پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال نهم، شماره ۳، ۱۳۸۸ / ۲۳۸-۲۲۳
Research on Exceptional Children, 2009, Vol.9, No. 3, 223-238

میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران

دکتر باقر غباری بناب*[۱]، اکرم پرند[۲]، عباسعلی حسین خانزاده فیروزجاه[۳]، گیتا موللی[۴]، شهروز نعمتی[۵]

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۲/۱۹ تجدید نظر: ۸۷/۸/۱۱ پذیرش نهایی: ۸۸/۳/۱۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در میان دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در شهر تهران انجام شده است. **روش:** در این پژوهش ۱۴۰۷ دانش‌آموز مقطع ابتدایی در پایه‌های تحصیلی اول تا پنجم، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از مناطق مختلف شهر تهران، انتخاب شده‌اند. ابزار اندازه‌گیری اختلالات رفتاری در این پژوهش، سیاهه رفتار کودک آخن باخ- فرم معلم بود که دارای ۱۱ خرده مقیاس است. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داده است که میزان شیوع اختلالات رفتاری براساس طبقه‌بندی بالینی در مقیاس نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳ درصد در طبقه بالینی و ۵/۸ درصد در طبقه مرزی است. در طبقه بالینی، بیشترین فراوانی به اختلالات درونی‌سازی و کمترین فراوانی به اختلالات اضطرابی اختصاص دارد. در طبقهٔ مرزی نیز بیشترین فراوانی به افسردگی و کمترین فراوانی به مشکلات تفکر اختصاص دارد. **نتیجه‌گیری:** درصد بالایی از مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان وجود دارد که نیازمند طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی است.

واژگان کلیدی: *اختلالات رفتاری، میزان شیوع، سیاههٔ رفتار کودک آخن باخ*

مقدمه

اختلالات هیجانی - رفتاری به شرایطی اطلاق می‌شود که درآن، پاسخهای هیجانی و رفتاری درمدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد؛ به طوری که برعملکرد تحصیلی فرد ، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی ، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی بگذارد. اختلالات هیجانی – رفتاری، شامل پاسخهای قابل قبول کودک یا نوجوان به عوامل تنش‌زای محیطی نمی‌شوند. این اختلالات براساس داده‌های حاصل ازمنابع مختلف در مورد کارکردهای هیجانی یا رفتاری فرد، شناسایی می‌شوند و باید دست‌کم در دو موقعیت متفاوت، که یکی از آنها

*۱- **نویسنده رابط:** دانشیار دانشگاه تهران ۰۲۱-۶۱۱۱۷۴۵۱ (Email:Bghobari@ut.ac.ir)
۲- دانشجوی دکترای روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران
۳- عضوهیئت علمی دانشگاه گیلان
۴- عضوهیئت علمی دانشگاه توانبخشی وبهزیستی
۵- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران
(مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه تهران شماره ۵۱۰۱۰۱۱/۱/۰۱ است و با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شده است)

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

مدرسه است، بروز کنند. اختلالات هیجانی - رفتاری می‌توانند به طور همزمان با سایر معلولیتها نیز ظاهر شود. این اختلالات اسکیزوفرنی، نارسایی توجه و ناسازگاری را نیز در برمی‌گیرند (شورای کودکان استثنایی[1] ،۱۹۹۱).

اغلب کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد، معلمان و همکلاسیها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصتهای آموزشی آنان، کاهش می‌یابد (براون و پرسی[2] ۲۰۰۷). از سوی دیگر انزوای اجتماعی این کودکان، موجبات پرخاشگری هر چه بیشتر آنان را فراهم می‌آورد.کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری، معمولاً محبوبیت ندارند. مجموعهٔ این عوامل، این کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای ضد اجتماعی،[3] قرار می‌دهد. روابط دوستی این کودکان معمولاً با کسانی است که آنان نیز دارای مشکلات رفتاری هستند (کافمن[4]،۲۰۰۱) همهٔ مشکلات هیجانی و رفتاری با یکدیگر رابطه دارند. به ندرت می‌توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یک مشکل رفتاری داشته باشد(تنکر سلی و لندروم[5]،۱۹۹۷). با وجود مشکلات بسیاری که این افراد با آن مواجه‌اند، بیشتر آنان تا سالها پس از ورود به مدرسه، شناسایی نمی‌شوند و تحت آموزش ویژه، قرار نمی‌گیرند، مگر اینکه اختلال رفتاری و مشکلات تحصیلی آنان شدید شود(دانکن، فورنس، وهارت سو[6]، ۱۹۹۵). بسیاری از بزرگسالان، تحمل رفتاهای کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری را ندارند و به تنبیه آنان نیز متوسّل می‌شوند. این کودکان در مقایسه با همسالان بهنجار خود، در جنبه‌های مهم زندگی محدودیت دارند و در تعاملات اجتماعی، با مشکلات جدی مواجه‌اند. ناتوانیهای این کودکان، از رفتارهای آنان ناشی می‌شود(واکر و همکاران، ۱۹۹۸).

تاکنون طبقه‌بندیهای مختلفی برای اختلالات رفتاری صورت گرفته است. بعضی از پژوهشگران اختلالات رفتاری را به دو دسته بزرگ تقسیم کرده‌اند. اختلالات رفتاری درونی‌سازی[7] که شامل مواردی مانند افسردگی و اضطراب هستند که با دنیای درونی فرد سروکار دارند؛ که با تعارضهای روانی و هیجانی همراه است و " اختلالات رفتار برونی‌سازی[8] " که شامل مواردی است که به مشکلات فرد با دیگران ارتباط دارد(آخن باخ، هاول، کوای، و کانرز[9]،۱۹۹۱).

اختلالات رفتاری دامنهٔ وسیعی دارند و مشکلات بسیاری را در بر می‌گیرند؛ به طوری که هر طبقه در برگیرنده گروههایی است که ممکن است ویژگیهای متفاوتی داشته باشند. (شکوهی یکتا و پرند ۱۳۸۴) طبقه‌بندی به ویژه برای مقاصد آموزشی مفید به نظرمی‌رسد؛ چرا که ریشه‌ها و علل این اختلالات، متفاوت‌اند؛ برای مثال، ممکن است کودکی مضطرب و گوشه‌گیر وکودک دیگری عصبانی و تندخو باشد. اگرچه هر دو در طبقهٔ اختلالات رفتاری قرار می‌گیرند ولی به خدمات آموزشی متفاوتی نیاز دارند(کرک، گالاگروآناستازیو،۲۰۰۰). همان‌گونه که اشاره شد در حیطه اختلالات رفتاری ، طبقه بندیهای متعددی صورت گرفته است که برخی از آنها بر روشهای آماری پیشرفته مبتنی هستند. در این روشها خوشه‌ها والگوهای مربوط به رفتارها مشخص می‌شوند؛ برای مثال کوای و پیترسون[10](۱۹۸۷) اختلالات رفتاری را به شش دسته تقسیم کرده‌اند: اختلال سلوک، پرخاشگری اجتماعی، مشکلات مربوط به توجه و ناپختگی، اضطراب- گوشه‌گیری، رفتارروان‌گسستگی و تحرک مفرط.آخن باخ(۱۹۹۱) نیز اختلالات رفتاری را به ده طبقه تقسیم کرده است: اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، قانون شکنی، رفتارهای پرخاشگرانه، درونی‌سازی و برونی‌سازی، و سایر مشکلات را نیز در طبقهٔ مجزایی قرار داده است.آخن باخ و ایدلبروک[11](۱۹۹۱) براساس همین طبقه‌بندی، سیاهه رفتارکودک[12] را طراحی کرده‌اند. این سیاهه در واقع یکی از فرمهای نظام مبتنی بر تجربهٔ آخن باخ است (آخن باخ و رسکورلا[13]،۲۰۰۱). این فرمها برای ارزیابی

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

شایستگیها، کارکردهای انطباقی و مشکلات هیجانی رفتاری به کار می‌روند.

