

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰
تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۹۴/۰۱/۰۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۱۵

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۴
دوره‌ی اول، سال ۱، شماره ۱
صص: ۱۲۴-۱۰۹

مقایسه اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده در پسران دارای اضافه وزن با پسران دارای وزن طبیعی: با تأکید بر اختلال سلوک

مهناز علی اکبری دهکردی*

چکیده

مطالعات حاکی از این است که بسیاری از کودکان و نوجوانان به انواع مشکلات و اختلالات رفتاری مبتلا هستند. در این میان اختلالات برونی‌سازی شده به عنوان محور اختلالات رفتاری شناخته شده است. از طرفی شیوع اضافه وزن در این رده سنی نیز افزایش پیدا کرده است. لذا هدف این مطالعه مقایسه اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده در پسران دارای اضافه وزن با پسران دارای وزن طبیعی می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهر تهران می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، منطقه شش انتخاب و در بین مدارس موجود در این منطقه دو مدرسه پسرانه و به‌طور کلی ۲۲۰ دانش‌آموز به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب شدند. از چک‌لیست رفتاری کودکان (CBCL) به عنوان ابزار پژوهش در این مطالعه استفاده گردید. نتایج با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که به‌طور کلی میان اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده بین پسران دارای اضافه وزن با پسران دارای وزن طبیعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). این تفاوت در اختلال سلوک و اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مشاهده شد در حالی که بین این دو گروه در اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P < 0/05$). با توجه به نتایج پژوهش حاضر آگاهی‌دادن و تغییر نگرش والدین در پیشگیری از بروز چاقی و اضافه وزن و در نهایت مشکلات رفتاری ضروری به نظر می‌رسد و از آنجایی که انحراف از وزن طبیعی با رفتارهای نامناسب و پرخطر مرتبط است مداخلات زود هنگام و برنامه‌ریزی‌های مناسب در این زمینه در دوران حساس کودکی بسیار مؤثر و ضروری است.

کلید واژگان: اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده، اضافه وزن، پسران.

مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده است که ۱۴ تا ۲۲ درصد از کودکان و نوجوانان دارای مشکلات و اختلالات رفتاری و هیجانی هستند (زنگ^۱، ۲۰۰۷). آشنباخ و رسکورلا^۲ (۲۰۰۱) معتقدند که اختلالات رفتاری دوران کودکی را می‌توان عمدتاً در دو بعد گسترده طبقه‌بندی کرد که عبارتند از اختلالات درونی‌سازی شده^۳ و اختلالات برون‌سازی شده^۴. جنسون، کریچ، بویسی و پیکت^۵ (۲۰۰۴) رفتارهای برون‌سازی شده را رفتارهایی می‌دانند که به سمت بیرون از کودک جهت دارند و بیشتر افرادی را که با کودک رابطه متقابل دارند، مانند والدین، معلمان و همسالان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. رفتارهایی چون بحث و جدل، شکستن قوانین و عدم اطاعت که باعث می‌شود افراد دیگری غیر از خود کودک مورد آزار قرار گیرند. در واقع این مشکلات منعکس‌کننده تعارض‌های کودک با محیط پیرامونش است (مرادی مطلق، عابدین و حیدری، ۱۳۸۸). اختلالات برون‌سازی شده از مقاوم‌ترین اختلالات دوران کودکی بوده و به عنوان محور مشکلات رفتاری کودکان شناخته شده‌اند (به نقل از بیرامی، ۱۳۸۸). این اختلالات در قالب سه اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه^۱ (ADHD)، اختلال سلوک^۷ (CD) و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۸ (ODD) در DSM-IV ارائه شده است (ریچارد، باربارا، آندرو، جن و آدرین^۹، ۲۰۰۲). پیش‌آگهی این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر مشکلات دیگری همچون اختلال یادگیری، اختلال خلقی، اضطراب و سوء مصرف مواد (مامرشتین^{۱۰}، ۲۰۰۷)، اختلال شخصیت ضداجتماعی (ریچارد و همکاران، ۲۰۰۲) می‌باشند. هم‌چنین ناسازگاری‌های شغلی و خانوادگی و زناشویی نیز از مسائل دیگری است که مطرح می‌شود.

