

## شیوع اختلال‌های رفتاری در نوجوانان دبیرستانی استان زنجان (۸۹-۱۳۸۸)

دکتر جواد صالحی\*

دکتر غلامحسین انتصار فومنی\*\*

\* استادیار روان‌شناسی دانشگاه زنجان

\*\* استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

آدرس نویسنده مسؤول: زنجان، کیلومتر شش جاده تبریز، دانشگاه زنجان، گروه روان‌شناسی، تلفن ۵۱۵۴۱۱۹-۰۲۴۱

Email: jv\_salehi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۰/۱/۲۸

### \* چکیده

**زمینه:** با توجه به اهمیت اختلال‌های رفتاری نوجوانان در حوزه سلامت عمومی در کشور، درک نحوه شیوع این اختلال‌ها در نوجوانان عصری اساسی در سیاست‌های بهداشتی در زمینه نظارت بر وضعیت سلامت روانی جامعه قلمداد می‌شود.

**هدف:** مطالعه به منظور تعیین شیوع اختلال‌های رفتاری در میان نوجوانان دبیرستانی استان زنجان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه همه‌گیرشناختی در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ بر روی ۷۵۰ نفر از دانش‌آموزان دبیرستانی استان زنجان با میانگین سنی  $15/36 \pm 0/5$  انجام شد که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌ای انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از آزمون نرم‌یابی شده «پرسش‌نامه گزارش معلم» در اواخر سال تحصیلی از معلمان گردآوری شد. نرخ پاسخ‌دهی به آزمون حدود ۹۵/۵٪ بود.

**یافته‌ها:** شیوع کل اختلال‌های رفتاری در میان نوجوانان مورد مطالعه ۲۷/۸٪، در میان دختران ۲۷/۳٪ و در میان پسران ۲۸/۳٪ بود. از نظر شیوع کل اختلال‌ها تفاوتی بین نوجوانان دختر و پسر وجود نداشت، هر چند میزان اضطراب و افسردگی در نزد دختران بیش از پسران ( $P < 0/05$ ) و میزان رفتار قانون‌شکنانه در میان پسران بیش‌تر از دختران بود ( $P < 0/01$ ). مشکل اضطراب و افسردگی با ۸/۲٪ و مشکلات توجه با ۰/۹٪ به ترتیب دارای بیش‌ترین و کم‌ترین شیوع در میان دختران، رفتار قانون‌شکنانه با ۸/۳٪ و مشکلات توجه با ۱/۳٪ بیش‌ترین و کم‌ترین شیوع را در میان پسران داشتند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در میان نوجوانان استان زنجان در سطح بالایی بود و لازم است در برنامه مراقبت‌های بهداشتی روانی نوجوانان به سندرم‌های مذکور توجه شود.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال‌های رفتاری، نوجوان، همه‌گیرشناسی، نظام سنجش مبتنی بر تجربه آنبانخ، پرسش‌نامه گزارش معلم

### \* مقدمه

مطالعه و پایش قرار گرفته است.<sup>(۱)</sup> این اختلال‌ها به طور قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی در دوره بزرگ سالی را افزایش می‌دهند.<sup>(۲)</sup> همچنین باعث افزایش احتمال درگیر شدن افراد در فعالیت‌های بزهکارانه، اختلال‌های اضطرابی و خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلال‌های عصب‌شناختی، اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد می‌شوند.<sup>(۳)</sup> منظور از اختلال‌های رفتاری بروز رفتارهایی است که

دوران کودکی و نوجوانی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی می‌شود. اغلب اختلال‌ها و ناسازگاری‌های رفتاری پس از دوران نوجوانی از کمبود توجه به این دوران حساس و عدم هدایت صحیح روند رشد و تکامل فرد ناشی می‌شود. اختلال‌های رفتاری کودکان و نوجوانان یکی از چالش‌های اصلی فراروی بهداشت عمومی در کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود. با وجود این در مقایسه با مشکلات جسمی مانند امراض عفونی و مشکلات تغذیه، کم‌تر مورد

بهداشت روانی جامعه را ارتقا می‌بخشد و ارزشمند است. در این راستا بسیاری از صاحب‌نظران همه‌گیرشناسی بر غربالگری اختلال‌های رفتاری نوجوانان به عنوان یکی از راهبردهای کارآمد شناسایی و تشخیص این اختلال‌ها، تأکید می‌کنند و بررسی شیوع آن‌ها را برای تدوین برنامه‌های جامع بهداشتی و اقدام جهت پیشگیری مهم می‌دانند.

