

بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان ۳ تا ۶ ساله مهدهای کودک و کلاس های آمادگی تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر همدان

ژیلا ساجدی*، کاظم ضرابیان**، عفت صادقیان***

دریافت: ۸۹/۱/۳۰، پذیرش: ۸۹/۹/۲۸

چکیده:

مقدمه و هدف: کودکان به عنوان یکی از گروههای سنی آسیب پذیر در معرض انواع اختلالات روانشناختی قرار دارند. عوامل آسیب پذیری در این سنین به فرآیند فعال رشد و مقتضیات خاص مراحل آن از یکطرف و کنترل شرایط محیطی و موقعیتی کودک توسط بزرگسالان از طرف دیگر نسبت داده می شود.

روش کار: این پژوهش که یک مطالعه توصیفی - مقطعی می باشد با هدف بررسی شیوع مشکلات رفتاری کودکان ۳ تا ۶ ساله مهدهای کودک و کلاس های آمادگی تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر همدان انجام گرفته است. حجم نمونه ۴۰۰ نفر می باشد که از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای استفاده شده است. ابزار گردآوری داده ها فرم مصاحبه ای شامل دو بخش می باشد که بخش اول شامل ۷ سوال در رابطه با مشخصات دموگرافیک است و بخش دوم شامل چک لیست مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی ویژه والدین مورد استفاده قرار گرفته است و شامل ۲۴ سوال که مشکلاتی چون نقص توجه، ترس، اشکال در رفتار اجتماعی و پرخاشگری را می سنجد. محیط پژوهش مهدهای کودک و کلاسهای آمادگی تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر همدان میباشد و از روش آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شده است.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که شیوع نقص توجه ۱۵ درصد، ترس ۱۷/۵ درصد، پرخاشگری ۱۵/۵ درصد و اشکال در رفتار اجتماعی ۶/۷۵ درصد بوده است و مقایسه میانگین نمرات در سنین مختلف و در پسران و دختران تفاوت معنی داری را نشان می دهد.

نتیجه نهایی: با توجه با شیوع بالای مشکلات رفتاری و تاثیرات منفی بر رفتار اجتماعی و تحصیلی کودکان و نوجوانان، لذا مداخلات اولیه جهت پیشگیری که بر درمان آن ارجح می باشد، توصیه می شود.

کلید واژه ها: اشکال در رفتار اجتماعی / پرخاشگری / ترس / کودکان / نقص توجه

مقدمه:

کودکان به خدمات بهداشت روانی احتیاج دارند و شواهد همه گیر شناسی اخیر نشان می دهد که ۱۵ الی ۲۲ درصد از کودکان مشکلات عاطفی یا رفتاری را به شدتی تجربه می کنند که مستلزم درمان می باشد با این وجود کمتر از ۲۰ درصد از این کودکان واقعا" درمانی را که شدیداً" به آن نیاز دارند دریافت می کنند و نقص توجه، ترس، پرخاشگری و اشکال در روابط اجتماعی بخش عمده این مشکلات عاطفی یا رفتاری را تشکیل می دهد(۲).

کودکان به عنوان یکی از گروههای سنی آسیب پذیر در معرض انواع اختلالات روانشناختی قرار دارند. عوامل آسیب پذیری در این سنین به فرآیند فعال رشد و مقتضیات خاص مراحل آن از یک طرف و کنترل شرایط محیطی و موقعیتی کودک توسط بزرگسالان از طرف دیگر نسبت داده می شود (۱).

طبق مطالعات معتبر در حدود ۱۰ الی ۲۰ درصد از

* عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی همدان

*** عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی همدان(sadeghian_e@umsha.ac.ir)

چندین ماه و بدون مشکلات روابط خانوادگی و محیطی ادامه یابد ارجاع به موقع کودک به درمانگر حداقل از عوارض جانبی جلوگیری می کند (۷).