ویکس- نلسون و ایزرائیل[۱۴](۲۰۰۳) طبقه‌بندی و میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین کودکان و نوجوانان را به شرح زیر گزارش کرده است: اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه ۳ تا ۵ درصد، لجبازی و نافرمانی ۵ تا ۱۰ درصد، اخلال سلوک ۱ تا ۱۶ درصد، اضطراب فراگیر ۲/۹ تا ۱۴ درصد، هراس ۵ درصد، وسواس ۱/۹ درصد، اتیسم ۰/۰۵ درصد، افسردگی ۰/۴ تا ۲/۵ درصد، افسرده‌خویی ۰/۶ تا ۱/۷ درصد، هراس اجتماعی ۱ درصد و اضطراب جدایی ۳ تا ۱۲ درصد. توکلی‌زاده و همکاران (۱۳۷۶) میزان اخنلالات رفتاری ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد را ۰/۰۱۷ گزارش داده‌اند.

بیشتر کودکان و نوجوانان گاهی مشکلات هیجانی و رفتاری نشان می‌دهند ولی در بسیاری از موارد، این رفتارها گذراست و دوام ندارند و ملاکهای اختلال را دریافت نمی‌کنند. برآورد میزان شیوع اختلالات رفتاری به علّت فقدان تعاریف واحد، مشکلات روش‌شناختی، سیاستهای اجتماعی، و عوامل اقتصادی با دشواریهایی همراه است. در گزارشهای مختلف، شیوع این اختلال در میان جمعیت مدرسه‌ای بین ۰/۵ تا ۲۰ درصد بوده است(کافمن،۲۰۰۱). شایع‌ترین مشکلاتی که در افراد با اختلالات رفتاری مشاهده می‌شود، مسائلی نظیر پرخاشگری و رفتارهای ایذایی است. نسبت تعداد پسران در مقایسه با دختران، پنج به یک یا بیشتر است. به طور کلی گرایش پسران به رفتارهای پرخاشگرانه و مخرب بیش از دختران است(کازدین،۱۹۹۷).

برآورد میزان شیوع معمولاً با استفاده از نمونه‌ای از جامعه صورت می‌پذیرد؛ زیرا امکان اینکه همه جامعه ارزیابی شوند، وجود ندارد؛ بنابراین دقت در روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه ضرورت دارد.تاکنون روش شناسی برآورد اختلالات هیجانی یا رفتاری به خوبی تحول نیافته است (اندرسون و وری[۱۵]،۱۹۹۴). اطلاعات مربوط اغلب با استفاده از روشهای مختلف(مانند مصاحبه و مقیاسهای درجه‌بندی) و منابع گوناگون(مانند معلم، والدین وآزمودنی) گردآوری می‌شوند. بنا به علل اقتصادی در بیشتر موارد برآورد میزان شیوع با استفاده از مقیاسهای درجه‌بندی رفتار صورت می‌گیرد که گاهی از اعتبار و روایی کافی نیز برخوردار نیستند. یکی دیگر از علل تفاوت در برآورد شیوع اختلالات رفتاری، عدم بهره‌گیری از روش اندازه‌گیری مناسب است؛ بنابراین چگونگی نمونه‌گیری، ابزار اندازه‌گیری و روش اندازه‌گیری بر برآورد، تأثیر می‌گذارند(کافمن،۲۰۰۱) و به همین علّت موجب ناهماهنگی در یافته‌های پژوهشی می‌شود؛ برای مثال فاضل، دانش و ویلر[۱۶](۲۰۰۵) به ارزیابی سلامت روانی ۷۰۰۰ مهاجر ساکن درکشورهای اروپایی پرداختند. آنها از طریق مصاحبه با این گروه، دریافتند که ۹ درصد این گروه، اختلال استرس پس از ضربه عاطفی و ۵ درصد افسردگی داشتند.

برتون و همکارانش(۱۹۹۹) در بررسی گسترده‌ای با استفاده از ملاکهای چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، به تحلیل میزان شیوع اختلالات هیجانی رفتاری کودکان ۱۲ تا ۱۴ ساله پرداختند. یافته‌های آنان نشان دادکه ۱۵/۸ درصدکودکان مطالعه‌شده براساس فرم کودک؛ و۹/ ۱۹درصد بر اساس فرم والدین، اختلالات هیجانی رفتاری نشان داده‌اند.

در ایران نیز پژوهشهای چندی برای تعیین میزان شیوع اختلالات رفتاری – هیجانی صورت گرفته است که نتایج متفاوتی به دنبال داشته است: کشکولی (۱۳۷۹) در پژوهشی که در استان بوشهر انجام داد، دریافت که ۱۶/۸۴ درصد دانش‌آموزان دوره ابتدایی این استان دارای اختلالات رفتاری هستند. در این پژوهش، مشخص شد که میزان شیوع در پسران، بیشتر از دختران و در دانش‌آموزان شهری، بیشتر از دانش‌آموزان روستایی است. مهرابی (۱۳۸۴) نیز در

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

پژوهشی که در شهر اصفهان انجام داد، دریافت که ۱۳/۲ درصد دانش‌آموزان دورهٔ ابتدایی، دارای معیارهای تشخیصی اختلالات رفتاری هستند. همچنین در این تحقیق، مشخص شد که میزان شیوع در دانش‌آموزان پسر، بیشتر از دانش‌آموزان دختر و در خانواده‌های دارای والدین طلاق‌گرفته و نیز دارای سابقهٔ بیماری روانی مزمن، بیشتر است. مقدم و همکاران (۱۳۸۱) نیز میزان شیوع اختلالات رفتاری را در بین دانش‌آموزان دبستانی شهرستان قروه، ۲۰/۴ درصد برآورد کرده‌اند.