اطلاعات موجود در مورد میزان شیوع مشکلات روان‌پزشکی در ایران، محدود به اطلاعاتی است که در مورد شیوع برخی اختلال‌های خاص همچون اضطراب، افسردگی و فزون‌کنشی وجود دارد<sup>(۷)</sup> و در استان زنجان نیز تاکنون مطالعه‌های اندکی جهت تعیین شیوع این اختلال انجام شده است.<sup>(۸،۷)</sup> این مطالعه با هدف تعیین شیوع اختلال‌های رفتاری در میان نوجوانان دبیرستانی استان زنجان انجام شد.

#### \* مواد و روش‌ها:

این مطالعه همه‌گیرشناختی بر روی ۷۵۰ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر کلاس‌های اول و دوم متوسطه شهری و روستایی استان زنجان در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ انجام شد. این دانش‌آموزان (با در نظر گرفتن تناسب میزان برخورداری مناطق، پایه تحصیلی، شهری یا روستایی بودن و جنسیت) به روش خوشه‌ای طبقه‌ای انتخاب شدند. از میان ۷۵۰ پرسش‌نامه توزیع شده، ۳۴ پرسش‌نامه (حدود ۵ درصد) به علت ریزش آزمودنی‌ها یا وجود نقص در اطلاعات کنار گذاشته شد.

در این پژوهش برای اندازه‌گیری اختلال‌های رفتاری دانش‌آموزان از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخبخ (ASEBA) و پرسش‌نامه گزارش معلم (Teacher's Report Form) که در پژوهشکده کودکان استثنایی ایران نرم‌یابی و استانداردسازی شده است، استفاده شد.<sup>(۹)</sup>

در این پرسش‌نامه، معلم مشکلات رفتاری، عاطفی و اجتماعی دانش‌آموز را در هشت مقیاس سندرمی درجه‌بندی

ضمن نامتناسب بودن با سن فرد، شدید، مزمن یا مداوم هستند، بر فرایند رشد و انطباق کودک و نوجوان با محیط تأثیری منفی دارند و برای زندگی دیگران و استفاده آنان از شرایط ایجاد مزاحمت می‌کنند.<sup>(۴)</sup>

امروزه مدارس در بسیاری از نقاط جهان با نگرانی‌های فزاینده‌ای در مورد بروز اختلال‌های رفتاری از نوع خشونت، مسایل انضباطی، زورگویی و رفتارهای تخریب‌گرانه و بی‌ادبانه از سوی دانش‌آموزان مواجه‌اند.<sup>(۵)</sup> با توجه به شیوع انواع اختلال‌های رفتاری و تأثیر منفی آن‌ها بر پیشرفت تحصیلی و ابعاد مختلف زندگی دانش‌آموزان، تشخیص اولیه کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد.

داشتن اطلاعات دقیق و روزآمد در مورد شیوع اختلال‌های رفتاری کودکان و نوجوانان در تعیین و شکل‌دهی سیاست‌های بهداشتی کشور نیز مهم است. در جریان توسعه و پیشرفت کشورهای الگوی بروز و شیوع بیماری‌ها به الگوی کشورهای توسعه یافته شباهت پیدا می‌کند.<sup>(۶)</sup> فرایند صنعتی شدن و تبدیل روستاها به شهر، احتمال بروز اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان و نوجوانان را افزایش داده است.<sup>(۶)</sup> این تغییرات نسبتاً سریع هستند و این خطر وجود دارد که مراجع بهداشتی و درمانی کشور برداشت دقیقی از وضعیت شیوع اختلال‌های رفتاری در کشور نداشته باشند. از سوی دیگر، در ایران عموماً عقیده بر این است که اختلال‌های رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان مشکل عمده‌ای محسوب نمی‌شود. دلایلی که برای این ادعا مطرح می‌شود به طور عمده در زمینه تأثیر مثبت ثبات زندگی خانوادگی در ایران، سنت‌های اجتماعی و فرهنگ اسلامی حاکم بر خانواده‌هاست. در نتیجه این طرز فکر، سرمایه‌گذاری اندکی در زمینه خدمات بهداشت روانی کودکان و نوجوانان انجام شده است.

