

بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه استان قم

مجتبی حبیبی^۱، خدیجه مرادی^۲، مینو پورآوری^۳، سمیه صالحی^۴

^۱ دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

^۲ کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی، دانشگاه تهران

^۳ کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی

^۴ دکتری مشاوره، دانشگاه پوترا، مالزی

نویسنده رابط: مجتبی حبیبی، آدرس: تهران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده، تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۱۸۱۴، آدرس پست الکترونیک: Mo_Habibi@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۲/۰۹/۱۵؛ پذیرش: ۹۳/۱۰/۰۶

مقدمه و اهداف: پژوهش حاضر به منظور بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی و متوسطه استان قم انجام شده است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که روی ۷۶۲ دانش‌آموز (۳۸۲ نفر دانش‌آموز دوره‌ی راهنمایی و ۳۸۰ نفر دانش‌آموز دوره‌ی متوسطه) که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده بودند، اجرا شده است. از پرسشنامه اختلالات شخصیتی وودورث به عنوان ابزار غربالگری، از آمار توصیفی و آزمون مربع کای برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. **نتایج:** بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، می‌توان گفت که میزان شیوع اختلالات رفتاری در کل نمونه ۱۹/۸۲ درصد، در دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی ۲۲/۷۲ درصد و در دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه ۱۷/۱ درصد است. میزان شیوع در پسران بیش‌تر از دختران، در دوره‌ی راهنمایی بیش‌تر از دوره‌ی متوسطه و در مناطق شهری بیش‌تر از مناطق روستایی می‌باشد. هم‌چنین نتایج نشان داد که اختلال پرخاشگری شایع‌ترین و اختلال وسواس-پسیکاستنی کم‌ترین میزان شیوع را در هر دو گروه دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی و متوسطه دارد. در بین عوامل جمعیت‌شناختی، پایه‌ی تحصیلی، تحصیلات والدین، طلاق والدین، فوت والدین و سطح درآمد خانواده با رخداد اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان رابطه‌ی آماری معنی‌داری داشت.

نتیجه‌گیری: میزان شیوع اختلالات رفتاری در استان قم در مقایسه با سایر پژوهش‌های انجام گرفته در داخل و خارج از کشور در دامنه‌ی متوسط قرار دارد. با این وجود، لزوم سیاست‌گذاری‌های سلامت روان در مقطع نوجوانی برای کاهش بار آسیب در آینده و آرایه راه‌کارهای برون‌رفت از این مسأله به قوت خود باقی است.

واژگان کلیدی: اختلالات رفتاری، نوجوانان، شیوع

مقدمه

ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلاء به بیماری‌های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهد (۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد تنها معدودی از دانش‌آموزانی که با اختلالات رفتاری مواجه هستند، در تحصیل موفق هستند و اغلب در مقایسه با سایر دانش‌آموزان در امتحانات نمره‌های کم‌تری می‌گیرند. آنان از همسالان خود در مدرسه ضعیف‌تر هستند و این امر باعث می‌شود اعتماد به نفس پایین‌تری داشته باشند (۳). در صورت عدم تشخیص و درمان زودهنگام، احتمال بروز مشکلات رفتاری جدی (۴)، مهارت‌های اجتماعی ضعیف (۵) و مشکلات تحصیلی (۶،۷) در زندگی آتی این کودکان بالا است. علاوه بر این، مطالعه‌های

اختلالات رفتاری شامل طیف وسیعی از اختلالات کودکان و نوجوانان است، که از رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی تا رفتارهای افسرده‌گونه و گوشه‌گیری در تغییر است. اختلالات رفتاری کودکان، اختلالات شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با شیوع بالایی از مشکلات و پیامدهای منفی اجتماعی همراه هستند. پژوهشگران دریافته‌اند که اختلالات رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شود و بین ۸-۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسد. (۱). هم‌چنین اختلالات رفتاری به عنوان یک پیش‌آگهی منفی برای سال‌های بعدی زندگی محسوب می‌شوند. اختلالات رفتاری به طور قابل

طلاق والدین رابطه‌ی معنی‌داری دارد (۷،۱۶،۱۸،۲۰).

در حالت عادی بسیاری از رفتارها به عنوان ویژگی‌های اخلاقی افراد در نظر گرفته شده و به‌ویژه در نوجوانان به دلیل مواجهه با بحران بلوغ ممکن است طبیعی فرض شده و مورد بی‌توجهی قرار گیرند. سلامت روانی دانش‌آموزان که سازندگان فردای جامعه هستند، یکی از محورهای مهم بهداشت روانی جامعه است. بنابراین، لازم است به سلامت روانی- جسمانی این قشر بزرگ بیش‌تر توجه شود و گام‌های اساسی برای پیش‌گیری و درمان بیماری‌ها و اختلالات روانی و رفتاری آنان برداشته شود. بسیاری از ریشه‌های مشکلات رفتاری از دوره‌ی کودکی و نوجوانی شروع شده و به دوره‌های بعدی زندگی تسری پیدا می‌کند. بنابراین، شناسایی و درمان به هنگام اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان از اهمیت به‌سزایی برخوردار است (۲۲).

