

شیوع اختلال سلوک در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر کرمان در سال تحصیلی ۸۳-۸۲

دکتر حسن ضیاءالدینی^۱ دکتر احمد میرکافی^۲ دکتر نوذر نخعی^۳

^۱ دانشیار گروه روانپزشکی، ^۲ دستیار گروه روانپزشکی، ^۳ استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مجله پزشکی هرمزگان سال یازدهم شماره دوم تابستان ۸۶ صفحات ۲۲۸-۲۲۱

چکیده

مقدمه: اختلال سلوک مجموعه پایداری از رفتارهایی است که با گذشت زمان شکل می‌گیرد و غالباً مشخصه آن پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است. هدف از این مطالعه، برآورد شیوع اختلال سلوک در جمعیت مورد مطالعه و همچنین تعیین ارتباط بیماری با برخی متغیرهای زمینه‌ای می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه مقطعی، کلیه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی پایه سوم، چهارم و پنجم مدارس شهر کرمان که در سال تحصیلی ۸۳-۸۲ مشغول به تحصیل بودند، جامعه مورد مطالعه را تشکیل می‌دهند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای دومرحله‌ای انتخاب شد. در مرحله اول، از پرسشنامه مایکل راتر استفاده شد. در این پژوهش نقطه برش پرسشنامه والدین ۱۳ و پرسشنامه معلم ۹ محاسبه گردید و در مرحله دوم، مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی *DSM-IV-TR* جهت تأیید تشخیص بود. جهت مقایسه میانگین نمرات از آزمونهای *t-test* و *ANOVA* استفاده شد. جهت تعیین ارتباط متغیرهای زمینه‌ای با اختلال سلوک از رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده و سطح معنی‌داری ۵٪ در نظر گرفته شد.

نتایج: از ۱۴۱۹ دانش‌آموزی که در مرحله اول هر دو پرسشنامه والدین و معلم را برگشت داده بودند، تعداد ۳۹۳ نفر مشکوک به اختلال سلوک گزارش شدند و بر اساس مصاحبه بالینی، شیوع اختلال سلوک در پسران ۱۳/۲٪ و در دختران ۷/۳٪ بود. احتمال اختلال سلوک با جنس، کسانی که مادرانشان فوت کرده بودند و آنهایی که رفتار والدینشان از دید اطرافیان تند یا متوسط بود، به طور معنی‌داری افزایش نشان می‌داد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به روابط معنی‌داری بین اختلال سلوک و متغیرهای فوق‌الذکر، نیاز به آموزش روشهای مناسب کنترل تکانه، روش برخورد با کودکان، برای خانواده‌ها و مدارس احساس می‌شود. علاوه بر این آشنایی پزشکان، دست‌اندرکاران مسائل بهداشت روانی با علائم و عوامل مؤثر در ایجاد اختلال سلوک باعث تشخیص زودرس اختلال و درمان مناسب خواهد شد.

کلیدواژه‌ها: اختلال سلوک - دانش‌آموزان - شیوع

نویسنده مسئول:

دکتر حسن ضیاءالدینی

مرکز تحقیقات علوم اعصاب

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

کرمان - ایران

تلفن: ۹۸۹۱۳۱۴۱۰۲۶۷

پست الکترونیکی:

Hziadini@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۴/۹/۲۶ اصلاح نهایی: ۸۵/۵/۵ پذیرش مقاله: ۸۵/۸/۲۱

مقدمه:

رفتارهایی است که با گذشت زمان شکل می‌گیرد و با علائمی مثل بی‌رحمی به حیوانات و مردم، تخریب اموال، نیرنگ، فریبکاری، دروغ‌گویی، دزدی، تجاوز به حقوق دیگران مشخص می‌شوند. چنین مسائلی ایجاد مشکلات جدی برای بیمار، خانواده و اجتماع خواهد کرد.

اختلال سلوک همواره توجه صاحب‌نظران رشته‌های مختلف را به خود جلب کرده است. علت این امر شاید پیچیدگی و تنوع علل ایجادکننده اختلال سلوک از یک سو و تنوع مسائل رفتاری و پی‌آمدهای آن در زمینه‌های مختلف از سوی دیگر باشد. اختلال سلوک مجموعه پایداری از

تعارضات خانوادگی و زناشویی، میزان وابستگی به خانواده و عدم بروز پاسخ هیجانی مناسب والدین از عواملی هستند که می‌توانند بر اختلال سلوک مؤثر باشند. در معرض استرس مداوم قرار داشتن موجب بروز مشکل در کنترل هیجانات و آستانه پایین تحریک‌پذیری خواهد شد که نهایتاً در بروز رفتارهای ضداجتماعی و حتی در زندگی زناشویی خود فرد نیز مؤثر خواهد بود (۳،۷).