بنابراین انجام پژوهش وسیع در زمینهٔ برآورد میزان شیوع این افراد، در کشور ما ضرورت دارد. بر این اساس هدف پژوهش حاضر، برآورد میزان شیوع اختلالات هیجانی رفتاری در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در شهر تهران انجام شده است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه مورد نظر پژوهش حاضر را،کلیه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۶- ۸۵ تشکیل داده‌اند(۴۹۱۴۷۸ نفر دانش‌آموز) نمونه مورد مطالعه و روش نمونه‌گیری : نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۱۴۰۷ دانش آموز دختر و پسر پایه‌های تحصیلی اول تا پنجم بوده است که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند؛ به طوری که در ابتدا، شهر تهران به سه منطقه کلی شمال، جنوب، و مرکز تقسیم شده است. سپس از میان مناطق یاد شده یک منطقه از شمالِ،یک منطقه از جنوب و دو منطقه از مرکز با توجه به پراکندگی جمعیت دانش‌آموزی(برخورداری از بیشترین تعداد دانش‌آموز) به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر منطقه دو مدرسه دخترانه و دو مدرسه پسرانه و ازهر مدرسه ۵ کلاس(اول- دوم- سوم- چهارم- پنجم) به طور تصادفی، انتخاب شده‌اند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای اندازه‌گیری اختلالات هیجانی- رفتاری از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخن باخ[17] - فرم گزارش معلم استفاده شده است. نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخن باخ شامل مجموعه‌ای از فرمها برای ارزیابی شایستگیها، کارکرد انطباقی و مشکلات هیجانی/ رفتاری است که عبارت‌اند از : سیاهه رفتاری کودک[18]، پرسشنامه خود سنجی[19]، و فرم گزارش معلم[20]. هر یک از این فرمها در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شوند. در صورت وجود محدودیت زمانی، می‌توان بر حسب نیاز تنها بخشهایی از فرمها را که شایستگیها و کارکردهای انطباقی را اندازه می‌گیرند، یا بخشی که مشکلات هیجانی/ رفتاری را اندازه می‌گیرند، اجرا کرد. در این پژوهش، تنها پرسشهای مربوط به بخش مشکلات هیجانی/ رفتاری فرم گزارش معلم اجرا شده است. فرم گزارش معلم دارای ۱۲۰ گویه است و خرده‌مقیاسهای آن عبارت‌اند از: اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری / افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگری، درونی‌سازی، برونی‌سازی، سایر مشکلات. نمره خام فرم گزارش معلم از طریق جمع سؤالها در هر خرده‌مقیاس به دست می‌آید. برای هر یک ازخرده مقیاسهای فرم گزارش معلم سه نمره به دست می‌آید: نمره خام، رتبه‌های درصدی، و نمره‌های T . پس از محاسبه نمره‌های خام و با مراجعه به جدول تبدیل نمره خام به نمره‌های T و رتبه‌های درصدی که در دفترچه راهنما به تفکیک جنس و مقیاسها به دست آمده است، می‌توان نمره‌های T و رتبه‌های درصدی را استخراج و برای هر فرد نیمرخی ترسیم کرد.

اعتبار و روایی[21] ابزار پژوهش: به منظور بررسی اعتبار فرم گزارش معلم از روشهای همسانی درونی، بازآزمایی و توافق میان پاسخ دهندگان استفاده شده است. بر این اساس اعتبار این فرم در مقیاسهای

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

مبتنی بر تجربه با روش همسانی درونی در گروههای سنی مختلف بین ۰/۷۱ (شکایات جسمانی) تا ۰/۹۵(مشکلات توجه)؛ و در مقیاسهای مبتنی بر DSM بین ۰/۶۲(مشکلات اضطرابی) تا ۰/۹۲(مشکلات نارسایی توجه همراه با بیش فعالی) گزارش شده است. اعتبار این فرم در مقیاسهای مبتنی بر تجربه با روش بازآزمایی در گروههای سنی مختلف بین ۰/۳۸(مشکلات تفکر)، تا ۰/۹۷(برونی‌سازی) ؛ و در مقیاسهای مبتنی بر DSM بین ۰/۳۲(مشکلات نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی) تا ۰/۴۷(مشکلات عاطفی-مشکلات اضطرابی) گزارش شده است. به منظور برآورد میزان توافق میان پاسخ دهندگان نیز از منابع مختلف شامل پدر،مادر و دو نفر از معلمان ۲۲۰ دانش‌آموز خواسته شد تا هر یک به طور مستقل، فرم والدین و معلمان را تکمیل کنند. بر این اساس، همبستگی میان فرمهای معلم در مقیاسهای مبتنی بر تجربه بین ۰/۳۶(اضطراب و افسردگی) تا ۰/۵۹(رفتار پرخاشگر)؛ همبستگی میان فرمهای معلم و والدین بین ۰/۰۹(مشکلات تفکر) تا ۰/۳۱(برونی سازی)؛ همبستگی میان فرمهای پدر و مادر نیز بین ۰/۵۳(رفتار قانون شکنی) تا ۰/۶۷(برونی سازی و مشکلات اجتماعی) بوده است. در مقیاسهای مبتنی بر DSM همبستگی میان فرمهای معلم و والدین بین ۰/۰۹(مشکلات جسمانی) تا ۰/۲۸(مشکلات نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی)؛ همبستگی میان فرمهای معلم بین ۰/۴۸(مشکلات اضطرابی) تا ۰/۵۴(مشکلات جسمانی)؛ همبستگی میان فرمهای پدر و مادر نیز بین ۰/۳۱(مشکلات اضطرابی) تا ۰/۴۱(مشکلات سلوک) بوده است(مینایی،۱۳۸۴).

برای بررسی روایی ملاکی فرمهای سنجش مبتنی بر تجربه از فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان (گادو و اسپرافکین[۲۲]،۲۰۰۲) . همبستگی میان این پرسشنامه و فرم گزارش معلم بین ۰/۰۶ (اضطراب/افسردگی) تا ۰/۲۶(مشکلات توجه)؛ در مقیاس مبتنی بر DSM نیز همبستگی فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان با فرم گزارش معلم بین ۰/۱۵(مشکلات سلوک) تا ۰/۳۰(مشکلات نارسایی توجه همراه با فزون کنشی) گزارش شده است. همبستگی درونی مقیاسها به منزله شاخص روایی سازه بین ۰/۲۷(رفتار قانون شکنی و مشکلات جسمانی) تا ۰/۹۷(رفتار پرخاشگرانه و برونی سازی) بوده است(مینایی،۱۳۸۴).

شیوه اجرا

بعد از مشخص کردن افراد مورد مطالعه با توجه به حجم بسیار زیاد آنها، گروهی آزمونگر کارآزموده در این زمینه انتخاب شدند و نحوه توزیع و اجرای آزمون به آنها آموزش داده شده است. سپس آزمونگران به مراکز مربوط رجوع و پس از ارائه توضیحات لازم، پرسشنامه‌ها را توزیع و پس از اجرا، جمع‌آوری کردند.

یافته‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل و تلخیص داده‌ها از روشهای آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد، میانگین، و رسم نیمرخ داده‌ها استفاده شده است. داده‌های حاصل از اجرای آزمون درباره ۱۲۱۳ پرسشنامه (۸۶/۲ درصد) تجزیه و تحلیل شد و ۱۹۴ پرسشنامه (۱۳/۸ درصد) به علّت ناقص بودن، حذف شد.