در این راستا، هرگونه اقدامات پیش‌گیرانه مستلزم ارزیابی نوع و میزان نیاز مردم به آن خدمات و بررسی شیوع مشکل است، زیرا در غیر این صورت فعالیت‌های انجام شده نتایج مطلوبی را در بر نخواهد داشت. بنابراین، بررسی‌های اپیدمیولوژی می‌توانند به عنوان یکی از مهم‌ترین روش‌های موجود برای دستیابی به این امر و اهداف بهداشت روانی دارای اهمیت باشند. از آنجایی که جستجوهای صورت گرفته نشان داد که در جامعه‌ی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان شهر قم مطالعه‌ای در زمینه اختلالات رفتاری صورت نگرفته است و با توجه به این که بررسی شیوع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان یکی از اولویت‌های پژوهشی اداره کل آموزش و پرورش استان قم بوده است، هدف این مطالعه به دست آوردن شمای کلی از وضع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان استان قم و بررسی ارتباط برخی عوامل جمعیت‌شناختی با این اختلالات بود تا مداخله‌های لازم در این خصوص در سیاست‌گذاری‌های سلامت دانش‌آموزان اعمال گردد.

روش کار

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف، آینده‌نگر و بنیادی و از نظر روش‌شناختی، مطالعه‌ی توصیفی- مقطعی می‌باشد که روی دانش‌آموزان مدارس راهنمایی و متوسطه استان قم در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ انجام شده است.

اندازه جامعه‌ی آماری بر اساس اطلاعات به‌دست آمده از واحد آمار و برنامه‌ریزی اداره کل آموزش و پرورش استان قم، ۹۳۶۸۶ دانش‌آموزان (۵۴۶۷۱ نفر دانش‌آموز دوره‌ی راهنمایی و ۳۹۰۱۵

تجربی نشان داده‌اند افرادی که در سنین کودکی و نوجوانی علایم اختلالات رفتاری را نشان می‌دهند، بیش‌تر از سوی هم‌سالان خود طرد می‌شوند (۳). طرد از سوی هم‌سالان می‌تواند موجب رخداد مشکلات رفتاری جدی در دوران بعدی زندگی را فراهم آورد (۸). هم‌چنین اختلالات رفتاری احتمال ابتلای افراد به سوء مصرف مواد، فعالیت‌های بزهکارانه، اختلالات خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلالات عصب روان‌شناختی و اختلال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد (۹). کودکان دچار اختلالات رفتاری مشکلات گوناگونی از جمله فراخنای توجه کوتاه، عزت نفس پایین، تکانش‌گری، بی‌قراری و بیش‌فعالی، پرخاشگری، دروغ‌گویی، دزدی، عملکرد تحصیلی ضعیف و ادراک ضعیف از خودکارآمدی و شایستگی اجتماعی دارند، هم‌چنین این کودکان در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می‌شوند (۱۱، ۱۰). میزان اختلالات بستگی به عوامل متعددی مانند سن، جنس، پیشینه‌ی زندگی و ناحیه جغرافیایی دارد. وضعیت اجتماعی- اقتصادی ضعیف، عدم شایستگی اجتماعی، سوءاستفاده از کودک، تعداد زیاد اعضای خانواده، مشکلات زناشویی (مانند جدایی، طلاق، اختلافات خانوادگی، ناسازگاری والدین و خشونت خانوادگی) و مشکلات والدین (مانند مشکلات و بیماری‌های روانی و جسمانی و رفتارهای بزهکارانه) از جمله عوامل خطر ساز ابتلای کودکان و نوجوانان به اختلالات رفتاری محسوب می‌شوند (۱۲).

مروری بر مطالعه‌های سایر کشورها نشان می‌دهد که شیوع اختلالات رفتاری در میان کودکان و نوجوانان امریکایی ۲۳/۲ درصد (۱۳)، در بین دانش‌آموزان دانمارکی ۲۱ درصد (۱۴) و در میان کودکان کشورهای ایتوپی، سودان و هند ۱۹-۸ درصد (۱۵) برآورد شده است. هم‌چنین در مروری بر چندین مطالعه اپیدمیولوژی در بریتانیا، رقم ۱۹ درصد به‌دست آمده است (۱۶). تقریباً ۵۰ درصد کودکان و نوجوانانی که در کانون‌ها و مراکز حمایتی نگهداری می‌شوند، دارای اختلالات رفتاری می‌باشند (۱۷). در مروری بر مطالعه‌های انجام شده در ایران، میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان شهر همدان ۲۰/۸۴ درصد (۱۸)، اصفهان ۲۰/۲ درصد (۱۹)، یزد ۲۲/۱ درصد (۲۰) و در دانش‌آموزان متوسطه خوزستان ۲۲/۴۲ درصد (۷) گزارش شده است. نتایج پژوهش‌ها در ایران نشان می‌دهد میزان شیوع در پسران بیش‌تر از دختران (۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱) و در دانش‌آموزان شهری بیش از دانش‌آموزان روستایی (۲۱، ۱۸) است. هم‌چنین میزان شیوع با عوامل دیگری مانند سن، تحصیلات والدین و فوت یا

