

## Research Paper: The Study of Behavioral Disorders Prevalence in High School Students in Hamedan Province

Alireza Zolfaghari<sup>1</sup>, Davood Fathi<sup>2</sup>, \*Omid Massah<sup>3</sup>

1. M.Sc. in General Psychology, Elementary Education Department, Toyserkan Branch, Islamic Azad University, Toyserkan, Iran.
2. M.Sc. in Exceptional Children Education & Psychology, Elementary Education Department, Toyserkan Branch, Islamic Azad University, Toyserkan, Iran.
3. Physician, Researcher, Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Received: 18 Dec. 2013

Accepted: 23 Feb. 2014

### ABSTRACT

**Objective** The Behavioral disorders include a wide variety of childhood and adolescence problems and its prevalence varies in different parts of Iran and the world. Knowledge of them is essential to the prevention, treatment and rehabilitation of patients. The aim of this survey is to assess behavioral disorders prevalence in high school students in Hamedan province.

**Materials & Methods** In this descriptive and cross sectional study, 500 boy and girl students in school year 2012-13 were selected from Hamedan high schools by multistep cluster sampling, based on region and gender. Data were gathered by Achenbach experience questionnaire (YSR form) and were analyzed by Friedman and independent T tests.

**Results** The findings showed that the prevalence of behavioral problems among students in the province is 10 percent and it was higher in girls than boys. Most disorders were withdrawal disorder / anxiety and attention problems and somatization disorder was the least problem.

**Conclusion** Prevalence of behavior disorders in Hamedan province is similar to other researches carried out, but the prevalence in boys and girls is different from other researches.

#### Keywords:

Prevalence, Behavioral disorders, High school students

\* Corresponding Author:

Omid Massah, PhD

Address: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley, Daneshjoo Blvd., Evin, Tehran, Iran.

Tel: +98(21)22180018

E-Mail: omchomch@gmail.com

## بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه در استان همدان

علیرضا ذوالفقاری<sup>۱</sup>، داود فتحی<sup>۲</sup>، \* امید مسّاح<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد توپسرکان، گروه آموزش ابتدایی، توپسرکان، ایران.
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد توپسرکان، گروه آموزش ابتدایی، توپسرکان، ایران.
۳. پزشک، پژوهشگر، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

### حکیده

تاریخ دریافت: ۲۷ آذر ۱۳۹۲  
تاریخ پذیرش: ۴ اسفند ۱۳۹۲

**هدف:** اختلالات رفتاری دامنه گسترده‌ای از مشکلات دوران کودکی و نوجوانی را تشکیل می‌دهد که شیوع آن در مناطق مختلف ایران و جهان متفاوت است و آگاهی از آن، لازمه پیشگیری، درمان و توانبخشی مبتلایان به آن است. پژوهش حاضر به بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره متوسطه استان همدان می‌پردازد.

**روش بررسی:** این پژوهش توصیفی، از نوع زمینه‌یابی مقطعی است و جامعه آماری آن را تمامی دانش‌آموزان دوره متوسطه استان همدان در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۹۲ تشکیل می‌دهد. حجم نمونه، ۵۰۰ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر هستند که با استفاده از جدول کرجسی و مورگان و به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای براساس منطقه و جنسیت انتخاب شده‌اند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه مبتنی بر تجربه آخنباخ یا ASEBA و پرسشنامه خودسنجی YSR؛ و برای تحلیل داده‌ها از آزمون فریدمن و T مستقل استفاده شده است.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان استان همدان ۱۰ درصد و در بین دختران بیشتر از پسران است. بیشترین اختلالات به مشکلات توجه و گوشه‌گیری اضطراب و کمترین آن به مشکلات و شکایات جسمانی مربوط بوده است.

**نتیجه‌گیری:** میزان شیوع اختلالات رفتاری در استان همدان با دیگر پژوهش‌های انجام‌شده مشابه اما میزان شیوع در جنسیت با تحقیقات دیگر متفاوت بوده است.

### کلید واژه:

شیوع، اختلالات رفتاری، دانش‌آموزان دوره متوسطه

### مقدمه

عصب‌شناختی و اختلال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد (۷-۹). بنابر راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی یا DSM-IV<sup>۱</sup> شیوع اختلال رفتاری از جمله اختلال سلوک، در دهه اخیر افزایش یافته و در مناطق شهری همه‌گیرتر از مناطق روستایی و به‌میزان وسیعی برحسب جمعیت آماری و روش‌های تشخیصی متفاوت است. برای پسران زیر ۱۸ سال میزان شیوع از ۶ تا ۱۶ درصد و برای دختران از ۲ تا ۹ درصد متغیر است (۱۰). مطالعات دیگر، این میزان را به‌طور متوسط ۴ تا ۱۰ درصد گزارش کرده‌اند (۱۱-۱۳).