طلاق و جدایی والدین نقش انکارناپذیری در مشکلات تطابقی کودکان و نوجوانان دارد. در مورد تأثیر طلاق در اختلال سلوک باید گفت عمدتاً بر ناسازگاریها بیش از وقوع طلاق تأکید جدی وجود دارد (۷).

وجود اختلالات روانی همراه در خانواده، نظیر افسردگی در مادران، سوءمصرف مواد بخصوص الکل توسط والدین وجود خصوصیات ضداجتماعی در والدین بخصوص پدران نیز می‌تواند در ایجاد علائم اختلال سلوک مؤثر باشد (۱۱، ۱۰، ۳، ۷، ۲). هدف از انجام این پژوهش برآورد شیوع اختلال سلوک در جمعیت مورد مطالعه و همچنین تعیین ارتباط بیماری با برخی متغیرهای زمینه‌ای می‌باشد.

روش کار:

پژوهش از نوع مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی پایه سوم و چهارم و پنجم مدارس شهر کرمان اعم از دولتی و غیرانتفاعی و شاهد می‌باشد که در سال تحصیلی ۸۲-۸۳ مشغول به تحصیل بوده‌اند. ۱۶۲۲ دانش‌آموز شامل ۷۸۲ دختر و ۸۴۰ پسر به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. در این پژوهش هر خوشه شامل یک مدرسه و نمونه‌ها بصورت تصادفی و از طریق دفتر حضور و غیاب کلاس انتخاب شدند. در مرحله اول این پژوهش علاوه بر پرسشنامه دموگرافیک از پرسشنامه راتر که شامل راتر والدین و معلم می‌باشد، استفاده شد. این دو پرسشنامه بصورت مکمل یکدیگر عمل می‌کنند (۱۲).

فرم والدین راتر دارای ۳۱ عبارت است که شامل مسائل مربوط به تندرستی، عادت‌ها و ۱۸ عبارت دیگر

حداکثر شیوع اختلال سلوک در دوره کودکی و نوجوانی می‌باشد و میزان شیوع بر حسب نوع مطالعات مختلف و جمعیت‌های مورد مطالعه متفاوت است. در حدود ۶-۱۶ درصد پسرها و ۲-۹ درصد دختران زیر ۱۸ سال مبتلا به این اختلال گزارش می‌شود و در برخی مطالعات شیوع کل آن را در جمعیت بین ۸-۱۶ سال حدود ۵-۱۰ درصد می‌دانند (۱-۳). شیوع اختلال سلوک در مطالعه راتر و همکاران ۴٪ گزارش شده است (۴).

بر اساس نحوه نمونه‌گیری، تعریف بیماری و ابزار سنجش شیوع بین یک تا ۱۶ درصد و نسبت مرد به زن ۵، ۱ تا ۳ گزارش شده است.

در مطالعه سلیمی و همکاران (۵) که در دانش‌آموزان ۱۱-۱۴ ساله جنوب لندن انجام شده، ۱۰٪ کل دانش‌آموزان دچار اختلال سلوک بودند، ۸/۹٪ دختران و ۱۲/۷٪ پسران، که نسبت به مطالعات قبلی نسبت دختران افزایش یافته است. در مطالعه دیگری که بر اساس پرسشنامه راتر انجام گرفت، شیوع اختلال سلوک بر اساس پرسشنامه معلم در دختران ۱۹/۵٪ و در پسران ۲۹/۳٪ و بر اساس پرسشنامه والدین در دختران ۸/۷٪ و در پسران ۱۳/۱٪ گزارش شده است (۶).

برخی از مطالعات تفاوت بین پسر و دختر را ۴ به ۱ و در سنین نوجوانی ۲ به ۱ گزارش کرده‌اند. حتی برخی مطالعات به شیوع برابر در نوجوانی اشاره شده است (۲، ۷). دختران رفتارهای ضداجتماعی کمتری را در سنین ابتدایی نشان می‌دهند و در سنین نوجوانی است که عمدتاً این رفتارها مورد توجه قرار می‌گیرد. کیسنر شیوع رفتارهای جدی و شدید مقابله‌ای در سنین قبل از مدرسه را ۹-۴ درصد و در نوجوانی در حدود ۱۵-۱۲ درصد گزارش کرده است (۸، ۷، ۱). رفتارهای پرخاشگرانه والدین در اغلب اوقات همراه خصوصیات ضداجتماعی در آنها می‌باشد. بنابراین نقش فاکتور ژنتیک قویاً مطرح می‌شود (۱۰، ۷، ۲). نشان داده شده است که تأثیرات ژنتیک در اختلال سلوک می‌تواند شدیداً تحت تأثیر محیط قرار گیرد (۳، ۷).

