

بررسی شیوع اختلال های رفتاری در دانش آموزان با آسیب های شنوایی پسر و دختر مدارس استثنایی دوره دبستان استان سیستان و بلوچستان

احمد شهرکی زاد¹، فرنگیس همایون مهر²

1. کارشناس مشاوره آموزش و پرورش ناحیه دو زاهدان

2. مشاور مدارس متوسطه آموزش و پرورش ناحیه دو زاهدان

چکیده

در پژوهش حاضر به بررسی شیوع اختلال های رفتاری در دانش آموزان با آسیب های شنوایی پسر و دختر مدارس استثنایی دوره دبستان، استان سیستان و بلوچستان پرداخته شده است. روش پژوهش از نوع تحقیقات پس رویدادی است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانش آموزان پسر و دختر دوره ابتدایی دچار نارسایی شنوایی استان سیستان و بلوچستان می باشد. نمونه گیری بصورت نمونه در دسترس بوده است که شامل 57 دانش آموز پسر و 55 دانش آموز دختر بودند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش به منظور جمع آوری اطلاعات از آزمون آخنباخ(فرم والدین) استفاده شده است. اطلاعات بدست آمده براساس این پرسشنامه از طریق نمرات T استاندارد و آزمون T همبسته و مستقل مورد تحلیل قرار گرفتند. با توجه به نمرات استاندارد به دست آمده دانش آموزان ناشنوا در هرکدام از زیر گروه های اختلالات رفتاری، ناشنوایان(دختر و پسر) از حیث اکثریت زیر گروه های اختلالات رفتاری در دامنه (بالینی و مرزی) قرار دارند. از طرف دیگر دانش آموزان دختر در اختلالات رفتاری درون سازی نسبت به اختلالات رفتاری برون سازی، نمره ی بالاتری کسب کردند. ($P < 0/01$)

واژه های کلیدی: دانش آموز دارای آسیب شنوایی، اختلال رفتاری.

مقدمه

اختلالات رفتاری طیف وسیعی از مشکلات دوران کودکی و نوجوانی را تشکیل می دهد که شیوع آن در مناطق مختلف ایران و جهان دارای نوسانات بسیاری است. این اختلالات شایع و ناتوان کننده، برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می کنند و با نرخ های بالایی از معضلات اجتماعی همراهند. این کودکان در دوست یابی کمتر موفقند و بارزترین مشکل آنان ناتوانی در ایجاد روابط عاطفی رضایت بخش و نزدیک با سایر افراد است. برنامه آموزش های ویژه برای این دانش آموزان در جنبه های زیادی گنج کشنده و درهم و برهم است (کافمن، 1986). اختلالات رفتاری در کودکان و مخصوصاً نوجوانان اکثراً به صورت ناسازگاری و رفتارهای ناجور و غیراخلاقی یا ضد اجتماعی حتی جنایی ظاهر می شود. این دسته از افراد با افراد منحرف اجتماع همانندسازی دارند و از معیارهای گروه های منحرف تبعیت می کنند. مانند فرار نوجوانان از مدرسه و همکاری با قاچاقچیان، جنایت، تخریب و فساد. این افراد خطرناکترین افراد اجتماع هستند و همواره حالت انتقام جویی عجیبی نسبت به افراد جامعه و حتی والدین خود دارند. اختلالات رفتاری از اوایل کودکی به صورت های مختلف تظاهر می کند. این افراد به آنچه بد و زشت یا ممنوع است تمایلی افراطی و بیمارگونه دارند و به علت داشتن علاقه جنون آمیز از اذیت، آتش سوزی، آزار و آسیب حیوانات و کودکان کم سال لذت می برند.

تعاریف گوناگونی از اختلال های رفتاری ارایه شده است که هر تعریفی بر جنبه های ویژه ای تاکید می کند. اما همه تعاریف روی موارد زیر توافق نسبی دارند. 1. این رفتارها افراطی هستند. رفتارهایی که با هنجارها تفاوت اندکی دارند. جزء این اختلال ها محسوب نمی شوند. 2. اختلال های رفتاری مزمن هستند و به سرعت برطرف نمی شوند. 3. این رفتارها به دلیل ناهماهنگی با انتظارات اجتماعی - فرهنگی مورد قبول جامعه قرار نمی گیرند (شکوهی یکتا و پرند، 1384). در اصلاحیه ی آموزش افراد با ناتوانی ها (1997) تعریف زیر مورد استفاده قرار گرفته است. اختلال رفتاری عبارت است از:

• شرایطی که در آن چند مورد از ویژگی های زیر در مدت زمان طولانی و تا حد قابل توجهی وجود داشته باشد، و این شرایط بر عملکرد تحصیلی تاثیر گذارد.

الف) مشکل در یادگیری که نتوان آن را به عوامل هوشی، حسی یا سلامتی نسبت داد.

ب) ناتوانی در ساخت یا حفظ روابط رضایت بخش با همسالان و معلمان؛

ج) رفتارها یا احساس های نامناسبی که در شرایط عادی نشان داده می شوند؛

د) خلق فراگیر غصه یا افسردگی، یا

ه) گرایش به سمت ایجاد نشانه های جداگانه با ترس که به مشکلات شخصی یا مدرسه مربوط می شوند.