با استفاده از روش بازآزمایی روی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی ۰/۸۶ (۲۴) و با روش دو نیمه کردن، ضریب همبستگی این آزمون روی دانش‌آموزان ۱۶-۱۳ ساله ۰/۸۳ (۲۵) گزارش شده است. هم‌چنین ضرایب پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه ۰/۹۲-۰/۷۴ بود (۲۶). این ابزار در ایران توسط ابوالقاسمی و نریمانی در سال ۱۳۸۵ هنجاریابی شده است (۲۷). روش نمره‌گذاری پرسشنامه بدین صورت است که برای هر جواب «بلی»، آزمودنی یک امتیاز کسب می‌کند و برای جواب «خیر» نمره‌ای کسب نمی‌کند. بر اساس نظر سازنده‌ی آزمون (وودورث)، برای تشخیص هر یک از حالت‌های شخصیتی یک نمره‌ی برش وجود دارد، که اگر کسی بالاتر از آن نمره بگیرد؛ احتمالاً آن حالت را دارد. نمره‌ی برش در مؤلفه‌های (هیجان‌پذیری، تمایل به گوشه‌گیری، گرایش به پرخاشگری و رفتارهای تهاجمی) ۶، در مؤلفه‌های (وسواس، پسیکاستنی، گرایش به افسردگی) ۷، در مؤلفه‌های (بی‌قراری، گرایش به رفتارهای ضد اجتماعی) ۴ و در مؤلفه رفتار و افکار پارانوئیدی ۱۰ می‌باشد.

فرم بررسی عوامل جمعیت‌شناختی: این فرم توسط پژوهشگر به منظور بررسی عوامل جمعیت‌شناختی مؤثر در ایجاد مشکلات رفتاری دانش‌آموزان طراحی شده است. در این فرم عواملی مانند جنس، پایه‌ی تحصیلی، مقطع تحصیلی، محل زندگی، سطح درآمد خانواده، تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی، طلاق و فوت والدین بررسی می‌گردد.

به منظور تجزیه تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و آزمون مربع کای استفاده شده است. تمامی تحلیل‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ صورت گرفت. $P < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از کل نمونه مورد مطالعه، ۶۱۱ نفر سالم (۸۰/۱۸) و ۱۵۱ نفر (۱۹/۸۲) مبتلا به اختلالات رفتاری بودند. به تفکیک ۸۶ نفر (۲۲/۷۲) دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی و ۶۵ نفر (۱۷/۱) دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه مبتلا به اختلالات رفتاری بودند. نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که اختلال پرخاشگری شایع‌ترین اختلال و اختلال وسواس- پسیکاستنی کم‌ترین میزان شیوع را در دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی داشته است. در دانش‌آموزان مقطع متوسطه نیز اختلال پرخاشگری شایع‌ترین اختلال و اختلال وسواس- پسیکاستنی کم‌ترین میزان شیوع را دارد.

نفر دانش‌آموز دوره‌ی متوسطه) بود. اندازه نمونه با استفاده از فرمول اندازه نمونه‌ی کرجسی و مورگان ۳۸۴ نفر به دست آمد. میزان اثر طرح بر اساس فرمول $Deff = 1 + ncs[M-1]$ حدود ۱/۸ محاسبه شد. برای بالا بردن دقت نمونه‌گیری این مقدار ۲ در نظر گرفته شد و بر اساس فرمول $Ncs = Nsrs + Deff CS$ تعیین گردید. بنابراین در نهایت تعداد ۷۶۸ نفر برای نمونه‌گیری در نظر گرفته شد. از آن‌جا که نسبت جامعه آماری بر حسب جنس، دوره‌ی تحصیلی، پایه‌ی تحصیلی و نیز شهری و روستایی بودن متفاوت بود، بنابراین برای این‌که اندازه‌ی نمونه برآورد دقیقی از جامعه آماری باشد، ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای سهم هر کدام از این طبقه‌ها در نمونه مشخص گردید سپس از هر یک از این طبقه‌ها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای دانش‌آموزان انتخاب شدند. به این صورت که از بین ۴ منطقه‌ی شهری و ۳ منطقه‌ی روستایی شهر قم از هر منطقه ۲ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد، سپس با توجه به سهم هر طبقه تعداد کلاس‌های مورد نیاز از هر پایه‌ی تحصیلی مشخص شد و تمام دانش‌آموزان آن کلاس به منظور تکمیل پرسشنامه انتخاب شدند. از شرکت‌کنندگان در پژوهش خواسته شد که هر ماده را به دقت بخوانند و پاسخی را که مناسب‌تر به نظر می‌رسد، انتخاب کنند. هم‌چنین با توجه به بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محفوظ خواهد ماند. در فرایند جمع‌آوری داده‌ها، همه‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش پس از کسب رضایت آگاهانه شفاهی برای مشارکت در پژوهش و داشتن حق ترک جلسه در صورت انصراف از ادامه‌ی کار، به این پرسشنامه جواب دادند. پژوهش حاضر از نظر رعایت مسایل اخلاقی در کمیته‌ی اخلاق و پژوهش آموزش شهر قم مورد تأیید قرار گرفت.