پاکت گذاشته شد و توسط دانش‌آموزان برای والدین ارسال گردید و سپس توسط والدین یا دانش‌آموزان عودت داده شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، مرحله اول پژوهش پایان یافته و تجزیه و تحلیل این مرحله جهت مشخص شدن افرادی که بر اساس پرسشنامه‌ها مشکوک به اختلال سلوک بودند، انجام شد.

از ۱۶۳۲ پرسشنامه، ۱۴۱۹ پرسشنامه عودت داده شد که میزان پاسخگویی ۸۷٪ بوده و تعداد ۳۹۳ نفر برای مرحله دوم انتخاب شدند که از این تعداد ۳۰۸ نفر (۷۸/۴٪) در مرحله دوم توسط روانپزشک مصاحبه بالینی بر مبنای ملاکهای تشخیصی DSM - IV - TR انجام شد.

نمونه‌ها پس از ثبت خصوصیات جمعیت‌شناختی شامل سن، پایه تحصیلی، تحصیلات والدین، شغل والدین، بعد خانوار، زندگی مشترک والدین، بیماری روانی والدین، درآمد ماهیانه و نوع رفتار والدین نتایج مصاحبه بالینی مورد سنجش قرار گرفتند.

علاوه بر اطلاعات دموگرافیک، اختلال سلوک و فراوانی نسبی سه نوع اختلال رفتاری دیگر، ADHD، اختلال هیجانی و اختلال نامتمایز نیز تعیین گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS انجام شد. جهت مقایسه میانگین نمرات از آزمونهای t-test و ANOVA و جهت تعیین ارتباط متغیرهای زمینه‌ای با اختلال سلوک از رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده شد. پرازش مدل توسط آزمون Hosmer-lemeshov ارزیابی شد و سطح معنی دار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج:

در این مطالعه تعداد ۱۴۱۹ نفر دانش‌آموز مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۷۳۱ نفر دختر (۵۱/۵٪) و ۶۸۸ پسر (۴۸/۵٪) بودند. میانگین سنی ۱۰/۵ سال با انحراف معیار ۳/۸، کمترین سن ۸ سال و بیشترین سن ۱۲ سال بود. ۳۲٪ پایه سوم، ۳۴٪ پایه چهارم و ۳۴٪ درصد پایه پنجم بودند. پدر افراد مورد مطالعه ۷/۵٪ بی‌سواد، ۴۹/۵٪ در سطح ابتدایی و متوسط، ۲۷/۳٪ دیپلم و ۱۵/۷٪ تحصیلات عالی داشتند.

می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۲ نمره فرعی و یک نمره کلی است. این پرسشنامه توسط والدین و در صورت فقدان والدین از سرپرست جانشین والدین آنها خواسته شد که بر اساس مشاهدات و شناخت خود از کودک پرسشنامه را تکمیل نمایند.

فرم معلم پرسشنامه راتر که توسط معلمین تکمیل می‌گردد، دارای ۲۶ عبارت و دارای دو مقیاس فرعی می‌باشد که شامل مقیاس فرعی اختلال هیجانی و مقیاس فرعی اختلال سلوک می‌باشد. کسانی که نمره ۹ یا بیشتر از پرسشنامه معلم و یا ۱۳ و یا بیشتر از پرسشنامه والدین را کسب نمودند، اختلال رفتاری محسوب می‌شدند. در این مطالعه نیز ضریب پایایی (الفای کرونباخ) سئوالات فرم والدین ۸۵٪ و فرم معلم ۹۱٪ بدست آمد. پایایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران نیز مورد بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است (۱۳،۱۴).