2. این اصطلاح شامل کودکان ناسازگار اجتماعی نمی شوند مگر آنکه از نظر هیجانی مشکل داشته باشند (هاردمن، درو واگن¹؛ 2002، ترجمه علیزاده، گنجی، یوسفی لویه، یادگاری، 1388)

محققان دریافته اند که اختلال های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می شود و بین 8 تا 15 سالگی به اوج خود می رسد (مک گی²، ویلیامز و فیهان³، 1992، انجمن روانپزشکی امریکا⁴، 1994، ایرز، اشمیت وورمر⁵، 1990) کودکان با اختلال های رفتاری مشکلات گوناگونی دارند. این کودکان دارای فراخنای توجه کوتاهی هستند، عزت نفس پایینی دارند، در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می شوند (سورز و والر⁶، 2006). تکانشگری، بی قراری و بیش فعالی، پرخاشگری، دروغ گویی و دزدی عملکرد تحصیلی ضعیف و ادراک ضعیف از خودکارآمدی و شایستگی اجتماعی نیز از ویژگی های کودکان و نوجوانان دارای اختلال های رفتاری است (انجمن روانپزشکی امریکا، 1994، به نقل از هارتمن، درو واگن، ترجمه علیزاده و همکاران، 1388). همچنین خود آزاری، دیگر آزاری، تخریب محیط، نافرمانی، حرکات و گفتارهای کلیشه ای و گوشه گیری از دیگر ویژگی های کودکان و نوجوانان دارای اختلال های رفتاری است (فارل⁷، 2006).

از نتایج تحقیقات چنین برمی آید که اختلال های رفتاری پنهان مانند افسردگی و اضطراب در دختران شیوع بیشتری دارد (کافمن، 2001، کیس و لیدلی⁸، 2007) و در مقابل اختلال های رفتاری آشکار مانند اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، اختلال سلوک، پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی در پسران شایع تر است (انجمن روانپزشکی امریکا، 1994، کاپلان و سادوک⁹، 2003). اما به طور کلی گزارش شده است که شیوع اختلال های رفتاری در پسران شایع تر است (گونی، بلکو بالدوئین¹⁰، 1998). در ایالات متحده درصد شیوع اختلال های رفتاری در بین دانش آموزان ناشنوای سنین مدرسه 8/6 درصد گزارش شده است (هانت و مارشال¹¹، 2002).

1. Dro vagon

2. Mc Gee

3. Phihan

4. American Psychiatric Association

5. Esser, G; Schmidt, M.H; Woerner

6. Surez & Valer

7. Farel

8. Kase, L., Ladley

9. Kaplan, H.I. , Sadock

10. Gaoni L, Black Q.c, Baldwin

11. Hunt & Marshal

الگوهای عدم تطابق اجتماعی با شدت وقوع نقص شنوایی ارتباط دارد. هرچه نقص شنوایی بیشتر باشد، انزوای اجتماعی بالقوه بیشتر است. ناشنوایی باعث مشکلات عاطفی و اجتماعی بسیاری می شود که عبارتند از:

1. اختلال در برقراری رابطه با دیگران 2. اضطراب و رفتارهای نامناسب بدلیل نداشتن اعتماد به نفس ناکافی 3. ترس از عدم پذیرش از طرف دیگران 4. مقاومت و منفی گرایی 5. گوشه گیری 6. افسردگی 7. ضعف خود آگاهی و تصور از خود منفی و حرمت پایین 8. دوسوگرایی 9. ترس از برخورد با افراد نا آشنا 10. ناپختگی اجتماعی 11. دوری از بازی های کلامی (شریفی درآمدی، 1384).

بیان مساله

در تعاریفی که از اختلال های رفتاری ارائه می شود، بر جنبه های ویژه ای تاکید شده است. به عنوان مثال؛ این رفتارها انحرافی هستند. رفتارهایی که با هنجارها تفاوت اندکی دارند، جزء این اختلال ها محسوب نمی شوند. اختلال های رفتاری مزمن هستند و به سرعت برطرف نمی شوند. این رفتارها به دلیل ناهماهنگی با انتظارات اجتماعی-فرهنگی مورد قبول جامعه قرار نمی گیرند (شکوهی یکتا و پرنده، 1384). کودکان مبتلا مشکلات گوناگونی دارند که عدم تطابق اجتماعی از بارزترین آنهاست. و این عدم تطابق با شدت وقوع نقص شنوایی ارتباط دارد. هرچه نقص شنوایی بیشتر باشد، انزوای اجتماعی بالقوه بیشتر است. ناشنوایی باعث مشکلات عاطفی و اجتماعی بسیاری می شود.

مرور پیشینه رشد اجتماعی و روان شناختی کودکان ناشنوا نشان می دهد که در مقایسه با همسالان شنوا تفاوت هایی در رشد دارند (چارلسون، استرنبرگ و گلد، 1993)، تفاوت یا تاخیر در اکتساب زبان فرصت های تعامل اجتماعی را محدودتر می کند. کودکان ناشنوا وقتی می کوشند با همسالان شنوا ارتباط برقرار کنند، چالش های سازگاری بیشتری دارند. و این در حالی است که معمولاً گفتگو با همسالان راحت تر به نظر می رسد. کودکان ناشنوا در مقایسه با کودکان شنوا جهان را تا حدی متفاوت تجربه می کنند. این تفاوت ها بدون تردید پیامدهایی را برای رشد اجتماعی آنها خواهد داشت (مارشاک 1998، به نقل از هارتمن). این که تا چه اندازه کودک ناشنوا می تواند دچار مسائل رفتاری شود، بستگی به این دارد که افرادی که در محیط زندگی کودک حضور دارند چگونه با او برخورد می کنند (هومن و دیگران، 1981). درست همان طور که در مورد سایر نقایص حسی و جسمانی صادق است، تنها این خود ضایعه شنوایی نیست که مشکل ساز است، بلکه نحوه برخورد افرادی که با کودک زندگی می کنند، و به ویژه والدین است که منجر به بروز مشکلات رفتاری در کودک می شود. آن طور که هومن و بریگا گفته اند، جو موجود در محیط خانواده می تواند از هر جهت سرنوشت ساز باشد.