پرسشنامه شخصیتی وودورث: این پرسشنامه ۷۶ سؤالی برای اندازه‌گیری اختلالات رفتاری نوجوانان با محدوده‌ی سنی ۱۸-۱۲ سال ساخته شده است و یکی از بهترین وسایل اندازه‌گیری مشکلات روان‌شناختی نوجوانان محسوب می‌شود (۲۲). پرسشنامه وودورث ۸ اختلال روان‌شناختی شامل هیجان‌پذیری؛ وسواس؛ گوشه‌گیری؛ تمایلات پارانوئیدی؛ تمایلات افسردگی؛ تمایلات تهاجمی؛ تمایلات بی‌قراری و تمایلات ضداجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند. نتایج روایی تفکیکی این ابزار نشان می‌دهد که بین متوسط نمره‌های دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری با گروه دانش‌آموزان عادی در ۸ حیطه مشکلات روان‌شناختی، اختلاف معنی‌دار در سطح $(P = 0.001)$ وجود دارد (۲۳). پایایی این آزمون

وجود دارد، و میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین فرزندان پدران بی‌سواد به‌طور معنی‌داری بالاتر از پدران دارای تحصیلات لیسانس به بالا است ($P < 0/05$ و $\chi^2 = 11/38$)؛ بین تحصیلات مادر و اختلالات رفتاری دانش‌آموزان رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود دارد و میزان شیوع در بین فرزندان مادران بی‌سواد بیشتر است ($P < 0/05$ و $\chi^2 = 19/42$)؛ میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزانی که والدین آنان فوت کرده‌اند، بیشتر است ($P < 0/05$ و $\chi^2 = 21/24$)؛ میزان شیوع اختلالات رفتاری در فرزندان طلاق از فرزندان فاقد طلاق به‌طور معنی‌داری بیشتر است ($P < 0/05$ و $\chi^2 = 3/32$)؛ بین سطح درآمد خانواده و اختلالات رفتاری فرزندان رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود دارد و اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دارای سطح درآمد پایین (۴۰۰-۲۰۰) بیشتر است ($P < 0/05$ و $\chi^2 = 5/63$).

جدول شماره ۲ میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی را نشان می‌دهد.
($P < 0/05$ و $\chi^2 = 3/25$)

نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالات رفتاری در پسران بیش‌تر از دختران بود ($P < 0/05$ و $\chi^2 = 3/25$)؛ میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی بیش‌تر از متوسطه بود ($P < 0/05$ و $\chi^2 = 2/69$) بود. بین اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پایه‌های تحصیلی مختلف تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت و دانش‌آموزان پایه‌ی اول بیش‌ترین میزان شیوع اختلالات رفتاری را گزارش کردند ($P < 0/05$ و $\chi^2 = 4/38$)؛ میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان شهری بیش‌تر از دانش‌آموزان روستایی بود ($P < 0/05$ و $\chi^2 = 2/34$)؛ بین اختلالات رفتاری دانش‌آموزان با تحصیلات پدر رابطه‌ی آماری معنی‌داری

جدول شماره ۱- شیوع اختلال‌ها به تفکیک زیر مقیاس‌ها در دو مقطع راهنمایی و متوسطه

نوع اختلالات رفتاری	مقطع راهنمایی		مقطع متوسطه	
	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی	فراوانی	درصد فراوانی نسبی
اختلال هیجان‌پذیری	۱۰	۲/۶۱	۸	۲/۱
اختلال وسواس- پسیکاستنی	۴	۱/۰۴	۲	۰/۵۲
اختلال گوشه‌گیری	۱۱	۲/۸۷	۹	۲/۳۶
اختلال پارانوئید	۱۴	۳/۶۶	۱۱	۲/۸۹
اختلال افسردگی	۹	۲/۳۵	۶	۱/۵۷
اختلال پرخاشگری	۲۳	۶/۰۲	۱۷	۴/۴۷
اختلال بی‌قراری	۸	۲/۰۹	۵	۱/۳۱
اختلال رفتار ضد اجتماعی	۷	۱/۸۳	۷	۱/۸۴
کل	۸۶	۲۲/۵۱	۶۵	۱۷/۱

جدول شماره ۲- شیوع اختلال‌ها به تفکیک زیر مقیاس‌ها و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

