

فراوانی اختلالات رفتاری مبتنی بر DSM-IV دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه استان گلستان (۸۹-۱۳۸۸)

دکتر اسحق رحیمیان بوگر*^۱، دکتر علی اصغر بیانی^۲

۱- دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان.

۲- دکتری تخصصی تعلیم و تربیت، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر.

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی فراوانی اختلالات دوران نوجوانی دارای پیامدهای کاربردی در حوزه روانپزشکی کودک و نوجوان است. این مطالعه به منظور تعیین فراوانی اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه شهرستان‌های استان گلستان در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی مقطعی ۱۵۰۰ نفر (۷۱۵ پسر و ۷۸۵ دختر) از دانش آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه شهرستان‌های استان گلستان در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. افراد پرسشنامه جمعیت‌شناختی و ابعاد اختلالات رفتاری مبتنی بر DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان ایشنباخ (*Youth Self-Report Scale: YSR*) را تکمیل کردند. داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی، تست ناپارامتریک کای اسکوئر و محاسبه مقادیر نسبت شانس و *CL* (*confidence interval*) با نرم‌افزار آماری PASW (*Predictive Analytics Software*) تحلیل گردید.

یافته‌ها: فراوانی کلی اختلالات رفتاری در دانش آموزان مقطع راهنمایی، مقطع متوسطه و کل دانش آموزان به ترتیب ۵/۴۷ درصد، ۵/۰۵ درصد و ۵/۲۷ درصد بود. در همه دانش آموزان اختلالات جسمانی بالاترین فراوانی (۵/۸ درصد) و اختلالات اضطرابی کمترین فراوانی (۴/۷ درصد) را نشان داد. همچنین بین دو جنس تنها در میزان فراوانی اختلال سلوک و اختلال ADHD تفاوت آماری معنی‌داری یافت شد ($P < 0/05$). نسبت شانس برای جنسیت در پیش‌بینی اختلال سلوک و ADHD و برای مقطع تحصیلی در پیش‌بینی اختلالات عاطفی و اضطرابی از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: فراوانی کلی اختلالات رفتاری در دانش آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه شهرستان‌های استان گلستان ۵/۲۷ درصد تعیین شد. این نتیجه تقریباً مشابه با دیگر مطالعات انجام شده در ایران است.

کلید واژه‌ها: اختلالات رفتاری، دانش آموزان، DSM-IV، فراوانی، استان گلستان

* نویسنده مسؤو: دکتر اسحق رحیمیان بوگر، پست الکترونیکی eshaghrahimian@yahoo.com

نشانی: سمنان، دانشگاه سمنان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی، تلفن ۰۲۳۲-۳۶۲۳۳۰۰، شماره ۳۶۲۵۵۵۴

وصول مقاله: ۸۹/۱۰/۱۲، اصلاح نهایی: ۹۰/۲/۲۴، پذیرش مقاله: ۹۰/۲/۲۵

مقدمه

بررسی شیوع اختلالات رفتاری دوران نوجوانی و نیازسنجی برای طراحی مداخلات به موقع ضروری بوده و در ارتقای سلامت آنان مهم است (۲ و ۱). رفتارهای غیرانطباقی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان پیامدهای نامطلوبی برای آینده آنان خواهد داشت (۳ و ۴). اختلالات رفتاری چندعاملی است و بررسی همه گیری، تشخیص، پیش آگهی و مداخله در این اختلالات پیچیده می باشد (۵). اختلالات رفتاری دانش آموزان مقاطع راهنمایی و متوسطه طیف وسیعی شامل بیش فعالی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و رفتارهای ضداجتماعی بوده و نیازمند تشخیص و مداخله زودهنگام است (۶). ورود قشرهای مختلف دانش آموز به مدارس و دبیرستانها در جوامع مختلف با شیوع بالای مشکلات رفتاری در این محیطها همراه شده است که خود را به شکل مشکلات برونی شده (Externalizing) نشان می دهند و به عبارتی شامل رفتارهایی مانند اختلال سلوک، اختلال بیش فعالی، نقص توجه و اختلال نافرمانی مقابله ای و مشکلات درونی شده (Internalizing) نظیر افسردگی و انواع اضطرابها می باشد که روی محیط و افراد دیگر اثر گذارند (۶ و ۷).

در ایران مشکلات رفتاری بیش فعالی و نقص توجه، سلوک و اختلالات عاطفی شایع است (۵ و ۸). به طوری که شهرانی کرانی در مدارس ابتدایی دولتی شهر کرد در سال ۱۳۸۴ (۵) و انیسی و همکاران در ده استان کشور در سال ۱۳۸۵ (۸) شیوع انواع اختلالات رفتاری مبتنی بر DSM-IV را (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) در دانش آموزان گروه سنی ۱۸-۸ ساله در تمامی پایه های تحصیلی ۱۴-۵ درصد گزارش نمودند. همچنین مطالعه محمدی و همکاران در استان گلستان روی افراد ۱۸ سال و بالاتر ۱۸۵ خانوار نشان داد که حداقل ۷/۵۳ درصد افراد مورد بررسی دارای یک اختلال روانپزشکی هستند (۹).

همه گیری شناسی و بررسی شیوع و بروز آسیب های رفتاری محیط های تحصیلی جزء اولین مراحل و در واقع از سنگ بنای برنامه های ارتقای بهداشت روانی نوجوانان و جوانان است (۱۰-۱۲).

شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان راهنمایی و متوسطه براساس پژوهشها در ارقام متعددی گزارش شده اند. براساس مطالعه Hiremath و همکاران در شهر داروود هندوستان ۱۸-۹ درصد نوجوانان دارای مشکلات رفتاری هستند (۱۳). مطالعه Kessler و همکاران در بوستون امریکا در سال ۲۰۰۵ نیز نشان داد که شیوع اختلالات رفتاری مبتنی بر DSM-IV در دانش آموزان ۱۲ تا ۱۶ ساله ۱۷-۴ درصد است (۶). در ایران مطالعات همه گیری شناسی اندکی روی نوجوانان صورت گرفته است و بسیاری از مطالعات در محدوده گروه سنی ۱۵ سال به بالا انجام شده است. از جمله می توان به مطالعه انیسی و همکاران (۸) اشاره کرد که میانگین شیوع مشکلات رفتاری را ۱۰ درصد گزارش نمودند.

این مطالعه به منظور تعیین فراوانی اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه شهرستان های استان گلستان در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ انجام گردید.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی مقطعی ۱۵۰۰ دانش آموزان (۷۱۵ پسر و ۷۸۵ دختر) مقطع راهنمایی و متوسطه در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای تصادفی متناسب شده برحسب مقطع تحصیلی، جنسیت و شهرهای استان گلستان انتخاب شدند.

ملاک های ورود به مطالعه شامل اشتغال به تحصیل در یکی از دو مقطع تحصیلی در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸؛ تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و عدم سابقه چندبار بستری طی سال گذشته به خاطر بیماری های مزمن طبی بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به بیماری های مزمن طبی؛ تجربه کنونی عوارض حاد مرتبط با بیماریها بود.

پس از اخذ معرفی نامه از شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان گلستان و متعاقب آن از اداره آموزش و پرورش شهرستان های مورد مطالعه استان؛ با استفاده از نمونه گیری طبقه ای تصادفی نواحی و مدارس انتخاب شدند و با هماهنگی قبلی با مدیر و معلمان و رضایت آگاهانه دانش آموزان، پرسشنامه ها توسط دانش آموزان تکمیل شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، احترام به

طبقه‌بندی وضعیت اجتماعی-اقتصادی براساس سطح تقریبی درآمد ماهیانه خانواده و برخورداری از امکانات اقتصادی-اجتماعی با تکمیل توسط دانش‌آموز و پاسخ به سؤالات آزمونگر انجام گرفت. درآمد ماهیانه به سه سطح پایین (کمتر از ۷ میلیون ریال)، متوسط (۷-۱۵ میلیون ریال) و بالا (بیش از ۱۵ میلیون ریال) تقسیم‌بندی شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار PASW16 و روش‌های توصیفی نظیر فراوانی، درصد و نیز از آزمون استنباطی ناپارامتریک کای اسکوئر و محاسبه مقادیر نسبت شانس (OR) و CL تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۱۴/۶ سالگی در دامنه سنی ۱۱ تا ۱۹ سالگی بود. از تعداد کل ۱۵۰۰ آزمودنی، ۷۱۵ نفر پسر (۴۷/۷ درصد) و ۷۸۵ نفر دختر (۵۲/۳ درصد) بودند.

برحسب پایه تحصیلی ۲۵۴ نفر اول راهنمایی (۱۶/۹ درصد)، ۲۴۲ نفر دوم راهنمایی (۱۶/۱ درصد)، ۲۵۹ نفر سوم راهنمایی (۱۷/۳ درصد)، ۲۵۲ نفر اول متوسطه (۱۶/۸ درصد)، ۲۵۳ نفر دوم متوسطه (۱۶/۹ درصد)، ۲۴۰ نفر سوم متوسطه (۱۶ درصد) بودند.

۵۰/۳ درصد در مقطع راهنمایی و ۴۹/۷ درصد در مقطع متوسطه مشغول به تحصیل بودند.

با توجه به شهرستان مورد بررسی ۲۹۵ نفر (۱۹/۷ درصد) در گرگان، ۲۷۰ نفر (۱۸ درصد) آزادشهر، ۲۰۲ نفر (۱۳/۵ درصد) گنبد، ۱۷۹ نفر (۱۱/۹ درصد) مینودشت، ۱۸۳ نفر (۱۲/۲ درصد) علی‌آباد، ۱۸۱ نفر (۱۲/۱ درصد) کلاله و ۱۹۰ نفر (۱۲/۷ درصد) در رامیان به تحصیل اشتغال داشتند.

از لحاظ وضعیت اجتماعی-اقتصادی ۳۹۰ نفر (۲۶ درصد) دارای سطح پایین، ۸۳۷ نفر (۵۵/۸ درصد) دارای سطح متوسط و ۲۷۳ نفر (۱۸/۲ درصد) دارای سطح بالا بودند.

فراوانی و درصد فراوانی اختلالات مبتنی بر DSM دو گروه عادی و دارای مشکلات رفتاری بالینی در دانش‌آموزان راهنمایی و متوسطه به تفکیک مقطع تحصیلی در جدول یک آمده است.

فراوانی کلی اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی ۵/۴۷ درصد، دانش‌آموزان مقطع متوسطه ۵/۰۵ درصد

شرکت کنندگان و توجه به رفاه آنها، طی پژوهش تمامی شرایط اجرای پژوهش به آنها توضیح داده شد تا آنها بدون هیچ مانعی هر زمان که تمایل داشتند؛ از مطالعه خارج شوند.

