/6	12	دفع بی‌اختیار ادرار
3	10	دفع بی‌اختیار مدفوع
11/2	38	لکنت زبان

14/2	48	تکان دادن دائم دست‌ها
5	17	پس‌وپیش کردن موجی بدن
3	10	کوبیدن سر به درودیوار
17/8	60	به دهان بردن اشیا
24/6	83	جویدن ناخن
8/6	29	مکیدن انگشت
15/7	53	دست‌کاری بینی و پوست
12/7	43	اشکال در بخواب رفتن
6/5	22	راه رفتن در خواب
16	54	وحشت شبانه (کابوس)
29	98	بهانه‌گیری زیاد و بی‌مورد
16/3	55	گریه فراوان
56/2	190	زودرنجی
9/8	33	دندان‌قروچه
42	142	زود به گریه افتادن

جدول فوق توزیع فراوانی مشکلات رفتاری را در گروه نمونه نشان می‌دهد. براساس نتایج به‌دست‌آمده، بیشترین مشکل رفتاری زودرنجی (56/2 درصد) و کمترین مشکل رفتاری دفع بی‌اختیار مدفوع و کوبیدن سر به دیوار (3 درصد) به‌دست‌آمده است.

### 3-4 یافته‌های استنباطی

**سؤال 3:** آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب جنسیت وجود دارد؟  
به‌منظور بررسی این فرضیه از آزمون t مستقل استفاده شده است که نتایج آن به شرح زیر است:

جدول 12-4: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک جنسیت

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	پسر	154	8/09	8/56
	دختر	184	6/86	6/71
مشکلات رفتاری	پسر	154	7/26	7/02
	دختر	184	7/45	6/39

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک جنسیت نشان داده است. به منظور بررسی تفاوت آماری اختلاف میانگین‌ها به نتایج آزمون تی مستقل رجوع می‌کنیم.

جدول 13-4: نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس جنسیت

متغیر	فرض واریانس	آزمون لوین		آزمون t	
		F	سطح معناداری	t	درجه آزادی
سلامت روان	برابری واریانس	7/68	0/006	1/48	336
	عدم برابری واریانس			1/45	287/1
مشکلات رفتاری	برابری واریانس	0/251	0/616	-0/249	336
	عدم برابری واریانس			-0/246	312/8

جدول فوق نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه میانگین سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس جنسیت را نشان می‌دهد. برای انجام تفسیر ابتدا باید به ستون آزمون برابری یا عدم برابری واریانس نگاه کرد. در صورتی که آزمون F معنادار باشد برای تفسیر باید از ردیف دوم (عدم برابری واریانس) استفاده کرد؛ اما در صورت معنادار نبودن F باید از ردیف اول (برابری واریانس) استفاده کرد. با توجه به نتایج جدول، در سلامت روان آماره F با مقدار 7/68 معنادار است ( $P < 0/05$ ) که باید از ردیف دوم برای تفسیر استفاده کرد. مقدار t به دست آمده برابر با 1/45 است که با توجه به سطح معنادار آن، مقدار t به دست آمده معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). همچنین مشکلات رفتاری با مقدار F 0/251 معنادار نیست ( $P > 0/05$ ) که باید از ردیف اول برای تفسیر استفاده کرد. مقدار t به دست آمده برابر با -0/249 است که با توجه به سطح معنادار آن، مقدار t به دست آمده معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). از این فرضیه پژوهشی در مورد هر دو متغیر رد می‌شود و نتیجه گرفته می‌شود که بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد.

سؤال 4: آیا بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با سن رابطه معناداری وجود دارد؟

به منظور بررسی این فرضیه از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن به صورت زیر است:

جدول 4-14: نتایج همبستگی بین سن با سلامت روان و مشکلات رفتاری

متغیرها	1	2	3
1. سن	1		
2. سلامت روان	-0/082	1	
3. مشکلات رفتاری	-0/232**	0/630**	1

\*\* P < 0/01, \* P < 0/05

جدول فوق نتایج همبستگی بین سن با سلامت روان و مشکلات رفتاری را نشان می دهد. براساس نتایج به دست آمده میزان همبستگی بین سن با سلامت روان  $-0/082$  ( $P > 0/05$ ) و مشکلات رفتاری  $-0/232$  ( $P < 0/01$ ) است که با توجه به سطح معناداری آن، تنها همبستگی بین سن با مشکلات رفتاری معنادار است. از این رو فرضیه پژوهش در مورد رابطه بین سن با سلامت روان رد و بین سن با مشکلات رفتاری تأیید می شود.

سؤال 5: آیا بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با ترتیب تولد رابطه معناداری وجود دارد؟

جدول 4-15: نتایج همبستگی بین ترتیب تولد با سلامت روان و مشکلات رفتاری

متغیرها	1	2	3
1. ترتیب تولد	1		
2. سلامت روان	-0/076	1	
3. مشکلات رفتاری	-0/089	0/630**	1

\*\* P < 0/01, \* P < 0/05

جدول فوق نتایج همبستگی بین ترتیب تولد با سلامت روان و مشکلات رفتاری را نشان می دهد. براساس نتایج به دست آمده میزان همبستگی بین ترتیب تولد با سلامت روان  $-0/076$  ( $P > 0/05$ ) و

مشکلات رفتاری 0/089- ( $P>0/05$ ) است که با توجه به سطح معناداری آنها، فرضیه پژوهش رد می‌شود و نتیجه گرفته می‌شود که بین ترتیب تولد با سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان رابطه معناداری وجود ندارد.

سؤال 6: آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با محل سکونت رابطه معناداری وجود دارد؟

جدول 16-4: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک محل سکونت

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	روستا	109	6/43	6/62
	شهر	219	8/01	8/09
مشکلات رفتاری	روستا	109	7/45	5/30
	شهر	219	7/22	7/24

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک محل سکونت نشان داده است. به منظور بررسی تفاوت آماری اختلاف میانگین‌ها به نتایج آزمون تی مستقل رجوع می‌کنیم.

جدول 17-4: نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس محل سکونت

متغیر	فرض واریانس	آزمون لوین		آزمون t	
		F	سطح معناداری	t	درجه آزادی
سلامت روان	برابری واریانس	6/92	0/009	-1/74	326
	عدم برابری واریانس			-1/86	257/7
مشکلات رفتاری	برابری واریانس	4/97	0/026	0/299	326
	عدم برابری واریانس			0/331	281/2

جدول فوق نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه میانگین سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس جنسیت را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، در سلامت روان مقدار t به دست آمده برابر با -1/86- است که با توجه به سطح معنادار آن، مقدار t به دست آمده معنادار نیست ( $P>0/05$ ). همچنین در مشکلات



رفتاری مقدار t به دست آمده برابر با  $0/249$  است که با توجه به سطح معنادار آن، مقدار t به دست آمده معنادار نیست ( $P>0/05$ ). از این فرضیه پژوهشی در مورد هر دو متغیر رد می شود و نتیجه گرفته می شود که بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب محل سکونت تفاوت معناداری وجود ندارد.

سؤال 7: آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب تحصیلات والدین وجود دارد؟

به منظور بررسی این فرضیه، از آزمون تحلیل واریانس یک راهه (آنوا) استفاده می شود. در صورت معنادار بودن آزمون آنوا، می بایست از آزمون های تعقیبی استفاده کرد.

جدول 18-4: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک سطح تحصیلات مادران

متغیر	سطح تحصیلی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	بی سواد	117	7/11	7/25
	ابتدایی	141	6/14	6/27
	سیکل	47	8/84	8/69
	دیپلم و فوق دیپلم	26	12/98	11/07
مشکلات رفتاری	بی سواد	117	6/58	4/77
	ابتدایی	141	6/50	5/72
	سیکل	47	8/87	7/59
	دیپلم و فوق دیپلم	26	12/14	12/31

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک سطح تحصیلات والدین را نشان می دهد.

جدول 19-4: نتایج آزمون آنوا در مورد تفاوت سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس سطح تحصیلات مادران

متغیر	متغیر	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	سطح
سلامت روان	بین گروهی	مجذورات	3	مجذورات	6/85	معناداری
		1142/27		380/75		0/001

		55/55	327	18166/90	درون گروهی	
			330	19309/18	کل	
0/001	6/96	291/46	3	874/39	بین گروهی	مشکلات رفتاری
		41/83	327	13679/33	درون گروهی	
			330	14553/72	کل	

جدول فوق تفاوت معناداری را در دو متغیر سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس سطح تحصیلات مادران نشان می دهد. با توجه به مقادیر F برای سلامت روان (6/85) و مشکلات رفتاری (6/96) و سطح معناداری آن ها که کوچک تر از 0/05 است ( $P < 0/05$ ) مشاهده می شود که بین حداقل دو سطح تحصیلی تفاوت معناداری وجود دارد؛ از این رو لازم است که از آزمون های تعقیبی استفاده شود.

به منظور استفاده از آزمون های تعقیبی، در صورتی که واریانس ها برابر باشند از آزمون تعقیبی شفه و در صورتی که واریانس ها برابر نباشند از آزمون تعقیبی دانت استفاده می شود.

جدول 20-4: نتایج آزمون لوین در مورد همگنی واریانس های سلامت روان و مشکلات رفتاری مادران

متغیر	F	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	سطح معناداری
سلامت روان	10/29	3	327	0/001
مشکلات رفتاری	27/99	3	327	0/001

برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده گردیده است. همان طور که در جدول فوق مشاهده می گردد، مقدار آماره F برای متغیرهای سلامت روان با میزان 10/29 ( $P < 0/05$ ) و مشکلات رفتاری با میزان 27/99 ( $P < 0/05$ ) معنادار است، از این رو پیش فرض برابری واریانس ها تأیید نمی شود و می بایست از آزمون دانت استفاده کرد.

