پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال نهم، شماره ۳، ۱۳۸۸ / ۲۵۴-۲۳۹
Research on Exceptional Children, 2009, Vol.9, No. 3, 239-254

میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی

محمود نجفی*[۱]، دکتر محبوبه فولاد چنگ[۲]، دکتر حمید علیزاده[۳]، محمد علی محمدی فر[۴]

تاریخ دریافت: ۸۷/۷/۵ تجدید نظر: ۸۷/۱۰/۳ پذیرش نهایی: ۸۸/۴/۲۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دورهٔ ابتدایی شهر شیراز بود. **روش**: با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از جامعه آماری دانش‌آموزان عادی دورهٔ ابتدایی مشغول به تحصیل در نواحی چهار گانه آموزش و پرورش شهر شیراز تعداد ۱۳۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) (فرم والدین) بوده است. داده‌ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی شامل درصد، فراوانی و آزمون Z نسبتها تحلیل شد. **یافته‌ها**: نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالهای رفتاری در پرسشنامه علائم مرضی کودکان(CSI-4) (فرم والدین) ۱۷/۵ درصد است. همچنین مشخص شد که شیوع اختلالهای رفتاری در پسران بیشتر از دختران است. شایع‌ترین اختلالهای رفتاری به ترتیب عبارت بودند از: کاستی توجه (۶/۷درصد)، بیش‌فعالی/ تکانشگری (۶ درصد)، نوع ترکیبی (۵ درصد)، سلوک (۵ درصد) و نافرمانی مقابله‌ای (۳/۶ درصد). بنابراین، شایع‌ترین اختلال رفتاری دردانش‌آموزان ابتدایی شهر شیراز کاستی توجه است. **نتیجه‌گیری**: در مجموع، یافته‌ها نشان داد که شیوع اختلالهای رفتاری با توجه به جنسیت و تحصیلات پدر متفاوت است. این نتیجه برای موقعیتهای آموزشی دارای مضامین کاربردی است و بیان کنندهٔ آن است که مدارس ابتدایی برای پیشگیری و درمان اختلالهای رفتاری، نیازمند خدمات مشاوره و راهنمایی هستند. این موضوع در برنامه‌ریزی، تنظیم بودجه و سیاستهای آموزشی و درمانی، می‌تواند سودمند باشد.

واژه‌های کلیدی: *شیوع، کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای*

مقدمه

اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلالهای شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی، همراه‌اند. محققان دریافته‌اند که اختلالهای رفتاری معمولاً نخستین بار در سالهای آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند (یوسفی، ۱۳۷۷). اختلالهای رفتاری به طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی- اجتماعی کودکان، تأثیر منفی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماریهای روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهند (فروع الدین عدل، ۱۳۷۲). تا همین اواخر به راحتی فرض می‌شد که کودکان همان مشکلات بزرگسالان را دارند، اما در

*۱- **نویسنده رابط:** دانشجوی دکترای روان‌شناسی ۰۲۳۲-۳۶۲۳۳۰۰ (Email: najafy2001ir@yahoo.com)
۲-عضو هیئت علمی دانشگاه شیراز
۳- دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی
۴- دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه علیگر کشور هندوستان

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

سالهای اخیر، به طور روزافزون، به مشکلات روان‌شناختی کودکان نیز توجه شده است. در واقع، شناسایی مواردی که مشکلات بالینی دارند و بررسی نوع، شدت و توزیع مشکلات سلامت روان و اختلالهای کودکان، می‌تواند به منظور ارزیابی میزان شیوع آشفتگیهای روان‌شناختی، تعیین روند کنونی آنها و تحول فرضیه‌های سبب‌شناسی، به کار رود (کانینو و همکاران، ۱۹۹۵). از جمله اختلالهای رفتاری، اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی[1]، اختلال سلوک[2] و اختلال نافرمانی مقابله‌ای[3] است. شیوع این اختلالها در میان دانش‌آموزان، از جمله مشکلاتی است که خانواده‌ها، مدارس و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلالها نه تنها کودک و خانواده وی را در زمان حال درگیر می‌سازند، بلکه آینده ناخوشایندی را برای کودکان و اطرافیان آنها در پی دارند.

اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و علت مراجعه به روان‌پزشک و مشاور اطفال است و علائم نامناسبی مانند کاستی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری دارد (بیدرمن و فاراوان، ۲۰۰۵). این اختلال با مشکلاتی در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانهٔ ضعیف، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، تخلف، سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین و قانون‌شکنی زیاد، همراه است و احتمال همراه شدن با سایر اختلالها را در بر دارد (دیوید و گاستپار ، ۲۰۰۵). اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی دارای سه نوع کاستی توجه، بیش‌فعالی- تکانشگری و ترکیبی است (کروس ، کسلز و کالف،۲۰۰۲). پسران احتمالاً سه برابر دختران به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی مبتلا می‌شوند و به علت ابتلا به این اختلال، بیشتر از دختران به مشاور، ارجاع داده می‌شوند (کلاسن، میلر و فاین، ۲۰۰۴). تشخیص دیرهنگام این اختلال می‌تواند پیامدهای زیان‌باری از جمله سوء مصرف مواد و اختلال در روابط اجتماعی، تحصیلی و شغلی را به دنبال داشته باشد (غنی زاده، به ریدار و عینی، ۲۰۰۶؛ آخوند زاده و همکاران،۲۰۰۳، فاراوان و همکاران، ۱۹۹۵). در صورت ناشناخته ماندن این اختلال، عوارضی چون شکست تحصیلی، طرد از سوی همسالان و رشد نایافتگی عزّت نفس در کودک مبتلا پیش خواهد آمد؛ بنابراین، نکته قابل توجه این است که اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی باید بموقع شناسایی و قبل ازتضعیف عملکرد تحصیلی کودک و تنش در روابط کودک – والدین، تشخیص داده شود (کاراندی، ۲۰۰۵).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای نوعی اختلال شایع روان‌پزشکی است که حداکثر تا اوایل نوجوانی با الگوی رفتاری مکرر منفی گرایانه[4] خصومت و لجبازی در برابر مظاهر قدرت، مشخص می شود و دست کم باید ۶ ماه ادامه داشته باشد(محمد اسماعیل، ۱۳۸۰).

اختلال سلوک، مجموعه‌ای از رفتارهای ضد اجتماعی پایدار در کودکان است که باعث اختلال در چند زمینهٔ عملکردی آنان می‌شود و ویژگی آن پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است. براساس تعریف تجدید نظر شده در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای مربوط به دوران کودکی و نوجوانی هستند. علامت اساسی اختلال سلوک، الگوی تکراری و پیوسته رفتاری است که در آن حقوق اساسی دیگران متناسب با سن فرد نقض می‌شود. این‌گونه رفتارها در سه مورد (یا بیشتر) از معیارهای زیر در ۱۲ ماه گذشته باید وجود داشته باشند: رفتار پرخاشگرانه که موجب تهدید یا صدمه رساندن به سایرین یا حیوانات می‌شود، رفتاری که موجب وارد آوردن زیان یا خسارت مالی می‌شود، فریبکاری یا دزدی، نقض جدی مقررات (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

با توجه به اینکه اختلالهای رفتاری، همهٔ جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، هرگونه تلاشی که در زمینهٔ

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

شناسایی وتشخیص، پیشگیری، کنترل و درمان صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشد، ارزشمند است. در این زمینهٔ همه‌گیرشناسی اختلالهای رفتاری کودکان به مثابهٔ یکی از راهبردهای شناسایی و تشخیص اختلالهای مورد نظر است و بررسی شیوع آن، نقش مهمی در تدوین برنامه‌های جامع بهداشتی و اقدام برای پیشگیری دارد.

اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در سنین کودکی شیوع ۳ تا ۸ درصدی دارد (مک‌گوی ، اکوت و داپال، ۲۰۰۲). شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی در مطالعه اسکهیل و استون (۲۰۰۰) از مرور ۱۹ مطالعه، بین ۱/۹ تا۱۴/۴ درصد به دست آمده است. در بررسی تیلور و همکاران (۱۹۹۱) ۱۷ درصد پسران دبستانی مبتلا به این اختلال گزارش شده‌اند. زاتماری، اوفیلد و بویلد (۱۹۸۹) شیوع این اختلال را در پسران۹درصد و در دختران ۳/۳ درصد گزارش کرده‌اند. در بررسی شکیم و همکاران (۱۹۸۵) شیوع ۱۴ درصد بوده است.

در بررسی توکلی زاده و همکاران (۱۳۷۶) در بین دانش‌آموزان دبستانی گناباد ۱۷ درصد از جمعیت مورد بررسی مبتلا به رفتار ایذایی و کاستی توجه بوده‌اند و اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی با شیوع ۹درصد از شایع‌ترین اختلالها بوده است. شعبانی و یادگاری (۱۳۸۴) شیوع این اختلال را در دانش‌آموزان شهر زنجان ۹/۱ درصد و در پسران شایع‌تر گزارش کرده‌اند خوشابی و همکاران (۱۳۸۶) شیوع اختلال بیش‌فعالی را در دانش‌آموزان ابتدایی ایلام در دختران ۱/۲ درصد و در پسران ۲/۵ درصد، به دست آورده‌اند. علیشاهی، ده بزرگی و دهقان (۱۳۸۲) نیز شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را در دانش‌آموزان دبستانی شیراز۵/۸ درصد و در پسران (۸/۴۹ درصد) بیشتر از دختران (۳/۱۸ درصد)گزارش کرده‌اند ضیاءالدینی و شفیع‌زاده (۱۳۸۴) شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را در دانش‌آموزان ابتدایی سیرجان در پرسشنامه معلم و والدین در پسران ۸/۶ درصد و در دختران ۷/۷۸ درصد و میزان اختلال سلوک را با پرسشنامه راتر (فرم والدین) در دختران۸/۷ درصد و در پسران ۱۳/۱ درصد گزارش کرده‌اند. همچنین شیوع هر دو اختلال در پسران بیشتر از دختران گزارش شده است. در کانادا بر پایه بررسی آفرل، بویل و رامیسن (۱۹۸۹) ۲/۶ درصد دختران ۴ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال سلوک بوده‌اند. در جمعیت عمومی شیوع این اختلال بین ۱/۵ درصد تا ۳/۴ درصد گزارش شده است. انجمن روان‌پزشکی امریکا (۱۹۹۴) شیوع این اختلال را بین ۲ تا ۱۶ درصد گزارش کرده است. یوسفی و همکاران (۱۳۷۹) شیوع اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای را در کردستان به ترتیب ۶/۹ درصد و ۶/۳ درصد و در پسران بیشتر از دختران گزارش کرده‌اند. همچنین بین تحصیلات پدر و اختلال سلوک، رابطه معناداری به دست آورده‌اند. نتایج خوشابی و همکاران (۱۳۸۶)، حمیدی (۱۳۸۵) یوسفی (۱۳۷۷)، بارکلی(۱۹۹۸) و بیدرمن و فاراوان (۲۰۰۵) نیز نشان داد که بین وضعیت تحصیلی پدر و اختلالات رفتاری، رابطه معناداری وجود دارد؛ به عبارتی کودکان دارای سطوح تحصیلی پایین، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلال رفتاری هستند. نتایج شهیم،مهرانگیز و یوسفی (۱۳۸۶) نیز نشان داد که کودکانی که والدین آنها سطح سواد پایین‌تری دارند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی هستند.

به طور کلی در بین سنین ۶ تا ۱۳ سال بهادرخان (۱۳۷۲) شیوع اختلال‌های رفتاری را در گناباد ۱۶/۶ درصد، خوشابی و همکاران (۱۳۸۶) در ایلام ۱۰/۲ درصد، کشکولی (۱۳۷۹) در بوشهر ۱۶/۸۴ درصد، مهرابی (۱۳۸۴) در اصفهان ۱۳/۲ درصد و در پسران بیشتر از دختران، گزارش کرده‌اند. درمطالعه‌ای در امریکا شیوع اختلالهای رفتاری در سنین مدرسه ۸/۶ درصد گزارش شده است (هانت و مارشال،۲۰۰۲).

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

ایگلاند و هانسن (۲۰۰۰) شیوع اختلالهای رفتاری را در دانمارک ۱۰ درصد گزارش کرده‌اند.

بررسی شیوع اختلالهای رفتاری در جهان به قدری دارای اهمیت است که تا زمان نگارش این مقاله، بالغ بر ۱۰۰ پژوهش در کشورهای مختلف جهان، در این خصوص انجام شده است؛ برای مثال، می‌توان به تحقیق راتر (۱۹۹۸) در انگلیس و کاستلو و همکاران (۱۹۹۶) در آمریکا اشاره کرد. همچنین تعداد زیادی تحقیقات مروری گسترده در ارتباط با نتایج تحقیقات مختلف از جمله تحقیق آنگولد و کاستلو (۱۹۹۵) بیرد (۱۹۹۶) و ایهل و اسیر (۲۰۰۲) گزارش شده است. رابرت و همکاران (۱۹۹۸) جامع‌ترین و نظام دارترین مطالعه مروری را انجام داده‌اند که این مطالعه شامل ۵۲ تحقیق مقدماتی در ارتباط با میزان شیوع اختلالهای رفتاری در کشورهای مختلف جهان در ۵۰ سال اخیر بوده است. رابرت، اتکینسون و آبراهام (۱۹۹۸) میانگین شیوع را ۱۵/۸ درصد و میانه آن را ۱۳/۷ درصد گزارش کرده‌اند.

با توجه به آمار و ارقام داده شده دربارهٔ افزایش کودکان مبتلا به اختلالهای رفتاری از یک طرف و طغیانهای مادی و معنوی ناشی از این اختلالها و کمبود نیروی انسانی متخصص از طرف دیگر ضرورت اقدامات پیشگیرانه بیش از پیش، مورد تأکید قرار می‌گیرد. در این زمینه هرگونه اقدامات پیشگیرانه مستلزم ارزیابی نوع و میزان نیاز مردم به آن خدمات و بررسی شیوع مشکل است؛ زیرا در غیر این صورت فعالیتهای انجام شده، نتایج مطلوبی را در برنخواهد داشت؛ بنابراین، بررسی‌های همه‌گیرشناسی می‌توانند به مثابهٔ یکی از مهم‌ترین روش‌های موجود برای دستیابی به اهداف بهداشت روانی، مطرح شوند.