کودکان برحسب اینکه در کدامیک از نمرات اختلال سلوک (خشونت، نافرمانی، ضداجتماعی) و یا اختلال نوروتیک، مضطرب بودن، دلگیری، احساس بدبختی، ترس مرضی، شکایات جسمانی غالب بوده‌اند، در گروه اختلال سلوک یا اختلال هیجانی قرار گرفتند. کسانی که بالاتر از نقطه برش برآورد شده ولی نمره اختلال سلوک و هیجانی مساوی داشتند، اختلال نامتمایز نامیده می‌شوند. پیش‌فعالی بر اساس ۳ جمله از هر یک از پرسشنامه‌ها (بیقراری، ول خوردن و عدم توانایی تمرکز روی چیزی بیش از چند لحظه) که قسمتی از زیرمجموعه نمرات اختلال سلوک یا هیجانی نبوده‌اند، محاسبه گردید. کودکانی که نمره ۳ یا بیشتر از هر دو پرسشنامه را کسب کردند، پیش‌فعالی نافذ (pervasive hyperactive) منظور شدند. پس از جلسه توجیهی برای معلمین و والدین پرسشنامه تحویل یکی از مسئولین مدرسه گردید و با انتخاب تصادفی (که قبلاً شماره تصادفی آنها توسط پژوهشگر در اختیار مسئولین مدرسه قرار گرفته تا از انتخاب آگاهانه خوداری شود) پرسشنامه دانش‌آموزان انتخاب شده توسط والدین و آموزگار مربوطه تکمیل گردید. لازم به یادآوری است که پرسشنامه والدین در

داده‌اند. در دختران ۹/۴٪ در هر دو پرسشنامه و ۵/۶٪ در پرسشنامه والدین و ۱۶/۳٪ در پرسشنامه معلم مبتلا به اختلال ADHD بوده‌اند. همچنین اختلال سلوک، اختلال هیجانی، اختلال نامتمایز و اختلال مختلط بترتیب ۷/۳٪، ۲/۶٪، ۲/۵٪ و ۲/۲٪ بوده است.

جدول شماره ۲ خطر اختلال سلوک بر اساس متغیرهای مختلف را نشان می‌دهد. همانطور که در این جدول ملاحظه می‌شود، در پسران، کسانی که مادرانشان فوت کرده بود و آنهایی که رفتار والدینشان از دید اطرافیان تند یا متوسط بود، به طور معنی‌داری احتمال وقوع اختلال سلوک بیشتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری:

در مطالعه حاضر شیوع اختلال سلوک بر اساس مصاحبه بالینی در پسران ۱۳/۲٪ و در دختران ۷/۳٪ بدست آمد که بصورت معنی‌داری در دختران کمتر بود. شیوع اختلال سلوک در پسران و دختران که در این مطالعه بدست آمد با آمارهای جهانی همخوانی دارد (۲،۳،۱۰).

شیوع اختلال سلوک در این مطالعه بیشتر از مطالعه راتر و همکاران (۴) که ۴٪ گزارش شده، می‌باشد. همچنین از شیوع اختلال سلوک در برخی از مطالعات دیگر بیشتر است (۱۵،۱۶). ولی با مطالعه بنگلادش که شیوع اختلال سلوک در دختران ۶/۳٪ و در پسران ۱۴/۳٪ گزارش شده است، تقریباً یکسان می‌باشد (۱۷).

در ایران در مطالعه توکل‌زاده و همکاران (۱۸) در گناباد که با پرسشنامه ۹۰ - CSL انجام شده، ۱۷٪ از جمعیت آماری مبتلا به اختلال رفتاری ایزایی و کمبود توجه بوده‌اند که کمتر از مطالعه حاضر می‌باشد. ولی در مطالعه ضیاءالدینی و همکاران شهر سیرجان که با پرسشنامه راتر انجام گرفته، شیوع نسبی اختلال سلوک بیشتر گزارش شده است. نسبت مرد به زن در این مطالعه ۲ به ۱ بدست آمده است و در حالی که مطالعه جهانی بطور متوسط آن را در سنین دبستان در حدود ۴ به ۱ گزارش می‌نمایند (۶،۱۹).

مادران ۹/۱٪ بی‌سواد، ۹/۱٪ در سطح ابتدایی و متوسط، ۳۲/۴٪ دیپلم و ۹/۴٪ تحصیلات عالی داشتند. ۹۳/۴٪ والدین زندگی مشترک داشته و ۶/۶٪ زندگی مشترک نداشتند و از کسانی که زندگی مشترک نداشتند، ۵۳/۸٪ بعلت فوت پدر، ۱۰/۷٪ بعلت فوت مادر و در ۳۵/۵٪ علت جدایی، ناشی از طلاق بود.