این مشکلات رفتاری در دوران کودکی تاثیرات منفی بر رفتار اجتماعی و تحصیلی کودک و نوجوان می گذارد. لذا مداخلات اولیه جهت پیشگیری از توسعه این مشکلات بسیار با اهمیت تر از درمان آن می باشد (۸).

تشخیص به موقع این اختلالات جهت آموزش به والدین و همچنین آموزش به کودکان جهت برقراری ارتباط صحیح با کودکان دیگر و همچنین آموزش مسئولین مهدهای کودک و کلاسهای آمادگی جهت ارجاع به موقع این کودکان به سرویس های مشاوره حائز اهمیت می باشد. لذا تحقیقی با هدف تعیین شیوع مشکلات رفتاری کودکان ۳ تا ۶ ساله مهدهای کودک و کلاسهای آمادگی تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر همدان سال ۱۳۸۱ صورت گرفت.

روش کار:

در این مطالعه توصیفی و مقطعی ۴۰۰ کودک که به تفکیک و به ترتیب از سنین ۳، ۴، ۵ و ۶ سال بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده ها چک لیست مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی ویژه والدین که توسط شهیم و یوسفی در سال ۱۳۷۷ هنجاریابی و از نظر اعتبار، روایی و پایایی نیز بررسی گردیده است می باشد. چک لیست حاوی سوالات درجه بندی شده سه نمره ای دارای سه پاسخ بیشتر اوقات، بعضی اوقات و هرگز با نمرات ۲، ۱ و صفر می باشد و شامل بیست و چهار عبارت است که دارای محتوی مثبت و منفی می باشد. عبارات منفی در جهت معکوس عبارات مثبت نمره گذاری می شود (۷).

نحوه جمع آوری اطلاعات بدین گونه بود که پس از مشخص شدن واحدهای مورد پژوهش دعوت نامه از طرف مسئولین مهدکودک و کلاسهای آمادگی برای مادران فرستاده شد و هدف از دعوت آنها در فرم مربوطه توضیح داده شد و سپس چک لیست بصورت مصاحبه با مادر توسط پرسشگر که از قبل آموزش دیده تکمیل گردید.

کودکان دارای نقص توجه با علائمی چون ناتوانی در توجه، فراموشی که منجر به اختلال در عملکرد آموزشی و وظایف محوله، بی میلی یا طفره رفتن از درگیر شدن در تکالیفی که مستلزم حفظ تلاش ذهنی است، مشخص می باشند (۳). کودکان دارای رفتارهای پرخاشگرانه بخش مهمی از تمام مراجعین کودک برای دریافت خدمات روانشناختی را تشکیل می دهند. بویژه از این نقطه نظر که پرخاشگری در طی زمان ثابت است و در رشد اجتماعی طبیعی و روابط با همسالان مداخله می کند و پیش آگهی آن ناسازگاری اجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی است و در بررسی های انجام گرفته نشان داده شده است که پرخاشگری در سالهای اولیه و در دوران کودکی با مشکلات یادگیری و بزهکاری رابطه مستقیم دارد (۴). ترس ها نیز اگر چه جزء لاینفک زندگی دوران کودکی بوده و نشانگر روند رشد طبیعی کودک هستند اما اگر ترس ها شدید باشد، مزمن شده باشد و مشکلاتی در زندگی والدین و یا کودک ایجاد کرده باشد مستلزم اقدامات درمانی فوری است (۳). توجه خاص متخصصین روانشناسی به کودکانی که اشکال در روابط اجتماعی دارند بویژه از این نقطه نظر که از لحاظ اجتماعی خجالتی و کناره جو می باشند مبتنی بر بررسی هایی است که نشان می دهد که روابط رضایت بخش با گروه هم سن و سال در دوران کودکی، نقش حیاتی در رشد روابط اجتماعی در اواخر نوجوانی و بزرگسالی دارد (۵).