براساس بررسی‌های همه‌گیرشناسی در ایالات متحده آمریکا و انگلستان، برآورد می‌شود ۱۲ درصد کودکان این کشورها دچار نوعی مشکل هیجانی و رفتاری مهم هستند (۱۴). شواهد مختلف، حاکی از تأثیر عوامل زیستی و تجارب منفی روانی و

اختلالات رفتاری کودکان، اختلالات همه‌گیر و ناتوان‌کننده‌ای است که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کند و با شمار بسیاری از معضلات اجتماعی همراه است. محققان دریافته‌اند معمولاً اختلالات رفتاری نخستین‌بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شود و بین سنین ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسد (۱-۳). البته سن شروع این علائم در پسران و دختران متفاوت بوده و به‌ترتیب ۷ و ۱۳ سالگی ذکر شده است (۴). اختلالات رفتاری به‌طور قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی را در دوره بزرگسالی افزایش می‌دهد (۵، ۶). اختلالات رفتاری احتمال ابتلای افراد به مصرف مواد، فعالیت‌های بزهکارانه، اختلال اضطرابی و خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلالات

۱. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

### \* نویسنده مسئول:

دکتر امید مسّاح

نشانی: تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

تلفن: ۰۱۸ ۲۲۱۸۰۰۱۸ (۲۱)۹۸+

رایانامه: omchomch@gmail.com

۱۳۹۱ است. روش نمونه‌گیری مورد استفاده، شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و طبقه‌ای است. از بین مناطق شهرستان همدان، چهار منطقه و از هر منطقه یک مدرسه و نیز از چهار شهر دیگر استان، هر کدام یک مدرسه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه مورد پژوهش نیز پس از پذیرش‌های لازم از سازمان آموزش و پرورش استان و با توجه به جدول تعیین حجم نمونه کرجسی و مورگان، ۵۰۰ نفر تعیین شده است. از این تعداد ۲۵۰ نفر پسر و ۲۵۰ نفر دختر و همه نمونه‌ها از محدوده سنی مورد نظر هستند.

ابزار مورد استفاده این پژوهش آزمون مبتنی بر تجربه آخنباخ یا ASEBA<sup>۲</sup> و پرسشنامه خودسنجی یا YSR<sup>۳</sup> برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال است. این فرم شامل ۱۱۲ سؤال است و به‌وسیله شخص نوجوان تکمیل می‌شود. اگر نوجوانی قادر نباشد به‌طور مستقل فرم را تکمیل کند، فرد دیگری می‌تواند فرم را برای او بخواند و پاسخ‌های او را ثبت کند (۲۵). روایی و پایایی این آزمون در نوجوانان ایرانی قبلاً تأیید و اعتبار بازمیابی این آزمون در هنجاریابی انجام‌شده به‌وسیله مینایی اثبات شده است. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ همسانی درونی پرسشنامه را در مقیاس‌های مختلف ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ گزارش و مینایی اعتبار آن را به روش آزمون-بازآزمون تأیید کرده است (۲۶، ۲۷). کاکابرابی و همکاران نیز ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های اضطراب/افسردگی ۰/۸۴، شکایات جسمانی ۰/۷۸ و برای گوشه‌گیری/افسردگی ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند (۲۸). مطالعات نشان داده است که همخوانی و ارتباط زیادی بین تشخیص‌های DSM و نمرات پرسشنامه آخنباخ وجود دارد (۲۹، ۲۵).

برای رعایت اصول اخلاقی، هماهنگی‌های لازم با کارگروه اخلاق آموزش و پرورش استان انجام شد و اطلاعات دریافت‌شده از نوجوانان محرمانه باقی ماند. به‌منظور تحلیل داده‌ها، به‌منظور تحلیل داده‌ها، از آماره‌های توصیفی و همچنین آزمون فریدمن و تی مستقل برای آمار استنباطی استفاده شد. از نسخه شانزدهم نرم‌افزار اس.پی.اس. جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه اطلاعات مربوط به ۵۰۰ دانش آموز دوره متوسط شامل ۲۵۰ دختر و ۲۵۰ پسر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین نمرات آزمون برابر ۱۱۵/۲۴ بوده و انحراف معیار آن برابر ۱۵/۳۰ به‌دست آمده است (جدول ۱).

