

بررسی کیفی اختلال های رفتاری دانش آموزان دیرآموز ارجاعی به کلینیک کاردرمانی

فاطمه بهنیا*

چکیده

هدف: مراد از این پژوهش بررسی کیفی اختلال های رفتاری دانش آموزان دختر دیرآموز بوده است. **روش:** نخست ۲۴ دانش آموز دارای اختلال رفتاری که از سوی آموزگاران به کلینیک کاردرمانی ارجاع شده بودند توسط پرسشنامه رفتاری راتر (فرم آموزگار) مورد سنجش قرار گرفتند. سن آنها بین ۸-۶ سال بود. برپایه پرسشنامه رفتاری راتر، ۱۸ نفر دارای اختلال رفتاری بودند که با خانواده های آنها و آموزگاران شان نشست های گروهی تشکیل گردید. همچنین رفتار دانش آموزان در محیط آموزشی مشاهده شد. **یافته ها:** نشان داد که اختلال رفتاری دانش آموزان دیرآموز بیشتر از نوع وابستگی به مادران در انجام تکالیف درسی و رفتارهای عاداتی (ناخن جویدن، لب مکیدن، جویدن مداد و...) بود. اختلال در رفتارهای سازگاران برای کاهش اضطراب ناشی از عدم موفقیت در کسب نمره ۲۰ و پیشرفت تحصیلی در شکلهای گوناگون در این کودکان نیز دیده شد. **نتیجه:** اختلالهای رفتاری شایع همراه با دیرآموزی به راحتی با مشاوره با والدین و آموزگاران قابل شناسایی، راهنمایی و درمان است.

کلید واژه : اختلال رفتاری، روش بحث گروهی، کودکان دیرآموز، پرسشنامه راتر

مقدمه

امروزه ۱/۲٪ از جمعیت جوامع را افراد دارای ناتوانی هوشی تشکیل می دهند. درصد کودکان مرزی^۱ (بهره هوشی ۷۱ تا ۸۴) ۱۳/۵ تا ۱۴٪ می باشد که شمار زیادی از افراد جامعه را تشکیل می دهد (کاپلان^۲، سادوک^۳، ۱۹۹۵). در پژوهشی پیرامون شیوع اختلال رفتاری در مراجعین به یک مرکز جامع توان بخشی پزشکی، ۴۳/۲٪ کل مراجعین دارای

ناتوانی هوشی، ناتوانی در پردازش اطلاعات زیستی روانی است که عموماً با بهره هوشی پایین تر از بهنجار، کاهش کارایی و سازگاری کمتر همراه می باشد. این حالتها نباید ناشی از سایر اختلالهای روانی بوده و در سن رشد رخ داده باشد (عشایری، ۱۳۷۶).

* کارشناس ارشد کاردرمانی، عضو هیئت علمی گروه کاردرمانی، تهران، خیابان اوین، روبروی دانشگاه شهید بهشتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

اختلال ذهنی در سطح دیرآموز تشخیص داده شدند. (رسولی، خسروپور، ۱۳۷۹). از این رو با توجه به گستردگی ابعاد روانی، جسمانی و اجتماعی، ضرورت درمان و کاهش عوارض ناشی از معلولیت و ارتقاء سطح استقلال شخصی - اجتماعی این کودکان انجام بررسی‌هایی در این زمینه ضروری می‌نماید.

با توجه به نگرش یکپارچه سازی^۱ و دادن فرصت‌های مساوی برای رشد اجتماعی، آموزشی و حرفه‌ای به این افراد، متخصصان درمانی و توانبخشی نه تنها در جهت درمان ناتوانیهای رشدی می‌کوشند، بلکه در راستای از میان برداشتن یا کاهش عوارض ناشی از معلولیت نیز تلاش می‌کنند. عوارض ناشی از معلولیت می‌تواند در زمینه‌های فردی و خانوادگی باشد.

این افراد عموماً در زمینه شناخت و ادراک، مهارت‌های حسی و حرکتی، مهارت‌های ارتباطی و رفتاری و کارکرد در اندامها دچار مشکل می‌باشند.