در ابتدا ۲۳ مدرسه راهنمایی و ۲۵ دبیرستان به طور تصادفی از میان ۷ شهرستان استان گلستان شامل گرگان، آزادشهر، گنبد، مینودشت، علی‌آباد، کلاله و رامیان انتخاب شدند. سپس فهرست افراد مشمول در طبقات منتخب شده، تهیه شد و افراد به روش تصادفی ساده در پایه موردنظر انتخاب شدند. از پایه اول، دوم و سوم در هر مقطع به‌طور متوسط ۱۰ نفر در هر مدرسه بررسی شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله سن، جنس، مقطع تحصیلی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و محل سکونت بود. همچنین از مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان ایشنباخ (Youth Self-Report Scale: YSR) استفاده گردید (۱۱) که

برای سنین ۱۱ الی ۱۸ سال و نوجوانان با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدائی در مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخ‌گویی است. این مقیاس شامل دو بخش شایستگی‌ها و سندرم‌ها می‌باشد. بخش شایستگی‌ها از چهار قسمت فعالیت‌ها، عملکرد تحصیلی، کارآمدی اجتماعی و شایستگی کلی تشکیل شده است و مقیاس سندرم‌ها شامل گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات بدنی، افسردگی/اضطراب، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزهکارانه، رفتار پرخاشگرانه و نیز مقیاس سایر مشکلات رفتاری است (۱۱ و ۱۲ و ۱۴). تعداد ۱۱۲ سؤال مربوط به مشکلات رفتاری روی یک مقیاس سه‌درجه‌ای نمره‌گذاری شدند. سؤالات شامل مواردی نظیر «زیاد بحث و مشاجره می‌کنم»؛ «وسایل خودم را خراب می‌کنم» و «زیاد جار و جنجال می‌کنم» بود. در نهایت نمره خام، نمرات Z و T هر یک از ابعاد به صورت مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی و نمره کل محاسبه شدند و براساس نمرات حاصله آزمودنی‌ها در سه طبقه مشکلات رفتاری بالینی، مرزی و عادی طبقه‌بندی شدند (۱۱ و ۱۸-۱۵). در بررسی همسانی درونی، متوسط همبستگی در پایایی بازآزمایی در مورد شایستگی کلی ۰/۸۰ و مشکلات رفتاری کلی ۰/۷۹ بود (۱۶).

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی اختلالات رفتاری مبتنی بر DSM-IV در دانش آموزان راهنمایی و متوسطه به تفکیک مقطع تحصیلی

مشکلات بالینی فراوانی (درصد)	عادی فراوانی (درصد)	اختلال مبتنی بر DSM	
۳۹ (۵/۲)	۷۱۶ (۹۴/۸)	سلوک	
۴۴ (۵/۸)	۷۱۱ (۹۴/۲)	رفتار مقابله‌ای	
۴۱ (۵/۴)	۷۱۴ (۹۴/۶)	ADHD	
۴۷ (۶/۲)	۷۰۸ (۹۳/۸)	عاطفی	دوره راهنمایی
۲۶ (۳/۴)	۷۲۹ (۹۶/۶)	اضطرابی	
۵۱ (۶/۸)	۷۰۴ (۹۳/۳)	جسمانی	
۲۴۸ (۵/۴۷)	۵۰۷ (۹۴/۵۳)	کل	
۳۹ (۵/۳)	۷۰۶ (۹۴/۸)	سلوک	
۴۰ (۵/۴)	۷۰۵ (۹۴/۶)	رفتار مقابله‌ای	
۳۵ (۴/۷)	۷۱۰ (۹۵/۳)	ADHD	
۳۱ (۴/۲)	۷۱۴ (۹۵/۸)	عاطفی	دوره متوسطه
۴۴ (۵/۹)	۷۰۱ (۹۴/۱)	اضطرابی	
۳۶ (۴/۸)	۷۰۹ (۹۵/۲)	جسمانی	
۲۲۵ (۵/۰۵)	۵۲۰ (۹۴/۹۵)	کل	
۴۷۳ (۵/۲۷)	۱۰۲۷ (۹۴/۷۳)	مجموع دو مقطع	

جدول ۲: تفاوت شیوع اختلالات رفتاری مبتنی بر DSM-IV در دو جنس

p-value	χ^2	جنسیت		اختلالات رفتاری مبتنی بر DSM	
		دختر تعداد (درصد)	پسر تعداد (درصد)	ندارد	دارد
۰/۰۰۲	۱۲/۹۹۵	۷۰۴ (۹۶/۷)	۶۰۵ (۹۲/۷)	ندارد	سلوک
		۲۶ (۳/۳)	۵۲ (۷/۳)	دارد	
۰/۲۵	۲/۷۵۰	۶۸۸ (۹۵/۳)	۶۰۹ (۹۳/۴)	ندارد	رفتار مقابله‌ای
		۳۷ (۴/۷)	۴۷ (۶/۶)	دارد	
۰/۰۰۱	۱۴/۳۳۷	۷۱۱ (۹۶/۶)	۶۰۳ (۹۳/۱)	ندارد	ADHD
		۲۷ (۳/۴)	۴۹ (۶/۹)	دارد	
۰/۳۲	۲/۲۶۴	۶۷۵ (۹۴/۸)	۶۳۰ (۹۴/۸)	ندارد	عاطفی
		۴۱ (۵/۲)	۳۷ (۵/۲)	دارد	
۰/۵۴	۱/۲۱۹	۶۹۶ (۹۵/۳)	۶۲۴ (۹۵/۴)	ندارد	اضطرابی
		۳۷ (۴/۷)	۳۳ (۴/۶)	دارد	
۰/۳۵	۲/۰۴۸	۶۷۵ (۹۳/۴)	۶۲۶ (۹۵/۱)	ندارد	جسمانی
		۵۲ (۶/۶)	۳۵ (۴/۹)	دارد	