مطابق نتایج به‌دست آمده، ۱۳/۶ درصد از پاسخگویان دارای

اجتماعی در کودکان است. تجارب منفی ممکن است در خانه، مدرسه یا جامعه کسب شوند. عوامل خطرزا بنا بر تفاوت‌های فردی کودکان و محدوده سنی‌ای که آنها در رویارویی با این عوامل قرار می‌گیرند، تأثیر متفاوتی بر آنها می‌گذارد. همچنین این موضوع که یک عامل به‌تنهایی یا به‌همراه عوامل دیگر رخ دهد، در افزایش این تأثیر متفاوت است. کودکانی که از نظر زیستی آسیب‌پذیری بیشتری دارند، اگر در محیط نامناسب قرار گیرند آسیب بیشتری می‌بینند. برخی از عوامل نیز می‌تواند موجب گسترش اختلالات رفتاری شود. این عوامل عبارتند از:

- ۱- تجربه مشکلات عاطفی-اجتماعی مانند: مشکلات والدین (نظیر: استفاده از الکل یا مواد مخدر از سوی آنان)، فقر، محرومیت، سوءاستفاده، طردشدن، روابط ناراضی‌کننده؛
- ۲- اختلالات روانی والدین؛
- ۳- رویارویی با رویدادهای آسیب‌زا.

به‌نظر می‌رسد ریشه اصلی اختلالات رفتاری، ترکیبی از عوامل ژنتیکی، محیطی، بیولوژیکی و روانی-اجتماعی باشد (۲۱-۱۵).

کودکان مبتلا به اختلال رفتاری نمی‌توانند تکالیف مدرسه را در سطحی که مورد رضایت اولیای مدرسه باشد، انجام دهند. آنها احتمالاً از کمبودهای تحصیلی‌ای رنج می‌برند که در سطوح پیشرفت و مهارت‌های خاص به‌ویژه در توانایی خواندن منعکس می‌شود. چنین کودکانی اغلب از نظر معلمان بی‌علاقه به مدرسه، فاقد اشتیاق به ادامه تحصیل و بی‌توجه به کار هستند. آنها اغلب مردود می‌شوند، سطوح پایین‌تری از پیشرفت را نشان می‌دهند و در مقایسه با همسالان خود - که از لحاظ سنی، موفقیت اجتماعی و اقتصادی و... با آنها همانند هستند - زودتر ترک تحصیل می‌کنند (۲۴-۲۲). همانطور که اشاره شد، در سن شروع اختلالات رفتاری تفاوت جنسی دیده می‌شود. پسران در سنین کمتری رفتارهای مرتبط با این اختلالات رفتاری را بروز و در طول زمان ثبات قابل توجهی از خود نشان می‌دهند (۴، ۱۰). از آنجاکه این اختلالات در طولانی‌مدت بر زندگی فرد مبتلا و البته خانواده و اطرافیان او اثرات بدی می‌گذارد، پی‌بردن به میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان برای پیشگیری و درمان یک امر ضروری است.

با مباحثی که در بالا مطرح شد، با توجه به نظریه بوم‌شناختی و جامعه‌شناسی - که بیشترین توجه خود را به شرایط محیط طبیعی یک فرد و اثراتی که جامعه بر رفتار فرد دارد معطوف می‌کند - در این تحقیق میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه استان همدان در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بررسی و با دیگر مطالعات مقایسه می‌شود.

### روش بررسی

پژوهش همه‌گیرشناسی حاضر، مطالعه‌ای توصیفی و مقطعی از نوع زمینه‌یابی و جامعه آماری آن تمامی دانش‌آموزان پسر و دختر دوره دبیرستان استان همدان در سال تحصیلی ۹۲-

۲. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)  
۳. Youth Self-Report (YSR)

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات حاصل از فرم خودسنجی اختلالات رفتاری آخنباخ.