۲/۶٪ پدران، ۱/۸٪ مادران و ۱۰/۵٪ هر دو والدین بیماری روانی داشتند. از نظر وضعیت اقتصادی ۴۷/۷٪ درآمد کم، ۴۰/۷٪ درآمد متوسط و ۱۱/۶٪ درآمد بالا داشتند. ۴/۳٪ افراد مورد مطالعه سابقه‌ای از ضربه به سر که منجر به بیهوشی، فراموشی یا تشنج شده باشد را داشتند. رفتار والدین، با فرزندان از نظر اطرافیان ۲/۸٪ تند، ۴۱/۸٪ متوسط، ۳۷/۶٪ ملایم و ۱۷/۸٪ بسیار ملایم بود. شیوع انواع اختلالات بدست آمده در این مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱- فراوانی اختلالات رفتاری و طبیعی در

افراد مورد مطالعه

اختلال رفتاری	پسر		دختر		جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
C.D + ADHD	۲۲ (۳۲/۲)	۱۶ (۲۲/۲)	۳۸ (۲۷/۷)		
طبیعی	۳۱۶ (۴۵/۹)	۴۶۱ (۶۳/۱)	۷۷۷ (۵۴/۷)		
نامتمایز	۱۵ (۲۲/۲)	۱۸ (۲۵/۵)	۳۳ (۲۳/۳)		
اختلال هیجانی	۲۸ (۴)	۱۹ (۲۶/۶)	۴۷ (۳۳/۳)		
اختلال سلوک (C.D)	۹۱ (۱۳/۲)	۵۳ (۷/۳)	۱۴۴ (۱۰/۲)		
پیش‌فعالی (ADHD)	T _≥ ۳	۱۶۰ (۲۳/۳)	۱۱۹ (۱۶/۳)	۲۷۹ (۱۹/۶)	
	P _≥ ۳	۵۶ (۸/۱)	۴۱ (۵/۶)	۹۷ (۶/۸)	
	B _≥ ۳	۴۴ (۶/۴)	۳۶ (۴/۹)	۸۰ (۵/۶)	
جمع	۶۸۸ (۱۰۰)	۷۳۱ (۱۰۰)	۱۴۱۹ (۱۰۰)		

همانطور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، در پسران ۶/۴٪ در هر دو پرسشنامه و ۸/۱٪ در پرسشنامه والدین و ۲۳/۳٪ در پرسشنامه معلم اختلال ADHD را نشان داده است. همچنین ۱۳/۲٪ اختلال سلوک و ۴٪ اختلال هیجانی و ۲/۲٪ اختلال نامتمایز و نهایتاً ۴/۲٪ اختلال مختلط (ADHD + CD) را نشان

جدول شماره ۲- مشخصات روان‌پزشکی افراد مورد مطالعه (رگرسیون لجستیک $N = 1419$)

متغیر	تخمین خطر نسبی (خام)	حدود اطمینان ۹۵٪		تخمین خطر نسبی (تطبیق شده)	حدود اطمینان ۹۵٪	
		حد پایین	حد بالا		حد پایین	حد بالا
جنس	پسر	۱		۱		
	دختر	۰/۵۱	۰/۳۶	۰/۵۲	۰/۷۲	۰/۷۷
پایه تحصیلی	سوم	۱		۱		
	چهارم	۰/۷۳	۰/۴۶	۰/۸۵	۱/۱۶	۱/۳۹
	پنجم	۱/۳۷	۰/۹۱	۱/۴	۲/۰۶	۲/۳۵
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۱		۱		
	ابتدایی و متوسطه	۰/۶۸	۰/۳۳	۴/۲۴	۱/۴۲	۹/۸۴
	دیپلم	۰/۵۶	۰/۲۴	۲/۹۵	۱/۳۲	۵/۷۹
	عالی	۰/۴۴	۰/۱۴	۱/۸۵	۱/۳۶	۳/۸۴
تحصیلات مادر	بی‌سواد	۱		۱		
	ابتدایی و متوسطه	۱/۱۱	۰/۶۱	۱/۴۰	۲/۰۲	۲/۸۸
	دیپلم	۰/۶۸	۰/۳۶	۱/۰۸	۱/۳۰	۲/۴۸
زندگی مشترک والدین	وجود زندگی مشترک	۱		۱		
	عدم وجود زندگی مشترک	۳/۰۶	۱/۷۹	۲/۴۰	۵/۰۹	۸/۳۰
علت جدایی والدین	عدم جدایی	۱		۱		
	فوت پدر	۲/۲۴	۱/۱۰	۰/۶	۴/۷۳۰	۲/۸۲
	فوت مادر	۱۲/۴۹	۳/۳۰	۸/۸۵	۴۷/۹۷	۵۲/۰۹
	طلاق	۳/۹۰	۱/۷۶	۱/۰۸	۸/۶۱	۴/۴۵
بیماری روانی والدین	وجود بیماری	۱		۱		
	عدم وجود بیماری	۱/۹۴	۱/۰۲	۱/۲۸	۳/۷۱	۲/۸۴
درآمد ماهیانه	کمتر از صد هزار تومان	۱		۱		
	بین صد هزار تا دویست هزار	۰/۶۶	۰/۴۵	۰/۸۰	۰/۹۷	۱/۲۵
	بالاتر از دویست هزار	۰/۳۱	۰/۱۴	۰/۶۵	۰/۶۹	۱/۶۵
رفتار والدین	بسیار ملایم	۱		۱		
	ملایم	۰/۹۸	۰/۵۲	۱/۲۲	۱/۸۷	۲/۴۷
	متوسط	۲/۲۵	۱/۲۵	۲/۶۹	۴/۰۶	۵/۲۶
	تند	۶/۹۵	۲/۹۵	۷/۶۱	۱۶/۳۳	۱۹/۶۵