و در کل دانش آموزان ۵/۲۷ درصد تعیین گردید. اختلالات جسمانی مبتنی بر DSM در کل افراد مورد مطالعه دارای بالاترین فراوانی (۸۷ نفر، ۵/۸ درصد) و اختلالات اضطرابی مبتنی بر DSM دارای کمترین فراوانی (۷۰ نفر، ۴/۷ درصد) بود. اختلال سلوک ۵/۲ درصد، اختلال رفتار مقابله‌ای ۵/۶ درصد، ADHD ۵/۱ درصد و اختلالات عاطفی ۵/۲ درصد تعیین گردید (جدول یک). تفاوت فراوانی اختلالات مبتنی بر DSM بین دو جنس در

اختلالات جسمانی مبتنی بر DSM در دوره راهنمایی دارای بالاترین فراوانی (۵۱ نفر، ۶/۸ درصد) و اختلالات اضطرابی مبتنی بر DSM دارای کمترین فراوانی (۲۶ نفر، ۳/۴ درصد) بود. همچنین اختلالات اضطرابی مبتنی بر DSM در دوره متوسطه دارای بالاترین فراوانی (۴۴ نفر، ۵/۹ درصد) و اختلالات عاطفی مبتنی بر DSM دارای کمترین فراوانی (۳۱ نفر، ۴/۲ درصد) بود.

جدول ۳: تفاوت شیوع اختلالات رفتاری مبتنی بر DSM-IV در دو مقطع تحصیلی راهنمایی و متوسطه

p-value	χ^2	مقطع تحصیلی		مقیاس YSR مبتنی بر DSM	
		متوسطه تعداد (درصد)	راهنمایی تعداد (درصد)	ندارد	دارد
۰/۷۲	۰/۶۵۱	۶۵۴ (۹۴/۸) ۳۹ (۵/۲)	۶۵۵ (۹۴/۸) ۳۹ (۵/۲)	ندارد	سلوک
۰/۷۱	۰/۶۶۶	۶۴۲ (۹۴/۶) ۴۰ (۵/۴)	۶۵۵ (۹۴/۲) ۴۴ (۵/۸)	ندارد	رفتار مقابله‌ای
۰/۷۲	۰/۵۵۲	۶۵۷ (۹۵/۳) ۳۵ (۴/۷)	۶۵۷ (۹۴/۶) ۴۱ (۵/۴)	ندارد	ADHD
۰/۱۸	۳/۳۵۵	۶۵۷ (۹۵/۸) ۳۱ (۴/۲)	۶۴۸ (۹۳/۸) ۴۷ (۶/۲)	ندارد	عاطفی
۰/۰۷	۵/۱۱۱	۶۴۷ (۹۴/۱) ۴۴ (۵/۹)	۶۷۳ (۹۶/۶) ۲۶ (۳/۴)	ندارد	اضطرابی
۰/۲۵	۲/۷۲۵	۶۵۵ (۹۵/۲) ۳۶ (۴/۸)	۶۴۶ (۹۳/۲) ۵۱ (۶/۸)	ندارد	جسمانی

جدول ۴: مقدار نسبت شانس و فاصله اطمینان در مقایسه طبقات (جنس، مقطع تحصیلی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی) در شیوع اختلالات رفتاری

اختلال رفتاری	متغیر	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
سلوک	جنسیت	۰/۴۳۶ *	۰/۲۶-۰/۷۰
	وضعیت اجتماعی-اقتصادی	۰/۸۸۳	۰/۴۴-۱/۷۶
	مقطع تحصیلی	۱/۰۲۲	۰/۶۴-۱/۶۱
رفتار مقابله‌ای	جنسیت	۰/۷۰۱	۰/۴۵-۱/۰۹
	وضعیت اجتماعی-اقتصادی	۰/۷۲۶	۰/۴۴-۱/۱۹
	مقطع تحصیلی	۰/۹۲۱	۰/۵۹-۱/۴۳
ADHD	جنسیت	۰/۴۸۵ *	۰/۲۹-۰/۷۸
	وضعیت اجتماعی-اقتصادی	۱/۵۱۸	۰/۸۳-۲/۷۵
	مقطع تحصیلی	۰/۸۶۰	۰/۵۴-۱/۳۶
عاطفی	جنسیت	۱/۰۱۴	۰/۶۴-۱/۶۰
	وضعیت اجتماعی-اقتصادی	۰/۷۲۷	۰/۴۲-۱/۲۳
	مقطع تحصیلی	۰/۶۵۵ *	۰/۴۱-۱/۰۴
اضطرابی	جنسیت	۱/۰۱۲	۰/۶۲-۱/۶۴
	وضعیت اجتماعی-اقتصادی	۰/۶۴۲	۰/۳۷-۱/۱۰
	مقطع تحصیلی	۱/۷۶۵ *	۱/۰۷-۲/۹۰
جسمانی	جنسیت	۱/۳۸۵	۰/۸۹-۲/۱۵
	وضعیت اجتماعی-اقتصادی	۱/۰۷۰	۰/۵۶-۲/۰۴
	مقطع تحصیلی	۰/۶۹۹	۰/۴۵-۱/۰۸
کلیه اختلالات	جنسیت	۰/۸۳۴	۰/۶۵-۱/۰۵
	وضعیت اجتماعی-اقتصادی	۰/۹۸۳	۰/۶۸-۱/۴۰
	مقطع تحصیلی	۰/۹۹۱	۰/۷۸-۱/۲۵