- 1- Zeng
- 2- Achenbach & Rescorla
- 3- internalizing disorders
- 4- externalized disorders
- 5- Janssen, Craig, Boyce, & Pickett
- 6- Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- 7- Conduct Disorder
- 8- Oppositional Defiant Disorder
- 9- Richard, Barbara, Andrew, Jane, & Adrian
- 10- Mamerstein

پیشینه پژوهشی حاکی از ارتباط بین اضافه وزن با مشکلات رفتاری می باشد (ارهاث^۱ و همکاران، ۲۰۱۲؛ مامون^۲ و همکاران، ۲۰۰۹؛ فرهت، اینوتی و سیمونز-مورتون^۳، ۲۰۱۰؛ و پات، آلبارات، هینی، هبراند و پاولی-پات^۴، ۲۰۱۳). اضافه وزن و چاقی کودکان و نوجوانان یک نگرانی رو به رشد است و شیوع آن از سال ۱۹۸۰ تقریباً سه برابر شده و چاقی در ده سال گذشته به شدت افزایش یافته است (اوگدن، کاررول، کیت و فلیگال^۵، ۲۰۱۰). در ایران نیز میرمیران، میربلوکی، محمدی نصرآبادی و عزیزی (۱۳۸۲) طی مطالعه‌ای گزارش کردند که شیوع وزن غیرطبیعی اعم از لاغری، اضافه وزن و چاقی در نوجوانان تهرانی بالا بوده است به طوری که ۱۲/۶٪ نوجوانان تهرانی دارای اضافه وزن هستند که از این تعداد ۱۱/۸٪ پسر و ۱۳/۳٪ دختر بودند. به طور کلی تحقیقات اپیدمیولوژیک نشان داده که نرخ آسیب‌های روانی در کودکان دارای اضافه وزن و چاق بیشتر بوده است (هبه برند و هرپرتز-دهلمان^۶، ۲۰۰۹). مامون و همکاران (۲۰۱۲) طی مطالعه طولی گزارش کرده‌اند که مشکلات رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی، اضافه وزن را در بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند. مطالعات اخیر نشان داده است که بین اضافه وزن و ADHD رابطه وجود دارد (آگرانات-میجد^۷ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کرتز^۸ و همکاران، ۲۰۰۷؛ و کرتز و ونسینزی^۹، ۲۰۱۲). البته شواهد بر ارتباط بین اضافه وزن و ADHD به طور کامل سازگار نیست و بعضی مطالعات عدم ارتباط بین این دو متغیر را نیز گزارش کرده‌اند (ماستیلو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۳؛ بریت، کلوز، وربیکن و ولیبرج^{۱۱}، ۲۰۰۷؛ کرتز و همکاران، ۲۰۰۷؛ و دوبنو-رز، پری و برگر^{۱۲}، ۲۰۱۲). پینه، کوهن، بروک و

-
- 1- Erhart
 - 2- Mamun
 - 3- Farhat, Iannotti, & Simons-Morton
 - 4- Pott, Albayrak, Hinney, Hebebrand, & Pauli-Pott
 - 5- Ogden, Carroll, Kit, & Flegal
 - 6- Hebebrand & Herpertz-Dahlmann
 - 7- Agranat-Meged
 - 8- Cortese
 - 9- Vincenzi
 - 10- Mustillo
 - 11- Braet, Claus, Verbeken, & Van Vlierberghe
 - 12- Dubnov-Raz, Perry, & Berger

کاپلان^۱ (۱۹۹۷) طی مطالعه‌ای گزارش کردند که اختلال سلوک با افزایش وزن در ارتباط است. هم‌چنین مطالعات دیگری ارتباط مثبت بین اضافه وزن با سیگار کشیدن (کاولی، مارکوئیتز و تراس^۲، ۲۰۰۴ و لاری، گلاسکا، فولتون، وچسلر و کان^۳، ۲۰۰۲)، نوشیدن الکل (استراس^۴، ۲۰۰۰ و پاچ، نلسون، لایتل، مو و پری^۵، ۲۰۰۸)، مصرف موادمخدر (برگ، سیمونسون و رینکوئیست^۶، ۲۰۰۵؛ آدمز و رینی^۷، ۲۰۰۷؛ و مک‌لارن، بک، پترن، فیک و ادیر^۸، ۲۰۰۸)، زورگیری و قلدری (جانسن و همکاران، ۲۰۰۴ و گریفیت، ولک، پیچ و هاروود^۹، ۲۰۰۶) و درگیری و خشونت (هسلر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۴؛ پاچ و همکاران، ۲۰۰۸ و زلر، ریتز-پارتیل و رامی^{۱۱}، ۲۰۰۸) در نوجوانان را نشان داده‌اند. به‌طور کلی پیامدهای روان‌شناختی چاقی از جمله کاهش سطوح حرمت خود، ضعف تصویر خود، کیفیت زندگی و افزایش امکان ابتلا به اختلالات روانی قابل توجه است (اوگدن، ۲۰۰۷، به نقل از آگاه هریس، علی‌پور، جان بزرگی، موسوی و نوحی، ۱۳۹۱).

دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی و شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری پس از دوران کودکی ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. از طرفی مطالعات نشان داده است که چاقی دوران کودکی با چاقی دوران بزرگسالی ارتباط مستقیم دارد و معمولاً کودک چاق، بزرگسال چاق خواهد شد که چاقی خطرات بسیاری را نیز به همراه دارد (مولوانی، کی‌ایمینگ، گودوین و کوآن^{۱۲}، ۲۰۰۶)، بنابراین مطالعات در این دوران به جهت شناخت عوامل مؤثر، پیشگیری و مداخلات مربوطه از اهمیت زیادی برخوردار است.

-
- 1- Pine, Cohen, Brook, & Coplan
 - 2- Cawley, Markowitz, & Tauras
 - 3- Lowry, Galuska, Fulton, Wechsler, & Kann
 - 4- Strauss
 - 5- Pasch, Nelson, Lytle, Moe, & Perry
 - 6- Berg, Simonsson, & Ringqvist
 - 7- Adams & Rini
 - 8- McLaren, Beck, Patten, Fick, & Adair
 - 9- Griffiths, Wolke, Page, & Horwood
 - 10- Hasler
 - 11- Zeller, Reiter-Purtill, & Ramey
 - 12- Mulvaney, Kaemingk, Goodwin, & Quan

هم‌چنین بیشتر مطالعات صورت گرفته در ایران به شیوع اضافه وزن و چاقی پرداخته و اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده کمتر مورد توجه قرار گرفته است، علاوه براین، در نتایج مطالعات تناقضاتی دیده می‌شود؛ لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه مشکلات برونی‌سازی شده در پسران دارای اضافه وزن با پسران دارای وزن طبیعی صورت گرفت. پژوهش حاضر سعی دارد به این سؤال اساسی پاسخ دهد که آیا اختلالات برونی‌سازی شده در پسران دارای اضافه وزن با پسران دارای وزن طبیعی تفاوت معنی‌داری دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر یک طرح توصیفی-مقایسه‌ای است که روی ۲۲۰ نفر از دانش‌آموزان پسر مدارس ابتدایی شهر تهران انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مدرسه در منطقه شش شهر تهران انتخاب گردید و پس از اخذ مجوز از مدیر مدرسه و رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در این پژوهش، پرسشنامه توسط والدین تکمیل گردید. برای انجام کار قد و وزن دانش‌آموزان ثبت گردید و با توجه به آن شاخص توده بدنی^۱ (BMI) آن‌ها محاسبه شد. دانش‌آموزانی که بیماری جسمانی خاصی نداشتند، هم‌چنین از دارویی که در وزن مؤثر باشد، استفاده نمی‌کردند به عنوان شرکت‌کننده انتخاب شدند. از دیگر معیارهای ورود به نمونه این‌که، دانش‌آموزان باید در محدوده سنی ۷ تا ۱۱ سال باشند.

از جمله خصوصیات گروه نمونه می‌توان به این موارد اشاره کرد که ۶ درصد شرکت‌کنندگان ۸ سال سن داشتند، ۲۶ درصد ۹ ساله، ۳ درصد ۱۰ ساله و ۲۶ درصد ۱۱ ساله بودند. از بین تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۱۳۶ نفر دارای اضافه وزن بودند و ۸۴ نفر دارای وزن طبیعی. هم‌چنین از دیگر خصوصیات گروه نمونه می‌توان اشاره کرد که ۳۴/۴ درصد پدران دارای شغل دولتی و ۵۳/۶ درصد شغل آزاد داشتند. مادران این دانش‌آموزان هم ۶۴/۸ درصد خانه‌دار، ۲۳/۲ درصد شاغل بودند. بیشترین میزان تحصیلات در درجه لیسانس هم در پدران با ۴۲/۴ درصد و هم در مادران با فراوانی ۴۲/۸ درصد می‌باشد.