P	χ^2	وضع سلامت			متغیر
		سالم	دارای اختلال	درصد فراوانی	
۰/۰۴	۳/۲۵	۳۳۳	۴۸	۱۲/۵۶	جنس
		۳۳۸	۴۱	۱۰/۸۱	
۰/۰۳	۲/۶۹	۲۹۶	۸۶	۲۲/۵۱	مقطع تحصیلی
		۳۱۵	۶۵	۱۷/۰۰	
۰/۰۱۷	۴/۳۸	۱۷۸	۴۱	۱۸/۷۲	پایه‌ی تحصیلی
		۱۹۸	۳۸	۱۶/۱	
		۲۷۲	۳۵	۱۱/۴	
۰/۰۴۲	۲/۳۴	۴۰۶	۶۲	۱۳/۲۴	محل زندگی
		۲۶۹	۲۵	۸/۵۰	
۰/۰۲	۱۱/۳۸	۲۳۶	۵۸	۱۹/۷۲	تحصیلات پدر
		۱۷۳	۳۵	۱۶/۸۲	
		۹۳	۱۸	۱۶/۲۱	
		۷۳	۱۳	۱۵/۱۱	
		۵۴	۹	۱۴/۲۸	
		۲۹۴	۲۰۸	۱۶/۸۲	

		۳۰۳	۱۷/۴۹	۵۳	۲۵۰	بی سواد	
		۲۱۲	۱۶/۵	۳۵	۱۷۷	زیر دیپلم	
۰/۰۰۱	۱۹/۴۲	۱۲۱	۱۵/۷	۱۹	۱۰۲	دیپلم	تحصیلات مادر
		۶۷	۱۴/۹۲	۱۰	۵۷	فوق دیپلم	
		۵۹	۱۱/۸۶	۷	۵۲	لیسانس به بالا	
		۳۳۲	۱۵/۳۶	۵۱	۲۸۱	آزاد	شغل پدر
۰/۵۳	۱۳/۱۳	۲۵۸	۱۶/۶۷	۴۳	۲۱۵	بیکار	
		۱۷۲	۱۴/۵۳	۲۵	۱۴۷	کارمند	
		۶۹۸	۱۸/۶۲	۱۳۰	۵۶۸	خانه دار	شغل مادر
۰/۳۱	۱۴/۲۴	۶۴	۱۷/۱۸	۱۱	۵۳	شاغل	
		۶۸۴	۱۸/۲۷	۱۲۵	۵۵۹	در قید حیات	وضعیت حیات والدین
۰/۰۱	۲۱/۲۴	۷۸	۲۰/۵۱	۱۶	۶۲	فوت والدین	
		۶۲۹	۱۵/۵۸	۹۸	۵۳۱	عدم طلاق	طلاق والدین
۰/۰۰۱	۳/۳۲	۱۳۳	۱۷/۲۹	۲۳	۱۱۰	طلاق	
		۴۴۶	۱۵/۲۴	۶۸	۳۷۸	۴۰۰-۲۰۰ هزار تومان	درآمد خانواده
۰/۰۲۲	۵/۶۳	۲۲۰	۱۳/۶۴	۳۰	۱۹۰	۶۰۰-۴۰۰ هزار تومان	
		۹۶	۱۰/۴۱	۱۰	۸۶	۸۰۰-۶۰۰ هزار تومان	

بحث

که در دوره فوران هیجان های شدید، احساس عدم اطمینان، بروز ناسازگاری های اجتماعی و زیر سوال بردن قوانین مرسوم خانواده و جامعه هستند، شدت می یابد.

در این مطالعه میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان پسر بیشتر از دانش آموزان دختر بدست آمد که با نتایج اکثر پژوهش های انجام شده در زمینه اختلالات رفتاری انجام گرفته در داخل و خارج همخوانی دارد. اگر چه برخی از اختلالات درون ریز همانند اختلالات افسردگی، اضطراب، عدم اعتماد به نفس و... در دختران بیشتر مشاهده شده است ولی بطور کلی اختلالات رفتاری در پسرها بیشتر از دختران می باشد. اختلالات رفتاری پسران با توجه به ویژگی های جنسیتی آنان بیشتر بصورت اختلالات برون ریز است که به شکل پرخاشگری نمایان می شود. شواهد نشان می دهد که شیوع بالای اختلالات رفتاری در پسران قبل از همه مربوط به نقش های جنسیتی آنها می باشد. علاوه بر این، عوامل بیولوژیکی، محدود نبودن پسران در ارتباطات اجتماعی و... از جمله عواملی هستند که می توانند ساز شیوع بالاتر اختلالات رفتاری در پسران نسبت به دختران باشند (۲۹).