به طور خلاصه، مشکلات رفتاری همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ بنابراین توجه به ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی در جهت ارتقای سلامت روانی دانش‌آموزان، مستلزم شناخت میزان، تنوع مشکلات و عوامل تأثیرگذار است. نظر به اینکه کودکان آسیب‌پذیرترین گروههای اجتماعی هستند، بررسی شیوع اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان به منظور اجرای مداخلات درمانی و ترمیمی بموقع و پیشگیری زودهنگام از عوارض حاصل از این اختلالها مانند افت تحصیلی و با توجه به نیازهای آموزشی و پرورشی ضروری است. این پژوهش در راستای بررسی شیوع اختلالهای رفتاری کودکان دوره‌ی ابتدایی شهر شیراز انجام می‌شود تا از این طریق ضمن شناخت اختلالهای رفتاری شایع کودکان و میزان شیوع آن، بتوان با توجه به این یافته‌ها برنامه‌ریزیهایی برای پیشگیری و درمان به موقع انجام داد. استدلال محقق برای مطالعه این گروه از کودکان، تقارن دوره ابتدایی با شروع اختلالهای رفتاری است تا بتوان در حیطهٔ اقدامات پیشگیرانه گام مؤثری برداشت؛ زیرا با توجه به تغییرات شناختی و اجتماعی این مقطع سنی، بروز اختلالهای رفتاری، نمود آشکارتری می‌یابد.

باتوجه به تمهیدات یاد شده سؤال اصلی پژوهش این است که میزان شیوع اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان در مدارس ابتدایی شهر شیراز به تفکیک جنسیت و پایه تحصیلی چقدر است؟ فرضیه‌ها عبارت‌اند از: ۱- شیوع اختلالهای رفتاری در پسران بیشتر از دختران است و ۲- بین نمرات دانش‌آموزان در زیر مقیاس‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان(CSI-4) با توجه به سطح تحصیلات پدر، تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش به صورت زمینه‌یابی انجام شده و در آن، میزان شیوع اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر شیراز مورد بررسی قرار گرفته است. جامعهٔ آماری کلیهٔ دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر شیراز را شامل می‌شود که در سال تحصیلی ۸۵-

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

۱۳۸۴ در مدارس دولتی شیراز، مشغول به تحصیل بودند. در انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش حاضر، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شده است؛ بدین صورت که با توجه به کل نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شیراز، ابتدا فهرستی از مدارس ابتدایی دخترانه و پسرانه در هر ناحیهٔ آموزشی تهیه شد. آنگاه با در دست داشتن فهرست اسامی مدارس تعداد ۸ مدرسه ابتدایی به شیوه تصادفی از ۴ ناحیه آموزشی، استخراج شد. در مرحلهٔ بعد، به مدارس مراجعه و با توجه به تعداد کلاسهای موجود در پایه‌های تحصیلی اول تا پنجم مدارس ابتدایی دخترانه و پسرانه از هر پایهٔ تحصیلی، به تصادف یک پایه انتخاب شد؛ بدین ترتیب نمونهٔ شامل تعداد۱۳۰۰ دانش‌آموز است که پس از ریزش شامل۱۲۰۵نفر (۵۶۶دختر و ۶۳۹پسر) شدند. به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل درصد، فراوانی و آزمون Z برای مقایسه نسبتها و همچنین از ضریب آلفای کرونباخ برای محاسبهٔ پایایی پرسشنامه تحقیق، استفاده شد.

ابزار

الف- پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) 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[۵]، لانی[۶]، یونیتات[۷] و گادو[۸] (SLUG) را اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدید نظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی در سال ۱۹۸۷ نسخهCSI-3-R آن نیز ساخته شد، تا اینکه CSI-4 در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدید نظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) همان نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. در پژوهش حاضر، از چک لیست والدین استفاده شده است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال است که ۴۱ عبارت آن (گروه A و B و C) مربوط به اختلالهای رفتار ایذایی و کاستی توجه است. هریک از عبارات مذکور، در یک مقیاس چهار درجه‌ای: هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود که برای درک بیشتر والدین به همراه این مقیاس، در پاسخنامه از علائم نمادین (دایرهٔ کوچک و بزرگ) نیز استفاده شده است. پرسشنامه استفاده شده در پژوهش حاضر گروه A، B و C پرسشنامه اصلی و دارای ۴۱ سؤال است که سه نوع اختلال مجزای کاستی توجه و بیش‌فعالی شامل زیر نوع نارسایی بی‌توجهی، زیر نوع بیش‌فعالی-تکانشگری غالب و زیر نوع ترکیبی) و همچنین نافرمانی مقابله‌ای (ODD) و اختلال سلوک را می‌سنجد. مشخصات هر گروه (گروه A ، B وC) به همراه زیر مجموعه‌ها و سؤالات مربوط به آن اختلال به شرح زیر است:

گروهA: اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی

زیر نوع بی‌توجهی غالب(سوالات۹-۱)، زیر نوع بیش‌فعالی تکانشگری غالب(سوالات۱۸-۱۰)، زیر نوع ترکیبی (سؤالات ۱۸-۱)

گروه B: اختلال نافرمانی مقابله‌ای(سؤالات ۲۶-۱۹)

گروه C: اختلال سلوک(سؤالات۴۱-۲۷)

دو شیوهٔ نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. شیوه نمره برش غربال کننده[۹] و شیوه نمره برحسب شدت نشانه‌های مرضی. در اکثر پژوهشها به علّت کارآمدی و اطمینان بیشتر، روش نمره غربال‌کننده مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پژوهش نیز از روش نمرهٔ غربال‌کننده استفاده شد. در این روش، شیوهٔ نمره‌گذاری با جمع زدن تعداد

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

عباراتی که با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند، به دست می‌آید(محمد اسماعیل، ۱۳۸۰).

پرسشنامه علائم مرضی کودکان در پژوهشهای متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است. در پژوهشی که گرایسون و کارلسون (۱۹۹۱) بر روی CSI-3R انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اختلال کاستی توجه و بیش فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد. پژوهشهای دیگری همبستگی بین چک لیست CSI-3R را در سه اختلال ذکر شده به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۵۸ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند (گادو و اسپرافکین،۱۹۹۴). در تحقیق کلانتری و همکاران (۱۳۸۰) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلمان۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمد. روایی محتوایی پرسشنامهCSI-4 در پژوهش محمد اسماعیل(۱۳۸۰) مورد تأیید ۹ نفر از روان‌پزشکان قرار گرفته است. طبق پژوهش توکلی‌زاده و همکاران (۱۳۷۶) پایایی چک لیست والدین از طریق بازآزمایی ۰/۹۰ تعیین شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

ب- فرم بررسی عوامل جمعیت‌شناختی: این فرم را پژوهشگر به منظور بررسی عوامل جمعیت‌شناختی ساخته است. در این فرم عواملی نظیر سن، جنس ، ناحیه، پایه تحصیلی و تحصیلات والدین آورده شده است.

یافته‌ها

جدول۱ مبیّن توزیع نمونه به تفکیک جنسیت و پایهٔ تحصیلی است.

جدول ۱- توزیع نمونه به تفکیک جنسیت و پایهٔ تحصیلی

جنسیت	دختر		پسر		کل	
شاخص پایه	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اول	۱۱۱	۹/۲	۱۲۳	۱۰/۲	۲۳۴	۱۹/۴
دوم	۱۱۲	۹/۳	۱۲۱	۱۰	۲۳۳	۱۹/۳
سوم	۱۲۶	۱۰/۵	۱۲۹	۱۰/۷	۲۵۵	۲۱/۲
چهارم	۱۲۹	۱۰/۷	۱۲۹	۱۰/۷	۲۵۸	۲۱/۴
پنجم	۸۸	۷/۳	۱۳۷	۱۱/۴	۲۲۵	۱۸/۷
کل	۵۶۶	۴۷	۶۳۹	۵۳	۱۲۰۵	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در مجموع تعداد ۱۲۰۵ نفر(۵۳ درصد پسر و ۴۷ درصد دختر) مورد بررسی قرار گرفتند. جدول ۲ بیان کنندهٔ توزیع فراوانی آزمودنیها به تفکیک جنسیت و ناحیه است.