جدول 21-4: نتایج آزمون تعقیبی دانت

متغیر	سطح تحصیلات	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری
	ابتدایی	0/970	0/830
بی سواد	سیکل	-1/73	0/785
	دیپلم و فوق دیپلم	-5/87	0/005

0/830	-0/97	بی سواد		
0/275	-2/70	سیکل	ابتدایی	
0/001	-6/84	دیپلم و فوق دیپلم		سلامت روان
0/785	1/73	بی سواد		
0/275	2/70	ابتدایی	سیکل	
0/480	-4/13	دیپلم و فوق دیپلم		
0/005	5/87	بی سواد	دیپلم و	
0/001	6/84	ابتدایی	فوق دیپلم	
0/480	4/13	سیکل		
0/99	0/079	ابتدایی		
0/302	-2/28	سیکل	بی سواد	
0/002	-5/55	دیپلم و فوق دیپلم		
0/99	-0/079	بی سواد		
0/279	-2/36	سیکل	ابتدایی	مشکلات رفتاری
0/001	-5/63	دیپلم و فوق دیپلم		
0/302	2/28	بی سواد		
0/279	2/36	ابتدایی	سیکل	
0/770	-3/26	دیپلم و فوق دیپلم		
0/002	5/55	بی سواد	دیپلم و	
0/001	5/65	ابتدایی	فوق دیپلم	
0/770	3/26	سیکل		

جدول فوق نتایج مقایسه بین سلامت روان و مشکلات رفتاری فرزندان را براساس سطح تحصیلی مادران نشان می دهد. براساس نتایج به دست آمده، در سلامت روان و مشکلات رفتاری بین سطح تحصیلی بی سواد و ابتدایی با سطح تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) و بین سایر حالتها تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول 22-4: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک سطح تحصیلات پدران

متغیر	سطح تحصیلی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	بی سواد	69	7/63	7/62
	ابتدایی	145	6/55	6/78
	سیکل	53	8/33	9/09
	دیپلم و فوق دیپلم	30	10/83	8/43
مشکلات رفتاری	بی سواد	69	6/79	4/75
	ابتدایی	145	6/98	6/37
	سیکل	53	7/11	7/90
	دیپلم و فوق دیپلم	30	11/01	7/79

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک سطح تحصیلات پدران را نشان می دهد.

جدول 23-4: نتایج آزمون آنوا در مورد تفاوت سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس سطح تحصیلات پدران

متغیر	متغیر	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معناداری
		مجذورات		مجذورات		
سلامت روان	بین گروهی	500/58	3	166/86	2/88	0/036
	درون گروهی	16939/87	293	57/81		
	کل	17440/46	296			
مشکلات رفتاری	بین گروهی	446/70	3	148/90	3/25	0/022
	درون گروهی	13422/38	293	45/81		
	کل	13869/08	296			

جدول فوق تفاوت معناداری را در دو متغیر سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس سطح تحصیلات پدران نشان می دهد. با توجه به مقادیر F برای سلامت روان (2/88) و مشکلات رفتاری (3/25) و سطح معناداری آن ها که کوچک تر از 0/05 است ( $P < 0/05$ ) مشاهده می شود که بین حداقل دو سطح تحصیلی تفاوت معناداری وجود دارد؛ از این رو لازم است که از آزمون های تعقیبی استفاده شود.

جدول 24-4: نتایج آزمون لوین در مورد همگنی واریانس‌های سلامت روان و مشکلات رفتاری پدران

متغیر	F	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	سطح معناداری
سلامت روان	2/94	3	293	0/033
مشکلات رفتاری	11/67	3	293	0/001

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌گردد، مقدار آماره F برای متغیرهای سلامت روان با میزان  $P < 0/05$  و مشکلات رفتاری با میزان  $P < 0/05$  معنادار است، از این رو پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید نمی‌شود و می‌بایست از آزمون دانت استفاده کرد.

جدول 25-4: نتایج آزمون تعقیبی دانت

متغیر	سطح تحصیلات	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	
سلامت روان	ابتدایی	1/08	0/99	
	بی سواد	سیکل	-0/69	0/99
		دیپلم و فوق‌دیپلم	-3/19	0/33
	ابتدایی	بی سواد	-1/08	0/99
		سیکل	-1/78	0/87
		دیپلم و فوق‌دیپلم	-4/27	0/032
		بی سواد	0/69	0/99
	سیکل	ابتدایی	1/78	0/87
		دیپلم و فوق‌دیپلم	-2/49	0/91
		بی سواد	3/19	0/33
		فوق‌دیپلم	4/27	0/032
	بی سواد	سیکل	2/49	0/91
ابتدایی		-0/18	0/99	
سیکل		-0/31	0/99	
دیپلم و فوق‌دیپلم		-4/03	0/028	
بی سواد		0/18	0/99	
ابتدایی		0/13	0/99	

مشکلات رفتاری		
0/019	-4/03	دیپلم و فوق دیپلم
0/99	0/31	بی سواد
0/99	0/13	ابتدایی
0/073	-3/90	دیپلم و فوق دیپلم
0/28	4/21	بی سواد
0/019	4/03	ابتدایی
0/073	3/90	سیکل

جدول فوق نتایج مقایسه بین سلامت روان و مشکلات رفتاری فرزندان را براساس سطح تحصیلی پدران نشان می دهد. براساس نتایج به دست آمده، در سلامت روان بین سطح تحصیلی ابتدایی با سطح تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم و در مشکلات رفتاری بین سطح تحصیلی بی سواد و ابتدایی با سطح تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) و بین سایر حالتها تفاوت معناداری وجود ندارد.

با توجه به نتایج به دست آمده، سؤال پژوهش تأیید می شود و نتیجه گرفته می شود که بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب تحصیلات والدین تفاوت معناداری وجود دارد.

سؤال 8: آیا بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با تعداد افراد خانواده رابطه معناداری وجود دارد؟

جدول 26-4: نتایج همبستگی بین تعداد اعضای خانواده با سلامت روان و مشکلات رفتاری

متغیرها	1	2	3
1. تعداد اعضای خانواده	1		
2. سلامت روان	-0/027	1	
3. مشکلات رفتاری	0/111*	0/630**	1

\*\*  $P < 0/01$  \*  $P < 0/05$

جدول فوق نتایج همبستگی بین تعداد اعضای خانواده با سلامت روان و مشکلات رفتاری را نشان می دهد. براساس نتایج به دست آمده میزان همبستگی بین تعداد اعضای خانواده با سلامت روان  $-0/27$

( $P > 0/05$ ) و مشکلات رفتاری 0/111 ( $P < 0/05$ ) است که با توجه به سطح معناداری آن، تنها همبستگی بین تعداد اعضای خانواده با مشکلات رفتاری معنادار است. از این رو سؤال پژوهش در مورد رابطه بین تعداد اعضای خانواده با سلامت روان رد و بین تعداد اعضای خانواده با مشکلات رفتاری تأیید می‌شود.

سؤال 9: آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب وضعیت اشتغال والدین وجود دارد؟

جدول 27-4: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک وضعیت اشتغال مادر

متغیر	وضعیت اشتغال	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	شاغل	28	5/11	7/27
	غیر شاغل	303	7/65	7/65
مشکلات رفتاری	شاغل	28	5/56	8/42
	غیر شاغل	303	7/48	6/43

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک وضعیت اشتغال مادر نشان داده است. به منظور بررسی تفاوت آماری اختلاف میانگین‌ها به نتایج آزمون تی مستقل رجوع می‌کنیم.

جدول 28-4: نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس وضعیت اشتغال مادر

متغیر	فرض واریانس	آزمون لوین		آزمون t	
		F	سطح معناداری	درجه آزادی	سطح تفاوت میانگین معناداری
سلامت روان	برابری واریانس	1/23	0/268	329	0/092
	عدم برابری واریانس			77/32	0/087
مشکلات رفتاری	برابری واریانس	0/519	0/427	329	0/164
	عدم برابری واریانس			29/98	0/273

جدول فوق نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه میانگین سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس وضعیت اشتغال مادر را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، در سلامت روان مقدار t به دست آمده برابر با

1/68- است که با توجه به سطح معنادار آن، مقدار  $t$  به دست آمده معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). همچنین در مشکلات رفتاری مقدار  $t$  به دست آمده برابر با 1/39- است که با توجه به سطح معنادار آن، مقدار  $t$  به دست آمده معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). از این رو، سؤال پژوهشی در مورد هر دو متغیر براساس وضعیت اشتغال مادر رد می شود.

جدول 29-4: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک وضعیت اشتغال پدر

متغیر	وضعیت اشتغال	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	شاغل	126	9/13	8/49
	غیر شاغل	164	6/45	6/92
مشکلات رفتاری	شاغل	126	8/47	8/22
	غیر شاغل	164	6/46	5/49

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک وضعیت اشتغال پدر نشان داده است.

جدول 30-4: نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس وضعیت اشتغال پدر

متغیر	فرض واریانس	آزمون لوین		آزمون $t$	
		F	سطح معناداری	درجه آزادی	سطح تفاوت میانگین معناداری
سلامت روان	برابری واریانس	10/37	0/001	288	0/003
	عدم برابری واریانس		2/89	237/75	0/004
مشکلات رفتاری	برابری واریانس	18/28	0/001	288	0/013
	عدم برابری واریانس		2/37	206/66	0/019

جدول فوق نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه میانگین سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس وضعیت اشتغال پدر را نشان می دهد. با توجه به نتایج جدول، در سلامت روان مقدار  $t$  به دست آمده برابر با 2/89 است که با توجه به سطح معنادار آن، مقدار  $t$  به دست آمده معنادار است ( $P < 0/05$ ). همچنین در مشکلات رفتاری مقدار  $t$  به دست آمده برابر با 2/37 است که با توجه به سطح معنادار آن، مقدار  $t$  به دست آمده معنادار است ( $P < 0/05$ ). از این رو، سؤال پژوهشی در مورد هر دو متغیر تأیید می شود.