به باور مینوچین^۲ هیچ خانواده‌ای از استرس‌های طبیعی به دور نیست. خانواده‌ای که دارای نظام کارکردی^۳ مناسب باشد، راه‌های سازگاری با استرس‌ها را کشف کرده و در راستای سلامت و پایداری خود می‌کوشد. (بارکر^۴، ۱۹۹۵). وجود یک کودک ناتوان هوشی به سبب وجود مشکلات ویژه خود و فشارهای روانی وارده از سوی اجتماع به خانواده، می‌تواند سلامت خانواده را دچار مشکل نموده و خطر عملکرد نادرست^۵ خانواده را افزایش دهد. عملکرد نادرست خانواده بر روابط اعضای تأثیر آشکار^۶ و یا پنهان می‌گذارد. تأثیر روابط ناجور اعضای خانواده برای خود آنان و گاهی برای مشاورین به آسانی قابل تشخیص نیست و می‌تواند به شکلهای گوناگون بروز نماید: بیماری‌های روان‌تنی^۷، احساس گناه در پدر و مادر، گناهکار دانستن یک نفر یا سپر بلا شدن^۸ یک عضو خانواده که معمولاً کودک ناتوان ذهنی، پدر یا مادر می‌باشد،

انکار، ناامیدی، افراط و تفریط رفتاری پدر یا مادر (توجه و مراقبت زیاد، چشمداشت‌های فراتر از توان کودک از روی دلسوزی بیش از حد و طرد) (بهنیا، ۱۳۷۵).

اختلال رفتاری نتیجه بارز آشفتگی هیجانی است (رینرت^۹، ۱۹۷۲، به نقل از سیف نراقی و نادری، ۱۳۷۱). در تعریف اختلال رفتاری چهار عامل را باید در نظر گرفت که شامل: علل آشفتگی، شرح و گزارش رفتار نامناسب، زمینه و موقعیت مشاهده گر می‌باشد (سیف نراقی و نادری، ۱۳۷۱). به طور کلی هنگامی اختلال رفتاری مطرح می‌شود که رفتار کودک مورد تایید والدین نباشد، در رفتار کودک رفتارهای برون فکنانه دیده شود، رفتار نامناسب تکرار شده و تنبیه‌های خانواده برای حذف آن بی‌تأثیر باشد و کودک دچار بیماری روانی نباشد (سهامی، ۱۳۷۳).

با توجه به شیوع اختلالهای رفتاری که از ۵ تا ۱۵ درصد گزارش شده است (محمدیان، ۱۳۶۸) و از اختلالات شایع کودکان دچار ناتوانی هوشی می‌باشد، در صورت بروز، روابط بین فردی را مختل می‌کند، رشد روانی، هوشی و عاطفی او را متوقف می‌نماید و با افت تحصیلی همراه است؛ از این رو باید به اختلالهای رفتاری کودکان دارای ناتوانی هوشی از جنبه‌های درمانی توجه ویژه نمود. در این پژوهش اختلالهای رفتاری ۲۴ دانش‌آموز دیرآموز ارجاعی به کلینیک کاردرمانی دبستان شهید زارعی با روش بحث گروهی مورد بررسی قرار گرفته است.

روش

آزمودنیهای پژوهش را ۲۴ دانش‌آموز دختر دیرآموز پایه‌های آمادگی تا سوم ابتدایی تشکیل

1- integration 2-Minuchin
3- functional 4- Barker
5- dysfunction 6-overt
7- psychosomatic disorders
8- scapegoat 9- Reinert

می‌دادند که نیاز به کار درمانی ذهنی و حرکتی داشته و به درمانگاه کاردرمانی مدرسه شهید زارعی ارجاع شده بودند. آموزگاران این افراد مشکلات رفتاری دیگری را نیز در مورد آنان گزارش نموده بودند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

الف) پرسشنامه رفتاری راتر (فرم آموزگار)

این پرسشنامه توسط راتر^۱ (۱۹۶۷) با هدف تهیه یک ابزار پایا و معتبر برای بررسی اختلالات رفتاری کودکان در مدرسه ساخته شده است.

در بررسی پایایی این پرسشنامه روی ۹۱ کودک به شیوه بازآزمایی به فاصله سیزده هفته ضریب پایایی ۰/۸۵ گزارش شده است (راتر، ۱۹۶۷). در پژوهش دیگری با بکار بستن روش دو نیمه کردن پرسشنامه، پایایی آن ۰/۸۹ گزارش گردید (مهریار و همکاران، ۱۹۹۲، به نقل از بهنیا، ۱۳۷۵). عدل (۱۳۷۲) با بکار بستن روش دو نیمه کردن و بازآزمایی ضریب همبستگی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش نمود.

