

ناتوانی هوشی^۱، اختلالی تحولی است که در تمام جنبه‌های تحول فرد تأثیر منفی می‌گذارد. افراد با ناتوانی هوشی افزون بر، داشتن مشکلاتی در جنبه‌های شناختی نظیر هوش، حافظه، زبان و یادگیری، از نظر ویژگی‌های رفتاری، مهارت‌های اجتماعی و سازش‌یافتگی نیز دچار نارسایی هستند (۱). مطالعات نشان می‌دهند که شیوع اختلال‌های رفتاری در بین کودکان دارای ناتوانی هوشی ۱۳ تا ۷۵ درصد است (۲). کرنیک، هافمن، گاس و ادلبروک (۳) بیان می‌کنند که کودکان دارای ناتوانی هوشی در مقایسه با کودکان عادی در معرض خطر بروز مشکلات رفتاری بیشتری قرار دارند. وجود مشکلات رفتاری در این کودکان، تمامی معلمان و مربیان آموزش و پرورش آن‌ها را به ستوه آورده است. زیرا مانعی بزرگ بر سر راه آموزش و پرورش این کودکان بوده و معلمان و مربیان و حتی اولیاء، همواره در راستای برطرف‌سازی این مانع بزرگ آموزشی و تربیتی چاره‌جویی می‌کنند (۴). مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی هوشی، احتمال موفقیت آتی این کودکان در مدرسه را به‌خطر می‌اندازد (۵). در واقع کودکی که دارای مشکلات رفتاری از قبیل پرخاشگری و رفتار اخلاص‌گرانه یا گوشه‌گیری و غمگینی است، فرصت‌های کمتری برای یادگیری از همسالان دارد، نسبت به نقش خود و توانمندی‌هایش دارای نگرش منفی است و کمتر برای یادگیری تلاش می‌کند (۶). افزون بر این، مشکلات جدی رفتاری در سنین کودکی، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی‌تر برای کارکردهای مرضی در بزرگسالی است (۷).

همان‌طور که ملاحظه شد مشکلات رفتاری-عاطفی تأثیر زیادی بر زندگی افراد دارد که از جمله می‌توان به ناتوانی در ایجاد رضایت‌مندی در روابط بین‌فردی،

شکست تحصیلی، اعتمادبه‌نفس پایین، مشکلات سازشی و اجتماعی، عدم درک درست از محیط و موقعیت‌های آن و رفتارهای ضداجتماعی در مدرسه اشاره کرد که این مسائل برای کودکان دارای ناتوانی هوشی با احتمال بیشتری رخ می‌دهند که اگر به موقع مورد مداخله قرار نگیرد، به نظر می‌رسد که فرد مجبور به تحمل رنج و درد و انزوای ناشی از اختلال شود. شاید در فعالیت‌های ضداجتماعی نیز درگیر شود، اما اگر دانش‌آموزان مبتلا تشخیص داده شوند و خدمات مورد نیاز خود را دریافت نمایند، مهارت‌های درسی‌شان بهبود می‌یابد، ارتباطات فردی‌شان مناسب‌تر خواهد شد و از ارتباطات لذت بیشتری خواهند برد (۸). افزون بر این با کاهش دادن مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان می‌توان آن‌ها را در کلاس عادی جاگماری کرد؛ بنابراین، شناخت مشکلات رفتاری در گروه‌های متفاوت سنی افراد دارای ناتوانی هوشی و در محیط‌های مدرسه و خانه، باعث ایجاد توانایی برای برنامه‌ریزی مناسب‌تر جهت برطرف‌سازی مشکلات ناشی از اختلال‌های رفتاری شده، در نتیجه به پیشرفت تحصیلی و رشد اجتماعی و حرفه‌ای آنان کمک می‌نماید؛ همچنین راهکارهایی در خصوص آموزش این گروه از کودکان به معلمان آن‌ها ارائه می‌دهد (۹).

آگاهی از این موضوع و تکلیفی که ما در مقابل سلامت جسمی و روان‌شناختی نسل آینده بر عهده داریم، طلب می‌کند که به شناسایی سریع و تشخیص به‌موقع این مشکلات بپردازیم و مسئولان ذی‌ربط با برنامه‌های جدی و پیشگیرانه بتوانند در سال‌های بعد از بروز و تشدید و تداوم این مشکلات در جامعه جلوگیری نمایند. با توجه به آمارهای ارائه‌شده درخصوص افزایش کودکان با ناتوانی هوشی و مبتلا به مشکلات رفتاری، از یک طرف و زیان‌های مادی و معنوی و تبعات این مشکلات و کمبود نیروی انسانی متخصص از طرف دیگر، ضرورت اقدامات پیشگیرانه را بیش از پیش

