



مرکز پژوهش های سلامت خلیج فارس  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر  
سال نهم، شماره ۱، صفحه ۷۷ - ۸۴ (شهریور ۱۳۸۵)

## اپیدمیولوژی اختلالات رفتار اجتماعی نوجوانان پسر ۱۳-۱۸ ساله

\*بندر بوشهر؛ ۱۳۸۴

دکتر عامر یزدانپرست<sup>۱\*</sup>، دکتر مریم همت زاده<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار قلب کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<sup>۲</sup> دانش آموخته پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

### چکیده

زمینه: اختلالات رفتار اجتماعی در نزد نوجوانان از شیوع قابل ملاحظه ای برخوردار است و امروزه صاحب نظران علوم رفتاری آن را به عنوان ناتوانی جدید قلمداد می نمایند. غربالگری نوجوانان و یافتن عوامل دموگرافیک مرتبط با آن و نیز معرفی ایشان به مرکز مشاوره جهت درمان اختلالات رفتاری از اهمیت شایانی برخوردار است.

مواد و روش ها: تعداد ۴۰۰ نوجوان پسر در سنین ۱۳-۱۸ ساله شهر بوشهر در آذرماه ۱۳۸۴، بصورت تصادفی در دو مرحله، از جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر انتخاب شدند. پرسشنامه نشانه شناسی کودکان-۳۵ (Pediatric Symptoms Checklist) PSC/35 گزینه ای ۷۱ درصد و حساسیت ۹۳ درصد است و نمره برش ۲۸ بعنوان ابتلاء به اختلال رفتار اجتماعی والدین تکمیل گردید. این پرسشنامه دارای ویژگی ۷۱ درصد و حساسیت ۹۳ درصد است و نمره برش ۲۸ بعنوان ابتلاء به اختلال رفتار اجتماعی در نظر گرفته شد.

یافته ها: جمماً تعداد ۱۴۸ (۳۷ درصد) نوجوان پسر مبتلا به اختلالات رفتار اجتماعی شناخته شدند. اختلالات رفتار اجتماعی در پسرانی که معدل نمرات آنان در طی سنت های تحصیلی بطور میانگین ۱۴ بود، بیشتر از کسانی بود که معدل بین ۱۴ تا ۱۷ یا بیشتر از ۱۷ گرفته بودند. همچنین شغل پدر ارتباط معنی داری با بروز اختلال رفتاری داشت، بنحوی که اگر ایشان کارگر، کشاورز یا دارای شغل آزاد بودند، اختلالات رفتار اجتماعی در پسران نوجوانشان بیشتر از صاحبان مشاغل کارمند یا کاسب بود. این اختلالات در نزد نوجوانانی که با دو والد زنده می کردند، کمتر از نوجوانان پسر با والد تنها (فوتوی یا متارکه) بود. شخصیت درونگرا، خیلی بیشتر از شخصیت درونگرا-برونگرا و برونگرا با اختلال رفتاری مرتبط بود. در نوجوانانی که برنامه سالم اوقات فراغت داشتند و این فعالیت ها بیشتر و تنوعی از چند فعالیت دیگر بود، اختلالات رفتاری کمتر مشاهده شد. افزایش سن نوجوان پسر، تعداد و یا ترتیب فرزند در خانواده و یا تک فرزندی، تحصیلات والدین، شغل مادر و نیز سطح درآمد خانواده بر افزایش اختلالات رفتار اجتماعی تأثیری نداشت.

نتیجه گیری: اختلالات رفتار اجتماعی در نزد نوجوانان پسر ۱۳-۱۸ ساله بندر بوشهر شایع تر از دیگر کشورهای صنعتی است. عوامل دموگرافیک مانند زندگی در خانواده ای با شغل کارگر و شغل آزاد پدر یا زنده یا تک والد (متارکه یا فوت)، همچنین نبود برنامه در اوقات فراغت و داشتن شخصیت درونگرا، بیشتر از سایر عوامل باعث ایجاد اختلال رفتار اجتماعی بود.

