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

اپیدمیولوژی اختلالات رفتار اجتماعی نوجوانان پسر ۱۸-۱۳ ساله بندر بوشهر؛ ۱۳۸۴*

دکتر عامر یزدانپرست**[۱]، دکتر مریم همت زاده[۲]

[۱] استادیار قلب کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۲] دانش‌آموخته پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده

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

مواد و روش‌ها: تعداد ۴۰۰ نوجوان پسر در سنین ۱۸-۱۳ ساله شهر بوشهر در آذرماه ۱۳۸۴، بصورت تصادفی در دو مرحله، از جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر انتخاب شدند. پرسشنامه نشانه شناسی کودکان- ۳۵ گزینه ای PSC/35 (Pediatric Symptoms Checklist) برای تمامی 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.

یافته‌ها: جمعاً تعداد ۱۴۸ (۳۷ درصد) نوجونان پسر مبتلا به اختلالات رفتار اجتماعی شناخته شدند. اختلالات رفتار اجتماعی در پسرانی که معدل نمرات آنان در طی سنوات تحصیلی بطور میانگین ۱۴ بود، بیشتر از کسانی بود که معدل بین۱۴ تا ۱۷ یا بیشتر از ۱۷ گرفته بودند. همچنین شغل پدر ارتباط معنی‌داری 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 زندگی می‌کردند، کمتر از نوجوانان پسر با والد تنها (فوتی 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 فعالیت‌ها بیشتر و تنوعی از چند فعالیت دیگر بود، اختلالات رفتاری کمتری 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.

نتیجه‌گیری: اختلالات رفتار اجتماعی در نزد نوجوانان پسر ۱۸-۱۳ ساله بندر بوشهر شایع‌تر از دیگر کشورهای صنعتی است. عوامل دموگرافیک مانند زندگی در خانواده‌ای با شغل کارگر و شغل آزاد پدر یا زندگی با 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.

واژگان کلیدی: اختلالات رفتارهای اجتماعی، درونگرایی، برونگرایی، پرسشنامه نشانه شناسی کودکان، علوم رفتاری

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

---

* این پروژه از پروژه‌های مصوب مرکز پژوهش‌های سلامت خلیج فارس می‌باشد.

** بوشهر، بیمارستان کودکان حضرت علی اصغر (ع) ، تلفن: ۴- ۲۵۲۶۵۹۱ ۰۷۷۱ Email: yazdanparast@bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

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 ۲۵-۱۲ 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، امّا 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).

اصولاً تعامل با محیط اجتماعی و اطرفیان، سبب‌ساز نگرش و موضع‌گیری تحلیلی فرد، مسبب بروز رفتار متناسب می‌شود. فقر، بیسوادی، مهاجرت، متارکه و یا فوت والد، نداشتن برنامه اقناع‌کننده در اوقات فراغت، و صدها 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 هرحال 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 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 می‌جویند.

از سویی برخی از آزمون‌های سنجش اختلالات رفتاری، فقط برای نوجوانان همان جامعه تدوین می‌گردند 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 ۱۸-۱۳ 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 روش‌کار

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 ۱۸-۱۳ ساله، جمعیت تحت پوشش مراکز مختلف بهداشتی درمانی شهر بوشهر به صورت

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

تصادفی دو مرحله‌ای انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات بر اساس پرسشنامه نامه استاندارد PSC/35 (Pediatric Symptoms Checklist) پرسشنامه ۳۵ گزینه‌ای نشانه شناسی کودکان، استوار گردید. علاوه بر این پرسشنامه که بخش سؤالات اختصاصی ابزار گردآوری 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 معتبر 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.

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 فورمت‌هایی 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 ۱۸-۱۳ 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 ۱۴-۱۳ ساله، ۴۷ نفر (۴۰/۹ درصد) دارای اختلال؛ از ۱۶۹ نوجوان پسر ۱۶-۱۵ ساله، ۵۷ نفر (۳۴ درصد) دارای اختلال؛ و از ۱۱۶ نوجوان پسر ۱۸-۱۷ 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 ۱۷-۱۴ یا بیش از ۱۷ گرفته بودند، بیشتر مشاهده گردید (P<۰/۰۰۱؛ جدول ۱).

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

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

یا با شغل آزاد، بیشتر از مشاغل کارمند یا کاسب اختلال داشتند (P=۰/۰۱؛ جدول ۱).