در بررسیهای انجام شده در زمینه اعتبار پرسشنامه راتر (۱۹۶۷) بر روی ۹۱ کودک، ضریب توافق این پرسشنامه و تشخیص روانپزشک را ۷۶/۷٪ گزارش نموده است. این پرسشنامه به وسیله مهریار و همکاران (۱۳۷۰)، به نقل از بهنیا، (۱۳۷۵). در شیراز هنجاریایی شده است. همچنین از این پرسشنامه در پژوهش‌های متعددی (مهریار و همکاران، ۱۳۶۸؛ سهرابی، ۱۳۶۹؛ حاتمی، ۱۳۶۹؛ براهنی و ناظر، ۱۳۷۲؛ دلاور و سالاری، ۱۳۷۴؛ به نقل از بهنیا، ۱۳۷۵) استفاده شده است.

پرسشنامه راتر دارای دو نسخه است: نسخه اول (A) که پدر و مادر رفتارهای کودک را در منزل مورد بررسی قرار می‌دهند. نوع دوم (B) را آموزگار بر پایه رفتارهای کودک در کلاس تکمیل می‌کند.

در این بررسی نسخه ویژه آموزگار به کار برده شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ ماده سه گزینه‌ای است:

گزینه ۱ "صدق نمی‌کند" که نمره صفر به آن تعلق

می‌گیرد. گزینه دوم "ناحدودی صدق می‌کند" نمره ۱ و گزینه سوم "کاملاً صدق می‌کند" نمره ۲ به آن تعلق می‌گیرد.

این پرسشنامه پنج گروه اختلالهای رفتاری را در کودک می‌سنجد که عبارتند از: بیش‌فعالی و پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتار ضد اجتماعی و کمبود توجه.

در پژوهش‌های مختلف نقاط برش مختلفی از ۴ نمره (سهامی، ۱۳۷۳) تا ۹ و ۱۱ (مهریار، ۱۹۹۲؛ به نقل از بهنیا، ۱۳۷۵) بکار برده شده است. در این پژوهش نقطه برش ۷ به کار برده شده و دانش‌آموزانی که نمرات آنها ۷ و بالاتر از آن بوده دارای اختلال رفتاری شناخته شده‌اند.

ب) مصاحبه معلم، والدین، اولیای مدرسه بصورت انفرادی

نخست دانش‌آموزانی که از نظر معلم به عنوان کودک مشکل دار معرفی شده بودند، انتخاب شدند. سپس پرسشنامه رفتاری راتر، فرم معلم تهیه و پس از آموزش لازم به کمک آموزگاران تکمیل گردید. پس از آن با پدر یا مادر هر دانش‌آموز دارای اختلال رفتاری به صورت انفرادی جلسه‌ای برگزار شد و مشکلات آنها در مورد کودکشان یادداشت گردید. پس از این مرحله ۵ جلسه بحث گروهی با والدین کودکان مشکل‌دار انجام گردید و مشکلات مشترک والدین به صورت جمعی بحث و بررسی شده و با همکاری آنها و ۲ نفر از آموزگاران راه حل‌هایی ارائه گردید که این جلسات دو ماه ادامه یافت.

ج) مشاهده دانش‌آموز (در کلاس درس، حیاط، اتاق کاردرمانی)

دانش‌آموزان مشکل‌دار در حیاط مدرسه، کلاس درس و اتاق کاردرمانی مورد مشاهده قرار می‌گرفتند و نتایج مشاهدات گزارش می‌گردید. به بیان دیگر شدت، زمان و شمار رخداد اختلالهای رفتاری بررسی می‌شد.

یافته‌ها

بر پایه پرسشنامه رفتاری راتر از ۲۴ نفر، ۱۸ نفر دارای اختلال رفتاری بودند. ضریب همبستگی نظریه آموزگار در تشخیص اختلال رفتاری درمقایسه با پرسشنامه رفتاری راتر ۰/۷۵ بود. ۴۴٪ دانش‌آموزان اختلال توجه و تمرکز داشتند. ۱۶/۵٪ دانش‌آموزان دارای ناسازگاری گروهی بودند. ۲۲٪ دانش‌آموزان بیش فعالی داشتند. ۱۷/۵٪ دانش‌آموزان مبتلا به سایر اختلالهای رفتاری بودند. برخی از رفتارهای انطباقی^۱ دانش‌آموزان از جمله اختلالهای اضطرابی^۲ مانند شب ادراری، بی‌حوصلگی، وابستگی به مادر به عنوان اختلال رفتار از سوی آموزگار گزارش شده بود. حساسیت به نمره ۲۰ از سوی آموزگاران، پدران و مادران اختلالهای اضطرابی شدیدی در برخی از دانش‌آموزان ایجاد نموده بود.