1. Intellectual Disability

مورد تأکید قرار می‌دهد. به همین دلیل این پژوهش با هدف مقایسه تحولی مشکلات رفتاری- عاطفی در دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. جامعه آماری در این پژوهش مشتمل بر تمامی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی بود که در مقاطع تحصیلی ابتدایی، راهنمایی و متوسطه در مدارس دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی در شهر شیراز و سال تحصیلی ۹۲-۹۱ مشغول به تحصیل بودند. گروه نمونه در این پژوهش ۱۲۰ دانش‌آموز از ناحیه یک آموزش و پرورش شهر شیراز (نمونه معرف برای این پژوهش) بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند، بر حسب گروه‌های جنسی و سنی انتخاب شدند. بدین ترتیب که پس از اخذ معرفی‌نامه از شورای تحقیقات استان فارس و متعاقب آن از مدیریت آموزش و پرورش ناحیه یک شیراز، دو آموزشگاه ابتدایی دخترانه و پسرانه و دو هنرستان حرفه‌ای دخترانه و پسرانه ویژه دانش‌آموزان با ناتوانی هوشی انتخاب شد. از میان دانش‌آموزان این مدارس ۲۰ دانش‌آموز پسر از هر گروه سنی (جمعاً ۶۰ دانش‌آموز پسر) و ۲۰ دانش‌آموز دختر از هر گروه سنی (جمعاً ۶۰ دانش‌آموز دختر) انتخاب و پرسش‌نامه پژوهش توسط معلمان این دانش‌آموزان تکمیل و توسط محقق جمع‌آوری گردید.

ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، سیاهه مشکلات رفتاری- عاطفی بود که توسط اینفلد و تونگ (۱۰) در سال ۲۰۰۲ ساخته شده است. این سیاهه برای افراد دارای ناتوانی هوشی ۴ تا ۱۸ ساله تهیه شده که دارای فرم معلمان و فرم والدین است و شامل ۹۲ گویه و ۵

بعد رفتار ضداجتماعی، درخودماندگی، اختلال ارتباطی، اضطراب و ارتباط اجتماعی است. نمره‌گذاری این سیاهه به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای است. به این صورت که برای هر سؤال موردی را که در حال حاضر یا در طول دو ماه گذشته همیشه صادق بوده، گزینه ۵ و موردی را که در بیشتر اوقات صادق است، گزینه ۴ و موردی را که تقریباً یا در برخی موارد درست است، گزینه ۳ و اگر مورد ذکر شده درباره دانش‌آموز به ندرت صادق می‌کند، گزینه ۲ و چنانچه مورد ذکر شده درباره دانش‌آموز هرگز صادق نمی‌کند، گزینه ۱ علامت زده می‌شود. در هر مورد که نمی‌توانستند قضاوت کنند یا دانش‌آموز توانایی یا موقعیت و شرایط آن را نداشت نیز، گزینه ۱ انتخاب می‌شود.

روایی سیاهه در پژوهش حاضر از طریق همبستگی نمره هر بُعد با نمره کل سنجیده شد که نتایج همبستگی نمره بُعد رفتار ضداجتماعی با نمره کل (۰/۹۰)، بُعد درخودماندگی با نمره کل (۰/۹۲)، بُعد اختلال ارتباطی با نمره کل (۰/۸۸)، بُعد اضطراب با نمره کل (۰/۶۶) و بُعد ارتباط اجتماعی با نمره کل (۰/۵۷) به دست آمد. پایایی نمره کل این سیاهه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد رفتار ضداجتماعی، درخودماندگی، اختلال ارتباطی، اضطراب و ارتباط اجتماعی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ به دست آمد. داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از روش تحلیل واریانس دوطرفه، تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی توکی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره کل مشکلات رفتاری-عاطفی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی ارائه شده است.

1. Developmental Behavior Checklist

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره کل مشکلات رفتاری-عاطفی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی

گروه جنسی گروه‌های سنی	پسر		دختر		کل	
	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
۹-۱۲	۱۷۹/۲۵	۴۴/۳۶	۲۰	۱۳۰/۳۵	۲۴/۲۱	۲۰
۱۲/۰۰۱-۱۵	۱۶۸/۶۵	۳۵/۶۷	۲۰	۱۶۱/۹۵	۵۲/۱۳	۲۰
۱۵/۰۰۱-۱۸	۱۵۱/۶۵	۲۷/۳۷	۲۰	۱۴۵/۹۵	۴۶/۵۲	۲۰
کل	۱۶۶/۵۲	۳۷/۶۳	۶۰	۱۴۶/۰۸	۴۳/۹۳	۱۲۰

براساس نتایج جدول ۱ افزون بر اینکه میانگین نمره‌های مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان پسر گروه‌های سنی مختلف با همدیگر تفاوت دارند، میانگین نمره‌های مشکلات رفتاری-عاطفی آن‌ها از میانگین نمره‌های مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان دختر گروه‌های سنی مختلف نیز بیشتر است؛ بنابراین در ادامه جهت آزمون معناداری

تفاوت‌های یادشده از تحلیل واریانس دوطرفه استفاده شده است. به سخن دیگر با استفاده از تحلیل واریانس دوطرفه به دنبال پاسخ به سؤال زیر هستیم:

آیا بین نمره کل مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی در گروه‌های سنی مختلف بر حسب گروه جنسی آنان تفاوت وجود دارد؟

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس دوطرفه بین گروهی آزمودنی‌ها