* $P < 0.05$

تفاوت فراوانی اختلالات مبتنی بر DSM بین دو مقطع تحصیلی در جدول ۳ آمده است. بین دو مقطع تحصیلی در هیچ کدام از اختلالات مبتنی بر DSM تفاوت آماری معنی داری یافت نشد.

نسبت شانس (OR) برای هر کدام از متغیرهای مستقل

جدول ۲ آمده است. فراوانی اختلال سلوک مبتنی بر DSM ($\chi^2 = 12/995$, $df = 2$, $P < 0.05$) و اختلال ADHD مبتنی بر DSM ($\chi^2 = 14/337$, $df = 2$, $P < 0.05$) بین دو جنس تفاوت آماری معنی داری یافت شد و در بقیه اختلالات تفاوت آماری معنی داری به دست نیامد.

کلی اختلالات رفتاری ۸ درصد و فراوانی اختلال جسمانی سازی ۶/۷ درصد تعیین گردید. همچنین شمس اسفندآباد (۲۰)، Sullivan و همکاران در سان دیه گو آمریکا (۳) و ناظمی زاده اردکانی در شاهرود (۲۱) نشان دادند که اختلالات رفتاری دانش آموزان راهنمایی و متوسطه در دامنه ۱۴-۱/۸ درصد قرار دارد. در مطالعه Shen دانش آموزان راهنمایی و متوسطه تایوانی در اغلب موارد مشکلات روانی-اجتماعی را به شکل اختلالات جسمانی نشان دادند (۱). خصوصاً آن دانش آموزان به دلیل آسیب پذیری ساختار شخصیتی و نیز به دلیل عدم ثبات شخصیت و هویت در موقعیت های دشوار زندگی، نشانگان جسمانی بالاتری را نسبت به دیگر علائم از خود بروز می دهند. بی توجهی به سلامت جسمانی و مشکل در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت به دلیل مسائل تحولی و عاطفی این سنین در سطوح بالاتری قرار دارد که به تبع اختلالات جسمانی را می افزاید.

در مطالعه حاضر در دانش آموزان مقطع راهنمایی، اختلالات جسمانی مبتنی بر DSM و مشکلات توجه به ترتیب با ۶/۸ درصد و ۶/۱ درصد دارای بالاترین فراوانی و اختلالات اضطرابی مبتنی بر DSM و مشکلات تفکر به ترتیب با ۳/۴ درصد و ۲/۸ درصد دارای کمترین فراوانی بودند که با نتایج مطالعه Boyd و همکاران (۱۹) مشابه است. در مطالعات Costello و همکاران در فلوریدا آمریکا (۱۰) و Gray و همکاران در انگلستان (۲۲) نیز اختلالات جسمانی ۵ درصد و ۸ درصد گزارش شده است. Fortina و همکاران در مونترال کانادا شیوع مشکلات توجه را با دامنه ۱۰-۵ درصد گزارش نمودند (۲۳). شمس اسفندآباد در ایلام (۲۰) نیز این اختلالات رفتاری را در دامنه ۸/۹-۳ درصد گزارش نمود. حسینی و همکاران نیز شیوع شکایات جسمانی را در ۳۵۰ دانش آموز سال سوم راهنمایی به میزان ۲۶/۷ درصد گزارش نمودند (۲۴). در زمینه شیوع بالای اختلالات جسمانی سازی و مشکلات توجه می توان استدلال نمود که مسائل خاص این سنین در ازدیاد تجربه علائم جسمانی و بی توجهی به تکالیف نقش دارد و از طرف دیگر این بی توجهی ها به خصوص در زمینه رفتارهای مرتبط با سلامت می تواند سبب افزایش اختلالات جسمانی سازی در آنان گردد. همچنین می توان استنباط نمود

(جنسیت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و مقطع تحصیلی) برای فراوانی اختلالات رفتاری در جدول ۴ آمده است. در این مدل، نسبت شانس که یک دانش آموز پسر دارای اختلال سلوک باشد؛ تقریباً نیم برابر بیش از دانش آموز دختر است. با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، احتمال ارزش واقعی OR در این جامعه پژوهشی برای فراوانی اختلال سلوک بر حسب جنسیت بین ۰/۲۶۹ تا ۰/۷۰۶ قرار می گیرد که از لحاظ آماری در سطح $P < 0/001$ معنی دار است. نسبت شانس که یک دانش آموز پسر دارای اختلال ADHD باشد؛ تقریباً نیم برابر بیش از دانش آموز دختر است. با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، احتمال ارزش واقعی OR در این جامعه پژوهشی برای فراوانی اختلال ADHD بر حسب جنسیت بین ۰/۲۹۹ تا ۰/۷۸۴ قرار می گیرد که از لحاظ آماری در سطح $P < 0/001$ معنی دار است. نسبت شانس که یک دانش آموز مقطع راهنمایی دارای اختلالات عاطفی باشد؛ تقریباً نیم برابر بیش از دانش آموز مقطع متوسطه است. با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، احتمال ارزش واقعی OR در این جامعه پژوهشی برای فراوانی اختلالات عاطفی بر حسب مقطع تحصیلی بین ۰/۴۱۱ تا ۱/۰۴۳ قرار می گیرد که از لحاظ آماری در سطح $P < 0/001$ معنی دار است. نسبت شانس که یک دانش آموز مقطع متوسطه دارای اختلالات اضطرابی باشد؛ تقریباً ۱/۵ برابر بیش از دانش آموز مقطع راهنمایی است. با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، احتمال ارزش واقعی OR در این جامعه پژوهشی برای فراوانی اختلالات اضطرابی بر حسب مقطع تحصیلی بین ۱/۰۷۵ تا ۲/۹۰۰ قرار می گیرد که از لحاظ آماری در سطح $P < 0/001$ معنی دار است. بقیه عوامل از لحاظ احتمال بروز اختلالات رفتاری دارای نسبت شانس تقریباً برابری بودند (جدول ۴).