پیندا و همکاران (۲۰۰۱) دریافتند که مشکلات رفتاری در کودکان ۵-۳ سال بیشتر بصورت پرخاشگری، ترس و رفتارهای تهاجمی بوده و تاثیرات منفی بر رفتار اجتماعی و تحصیلی در دوران نوجوانی به جای می گذارد و در ضمن عدم شناخت والدین و محسوب نمودن این رفتارها به عنوان رفتارهای طبیعی دوران کودکی مشکلات کودکان را تشدید نموده است (۶).

بعضی از روانشناسان معتقدند بسیاری از مشکلات در دوران پیش دبستانی جنبه تحولی داشته و خودبخود برطرف می شود. این گفته در مورد برخی از رفتارهای کودکان صادق است، اما اگر مشکلات رفتاری برای

در این پژوهش جهت توصیف داده ها از روش های آمار توصیفی و همچنین روشهای آمار استنباطی جهت آزمون فرضیه های پژوهش شامل آزمون تحلیل واریانس (ANOVA) و T استودنت با سطوح معنی داری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شده است.

نتایج:

نتایج این مطالعه نشان داد اکثریت واحدها (۹۹/۲۵ درصد) معلولیت جسمی نداشته اند، اکثریت واحدها (۹۶/۲۵ درصد) درمان دارویی نداشته اند، اکثریت (۹۶/۷۵ درصد) با هر دو والدین زندگی می کردند، نیمی از نمونه مورد بررسی دختر و نیمی دیگر پسر بود ه اند، اکثریت

(۹۹/۵ درصد) معلولیت ذهنی و روانی نداشته اند، اکثریت (۹۷/۵ درصد) سابقه مراجعه به روانپزشک، روانشناس و متخصص اعصاب کودکان نداشتند. فراوانی نقص توجه در بین کودکان ۱۵ درصد بوده است، ترس ۱۷/۵ درصد بوده است، پرخاشگری ۱۵/۵ درصد بوده است، اشکال در رفتار اجتماعی ۶/۷۵ درصد بوده است. در رابطه با مقایسه میانگین نقص توجه در کودکان ۶ ساله پسر و دختر تفاوت معنی دار نبوده است، در کودکان ۵ ساله تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد، در کودکان ۴ سال تفاوت معنی داری وجود ندارد، در ۳ ساله ها نیز تفاوتی از نظر میانگین نمرات دو گروه مشاهده نشد (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نقص توجه، ترس، پرخاشگری و اشکال در رفتار اجتماعی بر حسب سن و جنس واحدهای