وازگان کلیدی: اختلالات رفتارهای اجتماعی، درونگرا، برونگرا، پرسشنامه نشانه شناسی کودکان، علوم رفتاری

دریافت مقاله: ۸۵/۱۰/۳۰ - پذیرش مقاله: ۸۵/۵/۱۵

\* این پژوهه از پژوهش های مصوب مرکز پژوهش های سلامت خلیج فارس می باشد.

Email: yazdanparast@bpums.ac.ir

\*\* بوشهر، بیمارستان کودکان حضرت علی اصغر (ع)، تلفن: ۰۷۷۱ ۲۵۲۶۵۹۱ - ۴

**مقدمه**

در اجتماع و کاهش عملکرد اجتماعی، نیاز به شناسایی و ارجاع وی به مراکز مشاوره رفتاری دارد (۸). متأسفانه به دلیل کثرت موارد پنهان و گستردگی مبتلایان، شناسایی و ارجاع مبتلایان در جامعه کار دشواری است، از این رو دانشمندان علوم رفتاری از آزمون‌های متنوع غربالگر برای رسیدن به این مقصود سود می‌جوینند.

از سویی برخی از آزمون‌های سنجش اختلالات رفتاری، فقط برای نوجوانان همان جامعه تدوین می‌گردد و تنها معدودی برای استفاده در سایر جوامع با خصوصیات فرهنگی گسترده‌تر کارایی دارند. ما در این مطالعه، یکی از مطرح‌ترین و کاربردی‌ترین این آزمون‌ها را که هم اکنون از طریق اینترنت و به صورت رایگان در دسترس است، برای غربالگری نوجوانان پسر ۱۳-۱۸ ساله شهر بوشهر بکار بردیم. دلیل انتخاب جمعیت پسر این بود که با توجه به خصوصیات متمایز تربیتی و محدودیت‌هایی که خانواده‌ها برای دختران قائل هستند، غربالگری ایشان نیاز به آزمون‌های دقیق‌تر و کارشناسانه‌تری دارد.

**مواد و روش کار**

این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی در آذر ماه سال ۱۳۸۴ انجام گردید. با احتمال فراوانی بروز اختلالات رفتاری حدود ۱۰ درصد، و خطای مجاز حدود ۳ درصد و ضریب اطمینان ۹۵ درصد، ۳۸۴ نوجوان به عنوان حجم نمونه محاسبه گردید؛ با این وجود و برای ایجاد دقت بیشتر ۴۰۰ نفر برای شرکت در پژوهش در نظر گرفته شدند. این حجم نمونه از پسران ۱۳-۱۸ ساله، جمعیت تحت پوشش مراکز مختلف بهداشتی درمانی شهر بوشهر به صورت

اختلالات رفتار اجتماعی در نوجوانان به قدری با اهمیت است که صاحب‌نظران علوم رفتاری از بیست و پنج سال پیش تا کنون آن را به عنوان ناتوانی جدید در نظر می‌گیرند (۱). تحقیقات انجام شده اخیر حاکی از آن است که حدود ۱۲-۲۵ درصد از کودکان و نوجوانان سنین مدرسه آمریکایی و ۱۳ درصد از کودکانی که در سنین پیش از مدرسه می‌باشند، به نحوی از این اختلالات رنج می‌برند (۲).

با اینکه تعریف اختلالات رفتار اجتماعی در کودکان و نوجوانان کار ساده‌ای نبوده، اما هرگونه انحراف مشهود و ملموس در عملکرد اجتماعی فرد، تا بدان حد که موجب اختلال تعامل اجتماعی، یا عملکرد فرد با هنجارهای مورد پذیرش جامعه‌اش گردد، اطلاق می‌گردد (۳ و ۴).

اصلولاً تعامل با محیط اجتماعی و اطرافیان، سبب‌ساز نگرش و موضع‌گیری تحلیلی فرد، مسبب بروز رفتار متناسب می‌شود. فقر، بیسواندی، مهاجرت، متارکه و یا فوت والد، نداشتن برنامه اقنان‌کننده در اوقات فراغت، و صدھا شاید هم هزاران دلیل پر اهمیت و کم اهمیت می‌تواند برای ارتباط این اختلالات در نوجوانی که بشدت به این تعاملات وابسته است، برشمرده شود (۵). انواع تیپ شناسی شخصیتی نوجوان مانند درونگرایی یا برونگرایی نیز عمیقاً بر روی این ساختار تأثیرگذار است (۶).