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه از کل دانش آموزان راهنمایی و متوسطه، اختلالات جسمانی مبتنی بر DSM دارای بالاترین فراوانی (۸۷ نفر، ۵/۸ درصد) و اختلالات اضطرابی مبتنی بر DSM دارای کمترین فراوانی (۷۰ نفر، ۴/۷ درصد) بود. در مطالعه Boyd و همکاران در استرالیا (۱۹) شیوع اختلالات اضطرابی ۵/۳ درصد تعیین شد. در مطالعه Achenbach و همکاران در ورمونت آمریکا (۱۸) فراوانی

نمونه‌های متفاوت و نیز جامعه‌های پژوهشی متفاوت اشاره کرد.

در مطالعه ما اختلال سلوک مبتنی بر DSM و اختلال ADHD مبتنی بر DSM به طور معنی‌داری در پسران شایع‌تر از دختران بود و در بقیه اختلالات رفتاری تفاوت معنی‌داری بین دو جنس وجود نداشت. در این مطالعه پسران در مقایسه با دختران از نسبت شانس بالاتری برای تجربه اختلال سلوک و ADHD برخوردار بودند. نتایج مطالعات Bird و همکاران در نیویورک (۴)، شمس‌اسفندآباد (۲۰) و Nolen-Hoeksema در امریکا (۲۶) نیز نشان داده؛ شیوع اختلالات رفتاری سلوک ADHD در پسران بیش از دختران است. شیوع اختلالات رفتاری قانون‌شکنانه و ضداجتماعی و بیش‌فعالی به دلیل تفاوت جنسیتی و میزان خشونت در میان دانش‌آموزان پسر و دختر متفاوت است و این تفاوت ناشی از برخی عوامل زیست‌شناختی-ژنتیکی و برخی عوامل محیطی است. از طرفی دختران به دلایل اجتماعی و فرهنگی ترغیب می‌شوند تا رفتارهای جامعه‌پسند و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی بهتری را از خود نشان دهند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین دو مقطع تحصیلی در هیچ‌کدام از اختلالات مبتنی بر DSM تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با نتایج مطالعه Gray و همکاران (۲۲) و شهرانی کرانی (۵) مشابه است. این مطالعات (۲۵ و ۲۲) گزارش کردند که شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مقاطع راهنمایی و متوسطه نسبتاً یکسان است. در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که در دانش‌آموزان راهنمایی و متوسطه این استان تفاوت‌های بارزی برحسب مقطع تحصیلی وجود ندارد که به عنوان عوامل زمینه‌ای بتواند شیوع اختلال رفتاری را در دو مقطع از هم متفاوت سازد. همچنین انواع اختلالات رفتاری ناشی از مسائل زیستی، روانشناختی و اجتماعی متعددی هستند که در هر دو مقطع وجود دارند و باید به صورت یکپارچه و در تعامل با هم مورد سنجش و درمان قرار گیرند. به‌علاوه ناکامی و شکست تحصیلی در مدارس راهنمایی و متوسطه و در نتیجه کاهش اعتماد به نفس و افت عملکرد تحصیلی در هر دو مقطع می‌تواند دانش‌آموز را در معرض علائم بیمارگونه و رفتارهای ناسالم و سایر حالات

که بسیاری از دانش‌آموزان راهنمایی دارای اختلالات رفتاری به دلیل درگیر شدن در رفتارهای پرخطر مستعد آسیب‌های جسمانی و تجربه حالات جسمانی هستند. از آنجا که در این دانش‌آموزان اضطراب‌ها و مشکلات فکری عمدتاً به شکل علائم جسمانی تجربه می‌شود؛ نیز می‌توان استدلال نمود که شیوع اختلالات اضطرابی و اختلال تفکر پایین گزارش می‌شود.