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد پسران به تفکیک پایه تحصیلی در مقیاسهای مبتنی بر تجربه

	پایه تحصیلی									
	اول(تعداد: ۲۰۷)		دوم(تعداد: ۱۹۶)		سوم(تعداد: ۱۷۸)		چهارم(تعداد: ۱۷۷)		پنجم(تعداد: ۱۹۰)	
خرده مقیاسها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۳/۵	۳/۷	۳/۵۶	۳/۹۴	۴/۲۹	۴/۲۱	۴/۳۷	۴/۱۱	۹	۵/۱۵
افسردگی	۲/۰۷	۲/۷۳	۱/۶۳	۲/۱۳	۲/۴۶	۲/۹۹	۲/۱۷	۲/۶۵	۴/۶۶	۳/۸۷
شکایات جسمانی	۰/۸۵	۱/۷۲	۰/۶۵	۱/۲۶	۰/۸۶	۱/۵۱	۰/۹۸	۱/۸۳	۲/۲۷	۲/۸۳
مشکلات اجتماعی	۲/۳۲	۲/۸۸	۲/۴۱	۳/۲۵	۲/۴۰	۳/۰۶	۲/۳۴	۲/۶۱	۴/۵۴	۴/۱۱
مشکلات تفکر	۰/۶۷	۱/۳۷	۰/۶۴	۱/۴۶	۰/۸۲	۲	۰/۶۴	۱/۲۴	۲/۰۴	۲/۴۷
مشکلات توجه	۷/۳۸	۸/۶	۵/۲۷	۷/۵۹	۸/۲۸	۱۰/۲۳	۷/۴۳	۸/۶	۱۳/۳۴	۱۲/۸۶
رفتار قانون شکنی	۱/۳۱	۲/۱۳	۱/۰۹	۱/۷۲	۱/۷۸	۲/۳۸	۱/۰۱	۱/۶۳	۳/۰۵	۳/۸۰
رفتار پرخاشگرانه	۴/۰۵	۵/۶۹	۴/۲۰	۶/۱۵	۴/۴۰	۶/۴	۳/۳۴	۴/۲۵	۸/۶۶	۸/۵۴
درونی سازی	۶/۴۲	۶/۴۹	۵/۸۵	۵/۹۳	۷/۶۱	۷/۳۳	۷/۵۱	۷/۱۵	۱۵/۹۳	۱۰/۱۱
برونی سازی	۵/۳۶	۷/۵۱	۵/۳۰	۷/۵۸	۶/۱۸	۸/۴۳	۴/۳۴	۵/۳۳	۱۱/۷۲	۱۱/۸۹
سایر مشکلات	۰/۸۲	۱/۱۳	۰/۸۳	۰/۹۶	۱/۱۴	۱/۳۸	۰/۹۴	۱/۲	۱/۸۷	۱/۷۹
کل مقیاس	۲۲/۹۶	۲۳/۳۱	۲۰/۲۹	۲۲/۱۹	۲۶/۴۳	۲۷/۰۲	۲۳/۲۱	۲۱/۴۲	۴۹/۴۴	۳۶/۱۳

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است میانگین نمرات گروه نمونه در پایهٔ تحصیلی اول در دامنه ۰/۸۲(سایر مشکلات) تا ۷/۳۸(مشکلات توجه) ؛ در پایه تحصیلی دوم از ۰/۶۴(مشکلات تفکر) تا ۵/۸۵ (درونی سازی) ؛ در پایه تحصیلی سوم از ۰/۸۲(مشکلات تفکر) تا ۸/۲۸(مشکلات توجه) ؛ در پایه تحصیلی چهارم از ۰/۶۴(مشکلات تفکر) تا ۷/۵۱(درونی سازی) ؛ و در پایه تحصیلی پنجم از ۱/۸۷(سایر مشکلات) تا ۱۵/۹۳(درونی سازی) قرار دارد.

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

جدول۲- میانگین و انحراف استاندارد دختران به تفکیک پایه تحصیلی در مقیاسهای مبتنی بر تجربه

	پایه تحصیلی									
	اول(تعداد: ۳۵)		دوم(تعداد:۶۶)		سوم(تعداد: ۵۸)		چهارم(تعداد: ۵۱)		پنجم(تعداد: ۵۴)	
خرده مقیاسها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۵/۶۹	۸/۶۲	۲/۲۳	۳/۵۷	۶/۱۴	۴/۱۰	۵/۷۸	۵/۳۱	۵/۰۴	۳/۹۷
افسردگی	۲/۸۰	۴/۸۶	۱/۵۸	۲/۶۰	۲/۹۸	۳/۵۷	۴/۲۰	۴/۵۰	۴/۰۴	۳/۸
شکایات جسمانی	۲/۴۳	۴/۶۰	۰/۳۳	۰/۹۱	۱/۹۸	۲/۴۵	۱/۳۹	۲/۵۷	۱/۱۹	۱/۷۲
مشکلات اجتماعی	۴/۱۷	۶/۳۷	۱/۸۸	۲/۷۲	۴/۶۶	۴/۰۸	۳/۱۶	۳/۹۷	۳/۳۰	۳/۴۲
مشکلات تفکر	۲/۹۱	۶/۲۰	۰/۳۸	۱/۱۰	۲/۱۷	۳/۴۰	۱/۲۰	۲/۱۹	۱/۲۸	۲/۳۴
مشکلات توجه	۱۳/۰۹	۱۵/۸۸	۸/۰۶	۹/۲۹	۱۶/۸۸	۱۴/۵۱	۱۳/۱۸	۱۱/۶۷	۱۳/۱۳	۱۱/۳
رفتار قانون شکنی	۴/۲۰	۷/۶۷	۱/۶۵	۲/۸۱	۴/۰۳	۴/۷۴	۲/۴۳	۲/۸۶	۲/۱۹	۲/۳۶
رفتار پرخاشگرانه	۷/۶۶	۱۲/۶۱	۳/۸۵	۶/۳	۱۱/۵۲	۱۳/۲۶	۶/۰۶	۹/۱	۷/۱۵	۷/۳۴
درونی سازی	۱۰/۹۱	۱۷/۵۷	۴/۱۴	۵/۸۶	۱۱/۱۰	۸/۸۵	۱۱/۳۷	۱۰/۶۴	۱۰/۲۶	۸/۰۲
برونی سازی	۱۱/۸۶	۲۰/۱۰	۵/۵۰	۸/۶	۱۵/۵۵	۱۷/۴۳	۸/۴۹	۱۱/۲۳	۹/۳۳	۹/۱
سایر مشکلات	۱/۹۷	۳/۸۵	۰/۷۳	۱/۰۵	۱/۴۰	۱/۶۳	۱/۷۵	۲	۱/۲۲	۱/۱۱
کل مقیاس	۴۴/۹۱	۶۶/۸	۲۰/۶۸	۲۳/۲۸	۵۱/۷۶	۴۳/۱۸	۳۹/۱۴	۳۵/۰۸	۳۸/۵۲	۲۶/۴۲

همان‌طوری که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمرات گروه نمونه در پایه تحصیلی اول از ۱/۹۷(سایر مشکلات) تا ۱۳/۰۹(مشکلات توجه) ؛ در پایه تحصیلی دوم از ۰/۳۳(شکایات جسمانی) تا ۸/۰۶(مشکلات توجه) ؛ در پایه تحصیلی سوم از ۱/۴۰(سایر مشکلات) تا ۱۶/۸۸(مشکلات توجه)؛ در پایه تحصیلی چهارم از ۱/۲۰(مشکلات تفکر) تا ۱۳/۱۸(مشکلات توجه) ؛ و در پایه تحصیلی پنجم از ۱/۱۹(شکایات جسمانی) تا ۱۳/۱۳(مشکلات توجه) قرار دارد.