بروز این قبیل اختلالات نه تنها موجب عدم پذیرش فرد در جامعه می‌گردد، بلکه بواسطه کاهش انطباق‌پذیری او با جامعه‌اش موجب طرد وی می‌شود (۷). به هر حال بسته به اینکه نوجوان از چه منزلت اجتماعی برخوردار است و چه انتظاراتی از او وجود دارد، این اختلالات به دلیل کاهش پذیرش فرد

در مواردی نیز که خانواده از برخی از رفتارهای نوجوان آگاهی نداشت یا نوجوان دچار بیماری‌های مهم ارگانیک عملکرد عصبی و یا مشکل شناخته شده عصبی-روانی بود، یا به تازگی مهاجرت نموده و هنوز تطابق رفتار اجتماعی پیدا نکرده بود، از شرکت در این پژوهش خارج شدند.

پس از استخراج داده‌ها، اطلاعات بر روی فورمات‌هایی که بدین منظور طراحی شده بود و بر روی جداول توخالی انتقال یافت. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۰، انجام گردید (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). این مطالعه در شورای اخلاق در پژوهش دانشگاه طرح و تصویب شده بود.

### یافته‌ها

مجموعاً ۴۰۰ نوجوان پسر در سنین ۱۳-۱۸ ساله برای این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۴۸ نوجوان (۳۷ درصد) نمره برش آزمون بالاتر از ۲۸ گرفتند. یعنی مبتلا به اختلالات رفتار اجتماعی قلمداد شدند. از تعداد ۱۱۵ نفر نوجوان پسر ۱۳-۱۴ ساله، ۴۷ نفر (۴۰/۹ درصد) دارای اختلال؛ از ۱۶۹ نوجوان پسر ۱۵-۱۶ ساله، ۵۷ نفر (۳۴ درصد) دارای اختلال؛ و از ۱۱۶ نوجوان پسر ۱۷-۱۸ ساله ۴۴ نفر (۳۸ درصد) دارای اختلال بودند.

این اختلالات در پسران نوجوانی که معدل تحصیلی ایشان با میانگین ۱۴ در چند سال گذشته اخذ شده بود، نسبت به سایرینی که معدل‌های بین ۱۴-۱۷ یا بیش از ۱۷ گرفته بودند، بیشتر مشاهده گردید ( $P<0.001$ ; جدول ۱).

همچنین شغل پدر نیز با بروز اختلالات رفتاری مرتبط بود، به نحوی که پسران دارای پدران کارگر، کشاورز

تصادفی دو مرحله‌ای انتخاب شدند. گرداوری اطلاعات بر اساس پرسشنامه نامه استاندارد PSC/35 (Pediatric Symptoms Checklist) ۳۵ گزینه‌ای نشانه شناسی کودکان، استوار گردید. علاوه بر این پرسشنامه که بخش سوالات اختصاصی ابزار گرداوری را تشکیل می‌داد، یک پرسشنامه نیز حاوی اطلاعات دموگرافی جمعیت، همزمان از والدین یا خویشاوندان نزدیک تکمیل گردید. پرسشنامه ۳۵ گزینه‌ای نشانه‌شناسی کودکان، علاوه بر ارائه نمره برش برای ابتلا به اختلالات رفتار اجتماعی، همزمان قادر است ویژگی‌های شخصیت‌های برون‌گرا و درون‌گرا را نیز ارزیابی کند. این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۹۸۶ به جامعه روانپزشکی عرضه گردید (۹) و نهایتاً در سال ۱۹۹۹ با تغییرات ضروری بعنوان یک آزمون معتمد و فراملی برای غربالگری اختلالات رفتارهای اجتماعی کودکان و نوجوانان انتشار یافت. این آزمون رفتاری دارای ضریب دقت و ویژگی حداقل ۷۱ درصد و حساسیت ۹۳ درصد در برخی مطالعات بود، نمره برش ۲۸ بعنوان ابتلا به اختلال رفتار اجتماعی در نظر گرفته شد (۱۰).