در این مطالعه از کل دانش‌آموزان مقطع متوسطه، اختلالات اضطرابی مبتنی بر DSM و مشکلات توجه به ترتیب با ۵/۹ درصد و ۵ درصد دارای بالاترین فراوانی و اختلالات عاطفی مبتنی بر DSM و مشکلات تفکر به ترتیب با ۴/۲ درصد و ۲/۴ درصد دارای کمترین فراوانی بودند. چنین یافته‌هایی در مطالعات Fortin و همکاران (۲۳)، شهرانی کرانی در شهر کرد (۵) و شمس‌اسفندآباد (۲۰) نیز گزارش شده است. در مطالعات Sullivan و همکاران (۳) و Sutherland و Gumpel در ویرجینیای امریکا (۲۵) نیز اختلالات اضطرابی و مشکلات توجه بالاترین اختلالات رفتاری و در دامنه ۱۱/۷-۲/۴ درصد بودند. در این زمینه می‌توان استدلال نمود که در سنین ۱۴ تا ۱۸ سال، اغلب نوجوانان به دلیل تغییرات سریع بیولوژیکی و حضور آنها در وضعیت مرزی تحولی و مسائل خاص این سنین بیشتر دچار حالات اضطرابی می‌باشند. همچنین می‌توان استنباط نمود که بسیاری از دانش‌آموزان متوسطه دارای مسائل عاطفی هستند که این مسائل را به شکل تحریک‌پذیری و علائم اضطراب فراگیر نشان می‌دهند. همان‌گونه که انیسی و همکاران (۸) معتقدند؛ می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با افزایش سن تکالیف تحصیلی این دانش‌آموزان سخت‌تر شده و در نتیجه مشکلات هیجانی مربوط به آن بیشتر می‌گردد و همچنین میل به استقلال در این سنین باعث تعارض بین والدین و فرزندان می‌شوند که اضطراب آنان را افزایش می‌دهد. به‌علاوه رشد سریع روانشناختی و بیولوژیکی نوجوانان در این سنین نیز مشکلات اجتماعی آنها را بیشتر می‌کند که اضطراب می‌تواند علامت اصلی آن باشد. در پژوهش حسینی و همکاران (۲۴) شیوع اضطراب ۴۰ درصد و شیوع افسردگی ۴۱/۱ درصد گزارش شد که بسیار بالاتر از یافته‌های مطالعه ما می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان به ابزارهای متفاوت سنجش، حجم

استان‌های دیگر؛ انجام پژوهش‌های مداخله‌ای در این راستا، استفاده از طرح پژوهشی آمیخته و نیز روش‌های جامع‌تر سنجش در مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که فراوانی کلی اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه استان گلستان ۵/۲۷ درصد است. لذا مداخله در این اختلالات و نیز طراحی برنامه‌های پیشگیری از پیامدهای منفی و بروز این اختلالات در آینده و همچنین طراحی برنامه‌های درمانی توسط هسته‌های مشاوره مدارس و دبیرستان‌ها و سایر نهادهای مرتبط ضرورت دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب (۷۸۱/۵۷۲۰۶/۴۳) شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان گلستان بود. این مطالعه با حمایت مالی شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان گلستان انجام گرفت. از پژوهشکده تعلیم و تربیت و شورای محترم تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان گلستان به خاطر کمک در اجرای پژوهش سپاسگزاری می‌گردد. همچنین از تمامی همکاران، مدیران، معاونان، آموزگاران، مربیان مدارس و دانش‌آموزان به خاطر همراهی و همکاری صمیمانه کمال سپاس خود را اعلام می‌داریم.

References

1. Shen AC. Self-esteem of young adults experiencing interparental violence and child physical maltreatment: parental and peer relationships as mediators. *J Interpers Violence*. 2009 May; 24(5):770-94.
2. Montague M, Enders C, Castro M. Academic and behavioral outcomes for students at risk for emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders*. 2005; 31(1): 84-94.
3. Sullivan MJ, Jones L, Mathiesen S. School change, academic progress, and behavior problems in a sample of foster youth. *Child Youth Serv Rev*. 2010; 32(2): 164-70.
4. Bird HR. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiat*. 1996 Jan; 37(1): 35-49.
5. Sharani Karani F. [Prevalence of behavioral disorders and its diversity in elementary students]. Thesis in graduated in MA for psychology. Tehran: Allameh-Tabatabaei University. 2006. [Persian]
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of

نوروتیک قرار دهد.

در این مطالعه دانش‌آموزان راهنمایی از نسبت شانس بالاتری برای تجربه اختلالات عاطفی و دانش‌آموزان دبیرستانی از نسبت شانس بالاتری برای تجربه اختلالات اضطرابی برخوردار بودند. این یافته در مطالعه Kessler و همکاران در بوستون (۶) نیز به دست آمد. به اعتقاد Kessler و همکاران (۶) دانش‌آموزان راهنمایی در مقایسه با دبیرستانی‌ها به دلیل عدم مهارت‌های کافی اجتماعی، بیشتر مستعد تجربه افسردگی‌ها و اختلالات عاطفی در واکنش به شرایط نامطلوب اجتماعی هستند. همچنین ورود به زندگی بزرگسالی و مسائل خاص آن دبیرستانی‌ها را بیشتر مستعد تجربه اضطراب‌ها، نگرانی‌ها و دلشوره‌های مربوط به این سنین می‌سازد. از طرفی می‌توان استدلال نمود که این یافته به ماهیت مقطع تحصیلی مرتبط نیست؛ بلکه بیشتر به عواملی نظیر مرحله تحول روانی-اجتماعی، سن و تجارب قبلی دانش‌آموز بستگی دارد.