وابستگی شدید برخی دانش‌آموزان به مادر در انجام تکالیف درسی منزل و کارهای شخصی (مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن، مرتب نمودن وسایل) سبب کاهش اعتماد به نفس و مسئولیت پذیری کودک و ایجاد خستگی بیش از حد و نگرانی و وسواس در مادر شده بود. درگیریهای شدید میان پدر و مادر، قهرهای پی در پی و آگاه نبودن کودک از زمان آشتی آنان احساس ناامنی و ناسازگاری رفتاری در کودک ایجاد نموده بود.

توجه زیاد برخی مادران به دانش‌آموزان دیرآموز و کمبود توجه و محبت او به دیگر اعضاء خانواده (پدر، خواهران و برادران) سبب ناسازگاری اعضاء خانواده، آشفتگی و اضطراب مادر و نابسامانی خانواده گردیده بود زیرا احساس می‌کردند که حقوق عاطفی، اقتصادی و اجتماعی آنها نادیده گرفته شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اختلالهای رفتاری که مانع پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دیرآموز می‌شود انجام گردید. همچنین با روش بحث گروهی و

مشارکت پدر و مادر و آموزگار کوشش گردید که با ارائه راه حل‌های مناسب و کاربردی این اختلالها از میان برداشته شده و یا کاهش یابد. همانگونه که یافته‌ها نشان می‌دهند، همسویی نظر آموزگاران در تشخیص اختلال رفتاری دانش‌آموزان با پرسشنامه رفتاری راتر ۰/۷۵ بود. در پژوهش بهنیا (۱۳۷۵) همبستگی نظریه آموزگار با نتایج پرسشنامه رفتاری راتر در مورد پسران ۰/۹۳ و در مورد دختران ۰/۷۵ گزارش گردیده است.

در این پژوهش ۴۴٪ اختلالها، مربوط به اختلال توجه و تمرکز بود. توکلی زاده (۱۳۷۵) در پژوهشی میزان شیوع کمبود توجه از نوع بیش فعالی را ۱۷٪ گزارش کرده است. در پژوهش دیگری شیوع این اختلال در دختران ۶/۲٪ گزارش شده است (یوسفی، به نقل از میر فلاح نصیری، ۱۳۷۸).

در این پژوهش اختلالهای اضطرابی در کودکان به عنوان اختلال رفتار بیان شده بود. نیکل و همکاران (۱۹۷۳، به نقل از مطلبی، ۱۳۷۸) طی پژوهشی اختلالات اضطرابی را در دختران به طور معنی‌داری بیش از پسران گزارش کرده‌اند. بهنیا (۱۳۷۵) نشان داد که میان اختلال رفتاری دختران و اضطراب مادران رابطه معنی‌داری وجود دارد.

وابستگی شدید برخی دانش‌آموزان به مادر در انجام تکالیف درسی در منزل و انجام کارهای شخصی به عنوان اختلال رفتاری از سوی مادران مطرح شد که بنظر می‌رسد رفتار خود آنان این وابستگی را تشدید می‌کرد.

کازدین^۱ و گوچمن^۲ (۱۹۹۰) به نقل از حق شناس، (۱۳۷۸) بر این باورند که ایجاد تعادل میان توجه والدین به رفتارهای سازگارانه کودک و رفتارهای مشکل‌دار او کاهش مشکلات رفتاری وی را در پی دارد.

در پژوهشی بر روی ۴۷ خانواده نشان داده شد که کشمکشهای زناشویی و ناسازگاری والدین با یکدیگر

سبب بروز اختلالهای رفتاری در کودک می شود (استونین^۱، برادی^۲، بورک^۳، ۱۹۹۱، به نقل از بهنیا، ۱۳۷۵).

ناسازگاری والدین که گاه با نابهنجاری رفتاری و روانشناختی مادر نیز همراه است، مهمترین عامل بروز اختلال رفتاری در کودک می باشد (بولبی، ۱۹۷۱ به نقل از سلیمی اشکوری، ۱۳۵۵). اضطراب مادران عامل تشدید کننده اختلال رفتاری در کودکان است (پرسون^۴ و کارل^۵، ۱۹۹۱).

نقش کم‌رنگ پدران در پذیرش مسئولیت های مربوط به کودک اعم از مراقبت، آموزش، پیگیری درمانی سبب خستگی و اضطراب مادران شده بود (تنها ۲ نفر پدر همکاری پیوسته داشتند). در پژوهشی پیرامون اختلال اضطرابی مادران نشان داده شد که مادران مضطرب شانس بیشتری در زمینه وابستگی کودکانشان به خود دارند (برسلا^۶، ۱۹۸۷، به نقل از مطلبی، ۱۳۷۸).