پرسشنامه PSC توسط والدین و یا خویشاوندان خیلی نزدیک به نوجوان که بخوبی از رفتارهای اجتماعی نوجوان آگاهی داشتند و بیانات ایشان مورد پذیرش مجری طرح بود، تکمیل گردید. در مواردی که پرسش شوندگان بیسواد بودند، پرسشنامه توسط مجری طرح تکمیل می‌شد.

در موارد انگشت شماری که والدین حضور نداشتند، یا به هر دلیل حاضر به همکاری با مجری طرح نبودند، و یا اینکه فرد قابل اعتمادی برای تکمیل پرسشنامه وجود نداشت، نمونه حذف و مورد دیگری که از قبل پیش بینی شده بود، جایگزین گردید.

درونگرای-برونگرایان و برونگرایان بود ( $P=0.001$ ; جدول ۱).

نوجوانانی که دارای برنامه سالم اوقات فراغت بودند، هر چه این فعالیتها متنوع‌تر بود، کمتر دچار اختلالات رفتاری بودند ( $P=0.01$ ; جدول ۱).

ارتباطی میان ترتیب تولد (فرزند نخست بودن در مقابل فرزند دوم یا بالاتر)، سطح تحصیلات پدر و مادر (زیر دیپلم، دیپلمه، فوق دیپلم، لیسانس و بالاتر)، شاغل یا خانه دار بودن مادر، درآمد خانوار (حقوق ماهیانه ۲۰۰ هزار تومان، ۵۰۰-۲۰۰ هزار تومان، بیش از ۵۰۰ هزار تومان) و تعداد فرزندان خانواده یافت نشد ( $P>0.05$ ).

**بحث**

این مطالعه با پرسشنامه استاندارد ۳۵ گزینه‌ای نشانه شناسی کودکان بر روی ۴۰۰ نوجوان پسر ۱۳-۱۸ ساله بوشهری انجام گردید، دلیل انتخاب این گروه از جمعیت نوجوانان صرفاً ملموس بودن اختلالات رفتاری در نزد آنان و تردید در مورد صدق پرسشنامه در جمعیت نوجوانان مؤنث بود، که خود یکی از محدودیت‌های جدی این پژوهش تلقی می‌گردد. در هر صورت شیوع اختلالات رفتار اجتماعی در جمعیت مورد مطالعه ۳۷ درصد بود.

متأسفانه اختلالات رفتار اجتماعی در بین ملل دنیا از شیوع قابل توجهی برخوردار است که این حقیقت به ناچار دانشمندان علوم رفتاری را بر آن داشت تا با ابزار پرسشنامه، جمعیت را غربال نمایند. پرسشنامه نشانه‌شناسی کودکان ۱۷ گزینه‌ای (PSC-17 /items) در سال ۱۹۹۲ میلادی به عنوان رویداد مهمی در عرصه غربالگری اختلالات رفتار اجتماعی به جامعه روانپژوهشکی کودکان معرفی گردید (۱۱). نخستین بار

یا با شغل آزاد، بیشتر از مشاغل کارمند یا کاسب اختلال داشتند ( $P=0.01$ ; جدول ۱).

این اختلالات در نزد نوجوانانی که با دو والد زندگی می‌کردند، کمتر از آنانی بود که با تک والد (فوتویی یا متارکه‌ای) زندگی می‌کردند ( $P=0.03$ ; جدول ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نوجوانان پسر ۱۳-۱۸

ساله بندر بوشهر مبتلا به اختلالات رفتار اجتماعی بر

#### حسب عوامل دموگرافی و تیپ شخصیتی

تیپ شخصیتی	تعداد	درصد
برونگرا	۲۳	۱۷/۲۹
برونگرا - درونگرا	۱۷	۱۲/۷۸
درونگرا	۹۳	۶۹/۹۲
<b>وضعیت خانوادگی</b>		
زنگری با پدر و مادر	۱۲۶	۸۵/۱۳
فوتو یکی از والدین	۱۱	۷/۴۳
متارکه	۱۱	۷/۴۳
<b>نوع فعالیت</b>		
بدون فعالیت	۵۷	۳۸/۵۱
ورزشی	۴۹	۳۳/۱۰
علمی - هنری	۳۰	۲۰/۲۷
غیره	۱۲	۸/۱۰
<b>شغل پدر</b>		
کارگر	۱۱	۷/۵۹
آزاد	۶۴	۴۴/۷۵
کارمند	۶۴	۴۴/۷۵
کاسب	۴	۲/۷۹
مشاغل خیلی بالا	۰	۰/۰
<b>نمره معدل</b>		
کمتر از چهارده	۷۸	۵۲/۷۰
بین ۱۴-۱۷	۴۰	۲۷/۰۲
و بیشتر	۳۰	۲۰/۲۷