با توجه به نتایج به دست آمده نتیجه گرفته می شود که بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب وضعیت اشتغال مادر تفاوت معناداری وجود ندارد، اما برحسب وضعیت اشتغال پدر تفاوت معناداری وجود دارد.

سؤال 10: آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان براساس خویشاوندی والدین وجود دارد؟

جدول 31-4: میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک نوع ازدواج والدین

متغیر	نوع ازدواج	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	فامیلی	128	6/49	6/14
	غیرفامیلی	194	7/66	8/26
مشکلات رفتاری	فامیلی	128	6/91	5/05
	غیرفامیلی	194	7/21	7/41

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و مشکلات رفتاری به تفکیک نوع ازدواج والدین را نشان داده است.

جدول 32-4: نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس نوع ازدواج والدین

متغیر	فرض واریانس	آزمون لوین		آزمون t		
		F	سطح معناداری	t	درجه آزادی	سطح تفاوت میانگین معناداری
سلامت روان	برابری واریانس	6/04	0/015	-1/36	320	0/173
	عدم برابری واریانس			-1/44	315/48	0/149
مشکلات رفتاری	برابری واریانس	11/08	0/001	-0/39	320	0/690
	عدم برابری واریانس			-0/43	319/64	0/668

جدول فوق نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه میانگین سلامت روان و مشکلات رفتاری براساس نوع ازدواج فامیلی را نشان می دهد. با توجه به نتایج جدول، در سلامت روان مقدار t به دست آمده برابر با 1/44- است که با توجه به سطح معنادار آن، مقدار t به دست آمده معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). همچنین در

مشکلات رفتاری مقدار  $t$  به دست آمده برابر با  $-0/43$  است که با توجه به سطح معنادار آن، مقدار  $t$  به دست آمده معنادار نیست ( $P>0/05$ ). از این رو، سؤال پژوهشی در مورد هر دو متغیر رد می شود و نتیجه گرفته می شود که بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب نوع ازدواج والدین تفاوت معناداری وجود ندارد.

# فصل پنجم

## بحث و نتیجه گیری

## 5-1 مقدمه

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی و علی-مقایسه‌ای بود و به منظور بررسی وضعیت سلامت روان و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان انجام شد. در این پژوهش 338 نفر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب گردیدند و توسط والدین آن‌ها به ابزارهای پژوهش پاسخ داده شد. در فصل چهارم نتایج یافته‌های پژوهش به تفصیل مطرح شده است و در این فصل ابتدا پس از بررسی فرضیه پژوهش، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقات پیشین مقایسه می‌شود و در مورد یافته‌ها تبیین‌های لازم صورت می‌گیرد و در انتها ضمن بیان محدودیت‌های پژوهش، پیشنهادهای پژوهشی و کاربردی محقق، ارائه می‌شود.

## 5-2 بحث و نتیجه‌گیری

سؤال 1: وضعیت سلامت روان (اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال افسردگی، اختلال اضطراب جدایی و اختلال فزون اضطرابی) کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان به چه صورت است؟

در بررسی میزان سلامت روانی کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان، نتایج به دست آمده نشان داد که نمونه‌های مورد پژوهش از اختلالات قابل توجهی برخوردار هستند و دارای مشکلاتی در سلامت روان هستند.

سلامت روان کودکان و نوجوانان در پژوهش حاضر و براساس مفهوم‌بندی گیمپل و هالند (2003؛ ترجمه جلالی، 1383) شامل نبود مشکلات درون‌سو و برون‌سو است. مشکلات برون‌سو شامل اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مشکلات درون‌سو شامل اختلال‌های افسردگی، اضطراب جدایی و فزون اضطرابی است. در مقایسه میانگین به دست آمده از نمونه با نقطه برش مقیاس مورداستفاده نتایج نشان داد که در اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه میانگین به دست آمده برابر با 2/52 است، در حالی که نمره برش این اختلال 6 است. همچنین میانگین نمونه در اختلال سلوک برابر با 0/55 و نمره برش برابر با 3، در اختلال نافرمانی مقابله‌ای میانگین نمونه برابر با 1/26 و نمره برش برابر با 4، در اختلال افسردگی میانگین نمونه برابر با 1/46 و نمره برش برابر با 4، در اختلال اضطراب جدایی میانگین نمونه برابر با 1/03 و نمره برش برابر با 3 و در اختلال فزون اضطرابی (اضطراب منتشر)

میانگین نمونه برابر با 0/58 و نمره برش برابر با 2 است. همچنین با یک حساب سرانگشتی، تقریباً نمره برش در مشکلات سلامت روان برابر با 22 است و این در حالی است که میانگین نمونه برابر با 7/42 به دست آمد.

در بررسی میزان شیوع اختلالات درون سو و برون سو در بین نمونه مورد پژوهش، نتایج بیانگر آن بود که میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه برابر با 15/1 درصد، اختلال سلوک 5/6 درصد، نافرمانی مقابله‌ای 11/5 درصد، افسردگی 10/9 درصد، اضطراب جدایی 12/7 درصد و اختلال فزون اضطرابی 13 درصد بود.

در مقایسه نتایج به دست آمده در قسمت اختلالات برون سو، نامداری و همکاران (1387) و نامداری و نظری (1386) در پژوهشی که بر روی دانش‌آموزان شهر خرم‌آباد انجام دادند، به این یافته رسیدند که میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه در نمونه مورد مطالعه آن‌ها برابر با 3/17، نافرمانی مقابله‌ای برابر با 17/7 درصد و اختلال سلوک برابر با 3/7 درصد است که در مقایسه با نتایج پژوهش حاضر، میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه و اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان بیشتر از کودکان خرم‌آباد و میزان شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمتر از آنان است. یوسفی و هوشیاری (1394) نیز در پژوهشی بر روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان سندرچ، میزان شیوع اختلال سلوک در آنان را 8/8 درصد گزارش کرد که بیشتر از نمونه پژوهش حاضر است. در مطالعه ناک<sup>1</sup> و همکاران (2006) میزان اختلال سلوک برابر با 9/5 درصد بود. در پژوهش‌های دیگر در رابطه با اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که میزان این اختلال در کودکان و نوجوانان بین 16 تا 18 درصد است (عبداللهیان و همکاران، 1383؛ اخوان کرباسی و همکاران، 1386). این نتایج نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان تقریباً در اختلالات برون سو، کم‌وبیش با سایر جمعیت‌های دیگر مشابه هستند.

در پژوهش‌های به عمل آمده در مورد اختلالات درون سو، گروه‌های پژوهشی متعددی دریافته‌اند که نشانه‌های اختلال درون سو و برون سو به طور مساوی در کودکان کم‌سن و سال دیده می‌شوند اما تشخیص مشکلات درون سو کمتر از تشخیص مشکلات برون سو معمول است (خسروی و همکاران، 1389). دورتی و همکاران (2013) در مطالعه‌ای بر روی 541 کودک نشان دادند که 106 کودک (19/6 درصد) ملاک حداقل یکی از اختلال‌های اضطرابی را برآورد می‌کنند. دمنج-لابریا و همکاران (2009) در بررسی افسردگی اساسی بر روی 1427 کودک به این نتیجه رسیدند که تنها 16 کودک (1/12 درصد) ملاک‌های

---

<sup>1</sup> . Nock

افسردگی را داشتند. در مطالعه‌ای که در کره انجام شد نشان داد که 17 درصد از کودکان و نوجوانان اختلال اضطراب داشته و 15 درصد نیز اختلال افسردگی داشتند (هان، 2001). در مطالعه دیگری که بر روی نوجوانان کره‌ای انجام شد نتایج نشان داد که 56/9 درصد در بعد افسردگی دچار مشکل بودند (کیم، 2003). رایت-استرادرمن و واتسون<sup>1</sup> (1992) نشان دادند که 35/85 از کودکان و نوجوانان 8 تا 11 ساله دارای اختلال افسردگی بودند. در مقایسه با این پژوهش‌ها، مشاهده می‌شود که نتایج به‌دست‌آمده همسو با این پژوهش‌ها است.

در میان 6 اختلال بررسی‌شده، اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه بیشترین شیوع و اختلال سلوک کمترین میزان شیوع را دارد. در مقایسه بین اختلالات درون‌سو و برون‌سو، مشاهده می‌شود که هر دو طیف اختلالات به‌موازات هم حرکت می‌کنند. هرچند در این پژوهش اختلالات بررسی‌شده ریشه‌یابی نشدند اما ضروری است تا این اختلالات ریشه‌یابی و مورد درمان و پیشگیری قرار گیرند.

سؤال 2: میزان شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان به چه صورت است؟

در بررسی میزان مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان، نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که نمونه‌های موردپژوهش از مشکلات رفتاری قابل‌توجهی برخوردار هستند. منظور از مشکلات رفتاری در این پژوهش، به رفتاری اطلاق می‌شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری از اندازه عمومی اجتماع؛ دور و دارای شدت، تکرار، مداومت در زمان‌ها و مکان‌های متعدد باشد. به‌طوری‌که فرد در عملکرد رفتاری، تحصیلی و اجتماعی فرد دچار درماندگی و کاهش میزان کارایی می‌شود (حیدری و همکاران، 1385). به‌عبارت‌دیگر، این رفتارها مشکلاتی با خود به همراه دارند اما نشانه‌ای از اختلالات روانی نیستند.