با توجه به این وضعیت، هر تلاشی که در راستای شناسایی و تشخیص، پیشگیری، کنترل و درمان اختلال‌های رفتاری و روانی نوجوانان انجام شود در واقع

میزان شیوع مجموع اختلال‌های رفتاری در میان کل آزمودنی‌های مورد مطالعه ۲۷/۸ درصد بود که سهم مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی در کل مشکلات تقریباً برابر بود. در میان کل آزمودنی‌ها رفتار قانون‌شکنانه بالاترین و مشکلات توجه پایین‌ترین میزان شیوع را داشت (جدول شماره ۱).

#### جدول ۱- میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان مورد مطالعه برحسب طبقه‌بندی بالینی در مقیاس‌های نظام مبتنی بر تجربه

نوع مشکل	بهنجار		مرزی		بالینی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
رفتار قانون شکنی	۵۷۷	۸۰/۶	۸۱	۱۱/۳	۵۸	۸/۱
اضطراب و افسردگی	۶۳۴	۸۷/۲	۴۶	۶/۴	۴۶	۶/۴
شکایات جسمانی	۵۵۵	۷۷/۵	۱۲۵	۱۷/۵	۳۶	۵
مشکلات اجتماعی	۶۳۰	۸۸	۵۰	۷	۳۶	۵
مشکلات تفکر	۶۲۱	۸۶/۷	۶۱	۸/۵	۳۴	۴/۷
گوشه‌گیری و افسردگی	۶۵۱	۹۰/۹	۳۱	۴/۳	۳۴	۴/۷
رفتار پرخاش‌گرانه	۶۳۰	۸۸	۷۰	۹/۸	۱۶	۲/۲
مشکلات توجه:	۶۶۹	۹۳/۴	۳۹	۵/۴	۸	۱/۱
بی‌توجهی	۶۳۱	۸۸/۱	۵۷	۸	۲۸	۳/۹
بیش‌فعالی-تکانش‌گری	۶۷۰	۹۳/۶	۳۰	۴/۲	۱۶	۲/۲
درونی‌سازی	۵۱۲	۷۱/۵	۵۱	۷/۱	۱۵۳	۲۱/۴
برونی‌سازی	۴۴۹	۶۲/۷	۱۱۵	۱۶/۱	۱۵۲	۲۱/۲
کل مشکلات	۴۱۴	۵۷/۸	۱۰۳	۱۴/۴	۱۹۹	۲۷/۸

شیوع کل اختلال‌های رفتاری در میان دختران مورد مطالعه ۲۷/۳ درصد بود که سهم مشکلات درونی‌سازی در آن‌ها بیش‌تر از مشکلات برونی‌سازی بود. مشکل اضطراب و افسردگی با ۸/۲ درصد شیوع در میان دختران و رفتار قانون‌شکنی با ۸/۳ درصد شیوع در میان پسران شایع‌ترین مشکلات رفتاری بودند. مشکلات توجه کم‌ترین شیوع را در هر دو جنس داشت. شیوع کل اختلال‌های رفتاری در میان پسران دانش‌آموز ۲۸/۳ درصد بود که به طور عمده از نوع برونی‌سازی بودند. مقایسه اختلال‌های رفتاری دو جنس همچنین نشان داد که شکایات‌های جسمی که از شایع‌ترین مشکلات دختران محسوب

می‌نماید. این مقیاس‌ها عبارتند از: اضطراب و افسردگی، گوشه‌گیری و افسردگی، شکایات‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاش‌گرانه. البته سندرم مشکلات توجه در این پرسش‌نامه، خرده مقیاس‌های جداگانه‌ای برای بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری دارد. نمره بالا در مقیاس‌های سندرمی حاکی از نابهنجاری بالینی مهم است.