مورد پژوهش

سن	مقیاس	جنس	میانگین	انحراف معیار	نتایج آزمون
۶ سال	نقص توجه	دختر	۴/۹۵۶	۲/۹۳۸	t=۰/۵۶۵
		پسر	۴/۶۰۰	۳/۲۹۸	p>۰/۰۵
		دختر	۲/۰۷۰	۱/۶۹۶	t=۰/۳۸
	ترس	پسر	۲/۱۹۶	۱/۵۸۸	p>۰/۰۵
		دختر	۴/۹۵۶	۲/۹۴۶	t=۳/۲۶
		پسر	۳/۲۱۷	۲/۳۰۵	P<۰/۰۱
۵ سال	اشکال در رفتار اجتماعی	دختر	۰/۶۲۲	۰/۶۸۴	t=۰/۳۶۹
		پسر	۰/۵۷۴	۰/۶۲۳	p>۰/۰۵
		دختر	۳/۵۷۸	۲/۴۳۰	t=۲/۷۵
	نقص توجه	پسر	۵/۱۱۲	۳/۰۶۲	P<۰/۰۱
		دختر	۲/۱۷۵	۱/۸۹۵	t=۰/۳۷
		پسر	۲/۰۴۶	۱/۵۱۷	p>۰/۰۵
۴ سال	پر خاشگری	دختر	۳/۷۷۱	۱/۹۷۷	t=۲/۵۴
		پسر	۵/۰۲۲	۲/۸۲۸	P<۰/۰۱
		دختر	۰/۵۳۰	۰/۵۹۱	t=۰/۱۳۱
	اشکال در رفتار اجتماعی	پسر	۰/۵۴۵	۰/۵۶۵	p>۰/۰۵
		دختر	۳/۸۶۸	۲/۶۵۳	t=۰/۹۸
		پسر	۴/۴۰۹	۲/۷۹۰	P<۰/۰۵
۳ سال	نقص توجه	دختر	۲/۱۰۵	۱/۶۵۷	t=۱/۴۳
		پسر	۱/۶۷۴	۱/۳۲۲	p>۰/۰۵
		دختر	۴/۲۸۹	۲/۶۵۰	t=۰/۵۳
	پر خاشگری	پسر	۴/۵۹۱	۲/۹۲۰	P>۰/۰۵
		دختر	۰/۶۹۰	۰/۶۷۵	t=۰/۶۵۳
		پسر	۰/۶۰۵	۰/۶۲۳	p>۰/۰۵
۳ سال	نقص توجه	دختر	۳/۹۲۹	۲/۴۶۴	t=۰/۵۸
		پسر	۴/۲۱۲	۲/۳۰۶	p>۰/۰۵
		دختر	۱/۵۰۰	۱/۶۵۳	t=۲/۶۹
	ترس	پسر	۲/۳۳۳	۱/۴۱۴	P<۰/۰۱
		دختر	۴/۲۱۴	۲/۵۱۷	t=۴/۸۹
		پسر	۶/۷۰۴	۲/۵۳۹	P<۰/۰۱
اشکال در رفتار اجتماعی	دختر	۰/۶۴۳	۰/۷۴۵	t=۱/۷۱	
	پسر	۰/۴۱۷	۰/۵۰۴	P<۰/۰۱	

۳ سال و همچنین ۴ سال با ۳ سال تفاوت معنی داری بین نمرات را نشان می دهد مقایسه میانگین نمرات ترس کودکان ۶ سال با ۵ سال و همچنین کودکان ۶ سال با ۴ سال و ۶ سال با ۳ سال تفاوت معنی داری بین نمرات مشاهده نشده است. مقایسه میانگین نمرات ترس کودکان ۵ سال با ۴ سال و همچنین ۵ سال با ۳ سال تفاوت معنی داری را نشان نمی دهد مقایسه میانگین نمرات ترس در کودکان ۴ با ۳ سال تفاوت معنی داری را نشان میدهد مقایسه میانگین نمرات اشکال در رفتار اجتماعی کودکان در کلیه سنین با یکدیگر در هیچیک از گروههای سنی تفاوت معنی دار نبوده است. از نظر مقایسه میانگین نمرات پرخاشگری کودکان ۶ سال با ۴ سال تفاوت معنی داری بین نمرات مشاهده نشده است. اما مقایسه میانگین نمرات پرخاشگری کودکان ۶ سال با ۳ سال تفاوت معنی داری را نشان می دهد. مقایسه میانگین نمرات پرخاشگری کودکان ۵ سال با ۴ سال تفاوت معنی داری را نشان نمی دهد. اما مقایسه میانگین نمرات پرخاشگری کودکان ۵ سال با ۳ سال و همچنین ۴ سال، ۳ سال تفاوت معنی داری را نشان میدهد (جدول ۲ و ۳).