تیپ شخصیتی پسران نوجوان نیز بعنوان عامل مرتبط در بروز اختلالات رفتار اجتماعی مطرح گردید، به نحوی که این اختلالات در درونگرایان بیشتر از

کودک به این منظور کمک گرفته می‌شد. البته با اینکه برتری این گونه مصاحبه‌ها صرفاً افزایش دقت در اخذ اطلاعات است اما عدم بیان برخی از واقعیت‌ها از سوی نوجوان نقطه ضعف بزرگی تلقی می‌گردد. در مطالعه ما ضمن انجام مطالعه پایلوت متوجه شدیم که محدودی از والدین در تکمیل پرسشنامه دقت کافی ندارند و یا با چند بار مراجعته در منزل حضور ندارند، بدین خاطر ناچاراً از سایر خویشاوندان درجه یک که مجری طرح اطمینان داشت به اندازه کافی از برخوردها و عملکرد اجتماعی نوجوان آگاهی دارند، برای پر کردن پرسشنامه استفاده شد. به هر حال ما نتوانستیم همانند مطالعه پاگانو، ارتباطی میان فقر و شیوع اختلالات رفتار اجتماعی بیابیم که شاید به این خاطر بود که تعریف دقیقی از فقر با توجه به سوالات مطروحه نداشتیم.

یلی‌نیک در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۹ در بیمارستان عمومی ماساچوست بر روی ۲۱۰۶۵ کودک و نوجوان ۴-۱۵ ساله انجام داد، فراوانی این قبیل اختلالات در سینین پیش از مدرسه را ۱۳ درصد و سینین مدرسه را ۱۰ درصد به دست آورد (۱۳). در این مطالعه کودکان خانواده‌های محروم دو برابر خانواده‌های متمول مبتلا بودند، همین طور در کودکانی که با یک والد زندگی می‌کردند یا سابقه‌ای از اختلال ذهنی داشتند، گرفتار بودند و این برخلاف دستاوردهای بود.

در سال ۱۹۹۶ میلادی دو پژوهش بزرگ در ایالات ماساچوست و کالیفرنیای آمریکا، توسط لاوین و مورفی انجام گرفت. لاوین در ایالت کالیفرنیا ۲۸۷۶ کودک در سینین ۲-۵ ساله را بررسی نمود و اختلالات رفتار اجتماعی را نزد ۲۰ درصد از ایشان یافت (۱۴). در ماساچوست مورفی و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی ۳۷۹ نفر از کودکان و نوجوانان ۶-۱۶ ساله طی

یلی‌نیک و مورفی مطالعه خود را بر روی ۱۳۲ نفر نوجوان آمریکایی در سنین ۶-۱۲ ساله انجام دادند، گرد آوری اطلاعات در این مطالعه ساده و تنها بر مبنای مصاحبه‌های تلفنی بود (۱۱). در این مطالعه شیوع اختلالات رفتار اجتماعی ۲۲ درصد برآورد گردید. البته سال‌ها بعد برای دقت بیشتر، از پرسشنامه‌های ۳۵ گزینه‌ای استفاده شد، که برای مصاحبه‌های تلفنی مناسب نبود. از آنجا که پرسشنامه ۱۷ گزینه‌ای نه تنها دقت پرسشگر را در مورد اظهارات والد یا خویشاوند نزدیک درجه اول که از رفتار اجتماعی نوجوان آگاهی کافی داشتند، می‌کاست، بلکه به علت محدودیت کسب اطلاعات تلفنی، ضرورتاً خلاصه تهیه می‌شد؛ منسوب و انواع ۳۵ گزینه‌ای متدائل گردید. مطالعه ما نیز بر اساس پرسشنامه‌های اخیر اجرا شد، مضاف بر این که در بررسی آزمایشی انجام شده بر روی ۴۰ نوجوان، نه تنها این پرسشنامه مورد اقبال خانواده‌ها قرار گرفت، بلکه هیچ ایرادی در تکمیل پرسشنامه دیده نشد، و این نکته، را می‌توان از نقاط قوت این طرح پژوهشی بر Sherman.