این اختلالات در نزد نوجوانانی که با دو والد زندگی می‌کردند، کمتر از آنانی بود که با تک والد (فوتی یا متارکه‌ای) زندگی می‌کردند (P=۰/۰۳؛ جدول ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نوجوانان پسر ۱۸-۱۳ ساله بندر بوشهر مبتلا به اختلالات رفتار اجتماعی بر حسب عوامل دموگرافی و تیپ شخصیتی

	تعداد	درصد
تیپ شخصیتی		
برونگرا	۲۳	۱۷/۲۹
برونگرا – درونگرا	۱۷	۱۲/۷۸
درونگرا	۹۳	۶۹/۹۲
وضعیت خانوادگی		
زندگی با پدر ومادر	۱۲۶	۸۵/۱۳
فوت یکی از والدین	۱۱	۷/۴۳
متارکه	۱۱	۷/۴۳
نوع فعالیت		
بدون فعالیت	۵۷	۳۸/۵۱
ورزشی	۴۹	۳۳/۱۰
علمی – هنری	۳۰	۲۰/۲۷
غیره	۱۲	۸/۱۰
شغل پدر		
کارگر	۱۱	۷/۶۹
آزاد	۶۴	۴۴/۷۵
کارمند	۶۴	۴۴/۷۵
کاسب	۴	۲/۷۹
مشاغل خیلی بالا	۰	۰/۰
نمره معدل		
کمتر از چهارده	۷۸	۵۲/۷۰
بین ۱۷-۱۴	۴۰	۲۷/۰۲
۱۷ 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 درونگرا-برونگرایان و برونگرایان بود (P<۰/۰۰۱؛ جدول ۱).

نوجوانانی که دارای برنامه سالم اوقات فراغت بودند، هر چه این فعالیت‌ها متنوع‌تر بود، کمتر دچار اختلالات رفتاری بودند (P=۰/۰۱؛ 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>۰/۰۵).

بحث

این مطالعه با پرسشنامه استاندارد ۳۵ گزینه‌ای نشانه شناسی کودکان بر روی ۴۰۰ نوجوان پسر ۱۸-۱۳ 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 روانپزشکی کودکان معرفی گردید (۱۱). نخستین بار

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

یلی‌نیک و مورفی مطالعه خود را بر روی ۱۳۲ نفر نوجوان آمریکایی در سنین ۱۲-۶ 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؛ منسوخ و انواع ۳۵ گزینه‌ای متداول گردید. مطالعهٔ 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 برشمرد.

پاگانو در سال ۱۹۹۵ میلادی در ماساچوست آمریکا آزمون مشابهی را بر روی ۱۱۷ خردسال سنین ۵-۴ 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 کودک به این منظور کمک گرفته می‌شد. البته با اینکه برتری این گونه مصاحبه‌ها صرفاً افزایش دقت در اخذ اطلاعات است امّا عدم بیان برخی از واقعیت‌ها از سوی نوجوان نقطه ضعف بزرگی تلقی می‌گردد. در مطالعه ما ضمن انجام مطالعه پایلوت متوجه شدیم که معدودی از والدین در تکمیل پرسشنامه دقت کافی ندارند و یا با چند بار مراجعه 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 سؤالات مطروحه نداشتیم.

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

در سال ۱۹۹۶ میلادی دو پژوهش بزرگ در ایالات ماساچوست و کالیفرنیای آمریکا، توسط لاوین و مورفی انجام گرفت. لاوین در ایالت کالیفرنیا ۳۸۷۶ کودک در سنین ۵-۲ 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 ۱۶-۶ ساله طی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

ده ماه انجام دادند، فراوانی اختلالات مذکور را ۱۰/۶ درصد در سنین پیش از مدرسه و ۱۴ درصد در سنین مدرسه یافتند (۱۵). در تفسیر این دو مطالعه می‌توان اذعان کرد که چون هر دو در یک جامعه صنعتی و با خصوصیات اجتماعی نسبتاً مشابه انجام گرفت، طبعاً انتظار نتایج مشابهی نیز می‌توان داشت، هر چند در سنین مدرسه این اختلالات یک و نیم برابر بیشتر بود، که می‌توانست بیشتر مرتبط با معاشرت‌های ناباب نوجوان در محیط اجتماعی آلوده باشد تا صرفاً رفتن به مدرسه. انجام این مطالعات در نوع خود منحصر به فرد بود، امّا در مطالعه ما به دلیل این که کودکان سنین پیش از مدرسه بررسی نشده بودند و تمرکز بر روی نوجوانان بود، نمی‌توان مقایسه‌ای انجام داد.