جنسما و ترای باس^{۱۲} (2002) گزارش کردند که 7/9 درصد از کودکان ناشنوا دارای تشخیص مشکلات رفتاری و هیجانی هستند که از نظر آموزشی قابل توجه است. کریگ و کریگ^{۱۳} (1985) دریافتند که در برنامه های ناشنوایان

12. Jensema and Trybus

13. Carig and Carig

3044 کودک با ناتوانی یادگیری و 1237 کودک با اختلال های اجتماعی و هیجانی شناسایی شده اند که گروه اول 6/1 درصد و گروه دوم 2/5 درصد کل گروه را به ترتیب تشکیل می دهند.

کان رد^{۱۴} (2001) در تحقیقی که در کشور انگلستان انجام شد نشان داد که 25 درصد از افراد ناشنوا با عنوان (افراد با اختلال های رفتاری) یا (سازش نیافته) می باشند، بدون اینکه هیچ دلیلی برای این طبقه بندی وجود داشته باشد. همچنین کویین (2000) در تحقیقی که بر گروه ناشنویان انجام داد آمار 20 تا 25 درصدی از اختلالات رفتاری را در این گروه گزارش داد.

از آنجایی که در زمینه بررسی شیوع اختلالات رفتاری ناشنویان در ایرن توجه کافی نشده است و از طرفی پیامدهای اجتناب ناپذیر این اختلال دست یابی به تدابیر توانبخشی کارآمد برای کارشناسان آموزشی، درمانگران، دست اندرکاران توانبخشی و بهداشت روان ضرورت دارد؛ در صورت تایید فرضیه های پژوهش و بالا بودن اختلالات رفتاری در دانش آموزان ناشنوا می توان بر لزوم توجه و توانبخشی به این کودکان و استفاده از راهکارهای اصولی صحیح تاکید داشت. بر این اساس پژوهش حاضر با بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان آسیب دیده شنوایی دوره ابتدایی در صدد است زوایا و ابعاد مهمی از پیامدهای اجتماعی و روانی که اغلب مورد غفلت پژوهشگران قرار گرفته است، را مورد مطالعه قرار دهد.

اهمیت و ضرورت تحقیق

اختلال های رفتاری به طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه ای کودکان و نوجوانان تاثیر منفی می گذارد و احتمال ابتلا به بیماری های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می دهد (پاندینا^{۱۵} و همکاران، 2007). اختلال های رفتاری احتمال ابتلای افراد به سوء مصرف مواد، فعالیت های بزهکارانه، اختلال های اضطرابی و خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلال های عصب روانشناختی و اختلال شخصیت مرزی را افزایش می دهد (بومیستروسوین^{۱۶}، 1990). نارسایی شنوایی با گذشت زمان وخیم تر می شود و به موازات سن افزایش چشم گیری می یابد. در ایالات متحده بیش از 28 میلیون نفر نارسایی شنوایی دارند. وزارت آموزش و پرورش ایالات متحده (2000) نشان داد که 70883 نفر از دانش آموزانی که نوعی نارسایی شنوایی دارند بین سنین 21-6 قرار دارند. این دانش آموزان حدو 1/5 درصد از دانش آموزان سنین مدرسه را که نوعی ناتوانی دارند، در بر می گیرند. قابل توجه است که این رقم تنها نشانگر دانش آموزانی است که خدمات ویژه را دریافت می کنند (هارتمن، درو اگن، 2000، ترجمه علیزاده، گنجی، یوسفی لویه، یادگاری، 1388). از آنجایی که در زمینه بررسی شیوع اختلالات رفتاری ناشنویان در ایرن توجه کافی نشده است و از طرفی پیامدهای اجتناب ناپذیر این اختلال دست یابی به تدابیر توانبخشی کارآمد برای کارشناسان آموزشی، درمانگران، دست اندرکاران توانبخشی و بهداشت روان ضرورت دارد؛ در صورت تایید فرضیه های پژوهش و بالا بودن اختلالات رفتاری در دانش آموزان ناشنوا می توان بر لزوم توجه و توانبخشی به این کودکان و استفاده از راهکارهای اصولی صحیح تاکید داشت. بر

14. Kan Red

15. Pandina

16. Boomister & Sooyin

این اساس پژوهش حاضر با بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان آسیب دیده شنوایی دوره ابتدایی در صدد است زوایا و ابعاد مهمی از پیامدهای اجتماعی و روانی که اغلب مورد غفلت پژوهشگران قرار گرفته است، را مورد مطالعه قرار دهیم. چنانچه نابهنجاری های رفتاری کودکان و نوجوانان با توجه به ماهیت هر کودک فرق می کند و عدم شناخت میزان شیوع و علل رفتارهای نابهنجار سد بزرگی در برابر تعلیم و تربیت کارآمد است و مریدان آموزشی از آموزش موفقیت آمیز مهارت های آموزشی و اجتماعی باز می دارد. بنابراین بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان آسیب دیده شنوایی دوره ابتدایی و حتی راهنمایی و متوسطه در دختران و پسران نیازمند بررسی بیشتر و دقیق تر می باشد.

اهداف پژوهش

عمده ترین هدف این پژوهش عبارت است از:

هدف اصلی از انجام پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اختلال های رفتاری در دانش آموزان ناشنوای دختر و پسر مدارس ویژه استثنایی دوره ابتدایی استان سیستان و بلوچستان در سال تحصیلی 90-91 است.