معیار	میانگین	انحراف معیار	میانه	مینیمم	ماکزیمم
دختر	۱۲۳/۲۱	۵۴/۶۲	۱۱۳	۲۰	۳۱۱
پسر	۱۰۷/۲۶	۴۶/۵۱	۱۰۱	۶	۲۵۴
کل	۱۱۵/۲۴	۵۱/۳۰	۱۰۶	۶	۳۱۱

#### توانبخشی

استانداردسازی نمرات و آزمون فریدمن در جدول (۶ تا ۸) ارائه شده است.

مقدار احتمال به دست آمده در جدول ۸ نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه در استان همدان یکسان نیست.

در جدول ۸ شاخص‌ها به ترتیب میزان تأثیر، از کم به زیاد اولویت‌بندی شده است. بنابراین، دیگر مشکلات، گوشه‌گیری/ اضطراب و مشکلات توجه دارای بالاترین اولویت و مقیاس‌های مشکلات سلوک، شکایات جسمانی و مشکلات جسمانی دارای پایین‌ترین اولویت است.

#### بحث

میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره متوسطه استان همدان در این تحقیق ۱۰ درصد به دست آمد. این یافته با نتیجه تحقیق ایگلاند و هانسن که شیوع اختلالات رفتاری را در بین دانش‌آموزان مدرسه‌های دانمارک ۱۰ درصد نشان می‌داد، همسو است (۳۰). این میزان در محدوده اعلام شده در DSM و مطالعات ارلز، چارلتون و کازدین است (۱۳-۱۰) و نیز به میزان ۱۲ درصدی که هربرت در انگلستان و امریکا اعلام کرده نزدیک است (۱۴). علاوه بر این، نتیجه این پژوهش با یافته‌های تحقیق هانت و مارشال در یک راستا بوده است و نتایج آن را تأیید می‌کند (۳۱).

برخلاف همسویی میزان به دست آمده در شیوع اختلالات رفتاری در کل دانش‌آموزان متوسطه استان همدان با دیگر مطالعات، در بررسی میزان شیوع به تفکیک جنسیت و

اختلال رفتاری خیلی کم، ۵۱٫۲ درصد دارای اختلال رفتاری کم، ۲۵٫۲ درصد از پاسخگویان دارای اختلال رفتاری متوسط، ۸٫۲ درصد دارای اختلال رفتاری زیاد و در نهایت، ۱۰٫۸ درصد دارای اختلال رفتاری خیلی زیاد بودند.

چنانچه در جدول ۲ دیده می‌شود، تعداد افرادی که در دامنه اختلال رفتاری زیاد و خیلی زیاد بودند، ۵۰ نفر است که این تعداد معادل ۱۰ درصد کل افراد شرکت‌کننده در این پژوهش بود.

با توجه به جدول ۳، مقایسه میزان اختلالات رفتاری در بین دختران و پسران، حاکی از وجود تفاوت معنادار بین آنهاست.

مقایسه وجود مؤلفه‌های اختلالات رفتاری بین دانش‌آموزان دختر و پسر دوره متوسطه استان همدان در دو جدول ۴ و ۵ آورده شده است.

بر اساس جدول ۴، در متغیرهای اضطراب / افسردگی، گوشه‌گیری / افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی، درونی‌سازی، سایر مشکلات و مشکلات کلی در بین دختران و پسران تفاوت معناداری دیده می‌شود.

بر اساس جدول ۵، در متغیرهای مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات بیش‌فعالی و کمبود توجه و در نهایت، مشکلات سلوک بین دختران و پسران تفاوت معناداری مشاهده می‌شود، ولی در متغیرهای مشکلات جسمانی (تنی) و مشکلات رفتار مقابله‌ای این تفاوت معنادار نیست.

نتایج اولویت‌بندی اختلالات بر اساس نمرات هم‌تراز انواع اختلالات رفتاری و برای تعیین عوامل مهم‌تر، از طریق

جدول ۲. جدول فراوانی میزان شیوع اختلالات رفتاری.

میزان شیوع اختلالات رفتاری	فراوانی مطلق	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی نسبی
خیلی کم	۶۸	۱۳/۶	۱۳/۶
کم	۲۵۶	۵۱/۲	۶۴/۸
متوسط	۱۲۶	۲۵/۲	۹۰/۰
زیاد	۴۱	۸/۲	۹۸/۲
خیلی زیاد	۹	۱/۸	۱۰۰
جمع	۵۰۰	۱۰۰	

#### توانبخشی

جدول ۴. مقایسه اختلالات رفتاری از منظر مقیاس‌های مبتنی بر تجربه بین دانش‌آموزان دختر و پسر.