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

جدول۳- میانگین و انحراف استاندارد کل افراد به تفکیک پایه تحصیلی در مقیاسهای مبتنی بر تجربه

	پایه تحصیلی									
	اول(تعداد: ۲۴۲)		دوم(تعداد: ۲۶۲)		سوم(تعداد: ۲۳۶)		چهارم(تعدا:۲۲۸)		پنجم(تعداد:۲۴۴)	
خرده مقیاسها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۳/۸۱	۴/۷۷	۳/۲۳	۳/۸۹	۴/۷۵	۴/۲۵	۴/۶۸	۴/۴۴	۸/۱۲	۵/۱۷
افسردگی	۲/۱۸	۳/۱۲	۱/۶۲	۲/۲۶	۲/۵۹	۳/۱۵	۲/۶۲	۳/۲۶	۴/۵۲	۳/۸۵
شکایات جسمانی	۱/۰۷	۲/۴۲	۰/۵۷	۱/۱۹	۱/۱۴	۱/۸۵	۱/۰۷	۲/۰۲	۲/۰۳	۲/۶۷
مشکلات اجتماعی	۲/۵۹	۳/۶۴	۲/۵۷	۳/۱۳	۲/۹۵	۳/۴۷	۲/۵۳	۲/۹۸	۴/۲۷	۴
مشکلات تفکر	۱	۲/۷۷	۰/۵۸	۱/۳۸	۱/۱۵	۲/۴۸	۰/۷۶	۱/۵۱	۱/۸۷	۲/۴۶
مشکلات توجه	۸/۲۰	۱۰/۱۴	۵/۹۷	۸/۱۲	۱۰/۳۹	۱۱/۹۷	۸/۷۱	۹/۶۴	۱۳/۲۹	۱۲/۵۱
رفتار قانون شکنی	۱/۷۳	۳/۶۴	۱/۲۳	۲/۱	۲/۳۳	۳/۲۷	۱/۳۲	۲/۰۵	۲/۸۶	۳/۵۵
رفتار پرخاشگرانه	۴/۵۷	۷/۱۹	۴/۱۱	۶/۱۸	۶/۱۵	۹/۱۱	۳/۹۵	۵/۸	۸/۳۳	۸/۳
درونی سازی	۷/۰۷	۹/۰۶	۵/۴۲	۵/۹۵	۸/۴۷	۷/۸۶	۸/۳۸	۸/۲	۱۴/۶۸	۹/۹
برونی سازی	۶/۳۰	۱۰/۵۱	۵/۳۵	۷/۸۳	۸/۴۸	۱۱/۹۸	۵/۲۷	۷/۲۷	۱۱/۱۹	۱۱/۳۵
سایر مشکلات	۰/۹۸	۱/۸۳	۰/۸۰	۰/۹۸	۱/۲۰	۱/۴۴	۱/۱۲	۱/۴۵	۱/۷۳	۱/۶۸
کل مقیاس	۲۶/۱۴	۳۳/۹۷	۲۰/۳۹	۲۲/۴۳	۳۲/۶۵	۳۳/۴۹	۲۶/۷۷	۲۵/۹۱	۴۷/۰۲	۳۴/۵

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمرات کل افراد در پایه تحصیلی اول از ۱ (مشکلات تفکر) تا ۸/۲۰(مشکلات توجه) ؛ در پایهٔ تحصیلی دوم از ۰/۵۷(شکایات جسمانی) تا ۵/۹۷ (مشکلات جسمانی)؛ در پایهٔ تحصیلی سوم از ۱/۱۴ (شکایات جسمانی) تا ۱۰/۳۹ (مشکلات توجه) ؛ در پایهٔ تحصیلی چهارم از ۰/۷۶ (مشکلات تفکر) تا ۸/۷۱ (مشکلات توجه) ؛ و در پایهٔ تحصیلی پنجم از ۱/۷۳ (سایر مشکلات) تا ۱۴/۶۸ (درونی‌سازی) قرار دارد.

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

جدول ۴- میانگین و انحراف استاندارد پسران به تفکیک پایه تحصیلی در مقیاسهای مبتنی بر DSM

	پایه تحصیلی									
	اول(تعداد: ۲۰۷)		دوم(تعداد: ۱۹۶)		سوم(تعداد: ۱۷۸)		چهارم(تعداد: ۱۷۷)		پنجم(تعداد: ۱۹۰)	
خرده مقیاسها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات عاطفی	۱/۵۰	۲/۲۰	۱/۴۲	۱/۸۷	۱/۶۷	۲/۵۵	۱/۶۸	۲/۰۶	۳/۹۱	۳/۷۵
مشکلات اضطرابی	۱/۲۲	۱/۵۹	۱/۱۶	۱/۴۰	۱/۲۴	۱/۷۰	۱/۲۴	۱/۷۴	۲/۷۶	۲/۳۹
مشکلات جسمانی	۰/۴۹	۱/۲۳	۰/۴۰	۰/۹۸	۰/۴۳	۱/۰۴	۰/۴۸	۱/۳۵	۱/۲۲	۲/۰۵
مشکلات بی توجهی	۲/۷۱	۳/۴۷	۱/۱۱	۳/۵۴	۲/۱۶	۳/۵۸	۱/۷۵	۲/۸۰	۲/۹۵	۴/۶۷
مشکلات بیش فعالی	۱/۷۰	۳/۴۷	۲/۳۵	۱/۷۸	۲/۳۳	۲/۷۹	۲/۰۹	۲/۵۰	۴/۰۳	۳/۰۸
بیش فعالی و بی توجهی	۴/۴۱	۵/۱۸	۳/۴۵	۴/۹۲	۴/۴۹	۵/۷۱	۳/۸۴	۴/۷۶	۶/۹۷	۷/۰۶
مشکلات رفتار مقابله ای	۰/۹۸	۱/۶۳	۱/۰۲	۱/۸۱	۱/۲۰	۱/۹۸	۰/۸۲	۱/۲۲	۲/۱۸	۲/۵۹
مشکلات سلوک	۱/۹۷	۳/۵۶	۱/۵۱	۲/۸۲	۲/۲۸	۳/۴۸	۱/۲۵	۲/۳	۳/۹۵	۵/۱۵

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است میانگین نمرات افراد نمونه در پایه تحصیلی اول از ۰/۴۹ (مشکلات جسمانی) تا ۴/۴۱ (بیش‌فعالی و بی توجهی) ؛ در پایه تحصیلی دوم از ۰/۴۰ (مشکلات جسمانی) تا ۳/۴۵ (بیش‌فعالی و بی‌توجهی) ؛ در پایه تحصیلی سوم از ۰/۴۳ (مشکلات جسمانی) ؛ تا ۴/۴۹(بیش‌فعالی و بی‌توجهی) ؛ در پایه تحصیلی چهارم از ۰/۴۸(مشکلات جسمانی) تا ۳/۸۴ (بیش‌فعالی و بی‌توجهی) ؛ و در پایه تحصیلی پنجم از ۱/۲۲(مشکلات جسمانی) تا ۶/۹۷ (بیش‌فعالی و بی‌توجهی) قرار دارند.