پاگانو در سال ۱۹۹۵ میلادی در ماساچوست آمریکا آزمون مشابهی را بر روی ۱۱۷ خردسال سنین ۴-۵ ساله انجام داد و شیوع این اختلالات را نزدیک به ۲۳ درصد گزارش نمود (۱۲). روش اخذ اطلاعات با انجام مصاحبه مستقیم از کودکان و تکمیل پرسشنامه بود، نتایج حاصله حاکی از این بود که اختلالات رفتار اجتماعی در خانواده‌های کم درآمد و خانواده‌های تک والدی، از فراوانی بیشتری برخوردار است (۸۰ درصد و ۶۸ درصد به ترتیب)، تفاوت این مطالعه با مطالعه پیشین این بود که برخلاف مطالعه نخست که تکمیل پرسشنامه به کمک والدین انجام می‌گرفت، در اینجا از

قبيل اختلالات چندان نافذ نبوده است که عوامل دموگرافيك را تحت تأثير قرار دهد.

کاستلو و همکاران در مطالعه‌اي بر روی ۴۵۰۰ نوجوان ۹-۱۷ ساله ساكن کارولینای شمالی، جمعيت مور نظرشان را به دو گروه بومي آمريكا و گروه مهاجر آفريقياني تمثيل نمودند (۱۷). اختلالات رفتاري در کودكان آفريقياني ۲۰/۵ درصد و کودكان بومي آمريكا ۲۱/۹ درصد برآورد گردید که تفاوت معنى‌داری نداشت؛ اين در حالی بود که سه ماه پيش از اين پروژه، ۱/۴ درصد از والدين آفريقياني و ۹/۲ درصد از والدين آمريكياني نياز به مشاوره رفتاري داشتند. برتری اين مطالعه نسبت به موارد مشابه اين بود که نژاد را عاملی زمينه ساز برای بروز اختلالات رفتاري نشان مي‌داد.

هوروپيتز و همکاران در مطالعه دیگري که در سال ۱۹۹۸ ميلادي در مرکز مطالعات کودكان، دانشگاه ييل امريكا بر روی ۱۸۸۶ نوجوان ۴-۸ ساله انجام دادند (۱۸)، دريافتند که ۵۱۸ نفر (۲۷/۵ درصد) از جمعيت مبتلا به اختلالات رفتاري اجتماعي بودند. در اين مطالعه والدين با تحصيلات بالاتر، نژاد اروپائي-americkaii، داراي درآمد بالاتر، ازدواج بيشتری در تكميل پرسشنامه داشتند، ضمناً ارتباط معنى‌داری بين بروز اين قبيل اختلالات و فقر مالي خانواده بdest آمد، اما در مطالعه ما چنین نتيجه‌اي گرفته نشد، شايد به اين دليل که جامعه ما به لحظه اقتصادي همگن‌تر بود و تفاوت درآمد خانواده بدان حد بارز نبود که بتواند تأثير قطعي بر روی پيدايش ناهنجاري بگذارد و اساساً بررسى فقر نياز به تعريف خيلي دقيقی دارد، که از نقاط ضعف اين مطالعه بود.

ده ماه انجام دادند، فراوانی اختلالات مذکور را ۱۰/۶ درصد در سنين پيش از مدرسه و ۱۴ درصد در سنين مدرسه يافتند (۱۵). در تفسير اين دو مطالعه می‌توان اذعان کرد که چون هر دو در يك جامعه صنعتي و با خصوصيات اجتماعي نسبتاً مشابه انجام گرفت، طبعاً انتظار نتایج مشابهی نيز می‌توان داشت، هر چند در سنين مدرسه اين اختلالات يك و نيم برابر بيشتر بود، که می‌توانست بيشتر مرتبط با معاشرت‌های ناباب نوجوان در محیط اجتماعي آلوده باشد تا صرفاً رفتن به مدرسه. انجام اين مطالعات در نوع خود منحصر به فرد بود، اما در مطالعه ما به دليل اين که کودkan سنين پيش از مدرسه بررسی نشده بودند و تمرکز بر روی نوجوانان بود، نمي‌توان مقاييسه‌اي انجام داد.