1- Body Mass Index

ابزار پژوهش

در این پژوهش جهت بررسی مشکلات رفتاری از چک‌لیست رفتاری کودکان^۱ (CBCL) استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۹۱ توسط آشنباخ برای تعیین مشکلات رفتاری کودکان طراحی شده است. چک‌لیست رفتاری کودک توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده دارد، در سنین ۶ تا ۱۱ سال، تکمیل می‌گردد. این چک‌لیست رفتاری شامل دو بخش است؛ بخش اول دربرگیرنده سؤالات باز پاسخی است که مربوط به صلاحیت کودک در زمینه‌های مختلف نظیر فعالیت‌های وی، روابط اجتماعی و موارد دیگر می‌شود. بخش دوم نیز شامل درجه‌بندی مشکلات عاطفی- رفتاری کودک است. در این قسمت ۱۱۳ ماده وجود دارد که پاسخ‌دهنده براساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته، هر ماده را به صورت صفر، یک و دو (نادرست، تاحدی درست و کاملاً درست) درجه‌بندی می‌کند. این مقیاس دو گروه از مشکلات رفتاری کودکان را بررسی می‌کند. یکی از این گروه‌بندی‌ها مشکلات درونی‌سازی شده نام دارد و سه نشانگان مشکلات عاطفی (افسردگی)، اضطرابی و شکایات جسمانی را در بر می‌گیرد و گروه‌بندی دوم که برونی‌سازی شده نامیده می‌شود، سه نشانگان بیش‌فعالی- کمبود توجه، بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک را در بر می‌گیرد. بدین ترتیب نمره خام مشکلات درونی و برونی‌سازی شده را می‌توان به آسانی با جمع نمره خام دو یا سه نشانگان مربوط به دست آورد. در پژوهش حاضر فقط از سؤالاتی استفاده شد که مشکلات برونی‌سازی شده را می‌سنجند.

مشکلات رفتاری کودک یکی از شاخص‌ترین ابزار سنجش و تشخیص اختلال‌های کودکی به شمار می‌رود که روایی و اعتبار آن در پژوهش‌های مختلف به اثبات رسیده است (دولان و رنی^۲، ۲۰۰۷ و یانگستروم، یانگستروم و استار^۳، ۲۰۰۵). پایایی این مقیاس در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای فهرست رفتاری کودک و ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ برای فهرست خودگزارش‌دهی است. ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر DSM در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای فهرست رفتاری کودک است. همچنین مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه نیز در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن

- 1- Child Behavior Checklist
- 2- Dolan & Rennie
- 3- Youngstrom, Youngstrom, & Starr

از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ برای CBCL گزارش شده است. ضریب همسانی درونی برای خرده مقیاس مشکلات بیش فعالی ۰/۷۹، مشکلات بی‌اعتنایی مقابله‌ای ۰/۸۲ و مشکلات سلوک ۰/۷۲ گزارش شده است. در هنجاریابی این آزمون در جمعیت ایرانی به ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های CBCL بین ۰/۸۷ تا ۰/۷۳ دست یافتند. اعتبار آزمون-بازآزمون (بین ۵ تا ۸ هفته) نیز معناداری همه ضرایب همبستگی را در سطح بین دامنه ۰/۹۷ تا ۰/۳۸ مشخص کرده است (مینایی، ۱۳۸۴). هم‌چنین مینایی (۱۳۸۶) طی مطالعه‌ای جهت روایی عاملی مقیاس با استفاده از نرم‌افزار لیزرل مقدار شاخص‌های CFI، TLI، AGFI، GFI، RMSEA را به ترتیب برابر با ۰/۹۵، ۰/۹۳، ۰/۹۸، ۰/۹۷، ۰/۰۴۶ گزارش کرد که نشان از روایی بالایی مقیاس می‌باشد. بعد از هنجارسازی ایرانی، این پرسشنامه در بسیاری از پژوهش‌های داخلی مورد استفاده قرار گرفت که نشان از معتبر بودن این ابزار می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش حاضر (میانگین و انحراف استاندارد) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مشکلات برونی‌سازی شده در گروه پسران دارای اضافه وزن با وزن طبیعی

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
بیش فعالی-کمبود توجه	دارای اضافه وزن	۲/۹۴	۲/۲۹
	وزن طبیعی	۲/۵۷	۱/۹۵
بی‌اعتنایی مقابله‌ای	دارای اضافه وزن	۱/۸۳	۱/۸۸
	وزن طبیعی	۱/۲۳	۱/۵
سلوک	دارای اضافه وزن	۳/۸۳	۳/۸۵
	وزن طبیعی	۲/۵۲	۳/۲
کل مشکلات برونی‌سازی شده	دارای اضافه وزن	۵/۷۴	۴/۲
	وزن طبیعی	۳/۹	۳/۲۲