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گروه سنی	۵۵۸۰	۲	۲۷۹۰	۱/۷۷	N.S
گروه جنسی	۱۲۵۲۵/۶۳	۱	۱۲۵۲۵/۶۳	۷/۹۵	۰/۰۰۶
اثر متقابل گروه سنی و جنسی	۱۲۱۶۰/۲۷	۲	۶۰۸۰/۱۳	۳/۸۶	۰/۰۲۴
خطا	۱۷۹۶۸۷/۳	۱۱۴	۱۵۷۶/۲		
کل	۳۱۴۱۵۱۶	۱۲۰			

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت نمره کل مشکلات رفتاری-عاطفی در گروه‌های سنی معنادار نیست؛ اما تفاوت نمره کل مشکلات رفتاری-عاطفی در گروه‌های جنسی معنادار است ($P=0/006$) و همچنین نتایج جدول تحلیل واریانس دوطرفه بین گروهی نشان می‌دهد که اثر متقابل گروه‌های سنی و جنسی نیز معنادار است ($P=0/024$) و بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر گروه‌های جنسی بر مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی با توجه به سطوح سنی مختلف، متفاوت است. به منظور بررسی اثر متقابل گروه‌های جنسی و سنی بر مشکلات رفتاری-عاطفی

با استفاده از آزمون تعقیبی توکی میانگین مشکلات رفتاری-عاطفی خانه‌های حاصل از اثر متقابل (۶ گروه) مقایسه شد و نتایج آن نشان داد که بین دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۲ ساله با دانش‌آموزان دختر ۹ تا ۱۲ ساله از نظر مشکلات رفتاری-عاطفی تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/05$). شایان ذکر است که بین سایر گروه‌های سنی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

افزون بر بررسی نمره کل مشکلات رفتاری-عاطفی آزمودنی‌ها، نمره ابعاد مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی در گروه‌های سنی مختلف بر حسب گروه جنسی آنان نیز مطالعه شد که

میانگین و انحراف استاندارد نمره ابعاد مشکلات جنسی در جدول ۳ ارائه شده است. رفتاری-عاطفی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های سنی و

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی

گروه جنسی	گروه سنی		۹-۱۲ سال		۱۲/۰۰۱-۱۵ سال		۱۵/۰۰۱-۱۸ سال		کل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پسر	رفتار ضداجتماعی	۵۷/۹	۱۷/۰۲	۶۱/۹۵	۱۸/۷۱	۴۷/۹	۹/۳۲	۵۵/۹۲	۱۶/۴۱	۱۳/۶۶
	درخودماندگی	۵۳/۳۵	۱۸/۰۲	۴۷/۱	۱۱/۳۶	۴۲/۲۵	۷/۷۸	۴۷/۵۷	۶/۹۱	۴/۸۵
	اختلال ارتباطی	۲۵/۹۵	۷/۹۶	۲۳/۷۵	۵/۹۴	۲۰/۸۰	۵/۹۵	۲۳/۵	۶/۵۲	۱۸/۱۸
	اضطراب	۱۶/۰۵	۵/۲۵	۱۲/۲۵	۳/۱۸	۱۳/۷۰	۵/۲۵	۱۴	۱۸/۱۸	۱۵/۷۶
	ارتباط اجتماعی	۱۸/۵۵	۶/۹۸	۱۵/۹۵	۵/۷۳	۲۰/۰۵	۶/۴۵	۱۸/۱۸	۱۵/۷۶	۱۳/۶۹
دختر	رفتار ضد اجتماعی	۴۱/۵۵	۹/۴۸	۵۰/۲	۲۰/۰۷	۴۵/۵۵	۱۵/۴۶	۴۵/۷۷	۵/۴۰	۶/۵۹
	درخودماندگی	۳۷/۴۵	۴/۶۴	۴۷/۴	۱۶/۸۳	۴۱/۸	۱۵	۴۲/۲۲	۵/۱۷	۱۳/۶۹
	اختلال ارتباطی	۱۹/۲۰	۴/۷۳	۲۳/۸۵	۶/۷۵	۲۱/۱۵	۷/۴۶	۲۱/۴	۵/۱۷	۶/۵۹
	اضطراب	۱۱/۹	۴	۱۶/۱	۴/۸۵	۱۴/۳۵	۵/۸۲	۱۴/۱۲	۵/۴۰	۶/۵۹
	ارتباط اجتماعی	۱۳/۰۵	۳/۵۶	۱۶/۳	۶/۲۲	۱۵/۷	۵/۷۴	۱۵/۰۲	۵/۴۰	۶/۵۹
کل	رفتار ضد اجتماعی	۴۹/۷۳	۱۵/۹	۵۶/۰۷	۲۰/۰۵	۴۶/۷۲	۱۲/۶۵	۵۰/۸۴	۱۶/۸۱	۱۳/۸۸
	درخودماندگی	۴۵/۴۰	۱۵/۲۸	۴۷/۲۵	۱۴/۱۷	۴۲/۰۲	۱۱/۷۹	۴۴/۸۹	۱۶/۸۱	۱۳/۸۸
	اختلال ارتباطی	۲۲/۵۷	۷/۳۱	۲۳/۸	۶/۲۷	۲۰/۹۷	۶/۶۶	۲۲/۴۵	۱۶/۸۱	۱۳/۸۸
	اضطراب	۱۳/۹۷	۵/۰۶	۱۴/۱۷	۴/۴۹	۱۴/۰۲	۵/۴۸	۱۴/۰۵	۱۶/۸۱	۱۳/۸۸
	ارتباط اجتماعی	۱۵/۸	۶/۱۳	۱۶/۱۲	۵/۹	۱۷/۸۷	۶/۴۱	۱۶/۶	۱۶/۸۱	۱۳/۸۸

ساله در بُعد ارتباط اجتماعی بالاتر از سایر گروه‌های سنی است.