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

جدول ۵-. میانگین و انحراف استاندارد دختران به تفکیک پایه تحصیلی در مقیاسهای مبتنی بر DSM

	پایه تحصیلی									
	اول(تعداد: ۳۵)		دوم(تعداد: ۶۶)		سوم(تعداد: ۵۸)		چهارم(تعداد:۵۱)		پنجم(تعداد:۵۴)	
خرده مقیاسها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات عاطفی	۳/۵۴	۵/۹۲	۱/۱۵	۱/۹۶	۳/۲۸	۳/۶۵	۳/۱۰	۳/۷۷	۲/۶۳	۲/۹
مشکلات اضطرابی	۲	۳/۵۵	۰/۷۱	۱/۲۷	۲/۱۴	۲/۲۰	۱/۵۳	۲/۱۲	۱/۴۶	۲/۰۳
مشکلات جسمانی	۱/۶۳	۳/۷۲	۰/۱۲	۰/۴۸	۱/۱۲	۱/۸۹	۰/۶۳	۱/۸۲	۰/۳۷	۱/۱۲
مشکلات بی‌توجهی	۲/۸۰	۵/۲۱	۱/۷۶	۴/۴۰	۳/۶۷	۶/۲۴	۳/۴۵	۴/۸۱	۲/۹۳	۴/۳۹
مشکلات بیش فعالی	۳/۸۰	۳/۴۷	۳/۰۳	۲/۴۲	۶/۱۰	۳/۳۰	۳/۵۹	۳/۳۲	۴/۰۲	۲/۸۹
بیش فعالی و بی توجهی	۶/۶۰	۸/۴۱	۴/۷۹	۶/۲۶	۹/۷۸	۸/۶۱	۷/۰۴	۷/۱۴	۶/۹۴	۶/۲۴
مشکلات رفتار مقابله‌ای	۱/۹۱	۳/۱۶	۱	۲/۷۲	۳/۱۰	۳/۷۴	۱/۶۷	۲/۸۳	۱/۹۴	۲/۲۲
مشکلات سلوک	۴/۸۹	۸/۱۱	۲/۵۲	۴/۰۳	۶/۴۸	۷/۲۵	۳/۰۴	۴/۳۹	۳/۳۷	۴/۱۶

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است میانگین نمرات افراد نمونه در پایه تحصیلی اول از ۱/۶۳(مشکلات جسمانی) تا ۶/۶۰(بیش‌فعالی و بی توجهی)؛ در پایهٔ تحصیلی دوم از ۰/۱۲ (مشکلات جسمانی) تا ۴/۷۹ (بیش‌فعالی و بی توجهی)؛ در پایهٔ تحصیلی سوم از ۱/۱۲(مشکلات جسمانی) تا ۹/۷۸(بیش‌فعالی و بی توجهی)؛ در پایهٔ تحصیلی چهارم از ۰/۶۳ (مشکلات جسمانی) تا ۷/۰۴(بیش‌فعالی و بی‌توجهی) ؛ و در پایهٔ تحصیلی پنجم از ۰/۳۷(مشکلات جسمانی) تا ۶/۹۴ (بیش‌فعالی و بی‌توجهی) قرار دارند.

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

جدول۶ - میانگین و انحراف استاندارد کل افراد به تفکیک پایه تحصیلی در مقیاسهای مبتنی بر DSM

	پایه تحصیلی									
	اول(تعداد: ۲۴۲)		دوم(تعداد:۲۶۲)		سوم(تعداد: ۲۳۶)		چهارم(تعداد:۲۲۸)		پنجم(تعداد:۲۴۴)	
خردهمقیاسها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات عاطفی	۱/۷۹	۳/۱	۱/۳۵	۱/۹۰	۲/۰۶	۲/۹۴	۲	۲/۶۰	۳/۶۳	۳/۶۲
مشکلات اضطرابی	۱/۳۳	۲	۱/۰۵	۱/۳۸	۱/۴۶	۱/۸۸	۱/۳۰	۱/۸۳	۲/۴۷	۳/۳۷
مشکلات جسمانی	۰/۶۶	۱/۸۴	۰/۳۳	۰/۸۹	۰/۶۰	۱/۳۶	۰/۵۱	۱/۴۷	۱/۰۳	۱/۹۱
مشکلات بی توجهی	۱/۸۶	۳/۷۷	۱/۲۷	۳/۷۸	۲/۵۳	۴/۷	۲/۱۳	۳/۴۰	۲/۹۴	۴/۶
مشکلات بیش فعالی	۲/۸۷	۲/۴۵	۲/۵۲	۱/۹۷	۳/۲۵	۲/۹۹	۲/۴۳	۲/۷۹	۴/۰۲	۳/۰۳
بیش فعالی و بی توجهی	۴/۷۲	۵/۷۸	۳/۷۹	۵/۳۱	۵/۷۹	۶/۹۱	۴/۵۶	۵/۵۳	۶/۹۷	۶/۸۷
مشکلات رفتار مقابله ای	۱/۱۱	۱/۹۴	۱/۰۲	۱/۷۸	۱/۶۷	۲/۶۵	۱/۰۱	۱/۷۴	۲/۱۳	۲/۵۱
مشکلات سلوک	۲/۳۹	۴/۶۰	۱/۷۶	۳/۱۹	۳/۳۱	۵/۰۲	۱/۶۵	۳	۳/۸۲	۴/۹۵

همان‌طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است، میانگین نمرات کل افراد در پایهٔ تحصیلی اول از ۰/۶۶ (مشکلات جسمانی) تا ۴/۷۲(بیش‌فعالی و بی‌توجهی)؛ در پایهٔ تحصیلی دوم از ۰/۳۳(مشکلات جسمانی) تا ۳/۷۹ (بیش‌فعالی و بی‌توجهی)؛در پایهٔ تحصیلی سوم از ۰/۶۰(مشکلات جسمانی) تا ۵/۷۹(بیش‌فعالی و بی‌توجهی)؛ در پایهٔ تحصیلی چهارم از ۰/۵۱(مشکلات جسمانی) تا ۴/۵۶(بیش‌فعالی و بی‌توجهی)؛ و در پایه تحصیلی پنجم از ۱/۰۳(مشکلات جسمانی) تا ۶/۹۷(بیش‌فعالی و بی‌توجهی) قرار دارند.