در سال ۲۰۰۱ ميلادي در ايالت ماساچوست دو پژوهشگر به نام‌های ناون و نلسون (۱۶)، بررسی دیگري بر روی ۵۷۰ نوجوان دختر و پسر انگليسي و اسپانيائي زيان انجام دادند. نتایج حاصل از اين پژوهش بيانگر اين ادعا بود که اختلالات رفتاري در سنين پيش از مدرسه در ۲۳ درصد کودكان وجود دارد (که اين مقدار بسیار بيشتر از همسن و سالان مشابه Americkaii ايشان بود)، اما در سنين مدرسه با آنان تفاوت مشهودی نداشت. اين نكته نشانگر اين واقعيت مهم است که تعامل نوجوانان در سنين مدرسه، و نقش محیط پیرامون نوجوان تا چه اندازه می‌تواند، بر روی بروز اختلالات رفتاري اجتماعي فرد تأثيرگذار باشد. افزایش سن نوجوان، تعداد يا ترتیب فرزندان در خانواده و يا تک فرزندی بودن، تحصيلات والدين، شغل مادر، سطح درآمد خانواده بر روی بروز اختلالات رفتاري اجتماعي تأثير زيادي نداشت، مشابه چنین نتيجه‌اي در مطالعه ما نيز مشاهده گردید. توجهی که در اين رابطه وجود دارد اين است که احتمالاً اين

نوجوان پسر دارند، همچنین خانواده‌ها به نقش سنین مطرح در بروز اختلالات رفتاری واقف نیستند، اهمیت این موضوع هنگامی آشکارتر می‌گردد که کاهش تعداد فرزندان در مقایسه با افزایش آنها در بروز چنین اختلالاتی نیز چندان اثر گذار نبوده است.

شخصیت درونگرا نسبت به برونگرا نیز باعث افزایش بیش از انتظار بروز اختلالات رفتار اجتماعی گردید که این یافته می‌تواند به عنوان موضوع مهمی در آینده برای سایر محققین قلمداد گردد.

در یک فراگرد کلی، شیوع اختلالات رفتار اجتماعی در نزد نوجوانان پسر بوشهری حدود دو برابر میانگین کشورهای صنعتی است. این اختلالات در طبقات اجتماعی با والدین کارگر و قشر کم درآمد، همچنین زندگی با یک والد (خصوصاً اگر این معضل محصول متارکه بوده تا فوت والد)، در نوجوانان بدون برنامه در اوقات فراغت، نوجوانان دچار درونگرایی، بیشتر از سایر اقسام اجتماع است.

با توجه به فراوانی اختلالات رفتاری در پسران نوجوان بوشهری، پیشنهاد می‌کنیم که قبل از ورود به مدرسه از نوجوانان پسر آزمون غربالگری انجام شود، و در صورت پیدا کردن مواردی از ناهنجاری به مراکز مشاوره رفتاری ارجاع گردد.

در مطالعه دیگری که جوت و همکاران بر روی ۲۱۰ نوجوان دختر و پسر مکزیکی تبار ساکن نیویورک که حدود ۸۶ درصد از ایشان اسپانیولی تکلم می‌کردند انجام شد، فراوانی اختلالات رفتارهای اجتماعی در نزد این نوجوانان (که عمدتاً از خانواده‌های کم درآمد بودند)، ۱۳ درصد به دست آمد (۱۹). نکته کلیدی بررسی فوق این بود که که عدد برش آزمون طوری قرار داده شده بود که ۱۰۰ درصد ویژگی و حداقل حساسیت را داشته باشد، بنابراین امکان داشت که این مقدار بسیار ناچیزتر از مقدار واقعی قابل انتظار برآورد شده باشد. با اینکه در مطالعه ما نژادهای مختلف برای بررسی وجود نداشت، اما با توجه به چند مطالعه مربوطه می‌توان اذعان نمود که این قبیل اختلالات نه تنها در نزد نژادهای مختلف شیوع متفاوتی دارد، بلکه هر چه به سمت سنین بالاتر می‌رویم از فراوانی بیشتری برخوردار است.