سوال های پژوهش

- میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان ناشنوا دختر و پسر مدارس ویژه ابتدایی استان سیستان و بلوچستان به چه میزان است؟
- آیا بین میزان اختلالات رفتاری در دانش آموزان ناشنوای دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود دارد؟
- آیا میزان اختلالات رفتاری درون سازی در مقایسه با اختلالات رفتاری برون سازی در دانش آموزان دختر ناشنوا نسبت به دانش آموزان پسر ناشنوا متفاوت است؟

روش پژوهش

از آنجا که در این تحقیق درصدد یافتن میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش آموزان ناشنوا می باشیم، روش پژوهش این تحقیق از نوع توصیفی- پیمایشی است.

جامعه آماری

در این پژوهش جامعه آماری عبارت است از دانش آموزان دختر و پسر ناشنوا دوره ابتدایی آموزش و پرورش استان سیستان و بلوچستان که در سال تحصیلی 90-91 مشغول به تحصیل هستند.

نمونه گیری به صورت نمونه در دسترس است. و گروه نمونه، به علت محدود بودن افراد دچار نارسایی شنوایی (مقطع دبستان) در مراکز تحت پوشش سازمان استثنایی استان سیستان و بلوچستان تمامی این دانش آموزان که مشتمل بر 112 نفر می باشد، به عنوان شرکت کنندگان پژوهش در نظر گرفته می شوند؛ که شامل 57 دانش آموز پسر و 55 دانش آموز دختر می باشند.

ابزار اندازه گیری

اخنباخ پس از ده ها سال تجربه کاری با کودکان و نوجوانانی که دچار اختلال های رفتاری بودند یک نظام سنجش شامل مجموعه ای از فرم ها برای سنجش آسان و مقرون به صرفه توانمندی ها و کنش کارکرد انطباقی و مشکلات عاطفی- رفتاری اتخاذ کرد. با استفاده از این فرم ها می توان در ارتباط با طیف وسیعی از توانمندی ها، کارکرد انطباقی و مشکلات عاطفی- رفتاری یافته های استاندارد بدست آورد.

سیاهه رفتاری کودک^{۱۷} و فرم گزارش معلم^{۱۸} فرم های موازی شده ای هستند که انجام ارزیابی های مکمل را از نظر ویژگی های مختلف راجع به کودک تسهیل می کند. به خاطر اینکه هیچ منبعی به تنهایی نمی تواند اطلاعات دقیق و کامل فراهم نماید، لذا سنجش جامع مستلزم بهره گیری از چندین منبع اطلاعات است.

پایایی آزمون اخنباخ

مینایی (1384) جهت برآورد ثبات زمانی نمرات مقیاس ها همه فرم ها را در شهر تهران با فاصله زمانی 5 تا 8 هفته توسط 134 نفر از والدین، دانش آموزان و معلمان، مجدداً تکمیل گردید. نمونه ای که برای این منظور مورد استفاده قرار گرفت مرکب از کودکان عادی و کودکان مبتلا به مشکلات عاطفی- رفتاری بوده است. با استفاده از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و آزمون T برای نمونه های وابسته مورد تحلیل قرار گرفت. کلیه ضرایب همبستگی در سطح $P > 0.05$ معنادار هستند.

روایی آزمون اخنباخ (ASEBA)

همبستگی درونی مقایسه ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و براساس کل نمونه هنجاریابی توسط مینایی در سال 1384 در شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب حاصله نماها در سطح $P > 0.05$ از لحاظ آماری معنادار هستند.

شیوه جمع آوری داده ها

جهت جمع آوری داده های پژوهش با هماهنگی سازمان آموزش و پرورش استان سیستان و بلوچستان به مدارس مورد نظر مراجعه می شود. از آنجا که در این تحقیق از فرم والدین جهت جمع آوری اطلاعات استفاده می شود، از والدین به منظور تکمیل پرسشنامه ها در مدرسه دعوت به عمل می آید. محقق در اینجا نیز پس از معرفی خود و در میان گذاشتن هدف پژوهش با اولیای کودک از آنها می خواهد تا پرسشنامه های مورد نظر را تکمیل کنند.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

جهت تحلیل داده های این پژوهش از آمار توصیفی در غالب جداول فراوانی، نمودار ستونی، محاسبه میانگین نمرات آزمودنیها جهت توصیف نمونه ها استفاده خواهد شد. و همچنین از T همبسته برای آزمون معنادار بودن تفاوت میان دو گروه استفاده خواهد شد.

تعاریف واژه ها و اصطلاحات

17. CBCL

18. TRF

تعاریف نظری متغیرها

اختلال رفتاری: رفتارهای گوناگون افراطی، مزمن و انحرافی که گسترهی آن شامل اعمال تهاجمی یا برانگیختگی ناگهانی تا اعمال افسرده گونه و گوشه گیرانه می باشد و بروز آنها به دور از انتظار مشاهده کننده است، به طوری که وی آرزوی توقف این گونه رفتارها را دارد (گروبارد، 1973؛ به نقل از سیف نراقی، 1373).

دانش آموز با آسیب شنوایی: دانش آموزی است که اختلال شنوایی اش از فرآیند پردازش موفقیت آمیز اطلاعات کلامی که از طریق شنیدن بدست می آید، چه با سمعک و چه بدون سمعک جلوگیری می کند (کافمن به نقل از جوادیان، 1378).

تعاریف عملیاتی متغیرها

اختلال رفتاری: در این تحقیق منظور نمره ای است که فرد در آزمون آخنباخ (فرم والدین) بدست می آورد و بالاتر از خط برش قرار می گیرد.

دانش آموز با آسیب شنوایی: منظور از دانش آموز با آسیب شنوایی در این پژوهش، دانش آموزانی هستند که در سال تحصیلی 91-1390 در مدارس ویژه ناشنوایان مقطع ابتدایی استان سیستان و بلوچستان مشغول به تحصیل می باشند.