علاوه بر مقیاس‌های سندرمی، پرسش‌نامه گزارش معلم برحسب دو گروه‌بندی گسترده از سندرم‌ها نیز نمره‌گذاری می‌شود. یکی از مشکلاتی که در درون خود فرد قرار دارند (درونی‌سازی) و دیگری مشکلاتی که مستلزم تعارض با دیگران است (برونی‌سازی).

مبنایی میزان پایایی این پرسش‌نامه را با روش همسانی درونی در گروه‌های سنی مختلف بین ۰/۷۱ (شکایات جسمانی) تا ۰/۹۵ (مشکلات توجه) و با روش بازآزمایی در گروه‌های سنی مختلف بین ۰/۳۸ (مشکلات تفکر)، تا ۰/۹۷ (برونی‌سازی) گزارش کرده است.<sup>(۹)</sup>

از آنجا که تکمیل صحیح پرسش‌نامه مستلزم آشنایی تقریباً کامل معلم با دانش‌آموز است، بنابراین در نیمه دوم سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ به مدارس نمونه‌گیری شده مراجعه شد. ابتدا توضیحاتی در مورد اهداف تحقیق و نحوه تکمیل پرسش‌نامه به معلمان ارائه شد و سپس یک نسخه از آن در مورد یکی از دانش‌آموزان به صورت مشترک توسط معلم مربوطه و پژوهش‌گر تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۶ و آزمون‌های آماری تی مستقل و یومن ویتنی تجزیه و تحلیل شدند و P کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شد.

#### \* یافته‌ها:

میانگین سنی دانش‌آموزان مورد مطالعه  $15/36 \pm 0/5$  سال بود که ۴۸ درصد آن‌ها دختر و ۷۸ درصد ساکن شهر بودند. ۶۶ درصد دانش‌آموز در سال اول متوسطه و بقیه در سال دوم متوسطه به تحصیل اشتغال داشتند.

گروه دانش‌آموزان بود ( $z = 6/07$ ،  $P < 0/01$ )، به این صورت که دانش‌آموزان فاقد اختلال‌های رفتاری موفقیت تحصیلی بالاتری داشتند.

### \* بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه شیوع کل اختلال‌های رفتاری را در دانش‌آموزان دبیرستانی استان زنجان ۲۷/۸ درصد نشان داد. در مقایسه با نتایج سایر تحقیق‌های انجام شده در این زمینه، به نظر می‌رسد اختلال‌های رفتاری در میان نوجوانان استان زنجان شیوع نسبی بالاتری دارد. به عنوان مثال، کافمن در پژوهش‌های مختلف، میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در میان جمعیت دانش‌آموزی را بین ۰/۵ تا ۲۰ درصد گزارش کرده است.<sup>(۱۰)</sup> مقدم و همکاران با استفاده از پرسش‌نامه معلم راتر ابتدا به رقم ۳۰/۱ دست یافتند، اما پس از مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک برای تعیین میزان واقعی شیوع این میزان به ۲۰/۴ درصد کاهش یافت.<sup>(۱۱)</sup> بررسی‌های گیائی و همکاران بر روی تعداد زیادی از تحقیق‌های انجام شده در داخل و خارج از کشور در مورد میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در سنین مختلف نشان داد که این میزان در دوران کودکی و نوجوانی همراه با بالا رفتن سن افزایش می‌یافت. به عنوان مثال، میزان شیوع مشاهده شده در سال‌های اولیه دوره ابتدایی در شهرهایی همچون قزوین و ایلام و کشور پاکستان از ۴/۱۵ تا ۵/۴۷ در نوسان بود؛ در حالی که همین نسبت در پایه‌های چهارم و پنجم دبستان به ۱۹/۸ تا ۲۴/۳ می‌رسید.<sup>(۱۲)</sup> با توجه به فقر، تحقیق در زمینه میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در نوجوانان کشور، به نظر می‌رسد براساس مطالعه گیائی و همکاران بتوان این میزان را در کشور حدود ۲۵ درصد برآورد کرد.

در هر حال، بالا بودن میزان شیوع برآورد شده در مطالعه حاضر را می‌توان ناشی از عوامل زیر دانست: یکی این که در مطالعه‌های مختلف تعریف بیماری، ابزار مطالعه، شیوه‌های اعتباریابی و تأیید تشخیص متفاوت است و این امر می‌تواند علت برآوردهای مختلف باشد.