به ۱ گزارش می‌نمایند (۶،۱۹). میزان شیوع با سن دانش‌آموزان رابطه معنی‌داری نداشت در حالی که بر اساس مطالعات انجام شده، میزان اختلال سلوک تا سنین نوجوانی افزایش و پس از ۱۵ سالگی کاهش می‌یابد (۲۰) و در مطالعات ایران هم گزارش مشابه‌ای شده است (۱۸،۱۹). علت معنی‌دار نشدن در مطالعه حاضر احتمالاً بدلیل محدوده سنی نزدیک و کم افراد مورد مطالعه می‌باشد. میزان شیوع اختلال سلوک در این مطالعه رابطه معنی‌داری با پایه تحصیلی نداشت ولی در بنگلادش (۱۷) میزان شیوع اختلال سلوک با پایه تحصیلی سوم و پنجم رابطه معنی‌داری داشته است و در دیگر مطالعات گزارش

شیوع اختلال سلوک در دختران ۶/۳٪ و در پسران ۱۴/۳٪ گزارش شده است، تقریباً یکسان می‌باشد (۱۷). در ایران در مطالعه توکل‌زاده و همکاران (۱۸) در گناباد که با پرسشنامه ۹۰ - CSL انجام شده، ۱۷٪ از جمعیت آماری مبتلا به اختلال رفتاری ایزدایی و کمبود توجه بوده‌اند که کمتر از مطالعه حاضر می‌باشد. ولی در مطالعه ضیاءالدینی و همکاران شهر سیرجان که با پرسشنامه راتر انجام گرفته، شیوع نسبی اختلال سلوک بیشتر گزارش شده است. نسبت مرد به زن در این مطالعه ۲ به ۱ بدست آمده است و در حالی که مطالعه جهانی بطور متوسط آن را در سنین دبستان در حدود ۴

ارتباط با تنبیه، شدت تنبیه نبوده است بلکه احساس طرد شدن کودک توسط والدین مهم‌تر بوده است. اثرات سوءرفتار نافذ بوده و اکثریت این افراد در آینده به اختلال شخصیت ضداجتماعی مبتلا خواهند شد (۳).

در این مطالعه بیماری روانی والدین رابطه معنی‌داری با اختلال سلوک نداشت در حالی که تقریباً در تمام مطالعات دنیا وجود بیماری روانی بخصوص افسردگی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و سوءمصرف مواد در پدران با اختلال سلوک رابطه واضحی دارد (۳،۷،۱۰،۱۱). در اینجا باید دو نکته را مدنظر داشت که هر دو نیازمند بررسی‌های بیشتری است: اول اینکه در جامعه ما بیان مشکلات روانی افراد به راحتی انجام نمی‌شود و اغلب افراد آن را انکار می‌کنند و نکته مهم‌تر اینکه بسیاری از افراد مسائلی مثل سوءمصرف مواد و اختلالات شخصیت را جزء بیماری‌های روانی به شمار نمی‌آورند و طبعاً تأثیر نوع بیماری روانی بر اختلال سلوک در ایران نیازمند مطالعات تکمیلی خواهد بود. در این مطالعه وضعیت اقتصادی رابطه معنی‌داری با اختلال سلوک نداشت. ولی همانطور که در مطالعات اولیه سالهای میانه قرن بیستم بر نقش فقر و محرومیت‌های اجتماعی در رابطه با ایجاد اختلال سلوک تأکید داشته‌اند، مطالعات اخیر نیز به این امر صحه می‌گذارند (۲۰،۲۲).