محدودیت های تحقیق

کمبود منابع کافی داخلی

افت آزمودنی ها

مشکلات احتمالی ناشی از بی سوادی والدین در پر کردن فرم آزمون

نتایج تحقیق

در این فصل نتایج به دست آمده از تحلیل داده ها که در فصل چهار ارائه گردید مورد بحث و بررسی قرار می گیرد و تبیین های احتمالی برای نتایج به دست آمده مطرح می شود، در ادامه بر مبنای نتایج به دست آمده کاربرد یافته های تحقیق جهت استفاده ی دست اندرکاران تعلیم و تربیت ارائه می گردد. سپس جهت هدایت پژوهش های آتی پیشنهادهای تحقیقی ارائه می شوند و سرانجام محدودیت های پژوهش ذکر می گردد.

سوال های پژوهش

سوال اول: میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان ناشنوا دختر و پسر مدارس ویژه ابتدایی استان خراسان جنوبی به چه میزان است؟

همانطور که گفته شد به منظور بررسی میزان اختلالات رفتاری در دانش آموزان ناشنوا نمرات خام به دست آمده از طریق پرسش نامه به نمرات استاندارد T تبدیل شده اند.

با توجه به نمرات استاندارد به دست آمده دانش آموزان ناشنوا در هر کدام از زیر گروه های اختلالات رفتاری ناشنوایان (دختر و پسر) از حیث اکثریت زیر گروه های اختلالات رفتاری در دامنه (بالینی و مرزی) قرار دارند. چرا که اکثریت نمرات استاندارد به دست آمده برای آنها در هر کدام از زیر گروه های اختلالات رفتاری در این دامنه قرار می گیرند.

براساس نمرات T به دست آمده (جدول 4-4) نمرات دختران در (اضطراب/افسردگی)، (گوشه‌گیری/افسردگی)، (مشکلات تفکر)، (شکایات جسمانی)، و (درونی سازی) از پسران بالاتر است و نمرات پسران در (مشکلات اجتماعی)، (مشکلات توجه)، (رفتار قانون شکنی)، (رفتار پرخاشگری) و (برونی سازی) نسبت به دختران بالاتر است.

این یافته را می‌توان همسو با پژوهش‌های وستانیس¹⁹ (1997)، ون‌الدیک (2004)، ون‌الدیک (2005)، اردوغان و همکارانش (2006) و بارکر (2009) و مخالف با یافته سینکونن (1994) دانست.

وستانیس و دیگران (1997) در پژوهشی که بر روی 84 دانش‌آموز 5 تا 16 ساله انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که گزارش‌های والدین از فراوانی مشکلات رفتاری درون‌زا و برون‌زا از فرزندان بسیار بالا می‌باشد. در این مطالعه آنها به این نتیجه رسیدند، که بیشتر از 77٪ این دانش‌آموزان مشکلات شدید رفتاری و هیجانی دارند.

ون‌الدیک در سال 2005 با استفاده از فرم خود گزارشگری (CBCL)²⁰ در 202 نوجوان 11 تا 18 ساله ناشنوا به این نتیجه دست یافت که شیوع میزان مشکلات درون‌زا و برون‌زا در دانش‌آموزان ناشنوا 2 تا 3 برابر گروه همتای عادی خود است.

اردوغان²¹ و همکارانش (2006) در بررسی که با استفاده از چک لیست (CBCL) بر روی 72 دانش‌آموز ناشنوا (6 تا 18 ساله) و 45 دانش‌آموز عادی هم‌تا شده به عنوان گروه مقایسه انجام داد، به این نتیجه رسید که بین دانش‌آموزان ناشنوا و عادی از حیث میزان اختلال‌های رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد.

بارکر و همکارانش در پژوهشی که در سال 2009 در دانشگاه کمبریج بر روی دانش‌آموزان ناشنوا انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که میزان مشکلات رفتاری در کودکان ناشنوا در مقایسه با کودکان عادی هم‌تا بالاتر است. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که بین زبان و توجه و مشکلات رفتاری کودکان رابطه مستقیم وجود دارد. به نوعی که وجود مشکل در زبان، (که مشکل عمده ناشنوایان است) باعث افزایش میزان مشکلات رفتاری در این قشر از دانش‌آموزان شده است (بارکر و همکاران، 2009).

سینکونن²² (1994) با استفاده از فرم اطلاعات معلم در بررسی که بر روی کودکان 5-13 انجام داد به این نتیجه رسید که تفاوت بین میزان مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ناشنوا در مقایسه با گروه عادی هم‌تا به صورت معناداری نیست و این دو گروه از این حیث در یک سطح قرار دارند. رشد اجتماعی و شخصیتی در جمعیت شنوا، شدیداً به سطح ارتباط آنها وابسته است. این موضوع در مورد ناشنوایان نیز صادق است. شخص شنوا، در یافتن مردمی است که با آنها ارتباط برقرار کند و در این مسئله به مشکل بر نمی‌خورد، اما شخص ناشنوا ممکن است در پیدا کردن افرادی که بتواند با آنها گفتگو کند، با مشکلاتی مواجه شود.

¹⁹. Vostanis

²⁰. Child Behavior Checklist

²¹. Erdogan

²². Sinkkonen

تحقیقات نشان داده اند که بسیاری از افراد ناشنوا، در خطر تنهایی قرار دارند (هالاهاان و کافمن، 2002، ترجمه علیزاده، صابری، هاشمی، محی الدین، 1388).