مقدار احتمال	انحراف معیار	میانگین	گروه	
≤۰/۰۰۱	۵/۰۰	۸/۹۲	دختر	اضطراب/افسردگی
	۳/۷۶	۶/۳۳	پسر	
۰/۰۲۴	۳/۲۳	۵/۱۴	دختر	گوشه‌گیری/افسردگی
	۲/۵۸	۴/۵۴	پسر	
≤۰/۰۰۱	۲/۶۹	۲/۷۴	دختر	شکایات جسمانی
	۱/۹۰	۱/۶۸	پسر	
۰/۶۱۵	۳/۳۰	۵/۴۹	دختر	مشکلات اجتماعی
	۶/۲۳	۵/۲۶	پسر	
۰/۸۵۴	۳/۵۳	۴/۸۳	دختر	مشکلات تفکر
	۲/۴۰	۴/۷۷	پسر	
۰/۰۴۰	۳/۵۳	۵/۷۳	دختر	مشکلات توجه
	۳/۱۱	۵/۱۲	پسر	
≤۰/۰۰۱	۲/۹۷	۲/۸۸	دختر	رفتار قانون شکنی
	۳/۵۳	۵/۰۹	پسر	
۰/۳۳۴	۵/۶۶	۸/۲۲	دختر	رفتار پرخاشگرانه
	۵/۴۴	۷/۷۴	پسر	
≤۰/۰۰۱	۹/۶۶	۱۶/۸۴	دختر	درونی سازی
	۶/۶۶	۱۲/۴۰	پسر	
۰/۴۷۷	۷/۸۱	۱۲/۰۴	دختر	برونی سازی
	۷/۷۹	۱۲/۵۴	پسر	
≤۰/۰۰۱	۵/۱۴	۲۶/۱۰	دختر	سایر مشکلات
	۵/۹۹	۲۲/۴۰	پسر	
≤۰/۰۰۱	۲۲/۳۱	۷۰/۹۵	دختر	مشکلات کلی
	۲۲/۹۷	۶۱/۳۹	پسر	

توانبخشی

### نتیجه‌گیری

میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دوره متوسطه استان همدان ۱۰ درصد و از این لحاظ با بسیاری از پژوهش‌ها هم‌راستا است. درباره نقش جنسیت و اولویت انواع مقیاس‌های اختلالات رفتاری، نتایج به‌دست آمده با سایر نتایج هم‌راستا نبوده و قابل تأمل است.

از مشکلات و محدودیت‌هایی که در مسیر انجام این پژوهش وجود داشت، می‌توان به عدم همکاری کامل مسئولین آموزش و پرورش و برخی از دانش‌آموزان اشاره کرد. یکی دیگر از مشکلات انجام این پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها از طریق خودگزارشده‌ی آزمودنیها به‌وسیله پرسشنامه -که این شیوه همیشه تحت تأثیر عوامل متعدد تأثیرگذار؛ مانند

مقیاس‌های مختلف، نتایج با بیشتر مطالعات مشابه تفاوت داشت. چنانچه ذکر شد، در این تحقیق میزان شیوع اختلالات رفتاری در دختران بیشتر از پسران بود. اگرچه برخی مقیاس‌ها در دختران همه‌گیرتر است و بیشتر تحقیقات آن را تأیید می‌کند، ولی در کل چنین نیست (۳۵-۳۲، ۱۰). چنانچه در پژوهش غباری‌بناب و همکاران (۱۳۸۸) در کودکان زیر ۱۲ سال، میزان شیوع اختلالات رفتاری براساس طبقه‌بندی بالینی در مقیاس نظام مبتنی بر تجربه، ۲۰،۳ درصد در طبقه بالینی و ۵،۸ درصد در طبقه مرزی به‌دست آمد. در طبقه بالینی، بیشترین فراوانی به اختلالات درونی‌سازی و کمترین فراوانی به اختلالات اضطرابی اختصاص داشت. در طبقه مرزی نیز بیشترین فراوانی به افسردگی و کمترین فراوانی به مشکلات تفکر اختصاص داشت (۳۶).

جدول ۳. مقایسه اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان دختر و پسر دوره متوسطه استان همدان.