تأثیر فقر می‌تواند به علت زندگی در محیط‌هایی که در آن انواع خشونت و بزهکاری وجود دارد و تأثیر غیرمستقیم آن بر روابط خانوادگی یا بصورت مستقیم باشد. در محیط‌های فوق کودکان در معرض انواع خشونت‌های خیابانی قرار می‌گیرند. مصرف مواد، تلاش برای زنده ماندن و... از مواردی است که به بروز رفتارهای پرخاشگرانه می‌انجامد، در چنین محیط‌هایی انجام خشونت برای بقاء نه تنها غیرعادی نیست بلکه لازم است (۶).

مطالعات نشان می‌دهد در سنین نوجوانی در مقابل ۸٪ کسانی که مبتلا به اختلال نیستند، ۶۲٪ از افراد مبتلا به اختلال سلوک نیاز به مداخله درمانی هستند این یافته‌ها نشان‌دهنده اهمیت شناخت بهتر و زودتر این بیماران به منظور کمک لازم به آنهاست (۱۹).

نشده است. بین میزان شیوع با تحصیلات پدر و مادر رابطه معنی‌داری وجود نداشت و در مطالعات جهانی این متغیرها زیاد مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند و اطلاعات زیادی در این مورد در دست نمی‌باشد، ولی در یک مطالعه (۶) فقط در پرسشنامه والدین تحصیلات مادر رابطه معنی‌داری وجود داشته و تحصیلات پدر فقط در پرسشنامه معلم رابطه معنی‌داری را نشان داده است که با توجه به مطالعات کم و مسائل فرهنگی متفاوت لازم است در این مورد مطالعات بیشتری انجام شود. بین میزان شیوع اختلال سلوک با زندگی مشترک والدین رابطه معنی‌داری وجود نداشت ولی با علت جدایی معنی‌دار بود و در کسانی که مادرانشان فوت کرده بودند احتمال وقوع اختلال سلوک بیشتر بود (جدول شماره ۱).

در اکثر مطالعات دنیا جدایی والدین را در ایجاد اختلال سلوک مطرح نموده و بر نقش طلاق تأکید شده است (۳،۷). نقش طلاق را عمدتاً متأثر از تعارضات خانوادگی قبل از طلاق دانسته و طلاق تنها به عنوان نمادی از تعارضات خانوادگی در نظر گرفته شده است اما در مطالعات حاضر تأثیر مرگ مادر در ایجاد اختلال سلوک معنی‌دار بود. ولی نقش طلاق معنی‌دار نبوده است که به نظر می‌رسد در جامعه ما از دست دادن تشکل خانواده و حذف یکی از والدین به تنهایی بیش از تعارضات مؤثر می‌باشد و بخصوص نقش مادر که در تربیت فرزند در فرهنگ ما نقش بیشتری دارد، می‌تواند باعث کاهش استرس و ایجاد آرامش و ثبات بیشتر خانواده باشد.

نوع رفتار والدین با فرزندان که بصورت رفتارهای تند، متوسط، ملایم و بسیار ملایم در نظر گرفته شده است، با اختلال سلوک رابطه معنی‌داری داشت (۲۱).

این امر با سایر مطالعات که رفتارهای خشن والدین را در بروز اختلال سلوک مؤثر می‌دانند همگام است (۱،۳،۷،۱۱،۱۳). اکثریت مطالعات به همراهی بین سوءرفتار فیزیکی و اختلال سلوک تأکید دارند (۲۲). بسیاری بر این باورند که خطر بروز اختلال سلوک در اثر سوءرفتار فیزیکی و تنبیهات شدید بصورت خطی افزایش نمی‌یابد بلکه بصورت تزیادی خواهد بود (۳،۲۳) و مهمترین مسئله در

مشکل و در نتیجه کاهش عوارض آن در کودکان و خانواده‌ها و اجتماع منجر گردد.