سوال دوم: آیا بین میزان اختلالات رفتاری در دانش آموزان ناشنوا دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود دارد؟

با توجه به جدول (7-4) درمی یابیم که به دلیل رد فرض صفر بین دختر و پسر در متغیرهای زیر تفاوت معناداری وجود دارد. اضطراب/افسردگی، گوشه گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگری و اختلالات درون سازی و برون سازی نیز به طور کلی بین دو جنس دارای تفاوت بودند.

همچنین در متغیرهای "مشکلات تفکر و مشکلات توجه" تفاوت معناداری بین دختر و پسر وجود ندارد چراکه دلیلی برای رد فرض صفر وجود نداشته است.

اما می خواهیم دریابیم در متغیرهایی که تفاوت بین دختر و پسر وجود دارد، آیا نمرات دختران بیشتر است یا پسران برای این منظور کافی است میانگین نمرات دختران و پسران در متغیرهای مورد مطالعه مشخص شوند. براساس این میانگین ها و نتیجه آماری بدست آمده در مورد فرض صفر می توانیم دست به قضاوت جهت دار بزنیم. مقادیر میانگین بین دختران و پسران در جدول زیر مشاهده می شود.

| نام اختلال | اضطراب/ افسردگی | گوشه گیری/ افسردگی | شکایات جسمانی | مشکلات اجتماعی |
|----------------------|-----------------|--------------------|------------------|----------------|
| میانگین نمرات پسران | 54.78 | 49 | 65.43 | 67.9 |
| میانگین نمرات دختران | 68.02 | 56.6 | 69.3 | 53.71 |
| نام اختلال | مشکلات تفکر | مشکلات توجه | رفتار قانون شکنی | رفتار پرخاشگری |
| میانگین نمرات پسران | 45.5 | 56.42 | 70.24 | 69.73 |
| میانگین نمرات دختران | 47.7 | 55.4 | 56.4 | 50.4 |
| نام اختلال | درون سازی | برون سازی | | |
| میانگین نمرات پسران | 58.67 | 69.43 | | |
| میانگین نمرات دختران | 67.6 | 52.45 | | |

با توجه به نتایج مندرج در جدول نتیجه گیری های زیر بیان جهت دار تفاوت بین دختران و پسران است.

در اختلالات اضطراب/ افسردگی، گوشه گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی، و همچنین اختلالات درون سازی به طور کلی میانگین نمرات دختران بیشتر از پسران است.

در اختلالات مشکلات اجتماعی، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگری و اختلالات برون سازی به طور کلی میانگین نمرات پسران بیشتر از دختران است.

به طور کلی میانگین نمره اختلال شکایات جسمانی (69.3) در دختران و میانگین نمره اختلال رفتار قانون شکنی (70.24) در پسران از سایر اختلالات بیشتر بوده است.

راتر و همکاران (1965) در مطالعه ای تحت عنوان "همه گیر شناسی اختلالات رفتاری در کودکان 10 و 12 ساله انگلیسی" میزان شیوع این اختلالات را به طور کلی 6/8 درصد به دست آوردند. که میزان آن در پسران بیش از دختران بدست آمد. گادیت²³ (2001) در بررسی میزان اختلالات رفتاری دانش آموزان دختر و پسر دبستانی پاکستان میزان این شیوع را در دختران 4/26 و در پسران 5/13 درصد بدست آورده است. میرزایی (1379) میزان شیوع را در دختران 4/15 درصد و در پسران میزان شیوع را 5/4 درصد در کودکان 6 تا 12 ساله مدارس ابتدایی شهر قزوین و رجبی (1379) این شیوع را معادل 5/47 درصد در میان دانش آموزان شهر مذکور به دست آورده است. بنابراین، نتایج حاصل از این تحقیق در خصوص میزان اختلالات رفتاری دانش آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی استان خراسان جنوبی با نتایج تحقیقات اشاره شده همخوانی دارد.

علاوه بر این، نتایج به دست آمده در پژوهش های انجام شده توسط میرزایی (1379)، راتر (1983) و وولف (1980) میزان اختلالات رفتاری در پسران را بیشتر از دختران عنوان داشته اند که یافته های تحقیق حاضر نیز نشان می دهد که میزان شیوع اختلالات رفتاری در پسران بیش از دختران است. در عین حال، یافته های مطالعه های پیشین مشخص نمود که بیشترین میزان شیوع اختلالات متعلق به کودکان 8 ساله (19 درصد) و سپس 11 ساله (16/9 درصد) بوده است. این یافته در نتایج به دست آمده توسط میرزایی (1379)، رجبی (1379)، راتر (1965)، کیتلمن و همکاران (1985)، نیکاپوتا (1991) و گادیت (2001) که بیشترین میزان شیوع اختلالات را در بین سنین 8 تا 12 ساله اعلام نموده اند، دیده شده است.

نتایج تحقیقات انجام شده توسط نیکاپوتا (1991) و دژکام (1371) نشان داده است که میزان شیوع اختلالات رفتاری در پایه های چهارم و پنجم دبستان بیش از سایر پایه های مقطع ابتدایی است. یافته های این مطالعه همچنین نشان داد که بالاترین میزان اختلالات رفتاری مربوط به پایه های پنجم (24/3 درصد) و چهارم (19/8 درصد) می باشد. قابل ذکر است که در اکثر تحقیقات شیوع شناسی، به پایه تحصیلی توجه نشده است. نتایج به دست آمده توسط علیخانی (1376) این مساله را تأیید نموده است که بین شغل والدین و اختلالات رفتاری رابطه وجود دارد، به نحوی که کمترین میزان اختلال مربوط به دانش آموزانی است که والدین آنها مشاغل کشاورزی و دامپروری دارند و بیشترین میزان، مربوط به دانش آموزانی است

که والدین آنها مشاغل آزاد دارند. در تحقیق انجام شده توسط شمس اسفندآباد (1380) نیز بر وجود رابطه بین شغل والدین با اختلالات رفتاری تاکید شده است.