می‌شدند (رتبه دوم)، در پسران چندان اهمیتی نداشتند (جدول شماره ۲).

### جدول ۲- میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در میان نوجوانان مورد مطالعه برحسب طبقه‌بندی بالینی به تفکیک جنسیت

نوع مشکل	دامنه	بهنجار		مرزی		بالینی	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
اضطراب و افسردگی	پسر	۳۳۲	۸۸/۵	۲۵	۶/۷	۱۸	۴/۸
	دختر	۲۹۲	۸۵/۶	۲۱	۶/۲	۲۸	۸/۲
گوشه‌گیری و افسردگی	پسر	۳۳۸	۹۰/۱	۱۸	۴/۸	۱۹	۵/۱
	دختر	۳۱۲	۹۱/۸	۱۳	۳/۸	۱۵	۴/۴
شکایات جسمانی	پسر	۲۶۹	۷۱/۷	۹۷	۲۵/۹	۹	۲/۴
	دختر	۲۸۶	۸۳/۹	۲۸	۸/۲	۲۷	۷/۹
مشکلات اجتماعی	پسر	۳۳۹	۹۰/۴	۲۲	۵/۹	۱۴	۳/۷
	دختر	۲۹۱	۸۵/۳	۲۸	۸/۲	۲۲	۶/۵
مشکلات تفکر	پسر	۳۳۵	۸۹/۳	۲۶	۶/۹	۱۴	۳/۷
	دختر	۲۸۶	۸۳/۹	۳۵	۱۰/۳	۲۰	۵/۹
مشکلات توجه	پسر	۳۴۲	۹۱/۵	۲۷	۷/۲	۵	۱/۳
	دختر	۳۲۶	۹۵/۶	۱۲	۳/۵	۳	۰/۹
بی‌توجهی	پسر	۳۱۸	۸۴/۸	۳۸	۱۰/۱	۱۹	۵/۱
	دختر	۳۱۲	۹۱/۸	۱۹	۵/۶	۹	۲/۶
بیش‌فعالی - تکانش‌گری	پسر	۳۴۶	۹۲/۳	۲۰	۵/۳	۹	۲/۴
	دختر	۳۴۴	۹۵	۱۰	۲/۹	۷	۲/۱
رفتار قانون‌شکنانه	پسر	۲۷۷	۷۳/۹	۶۷	۱۷/۹	۳۱	۸/۳
	دختر	۳۰۰	۸۸	۱۴	۴/۱	۲۷	۷/۹
رفتار پرخاشگرانه	پسر	۳۲۴	۸۶/۴	۴۰	۱۰/۷	۱۱	۲/۹
	دختر	۳۰۶	۸۹/۷	۳۰	۸/۸	۵	۱/۵
درونی‌سازی	پسر	۲۳۳	۷۲/۸	۲۸	۷/۵	۷۴	۱۹/۷
	دختر	۲۳۹	۷۰/۱	۲۳	۶/۷	۷۹	۲۳/۲
برونی‌سازی	پسر	۲۴۲	۶۴/۵	۴۲	۱۱/۲	۹۱	۲۴/۳
	دختر	۲۰۷	۶۰/۷	۷۳	۲۱/۴	۶۱	۱۷/۹
کل مشکلات	پسر	۲۱۹	۵۸/۴	۵۰	۱۳/۳	۱۰۶	۲۸/۳
	دختر	۱۹۵	۵۷/۲	۵۳	۱۵/۵	۹۳	۲۷/۳

از نظر شاخص کل مشکلات، آزمون تی تفاوت معنی‌داری بین اختلال‌های رفتاری دختران و پسران نشان نداد. تنها اضطراب و افسردگی در دختران به طور معنی‌داری بیش‌تر از پسران بود ( $t = 2/21$ ،  $P = 0/028$ ) و پسران بیش‌تر از دختران واجد رفتارهای قانون‌شکنانه بودند ( $t = 2/94$ ،  $P = 0/003$ ).