همچنین با توجه به نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود که میانگین نمره مشکلات رفتاری-عاطفی پسران در بُعد رفتار ضداجتماعی، درخودماندگی، اختلال ارتباطی و ارتباط اجتماعی به ترتیب بالاتر از میانگین نمره مشکلات رفتاری-عاطفی دختران در ابعاد یاد شده است؛ اما در بُعد اضطراب، دختران در قیاس با پسران اضطراب بالاتری را از خود نشان دادند؛ بنابراین در ادامه جهت آزمون معناداری تفاوت‌های یادشده از

بر اساس نتایج جدول ۳ میانگین نمره‌های گروه سنی ۱۲/۰۰۱-۱۵ ساله در بُعد رفتار ضداجتماعی بیشتر از سایر گروه‌های سنی است. همچنین میانگین نمره‌های گروه سنی ۱۲/۰۰۱-۱۵ ساله در بُعد درخودماندگی بیشتر از سایر گروه‌های سنی است. همچنین میانگین نمره‌های گروه سنی ۱۲/۰۰۱-۱۵ ساله در بُعد اختلال ارتباطی بیشتر از سایر گروه‌های سنی است. افزون بر این میانگین نمره‌های گروه سنی ۱۲/۰۰۱-۱۵ ساله در بُعد اضطراب بیشتر از سایر گروه‌های سنی است. سرانجام میانگین نمره‌های گروه سنی ۱۵/۰۰۱-۱۸

تحلیل واریانس چندگانه استفاده شده است. به سخن دیگر با استفاده از تحلیل واریانس چندگانه به دنبال پاسخ به سؤال زیر هستیم:

آیا بین ابعاد مشکلات رفتاری- عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی در گروه‌های سنی مختلف بر حسب گروه جنسی آنان تفاوت وجود دارد؟

برای پاسخگویی به سؤال مذکور از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در

جدول ۴ ارائه شده است. شایان ذکر است که پیش از تحلیل واریانس چندمتغیره، ابتدا برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که این آزمون برای هیچ‌کدام از متغیرها معنادار نبود. در نتیجه استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره بلامانع بود. همچنین برای بررسی همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنادار نیست و در نتیجه پیش‌فرض تجانس بین کوواریانس‌ها برقرار است.

جدول ۴. مقادیر لامبدا وینکز در تحلیل واریانس چندمتغیره برای ابعاد مشکلات رفتاری- عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی

لامبدا وینکز منبع	مقدار F	فرضیه df	Df خطا	سطح معناداری
گروه سنی	۰/۸۷	۱۰	۲۲۶	N. S
جنسی	۰/۷۸	۵	۱۱۴	۰/۰۰۱
تعامل گروه سنی و جنسی	۰/۵۲	۲۵	۴۱۰/۱۳	۰/۰۰۱

براساس داده‌های مشاهده شده در جدول ۴ اثر گروه جنسی و اثر متقابل گروه سنی و جنسی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است. برای بررسی اینکه این تأثیر بر کدام یک از متغیرهای وابسته معنادار است از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای هر یک از متغیرهای وابسته

منبع واریانس	گروه سنی	گروه جنسی	اثر متقابل گروه سنی و جنسی
متغیر	P	F	P
رفتار ضداجتماعی	۰/۰۶	۱۱/۹۴	۰/۰۰۱
درخودماندگی	۰/۲۳۵	۴/۵۹	۰/۰۳۴
اختلال ارتباطی	۰/۱۷۷	۲/۹۰	۰/۰۹۱
اضطراب	۰/۰۱۷	۸/۳۹	۰/۰۰۵
ارتباط اجتماعی	۰/۲۷	۰/۰۱۶	۰/۹۰

براساس نتایج جدول ۵، تأثیر گروه سنی بر هیچ‌کدام از ابعاد مشکلات رفتاری- عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی معنادار نیست؛ اما تأثیر گروه جنسی بر متغیر رفتار ضداجتماعی ($F=۱۱/۹۴$ و $P=۰/۰۰۱$)، درخودماندگی ($F=۴/۵۹$ و $P=۰/۰۳۴$) و اضطراب ($F=۸/۳۹$ و $P=۰/۰۰۵$) معنادار است.