در پژوهش حاضر، میانگین مشکلات رفتاری برابر با 7/36 به دست آمد و این در حالی است که نمره برش آن با یک انحراف پایین‌تر از میانگین برابر با 16 است. در بررسی میزان شیوع مشکلات رفتاری نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که 13 درصد از کودکان و نوجوانان موردپژوهش دارای مشکلات رفتاری قابل‌توجهی هستند و حدود 87 درصد از آنان مشکلات رفتاری شایان توجهی ندارند.

<sup>1</sup> . Wright-Strawderman & Watson

همسو با این نتیجه، پژوهش ملکشاهی و فرهادی (1387) در بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان شهرستان خرم‌آباد نشان دادند که 79/3 درصد از کودکان شهری و 68 درصد از کودکان روستایی حداقل گرفتار یکی از مشکلات رفتاری مورد مطالعه بودند. در پژوهشی که امیرجان و همکاران (1392) بر روی کودکان شهر سمنان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مشکلات رفتاری در کودکان براساس گزارش معلمان در حدود 25 درصد است.

در بررسی مصادیق مشکلات رفتاری، بیشترین مشکل رفتاری زودرنجی (56/2 درصد) و کمترین مشکل رفتاری دفع بی‌اختیار مدفوع و کوبیدن سر به دیوار (3 درصد) بود. مشکلات رفتاری دیگری همچون لکنت زبان (11/2 درصد)، تکان دادن دائم دست‌ها (14/2 درصد)، به دهان بردن اشیاء (17/8 درصد)، جویدن ناخن (24/6 درصد)، دست‌کاری بینی و پوست (15/7 درصد)، اشکال در بخواب رفتن (12/7 درصد)، کابوس دیدن (16 درصد)، بهانه‌گیری زیاد و بی‌مورد (29 درصد)، گریه فراوان (16/3 درصد) و زود به گریه افتادن (42 درصد) شیوع بالایی داشتند. این نتایج همسو با پژوهش ملکشاهی و فرهادی (1387) است. در پژوهش آنان کمترین مشکل رفتاری با 0/4 درصد مربوط به دفع بی‌اختیار مدفوع و بیشترین مورد با 27/2 درصد به دهان بردن اشیاء مربوط بود. با توجه به شیوع مشکلات رفتاری هرچند این احتمال مطرح است که این مشکلات با توجه به افزایش سن کاهش پیدا کند اما ضروری است که به والدین آموزش‌هایی در مورد چگونگی رفتار و مدیریت این مشکلات داده شود.

سؤال 3: آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب جنسیت وجود دارد؟

در بررسی این فرضیه نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با برخی از پژوهش‌های انجام‌شده ناهم‌سو است. ملکشاهی و فرهادی (1387) در بررسی مشکلات رفتاری کودکان شهر خرم‌آباد به این نتیجه رسیدند که جنسیت با مشکلات رفتاری رابطه معناداری دارد. عبدالهیان و همکاران (1381) در پژوهشی نشان دادند که میزان افسردگی دختران بیشتر از پسران است. همچنین در پژوهشی عبدالهیان و همکاران (1383) و اخوان کرباسی و همکاران (1386) نشان دادند که میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه در پسران به‌طور

معناداری بیشتر از پسران است. رجایی و همکاران نیز (1393) نشان دادند که تفاوت معناداری بین دختران و پسران در سلامت و اختلالات روانی وجود دارد.

هرچند پژوهش‌هایی که عنوان رفت نشان داده‌اند که بین دختران و پسران در اختلالات روانی و مشکلات رفتاری تفاوت وجود دارد، اما در مقابل پژوهش‌های دیگری یافت می‌شود که تفاوت معناداری را گزارش نکرده‌اند. خسروی و همکاران (1388) در بررسی مشکلات هیجانی و مسائل رفتاری کودکان نشان دادند که بین دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد. گابو و کارلسون<sup>1</sup> (1997) در یک فراتحلیل نشان دادند که اختلاف معناداری براساس جنسیت در اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه وجود ندارد. در تبیین عدم معناداری نتایج به‌دست‌آمده می‌توان این‌گونه تحلیل کرد که ممکن است در بعضی از اختلالات روانی و مشکلات رفتاری دختران بیشتر از پسران باشند و در سایر اختلالات روانی و مشکلات رفتاری ممکن است پسران بیشتر از دختران باشند و هنگامی که تمامی این مشکلات در کنار هم و در یک نمره کل مقایسه می‌شوند موجب از بین رفتن تفاوت‌ها می‌شود. همچنین می‌توان این احتمال را مطرح کرد که طی روند زمان و براساس نظریه تکامل، تفاوت‌های بین دو جنس کمتر و در مقابل شباهت‌های بین دو جنس بیشتر می‌شود. در این زمینه جوئل<sup>2</sup> و همکاران (2015) در جدیدترین پژوهش خود نشان دادند که برخلاف باور عموم و آنچه رایج است، تفاوتی بین مغز زنان و مردان وجود ندارد و نباید از مغز زنانه و مردانه نام برد. از این‌رو می‌توان یکسان بودن مغز در زنان و مردان و کسب هویت‌های مشابه هم را به عنوانی تبیینی در جهت عدم تفاوت دختران و پسران در اختلالات روانی و مشکلات رفتاری بیان کرد.

سؤال 4: آیا بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با سن رابطه معناداری وجود دارد؟

در بررسی این فرضیه، نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین سن با سلامت روان رابطه معناداری وجود ندارد؛ اما بین سن با شیوع مشکلات رفتاری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این یافته بدین معناست که با افزایش سن انتظار می‌رود که مشکلات رفتاری کاهش پیدا کند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش کاوس<sup>3</sup> و همکاران (2000) و ملکشاهی و فرهادی (1387) همسو است.

---

1 . Gaub & Carlson

2 . Joel

3 . Cauce



در بررسی عدم رابطه معنادار سلامت روان (مشکلات درون‌سو و برون‌سو) با سن می‌توان این‌گونه بیان کرد که براساس نتایج به‌دست‌آمده اختلالاتی که فرد در سنین اولیه گریبان‌گیر آن می‌شود تقریباً با خود تا دوران بزرگسال و پیری حمل می‌کند (موریس، 2007)؛ از این‌رو انتظار نمی‌رود که اختلالات درون‌سو و برون‌سو با افزایش سن کم شود. از طرفی دیگر، ممکن است که کودک و نوجوان در دوره‌های سنی بالاتر دچار این اختلالات روانی شوند.

شایع بودن مشکلات رفتاری مذکور در یافته‌های این پژوهش و نیز پژوهش‌های قبلی در سنین کودکی و نوجوانی و رابطه آن با افزایش سن، به دلیل ویژگی‌های خاص رشدی این سنین است، زیرا فشارهای عاطفی در این دوره به‌صورت مشکلات رفتاری زودگذر بروز می‌کنند؛ اما اگرچه این مشکلات زودگذر هستند و با افزایش سن کودک ممکن است خودبه‌خود رفع شوند ولی بسیاری از آن‌ها ادامه یافته و زمینه آسیب‌های جدی‌تر را در زمینه‌های تحصیلی، اجتماعی و روانی در آینده فراهم می‌آورند (ملکشاهی و فرهادی، 1387). همچنین ممکن است که با افزایش سن، کودکان و نوجوانان دارای مهارت‌هایی شوند که بتوانند مشکلات رفتاری را مدیریت و کنترل کنند.

سؤال 5: آیا بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با ترتیب تولد رابطه معناداری وجود دارد؟

در بررسی این فرضیه، نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین ترتیب تولد با سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان رابطه معناداری وجود ندارد. مغایر با این نتیجه، ملکشاهی و فرهادی (1387) نشان دادند که بین مشکلات رفتاری با ترتیب تولد رابطه معناداری وجود دارد. در مقابل، همسو با پژوهش حاضر، برخی از پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند که ترتیب تولد اثری بر روی روان و رفتار انسان ندارد (اسکالر<sup>1</sup>، 1972).

اثرات ترتیب تولد بر روی روان و شخصیت انسان اولین بار توسط آدلر<sup>2</sup> (2013) مطرح شد و پژوهش‌هایی این نظریه را تأیید و برخی آن‌را رد کرده‌اند. به نظر می‌رسد که صرفاً رتبه تولد، بلکه نحوه رفتار والدین و دیگر اطرافیان است که موجب تغییراتی در رفتار و شخصیت فرزندان با رتبه‌های تولد متفاوت می‌شود. از این‌رو این استدلال مطرح است که اگر والدین رفتار مشابهی بر روی تمامی فرزندانشان

1 . Schooler

2 . Adler

داشته باشند ممکن است شاهد تفاوت‌های شخصیتی مشهود نباشیم. همچنین در تبیینی دیگر می‌توان بیان کرد که احتمالاً فرزندان که در یک خانواده باهم رشد می‌کنند ممکن است به تقلید و همانندسازی باهم‌دیگر دست بزنند و در مقابل شخصیتی مشابه با هم داشته باشند. در این صورت انتظار می‌رود که اختلالات روانی و مشکلات رفتاری آنان شبیه به هم باشند.

سؤال 6: آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با محل سکونت رابطه معناداری وجود دارد؟

در بررسی این فرضیه، نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب محل سکونت تفاوت معناداری وجود ندارد. به‌عبارتی‌دیگر، تفاوتی بین اختلالات روانی و مشکلات رفتاری بین دو روستانشینان و شهرنشینان وجود ندارد. تصور ذهنی بر این است که کودکان روستایی دچار مشکلات روانی و رفتاری بیشتری در مقایسه با کودکان و نوجوانان شهری باشند. در این زمینه، بهدانی (1391) در پژوهش خود نشان داد که کودکان روستایی مشکلات اضطرابی بیشتری دارند. در مقابل، پژوهش حامدی و عباسلو (1396) نشان داد که بین کودکان روستایی، حاشیه‌نشین و شهری تفاوت معناداری در بیشتر اختلالات رفتاری وجود ندارد.