بررسی تفاوت بین اختلالات روانی دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه حاکی از آنست که اختلالات رفتاری در دانش آموزان دوره راهنمایی از دانش آموزان دوره متوسطه بیشتر می باشد. بطور کلی با توجه به اینکه دانش آموزان در دوره راهنمایی از لحاظ رشدی در ابتدای سن بلوغ قرار دارند و به تبع آن با تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی مختص این دوره روبرو می شوند لذا همین تغییرات در فرد منجر به ایجاد تعارضاتی می گردد و در صورتی که نوجوان نتواند خود را با این تغییرات وفق دهد و

بیشتر مطالعات اپیدمیولوژی قبلی در حوزه مشکلات رفتاری با استفاده از گروه های نمونه شهر تهران انجام شده است، اجرای مطالعه حاضر در شهر قم به عنوان یکی از شهرهای دارای تنوع جمعیتی می تواند نه تنها زمینه مطالعات محدود به شهر تهران را گسترش دهد بلکه با توجه به نیاز آموزش و پرورش شهر قم برای اجرای سیاست گذاری های سلامت روان در حوزه دانش آموزی و طراحی برنامه های مداخلاتی، تخمین درستی از وضعیت موجود ارائه کند. میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه استان قم ۱۹/۸۱ درصد می باشد که نشان می دهد بطور کلی میزان شیوع اختلالات رفتاری در استان قم در مقایسه با سایر پژوهش های انجام گرفته در داخل و خارج از کشور در دامنه متوسط قرار دارد. همچنین میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان دوره راهنمایی ۲۲/۵۱ درصد و در دانش آموزان دوره متوسطه ۱۷/۱ درصد بود. در هر دو گروه دانش آموزان پرخاشگری بالاترین شیوع را در بین اختلالات مختلف دارا بوده است. این نتیجه با نتایج سایر پژوهشها (۱۴،۱۷،۱۸،۲۱) همسو بوده است. پرخاشگری که به عنوان یکی از پراهمیت ترین مسائل دوره نوجوانی مورد توجه است، زمانی اتفاق می افتد که تعادل بین تکانه و کنترل درونی، به دلیل ناسازگاری فرد با اطرافیان و عدم رسیدن به هدف مطلوب در زندگی، بر هم می خورد. در این حالت فرد تمامی رویدادهای زندگی را (اعم از تهدید واقعی یا غیر واقعی)، به صورت تهدیدکننده ادراک کرده و قادر به تطابق با مشکلات روزمره زندگی نیست (۲۸). این امر به ویژه در نوجوانان

فرزندان پدید می‌آید، نقش مؤثری در گرایش آن‌ها به بزهکاری دارد. همچنین نتایج تحقیقات نشان داده کودکانی که پیوسته شاهد تعارضات بین والدینشان بوده‌اند آشفته‌گیهای روانی بیشتری را طی سال‌های بعد از خود نشان می‌دهند.

نتایج پژوهش نشانگر آنست که اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان خانواده‌های با سطح درآمد پایین بیشتر است. این یافته همسو با پژوهشی دیگر (۱۲) در این زمینه است. فشار اقتصادی در ارتباط مستقیم با تعارضات مالی والدین و فرزندان می‌باشد و بطور مستقیم باعث بروز خلق افسرده در والدین و بالا رفتن تعارضات خصومت آمیز بین زن و شوهر می‌گردد. از طرف دیگر تعارض بین زن و شوهر و تعارضات مالی با خصومت والدین، روی روند رفتاری و رشدی نوجوانان و جوانان مستقیماً تأثیر گذاشته و افزایش مشکلات عاطفی و رفتاری (رفتارهای تهاجمی، ضد اجتماعی، افسردگی و...) را باعث می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه هم‌چون بسیاری از مطالعات دیگر به دلیل استفاده از ابزارهای خودگزارشی (به جای مطالعه رفتار واقعی) ممکن است مشارکت‌کنندگان را به استفاده از شیوه‌های کسب تأیید اجتماعی ترغیب کند. همچنین عدم انجام مصاحبه بالینی و تشخیص‌های توأمان^۱ سایر اختلالات برای کودکان از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به اینکه ابزار استفاده شده در مطالعه یک ابزار غربالگری است و نه تشخیصی، شیوع اختلالات در این پژوهش ممکن است بالاتر از میزان واقعی آن و یا سایر مطالعاتی باشد که در آن از ابزار تشخیصی استفاده شده است. در نهایت اینکه مطالعاتی که از ابزارهای مختلف برای بررسی اختلالات رفتاری استفاده کرده‌اند را نمی‌توان به راحتی با یکدیگر مقایسه کرد. با توجه به اینکه اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی بیشتر از دانش‌آموزان دوره متوسطه می‌باشد، توصیه می‌شود که آموزش و پرورش در مدارس راهنمایی از مشاوران برجسته و باتجربه استفاده نماید تا به موقع دانش‌آموزان دارای اختلال را شناسایی و در صورت مؤثر نبودن روش‌های آنان در درمان اختلالات رفتاری، جهت جلوگیری از پیشرفت اختلالات رفتاری، آنان را به مراکز درمانی ارجاع دهند. با توجه به اینکه عوامل اقتصادی (سطح درآمد) نقش چشمگیری در اختلالات

سازگار نماید حاصل آن ایجاد اختلالات عاطفی و روانی می‌باشد (۲۲). همچنین با افزایش سن توانایی سازگاری با محیط در فرد بیشتر شده و مهارت‌های مقابله‌ای نیز در نوجوان افزایش پیدا می‌کند و بدین ترتیب نوجوان از مهارت‌های دیگری غیر از پرخاشگری در حل مشکلات بین فردی استفاده می‌کند.

نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان پایه اول بیشتر از سایر پایه‌های تحصیلی است. این یافته همسو با سایر پژوهش‌ها (۷،۲۰) می‌آید. به طور کلی می‌توان گفت نو بودن محیط و فضای آموزشی و همچنین نیاز به سازگاری با شرایط جدید تحصیلی برای دانش‌آموزان پایه اول می‌تواند نقش چشمگیری در بروز اختلالات رفتاری آنان داشته باشد.

میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مناطق شهری (۱۳/۲۴ درصد) بیشتر از مناطق روستایی (۸/۵ درصد) بود که با نتایج سایر پژوهش‌ها (۷،۱۳،۱۶،۱۸،۱۹،۲۱) همخوانی دارد. متفاوت بودن زندگی شهری و روستایی از حیث صنعتی بودن شهرها، کثرت جمعیت در شهرها و متفاوت بودن سبک زندگی در شهر و روستا و همچنین متفاوت بودن نوع روابط خانوادگی و اجتماعی در شهر و روستا می‌تواند از دلایل بروز شیوع اختلالات رفتاری بیشتر دانش‌آموزان مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی باشد.

پژوهش‌های قبلی (۷، ۱۷، ۱۸، ۱۹) نشان داد سطح تحصیلات والدین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری پائین‌تر از سطح تحصیلات والدین دانش‌آموزان عادی بوده است. در مطالعه حاضر نیز رابطه‌ی بین میزان تحصیلات والدین و اختلالات رفتاری فرزندان معنی‌دار بود. بالا بودن سطح تحصیلات والدین باعث می‌شود که والدین با شیوه‌ها و اصول صحیح فرزندپروری آشنا باشند و جهت تربیت صحیح فرزندان خود بیشتر تلاش کنند، همین امر در نحوه رفتار فرزندان آنان تأثیر بسزایی خواهد داشت و اختلالات رفتاری کمتری در اعمال آن‌ها مشاهده می‌گردد.

نتایج آزمون خی دو بیانگر آن است که بین فوت و طلاق والدین و اختلالات رفتاری فرزندان رابطه معناداری وجود دارد. این نتیجه با سایر تحقیقات (۱۴، ۱۹، ۲۰، ۲۱) همسو است. خلاء عاطفی ناشی از عدم حضور والدین در بروز مشکلات رفتاری فرزندان نقش مؤثری دارد. از هم پاشیدگی سازمان اصلی خانواده ضربه مهلکی به آینده فرزند در اجتماع می‌زند، تغییراتی که بر اثر مرگ والدین، یا یکی از آن دو، طلاق و ترک خانواده در اوضاع و شرایط زندگی

^۱ Comorbidity

می‌توانند با برگزاری کارگاه‌های کنترل خشم و مهارت‌های زندگی دانش‌آموزان را در این امر یاری نمایند.

ق‌ردانی

بدین وسیله از طرف همه نویسندگان مقاله از اداره آموزش و پرورش شهر قم و کلیه دانش‌آموزانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

رفتاری دانش‌آموزان داشته است، لزوم توجه به بیکاری و پایین بودن سطح درآمد خانواده‌ها، از سوی مسئولین جامعه ضروری به نظر می‌رسد. چون درصد بیشتری از دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری دارای والدینی با سطح سواد پایین بودند، بنابراین اجراء و توسعه برنامه‌های آموزشی (تشکیل کلاس‌های سواد آموزی) جهت پیشگیری غیرمستقیم از اختلالات رفتاری فرزندان توصیه می‌شود. با توجه به اینکه شایع‌ترین اختلال در دانش‌آموزان دوره راهنمایی و متوسطه، اختلال پرخاشگری می‌باشد، مسئولین امر