مقایسه موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان دارای و بدون اختلال‌های رفتاری با استفاده از آزمون یومن ویتنی (با توجه به فراهم نبودن شرایط استفاده از آزمون‌های پارامتریک) حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین این دو

رفتار متفاوت والدین با فرزندان دختر و پسر قابل پیش‌بینی است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان‌دهنده ارتباط معکوس وضعیت تحصیلی با ابتلا به اختلال رفتاری بود. در نوجوانان دارای اختلال رفتاری، به دلیل ناتوانی در تمرکز، اضطراب و عدم توانایی در برقراری ارتباط مناسب با معلم و همکلاسی‌ها، ضعف تحصیلی یک رخداد قابل پیش‌بینی است. این یافته با نتایج اغلب مطالعه‌های انجام شده در این زمینه همخوانی دارد.<sup>(۱۷،۱۲)</sup> البته برخی مطالعه‌ها بر نتایج متضادی اشاره دارند و پژوهش‌گران علت آن را از یک طرف فشار روانی ناشی از رقابت و کمال‌طلبی بیش‌تر دانش‌آموزان دارای معدل بالاتر و از طرف دیگر فشار خانواده جهت حفظ و ارتقای وضعیت تحصیلی موجود می‌دانند.<sup>(۱۷)</sup>

باور عمومی بر آن است که به دلیل مذهبی بودن اغلب خانواده‌های ساکن زنجان و همچنین به دلیل دوری نسبی از هیاهوها، مسایل و مشکلات شهرهای بزرگ کشور، کودکان و نوجوانان ساکن این استان از مصونیتی نسبی در مقابل ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله اختلال‌های رفتاری برخوردارند. اما نتیجه تحقیق حاضر این باور را مورد تردید قرار می‌دهد و لازم می‌داند که سیاست‌های مربوط به وضعیت بهداشت روانی کودکان و نوجوانان در کشور بازبینی شود. همچنین بر آموزش‌های عمومی و آرایه خدمات جهت پیشگیری و مداخلات زود هنگام در مراحل اولیه بروز اختلال‌ها تأکید می‌کند. باید با این تفکر که کودکان و نوجوانان از ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی مصون هستند و این اختلال‌ها مختص بزرگسالان است، مقابله شود. تغییر افکار عمومی و اطلاعات مردم در این زمینه مطمئن‌ترین راه برای تأثیرگذاری بر سیاست‌ها در سطح ملی و استانی است.

#### \* سپاس‌گزاری:

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی تحت همین عنوان است که با حمایت مالی سازمان جوانان استان زنجان انجام شده است.

برای مثال، در برخی مطالعه‌ها از پرسش‌نامه والدین برای برآورد میزان شیوع استفاده شده است و به دلیل آن که معمولاً والدین علایم کودکان خود را با دید تخفیف می‌بینند و یا آن را به رده سنی کودک ربط می‌دهند و غیر طبیعی نمی‌دانند،<sup>(۱۱)</sup> میزان شیوع مشکلات در پرسش‌نامه والدین نسبت به معلمین کم‌تر است. دلیل دیگر این است که گاهی آستانه تحریک آموزگار پایین است و اگر آموزگار تحت تأثیر مشکلات شخصی نظیر نارضایتی شغلی، کار زیاد، وقت کم و بی‌حوصلگی قرار داشته باشد، ممکن است با اندک رفتار نابهنجار از سوی نوجوان، قضاوت منفی بیش‌تری در مورد وی بنماید.