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنیها به تفکیک جنسیت و ناحیه

جنسیت	دختر		پسر		کل	
شاخص ناحیه	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱	۱۳۶	۱۱/۳	۱۵۷	۱۳	۲۹۳	۲۴/۳
۲	۱۵۹	۱۳/۲	۱۷۴	۱۴/۴	۳۳۳	۲۷/۶
۳	۱۴۶	۱۲/۱	۱۴۶	۱۲/۱	۲۹۲	۲۴/۲
۴	۱۲۵	۲۲/۱	۱۶۲	۱۳/۴	۲۸۷	۲۳/۸
کل	۵۶۶	۴۷	۶۳۹	۵۳	۱۲۰۵	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تعداد دانش‌آموزان انتخابی از هر ناحیه تقریباً برابر است و از همهٔ نواحی چهارگانه، به صورت طبقات متفاوت نمونه‌گیری شده است.

جدول ۳ مبیّن شیوع اختلالات رفتاری در گروه نمونه است.

جدول۳- جدول مربوط به اختلالهای شایع رفتاری

اختلال	شاخص فراوانی	درصد
کاستی توجه	۷۵	۶/۷
بیش‌فعالی تکانشگری	۶۷	۶
نوع ترکیبی	۵۵	۵
نافرمانی مقابله‌ای	۵۴	۵
سلوک	۳۹	۳/۶

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

توجه به جدول ۳ نشان می‌دهد که شایع‌ترین اختلالهای رفتاری براساس پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) به ترتیب عبارت‌اند از : کاستی توجه (۶/۷درصد)، بیش‌فعالی- تکانشگری (۶ درصد)، نوع ترکیبی (۵ درصد)، سلوک (۵ درصد) و نافرمانی مقابله‌ای (۳/۶ درصد). بنابراین شایع‌ترین اختلال رفتاری در دانش‌آموزان ابتدایی شهر شیراز، کاستی توجه است.

با در نظر گرفتن تعداد کل دانش‌آموزانی که حداقل به یکی از اختلالهای رفتاری مبتلا بودند، میزان شیوع کلی اختلالهای رفتاری برون‌نمود با توجه به پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)(فرم والدین) ۱۷/۵ درصد به‌دست آمد. این درصد با توجه به میزان شیوع تک‌تک اختلالها و همپوشی برخی از آنها به دست آمده است؛ به عبارتی رقم شیوع کلی از جمع تک‌تک شیوع اختلالات منهای موارد مشترک به دست آمده که همانا کمتر از مجموع کل است. جدول ۴ بیان کنندهٔ میزان شیوع اختلالهای رفتاری دختران و پسران با توجه به شدت اختلال است.

جدول ۴- میزان شیوع اختلالهای رفتاری دختران و پسران با توجه به شدت اختلال

نوع اختلال	شدت اختلال / جنسیت	متوسط تا شدید		شدید به بالا		کل		میانگین	انحراف استاندارد	z
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد			
کاستی توجه	دختر	۲۵	۴/۷	۲۲	۴/۲	۴۷	۸/۹	۶/۱۴	۴/۸۰	۳/۶۳*
	پسر	۴۱	۷	۵۳	۹	۹۴	۱۶	۷/۵۰	۵/۵۲	
بیش فعالی تکانشگری	دختر	۴۲	۸	۱۴	۲/۶	۵۶	۱۰/۶	۶/۱۵	۵/۴۰	۵/۴۹*
	پسر	۷۹	۱۳/۶	۵۳	۹/۱	۱۳۲	۲۲/۷	۹/۱۱	۶/۵۵	
نوع ترکیبی	دختر	۳۰	۵/۹	۱۱	۲/۲	۴۱	۸/۱	۱۲/۱۶	۸/۹۹	۵/۴۹*
	پسر	۷۰	۱۲	۴۳	۷/۴	۱۲۳	۱۹/۴	۱۶/۶۲	۱۰/۹۱	
نافرمانی مقابله‌ای	دختر	۵۴	۱۰/۴	۱۵	۲/۹	۶۹	۱۳/۳	۵/۸۴	۴/۵۳	۳/۴۴*
	پسر	۸۲	۱۴/۲	۴۰	۶/۹	۱۲۲	۲۱/۵	۷/۲۱	۵/۲۵	
سلوک	دختر	۱۸	۳/۵	۱۱	۲/۱	۲۹	۵/۶	۰/۸۸	۱/۸۴	۵/۷*
	پسر	۶۳	۱۱/۲	۲۸	۵	۹۱	۱۶/۲	۱/۷۸	۳/۰۶	

* P<۰/۰۵

با توجه به درصدهای گزارش‌شده (جدول ۴) و با استفاده از آزمون Z برای تفاوت نسبتها در دو جامعه مستقل Z مشاهده شده برای اختلال کاستی توجه (۳/۶۳) بود و بنابراین تفاوت معنی‌داری بین نسبتهای این اختلال با توجه به جنسیت وجود دارد؛ این بدین معناست که پسران به نسبت بیشتری، دارای اختلال کاستی توجه هستند. در مورد اختلال بیش‌فعالی تکانشگری Z مشاهده شده (۵/۴۹) بوده و بنابراین تفاوت معنی‌داری بین نسبتهای این اختلال، با توجه به جنسیت وجود دارد. این بدین معناست که پسران به نسبت بیشتری، دارای اختلال بیش‌فعالی تکانشگری هستند. در مورد اختلال نوع ترکیبی Z مشاهده شده (۵/۴۹) است و بنابراین تفاوت معنی‌داری بین نسبتهای این اختلال با توجه به جنسیت وجود دارد؛ این بدین معناست که پسران به نسبت بیشتری، اختلال نوع ترکیبی دارند. در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای Z مشاهده شده (۳/۴۴) بوده و بنابراین تفاوت معنی‌داری بین نسبتهای این اختلال با توجه به جنسیت وجود دارد؛ این بدین معناست که پسران به نسبت بیشتری دارای اختلال رفتاری نافرمانی مقابله‌ای هستند. در مورد اختلال رفتاری سلوک Z مشاهده شده (۵/۷) بوده و بنابراین تفاوت معنی‌داری بین نسبتهای این اختلال با توجه به جنسیت وجود دارد؛ این بدین معناست که پسران به

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

نسبت بیشتری اختلال سلوک دارند.درصد شیوع اختلالهای رفتاری با توجه به شدت اختلال و پایه تحصیلی در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵ - درصد شیوع اختلالهای رفتاری با توجه به شدت اختلال و پایه تحصیلی

پایه تحصیلی	اول		دوم		سوم		چهارم		پنجم	
نوع اختلال	متوسط تا شدید	شدید به بالا	متوسط تا شدید	شدید به بالا	متوسط تا شدید	شدید به بالا	متوسط تا شدید	شدید به بالا	متوسط تا شدید	شدید به بالا
کاستی توجه	۴/۲	۳/۸	۶	۶/۴	۷/۷	۶	۶/۷	۸/۸	۳/۷	۸/۴
بیش فعالی تکانشگری	۱۲/۹	۸/۶	۱۰/۷	۶	۱۰/۸	۵/۶	۱۲/۴	۴/۵	۸/۶	۴/۸
نوع ترکیبی	۱۰/۸	۴/۴	۱۲/۹	۳/۸	۱۰/۲	۵/۳	۱۴	۴/۸	۷/۹	۶/۹
نافرمانی مقابله‌ای	۱۲/۴	۴/۳	۱۳/۴	۴/۹	۱۱/۲	۶	۱۱/۶	۴/۵	۹/۳	۵/۱
سلوک	۱۰/۹	۳/۱	۸/۶	۴/۱	۶/۸	۳/۶	۷/۷	۲	۵/۶	۵/۶

جدول۶ به ترتیب درصد شیوع اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان دارای پدران بی‌سواد، پدران با تحصیلات ابتدایی تا دیپلم و پدران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر را نشان می‌دهد.