افزون بر این، تأثیر متقابل گروه‌های سنی و جنسی نیز بر متغیر رفتار ضداجتماعی ($F=۴/۹$ و $P=۰/۰۰۱$)،

درخودماندگی ($F=۳/۵۵$ و $P=۰/۰۰۵$)، اختلال ارتباطی ($F=۲/۸۷$ و $P=۰/۰۱۷$) اضطراب ($F=۲/۸۱$ و $P=۰/۰۱۹$) و ارتباط اجتماعی ($F=۳/۴۳$ و $P=۰/۰۰۶$) معنادار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر گروه جنسی بر ابعاد مشکلات رفتاری- عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی با توجه به سطوح سنی مختلف، متفاوت است. به‌منظور بررسی اثر متقابل گروه جنسی و گروه سنی بر ابعاد مشکلات رفتاری- عاطفی با استفاده از آزمون

تعقیبی توکی میانگین ابعاد مشکلات رفتاری-عاطفی در خانه‌های حاصل از اثر متقابل (۶ گروه) مقایسه شد و براساس نتایج آن مشاهده گردید که بین میانگین بُعد رفتار ضداجتماعی، درخودماندگی، اختلال ارتباطی و ارتباط اجتماعی دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۲ ساله در مقایسه با دانش‌آموزان دختر ۹ تا ۱۲ ساله تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). شایان ذکر است که در نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین بُعد اضطراب حاصل از اثر متقابل گروه‌های سنی و جنسی، تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سه گروه سنی از نظر مشکلات رفتاری-عاطفی تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با یافته‌های شهیم (۱۱) و شهائیان و همکاران (۱۲) همسو است و یافته‌های همدیگر را تأیید می‌کنند؛ اما با نتایج پژوهش‌های وریجموت و همکاران (۱۳) و استرنبرگ و همکاران (۱۴) متناقض است. نتیجه این بخش از پژوهش مبین این موضوع است که با بالا رفتن سن دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی، تغییری در مشکلات رفتاری-عاطفی این دانش‌آموزان ایجاد نمی‌گردد. این موضوع می‌تواند دارای دلایل متعددی باشد. یکی از دلایل این موضوع، وجود خانواده‌ها و محیط‌های مضطرب و پرتشنج و حضور والدین ناراحت و پرخاشگر است که پیوسته و بی‌دلیل کودک خود را تنبیه نموده و سرزنش می‌نمایند و باعث می‌شوند که کودک از نظر رفتاری و هیجانی، رشد سالم و طبیعی و سازگار با محیط نداشته و دچار مشکلات رفتاری گردد (۱۵). همچنین ضعف دانش و آگاهی والدین از مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی و پیامدهای آن و عدم مداخله و درمان به‌هنگام از سوی آنان نیز در تغییر نکردن مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی نقش دارد. افزون بر این،

شکست‌های مکرر تحصیلی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی نیز در ثبات مشکلات رفتاری-عاطفی آنان مؤثر است. در همین راستا پژوهشگران دریافته‌اند که بین تکالیف درسی دشوارتر و افزایش مشکلات رفتاری و توجه کمتر به تکلیف رابطه وجود دارد (۴). همچنین در مدارس ما به‌علت تکلیف‌محور بودن معلمان و تحمل کم آن‌ها در اثر خستگی، نبودن نیروی کمکی و مسائل دیگر، تلاش یا برنامه‌ای برای تعدیل یا کاهش دادن مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان با ناتوانی هوشی وجود ندارد. افزون بر این، ممکن است تأخیر و مشکل زبانی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی نیز در مشکلات رفتاری آن‌ها نقش داشته باشد. بدین صورت که به‌دلیل عدم توانایی در بیان خواسته‌ها و احساسات از طریق زبان کلامی، خواسته‌ها و احساسات خود را به‌صورت مشکلات رفتاری عاطفی بروز می‌دهند (۱۶).

همچنین از جمله ویژگی‌های شناختی کودکان و نوجوانان دارای ناتوانی هوشی، ضعف ایشان در تعمیم و تشخیص موقعیت‌های مطلوب است. بدین معنا که این قبیل کودکان به‌خوبی نمی‌دانند در کدام شرایط یا موقعیت خاص، رفتار متناسب و مطلوب آموخته‌شده را نشان دهند و این ویژگی تا سنین بزرگسالی نیز گریبان‌گیر این افراد هست (۱۵). مجموعه این دلایل عنوان شده می‌تواند عدم تفاوت مشکلات رفتاری-عاطفی در بین گروه‌های سنی گوناگون را تبیین کند. دلیل تناقض نتیجه این بخش از پژوهش حاضر با پژوهش‌های وریجموت و همکاران (۱۳) و استرنبرگ و همکاران (۱۴) احتمالاً این است که در کشور ما خانواده‌های کودکان با نیازهای ویژه، به‌خصوص خانواده‌های کودکان دارای ناتوانی هوشی، اغلب درباره حل مشکلات رفتاری-عاطفی فرزندان‌شان به‌دنبال کمک نیستند و آن را به‌عنوان قسمتی از شرایط