در تبیین این فرضیه و عدم معناداری آن، می‌توان گفت که ممکن است نه صرفاً روستا یا شهرنشینی، بلکه نوع اقتصاد خانواده نقش داشته باشد. کودکان و نوجوانان شرکت‌کننده در این پژوهش، از خانواده‌هایی هستند که تحت حمایت بهزیستی قرار دارند و این نشان می‌دهد که به لحاظ مالی با مشکلاتی روبه‌رو هستند. کودکان و نوجوانان شرکت‌کننده در این پژوهش که در شهر سکونت دارند عمدتاً در مناطق بالاشهر نشین نیستند و از نظر امکانات رفاهی و درمانی خیلی شرایط مساعدی ندارند و به‌نوعی زندگی شبیه به کودکان و نوجوانان ساکن در روستا دارند. در راستای نتایج این فرضیه، ملکشاهی و فرهادی (1387) نشان دادند که بین کودکان روستا و شهر تفاوت معناداری وجود ندارد. به این صورت که در بعضی مشکلات رفتاری، کودکان شهری و در بعضی دیگر کودکان روستایی نسبت به گروه دیگر مشکلات بیشتری دارند. به نظر می‌رسد که عوامل گوناگونی نقش داشته باشند. اگر هراندازه زندگی روستایی شبیه به زندگی شهری باشد؛ آنچه در واقع شاهد آن هستیم، به‌مراتب انتظار می‌رود که میزان تفاوت‌ها کمتر شود.

سؤال 7: آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب تحصیلات والدین وجود دارد؟

در بررسی این فرضیه، نتایج به دست آمده نشان داد که در سلامت روان و مشکلات رفتاری بین سطح تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم با بی سواد و ابتدایی تفاوت وجود دارد. این نتایج بیانگر این است که میزان اختلالات روانی و مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان که دارای والدینی با تحصیلات بالاتر هستند به مراتب کمتر از والدینی است که بدون سواد یا در حد ابتدایی هستند.

همسو با این نتیجه، شاهی و همکاران (1388) در بررسی دانش آموزان مبتلابه سندرم داون شهر تهران نشان دادند که سطح سواد والدین تأثیر معناداری بر روی مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری کودکان دارد. همچنین پژوهش ملکشاهی و فرهادی (1387) نشان که سطح تحصیلات والدین با شیوع مشکلات رفتاری کودکان رابطه معناداری دارد.

در تبیین این فرضیه می‌توان به مهارت‌ها و دانشی اشاره کرد که به واسطه سطح تحصیلات والدین حاصل می‌شود. به عبارتی، والدین دارای سطح تحصیلات بالاتر رفتاری صحیح‌تر و درست‌تری با فرزندان خود دارند و بهتر می‌توانند مشکلات کودک خود را شناسایی و در نتیجه دنبال راه‌حل باشند. این والدین می‌توانند در همان سنین اولیه و در همان روزهای نخستین شروع مشکلات به دنبال درمان برآیند. وامقی و همکاران (1395) نیز در پژوهشی نشان دادند که بالا بودن سطح سواد مادران اثر نیرومندی بر روی سلامت کودکان دارد. پس می‌توان نتیجه گرفت که افزایش دانش و آگاهی در والدین که به واسطه تحصیل حاصل می‌شود، می‌تواند روی سطح سلامت کودکان اثر داشته باشد.

سؤال 8: آیا بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان با تعداد افراد خانواده رابطه معناداری وجود دارد؟

در بررسی این سؤال، نتایج نشان داد که بین تعداد اعضای خانواده با سلامت روان رابطه معناداری وجود ندارد اما بین تعداد اعضای خانواده با مشکلات رفتاری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این نتیجه بدین معناست که با افزایش تعداد اعضای خانواده انتظار می‌رود که مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان افزایش پیدا کند.

همسو با این پژوهش، ملکشاهی و فرهادی (1387) نیز نشان دادند که با افزایش تعداد اعضای خانواده مشکلات رفتاری کودکان افزایش پیدا می‌کند. در تبیین این فرضیه می‌توان به محدود بودن امکانات و عدم اختصاص زمان کافی از سوی والدین نسبت به فرزندان اشاره کرد. به نظر می‌رسد در خانواده‌هایی که تعداد افراد زیاد باشد والدین نمی‌توانند به تمام فرزندان به یک اندازه توجه کنند. در نتیجه ممکن است متوجه مشکلات فرزند خود نباشند یا نتوانند به‌طور کامل این مشکلات را پوشش دهند که باعث شیوع و شدت گرفتن مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که وجود مشکلات اقتصادی خانواده می‌تواند موجب کاهش سلامت روان فرزندان شود (وامقی و همکاران، 1395). در نتیجه، با افزایش تعداد اعضای خانواده، مشکلات مالی و اقتصادی محسوس‌تر و بیشتر می‌شود که نتیجه آن شدت گرفتن مشکلات رفتاری در کودکان است.

سؤال 9: آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب وضعیت اشتغال والدین وجود دارد؟

در بررسی این سؤال، نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب وضعیت اشتغال مادر تفاوت معناداری وجود ندارد، اما برحسب وضعیت اشتغال پدر تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که در پدران شاغل، میزان اختلالات روانی و مشکلات رفتاری فرزندان بیشتر است.

مغایر با نتیجه پژوهش حاضر، برخی از پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهند که اشتغال مادر با اختلالات روانی و مشکلات رفتاری کودک رابطه دارد (تقوایی‌نیا و همکاران، 1395؛ ازدم روشن، 1395)؛ اما در مقابل پژوهش احمدی و تقوی (1382) نشان داده‌اند که اشتغال مادران می‌تواند نتیجه مثبتی بر روی عملکرد فرزندان داشته باشد. به نظر می‌رسد که اشتغال مادران باعث کاهش کمیت زمان ارتباط مادران با فرزندان شود و همین عامل سبب غفلت مادران از مشکلات رفتاری فرزندان و در نتیجه شدت گرفتن مشکلات آنان شود. در صورتی که مادران در کنار کاهش کمیت ارتباط، بتوانند کیفیت ارتباط خود با فرزندان را بالا ببرند ممکن است فرزندان دچار مشکلات رفتاری نشوند. گلزارپور و همکاران (1395) در پژوهشی نشان دادند که هراندازه رضایت شغلی مادران بالاتر رود، میزان سلامت کودکان نیز بالاتر می‌رود. در واقع نه صرفاً اشتغال، بلکه متغیرهایی که با اشتغال مادر همراه است می‌تواند در سلامت فرزندان نقش برجسته‌تری داشته باشند.

در رابطه با نقش پدر، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که غیبت پدر و نبود کمتر وی در خانه می‌تواند موجب اختلالات روانی و مشکلات رفتاری در کودکان شود (فلوری و بوچانان<sup>1</sup>، 2003؛ احمدی و همکاران، 1392). احمدی و همکاران (1392) در پژوهش خود نشان دادند که میزان و کیفیت حضور پدر به واسطه شغل در سلامت روان فرزندان نقش برجسته‌ای دارد. از این رو پدرانی که در محیط بیرون کار می‌کنند و کمتر در خانه حضور دارند می‌توانند با غیبت خود در مشکلات فرزند خود نقش داشته باشند. همچنین این احتمال مطرح است که پدران شاغل در مقایسه با مادران شاغل، خستگی‌ها و استرس‌های محیط کار را وارد خانواده کنند و در نتیجه روی آرامش روانی اعضا و خصوصاً فرزندان تأثیر بگذارند.

سؤال 10: آیا تفاوت معناداری بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان براساس خویشاوندی والدین وجود دارد؟

در بررسی این سؤال، نتایج به دست آمده نشان داد که بین سلامت روان و شیوع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مقاطع ابتدایی تا دبیرستان تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان برحسب نوع ازدواج والدین تفاوت معناداری وجود ندارد. بدین صورت که ازدواج فامیلی یا غیرفامیلی بودن والدین نمی‌تواند اثری روی اختلالات روانی و مشکلات رفتاری داشته باشد.

به نظر می‌رسد که ازدواج فامیلی والدین و تأثیر آن روی فرزندان بیشتر در حوزه ژنتیک باشد. در حوزه روان‌شناختی نوع ازدواج والدین اثری ندارد بلکه کیفیت رابطه زناشویی و محیط خانواده است که می‌تواند روی سلامت روان فرزندان تأثیرگذار باشد. به عبارتی دیگر ممکن است والدینی با ازدواج خویشاوندی و غیرخویشاوندی، دارای شیوه‌های فرزندپروری مشابه هم باشند و از این رو نوع ازدواج تأثیری روی اختلالات روانی و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان نداشته باشد.

## 5-2 محدودیت‌های پژوهش

1- از آنجایی که پژوهش حاضر عمدتاً براساس پرسشنامه صورت گرفته است می‌تواند تعمیم نتایج را با مشکل مواجه سازد.

---

<sup>1</sup> . Flouri & Buchanan

2- به دلیل اینکه تشخیص اختلالات روانی و مشکلات رفتاری عمدتاً براساس قضاوت ذهنی والدین بوده است در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم صورت گیرد.

3- از آنجایی که پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی-علی مقایسه‌ای است نمی‌تواند نشان‌دهنده تبیین دقیق علی برای ارتباط میان متغیرها باشد.