جدول ۶-: درصد شیوع اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان به تفکیک تحصیلات پدر

تحصیلات پدر	شدت اختلال / نوع اختلال	اختلال متوسط تا شدید	اختلال شدید به بالا	کل
بی‌سواد	کاستی توجه	۱۵/۹	۱۱/۴	۲۷/۳
	بیش‌فعالی تکانشگری	۹/۳	۱۱/۶	۲۰/۹
	نوع ترکیبی	۱۴/۶	۱۲/۲	۲۶/۸
	نافرمانی مقابله‌ای	۱۶/۳	۱۱/۶	۲۷/۹
	سلوک	۴/۴	۱۷/۸	۲۲/۲
ابتدایی تا دیپلم	کاستی توجه	۷/۵	۵/۱	۱۲/۶
	بیش فعالی تکانشگری	۱۳/۶	۴/۸	۱۸/۴
	نوع ترکیبی	۱۳	۴/۴	۱۷/۴
	نافرمانی مقابله ای	۱۱/۲	۵/۳	۱۶/۶
	سلوک	۹/۴	۳/۴	۱۲/۸
لیسانس و بالاتر	کاستی توجه	۱	۸/۸	۷/۵
	بیش‌فعالی تکانشگری	۵/۷	۴	۵/۵
	نوع ترکیبی	۴	۴	۱۱
	نافرمانی مقابله‌ای	۸/۵	۴/۴	۱۱/۱
	سلوک	۷/۷	۲/۱	۵/۳

با توجه به درصدهای گزارش‌شده در جدول ۶ و با استفاده از آزمون Z برای تفاوت نسبتها در دو جامعه مستقل Z مشاهده شده برای اختلال کاستی توجه ۲/۷۵ به دست آمد و بدین معناست که بین نسبتهای این اختلال در دانش‌آموزان دارای پدران بی‌سواد و دانش‌آموزان با پدران دارای تحصیلات لیسانس و

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

بالاتر، تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به بیان دیگر نسبت دانش‌آموزان دارای این اختلال رفتاری که پدران بی‌سوادی دارند، نسبت به دانش‌آموزانی که پدران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند، بیشتر است. در مورد اختلال بیش‌فعالی تکانشگری Z مشاهده شده ۳/۲۸ است و بنابراین، تفاوت معنی‌داری بین نسبتهای این اختلال با توجه به تحصیلات پدر وجود دارد؛ به عبارتی نسبت دانش‌آموزان دارای این اختلال رفتاری که پدران بی‌سوادی دارند، نسبت به دانش‌آموزانی که پدران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند، بیشتر است. در مورد اختلال نوع ترکیبی Z مشاهده شده ۲/۱۳ است و بنابراین تفاوت معنی‌داری بین نسبتهای این اختلال با توجه به تحصیلات پدر وجود دارد؛ به بیان دیگر، نسبت دانش‌آموزان دارای این اختلال رفتاری که پدران بی‌سوادی دارند، نسبت به دانش‌آموزانی که پدران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند، بیشتر است. در مورد اختلال رفتاری نافرمانی مقابله ای Z مشاهده شده ۲/۲۴ است و بنابراین تفاوت معنی‌داری بین نسبتهای این اختلال با توجه به تحصیلات پدر وجود دارد؛ به بیان دیگر، نسبت دانش‌آموزان دارای این اختلال رفتاری که پدران بی‌سوادی دارند، نسبت به دانش‌آموزانی که پدران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند، بیشتر است. در مورد اختلال رفتاری سلوک Z مشاهده شده ۲/۵۹ است و بنابراین تفاوت معنی‌داری بین نسبتهای این اختلال با توجه به تحصیلات پدر وجود دارد؛ این بدین معناست که نسبت دانش‌آموزان دارای این اختلال رفتاری که پدران بی‌سوادی دارند، نسبت به دانش‌آموزانی که پدران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند، بیشتر است. به نظر می‌رسد که سطح تحصیلات پدر در بروز اختلالهای رفتاری در فرزندان مؤثر است که این تأثیر می‌تواند ناشی از اطلاعات پدر با تحصیلات بالاتر نسبت به نحوه رفتار صحیح‌تر با فرزندان باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای دردانش‌آموزان دورهٔ ابتدایی شهر شیراز با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) (فرم والدین) انجام شده است. میزان شیوع کلی اختلالهای رفتاری دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر شیراز با دامنهٔ سنی ۷ تا ۱۴ سال در پرسشنامه CSI-4 ۱۷/۵ درصد استخراج شد. شیوع اختلالهای رفتاری بر اساس پرسشنامه CSI-4 در پژوهش فرشیدنژاد (۱۳۸۰) ۲۹/۸ درصد و در پژوهش خرامین(۱۳۷۳) ۱۱/۲ درصد گزارش شده است. شیوع اختلالهای رفتاری کودکان در دامنه‌ای بین حداقل ۴ تا ۲۳ درصد و در رابطه با محل جغرافیایی، متفاوت است. درصدهای بالا بیشتر مربوط به جوامع شهری نسبت به روستایی و همین طور فرهنگهای غربی نسبت به فرهنگهای شرقی است (کار، ۱۹۹۹).

یافته‌های به دست آمده نشان داد که شایع‌ترین اختلالهای رفتاری براساس آزمون CSI-4 (فرم والدین) به ترتیب عبارت‌اند از: کاستی توجه (۶/۷ درصد)، بیش‌فعالی- تکانشگری (۶ درصد)، نوع ترکیبی (۵ درصد) سلوک (۵ درصد) و نافرمانی مقابله‌ای (۳/۶ درصد). بنابراین، شایع‌ترین اختلال رفتاری در دانش‌آموزان ابتدایی شهر شیراز کاستی توجه است. میزان شیوع کلی اختلال کاستی توجه در آزمون CSI-4 در پژوهش حاضر ۶/۷ درصد که در پسران ۹ درصد و در دختران ۴/۲ درصد به دست آمد. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نسبت پسران مبتلا به اختلال کاستی توجه با دختران مبتلا تفاوت معنی‌داری وجود دارد و شیوع آن در پسران، بیشتر از دختران است.