پذیرفته‌اند؛ بنابراین ممکن است این مشکلات برای آن‌ها عادی‌تر جلوه کرده و برجسته نباشد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین کل نمره‌های مشکلات رفتاری- عاطفی دانش آموزان پسر بیشتر از میانگین کل نمره‌های دانش آموزان دختر است. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش شهیم (۱۱) و شجاعی و همکاران (۱۷) همسو است و یافته‌های همدیگر را تأیید می‌کنند؛ اما با نتایج پژوهش‌های وریجموت و همکاران (۱۳) و استرنبرگ و همکاران (۱۴) متناقض است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تفاوت‌های فرهنگی در نحوه تربیت پسران و دختران بر تفاوت میزان شیوع مشکلات رفتاری- عاطفی دختران و پسران مؤثر است. برای مثال، پرخاشگری در پسران سهل‌تر از دختران پذیرفته می‌شود (۱۵). افزون بر این، انتظارات افراد و تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند یکی از دلایلی باشد که روی نتیجه‌گیری از رفتار فرد تأثیر بگذارد. در کشور ما به علت وجود این تصور ذهنی از پسران که باید پرجنب‌وجوش‌تر از دختران باشند، اگر پسران دارای مشکلات رفتاری بیش از دختران باشد آن را امری عادی تلقی کرده و آن را به‌عنوان مشکل تلقی نمی‌کنند. در دختران اگر رفتار عادی هم باشد گاهی اوقات آن‌را به‌عنوان مشکل تلقی کرده و این انتظارات از رفتار دو جنس ممکن است تفاوت‌های رفتاری را بیشتر کند (۱۸). دلیل تناقض نتیجه این بخش از پژوهش حاضر با پژوهش‌های وریجموت و همکاران (۱۳) و استرنبرگ و همکاران (۱۴)، احتمالاً به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی حاکم بر کشورهای خارجی و کشور ما برمی‌گردد که نوع نگاه آنان به تفاوت‌های جنسی با کشور ما کاملاً متفاوت است.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمره مشکلات رفتاری- عاطفی دانش آموزان پسر ۱۲-۹ سال

از دانش‌آموزان دختر ۱۲-۹ سال بیشتر است. یافته این بخش از پژوهش با یافته حاصل از پژوهش اکرمی و همکاران (۱۹)، همسو است. یکی از دلایل مشکلات رفتاری- عاطفی گروه سنی ۱۲-۹ سال این است که معمولاً ۹ سالگی، سن شروع آموزش مفاهیم درسی پایه اول، برای دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی است. از یک سو در نتیجه تغییرات و تحولات جسمی و روانی که کودک دیروز را به نوجوان امروز تبدیل می‌کند و از سوی دیگر، تغییرات ناگهانی و یک‌باره انتظارات والدین، اطرافیان و محیط از آنان باعث می‌شود تا آن‌ها نتوانند از عهده وظایف، مسئولیت‌ها و تکالیفی که بر عهده‌شان قرار می‌گیرد، به‌خوبی برآیند و در نتیجه برای حل مسائلی که با آن‌ها مواجهند به راه‌حل‌های نادرستی متوسل می‌شوند (۱۵).

افزون بر این یافته‌های پژوهش نشان داد که تأثیر گروه سنی بر ابعاد مشکلات رفتاری- عاطفی معنادار نیست. این یافته با نتیجه پژوهش خوشابی و همکاران (۲۰) همسو است و یافته‌های همدیگر را تأیید می‌کنند. یکی از دلایل عدم تفاوت ابعاد مشکلات رفتاری- عاطفی کودکان دارای ناتوانی هوشی در سنین مختلف، تعامل‌های نامناسب خانوادگی است. کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری- عاطفی در معرض خطر بالایی جهت سوءاستفاده واقع‌شدن از سوی والدین قرار دارند. میزان سوءاستفاده از کودکان با نیازهای ویژه بعد از سن ۹ سالگی کاهش نمی‌یابد در حالی که درباره کودکان سالم، این میزان پس از ۹ سالگی کمتر می‌شود (۲۱). افزون بر این درماندگی آموخته‌شده معلمان و خانواده‌ها در قبال رفع مشکلات رفتاری- عاطفی کودکان دارای ناتوانی هوشی و همچنین جداسازی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی از جامعه افراد عادی توسط نظام آموزش و پرورش و حتی خانواده‌ها را نیز می‌توان از جمله دلایل احتمالی عدم تفاوت ابعاد