### 5-3-3 پیشنهادهای پژوهشی و کاربردی

#### 5-3-1-1 پیشنهادهای پژوهشی

1- از آنجایی که در این پژوهش از طرح مقطعی استفاده شده است، استفاده از طرح‌های طولی و بلندمدت و همچنین طرح‌های آزمایشی جهت بررسی میزان شیوع اختلالات روانی و مشکلات رفتاری پیشنهاد می‌گردد.

2- از آنجاکه اختلالات محدودی در این پژوهش بررسی شد، پیشنهاد می‌شود که اختلالات دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرد.

3- با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش، این امکان هست که پژوهش‌های بعدی با نمونه بزرگ‌تر به این مطالعه بپردازند. از این رو پیشنهاد می‌شود که این بررسی بر روی سایر جمعیت‌ها و در استان‌های دیگر انجام شود تا قابلیت تعمیم دهی بیشتری داشته باشد.

4- با توجه به اینکه ابزار مورداستفاده در پژوهش حاضر عمدتاً پرسشنامه بود، پیشنهاد می‌شود که در پژوهشی دیگر از مصاحبه‌های تشخیصی با کودکان و نوجوانان استفاده شود.

#### 5-3-2-2 پیشنهادهای کاربردی

1- با عنایت به نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌گردد تا برنامه‌ریزان و مدیران بهزیستی استان و کل کشور به طراحی سیاست‌های عملی بپردازند که با انجام کارگاه‌ها و آموزش‌های مربوطه والدین را از نوع و شیوع اختلالات روانی و رفتاری آگاه کنند.

2- براساس نتایج پژوهش حاضر، به درمانگران، روان‌شناسان و مددکاران بهزیستی پیشنهاد می‌شود تا با توجه به شیوع مشکلات رفتاری و اختلالات روانی به شناسایی و غربالگری کودکان و نوجوانان دارای علائم پردازند.

3- پیشنهاد می‌شود که صداوسیما استان در راستای آگاه‌سازی مردم، برنامه‌هایی در مورد چگونگی شناسایی، نوع و میزان اختلالات روانی و مشکلات رفتاری ارائه دهد.

4- پیشنهاد می‌شود که بهزیستی با فرستادن روان‌شناسان و مددکاران متخصص در جهت برگزاری آموزش‌ها و کارگاه‌هایی در دل جمعیت‌های مربوطه، اطلاعات لازم را در مورد اهمیت تشخیص و درمان اختلالات روانی و مشکلات رفتاری در اختیار والدین قرار دهد.

5- پیشنهاد می‌شود سازمان بهزیستی بروشورها و کتابچه‌هایی در مورد اختلالات روانی و مشکلات رفتاری و چگونگی شناسایی و کمک در جهت بهبود آن‌ها را تهیه و در اختیار خانواده‌های تحت پوشش خود قرار دهد.

6- پیشنهاد می‌شود که سازمان بهزیستی با همکاری اداره آموزش و پرورش کارگاه‌هایی در خصوص آگاه‌سازی معلمان در مورد نحوه تشخیص اختلالات رفتاری تشکیل دهند تا معلمان نیز بتوانند افراد در معرض خطر را شناسایی و به سازمان بهزیستی و مراکز مشاوره ارجاع دهند.

## منابع

اباذری‌راد، فاطمه (1396). پیش‌بینی تنش‌های روانی براساس سرسختی شغلی، حساسیت اخلاقی و سبک‌های ابراز هیجان در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های بندرعباس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس.

اتکینسون، ریتا؛ اتکینسون، ریچارد؛ اسمیت، ادوارد؛ بم، داریل و نولن-هوکسما، سوزان (2006). زمینه روان‌شناسی هیلگارد. ترجمه محمدنقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، سعید شاملو، مهرناز شهرآرای، یوسف کریمی، نیسان گاهان، مهدی محی‌الدین و کیانوش هاشمیان (1389). تهران: انتشارات رشد.

احمدوند، محمدعلی (1388). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات دانشگاه پیام‌نور.

احمدی، خدابخش؛ یلوه، مجتبی؛ افسردیر، بیتا؛ خدابنده‌لو، سعید و اخوی، زهرا (1392). تأثیر میزان و کیفیت حضور پدر در سلامت روان فرزندان کارکنان نظامی. *مجله علوم رفتاری*، 7(2): 239-244.

احمدی، علی‌اصغر و تقوی، سید حسن (1382). تأثیر اشتغال مادران بر عملکرد رفتاری و آموزشی فرزندان. *فصلنامه پژوهش زنان*، 1(5): 105-124.

اخوان کرباسی، صدیقه؛ گلستان، مطهره؛ فلاح، راضیه و صدری‌باغی، مهدخت (1386). بررسی شیوع اختلال بیش‌فعالی، کمبود توجه و تمرکز در کودکان 6 ساله شهر یزد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی*، 15(14): 29-34.

اژدم روشن، غلامرضا (1395). بررسی رابطه اشتغال مادر و سلامت روانی کودکان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، 2(4): 89-102.

اسدی نوقابی، احمدعلی و حاجی آقاجانی، سعید (1381). *روان‌پرستاری، بهداشت روان*. تهران: بشری.

اسماعیل‌زاده، سمیه (1385). *بررسی رابطه افسردگی مادران و پیشرفت تحصیلی فرزندانشان*. پایان‌نامه تحصیلی کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.



امیرجان، ساره؛ سلطانی، مجتبی؛ نجفی‌نسب، سهیلا؛ قنبری، فاطمه و میر، مهدیه (1392). بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی شهرستان سمنان. ششمین کنگره بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و نوجوان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (2013). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ویرایش پنجم، ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، اتوسا فرمند، علی نیلوفری ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو (1393). تهران: انتشارات ارجمند.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (1998). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، ترجمه محمدرضا نیکخو (1380)، تهران: انتشارات علمی.

انیسی، جعفر؛ سلیمی، سیدحسین؛ میرزمانی، سید محمود؛ رئیسی، فاطمه؛ نیکنام، مژگان (1386). بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان. مجله علوم رفتاری، 1(2): 163-170.

ایمان نژاد، کبری (1388). بررسی رابطه الگوهای ارتباطی با سلامت روانی و رضایت زناشویی زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تهران.

بنی جمالی، شکوه السادات و احدی، حسن (1393). بهداشت روانی و عقب‌ماندگی ذهنی. تهران: آینده درخشان.

به پژوه، احمد (1386). اصول برقراری رابطه انسانی با کودک و نوجوان. چاپ هفتم. تهران: نهضت پویا.

بهدانی، فاطمه (1391). مقایسه سطح اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی روستایی و شهری در مشهد. اصول بهداشت روانی، 14(56): 294-301.

بیابانگرد، اسماعیل و جوادی، فاطمه (1383). سلامت روان‌شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران. رفاه اجتماعی، 4(14): 127-144.

پارسا، محمد (1393). روان‌شناسی رشد کودک و نوجوان، تهران: انتشارات بعثت.

پشتکار، راحله (1388). بررسی سلامت روان و عزت‌نفس مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی «ره» با اطلاعات دموگرافیک در مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی.

- تقوایی نیا، علی؛ رحیمیان بوگر، اسحاق و معاضدیان، آمنه (1395). نقش رضایت از زندگی و شاغل بودن مادر در پیش‌بینی افسردگی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه. *سلامت اجتماعی*، 3(4): 319-329.
- تهرانی دوست، مهدی؛ شهریور، زهرا؛ پاکباز، بهاره؛ رضایی، آزیبا و احمدی، فاطمه (1385). روایی نسخه فارسی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ). *تازه‌های علوم شناختی*، 8(4): 33-39.
- توکلی زاده، جهانشیر؛ بواله‌ری، جعفر؛ مهریار، امیرهوشنگ و دژکام، محمود (1376). همه‌گیرشناسی اختلال‌های رفتاری ایدایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، 3(1 و 2): 40-52.
- حامدی، اعظم و عباسلو، سهیلا (1396). مقایسه اختلالات رفتاری کودکان در سه منطقه شهر، روستا و حاشیه در شهرستان سیرجان. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، 6(14): 1-14.
- حبیبی، مجتبی؛ مرادی، خدیجه؛ پورآوردی، مینو و صالحی، سمیه (1394). بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه استان قم. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی*، 11(1): 63-56.
- حیدری، جبار؛ عظیمی، حمیده؛ محمودی، قهرمان و محمدپور، رضاعلی (1385). بررسی شیوع اختلالات رفتاری-هیجانی و عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس شهرستان ساری سال تحصیلی 85-1383. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، 16(56): 91-100.
- خزاعی، طیبه؛ خزاعی، محمدمهدی و خزاعی، معصومه (1384). شیوع مشکلات رفتاری در کودکان شهر بیرجند. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، 12(1-2): 79-86.
- خسروی، علی‌اکبر؛ هومن، حیدرعلی و شکری، عباس (1389). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و نرم‌یابی مقیاس مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی. *تحقیقات روان‌شناختی*، 2(2): 33-49.
- خسروی، معصومه؛ بیگدلی، ایمان‌الله و خدادادی، لیلا (1388). رابطه شدت علایم مشکلات هیجانی و مسایل رفتاری با نحوه ترسیم ادمک در کودکان پیش‌دبستانی. *فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، 4(15): 91-108.
- دادستان، پریخ (1386). *روانشناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی*. تهران: انتشارات سمت.