همان‌گونه که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، دانش‌آموزان دارای اضافه وزن نمرات بیشتری در مشکلات برونی‌سازی شده نسبت به گروه دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی به دست آوردند. به این ترتیب میانگین مشکلات برونی‌سازی شده به‌طور کلی در دانش‌آموزان دارای اضافه وزن (۵/۷۴) نسبت به گروه دارای وزن طبیعی (۳/۹) بیشتر است. هم‌چنین در مشکلات بیش‌فعالی - کمبود توجه، بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک میانگین نمرات به دست آمده در گروه دانش‌آموزان دارای اضافه وزن از دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی بیشتر است.

هم‌چنین جهت آزمون هدف پژوهش که عبارت از مقایسه مشکلات برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان دارای اضافه وزن با دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی بود، از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. براساس تحلیل واریانس چند متغیری ($Wilks\ Lambda = ۰/۹۵۳$) و $F = ۴/۰۸$ در سطح معنی‌داری ($P = ۰/۰۰۳$) می‌توان بیان کرد که این بررسی از لحاظ آماری در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار است.

جهت پی‌بردن به این‌که کدام یک از مشکلات برونی‌سازی شده در گروه دانش‌آموزان پسر دارای اضافه وزن با دانش‌آموزان پسر دارای وزن طبیعی تفاوت معنی‌دار دارند، از تحلیل واریانس یک راهه در متن MANOVA استفاده گردید که نتایج حاصل از آن در جدول ۲ درج شده است.

براساس جدول ۲ نمرات هر کدام از متغیرها به شرح زیر است: مشکلات بیش‌فعالی - کمبود توجه ($F = ۱/۵۶$ و $P = ۰/۲۱$)، مشکلات بی‌اعتنایی مقابله‌ای ($F = ۶/۱$ و $P = ۰/۰۱۴$)، مشکلات سلوک ($F = ۶/۷۷$ و $P = ۰/۰۱$) و کل مشکلات برونی‌سازی شده ($F = ۱۱/۰۱$ و $P = ۰/۰۰۱$).

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه در متن MANOVA بر روی مشکلات برونی‌سازی شده

متغیر وابسته	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر	توان آزمون
بیش‌فعالی - کمبود توجه	۷/۳۸	۱/۵۶	۰/۲۱	۰/۰۰۷	۰/۲۳۸
بی‌اعتنایی مقابله‌ای	۱۸/۷	۶/۱	۰/۰۱۴	۰/۰۲۷	۰/۶۹۲
سلوک	۸۸/۷۱	۶/۷۷	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۷۳۶
کل مشکلات برونی‌سازی شده	۱۶۸/۶۵	۱۱/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۹۱

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد به‌طور کلی مشکلات برونی‌سازی شده در دو گروه دانش‌آموزان دارای اضافه وزن با دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. هم‌چنین اندازه اثر ۰/۰۴ می‌باشد، به این معنی که در وضع موجود، ۴ درصد کل واریانس مربوط به تفاوت‌های بین گروه‌ها می‌باشد. هم‌چنین نتایج حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد که مشکلات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای در سطح $P < ۰/۰۵$ نیز تفاوت معنی‌دار است در حالی که بین دو گروه از دانش‌آموزان دارای اضافه وزن با دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی از لحاظ متغیر بیش‌فعالی - کمبود توجه تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال بود که آیا اختلالات برونی‌سازی شده شامل اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک در بین پسران دارای اضافه وزن با پسران دارای وزن طبیعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟ نتایج نشان داد که بین این دو گروه از لحاظ مشکلات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای تفاوت معنی‌دار است ($P < ۰/۰۵$). این نتایج با برخی پژوهش‌های پیشین هماهنگ می‌باشد (پینه و همکاران، ۱۹۹۷؛ کاولی و همکاران، ۲۰۰۴؛ لاری و همکاران، ۲۰۰۲؛ جانسن و همکاران، ۲۰۰۴؛ هسلر و همکاران، ۲۰۰۴؛ پاچ و همکاران، ۲۰۰۸؛ و زلر و همکاران، ۲۰۰۸). از جمله می‌توان به مطالعه فرهنگ و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد که طی مطالعه‌ای گزارش کردند که اضافه وزن و چاقی ارتباط معنی‌داری با مصرف موادمخدر در نوجوانان دارد؛ هم‌چنین نتایج نشان داد که فراوانی رفتارهای خشونت‌آمیز، پرخاشگری و قلدری در بین پسران نوجوان دارای اضافه وزن بیشتر می‌باشد. در تبیین نتیجه پژوهش حاضر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که طبق مطالعات صورت گرفته انحراف از وزن ایده‌آل با افزایش مشارکت در رفتارهای نامناسب و پرخطر همراه است (فرهنگ و همکاران، ۲۰۱۰). البته نقش همسالان نیز بسیار با اهمیت است. معمولاً کودکان زمانی که با دوستان و همسالانشان هستند، بیشتر تمایل دارند که غذا بخورند (پات و همکاران، ۲۰۱۳). هم‌چنین بعضی مطالعات نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان مبتلا به مشکلات رفتاری نسبت به کودکانی که مبتلا به مشکلات رفتاری نیستند، غذا را به عنوان