منابع

- Shokuhi yekta M, Prand A. Behavioral disorder of children and Teenager. Tehran: Institute Cultural Publication . Tiemorzadeh-Tayeb, 2009; 25-27.
- Pandean K. Health psychology. New York: McGraw Hill, 2002; 43-50.
- Wood JJ, Cowan PA, Baker BL. Behavior problems and peer rejection in preschool boys and girls. Journal of Genetic Psychology. 2002; 163: 72-88.
- Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. Child Development 1994; 65: 296-318.
- Mendez JL, Fantuzzo J, Cicchetti D. 2002. Profiles of social competence among low-income African American preschool children. Child Development, 73: 1085-1101.
- Tomblin JB, Zhang X, Buckwalter P, Cats H. The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among second-grade children. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2000; 41: 473-82.
- Ghanbari, N. Survey of behavioral disorders in students of elementary Khuzestan Province. Project research, Educational organization Khuzestan Province. 2010;
- Laird RD, Jordan KY, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Peer rejection in childhood, involvement with antisocial peers in early adolescence, and the development of externalizing behavior problems. Development and Psychopathology. 2001; 13: 337-54.
- Baumeister AA, Sevens JA. Pharmacological control of aberrant behavior in the mentally retarded: toward a more rational approach. Journal of Neuroscience and Biobehavioral Review. 2008; 14, 253-62.
- Saucer SH, Waller RJ. A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorder. The Art in Psychotherapy. 2008; 33: 1-10.
- Harding A, Steven AJ. American psychiatric association, diagnostic and statistical manual of mental disorders. New York: McGraw Hill Inc, 2008.
- Gone LJ. Early conduct problems and later life opportunities. Journal- Child- Psychology- Psychiatry. 2007; 939: 1097-1098.
- Efland DF, Hansen M. Anxiety and depression in a village of Lesotho: a comparison with the United States British. Journal of Psychiatry. 2009; 159: 343- 350.
- Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. British medical journal. 1970;2(5707):439.
- Gold L, Black QC, Baldwin S. Defining adolescent behavior disorder An overview. Journal of Adolescence. 2009; 21: 1-13.
- Pendleton LN, Pries M. Psychiatric epidemiology. Archives of General psychiatry. 2009; 35, 697-702.
- Kavusi M. Survey of prevalence behavioral disorders children in elementary school of Hamedan City. MA thesis, Tehran University of Medical Sciences. 2011; 28.
- Monadi H. Survey of rate prevalence behavioral disorders children in students of elementary schools Esfahan city. Project research, Educational organization Esfahan Province. 2011; 11-21.
- Mohseni F. Survey behavioral and emotional disorders students schools Yazd Province, MA thesis, University of Shahid Beheshti. 2010; 25.
- Sirati H. Effective lack father to behavioral disorders children under support Komitye Emdad. MA thesis, Tarbiyate Moalem University. 2010; 35-41.
- Sharifi HP. Character evaluation. Tehran, Payamenur University publication: 2001;55-60.
- Huaqing C, Kaiser AP. Behavior Problems of Preschool Children From Low-Income Families: Review of the Literature. Topics in Early Childhood Special Education. 2003; 23: 188-216.
- Malekshahkuhi A. Survey rate of prevalence behavioral disorders boy and daughter Shahed students and prevention ways that in ages 12-15. MA thesis, Islamic Azad University, Tonekabon Branch. 2005; 35.
- Nuri Z. Survey relative between prevalence behavioral disorders and deaf in students guidance school of Kerman city. Project research, Educational organization Kerman Province. 1992; 33.
- Rezazadeh sarab J. Survey social-mental factors effective in behavioral disorders teenager 13-16 Sharbabak. MA thesis, University of Alameh Tabatabay. 1996; 43-44.
- Ashbin M. An epidemiological study of mental and socioeconomic condition in Sumatra, Indonesia psychiatric Scandinavia. Journal of Nervous and Mental Disease. 2005; 85: 257-63.
- Sharifi HP. Principles of psychometrics and experimental psychology, Tehran: Roshd Publication, 2002; 25-30.
- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (10th Eds). New York. 2007; 127-130.
- Khosravi SHA. Survey relative role of mourning in prevalence behavioral disorders teenagers guidance and high school of areas 2,3 and 6 educational of Tehran city. Project research, Education and Nurture organization of Tehran city. 2006; 49-55.

Prevalence of Behavioral Problems in Middle School and High School Students in the Province of Qom

Habibi M¹, MoradiKH², PooravariM³, SalehiS⁴

1- Assistant Professor & Health Psychologist, Department of Family Therapy, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Iran

2- Msc of Educational Research, Department of Educational Science&Psychology, Tehran University, Iran

3- Msc of Counseling, Department of Educational Science&Psychology, Shahid Beheshti University, Iran

4- PhD of Counseling, Department of Educational Science&Psychology, Putra University of Malaysia, Iran

Corresponding author: Habibi M, Mo_Habibi@sbu.ac.ir

Background & Objectives: This study examined the prevalence of behavioral disorders in middle and high school students in the Province of Qom.

Methods: A cross-sectional descriptive design was employed to investigate 762 students (382 middle and 380 high school students) who were selected through a multi-stage cluster sampling method. Data collection was performed using the Woodworth Personal Data Sheet (WPDS), and the data were analyzed using descriptive statistics and chi-square test.

Results: The finding showed that the prevalence of behavioral problems in the total sample, and middle and high school students was 19.82, 22.72, and 17.1%, respectively. The prevalence of behavioral problems was higher in boys versus girls, in the middle school versus the high school, and in urban areas versus rural areas. The aggressive disorder and obsessive-compulsive disorder – Psychasthenia had the highest and lowest prevalence in both the middle and high school students, respectively. The educational level of students, parental education, parental divorce, parental death, and family income had significant relationships with behavioral disorders.

Conclusion: The prevalence of behavioral problems in the Province of Qom was found to be in the middle range in comparison with other studies conducted within and outside the country. However, attention should be paid to mental health policy-making in adolescents to decrease behavioral problems and prevent future issues.

Keywords: Behavioral disorders, Adolescent, Prevalence