سیاسگذاری:

بدینوسیله از معاونت پژوهشی اداره کل آموزش و پرورش کرمان، اولیاء مدارس و والدین محترمی که کمال همکاری را نموده‌اند تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

با توجه به عوارض فردی، خانوادگی و اجتماعی که اختلال سلوک دارد، توجه به تعارضات خانوادگی، سلامت روانی والدین، طلاق، شیوه‌های فرزندپروری، توجه به رفتارهای نامناسب والدین با کودکان، توجه به آسیب‌پذیری کودکانی که مادر خود را از دست داده‌اند، اعتلای بهداشت روانی خانواده‌ها و شناخت بیشتر دست‌اندرکاران مسائل بهداشتی روانی دانش‌آموزان می‌تواند به شناخت زودتر

References

منابع

1. Boris N, Dalton R. Disruptive behavioral disorder. In: Beherman R Nelson textbook of pediatrics. 17th ed. W.B. Saunders; 2004,88-90.
2. Steiner H. Disruption behavioral disorder. In: Sadock B, Sadock BJ and Sadock VA (Eds). Comprehensive textbook of psyciatry 7th ed. New York: Lippincots Williams and Wilkins; 2000:P 2693-2703.
3. Hill J. Biological, psychological and social process in the conduct disorders. *J Child Psychology & Psychiatry*. 2002;43(1):133-164.
4. Rutter M, Tizard T, Witmore K. Education, Health and behavior. London: Longman;1970.
5. سلیمی، سیدحسین. نیاز به بازنگری معیارهای طبقه‌بندی اختلال سلوک در نوجوانان مجله اندیشه و رفتار ۱۳۷۷، سال چهارم، شماره ۳، ص ۷۵-۶۹.
6. ضیاء‌الدینی، حسن. شفیع‌زاده، ناهید. همه‌گیرشناسی بیش فعالی و اختلال سلوک در کودکان ۱۱-۷ ساله مدارس ابتدایی شهر سیرجان ۱۳۷۹، مجله اندیشه و رفتار (تحت چاپ).
7. Frick P. Conduct disorder and severe antisocial behavior. plenum New York: press and London; 1998.
8. Kiesener J. A reinforcement model of conduct disorder. Conduct disorders in children and adolescent. Cambrige university press; 2001.
9. Harada Y. Behavior and development disorder among conduct disorder. *Psychiatry and Clin Neuroscience*; 2002:621-625.
10. Sadock B, Sadock V. Disruptive behavior disorder in synopsis of psychiatry. 9th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
11. Krol N. Theories conduct disorder; a causal modeling analysis. *J Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(4):727-742.
12. Tylor E. Sandberg S, Thorley G, Giles S. The epidemiology of childhood hyperactivity (Maudsley monographs 33). Oxford University press; 1991.
13. احسان منش، مجتبی. کارورزی والدین مبتلا به اختلال سلوک، پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران. ۱۳۷۲.
14. رونش‌پور، محمد. بررسی پایایی و اعتبار و هنجاریابی مقدماتی پرسشنامه رفتاری کودکان راتر و تعیین شیوع اختلالات سلوکی و هیجانی در جمعیت کودکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران ۱۳۷۲.
15. Connell HK; Irvine. L & Rodney J. The prevalence of psychiatric disorders in rural school children. *Aust Newzeland J Psychiat*. 1982;16:43-46.

16. Mc Gree R Silva P. Behavior problems in population of 7 years old children prevalence Stability and Types of disorder: A research note. *J Child Psychol Psychiat*. 1981;25:251-259.
17. Rabbani MG, Hossani MM. Behavior disorders in urban primary school children in Dhaka, Bangladesh. *Public Health*. 1999;113:233-236.
- توکل، جهانشیر. بوالهری، جعفر. همه‌گیرشناسی اختلالات رفتار ایدایی کمبود توجه در دبستانهای گناباد اندیشه و رفتار، سال سوم، اول و دوم، شماره ۱۳، ص ۴۰-۵۲.
19. Earls F. Oppositional-Defiant and conduct in: Rutter M, Tylor E, Hersov L. *Child Adolescent psychiatry* 3rd ed. Oxford: Blackwell science; 1995:312-313.
20. Maughan B. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample. *J of Child Psychology & Psychiatry*. 2004;45(3):609-621.
- احمدعلی، اصغر. اختلال سلوک و ویژگی‌های آن. مجله اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره چهارم، ۱۳۷۹، ص ۶۹-۶۲.
22. Coie JD: Aggression and antisocial behavior. *J Emotion Personality Develop*. 1998;6:779-862.
23. Gibbis V. Childhood Maltreatment and subsequent conduct disorder. *Int J Law Psychia*. 2002;25:219-234.

Archive of SID