میزان شیوع کلی اختلال نوع ترکیبی بر اساس آزمون CSI-4 ۵ درصد که پسرها ۶/۵ درصد و دخترها ۲/۹ درصد است. نتایج آزمون Z نسبت نشان داد که بین نسبت پسران مبتلا به اختلال نوع ترکیبی با

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

دختران مبتلا، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. درنتیجه این اختلال در پسران شیوع بیشتری دارد. این یافته با نتایج شعبانی و یادگاری (۱۳۸۴)، خوشابی و همکاران (۱۳۸۶)، توکلی‌زاده و همکاران (۱۳۷۶)، علیشاهی و همکاران (۱۳۸۲) و ضیاءالدینی و شفیع‌زاده (۱۳۸۴) مطابقت دارد. کاستی توجه و بیش‌فعالی در پسرها شایع‌تر از دخترها و در کودکان نسبت به نوجوانان، شایع‌تر است (کار، ۱۹۹۹) همچنین نشاط دوست، کلانتری و یوسفی (۱۳۷۶) شیوع این اختلال را در پایهٔ اول و دوم ابتدایی اصفهان ۳/۷۷ و فرشید نژاد (۱۳۸۰) در تحقیق خود در دختران ۴/۸ درصد و در پسران ۸/۱ درصد گزارش کرده‌اند. میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی از ۱ تا ۲۰ درصد بسته به ملاکهای تشخیصی به کار رفته، جمعیت نمونه روش‌های مورد استفاده در نوسان بوده است (کار ۱۹۹۹). شواهد پژوهشی دیگر نیز حاکی از شیوع بیشتر در پسران است (اندرسون ، ۱۹۸۷، بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۰؛ فوم بون، ۱۹۹۴؛ کانتول، ۱۹۹۶؛ کار، ۱۹۹۹؛ مروتی شریف آباد، ۱۳۷۲؛ توکلی‌زاده و همکاران ۱۳۷۶ ؛ ابراهیمی، ۱۳۷۵؛ نشاط دوست و همکاران،۱۳۷۶). فرشید نژاد (۱۳۸۰) شیوع بیش‌فعالی را در مورد دخترها (۱۰/۹) و پسران (۱۸/۵) گزارش کرده است. در پژوهش شهرانی‌کرانی (۱۳۸۵) نیز اختلال بیش‌فعالی بیشترین فراوانی را داشت. کاستی توجه و بیش‌فعالی در پسرها، شایع‌تر از دخترها و در کودکان نسبت به نوجوانان شایع‌تر است (کار، ۱۹۹۹).

حمیدی (۱۳۸۵) میزان فراگیری اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی را ۶/۱ درصد (۲/۳۵ درصد نوع کاستی توجه، ۱/۶۵ درصد نوع بیش‌فعالی تکانشگر و ۲/۱ درصد نوع مرکب) به دست آورده است. متغیرهای جنسیت و سطح سواد همبستگی معنی‌داری با کاستی توجه و بیش‌فعالی داشتند؛ بدین معنی که پسران ۲ برابر دختران دارای این اختلال بودند. این یافته‌ها با نتایج کشورهای غربی که میزان شیوع اختلال را در گروه سنی ۸ تا ۱۲ سال ۶/۸ درصد (۳/۲ درصد نوع کاستی توجه،۰/۶درصد نوع بیش‌فعالی-تکانشگر و ۲/۹ درصد نوع مرکب) نزدیک است (کاراندی، ۲۰۰۵).

طبق پژوهش‌های انجمن روان‌پزشکی امریکا (۲۰۰۰) کاستی توجه و بیش‌فعالی، یکی از اختلالهای جدی است که تقریبا ۴ تا ۶ درصد کودکان به آن مبتلا هستند. در تحقیق لیواس(۱۹۹۶) توکلی‌زاده و همکاران (۱۳۷۶)، ابراهیمی (۱۳۷۵) نیز اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، شایع‌ترین اختلال بود.

میزان شیوع کلی اختلال بیش‌فعالی – تکانشگری در پژوهش حاضر و براساس آزمون CSI-4 ۶ درصد که در پسران ۹/۱ درصد و در دختران ۲/۶ درصد به دست آمد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نسبت پسران مبتلا به اختلال بیش‌فعالی – تکانشگری با دختران مبتلا، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. فرشیدنژاد (۱۳۸۰) شیوع این اختلال را در مورد دخترها (۱۰/۹) و پسران (۱۸/۵) گزارش کرده است.

در پژوهش حاضر، میزان شیوع کلی اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۳/۶ درصد که در دختران ۲/۱ و در پسران ۵ درصد به دست آمد. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نسبت پسران و دختران مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به گونه‌ای که در پسران شایع‌تر است. این نتیجه با پژوهش‌های مروتی شریف آباد (۱۳۷۲)، ابراهیمی (۱۳۷۵)، توکلی‌زاده (۱۳۷۵) بهره دار (۱۳۷۷)، یوسفی و همکاران (۱۳۷۹) کوهن، کاسن و کارمن (۱۹۹۳) که همگی میزان شیوع این اختلال را کمتر از ۵ درصد ذکر کرده‌اند، نزدیک است؛ از طرف دیگر، کار (۱۹۹۹) میزان شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان سنین مدرسه ۱۲ تا ۱۶ درصد و فرشید نژاد (۱۳۸۰) (پسرها ۲۱ درصد و دختران ۱۶/۴ درصد) ذکر کرده که با بررسی حاضر متفاوت است.

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

میزان شیوع کلی اختلال سلوک در پژوهش حاضر ۵ درصد که در دختران ۲/۲ و در پسران۷/۴ به دست آمد. نتایج نشان داد که بین نسبت دختران و پسران مبتلا به اختلال سلوک، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و پسران بیشتر از دختران به این اختلال مبتلا هستند. این نتیجه با مطالعه فرشید نژاد (۱۳۸۰) بهره‌دار (۱۳۷۷)، ابراهیمی (۱۳۷۵)، توکلی‌زاده (۱۳۷۵)، ضیاءالدینی و شفیع‌زاده (۱۳۸۴)، یوسفی و همکاران (۱۳۷۹) آندرسون و همکاران (۱۹۷۸)؛ فوم بون (۱۹۹۴)، و کار(۱۹۹۹) همسو است.

اختلال سلوک معمولی‌ترین اختلال شناخته‌شده در آسیب‌شناسی کودکان است. شیوع کلی اختلال سلوک در دامنه‌ای بین ۲ تا ۱۰ درصد بود که براساس روش جمع‌آوری اطلاعات، متفاوت است. نسبت مذکر به مؤنث در دامنه‌ای بین ۳ به ۱ تا ۵ به ۱ براساس سن افراد پژوهش متفاوت خواهد بود (انجمن روان‌شناسی امریکا،۱۹۹۴).

همچنین نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که شیوع اختلالهای رفتاری در پسران بیشتر از دختران است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش خوشابی، میکولیچ و تامسون (۱۳۸۶)، متقی (۱۳۸۱)، کشکولی (۱۳۷۹)، مهرابی (۱۳۸۴) و وایت مور و میکولیچ و تامسون (۱۹۹۷) و مک درموت (۱۹۹۶) همخوانی دارد. در این پژوهشها آشکار شد که اختلالهای رفتاری در پسران بیشتر از دختران است. از جمله نتایج دیگر تحقیق این بود که آشکار شد که تحصیلات پدر در بروز اختلالهای رفتاری نقش مهم و مؤثری دارد؛ بدین معنی که پدران دارای تحصیلات بیشتر کودکانی با مشکلات عاطفی و رفتاری کمتر دارند. این نتیجه با یافته‌های خوشابی و همکاران (۱۳۸۶)، حمیدی (۱۳۸۵) یوسفی (۱۳۷۷)، بارکلی (۱۹۹۸)، نشاط دوست و همکاران (۱۳۷۶)، بیدرمن و فاراوان (۲۰۰۵) و گودمن و اسکات (۱۹۹۷) همسو است. بارکلی (۱۹۹۸)، حمیدی (۱۳۸۵) و شهیم و همکاران (۱۳۸۶) نیز در پژوهش خود دریافتند که اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی با کاهش سواد والدین، افزایش می‌یابد. با توجه به اینکه در ایران سواد و تحصیلات پدر، می‌تواند شاخصی از طبقه اقتصادی و اجتماعی باشد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که دانش‌آموزان متعلق به طبقات اقتصادی اجتماعی پایین در مقایسه با دانش‌آموزان متعلق به طبقات اقتصادی بالاتر، مشکلات عاطفی و رفتاری بیشتری دارند؛ بنابراین شاید بتوان نتیجه گرفت که شیوع اختلالهای رفتاری در طبقات اقتصادی اجتماعی پایین جامعه، بیشتر است.