مقدار احتمال	درجه آزادی	مقدار T	انحراف معیار	میانگین	گروه
≤۰/۰۰۱	۴۹۸	۳/۵۱۵	۵۴/۶۱۶	۱۳۳/۲۱	دختر
			۴۶/۵۰۹	۱۰۷/۲۶	پسر

توانبخشی

جدول ۵. مقایسه اختلالات رفتاری از منظر مقیاس‌های مبتنی بر DSM بین دانش‌آموزان دختر و پسر.

مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
مشکلات عاطفی	دختر	۷/۴۷	۴/۸۲	≤۰/۰۰۱
	پسر	۵/۲۹	۴/۲۳	
مشکلات اضطرابی	دختر	۳/۴۷	۲/۲۹	≤۰/۰۰۱
	پسر	۲/۴۱	۱/۷۸	
مشکلات جسمانی (تنی)	دختر	۱/۳۳	۱/۷۴	۰/۰۰۹
	پسر	۱/۰۸	۱/۵۹	
مشکلات پیش‌فعالی و کمبود توجه	دختر	۴/۶۷	۲/۹۶	≤۰/۰۰۱
	پسر	۳/۷۵	۲/۶۱	
مشکلات رفتار مقابله‌ای	دختر	۲/۸۶	۲/۲۷	۰/۱۸۲
	پسر	۲/۶۰	۲/۰۸	
مشکلات سلوک	دختر	۳/۴۸	۲/۲۷	۰/۰۰۹
	پسر	۴/۳۵	۲/۹۷	

**توانبخشی**

دیگر وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و ارگان‌های مسئول نیز باید در پیشگیری و درمان این‌گونه اختلالات اقدامات لازم را انجام دهند.

ضروری است مشاوران دوره متوسطه در کنار مشاوره‌های تحصیلی، به سلامت روان دانش‌آموزان اهمیت و برای پیشگیری و درمان اقداماتی انجام دهند.

توصیه می‌شود برای آشنایی بیشتر معلمان با اختلالات رفتاری و زمینه‌های آن، چگونگی مقابله با این مشکلات و نحوه مدیریت کلاس برنامه‌های آموزشی طراحی شود.

از آنجایی که این میزان شیوع تقریباً در تمام مدارس به‌طور

گرایش پاسخ دهندگان به ارائه پاسخ‌های جامعه‌پسند است - بود. عدم اجرای دیگر آزمون‌ها در کنار فرم به‌کاررفته، از دیگر محدودیت‌هایی بود که می‌توانست دقت ارزیابی را افزایش دهد. حساسیت و ویژگی ابزار نیز مورد اشاره نبوده و فاصله اطمینان در گزارش نیامده است.

با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاداتی ارائه می‌گردد:

براساس این پژوهش ۱۰ درصد دانش‌آموزان از اختلالات رفتاری رنج می‌برند. ضروری است که مسئولین آموزش و پرورش درباره پیشگیری و درمان چنین اختلالاتی اقدامات لازم را برنامه‌ریزی و پیگیری نمایند.

جدول ۶. میانگین جدید نمرات پس از استانداردسازی برای مقیاس‌های مبتنی بر تجربه.

اختلالات	دختر	پسر	کل
اضطراب/افسردگی	۰/۶۸۸	۰/۴۷۴	۰/۵۸۱
گوشه‌گیری/افسردگی	۰/۶۴۶	۰/۵۶۲	۰/۶۰۴
شکایات جسمانی	۰/۲۷۶	۰/۱۶۶	۰/۲۲۰
مشکلات اجتماعی	۰/۵۰۱	۰/۴۷۵	۰/۴۸۸
مشکلات تفکر	۰/۴۰۵	۰/۳۹۴	۰/۳۹۹
مشکلات توجه	۰/۶۴۱	۰/۵۶۲	۰/۶۰۱
رفتار قانون‌شکنی	۰/۲۶۱	۰/۳۳۴	۰/۲۹۸
رفتار پرخاشگرانه	۰/۴۸۷	۰/۴۵۲	۰/۴۶۹
درونی‌سازی	۰/۵۴۵	۰/۳۹۶	۰/۴۷۰
برونی‌سازی	۰/۳۷۹	۰/۲۸۸	۰/۳۸۳
سایر مشکلات	۱/۰۸۷	۰/۹۳۶	۱/۰۱۱
مشکلات کلی	۰/۵۹۸	۰/۵۱۲	۰/۵۵۵

**توانبخشی**

توصیه می‌شود برای دانش‌آموزان در برخورد با مشکلات اجتماعی و حل مسئله، طراحی شود.