در سال ۲۰۰۱ میلادی در ایالت ماساچوست دو پژوهشگر به نام‌های ناون و نلسون (۱۶)، بررسی دیگری بر روی ۵۷۰ نوجوان دختر و پسر انگلیسی و اسپانیایی زبان انجام دادند. نتایج حاصل از این پژوهش بیانگر این ادعا بود که اختلالات رفتاری در سنین پیش از مدرسه در ۲۳ درصد کودکان وجود دارد (که این مقدار بسیار بیشتر از همسن و سالان مشابه آمریکایی ایشان بود)، امّا در سنین مدرسه با آنان تفاوت مشهودی نداشت. این نکته نشانگر این واقعیت مهم است که تعامل نوجوانان در سنین مدرسه، و نقش محیط پیرامون نوجوان تا چه اندازه می‌تواند، بر روی بروز اختلالات رفتار اجتماعی فرد تأثیرگذار باشد. افزایش سن نوجوان، تعداد یا ترتیب فرزندان در خانواده و یا تک فرزندی بودن، تحصیلات والدین، شغل مادر، سطح درآمد خانواده بر روی بروز اختلالات رفتار اجتماعی تأثیر زیادی نداشت، مشابه چنین نتایجی در مطالعه ما نیز مشاهده گردید. توجیهی که در این رابطه وجود دارد این است که احتمالاً این قبیل اختلالات چندان نافذ نبوده است که عوامل دموگرافیک را تحت تأثیر قرار دهد.

کاستلو و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۴۵۰۰ نوجوان ۱۷-۹ ساله ساکن کارولینای شمالی، جمعیت مور نظرشان را به دو گروه بومی آمریکا و گروه مهاجر آفریقایی متمایز نمودند (۱۷). اختلالات رفتاری در کودکان آفریقایی ۲۰/۵ درصد و کودکان بومی آمریکا ۲۱/۹ درصد برآورد گردید که تفاوت معنی‌داری نداشت؛ این در حالی بود که سه ماه پیش از این پروژه، ۱/۴ درصد از والدین آفریقایی و ۹/۲ درصد از والدین آمریکایی نیاز به مشاوره رفتاری داشتند. برتری این مطالعه نسبت به موارد مشابه این بود که نژاد را عاملی زمینه ساز برای بروز اختلالات رفتاری نشان می‌داد.

هورویتز و همکاران در مطالعه دیگری که در سال ۱۹۹۸ میلادی در مرکز مطالعات کودکان، دانشگاه ییل امریکا بر روی ۱۸۸۶ نوجوان ۸-۴ ساله انجام دادند (۱۸)، دریافتند که ۵۱۸ نفر (۲۷/۵درصد) از جمعیت مبتلا به اختلالات رفتار اجتماعی بودند. در این مطالعه والدین با تحصیلات بالاتر، نژاد اروپایی-امریکایی، دارای درآمد بالاتر، ازدواج کرده، مسن‌تر و تحت بیمه پزشکی همکاری بیشتری در تکمیل پرسشنامه داشتند، ضمناً ارتباط معنی‌داری بین بروز این قبیل اختلالات و فقر مالی خانواده بدست آمد، امّا در مطالعه ما چنین نتیجه‌ای گرفته نشد، شاید به این دلیل که جامعه ما به لحاظ اقتصادی همگن‌تر بود و تفاوت درآمد خانواده بدان حد بارز نبود که بتواند تأثیر قطعی بر روی پیدایش ناهنجاری بگذارد و اساساً بررسی فقر نیاز به تعریف خیلی دقیقی دارد، که از نقاط ضعف این مطالعه بود.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

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 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، امّا 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 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 اقشار اجتماع است.

با توجه به فراونی اختلات 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 گردند.

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.
۳. مان نل. اصول روانشناسی. ترجمه محمود ساعتچی. تهران: انتشارات امیر کبیر، ۱۳۷۹،ص ۴۸ -۶۲۳.
۴. راس آ (۱۳۷۶)، اختلالات روانی در کودکان، ترجمه مهریار ا، یوسفی ف. چاپ دوم. تهران: انتشارات رشد، ص ۱۸۸-۲۰۲۶ .
۵. کاپلان ه و سادوک ب. خلاصه روانپزشکی. ترجمه: الله پور افکار ن. تهران: نشر علوم دانشگاهی، ۱۳۷۵، ص ۵-۱۸۱.
۶. شوتزا و، دوان ر. نظریه‌های شخصیت، ترجمه یوسف کریمی و همکاران، تهران، نشر ارسباران، ۱۳۶۹، ص ۴۲-۱۳۶.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

۷. ویکس نلسون ر و ایزرائل ا. اختلالات رفتاری در کودکان، ترجمه محمد تقی منشی 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 Acade 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.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]