شیوع بیشتر اختلالهای رفتاری در بین پسران، می‌تواند ناشی از این باشد که به طور کلی پسرها نسبت به دخترها از نظر زیستی، آسیب‌پذیرتر هستند. از همان دورهٔ 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(افروز،۱۳۸۲-۱۳۷۶). با وجود این ، اختلافهایی که در پرورش این گروه در اجتماع وجود دارد، در مورد اختلافهای مربوط به جنسیت نیز بی تأثیر نیست؛ برای مثال، تردیدی نیست که پرخاشگری در پسران سهل‌تر پذیرفته می‌شود تا در دختران (افروز، ۱۳۸۴). در هر حال شواهدی موجود است که نشان می‌دهد درجه شیوع بالاتر اختلالهای رفتاری نزد پسران را می‌توان ناشی از این دانست که کجرویهای پسران بیشتر شنیده می‌شود. مادران انتظار دارند که گرفتاریهای پسران از دختران طولانی‌تر شود. معلمان و والدین نسبت به تحرک بیش از حد، ناپایداری، حواس‌پرتی، نفاق و از هم گسیختگی پسران، تاب تحمل کمتری دارند. در همین حال، امکان دارد تحمل بزرگسالان نسبت به کارهای پسران به این علّت کمتر باشد که اداره کردن پسران از بدو زندگیشان مشکل‌تر بوده است و امکان دارد که ویژگیهای زیست‌شناسی با پرورشها و انتظارات اجتماعی در هم آمیزند. در نتیجه، می‌توان آنها را

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

نشان دهندهٔ بحرانهای زودگذر رشد دانست. این نتیجه‌گیری زمانی تقویت می‌شود که می‌بینیم بسیاری از مسائل دوران کودکی بدون درمان فرو می‌نشیند (نلسون ، ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۲).

با توجه به محدودیت جامعه این پژوهش، نتایج این پژوهش به جامعه‌های دانش‌آموزی شهرها یا شهرستانهای دیگر، بخصوص شهرها یا شهرستانهایی با ویژگیهای فرهنگی، قومی و آموزشی بسیار متفاوت با شهرستان شیراز، قابل تعمیم نیست و لازم است در تعمیم‌دهی نتایج این پژوهش، بسیار محتاط بود. همچنین این پژوهش بر مبنای بررسی شیوع اختلالهای رفتاری طراحی شده است، لذا شیوع تخمین زده شده ملاک قطعی شیوع اختلالهای رفتاری برون‌نمود، تلقی نمی‌شود. پیشنهاد می‌شود موضوع شیوع و پیشگیری از اختلالهای رفتاری و همچنین پیشگیری از عود آنها در بین دانش‌آموزان پسر و دختر دورهٔ ابتدایی این شهرستان و سایر شهرستانها بیشتر مورد توجه پژوهشگران، مربیان، مشاوران و متخصصان بالینی قرارگیرد تا بدین‌نحو بتوان اقدامات مداخله‌ای را به شیوه‌ای مناسب صورت داد و تصمیمات مناسب در این زمینه اتخاذ کرد.

یادداشتها

1) Attention Deficit Hyperactivity Disorder
2) Conduct Disorder
3) Oppositional Defiant Disorder
4) Negativistic
5) Sprafkin
6) Loney
7) Unita
8) Gadow
9) The Screening Cut of Score Method

منابع

ابراهیمی، علی (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای رفتاری ایذایی و نارسایی توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر اسفراین، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.

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

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

بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال های روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان، پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، *انستیتو روانپزشکی تهران.*

بهره دار، محمد جعفر (۱۳۷۷). *بررسی همه گیرشناسی اختلال های سلوکی و هیجانی در کودکان دبستانی مدارس عادی و دولتی شیراز، پایان نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.*

توکلی‌زاده جهانشیر؛ بوالهری جعفر؛ مهریار امیرهوشنگ و دژکام محمود (۱۳۷۶). همه گیرشناسی اختلالات رفتاری ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۹ و ۱۰، ۵۱-۴۰.

حمیدی ، علی (۱۳۸۵). *میزان فراگیری و ویژگیهای جمعیت شناختی دانش‌آموزان دوره ابتدایی با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در گناباد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طبا طبایی

خرامین، شیرعلی (۱۳۷۳). *بررسی پاره‌ای از اختلالهای رفتاری کودکان محروم از پدر. پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.

خوشابی، کتایون؛ مرادی، شهرام؛ شجاعی، ستاره؛ همتی علمدارلو، قربان؛ دهشیری، غلامرضا و عیسی مراد ابولقاسم (۱۳۸۶). "بررسی میزان شیوع اختلالهای رفتاری در دانش‌آموزان دوره‌ی ابتدایی استان ایلام". *ویژه نامه توانبخشی در بیماریها و اختلالات روانی*، دورهٔ هشتم، شماره ۳۳،۲۹-۲۸.

شعبانی، مینا و یادگاری، امیر (۱۳۸۴). "بررسی شیوع اختلالات بیش‌فعالی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر زنجان"..*مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، دوره ۱۳، شماره ۵۱. ۴۸-۴۲

شهرانی کرانی، فرزاد (۱۳۸۵). *بررسی میزان شیوع اختلالهای رفتاری و انواع آن در بین دانش آموزان ابتدایی*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

شهیم، سیما؛ مهر انگیز، لیلا و یوسفی فریده (۱۳۸۶). "شیوع اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در کودکان دبستانی". *مجله بیماریهای کودکان ایران*، دوره ۱۷(ویژه نامه۲)،۲۱۶-۲۱۱.

ضیاء الدینی، حسن و شفیع زاده، ناهید (۱۳۸۴). " همه‌گیرشناسی اختلال بیش فعالی با کمبود توجه و اختلال سلوک در دانش‌آموزان دبستانی سیرجان،" *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱۱(۴)، پیاپی ۴۳، ۴۲۵-۴۱۹.

علیشاهی، محمد جواد؛ ده بزرگی، غلامرضا و دهقان، بهرام (۱۳۸۲). *میزان شیوع اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی در کودکان دبستانی شیراز. طبیب شرق*، سال پنجم، شماره۱. ۶۷-۶۱

فرشید نژاد، اکبر (۱۳۸۰). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال های رفتاری در دانش‌آموزان دبستانی شهر اصفهان*، پایان نامه *کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران*، انستیتو روانپزشکی تهران.

فروع الدین عدل، اصغر(۱۳۷۲). *تأثیر به کار گیری روش آموزش مهارتهای اجتماعی در بهبود اختلال رفتارهای اخلال گرایانه کودکان*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.

کشکولی، غضنفر (۱۳۷۹). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال های رفتاری در دانش آموزان بوشهر، پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.

متقی، شکوفه (۱۳۸۱). *بررسی تأثیر تجربه آموزش و پرورش پیش دبستانی بر اختلالهای رفتاری و کارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.

محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۰). *بررسی اعتبار، روایی وتعیین نقاط برش اختلالهای پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) برروی دانش آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی تهران*. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.

مروتی شریف آباد، محمد علی(۱۳۷۲). *بررسی عوامل موثر بر اختلالهای عاطفی – رفتاری به ویژه اختلال کردار در کودکان دبستانی جنوب شهر تهران از دیدگاه بهداشت روانی*، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی تهران.