وسيله‌ای برای باهم بودن و لذت بیشتر تلقی می‌کنند (داویس^۱، ۲۰۱۰). از طرفی تأثیرپذیری از همسالان در این دوران بسیار بالا است و چنانچه همسالان دچار مشکلات رفتاری باشند، شیوع این رفتارها نیز افزایش پیدا می‌کند. به عبارتی نوجوانان معمولاً انجام رفتارهای نامناسب از جمله استفاده از موادمخدر را یک هنجار در بین خود تلقی می‌کنند چرا که همسالانشان از آن‌ها استفاده می‌کنند (فرهت و همکاران، ۲۰۱۰). هم‌چنین می‌توان به نقش استرس نیز در تبیین نتایج اشاره کرد. مطالعات نشان داده است که کودکان وقتی دارای اضافه وزن هستند کمتر از سوی همسالانشان مورد پذیرش واقع می‌شوند و این امر باعث تحقیر و سرخوردگی آن‌ها می‌شود، بنابراین برای جبران این کمبود به رفتارهای نامناسب رو می‌آورند (بوکر، گالاهر، یوگر، ریت-اولسون و جانسون^۲، ۲۰۰۴). از جمله می‌توان به مطالعه سوریس و پارا^۳ (۲۰۰۵) اشاره‌ای داشت که گزارش کرده که دخترانی که به بیماری‌های مزمن مبتلا هستند بیشتر به مصرف موادمخدر روی می‌آورند. هم‌چنین رفتارهای پرخاشگرانه بیشتر در پسران دارای اضافه وزن دیده می‌شود و مطالعات پیشین نشان داده‌اند که پسران به احتمال زیادتری مشکلات برونی‌سازی شده را نسبت به دختران نشان می‌دهند (کارد، استاکی، سالوانی و لیتل^۴، ۲۰۰۸).

نکته دیگری که در ارتباط با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (ODD) مطرح می‌شود این است که نظریات و تحقیقات فعلی نشان می‌دهند که دو اختلال سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای اگر چه به عنوان دو اختلال مجزا مطرح می‌شوند اما با یکدیگر ارتباط رشدی داشته و عوامل خطر یکسانی برای هر دو اختلال شناسایی شده است. مطالعاتی که وجود ارتباطات رشدی میان این دو اختلال را نشان می‌دهند بر این باورند که تفاوت میان این دو اختلال یک تفاوت کمی است، نه یک تفاوت کیفی. طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۵ (ICD) این اختلال را شکل خفیف‌تری از اختلال سلوک می‌داند و به جای در نظر گرفتن آن به عنوان یک اختلال مجزا، آن را به عنوان گونه‌ای از اختلال سلوک در نظر می‌گیرد، بنابراین اگر ملاک‌ها با اختلال سلوک

-
- 1- Davis
 - 2- Booker, Gallaher, Unger, Ritt-Olson, & Johnson
 - 3- Suris & Parera
 - 4- Card, Stucky, Sawalani, & Little
 - 5- International Classification of Diseases

مطابقت کنند، در چنین موردی تشخیص اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مطرح نمی‌شود (ایشو^۱، ۲۰۰۳). اگرچه DSM-IV تشخیص اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را در حضور نشانه‌های کامل اختلال سلوک منتفی می‌داند، اما در ادبیات پژوهشی مشخص نشده است که چه موقع این دو اختلال می‌توانند با هم بروز کنند (استینر و رمسینگ^۲، ۲۰۰۷).