در رابطه با تفاوت جنسیتی در اختلال‌های رفتاری، برخی از مطالعه‌ها مانند الحسن الاواد و سونوگا بارک در سودان همانند مطالعه حاضر بین دختران و پسران تفاوت معنی‌داری به دست نیآورده‌اند.<sup>(۱۳)</sup> همچنین لامبرت و همکاران در آمریکا و کوت و ورهالست در هلند گزارش کردند که بین دختران و پسران در اختلال‌های رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.<sup>(۱۵،۱۴)</sup> در مطالعه شهائیان و همکاران در شهر شیراز نیز در نمره کل مقیاس کانرز تفاوت معنی‌داری بین دختران و پسران مشاهده نشد.<sup>(۱۶)</sup> اما بسیاری از مطالعه‌ها نشان داده‌اند زمانی که حیطه‌های خاصی از رفتار مورد توجه قرار گیرد، بین دختران و پسران تفاوت وجود دارد. کانرز گزارش کرده است که نمره پسران در تمام زیر مقیاس‌ها بیش‌تر از نمره دختران بوده است.<sup>(۱۶)</sup> علاوه بر این، در همین زمینه لامبرت و همکاران گزارش کرده‌اند که دختران در مشکلات روان-تنی، نمره بیش‌تری نسبت به پسران کسب کرده‌اند.<sup>(۱۴)</sup> در تحقیق خدام و همکاران شیوع اختلال‌های رفتاری در پسران بیش‌تر از دخترها بوده است (۲۱/۱) در برابر (۱۷/۳).<sup>(۱۷)</sup> نتایج به دست آمده در پژوهش غیائی و همکاران نیز میزان اختلال‌های رفتاری در پسران را بیش‌تر از دختران نشان داده است.<sup>(۱۳)</sup> تفاوت دختران و پسران در زیر مقیاس‌های رفتار قانون‌شکنانه و اضطراب و افسردگی حداقل در کشور ما به سبب روش‌های تربیتی و

## \* مراجع:

1. Patel V, Flisher AJ, Hetrik S, et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007 Apr; 369 (9569): 1302-13
2. Pandina GJ, Bilder R, Harvey PD, et al. Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. *Biol Psychiatry* 2007 Aug 1; 62 (3): 226-34
3. Baumeister AA, Sevin JA. Pharmacological control of aberrant behavior in the mentally retarded: toward a more rational approach. *Neurosci Biobehav Rev* 1990 Fall; 14 (3): 253-62
4. Kirk SA, Gallager JJ, Anastasiow NJ. Educating exceptional children. Boston: Houghton Mifflin Co.; 2000. 213
5. Scott TM, Nelson CM, Liaupsin CJ. Effective instruction: The forgotten component in preventing school violence. *Educ Treat Child* 2001; 24 (3): 309-22
6. Rahim SI, Cederblad M. Effects of rapid urbanization on child behaviour and health in a part of Khartoum, Sudan-II. Psychosocial influences on behaviour. *Soc Sci Med* 1986; 22 (7): 723-30
7. Shaabani M, Yadegari A. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in elementary school children in Zanjan, 2004-2005. *J Zanjan Univ Med Sci* 2005; 13 (51): 42-8 [In Persian]
8. Shams Esfand Abad H, Emami-Pour S, Sadrol-Sadat SJ. A study on prevalence of behavioral disorders in primary school students in Abhar. *J Rehabil* 2003; 12 (3): 34-41 [In Persian]
9. Minaei A. Adaptation and validation of Achenbach's Child Behavior Checklist, youth self-report and teacher's report form. *Research on Exceptional Children* 2006; 6 (1): 529-58 [In Persian]
10. Kauffman JM. Characteristics of emotional and behavioral disorder of children and youth. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall; 2001. 284
11. Moghaddam M, Yasemi M, Bina M, et al. Epidemiology of behavior disorders among primary school students in Ghorveh. *J Kurdistan Univ Med Sci* 2002; 7 (25): 7-11 [In Persian]
12. Ghiasi N, Nazarpur F, Bakhti F, et al. Prevalence of behavioral disorders among school-boys and girls in Ilam during 2005-2006. *J Ilam Univ Med Sci* 2008; 16 (1): 26-32 [In Persian]
13. Al-Awad AM, Sonuga-Barke EJ. The application of the Conner's Rating Scales to a Sudanese sample: an analysis of parents' and teachers' rating of childhood behavior problems. *Psychol Psychother* 2002 Jun; 75 (Pt 2): 177-87
14. Lambert MC, Knight F, Taylor R, et al. Epidemiology of behavioral and emotional problems among children of Jamaica and the United States: parent reports for ages 6 to 11. *J Abnorm Child Psychol* 1994 Feb; 22 (1): 113-28
15. Koot HM, Verhulst FC. Prevalence of problem behavior in Dutch children aged 2-3. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1991; 367: 1-37
16. Shahaieian 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 [In Persian]
17. Khoddam H, Modanlo M, Ziaee T, et al. Behavioral disorders and related factors in school age children of Gorgan. *Iran J Nursing Research* 2007; 14: 29-37 [In Persian]