بین میانگین نمرات ترس کودکان ۶ سال پسر و دختر تفاوت معنی دار نبوده است. در ۵ ساله ها تفاوت معنی دار نبوده است. بین کودکان ۴ سال تفاوت معنی دار نبوده است. در کودکان ۳ سال تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان داد (جدول ۱). بین میانگین نمرات پرخاشگری کودکان ۶ سال پسر و دختر تفاوت معنی دار بوده است. در کودکان ۵ سال نتایج نشان داد که بین نمرات پسران و دختران تفاوت معنی دار بوده است. در کودکان ۴ سال تفاوت معنی دار نبوده است. در کودکان ۳ سال نتایج نشان داد که تفاوت معنی دار بوده است (جدول ۱). بین میانگین نمرات اشکال در رفتار اجتماعی کودکان ۶ سال پسر و دختر تفاوت معنی دار نبوده است. تفاوت معنی داری در کودکان ۵ سال از نظر اشکال در رفتار اجتماعی مشاهده نشده است. در کودکان ۴ سال تفاوت معنی دار نبوده است. در کودکان ۳ سال تفاوت معنی دار نبوده است (جدول ۱). با مقایسه میانگین نمرات نقص توجه کودکان ۶ سال با ۵ سال، ۶ سال با ۴ سال و ۶ سال با ۳ سال تفاوت معنی داری بین نمرات دو گروه مشاهده نشده است. مقایسه میانگین نمرات نقص توجه کودکان ۵ سال با ۴ سال نیز تفاوت معنی داری را بین نمرات نشان نداد. اما مقایسه میانگین نمرات نقص توجه کودکان ۵ سال با

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار بر حسب سن و اختلال رفتاری واحدهای مورد پژوهش

سن	اختلال							
	نقص توجه		ترس		پر خاشگری		اشکال در رفتار اجتماعی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۶ سال	۴/۷۶۰	۳/۱۳۱	۲/۱۳۸	۱/۶۳۰	۴/۶۵۰	۲/۹۹۳	۰/۵۹۶	۰/۶۵۳
۵ سال	۴/۱۳۷	۲/۸۷۲	۲/۱۰۸	۱/۷۰۴	۴/۴۱۹	۲/۵۲۷	۰/۵۳۸	۰/۵۷۷
۴ سال	۴/۱۵۹	۲/۷۲۴	۱/۸۷۷	۱/۴۹۵	۴/۴۵۱	۲/۸۷۵	۰/۵۸۰	۰/۶۳۰
۳ سال	۵/۵۳۷	۲/۹۰۸	۲/۰۴۹	۱/۵۳۲	۵/۸۵۴	۲/۷۷۱	۰/۵۰۰	۰/۶۰۴

جدول ۳- نتایج آزمون مقایسه میانگین و انحراف استاندارد بین سنین مختلف واحدهای مورد پژوهش

سن	نتایج آزمون							
	نقص توجه		ترس		پر خاشگری		اشکال در رفتار اجتماعی	
	P	T	P	T	P	T	P	T
۶ و ۵ سال	>۰/۰۵	۰/۹۱۰	>۰/۰۵	۰/۱۲۷	>۰/۰۵	۰/۵۸۷	>۰/۰۵	۰/۶۹۸
۶ و ۴ سال	>۰/۰۵	۱/۸۴۴	>۰/۰۵	۱/۱۸۰	>۰/۰۵	۰/۴۸۶	>۰/۰۵	۰/۱۷۹
۶ و ۳ سال	>۰/۰۵	۱/۸۱۵	>۰/۰۵	۰/۳۹۹	>۰/۰۵	۲/۹۴۳	<۰/۰۱	۰/۰۸۹
۵ و ۴ سال	>۰/۰۵	۰/۵۳۶	>۰/۰۵	۰/۹۹۱	>۰/۰۵	۰/۰۸۵	>۰/۰۵	۰/۵۰۶
۵ و ۳ سال	<۰/۰۱	۲/۸۴۸	<۰/۰۱	۰/۲۵۶	>۰/۰۵	۳/۸۱۶	<۰/۰۱	۱/۰۳۸
۴ و ۳ سال	<۰/۰۱	۳/۴۴۵	<۰/۰۱	۵/۴۷۶	<۰/۰۱	۳/۵۶۹	<۰/۰۱	۰/۹۶۳