هم‌چنین از نتایج پژوهش حاضر این بود که بین دو گروه از پسران دارای اضافه وزن با وزن طبیعی از لحاظ مشکلات ADHD تفاوت معنی‌داری دیده نشد که این یافته نیز با برخی پژوهش‌ها هماهنگ (ماستیلو و همکاران، ۲۰۰۳؛ بریت و همکاران، ۲۰۰۷؛ کارتز و همکاران، ۲۰۰۷؛ و دوبنو-رز و همکاران، ۲۰۱۲) و با برخی مطالعات ناهماهنگ است (آگرانات-میجد و همکاران، ۲۰۰۵؛ کرتز و همکاران، ۲۰۰۶؛ و کرتز و ونسینزی، ۲۰۱۲). علی‌رغم این‌که برخی از مطالعات نشان داده‌اند که کودکان دارای اضافه وزن معمولاً سریع‌تر غذا می‌خورند، کمتر غذا را می‌جویند و کمتر می‌توانند از خوردن غذا بازداری کنند و همین خصوصیات در کودکان دارای ADHD به خاطر تکانشگری و عدم کنترل تکانه‌ها نیز وجود دارد (بیرت و همکاران، ۲۰۰۷)؛ این پژوهش نتایج دیگری به دست آورد. به‌طور کلی در مورد ADHD با اضافه وزن نتایج مطالعات متناقض است. بنابراین به نظر می‌رسد در این خصوص باید به متغیرها و عوامل دیگر از جمله شرایط خانوادگی، سبک‌های والدگری، تغییرات بیولوژیکی و عصبی مغز، الگوهای خواب کودک و موارد دیگر نیز توجه کرد و نیاز به مطالعات گسترده‌تر در این خصوص ضروری است.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله این‌که پژوهش حاضر فقط روی دانش‌آموزان دبستانی پسر شهر تهران صورت گرفت، بنابراین نتایج قابل تعمیم به دانش‌آموزان دیگر مقاطع و شهرها نیست. از طرفی همان‌طور که آشنباخ و همکاران (۱۹۸۷) گزارش کردند، پرسشنامه برای تعیین مشکلات رفتاری کودکان قابل اعتماد است اما بهتر است از نظر متخصص و روانپزشک نیز بهره برد. هم‌چنین با توجه به پیشینه مطالعاتی و نتایج پژوهش حاضر عوامل دیگری به غیر از اضافه وزن در مشکلات رفتاری موثر است که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. بنابراین پیشنهاد می‌شود با احتساب محدودیت‌های ذکر

1- Essu

2- Steiner & Remsing

شده، مطالعات طولی و آینده‌نگر جهت بررسی و شناخت هرچه بیشتر عوامل مؤثر طراحی گردد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از نمایه توده چربی بدن^۱ (FMI) استفاده گردد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر از آنجایی که بین مشکلات رفتاری و بالانحص مشکلات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای بین دو گروه از پسران دارای اضافه وزن با پسران دارای وزن طبیعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، آگاهی دادن و تغییر نگرش والدین در پیشگیری از بروز چاقی و اضافه وزن و در نهایت مشکلات رفتاری ضروری به نظر می‌رسد. همان‌طور که مطالعات دیگر در این حوزه نشان داده است انحراف از وزن طبیعی با رفتارهای نامناسب و پرخطر مرتبط است. البته مسائل روانی-اجتماعی دیگری نیز در این موضوع سهیم هستند و باید آن‌ها را نیز لحاظ کرد، در هر صورت مداخلات زود هنگام و برنامه‌ریزی‌های مناسب در این زمینه در دوران کودکی بسیار مؤثر و ضروری است.

تشکر و قدردانی

از تمامی والدین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی منطقه شش تهران که در این پژوهش شرکت کردند، مسئولین و مدیران این مدارس و کلیه عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند کمال تشکر را داریم.

منابع

فارسی

آگاه هریس، مژگان؛ علی‌پور، احمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ موسوی، الهام؛ و نوحی، شهناز