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

جدول ۷- میزان شیوع اختلالات بر حسب طبقه بندی بالینی در مقیاسهای نظام مبتنی بر تجربه

مقوله‌ها / نوع اختلال	بهنجار		مرزی		بالینی		فراوانی کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
اضطراب/افسردگی	۱۰۵۸	۷۵/۲	۱۳۰	۹/۲	۲۵	۲	۱۲۱۳
گوشه گیری/ افسردگی	۱۰۲۳	۷۲/۷	۱۶۰	۱۱/۴	۳۰	۲	۱۲۱۳
شکایات جسمانی	۱۰۷۵	۷۶/۴۰	۱۱۰	۷/۸	۲۸	۲	۱۱۹۵
مشکلات اجتماعی	۱۰۵۴	۷۴/۹	۱۰۴	۷/۴	۵۵	۴	۱۲۱۳
مشکلات تفکر	۱۰۹۳	۷۷/۷	۸۱	۵/۸	۳۹	۳	۱۲۱۳
مشکلات توجه	۱۰۲۰	۷۲/۵	۱۲۸	۹/۱	۶۵	۵	۱۲۱۳
رفتار قانون شکنی	۱۰۳۵	۷۳/۶	۱۲۴	۸/۸	۵۴	۴	۱۲۱۳
رفتار پرخاشگرانه	۱۰۵۱	۷۴/۷	۹۶	۶/۸	۶۶	۵	۱۲۱۳
درونی سازی	۹۴۸	۶۷/۴	۸۴	۶	۱۸۱	۱۵	۱۲۱۳
برونی سازی	۹۴۳	۶۷	۹۷	۶/۹	۱۷۳	۱۴	۱۲۱۳
کل مقیاس	۸۴۶	۶۰/۱	۸۲	۵/۸	۲۸۵	۲۳/۵	۱۲۱۳

همان‌طوری که در جدول ۷ نشان داده شده است، براساس مقیاسهای نظام مبتنی بر تجربه، ۵/۸ درصد از افراد مورد مطالعه در دامنه مرزی، در جدول ۲۳/۵ درصد از افراد مورد مطالعه، در دامنه بالینی قرار دارند.

جدول۸ - میزان شیوع اختلالات در مقیاسهای مبتنی بر DSM

مقوله‌ها / نوع اختلال	نرمال		مرزی		بالینی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مشکلات عاطفی	۱۰۲۴	۷۲/۸	۱۴۳	۱۰/۲	۴۶	۳/۳
مشکلات اضطرابی	۱۱۰۳	۷۸/۴	۴۴	۳/۱	۶۶	۴/۷
مشکلات جسمانی	۱۱۰۸	۷۸/۷	۷۶	۵/۴	۲۹	۲/۱
مشکلات بی توجهی	۱۰۶۱	۷۵/۴	۵۷	۴/۱	۹۵	۶/۸
مشکلات بیش‌فعالی	۱۰۹۶	۷۷/۹	۷۵	۵/۳	۴۲	۳
مشکلات بیش‌فعالی و بی توجهی	۱۰۷۶	۷۶/۵	۹۳	۶/۶	۴۴	۳/۱
مشکلات رفتار مقابله‌ای	۱۱۰۰	۷۸/۲	۵۰	۳/۶	۶۳	۴/۵
مشکلات سلوک	۱۰۷۳	۷۶/۳	۸۸	۶/۳	۵۲	۳/۷

همان‌طوری که در جدول ۸ نشان داده شده است در مقیاسهای مبتنی بر DSM ، درصد موارد بالینی از ۲/۱ درصد در طبقه مشکلات جسمانی تا ۶/۸ درصد در طبقه مشکلات بی‌توجهی متغیر است.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلالات رفتاری دامنه گسترده‌ای از اختلالات دوران کودکی و نوجوانی را در برمی‌گیرند. این اختلالات، کارکردهای تحصیلی دانش‌آموزان را نیز متأثر می‌سازند، به همین علّت از اهمیت بسیاری، برخوردارند. شناسایی زودهنگام اختلالات رفتاری می‌تواند ما را در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و به کارگیری آن، یاری دهد. علاوه بر این با بررسی میزان شیوع این اختلالات، می‌توان تدابیر لازم را در جهت خدمات‌دهی به این گروه، اتخاذ کرد. در پژوهش حاضر، تلاش شد تا با اجرای فرم گزارش معلم یعنی یکی از فرمهای نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخن‌باخ که برای مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه طراحی

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

شده، میزان شیوع این اختلالات در مقطع ابتدایی شهر تهران بررسی شود.

دربارهٔ نظامهای سنجش مبتنی بر تجربه آخن‌باخ پژوهشهای زیادی صورت گرفته است. این مطالعات با هدف بررسی میزان شیوع، طبقه بندی، سبب شناسی و تشخیص و شناسایی کودکان در معرض خطر صورت گرفته‌اند؛ برای مثال استرنبرگ و همکاران(۲۰۰۵) با استفاده از سیاههٔ رفتاری کودک به بررسی تأثیر خشونت خانواده، سن و جنسیت کودکان بر مشکلات رفتاری پرداختند. یافته‌های آنان نشان داد که هر چه خشونت خانواده ها بیشتر باشد، احتمال بروز اختلالات رفتاری افزایش می‌یابد. یافته‌های آنها مبیّن این است که کودکانی که در معرض خشونتهای خانوادگی متعدد قرار می‌گیرند، بیش از کودکانی که تنها یک مشکل از خشونت را تجربه می‌کنند، در معرض خطر ابتلا به اختلالات هیجانی/ رفتاری قرار دارند.

فاضل و همکاران(۲۰۰۵) به ارزیابی سلامت روانی ۷۰۰۰ مهاجر ساکن اروپا پرداختند. یافته‌های آنان بیان کنندهٔ این است که ۹ درصد افراد نمونه اختلال استرس پس از ضربه عاطفی و ۵ درصد افسردگی داشته‌اند.

خمیس (۲۰۰۴) به بررسی اختلال استرس پس از ضربه عاطفی در کودکان مدرسه‌ای فلسطینی پرداخته است. نتایج پژوهش او نشان داده است که ۵۴/۷ درصد کودکان گروه نمونه، دست کم یک بار دچار آسیب شده‌اند و اختلال استرس پس از ضربهٔ عاطفی در میان آنها ۳۴/۱ درصد گزارش شده است. کسلر،آون ایولی و رایس مری کانگاس (۲۰۰۱) در پژوهشی، میزان شیوع اختلالات خلقی را در کودکان و نوجوانان بررسی کردند. یافته‌های آنان مبیّن این است که افسردگی در میان کودکان در مقایسه با نوجوانان، چندان شایع نیست. به نظر آنها شیوع افسردگی از کودکی به نوجوانی افزایش می یابد؛ به طوری که در پایان نوجوانی به بالای ۲۵ درصد می‌رسد.

کافمن(۲۰۰۱) با مطالعه پژوهشهای انجام شده در زمینهٔ میزان شیوع اختلالات رفتاری اظهار کرده است که میزان شیوع اختلالات رفتاری در میان جمعیت مدرسه ای بین ۰/۵ تا ۰/۲۰ درصد در پژوهشهای مختلف، گزارش شده است.

همان‌طور که در پژوهشهای متعدد نشان داده شده است، اختلالات هیجانی/رفتاری شیوع نسبتاً بالایی دارند و بر کارکردهای تحصیلی و اجتماعی کودکان و نوجوانان آثار بسیاری بر جای می‌گذارند. یافته‌های پژوهش حاضر نیز به لحاظ میزان شیوع با یافته‌های پژوهشی در سایر کشورها همسو است. در پژوهش حاضر، میزان شیوع اختلالات رفتاری در مقطع ابتدایی ۲۰/۳ درصد به دست آمده است که بیشترین آن به طبقه درونی‌سازی(۱۲/۹ درصد) و سپس برونی‌سازی(۱۲/۳ درصد) اختصاص دارد. تفاوت آشکار میان فراوانی و درصد این مقیاس با سایر مقیاسها را می‌توان به این نسبت داد که مقیاس درونی‌سازی از جمع سه مقیاس اضطراب/افسردگی،گوشه گیری/ افسردگی و شکایات جسمانی به دست می‌آید و مقیاس برونی‌سازی از جمع دو مقیاس رفتار قانون شکنی و رفتار پرخاشگرانه حاصل می‌شود. بر این اساس، می‌توان به ضرورت توجه به مشکلات رفتاری و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای برای دانش‌آموزان، والدین و معلمان پی برد.