بررسی هایی که در زمینه ترس های کودکان بعمل آمده نشان داده اند که تقریباً همه کودکان در برهه ای از زندگی خود به ترسهای خاصی دچار می گردند. برخی از این ترس ها جنبه سازگارانه دارند زیرا باعث می شوند کودک از موقعیت های به واقع خطرناک پرهیز کند، در حالی که ترس های دیگر دوران کودکی با گذشت زمان فروکش می کنند و می توان آنها را نوعی پدیده طبیعی تلقی نمود (۱۰). در این بررسی شیوع ترس در کودکان ۱۷/۵ درصد بوده است. یافته های پژوهشی در طی ۵۰ سال گذشته نشان می دهند که ترس ها و اضطرابهای کودکی متعدد و رایج هستند و ۵۰ تا ۶۰٪ کودکان ترسهای عادی دارند و ۴ تا ۹٪ ترس مفرط دارند (۱۱). در یک بررسی به عمل آمده در ایالات متحده آمریکا نشان داده شد که کمتر از ۵ درصد مادران اظهار می دارند کودکانشان به ترس شدید دچارند در مقابل ۵ تا ۱۵ درصد آنان می گویند که ترس کودکانشان عادی است و ۸۴ درصد معتقدند که کودکانشان از چیزی نمی ترسند (۱۲).

پرخاشگری در کودکان پیش دبستانی از نظر رشدی طبیعی است و معمولاً "زودگذر است". فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه وسیله ای (مانند ضربه زدن یا قاپیدن برای بدست آوردن یک اسباب بازی) بین ۲ و ۴ سالگی افزایش می یابد و در سالهای اول مدرسه تا حد زیادی کاهش می یابد. نتایج بررسی مک ماهان در سال ۱۹۹۷ را نشان داد که شیوع پرخاشگری بین ۹ تا ۱۰ درصد بوده است (۱۹). در حالیکه در پژوهش حاضر شیوع پرخاشگری در کودکان ۱۵/۵ درصد بوده است.

نتایج پژوهش بیانگر آن است که شیوع اشکال رفتار اجتماعی در کودکان ۶/۷۵ درصد بوده است. با توجه به تعاریف بسیار متفاوتی که برای این موضوع استفاده شده و آمارهای متفاوت مربوط به سنین مختلف، جنس، طبقه اقتصادی- اجتماعی و وضعیت جغرافیایی، برآورد شیوع آن دشوار است. تحقیقات میزان آن بین کودکان را حدود ۱۰ تا ۴۰ درصد تخمین زده اند (۱). نتایج پژوهش در رابطه با فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه بین نمرات مشکلات نقص توجه، ترس، پرخاشگری و اشکال

نتایج آزمون بین میانگین های معیار ترس و اشکال در رفتار اجتماعی در گروههای سنی ۳ سال، ۴ سال، ۵ سال و ۶ سال واحدهای مورد پژوهش نشان داد که تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات ترس در گروههای سنی فوق وجود ندارد (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس بین میانگین های اختلال رفتاری در گروههای سنی ۳ سال، ۴ سال، ۵ سال و ۶ سال واحدهای مورد پژوهش

نتایج آزمون			اختلال رفتاری
P	F	DF	
<۰/۰۱	۴/۳۳	۳	نقص توجه
>۰/۰۵	۰/۵۳	۳	ترس
<۰/۰۱	۴/۷۹	۳	پرخاشگری
>۰/۰۵	۰/۴۷	۳	اختلال در رفتار اجتماعی

میانگین های معیار پرخاشگری و نقص توجه در گروههای سنی ۳ سال، ۴ سال، ۵ سال و ۶ سال واحدهای مورد پژوهش نشان داد که تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات پرخاشگری در گروههای سنی فوق وجود دارد (جدول ۴).