در مطالعه ما ترتیب فرزندان و افزایش سن نوجوان همچنین تحصیلات و شغل مادر تأثیری بر روی افزایش بروز اختلالات رفتار اجتماعی نوجوان نداشت. توجیه این یافته شاید بدین دلیل است که اساساً مادران تأثیر کمتری بر روی تربیت اجتماعی

## References:

1. Costello EJ, Edelbrock C, Costello AJ, et al. Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. *Pediatrics* 1988; 82:415-24.
2. Brandenburg NA, Friedman RM, Silver SE. The epidemiology of childhood psychiatric disorders: prevalence findings from recent studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 76-83.
3. مان نل. اصول روانشناسی. ترجمه محمود ساعتچی. تهران: انتشارات امیر کبیر، ۱۳۷۹، ص ۴۸-۶۲۳.
4. راس آ (۱۳۷۶)، اختلالات روانی در کودکان، ترجمه مهریار، ا، یوسفی ف. چاپ دوم. تهران: انتشارات رشد، ص ۱۸۸-۲۰۶.
5. کاپلان ه و سادوک ب. خلاصه روانپژوهی. ترجمه: الله پور افکار ن. تهران: نشر علوم دانشگاهی، ۱۳۷۵، ص ۱۸۱-۵.
6. شوترا و، دوان ر. نظریه‌های شخصیت، ترجمه یوسف کریمی و همکاران، تهران، نشر ارسیاران، ۱۳۶۹، ص ۴۲-۱۳۶.

۷. ویکس نلسون ر و ایزrael ا. اختلالات رفتاری در کودکان، ترجمه محمد تقی مشی طوسی. چاپ پنجم، مشهد: انتشارات قدس رضوی، ۱۳۷۵، ص ۹۳-۸۵.
8. Herman-Staab B. Screening, management, and appropriate referral for pediatric behavior problems. *Nurse Pract* 1994; 19: 40, 2-3, 6-9.
9. Jellinek MS, Murphy JM, Burns BJ. Brief psychologic screening in our pediatric practice. *J Pediatr* 1986; 109: 371-8.
10. Reijneveld SA, Vogels AG, Hoekstra F, et al. Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. *BMC Public Health* 2006; 6:197.
11. Murphy JM, Reede JJ, Jellinek MS, et al. Screening for psychosocial dysfunction in inner-city children: Further Validation of the Pediatric Symptom Checklist. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1992; 31:1105-11.
12. Pagano M, Murphy JM, Pedersen M, et al. Screening for psychosocial problems in 4-5-year-olds during routine EPSDT examinations: validity and reliability in a Mexican-American sample. *Clin Pediatr* 1996; 35: 139-46.
13. Jellinek M, Little M, Murphy JM, Pagano M. The Pediatric Symptom Checklist. Support for a role in a managed care environment. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149:740-6.
14. Lavigne JV, Binns HJ, Christoffel KK, et al. Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. *Pediatric Practice Research Group. Pediatrics* 1993; 91:649-55.
15. Murphy JM, Ichinose C, Hicks RC, et al. Utility of the Pediatric Symptom Checklist as a psychosocial screen to meet the federal Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (EPSDT) standards: a pilot study. *J Pediatrics* 1996; 129: 864-9.
16. Navon M, Nelson D, Pagano M, et al. Use of the pediatric symptom checklist in strategies to improve preventive behavioral health care. *Psychiatr Serv* 2001; 52:800-4.
17. Costello EJ, Angold A, Burns BJ, et al. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:1129-36.
18. Horwitz SM, Leaf PJ, Leventhal JM. Identification of psychosocial problems in pediatric primary care: do family attitudes make a difference? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152:367-71.
19. Jutte DP, Burgos A, Mendoza F, et al. Use of the Pediatric Symptom Checklist in a low-income, Mexican American population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 1169-76.