مشکلات رفتاری-عاطفی در کودکان دارای ناتوانی هوشی در سنین مختلف برشمرد.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که در بُعد رفتار ضداجتماعی و درخودماندگی، میانگین نمره‌های پسران بیشتر از دختران است؛ اما در بُعد اضطراب، میانگین نمره‌های دختران بیشتر از پسران است. این یافته با یافته‌های قنبری مزیدی (۱۸) همسو است. در همین راستا شکوهی یکتا و پرند (۲۲) معتقدند دختران بیش از پسران مضطربند و می‌ترسند و حتی شدت اضطراب در دختران در مقایسه با پسران بیشتر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این تفاوت‌ها ناشی از برخی عوامل زیست‌شناختی-ژنتیکی و برخی عوامل محیطی است. در واقع دختران به دلایل اجتماعی و فرهنگی ترغیب می‌شوند تا رفتارهای جامعه‌پسند و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی بهتری را از خود نشان دهند و همین تلاش برای خوب جلوه کردن منجر به افزایش اضطراب آن‌ها می‌شود. در تبیین بالاتر بودن رفتار ضداجتماعی و درخودماندگی در پسران می‌توان گفت که در کشور ما مدارس پسرانه و دخترانه جدا از هم هستند؛ بنابراین رفتار دو جنس با هم مقایسه نمی‌شوند و به علت تصور ذهنی که از پسران وجود دارد، رفتار ضداجتماعی آنان کمتر برجسته می‌شود و طبیعتاً کمتر نیز به آن توجه شده یا جهت اصلاح قرار می‌گیرند (۱۸). افزون بر این شاید به علت اینکه معلمان این کودکان بیشتر زن بودند، ممکن است در ارزیابی رفتار ضداجتماعی و درخودماندگی نسبت به دو جنس دچار سوگیری شده باشند.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که اثر گروه جنسی بر ابعاد مشکلات رفتاری-عاطفی این دانش‌آموزان با توجه به سطوح سنی مختلف، متفاوت است. بدین صورت که میانگین نمره پسران ۹-۱۲ سال در ابعاد رفتار ضداجتماعی، درخودماندگی، اختلال ارتباطی و ارتباط اجتماعی بیشتر از دختران ۹-۱۲ سال بود. این یافته با یافته‌های البرزی و خیر (۲۳) که گزارش کردند، در اکثر گروه‌های سنی، پسران مشکلات بیشتری را در مقایسه با دختران از خود نشان

می‌دهند و همچنین با یافته‌های خوشابی و همکاران (۲۰) که بیان کردند، مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پسر کلاس سومی‌ها (دانش‌آموزان ۹ ساله) بیشتر از سایر پایه‌ها است، همسو است. در پژوهش حاضر مشخص شد که دانش‌آموزان پسر سال‌های اولیه ابتدایی مشکلات بیشتری در مقایسه با دختران نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد آنان هنوز نتوانسته‌اند خود را با شرایط مدرسه هماهنگ سازند. دختران، به ویژه در سال‌های اولیه مدرسه پاداش‌های بیرونی بیشتری از سوی مدرسه دریافت می‌کنند. زیرا بهتر می‌توانند خود را با آن شرایط منطبق سازند. به سخن دیگر، نظر به اینکه در مدرسه مشکلات رفتاری درونی‌شده نظیر گوشه‌گیری بهتر تحمل می‌شود، چنانچه دختران این مشکلات را همراه داشته باشند، از نظر مدیریت مدرسه کمتر مسئله‌سازند و در گزارش‌های‌شان دختران را کمتر نیازمند تشخیص و درمان می‌دانند و به چنین رفتارهایی حتی پاداش هم می‌دهند. از طرف دیگر، زمانی که پسران واکنش‌های تنیدی از اولیای مدرسه دریافت می‌کنند، پاسخ‌هایی می‌دهند که بیانگر درک آن‌ها از رفتار دیگران است و واکنش‌های آن‌ها به صورت رفتارهای نامطلوب بروز می‌کند (۲۳). به همین دلیل در پژوهش حاضر نیز پسران در ابعاد رفتار ضداجتماعی، درخودماندگی، اختلال ارتباطی و ارتباط اجتماعی، مشکلات بیشتری از خود نشان دادند.

شایان ذکر است که این پژوهش فقط در شهر شیراز صورت گرفت، بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر شهرها باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین پژوهش فقط بر روی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی انجام گرفته است، بنابراین قابل تعمیم به سایر گروه‌های دانش‌آموزان با نیازهای ویژه نیست. به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود این پژوهش را در شهرهای دیگر و بر روی سایر گروه‌های کودکان با نیازهای ویژه انجام دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود به بررسی رابطه

دانش‌آموزان پسر گروه سنی ۱۲-۹ سال امری ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

از همهٔ معلمان کودکان دارای ناتوانی هوشی و شاغل در ناحیهٔ ۱ آموزش و پرورش شهر شیراز که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

مشکلات رفتاری- عاطفی کودکان دارای ناتوانی هوشی با متغیرهای جمعیت‌شناختی از قبیل تحصیلات والدین، سن والدین، شغل والدین، میزان درآمد والدین، تعداد اعضای خانواده، ترتیب تولد فرزند دارای ناتوانی هوشی و ... پردازند. همچنین به محققان توصیه می‌شود که به طراحی و اجرای برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی با هدف کاهش مشکلات رفتاری- عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی به‌ویژه پسران گروه سنی ۱۲-۹ سال برای کودکان دارای ناتوانی هوشی، خانواده‌ها و معلمان‌شان اقدام کنند و اثربخشی آن‌ها را بررسی نمایند. در پایان توصیه می‌شود که مسئولین و متولیان آموزش کودکان با ناتوانی هوشی، برنامه‌های پیشگیری و بازپروری مناسب برای کودکان با مشکلات رفتاری، والدین و معلمان آن‌ها فراهم نمایند تا بر راهبردهای پیشرفت آن‌ها در زمینه‌های مختلف و فرآیند رشدی این‌گونه کودکان تأثیر بگذارند و از پیامدهای زیان‌آوری که این کودکان را تهدید می‌کند، پیشگیری کنند. ارائه خدمات آموزشی، مشاوره‌ای و حمایتی ویژه، برای خانواده‌های کودکان با ناتوانی هوشی و دارای مشکلات رفتاری بسیار ضروری است.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که با افزایش سن دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی، تغییری در مشکلات رفتاری- عاطفی این دانش‌آموزان ایجاد نمی‌گردد. همچنین مشخص شد که در کشور ما مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی با جنس آنان ارتباط معنادار دارد. بنابراین طراحی برنامه و کارگاه‌های آموزشی برای کودکان دارای ناتوانی هوشی، خانواده‌ها و معلمان‌شان و بررسی اثربخشی این برنامه‌ها و کارگاه‌ها بر کاهش مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی به‌خصوص