از محدودیتهای پژوهش حاضر، می‌توان به عدم اجرای سایر آزمونها در کنار فرم گزارش معلم اشاره کرد. استفاده از فرم والدین در کنار فرم معلم و سایر ابزارهایی که مشکلات رفتاری را می‌سنجند، دقت ارزیابی را افزایش می‌دهد و امکان بررسی روایی پرسشنامه به کار برده شده را فراهم می‌آورد.

با توجه به اینکه در این پژوهش به حساسیت و ویژگیهای ابزار اشاره نشده و فاصله اطمینان درگزارش نیامده، پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای بعدی، موارد یاد شده لحاظ شود؛ علاوه بر این به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی از فرم معلم و والدین هم

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

استفاده شود. همچنین برای بالا بردن دقت تشخیص اختلالات رفتاری در کودکان می‌توان از روشهای دیگر از جمله مصاحبه ساختاری و سازمان‌یافته با دانش‌آموزان، والدین و معلمانشان استفاده کرد. توجه مسئولان آموزش و پرورش را به میزان شیوع بالای مشکلات رفتاری جلب و راهبردهای ذیل پیشنهاد می‌شوند:

۱. طراحی برنامه‌های آموزش خانواده به منظور آشنایی والدین با مشکلات رفتاری، سبکهای تربیتی و تأثیر آن بر یکدیگر و عرضهٔ راهبردهای پیشگیرانه مناسب

۲. طراحی برنامه‌های مهارت آموزی به دانش‌آموزان مانند آموزش مهارتهای اجتماعی و مهارتهای مرتبط با کارکردهای تحصیلی مانند مهارت گوش کردن فعال،حل مسئله، پرسشگری و غیره

۳. طراحی برنامه‌های آموزشی برای معلمان به منظور آشنا کردن آنان با مشکلات رفتاری ، روشهای مدیریت کلاس و چگونگی مواجهه با مشکلات رفتاری دانش‌آموزان.

یادداشتها

1) Council for Exceptional Children
2) Brown & Percy
3) Antisocial behaviors
4) Kauffman
5) Tankersley & Landrum
6) Duncan ,Forness,& Hartsough
7) Internalizing behavior disorders
8) Externalizing behavior disorders
9) Achenbach, Howell, Quay, Conners
10) Quay & Piterson
11) Edelbrouk
12) Child behavior cheklist
13) Rescorla
14) Wics-Nelson & Israel
15) Anderson & Werry
16) Fazel, Danesh, & Wheeler
17) Achenbach System of Empirically Based Assessment
18) Child Behavior Checklist(CBCL)
19) Youth Self-Report(YSR)
20) Teacher s report Form(TRF)
21) Reliability & Validity
22) Gadow & Sprafkin

منابع

توکلی‌زاده، جهانشیر، بوالهری، جعفر، مهریار، امیرهوشنگ، اژکام، محمود (۱۳۷۶) "همه‌گیرشناسی اختلال‌های رفتاری ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد" *فصلنامه اندیشه و رفتار*(۹ و ۱۰) و ۵۱-۴۰.

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

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

مقدم، مرضیه، یاسمی، محمدتقی، بینا، مهدی، عبدالملکی، فریدون، باقری یزدی،سید عباس.(۱۳۸۱). مطالعه اپیدمیولوژیک اختلالات رفتاری دانش آموزان دبستانی شهرستان قروه در سال ۸۰-۸۱. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*،۷(۲۵)،۷-۱۲.

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

مینایی، اصغر(۱۳۸۴). *کتابچه راهنمای فرم های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخن‌باخ*، تهران، پژوهشکده کودکان استثنایی کشور.

Achenbach, T.M,& Rescorla,L.A.(2001). *Manual for the ASEBA school age forms & profiles.* Burlington, VT: university of Vermont, Research center of children, Youth & families.

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

Achenbach, T.M.(1991). *Integrative guid for the 1991 CBCL/4-18 , YSR and TRF profiles*. Burlington,VT: university of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M.,& Edelbrock,C.S.(1991). *Manual for the Child Behavior Checklist* . Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Howell, C. T. , Quay, H. C. ,& Conners, C.K.(1991). "National survey of problems and competencies among four-to sixteen-year-olds". *Monographs of the Society for Research in Child Development*,56(3,Serial No.225).

Anderson,J.,& Werry,J.S,J.S.(1994). Emotional and behavioral Problems .In I.B.Pless(Ed.), *The epidemiology of childhood disorders* (pp.304-338). New Yourk: Oxford University Press.

Berton, et al.(1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40,375-.

Brown I, Percy, M (2007) *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental*/ London/ Powl. H. Brookes.

Council for Exceptional Children.(1991). *Report of the CEC advocacy and Governmental Relations committee Regarding the New proposed U.S.*

Federal definition of serious emotional disturbance. Reston, VA:Author. Duncan,B.B.,Forness,S.R.,& Hartsough, C.(1995). "Students identified as seriously emotionally disturbed in day treatment: Cognitive, Psychiatric and soecial education characteristics". *Behavioral Disorders*,20,238-252.

Fazel,M., Danesh,J,& Wheeler,J.(2005). *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. 365,1309-1314.

Gadow, K.D, & Sprafkin,J.(2002)".*Child system inventory Inventory-4 Screening and Norms Manual"*. *Stony Brook*, NT:Checkmate Plos.

Kauffman,J.M.(2001). *Characteristics of emotional and behavior Disorder of Children and Youth* (7th ed.). Upper Saddle river ,NJ: Merill/Prentice hall.

Kazdin, A. E (1997). "Practitioner review: Psychological treatments for conduct Disorder in Children". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,38,161-178.

Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Ries Merikangas, K. (2001). "Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective". *Biological Psychiatry*, 49, 1002-1014.

Khamis,v.(2005). "Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children".*Child Abuse & Neglect*,29,81-95/

Kirk, S. A., Gallager, J. J., & Anastasiow, N. J. (2000). *Educating exceptional Children*. Boston: Houghton Mifflin company.

Quay,H.C.,& Peterson, D. R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem Checklis t*: Coral Gables, FL: Author.

Sternberg,K, J., Baradaran, L, P., Abbott, C. B., Lamb, M. E. (2005)."Type of violence, age, and

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

gender difficulties in the effects of family violence on childrens behavior". *Developmental Review.*

Tankersley,M.,& Landrum,T.J.(1997). "Comorbidity of emotional and behavioral disorders". In J.W.Lloyd,E.J.Kameenui,& D.Chard(Eds.), *Issues in Educating Students with Disabilitiespp*.153-173. Mahawah, NJ:Erlbuam.

Walker, H. M., Forness, S. R., Kauffman, J.M. , & Strain, P .S . (1998). Macro social validation: Referencing outcomes in behavior disorders to societal issues and problems. *Behavior Diosorders* , 24, 7-18.

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

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]

[Downloaded from joec.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.4.2]