جامعه آماری محدود، استفاده از طرح مقطعی و روش کمی مطالعه، استفاده از پرسشنامه خود گزارشی برای سنجش متغیرهای مورد مطالعه، عدم تکمیل یافته‌های مقیاس آشنیباخ به کمک مصاحبه با والدین و معلمان از محدودیت‌های عمده این مطالعه بود. استفاده از یافته‌های این پژوهش برای تهیه یک برنامه درمانی بومی برای مداخله در اختلالات رفتاری این جامعه پژوهشی، پژوهش در جامعه‌های دانش‌آموزی

- DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593-602.
7. Brown RT, Antonuccio DO, Dupaul GJ, Fristad MA, King CA, Leslie LK, et al. Childhood Mental Health Disorders: Evidence Base and Contextual Factors for Psychosocial, Psychopharmacological, and Combined Interventions. 1st. Washington DC: American Psychological Association. 2007; pp: 9-12.
8. Enisi J, Salimi SH, Mir-Zamani SM, Raeisi F, Niknam M. [A survey study on behavioral problems in adolescence]. *J Res Behav Sci*. 2007;1(2):163-70. [Article in Persian]
9. Mohammadi MR, Rahgozar M, Bagheri Yazdi SA, Mesgarpour B, Maleki BA, Hoseini SH, et al. [An epidemiological study of psychiatric disorders in Golestan province (Year 2001)]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2004;6(1): 67-77. [Article in Persian]
10. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Aug;60(8):837-44.

11. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families. 2001.
12. Thomas M, Leslie A. Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology: Implications for Mental Health Assessment. Rescorla. 1st. New York: Guilford Press. 2006; pp: 31-49.
13. Hiremath K, Hunshal S, Gaonkar V. Behavioral problems among early adolescents. Karnataka J Agricultural Sci. 2008; 21(4): 557-60
14. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA preschool forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families. 2000; pp:11-31.
15. Achenbach TM, Rescorla LA. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for Ages 1.5 to 18 years. In: Maruish ME. The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment. Vol 2. 3rd. Mahwah, NJ: Erlbaum. 2004; pp: 179-213.
16. Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the Youth Self-Report and Profile. 1st. Burlington, VT: Child Behavior Checklist. 1987; pp:15-16.
17. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Ratings of Relations Between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/1½-5/LDS and C-TRF. ASEBA. Available at: <http://www.aseba.org/research/achenbach.html>
18. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. J Clin Child Adolesc Psychol. 2003 Sep;32(3):328-40.
19. Boyd CP, Kostanski M, Gullone E, Ollendick TH, Shek DT. Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: comparisons with worldwide data. J Genet Psychol. 2000 Dec; 161(4):479-92.
20. Shams Esfandabadi H, Emamipour S, Sadrolsadat SJ. [A study on prevalence of behavioral disorders in primary school students in Abhar]. J Rehab. 2003; 4(1):34-41. [Article in Persian]
21. Nazemi-Zadeh Ardakani N. [Differences among adolescences behavioral disorders based on diverse family structure (Divorced Married, widowed, addicted and normal) in Sharood City]. Masters Thesis for graduated in General psychology. Shaid Beheshti University. 2006. [Persian]
22. Gray RF, Indurkha A, McCormick MC. Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problems in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age. Pediatrics. 2004 Sep; 114(3):736-43.
23. Fortin L, Lessard A, Marcotte D. Comparison by gender of students with behavior problems who dropped out of school. Procedia Soc Behav Sci. 2010; 2(2): 5530-8.
24. Hosseini SH, Moosavi SE, Reza Zadeh H. [Assessment of mental health in students of junior high schools in the city of Sari, Iran]. J Fundam Ment Health. 2003; 19(6):92-9. [Article in Persian]
25. Gumpel TP, Sutherland KS. The relation between emotional and behavioral disorders and school-based violence. Aggress Violent Beh. 2010;15(5) 349-56.
26. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. Clin Psychol Rev. 2004 Dec;24(8):981-1010.

Archive

Original Paper

Prevalence of DSM-IV behavioral disorders among 12-17 years pupils of Golestan province – Northern Iran (2010-11)

Rahimian Boogar I (PhD)*¹, Bayani AA (PhD)²

¹PhD in Health Psychology, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. ²PhD in Education, Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Azadshar Branch, Azadshar, Iran.

Abstract

Background and Objective: Identification of disorders frequency in adolescence stage has implications for child and adolescence psychiatry. This study was carried out to determine the prevalence of DSM-IV behavioral disorders among 12-17 years pupils of Golestan province during 2010-11.

Materials and Methods: In a cross-sectional descriptive study, 1500 pupils (715 boys and 785 girls) from schools of Golestan State were selected through stratified random sampling method. Demographical questionnaire and DSM-IV based behavioral disorders of Achenbach youth self-report scale (YSR) were recorded. Data were analyzed through descriptive statistic and nonparametric test of Chi-Square and calculation of Odd Ratio and 95%CI with PASW software.

Results: Prevalence of behavioral disorders among the sample population 12-14 years, 15-17 years and as total were 5.47%, 5.05% and 5.27%, respectively. Prevalence of somatic disorders and anxiety were 5.8% and 4.7%, respectively. Moreover, the difference between prevalence of conduct and ADHD disorders in males and females were significant ($P<0.05$). Odd ratio for both genders in prediction of conduct disorder and ADHD and for the scholastic grade in prediction of affective and anxious disorders was significant ($P<0.05$).

Conclusion: Total prevalence of behavioral disorders among the pupils of Golestan province in Iran was 5.27%, which is approximately similar to the other studies in Iran.

Keywords: Prevalence, Behavioral disorders, Students, DSM-IV, Iran

* **Corresponding Author:** Rahimian Boogar I (PhD), E-mail: eshaghrahimian@yahoo.com

Received 2 January 2010

Revised 14 May 2011

Accepted 15 May 2011