همچنین یافته های پیشین در مطالعات نشان داده اند که بین رتبه تولد و میزان اختلالات رفتاری رابطه وجود دارد. بدین صورت که بالاترین میزان شیوع مربوط به فرزندان اول و دوم، و کمترین میزان آن مربوط به فرزندان ششم و بالاتر است. این در حالی است که یافته های دژکام (1371) و سالاری (1374) عدم ارتباط بین ترتیب تولد و اختلالات رفتاری را تایید نموده اند، علاوه بر آن در اغلب تحقیقات شیوع شناسی این مسأله بررسی نشده است.

سوال سوم: آیا میزان اختلالات رفتاری درون سازی در مقایسه با اختلالات رفتاری برون سازی در دانش آموزان دختر ناشنوا و دانش آموزان پسر ناشنوا متفاوت است؟

براساس جدول (8-4) بین میزان اختلال های رفتاری درون زا و برون زا در دانش آموزان دختر تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین نمرات، دانش آموزان دختر در اختلالات رفتاری درون سازی نسبت به اختلالات رفتاری برون سازی، نمره ی بالاتری کسب کردند.

همچنین براساس اطلاعات جدول (8-4) بین میزان اختلال های رفتاری درون زا و برون زا در دانش آموزان پسر تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین نمرات، دانش آموزان پسر در اختلالات رفتاری برون سازی نسبت به اختلالات رفتاری درون سازی، نمره ی بالاتری کسب کردند.

همانطور که نتایج این پژوهش نشان داد، دختران نسبت به پسران مشکلات رفتاری درونی سازی (یا همان درون زا) بیشتری نسبت به پسران نشان می دهند. این یافته همسو با اکثریت پژوهش هایی است که به بررسی میزان مشکلات رفتاری در دو جنس پسر و دختر پرداخته اند، از جمله، البرزی و سامانی (1376)، شکتمن (1970)، دوان (1971)، ولاد (1977)، کواي (1986)، وتیسکو (1995)، کینارد (1995) و بارکلی (1997) است و این یافته مخالف با یافته کندال (2000) می باشد.

باردویک²⁴ و دوان²⁵ (1971)، به نقل از البرزی و خیر، (1379) اظهار می دارند که طی مطالعات طولی که در زمینه ویژگی های رفتاری دختران و پسران صورت گرفته مشخص گردیده که رفتارهای برون زا و پرخاشگری در پسران و وابستگی و انفعالی رفتار کردن در دختران در طول زندگی این دو گروه به صورت ثابت نشان داده می شود. گرچه با افزایش سن این امکان وجود دارد که شکل آن تغییر یابد.

میلینگ کینارد²⁶ (1995؛ به نقل از البرزی و خیر، 1379) اظهار می دارد که رفتارهای برون بیشتر در پسران قابل مشاهده است پسران بطور معمول این رفتارها را در خانه و مدرسه نشان می دهند دختران به علت رفتارهای درونی مانند اضطراب و یا

²⁴. Bard Wik

²⁵. Douvan

²⁶. Milling Kinard

افسردگی کمتر قابل شناسایی هستند. این موضوع خالی از وجود نگرش های کلیشه ای نسبت به عادی بودن چنین رفتارهایی در مقایسه با سازه های برونی مثل پرخاشگری است.

بررسی های کودکان آفریقایی- امریکایی (رنیسکو، رزگای و وگان، 1995؛ به نقل از کندال، 2000) به تمایز جنس اشاره دارد. اکثر دختران اختلالات درون زا را گزارش می کنند در حالیکه اکثر پسران مشکلات برونزا نشان می دهند (کوای، 1986؛ به نقل از کندال، 2000) برای مثال پسران دو برابر دختران (بارکلی، 1970؛ به نقل از کندال، 2000).

در برخی مواقع در دختران و پسران 9 تا 13 سال وقوع یک اختلال درون زا بین دو جنس برابر است (کندال، 2000).

به نظر می رسد مشکلاتی شبیه به مشکلات به برون زا (پرخاشگری، رفتار قانون شکنانه، مشکلات اجتماعی و...) بیشتر با ویژگی های شخصیتی پسران در ارتباط است. در ایران پسران بیشتر به رفتار هایی تشویق می شوند که پسرانه است. پسران بیشتر از دختران اجازه خودنمایی و برون ریزی دارند تا دختران. شاید در توجیه این یافته بتوان گفت که تربیت متفاوت دختران نسبت به پسران نقش مهمی در نوع اختلال رفتاری دختران و پسران ایفا می کند. والدین معمولا در برابر رفتارهای پرخاشگرانه و انفعالی دخترانشان واکنش بیشتری نشان می دهند تا پسرانشان. رفتار پرخاشگرانه یک دختر بچه قطعا از نظر اذهان عمومی نسبت به رفتار پرخاشگرانه یک پسر بچه نامعمول تر به نظر می رسد و در این رهگذر دختر چاره ای جز درونی سازی و افسردگی نخواهد داشت. از سوی دیگر می توان تاثیر سرشت را دخیل دانست. سرشت و طبیعت پسران و مردان بیشتر با رفتارهای برون سازی زا عجین است تا با رفتار های درون زا مثل افسردگی و اضطراب، بر اساس قانون تکامل داروین مردها در طول تاریخ و سیر تکاملی خود روحیه غالب را داشته اند. و می توان گفت این روحیه رو به سمت اختلال های رفتاری برون سازی (مثلا پرخاشگری) دارد تا به سمت اختلال های رفتاری درون سازی (مثلا گوشه گیری) داشته باشد.