- رجایی، علی؛ امین‌یزدی، سیدامیر؛ کارشکی، حسین و کریمیان نادری، سیدجواد (1393). وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دبستانی شهر مشهد. *مجله اصول بهداشت روانی*، 16(1): 84-94.
- ریحانی، رضا (1384). بررسی استرس و شیوه‌های مقابله خانواده‌های دارای کودک عقب‌مانده ذهنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- ساجدی، ژیلا؛ ضرابیان، کاظم و صادقیان، عفت (1389). بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان 3 تا 6 ساله مهدهای کودک و کلاس‌های آمادگی تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر همدان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، 18(1): 11-17.
- ساراسون، ایرون جی و ساراسون، باربارا (1990). *روانشناسی مرضی*. ترجمه بهمن نجاریان، محسن دهقانی، داود عرب قهستانی و ایران داودی (1393). تهران: انتشارات رشد.
- سالاری، عباس (1380). *تأثیر فقدان والدین (پدر) بر اختلالات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- سپهرمنش، زهرا؛ احمدوند، افشین؛ یآوری، پروین و ساعی، رضوان (1387). سلامت روان نوجوانان دبیرستانی شهرکاشان در سال 1383. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، 4(2): 43-49.
- سعیدی، بهمن (1389). *بررسی رابطه اختلالات رفتاری کودکان با بهداشت روانی والدین*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- سیاسی، علی‌اکبر (1395). *نظریه‌های شخصیت، یا مکاتب روانشناسی*. تهران: موسسه چاپ و انتشارات دانشگاه تهران.
- سیف نراقی، مریم و نادری عزت‌الله (1394). *اختلالات رفتاری کودکان و روش‌های اصلاح و ترمیم آن*. تهران: بدر.
- شاملو، سعید (1394). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات رشد.

شاهی، یوسف؛ میرزمانی بافقی سید محمود؛ افروز، غلامعلی؛ پورمحمدرضای تجربی، معصومه و صالحی، مسعود (1388). تاثیر سطح تحصیلات والدین بر مهارت های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش آموزان مبتلا به نشانگان داون. *اصول بهداشت روانی*، 11(2): 141-148.

شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (1386). نظریه های مشاوره و روان درمانی تهران. مرکز نشر دانشگاهی.

شکوهی یکتا، محسن و پرند، اکرم (1384). *اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات تیمورزاده و نشر طیب.

شمسایی، فرشید؛ اوژن، هما؛ جهانگرد، لیلا؛ دهقانی، مریم و سلطانیان، علیرضا (1393). بررسی اختلالات کاستی توجه-بیش فعالی، نافرمانی و سلوک در کودکان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، 22(3): 33-43.

شهیم، سیما (1386). پرخاشگری رابطه ای در کودکان پیش دبستانی. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، 13(3): 264-271.

صرامی، زهرا (1386). *اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مادران مبتلا به وسواس- اجبار بر میزان مشکلات رفتاری کودکان*. پایان نامه ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.

عبداللهیان، ابراهیم؛ شاکری، محمدتقی و وثوق، ایرج (1383). بررسی شیوع اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کودکان سنین قبل از دبستان شهر مشهد در سال تحصیلی 81-82. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، 85(47): 275-280.

عبداللهیان، ابراهیم؛ یزدانی فارابی، شفق و امیری مقدم، رضا (1381). میزان شیوع افسردگی در کودکان دبستانی شهر مشهد. *اندیشه و رفتار*، 7(4): 42-48.

فرشیدنژاد، اکبر (1383). بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتاری در دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر اصفهان. سال 1380. *تحقیقات علوم رفتاری*، 2(1): 34-40.

فیاض، ایراندخت و کیانی، ژاله (1390). بررسی سلامت روانی نوجوانان پرورشگاه شهید دستغیب و شهید نمازی شهر شیراز. *فصلنامه روان شناسی افراد استثنایی*، 2(1): 19-48.

فیروزی، محمدرضا؛ نوشادی، ناصر و کاظمی، علی (1395). تعیین شاخص‌های سلامت روانی-اجتماعی در کودکان و نوجوانان استان کهگیلویه و بویر احمد. *ارمغان دانش*، 21(8): 805-815.

قره‌باغی، فاطمه و وفایی، مریم (1387). تعارض زناشویی، ارزیابی و مقابله شناختی کودک با تعارضات والدین و نشانه‌های آسیب‌شناختی و سلامت کودک. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، 2(19): 49-60.

کاپلان، هرولد و سادوک، بنجامین جیمز (1999). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری-روان‌پزشکی بالینی. ترجمه پورافکاری، نصرت‌الله (1391). تهران: شهرآب، آغاز.

کجباف، محمدباقر؛ عریضی، حمیدرضا؛ امیری، شعله و کهنوجی، رخساره (1390). اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان خانواده‌های در معرض طلاق. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، 3(4): 1-8.

کریمی، یوسف (1388). *روان‌شناسی شخصیت*. تهران: نشر ویرایش.

گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت (2000). *خانواده‌درمانی*. ترجمه: حمیدرضا حسین‌شاهی برواتی، سیامک نقشبندی و الهام ارجمند. (1383). تهران: انتشارات روان.

گنجی، حمزه (1387). *بهداشت روانی*، تهران: ارسباران.

گیمپل، گ. و هالند، م. (2003). *درمان مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان، مهدکودکی‌ها، کودکانی‌ها و دبستانی‌ها*. ترجمه احمد جلالی (1383). تهران: انتشارات پادرا.

لطفی کاشانی، فرح و وزیری، شهرام (1395). *روان‌شناسی مرضی کودک*. تهران: ارسباران.

محمدرومزپور، زرین (1374). *بررسی پایائی و اعتبار و هنجارهای مقدماتی پرسشنامه رفتاری کودکان راتر (B فرم معلم) و تعیین شیوع اختلال سلوکی و هیجانی در جمعیت کودکان دبستانی اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی روانشناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

مش، اریک و وولف، دیوید (1989). *روان‌شناسی مرضی کودک با تأکید بر آسیب‌شناسی روانی تحولی کودک و نوجوانی*. ترجمه پرویز شریفی درآمدی (1394). تهران: آوای نور.

ملکشاهی، فریده و فرهادی، علی (1387). بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی شهرستان خرم‌آباد 85. *مجله علوم پزشکی یافته*، 10(3): 57-65.

میردریگوندی، رحیم (1386). الگوها و نظریه های عمده بهداشت روانی. *معرفت*، 112: 6-1.

نامداری، پریسا و نظری، هدایت (1386). میزان شیوع اختلال‌های رفتار ایزدائی در کودکان دبستانی شهر خرم‌آباد در سال 1384. *فصلنامه یافته*، 9(3): 35-40.

نامداری، پریسا؛ نظری، هدایت؛ طراحي، محمدجواد و محمدی، محمدرضا (1387). میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان دبستانی شهر خرم‌آباد. *فصلنامه یافته*، 4(38): 44-49.

نجفی، محمود؛ فولادچنگ، محبوبه؛ علیزاده، حمید و محمدی‌فر، محمدعلی (1388). میزان شروع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی. *کودکان استثنایی*، 9(3): 239-254.

نوابی نژاد، شکوه (1390). *بهداشت روانی نوجوان کتاب پنجم آموزش خانواده و فرزندان در دوره دبیرستان*. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.

هالچین، ریچارد پی و ویتسبورن، سوزان کراس (1999). *آسیب‌شناسی روانی*. (جلد اول). ترجمه یحیی سید محمدی (1383). تهران: نشر روان.

هرشن سن، دیوید بی و پاور، پال دبلیو (1988). *مشاوره بهداشت روانی، نظریه و عمل*. ترجمه منشی طوسی، محمدتقی (1374). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

وامقی، مروئه؛ سجادی، حمیر؛ رفیعی، حسن و قائدامینی، غلامرضا (1395). نقش تحصیلات والدین و تعیین کننده های واسطه ای بر سلامت کودکان در ایران. *مجله علوم پزشکی رازی*، 23(147): 18-34.

وصالی محمود، روشنگر؛ احدی، حسن؛ کجباف، محمدباقر و نشاط دوست، حمیدطاهر (1396). اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی ویژه کودکان بر ذهن‌آگاهی و سلامت روان آن‌ها. *مجله مطالعات ناتوانی*، 7: 8-1.

وفایی، مریم و روشن، مریم (1385). بررسی رابطه عوامل پیش‌بینی کننده خطر و محافظ خانواده با توانمندی‌ها و اختلال‌های عاطفی - رفتاری نوجوانان. *مجله روان‌شناسی معاصر*، 1(2): 4-17.

ولی زاده، زهرا (1383). مقایسه سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان خوابگاهی و غیر خوابگاهی دانشگاه تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

یوسفی، فایق و هوشیاری، سوما (1394). شیوع و عوامل مرتبط با اختلال سلوک در دانش آموزان متوسطه شهرستان سنندج (سال 1392). ماهنامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، 19(1): 37-43.

Adler, A. (2013). *Understanding Human Nature (Psychology Revivals)*. Routledge.

Adlin, G.; Gilanty, E; & Pown, K.M. (1999) *Health and Wellness*. (6th ed.), Sudbury: Jones & Barther Publisher.

Albano, A. M., Chorpita, B.F. & Barlow, D. H. (2003). *Anxiety disorders*. In Mash, E. J. & Barkley, R.A. (Eds). *Child psychopathology*. 2nd ed. (pp.279 - 329). New York: Guilford Press

Alloy, L. B., Jacobson, N. S., & Acocella, J. R. (1999). *Abnormal psychology: Current perspectives*. McGraw-Hill College.

Asarnow, R. F., Asamen, J., Granholm, E., & Sherman, T. (1994). Cognitive/neuropsychological studies of children with a schizophrenic disorder. *Schizophrenia bulletin*, 20(4), 647.

Baumeister, A. A., Kupstas, F., & Klindworth, L. M. (1990). New morbidity: Implications for prevention of children's disabilities. *Exceptionality: A Special Education Journal*, 1(1), 1-16.

Blackham, G. J., & Silberman, A. (1980). *Modification of child and adolescent behavior*. Wadsworth Publishing Company.