## منابع

- [1] August GJ, Realmuto GM, MacDonald AW, Nugent SM, Crosby R. Prevalence of ADHD and Comorbid Disorders Among Elementary School Children Screened for Disruptive Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1996; 24(5): 571-595.
- [2] Shechtman A. Age Patterns in Children's Psychiatric Symptoms. *Child Development*. Sep. 1970; 41(3): 683-693.
- [3] Shokoohi Yekta M, Parand A. [Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Persian)]. First ed. Tehran. Iran. Teymoornejad Press; 2005: 35-59.
- [4] Robins LN. *Deviant Children Grown Up: A Sociological Psychiatric Study of Sociopathic Personality*. Baltimore: Williams & Wilkins. 1996.
- [5] Parker JG, Asher SR. Peer Relations and Later Personal Adjustment: Are Low-accepted Children at Risk? *Psychological Bulletin*. Nov 1987; 102(3): 357-389.
- [6] Pandina GJ, Bilder RH, Harvey PD, Keefe SE, Aman MG, Gharabawi G. Risperidone and Cognitive Function in Children with Disruptive Behavior Disorders. *Biological Psychiatry*. 2007; 14: 253-262.
- [7] Hodgins S. Mental Disorder, Intellectual Deficiency, and Crime Evidence from a Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49(6): 476-483.
- [8] Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Kasen S, Oldham JM, Brook JS, et al. Adolescent Personality Disorders Associated with Violence and Criminal Behavior during Adolescence and Early Adulthood. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 1406-1412.
- [9] Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Brook JS. Influence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders on Young Adult Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 1529-1535.
- [10] Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. Poorafkari N. (Persian translator). 3rd ed. Tehran. Shahr e Ab Publication. 2007. 3rd Vol.
- [11] Earsl F. Oppositional defiant and conduct disorder. In: Rutter M, Tylor M, Hersov L. *Child Psychiatry, modern approaches*. 1994. 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publication.
- [12] Charlton T, Bloomfield A, Timm E. Prevalence of Problem Behaviors in the School Population on St. Helen, South Atlantic: Preliminary Findings. *Therapeutic Care and Education*. 1993; 2: 244-251.
- [13] Kazdin A. *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. New York: Sage Publication Inc. 1987.

جدول ۷. میانگین جدید نمرات پس از استانداردسازی برای مقیاس‌های مبتنی بر DSM.

اختلالات	دختر	پسر	کل
مشکلات عاطفی	۰/۵۷۹	۰/۴۰۰	۰/۴۸۹
مشکلات اضطرابی	۰/۵۸۱	۰/۴۰۴	۰/۴۹۳
مشکلات جسمانی (تنی)	۰/۱۹۴	۰/۱۴۹	۰/۱۷۱
مشکلات بیش‌فعالی و کمبود توجه	۰/۶۷۱	۰/۵۲۳	۰/۶۰۲
مشکلات رفتار مقابله‌ای	۰/۵۷۷	۰/۵۱۷	۰/۵۴۷
مشکلات سلوک	۰/۲۳۳	۰/۲۸۷	۰/۲۶۰

## توانبخشنی

جدول ۸. آزمون رتبه‌بندی فریدمن برای کل مقیاس‌ها.

مقدار احتمال	میانگین رتبه	متغیرها
	۱۵/۷۵	دیگر مشکلات
	۱۱/۵۱	گوشه‌گیری/افسردگی
	۱۱/۴۷	مشکلات توجه
	۱۱/۴۶	اضطراب/افسردگی
	۱۱/۱۱	مشکلات بیش‌فعالی و کمبود توجه
	۱۰/۰۲	مشکلات رفتار مقابله‌ای
	۹/۵۴	درونی‌سازی
	۹/۵۰	مشکلات عاطفی
≤۰/۰۰۱	۹/۴۷	مشکلات اضطرابی
	۹/۳۵	مشکلات اجتماعی
	۹/۳۴	رفتار پرخاشگرانه
	۷/۸۶	مشکلات تفکر
	۷/۷۸	برونی‌سازی
	۶/۰۰	رفتار قانون‌شکنی
	۴/۸۳	مشکلات سلوک
	۴/۴۲	شکایات جسمانی
	۲/۶۰	مشکلات جسمانی (تنی)

## توانبخشنی

یکنواخت دیده می‌شود، ضروری است خانواده‌ها و والدین اطلاعات کافی درباره انواع اختلالات رفتاری داشته باشند. مدارس می‌توانند با تشکیل کلاس‌های آموزشی، اطلاعات والدین را در این زمینه افزایش دهند.