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

نشاط دوست ، منصور؛ کلانتری، مهرداد و یوسفی، علی رضا (۱۳۷۶) ." بررسی شیوع اختلال ADHD در دانش آموزان پایه اول و دوم مدارس ابتدایی شهر اصفهان". *مجله پژوهشهای تربیتی و روانشناختی دانشگاه اصفهان* ،سال اول، شماره ۱، ۵۲-۳۷.

نلسون، ریتایکس، ایزرائل، آلن لسی، *اختلالهای رفتاری کودکان*، ترجمه منشی طوسی (۱۳۷۱). مشهد، موسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی.

یوسفی، فایق، عرفانی، نصرا...، خیر آبادی، غلام رضا و قانعی، حسین (۱۳۷۹). "بررسی شیوع اختلالهای سلوک و نافرمانی در دانش‌آموزان راهنمایی استان کردستان". *اندیشه و رفتار*، سال ششم وشماره ۲و ۳. ۵۴-۴۸

یوسفی، فریده (۱۳۷۷)." هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز". *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، دوره سیزدهم، شماره‌های اول و دوم، (پیاپی ۲۵ و ۲۶)، ۲۴-۱.

Akhonzadeh, S., Tavakolian, R., Davari Ashtiani, R., Arabgol, F., & Amini, H. (2003). "Selegiline in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder". *Progress in Neuropsychopharmovology & Biological Psychiatry, 27,* 841-854.

American Psychiatric Association. (1994). "Diagnostic Criteria from DSM-IV". Washington, DC. APA. *American Journal of Psychiatry, 148,* 564-577.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC, American Psychiatric Association.

Anderson, J., M. R. (1987). "DSM-III disorders in preadolescent children". *Archives of General psychiatry, 44,* 69-76.

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

Angold, A., Costello, E. J. (1995). "Developmental epidemiology". *Epidemiology Review 17,* 74–82

Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A Handbook of Diagnosis and Treatment* 2nd. New York. Guilford.

Barkmann,C., Markwort. M. (2005). "Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany: An epidemiological screening". *Psychiatric Epidemiology*, *40,* 357–366.

Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). "Attention-deficit hyperactivity disorder". *Lancet, 366,* 237-48.

Biederman, J., Faraone, S., Keenam, A. K., Knee, D., & Tsuang, M. T.(1990). "Family genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder". *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 29,*526-533.

Bird, H. R. (1996). "Epidemiology of childhood disorders in a cross cultural context". *Journal of Child Psychology and Psychiatry Allied Disciplines, 37,* 35–49.

Cantwell, D. P. (1996). "Attention deficit disorder. A review of the past 10 years". *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 978-987.

Carr. A. (1999*). The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach*. London: Routledge. Kasen, J., & Carmen, N. (1993). Epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence, age and gender specific prevalence. *Journal of child psychology, psychiatry and allied disciplines, 34,* 6-9.

Canino, G. Bird HR, Rubio-Stipec, M. and Bravo, M. (1995) "Child psychiatric epidemiology:What we have learned and what we need to learn". *Int J Meth Psychiatr Res* 5(2):79–92

Costello, E. J, Angold, A., Burns, B. J., Stangl D. K.,Tweed, D. L., Erkanli, A. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders". *Archives of Genetic Psychiatry,* 53, 1129–1136.

Cohen, P., Kasen, j., & Carmen, N. (1993). "Epidmiological study of disorders in late childhood and adolescence, age and gender- specific prevalence*, Journal of Child Psychology, Psychiatric and Allied Diseiplines*. 34-6-9

Davids, E., & Gastpar, M. (2005). "Attention deficit hyperactivity disorder and border line personality disorder". *Progressive Neuropsychopharmacology and Biology of Psychiatry, 29,* 865-77

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

Fombonne, E . (1994). The child behaviour checklist and the Rutter Questionnaire. *Joural of Child Psychology and Psychiatry, 19,* 32-34.

Faraone, S. V., Biderman, J., Millberger, S., Warburton, R., & Tsuang, M., T. (1995). "Genetic

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder. Gender psychiatric comorbidity and maternal ADHD". *Journal of Abnormal Psychology,104,* 334-345.

Gadow, K. D., Sprafkin, J.(1994). *Child symptomiventories manual*. Story Brook, NY: checkmate Plus.

Ghanizade, A. Bahredar, M. J., & Moeni, S. R. (2006). "Knowledge of attitude towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers". *Journal of Patient Education & Counseling*, 25, 221-235.

Goodman , R., & Scott, S. (1997). *Child psychiatry*. New York: Blackwell Science Ltd.

Hunt, N., & Marshall, K. (2002). *Exceptional children and youth* (3rd ed): New York: Houghton Mifflin Company.

Grayson, P., & Carlson, G. A. (1991). "The utility of a DSM-III-R based checklist in screeing childpsychiatryic patients"". *Journal of the American Academy of child and Adolescents Psychiatry*, 30, 69-673.

Ihle, W., Esser, G. (2002). "Epidemiology of mental disorders in childhood and adolescence: Prevalence, course, comorbidity and gender differences". *Psychologische Rundschau* 53, 159–169.

Karande, S. (2005). Attention deficit/hyperactivity disorder, A Review for Family Physicians. *Indian Journal of Medical Sciences*, *59,* 546-555.

Klassen, A. F., Miller, A., Fine, S. (2004). "Health related quality of life in children and adolescent who have diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity disorder". *Pediatrics, 114,* 541-7.

Kroes, M., Kessels, A. G., Kalff, A. C., (2002). Quality of movement as predictor of ADHD: result from a prospective population study in 5- and 6- year- old children. *Development of Medicine and Child Neurology*, *44,* 753-60.

Lewis, M. (1996). *Child and Adolescent Psychiatry*. 2nd.ed. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.

McDermott, A. (1996). A "nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in child and adolescence". *Journal of Abnormal Child Psychology, 2,* 53-60.

McGoey, K. E., Eckert, T. L, and DuPaul, G. J. (2002). "Early intervention for preschool-age children with ADHD: A literature review". *Journal of Emotional Behavioral Disorders, 10,* 14-29.

Offeral, D. R., Boyle, M.H., & Racin,Y. (1989)."Ontario child health study. Correlate of disorder". *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, *280,* 850-860.

Robert. E. Clifford Atkinson & Abraham, R. (1998). "Prevalence of psychopathology among children and adolescents". *American Journal of Psychiatry*. 715-725.

Rutter, M. (1998). "Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology". *Journal of American Academy and Child Adolescence Psychiatry, 28,* 633–653.

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]

Sadok, B., & Sadok, V. A.(2000). *Comprehencive Textbook of Psychiatry (7th ed.)*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Scahill, L., & Schvab-Stone, M. (2000). "Epidemiology of ADHD in school-age children". *Child and Adolescence Psychiatric Clinics of North America, 9,* 541-555.

Shekim, W., O., Kashani, J., Beck, N., Cantwell, D., Marthin, J., Rosenberg, J., & Costllo, A. (1985). "The prevalence of attention deficit disorders in a rural Midwestern community sample of nine- year old children". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24,665-770.

Szatmari, P., Offord, D. R., Boyle, M. H. (1989). "Ontario health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity". *Journal of child Psychology and Psychiatry, 30,* 219-230.

Taylor, E., Sandberg, S., Thorely, A., & Giles, S. (1991). The Epidemiology of childhood Hyperactivities. Maudsley Monographs,33,Oxford: Oxford University Press.

Whitmore, H. A., Mikulich, S., & Thompson, K. T. (1997). "Influences an adolescence: Conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder". *Drug and Alcohol Dependence*, *4*, 87-97.

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.3.5.3]