دانش‌آموزان

1. Smith DD. Introduction to special education: Teaching in an age of opportunity. 4th ed. Pearson A and B; 2001.
2. Bhatia MS, Kabra M, Sapra S. Behavioral problems in children with Down syndrome. *Indian Pediatr.* 2005;42(7):675.
3. Cnric K, Hoffman C, Gaze C, Edelbrock C. Understanding the emergence of behavior problems in young children with developmental delays. *Infants Young Child.* 2004;17(3):223–35.
4. Kakavand A. Psychology and education of exceptional children. Tehran: Ravan. 2006. p. 32–59. [Persian]
5. Raver CC. Emotions matter: Making the case for the role of young children's emotional development for early school readiness. Retrieved November 1, 2003. *Soc Policy Rep.* 2002;16(4):3–6.
6. Arnold DH, Brown SA, Meagher S, Baker CN, Dobbs J, Doctoroff GL. Preschool-based programs for externalizing problems. *Educ Treat Child.* 2006;311–39.
7. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry.. Williams & Wilkins Co; 2003.
8. Samadi S A. Intellectual Disability. Tehran: Danjeh Publisher; 2008, pp:89–166. [Persian]
9. Hardman M, Drew C, Egan MW. Human exceptionality: School, community, and family. New York: Cengage Learning; 2010.
10. Einfeld SL, Tonge BJ. Manual for the developmental behaviour checklist: primary carer version (DBC-P) & teacher version (DBC-T). University of New South Wales and Monash University; 2002.
11. Shahim S. Preparation of Behavior Problems Questioner for Pre-school Children (Teacher Version). *Social Science and Humanistic Journal of Shiraz University.* 1996;12(1):47–63. [Persian]
12. Shahaeian A, Shahim S, Bashash L, et al. Standardization, factor analysis and reliability of the Conners' parent rating scales for 6 to 11 years old children in Shiraz. *Psychological Studies.* 2007; 3 (3): 97-120. [Persian]
13. Vrijmoeth C, Monbaliu E, Lagast E, Prinzie P. Behavioral problems in children with motor and intellectual disabilities: Prevalence and associations with maladaptive personality and marital relationship. *Res Dev Disabil.* 2012;33(4):1027–38.
14. Sternberg KJ, Baradaran LP, Abbott CB, Lamb ME, Guterman E. Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Dev Rev.* 2006;26(1):89–112.
15. Afrooz Gh. Introduction of Psychology and Education of Exceptional Children. Tehran: Tehran University Pub; 2009, pp:140–99. [Persian]
16. Ghobari B, Khanzadeh AA. Psychology and Education of Children with Intellectual Disability. Tehran: Danjeh Pub; 2009, pp:75–204. [Persian]
17. Shojaee S, Hemati Gh, Moradi SH, Dehshiri GR. Prevalence of Behavioral Disorders in Elementary Students of Fars Province. *Journal of Exceptional Education.* 2008;28 (5):225–37. [Persian]
18. Ghanbari M. Dimensions of Behavioral Problems of Elementary Students in Shiraz City. Unpublished Dissertation at Shiraz University. [Persian]
- 19 Akrami L, Mirzamani SM, Davarmanesh A, Mohamadi MR, Biglariyan A. Comparison of puberty Problems between Female Adolescents with and without Intellectual Disability. *Journal of Exceptional Education.* 2007;4 (26) :467–92. [Persian]

20. Khoushabi K, Moradi S, Shojaee S, Hemati Gh, Dehshiri GR, Isamorad A. Prevalence of Behavioral Disorders in Elementary Students of Ilam province. Journal of Rehabilitation. 2007;8 (29) :28-33. [Persian]
21. Hunt N, Marshall K. Exceptional children and youth. Cengage Learning; 1999.
22. Shokoohi Yekta M, Parand A. Behavioral Disorders of Children and Adolescents. Tehran: Teymoorzadeh Pub; 2005, pp:78-161. [Persian]
23. Alborzi Sh, Khayer M. Adaptation and Standardization of behavior profile for Shiraz Children. Psychology and Education Journal. 2000;7 (1) :73-86. [Persian]

نسخه پیش از انتشار