بحث:

تحقیقات بسیاری مبین این واقعیت می باشد که مشکلات رفتاری و هیجانی در جمعیت کلی کودکان فراوان دیده می شود. تخمین ها بسته به ملاک های تشخیصی و سایر روش های مورد استفاده فرق می کند. اما بنظر می رسد که ارقام در ممالک پیشرفته مشابه است. میزان شیوع مشکلات رفتاری متفاوت بوده و باسن کودک تغییر می یابد (۸).

نتایج این پژوهش بیانگر آن است که شیوع نقص توجه در بین این کودکان ۱۵ درصد بوده است. اختلالات توجه یا attention deficit disorder (ADD) می شناسند از مشکلات رفتاری کودکان است که متأسفانه در سالهای اخیر بر تعداد آن بطور چشم گیری افزوده شده است. این بررسی نتیجه تحقیق مک گویی مبنی بر اینکه شیوع ADHD در بین کودکان پیش دبستانی بین ۱۵-۱۰ درصد بوده است را تأیید می نماید (۹).

سال ۱۹۸۶ را تأیید می کند وی در یک بررسی نتیجه گرفت که پرخاشگری در بین پسران ۲/۵ تا ۶ ساله بیشتر بوده و در سالهای سنین مدرسه نیز ادامه می یابد (۱۶). اما در مورد پرخاشگری دختران سنین ۶ سال بررسی انجام نشده و نیاز به بررسی با تعداد نمونه های بیشتر در سطح مهدهای کودک و کلاسهای آمادگی را می طلبد .

مقایسه میانگین نمرات اشکال در رفتار اجتماعی برحسب جنس نتایج نشان داد که فقط بین نمرات کودکان سنین ۳ سال دختر و پسر تفاوت وجود داشته به نحوی که دختران سنین ۳ سال دارای اشکال در رفتار اجتماعی بوده اند .

طبق نظریه امه و کاواناگ ۱۹۹۵ ، تفاوت های جنسیتی در اشکال رفتار اجتماعی کودکان بچشم می خورد او معتقد است به علت ملاکهای تشخیصی مختلف و انواع گوناگون ارزیابی های انجام شده ، تعیین نسبت دقیق جنسیتی اشکال در رفتار اجتماعی مشکل است. با این وجود نسبت مذکر به مونث سه به یک تا هفت به یک است . که نتایج تحقیق نظریه امه و گاواناگ را تأیید نمی کند (۱۷) .

کازدین معتقد است که شروع اختلال رفتار اجتماعی در دختران اوائل نوجوانی (سنین ۱۳ تا ۱۶ سال) متمرکز است اما سن زودرس شروع ، بعنوان شاخص پیش آگهی ضعیف بشمار می رود و نیاز به بررسی بیشتر دارد (۱۸).

منابع :

1. Clinical Psychiatric. Vol 3. Tehran: Azad publication, 2003.
2. Nikkho MR. [Guided for diagnosis and statistically mental disorder]. Vol 1. Tehran: Sokhan publication, 1996.(Persian)
3. Porafkari N. [Children psychiatric]. Tabriz: Medical science university publication, 2003. (Persian)
4. Monshi Tosi T. [Children behavioral disorder]. Mashhad: Astan Godse Razavi publication, 2003. (Persian)
5. Azad H. [Mental Pathology]. Tehran. Besat publication, 1995. (Persian)
6. Pineda D. Prevalence of attention-deficit / hyperactivity disorder symptoms in 4-17 year old children in general population. J Abnormal Child Psychol 2001Apr; (12): 15 .
7. Usefi F, Shahim S. Children behavior problems. Social and Human Science Journal Shiraz univer-

رفتار اجتماعی کودکان مورد بررسی برحسب سن تفاوت وجود دارد بیانگر آن است که با مقایسه میانگین نمرات کودکان با یکدیگر فقط بین کودکان ۵ سال و ۳ سال و همچنین ۴ سال و ۳ سال تفاوت معنی دار بوده و در کودکان سنین ۳ سال مشکلات فوق بیشتر بوده است .