- (YSR) on High School Students (Persian)]. *Research in Psychological Health*. 2008; 1(4): 50-66.
- [29] Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Ratings of Relations between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/G-18, TRF, and YSR. 2001. Online. Available in PDF Format at: [www.ASEBA.Org/research/DSM-6-18/ratings](http://www.ASEBA.Org/research/DSM-6-18/ratings). [Accessed 15 may 2004].
- [30] Eglund N, Hansen KF. Behavioral Disorders in Danish Schools: A Quantitative Survey. *European Journal of Special Needs Education*. 2000; 15(2): 158-170.
- [31] Hunt N, Marshall K. *Exceptional Children and Youth*. 3rd Ed. New York: Hollington Mifflin Company; 2002.
- [32] Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of Depression from Preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in a 10-year Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology*. Feb 1998; 107(1): 128-140.
- [33] Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, et al. An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescence-I. Age and Gender Specific Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Sept. 1993; 34(6): 851-867.
- [34] Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Andrews JA. Adolescence Psychopathology: Prevalence and Incidence of Depression and other DSM Disorders in High School Students. *Journal of Abnormal Psychology*. 1993; 102: 133-144.
- [35] Zoccolillo M. Gender and Developmental Conduct Disorder. *Development and Psychology*. 1993; 5: 65-78.
- [36] Ghojari Bonab B, Parand A, Khanzadeh Firoozjah AH, Movallali G, Nemati S. [Prevalence of Children with Behavioral Disorders in Primary Schools in Tehran (Persian)]. *Research on Exceptional Children*. 2009; 9(3): 223-238.
- [14] Herbert M. [Clinical Child Psychology: Social Learning, Development and Behavior. Translated by Firoozbakht M. (Persian)]. First ed. Tehran. Rasaa press. 2008.
- [15] Rutter M. Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1985; 147: 598-611.
- [16] Rutter M. Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. In: Rolf J, Masten D, Cicchetti D, Neuchterlein K, Weintraub S. (Eds.) *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*. USA. New York: Cambridge University Press. 1990: 316-331.
- [17] Rhee Hyun S, Waldman ID. Genetic and Environmental Influences on Antisocial Behavior: A Meta-analysis of Twin and Adoption Studies. *Psychological Bulletin*. May 2002; 128(3): 490-529.
- [18] Brooks JG, Warren MP. Biological and Social Contributions to Negative Affect in Young Adolescent Girls. *Child Development*. Feb 1989; 60(1): 40-55.
- [19] McLoyd VC. Socioeconomic Disadvantage and Child Development. *American Psychologist*. Feb 1998; 53(2): 185-204.
- [20] Cohen LH, Burt CE, Bjorck JP. Life Stress and Adjustment: Effects of Life Events Experienced by Young Adolescents and their Parents. *Developmental Psychology*. Jul 1987; 23(4): 583-592.
- [21] Conger RD, Ge X, Elder GH, Lorenz FO, Simons RL. Economic Stress, Coercive Family Process, and Developmental Problems of Adolescents. *Child Development*. April 1994; 65(2): 541-561.
- [22] Horowitz SH. Behavior Problems and Learning Disabilities. [Cited 2013 Nov 5]. Available from: <http://www.ncld.org/parents-child-disabilities/social-emotional-skills/behavior-problems-learning-disabilities>. 2013/11/5.
- [23] Tomblin JB, Zhang X, Buckwalter P, Catts H. The Association of Reading Disability, Behavioral Disorders and Language Impairment among Second-grade Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. May 2000; 41(4): 473-482.
- [24] Maughan B, Pickles A, Hagell A, Rutter M, Yule W. Reading Problems and Antisocial Behavior: Developmental Trends in Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. May 1996; 37(4): 405-418.
- [25] Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center of Children, Youth & Families. 2001.
- [26] Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Mina'ei A. (Persian Adaptation and Standardization). Research Institute of Exceptional Children. Special Education Organization. 2005.
- [27] Mina'ei A. Adaptation and Standardization of Achenbach Child Behavior Checklist, A Questionnaire Survey (self-assess) and the Teacher Report Form. *Research on Exceptional Children*. 19th. Spring 2006; 6(1): 529-558.
- [28] Kakabara'ei K, Habibi M, Fada'ei Z. [Standardization of Achenbach Child Behavior Checklist, Self-assess Questionnaire