دشوار بودن پذیرش کودک دیرآموز با توانایی ها و ناتوانیهای خاص خود از سوی مادر و کوشش در راستای طبیعی جلوه دادن او به اجتماع از سوی دیگر و بدنبال آن استرس های بی شمار ترس از آشکار شدن معلولیت کودک مشکلات زیادی را در ارتباطات اجتماعی خانواده و رفتار با کودک ایجاد نموده بود. مشاهده دانش آموزان (درکلاس، حیاط، اتاق کاردرمانی) نشان داد که بیشتر اختلالهای آنان درزمینه سازگاری گروهی و اختلالهای عاداتی (مانند ناخن جویدن، جویدن مداد، تکه کردن پاک کن، جویدن لب) بود. بولبی (۱۹۷۱)، به نقل از سلیمی اشکوری، ۱۳۵۵ بر این باور است که یکی از عوامل موثر خانوادگی در بروز اختلال رفتاری عدم تعامل صحیح کودک با والدین است.

مشاوره با والدین درزمینه شناخت و درک اختلال رفتاری کودک و ارائه راههای رویارویی با اختلالهای خاص می تواند از بروز مشکلات رفتاری بعدی و ایجاد حلقه معیوب رفتاری (ناشی از تعاملات نادرست)

پیشگیری نماید. برپایه گزارش مادران جلسه های بحث تا اندازه ای توانست در زمینه وابستگی دانش آموزان در انجام تکالیف منزل و کارهای شخصی موثر باشد.

منابع

بهنیا، فاطمه (۱۳۷۵). بررسی اختلال رفتاری کودک با اضطراب مادر، پایان نامه کارشناسی ارشد کاردرمانی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. (ص ۸۷ و ۹۱).

تسولی زاده، جهانشیر (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران. (ص ۱۳۸).

حق شناس، ناصر (۱۳۷۸). مقایسه میزان رضایت از زندگی زنان سوئی والدین در گروه کودکان بدون اختلال و دارای اختلال رفتاری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. (ص ۱۱۳).

رسولی، اعظم؛ خسروپور، مهرانگیز (۱۳۷۹). بررسی اختلالهای رفتاری در مراجعین مرکز اختلال ذهنی پویا. پایان نامه کارشناسی کاردرمانی تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. (ص ۵۶).

سلیمی اشکوری، هادی (۱۳۵۵). روانپزشکی کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات چهر. (ص ۶۲).

سهامی، محمدولی (۱۳۷۳). خانواده ناهنجار و کودک بیمار. سمینار بررسی و پیشگیری اختلالات رفتاری و روانی در کودکان و نوجوانان. دانشگاه علوم پزشکی زنجان.

سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت ا... (۱۳۷۱). اختلالات رفتاری کودکان و روش های اصلاح و ترمیم آن. تهران: دفتر تحقیقات و انتشارات بدر. (ص ۱۷).

عشایری، حسن (۱۳۷۶). گزارش کارگاه مشورتی سطح بندی خدمات توانبخشی تهران (پنجم و ششم

1- Staunian

2- Brady

3- Burk

4- Person

5- Carel

6- Berselau

Barker, P. (1995). *Basic Family Therapy*. London: Collins. (P.P. 127-153).

Kaplan, H. I., & Sadok, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry*, (5th ed.). Baltimore : Williams & Wilkins. (P. 1025).

Person, J., & Carol, J. (1991). *Family communication and health*. Paper presented at the Annual Meeting of the International Communication. 23-27 May. (P. 27).

Rutter, M. (1967). A children's behavior questionnaire for completion by teachers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 27-35.

آذرماه) گزارش منتشر نشده. (ص ۴۱).

فروع الدین عدل، اصغر (۱۳۷۲). تأثیر بکارگیری روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود اختلال رفتاری اخلاق‌گرانه کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران. (ص ۱۰۱).

مطلبی، مهرداد (۱۳۷۸). بررسی میزان شیوع اختلالات اضطرابی در بین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر بوکان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران : دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. (ص ۳۱).

میرفلاح نصیری، سید حسین (۱۳۷۸). بررسی اعتماد به نفس در کودکان مبتلا به کمبود توجه و تمرکز همراه با بیش‌فعالی در مجموعه روانپزشکی بیمارستان امام حسین. تهران : دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. (ص ۳۰).