مطالعه ریچمن و همکاران نیز در سال ۱۹۸۲ حاکی از آن است که مشکلات ترس ، نقص توجه و پرخاشگری در کودکان سنین ۳ سال بیشتر بوده به نحوی که ۶۰٪ کودکانی که در سه سالگی دچار این اختلالات شده بودند در چهار سالگی نیز همان مسائل را داشتند (۱۳).

نتایج پژوهش در رابطه با فرضیه دوم پژوهش مبنی براینکه بین نمرات مشکلات نقص توجه ، ترس ، پرخاشگری و اشکال در رفتار اجتماعی کودکان مورد بررسی برحسب جنس تفاوت وجود دارد بیانگر آن است که با مقایسه میانگین نمرات کودکان در سنین مختلف برحسب جنس فقط بین میانگین نمرات نقص توجه و ترس اختلاف معنی دار بوده به نحوی که نقص توجه در پسران سنین ۵ سال و ترس نیز در پسران سنین ۳ سال بیشتر بوده است .

در مورد نقص توجه نتایج پژوهش بررسی اسمیت را مبنی بر اینکه نسبت بروز نقص توجه در جنس مذکر نسبت به مونث بین چهار به یک تا هشت به یک می باشد را تأیید می کند (۱۴).

در مورد اینکه ترس در پسران بیشتر بوده نتایج بررسی رونینگ را تأیید نمی کند زیرا وی از بررسی خود نتیجه گرفت که ترس در بین دختران بیشتر است اما می افزاید که در سنین مختلف شیوع ترس نیاز به بررسی بیشتر دارد (۱۵).

همچنین مقایسه میانگین نمرات پرخاشگری در پسران و دختران نشان داد که در کودکان سنین ۵ سال و ۳ سال بین نمرات پسران و دختران تفاوت معنی دار بوده به نحوی که پرخاشگری در این سنین در پسران بیشتر بوده است اما در کودکان سنین ۶ سال میانگین نمرات دختران بیشتر بوده بطوری که دختران سنین ۶ سال به پرخاشگری مبتلا بوده اند . نتایج تحقیق بررسی کویی در

- sity 1998;15(1).
8. Rodgers B. Behavior and personality in childhood as predictors of adult psychiatric Disorder. *J Psychol Psychiatr* 1991;31(3):393-414.
 9. McGoey GD. Preschool children with ADHD disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2001 Apr; (20): 22-30.
 10. Mehیار AH. [Children mental disorder: Diagnosis and treatment]. Tehran: Roshd publication, 2003. (Persian)
 11. Kalantari M, Gohari Anaraki M. [Children disorder]. Esfahan: Jahad daneshgahi publication, 2002. (Persian)
 12. Falahzadeh M. [Prevalence of ADHD in students in Karaj.5 seminar mental health and children and adolescence disorder]. Zanzan Medical university, 2002.
 13. Richman N. A community survey of characteristics of one-two-year-old with ADHD. *J Am Acad Child Psychiatr* 1982 ;20 : 280- 91 .
 14. Smith LS. What do parents of children with , ADHD. *Pediatr Nurs* 2002 ; 3(22): 254 -7.
 15. Ronning JC. Parenting correlates of child behavior problem in a multiethnic community sample of preschool children in Northern Norway. *Eur Child Adoles Psychiatry* 2004 Feb; 13(1):8-18.
 16. Quay HC. Psychopathological disorders of childhood . *School Psychol Rev* 1986;13:171-82 .
 17. Eme RF, Kavanaugh L. Sex differences in conduct disorder. *J Consult Clin Psychol* 1995; 24 : 406 – 26 .
 18. Kazdin AE. Conduct disorder in childhood. *J Am Acad Child adolesce Psychiatr* 1990; 20 : 358–75 .