نتیجه گیری

در برخی پژوهش های انجام شده در کشور و خارج از کشور در ارتباط با موضوع، عوامل و متغیرهای دیگری از جمله نقش مواردی همچون طلاق و جدایی والدین، فوت والدین یا یکی از آنها، وضعیت اقتصادی خانواده، طبقه اجتماعی، نقش دوستان و همسالان، ناسازگاری درون خانواده، نوع برخورد والدین، جمعیت خانواده، بیماری جسمی، وضع انضباط خانواده، رفتار معلمان و عوامل مدرسه، روابط عاطفی و نظایر آن بررسی شده است که در این تحقیق این عوامل مطالعه نشده اند.

البته نتایج حاصله از تحقیقات اشاره شده بطور کلی حاکی از تایید تاثیر این عوامل در بروز و شدت بخشیدن به اختلالات رفتاری است.

با عنایت به میزان شیوع اختلالات رفتاری، روشهای مداخله ای ویژه ای به منظور کاهش میزان این اختلالات ارائه شده است. این روشها شامل پیشگیری (آموزش و...) و مداخله های درمانی است، که آموزش کودکان در زمینه مهارتهای عملکردی، سازگاران، افزایش شایستگی، آموزش مهارتهای حل مسئله، مهارتهای کنترل خود و سایر مهارتهای فردی و اجتماعی، آموزش مهارتهای فرزندپروری به والدین و آموزش معلمان و دست اندرکاران تعلیم و تربیت کودکان، حذف خطرات روان شناختی محیط، تغییر عوامل و محرکها و تامین امکانات مادی و آموزشی لازم می باشد.

فهرست منابع:

- 1) آزاد، حسین (1379). "اختلالات سلوکی و رویکردهای سبب شناختی آنها " فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی . دوره دوم، شماره 8-7. ص 51-78
- 2) اسلامبولچی مقدم، علی (1370). "بررسی علل ناسازگاری دانش آموزان دوره ابتدایی شهر تهران " پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، دانشکده علوم تربیتی.
- 3) البرزی، شهلا، خیر، محمد (1379). "انطباق و هنجاریابی پرسشنامه نیمرخ جهت کودکان شیرازی " دانشکده علوم تربیتی و BRP درجه بندی رفتار روانشناسی دانشگاه شیراز.
- 4) البرزی، شهلا، خیر، محمد (1382). مقایسه ارزشیابی رفتار دانش آموز توسط والدین، معلم و خود او " مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز . دوره بیستم ، شماره اول . ص 28
- 5) البرزی، شهلا، سامانی، سیامک (1376). " برسی و مقایسه اختلالات رفتاری در میان دانش آموزان دختر و پسر دوره ابتدایی مدارس شیراز " . سومین سمینار سراسری اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان.
- 6) احدی، حسن و کاکاوند، علیرضا (1382)، اختلالهای یادگیری از نظریه تا عمل. تهران: انتشارات ارسباران.
- 7) بیابانگرد، اسماعیل (1384)، روشهای تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی تهران : دوران.
- 8) تبریزی، مصطفی (1380)، درمان اختلالات خواندن، تهران: اروین چاپ
- 9) توزجانی، مهدیه. بررسی مشکلات رفتاری دانش آموزان سندرم داون از نظر والدین و معلمان، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شیراز.
- 10) دادستان، پریخ. 1370، روانشناسی مرضی تحولی، تهران، انتشارات سمت.
- 11) دژکام، محمود (1371). "بررسی میزان شیوع اختلال سلوک و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان کلاس های چهارم و پنجم ابتدایی مدارس شهر قم. " خلاصه مقالات اولین سمینار سراسری برسی و علل پیشگیری اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان زنجان ".
- 12) سادات ، سید نصر ا... (1377). " مقایسه دانش اموزان با مشکل رفتاری کم و مشکل رفتاری زیاد درزمینه پیشرفت تحصیلی در پایه پنجم ابتدایی شیراز " پاینان نامه کارشناسی ارشد، شیراز ، دانشگاه شیراز ".
- 13) ساراسون، ایرون جی، ساراسون، باربارا آر (1382). روانشناسی مرضی. ترجمه: نجاریان، بهمن. اصغر ی مقدم، محمد علی. دهقانی، محسن. چاپ سوم، انتشارات رشد.
- 14) ستوده، هدایت الله (1373) آسیب اجتماعی. تهران: انتشارات آوای نور، چاپ پنجم، 1378.

- 15) سلیکوویتس، مارک (1998). نارسا خوانی و سایر مشکلات یادگیری. ترجمه فاضلی عصمت. تهران: انتشارات یسطرون. چاپ اول.
- 16) سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت الله. (1373) اختلالات رفتاری کودکان و روشهای اصلاح و ترمیم آن.
- 17) سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت الله (1370). آموزش و پرورش کودکان استثنایی، تهران: دانشگاه پیام نور.
- 18) سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت الله ؛ (1381)، نارسایی ویژه در یادگیری؛ تهران انتشارات مکیال.
- 19) سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت الله؛ (1379)، اختلالات رفتاری کودکان و روشهای اصلاح و ترمیم آن، تهران: انتشارات بدر.
- 20) سرمد، بازرگان، حجازی. (1384)، روشهای تحقیق در علوم رفتاری، تهران: انتشارات آگاه.
- 21) شریفی در آمدی، پرویز (1381)، روانشناسی کودکان استثنایی، انتشارات روانسنجی، چاپ اول.