Bower, E. M. (1982). Defining emotional disturbance public policy and research. *Psychology in the Schools*, 19(1), 55-60.

Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y., Sanford, M., Szatmari, P., & Fleming, J. E. (1993). Evaluation of the original Ontario Child Health Study scales. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38(6): 397-405.

Cartwright-Hatton, S., McNally, D., White, C., & Verduyn, C. (2005). Parenting skills training: an effective intervention for internalizing symptoms in younger children?. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(2), 45-52.

- Cauce, A. M., Paradise, M., Ginzler, J. A., Embry, L., Morgan, C. J., Lohr, Y., & Theofelis, J. (2000). The characteristics and mental health of homeless adolescents: Age and gender differences. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(4), 230-239.
- Charlop-Christy, M. H., & Kelso, S. E. (1997). How to treat the child with autism: A guide to treatment at the Claremont Autism Center. *Claremont, CA: Claremont Autism Center.*
- Chess, S., & Thomas, A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders: From infancy to early adult life.* Harvard University Press.
- De Genna, N. M., Stack, D. M., Serbin, L. A., Ledingham, J. E., & Schwartzman, A. E. (2006). From risky behavior to health risk: continuity across two generations. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(4), 297-309.
- De Genna, N. M., Stack, D. M., Serbin, L. A., Ledingham, J. E., & Schwartzman, A. E. (2006). From risky behavior to health risk: continuity across two generations. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(4), 297-309.
- Dempster, R. (2006). Wildman, Beth G. Langkamp, Diane. Pediatrician densification of Psychosocial Problems: Role of Child Behavior, Parent Affect. *Parenting Behavior, Parenting Satisfaction and Efficacy*, 27(5), 435.
- Dempster, R., Wildman, B. G., & Langkamp, D. (2006). Pediatrician Identification of Psychosocial Problems: Role of Child Behavior, Parent Affect, Parenting Behavior, Parenting Satisfaction And Efficacy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(5), 435.
- Domenech-Llaberia, E., Vinas, F., Pla, E., Jané, M. C., Mitjavila, M., Corbella, T., & Canals, J. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European child & adolescent psychiatry*, 18(10), 597-604.
- Dougherty, L. R., Tolep, M. R., Bufferd, S. J., Olino, T. M., Dyson, M., Traditi, J & et al (2013). Preschool anxiety disorders: comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(5), 577-589.
- Drotar, D., Schwartz, L., Palermo, T. M., & Burant, C. (2006). Factor structure of the child health questionnaire-parent form in pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(2), 127-138.



Elsevier.

Flouri, E., & Buchanan, A. (2003). The role of father involvement in children's later mental health. *Journal of adolescence*, 26(1), 63-78.

Forness, S. R., & Kavale, K. A. (1997). Defining emotional or behavioral disorders in school and related services. *Issues in educating students with disabilities*, 45-61.

Forness, S. R., & Knitzer, J. (1992). A new proposed definition and terminology to replace "serious emotional disturbance" in Individuals with Disabilities Education Act. *School Psychology Review*.

Frankl, V. E. (2014). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. Penguin.

Gadow, K. D., & Sprafkin, J. N. (2002). *Child symptom inventory 4: Screening and norms manual*. Checkmate Plus.

Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.

Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534-539.

Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2013). *Exceptional Learners: Pearson New International Edition: An Introduction to Special Education*. Pearson Higher Ed.

Hammen, C. & Rudolph, K.D. (2003). *Childhood depression*. In Mash, E. J. & Barkley, R. A. (Eds.). *Child Psychopathology*. 2nd ed. (pp.233 – 278). New York: Guilford Press.

Hardman, M. L., Drew, C. J., & Egan, M. W. (2017). *Human exceptionality: School, community, and family*. Nelson Education.

- Hyun, S. K. (2001). *The effects of physical activity on health related psychological constructs in the old females* (Doctoral dissertation, master thesis, HanYong University Korea).
- Joel, D., Berman, Z., Tavor, I., Wexler, N., Gaber, O., Stein, Y., & et al. (2015). Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *112*(50), 15468-15473.
- Kashani, J. H., Ray, J. S., & Carlson, G. A. (1984). Depression and depressive-like states in preschool-age children in a child development unit. *The American journal of psychiatry*, *141*(11): 1397-1402.
- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, *48*(2), 127.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., & et al (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, *378*(9801), 1515-1525.
- Kim, Y. H. (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a 2-year study. *International Journal of Nursing Studies*, *40*(2), 115-124.
- Kirk, S., Gallagher, J. J., Coleman, M. R., & Anastasiow, N. J. (2011). *Educating exceptional children*. Cengage Learning.
- Landgraf, J. M., & Abetz, L. N. (1996). Measuring health outcomes in pediatric populations: issues in psychometrics and application. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, *2*, 793-802.
- Landrum, T. J., & Tankersley, M. (1999). Emotional and behavioral disorders in the new millennium: The future is now. *Behavioral Disorders*, *24*(4), 319-330.
- Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., & et al (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(2), 204-214.
- Merrell, K. W. (2009). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents*. (3rd ed.).New York: Rutledge.
- Muris, P. (2007). *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents*. Oxford:

- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 36(5), 699-710.
- Patterson, G. R., & Stoolmiller, M. (1991). Replications of a dual failure model for boys' depressed mood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 491-98.
- Place, M., Martin, E., Hildreth, A. J., Wilson, J., & Hulsmeier, J. (1999). Validating the Ontario child health scale in a UK population. *European child & adolescent psychiatry*, 8(4), 255-259.
- Quay, H. C., & Peterson, D. R. (1987). Manual for the revised problem behavior checklist. *Coral Gables, FL: University of Miami*.
- Raat, H., Botterweck, A. M., Landgraf, J. M., Hoogeveen, W. C., & Essink-Bot, M. L. (2005). Reliability and validity of the short form of the child health questionnaire for parents (CHQ-PF28) in large random school based and general population samples. *Journal of epidemiology and community health*, 59(1), 75-82.
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological medicine*, 14(4), 853-880.
- Sausser, S., & Waller, R. J. (2006). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 33(1), 1-10.
- Schooler, C. (1972). Birth order effects: Not here, not now. *Psychological Bulletin*, 78(3), 161.
- Sternberg, R. J., Grigorenko, E. L., & Kidd, K. K. (2005). Intelligence, race, and genetics. *American Psychologist*, 60(1), 46.
- Sweeney, D. P., Forness, S. R., Kavale, K. A., & Levitt, J. G. (1997). An update on psychopharmacologic medication: What teachers, clinicians, and parents need to know. *Intervention in School and Clinic*, 33(1), 4-21.
- The Massachusetts Behavioral Health Partnership (2014). *Infant/Early Childhood Mental Health*. Available at: [www.masspartnership.com/pdf/DMH CBHI Powerpoint. Infant Early Childhood Mental Health 1.2014.pdf](http://www.masspartnership.com/pdf/DMH_CBHI_Powerpoint_Infant_Early_Childhood_Mental_Health_1.2014.pdf)

- Turnbull, R., Turnbull, A., Shank, M., Smith, S., & Leal, D. (2002). *Exceptional lives special education in today's school* (3. baskı). *Ohio: Merrill Prentice Hall*.
- Unicef, & UNICEF. (2014). *The state of the world's children 2015: Reimagine the future: Innovation for every child*. *New York: UNICEF*.
- Wallace, G., & Kauffman, J. M. (1978). *Teaching children with learning problems*. Merrill Publishing Company.
- Wallace, G., Larsen, S. C., & Elksnin, L. (1992). *Educational assessment of learning problems: Testing for teaching*. Allyn & Bacon.
- Wallston, K. A., Strudler Wallston, B., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs*, 6(1), 160-170.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2003). *Behavior disorders of childhood*. Prentice Hall/Pearson Education.
- Wood, J. J., Cowan, P. A., & Baker, B. L. (2002). Behavior problems and peer rejection in preschool boys and girls. *The Journal of Genetic Psychology*, 163(1), 72-88.
- World health organization. WHO definition of Health. Available at: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. [Cited 2015 Nov 15].
- Wright-Strawderman, C., & Watson, B. L. (1992). The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25(4), 258-264.

# **Surveying Mental Health Status and Behavioral Problems in Childrens and Adolescents of Primary School until High School Supported by Welfare Organization of Hormozgan Province**

## **Abstract**

Undoubtedly, childhood and adolescence are among the most important stages of life in which each person's personality and worldview are formed. The presence of mental disorders and behavioral incompatibilities in this period and the lack of attention to it can have devastating effects on the individual, family and society. Researches and empirical evidence suggest increasing psychological and behavioral problems in children and adolescents, which highlights the need for research to identify these problems in order to effectively plan. Therefore this study was done aimed to survey mental health status and behavioral problems in childrens and adolescents of primary school until high school supported by welfare organization of Hormozgan province. The statistical population of this study was all childrens and adolescents of primary school until high school supported by welfare organization of Hormozgan province. A sample of 338 people was selected by randomly cluster sampling from urban and rural population. To collect data, Child Symptom Inventory-4 and Behavioral Problem Checklist were used. For analyzing the data were used descriptive indices, Pearson correlation, independent t-test and one way ANOVA were used. The results showed that the prevalence of ADHD were 15.1%, CD 6.6%, ODD 11.5%, MDD 10.9%, SAD 12.7%, GAD 13, and behavioral problems 13%. Also, the results showed that there is a significant relationship between age, number of family members, education and parents' employment status with the level of mental disorders and behavioral problems of childrens and adolescents supported by welfare organization of Hormozgan province. The results indicate that the prevalence of mental disorders and behavioral problems in children and adolescents needs attention. Using the results, comprehensive programs can be developed through relevant organizations in the field of prevention and treatment.

**Keywords:** mental health, mental disorders, behavioral problems, Welfare Organization, Hormozgan.