1- Fat Mass Index

- (۱۳۹۱). مقایسه تأثیر گروه درمانگری مبتنی بر اصلاح سبک زندگی و گروه درمانگری شناختی در مدیریت وزن و ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای اضافه وزن. *روان‌شناسی سلامت*، ۱، ۱۶-۱.
- بیرامی، منصور (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران پسران دبستانی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده بر سلامت روانی و شیوه‌های تربیتی آن‌ها. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۱۱ (۲)، ۱۱۴-۱۰۵.
- مینایی، اصغر (۱۳۸۴). *هنجاریابی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشناباخ*. تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.
- مینایی، اصغر (۱۳۸۶). بررسی ساختار عاملی سؤالات سندرمی سیاهه رفتاری کودک (CBCL) با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۲ (۷)، ۱۱۴-۹۳.
- مرادی مطلق، مونا؛ عابدین، علی‌رضا؛ و حیدری، محمود (۱۳۸۸). تعیین نشانه‌های ترسیم خود در نقاشی سه گروه از کودکان دارای مشکلات درونی‌سازی شده، برونی‌سازی شده و بهنجار. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱ (۱)، ۳۴-۱۹.
- میرمیران، پروین؛ میربلوکی، محمدرضا؛ محمدی نصرآبادی، فاطمه؛ و عزیزی، فریدون (۱۳۸۲). شیوع لاغری، اضافه وزن و چاقی در نوجوانان تهرانی بین سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۷۷: مطالعه قند و لیپید تهران. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۵ (۴)، ۳۷۷-۳۷۱.

لاتین

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C.T. (1987). Child adolescent behavioral and emotional problems implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull*, 101, 213-232.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age: Form & profiles*. Burlington VT: University of Vermont.
- Adams, T., & Rini, A. (2007). Predicting 1-year change in body mass index among college students. *Journal of American College Health*, 55 (6), 361-365.
- Agranat-Meged, A. N., Deitcher, C., Goldzweig, G., Leibenson, L., Stein, M., & Galili-Weisstub, E. (2005). Childhood obesity and

- attention deficit/hyperactivity disorder: A newly described comorbidity in obese hospitalized children. *Int J Eat Disord*, 37, 357-359.
- Braet, C., Claus, L., Verbeken, S., & Van Vlierberghe, L. (2007). Impulsivity in overweight children. *Eur Child Adolesc Psychiatr*, 16, 473-483.
- Berg, I. M., Simonsson, B., & Ringqvist, I. (2005). Social background, aspects of lifestyle, body image, relations, school situation, and somatic and psychological symptoms in obese and overweight 15-year-old boys in a country in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23 (2), 95-101.
- Booker, C. L., Gallaher, P., Unger, J. B., Ritt-Olson, A., & Johnson, C. A. (2004). Stressful life events, smoking behavior, and intentions to smoke among a multi ethnic sample of sixth graders. *Ethnicity & Health*, 9 (4), 369-397.
- Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M., & Little, T. D. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, inter correlations, and relations to maladjustment. *Child Development*, 79 (5): 1185-1229.
- Cawley, J., Markowitz, S., & Tauras, J. (2004). Lighting up and slimming down: The effects of body weight and cigarette prices on adolescent smoking initiation. *Journal of Health Economics*, 23 (2), 293-311.
- Cortese, S., Isnard, P., Frelut, M. L., Michel, G., Quantin, L., Guedeney, A., Falissard, B., Acquaviva, E., Dalla Bernardina, B., & Mouren, M. C. (2007). Association between symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and bulimic behaviors in a clinical sample of severely obese adolescents. *Int J Obes (Lond)*, 31, 340-346.
- Cortese, S., & Vincenzi, B. (2012). Obesity and ADHD: Clinical and neurobiological implications. *Curr Top Behav Neurosci*, 9, 199-218.
- Davis, C. (2010). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Associations with overeating and obesity. *Current Psychiatry Reports*, 12 (5), 389-395.
- Dubnov-Raz, G., Perry, A., & Berger, I. (2011). Body mass index of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Neurol*, 26, 302-308.
- Dolan, M. C., & Rennie, C. E. (2007). The relationship between psychopathic traits measured by the youth psychopathic trait inventory and psychopathology in a UK sample of conduct disordered boys. *Journal of Adolescence*, 30 (4), 601-611.
- Erhart, M., Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Sawitzky-Rose, B., Hölling, H., & Ravens-Sieberer U. (2012). Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and

- overweight in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21 (1), 39-49.
- Essu, C. A. (2003). *Conduct and oppositional defiant disorder epidemiology, risk factors, and treatment*. Lawrence Elbaum Association, Inc.
- Farhat, T., Iannotti, R. J., & Simons-Morton, B. G. (2010). Overweight, obesity, youth, and health-risk behaviors. *Am J Prev Med*, 38 (3), 258-267.
- Griffiths, L. J., Wolke, D., Page, A. S., & Horwood, J. P. (2006). Obesity and bullying: Different effects for boys and girls. *Archives of Disease in Childhood*, 91 (2), 121-125.
- Hasler, G., Pine, D. S., Gamma, A., Milos, G., Ajdacic, V., Eich, D., Rossler, W., & Angst, J. (2004). The associations between psychopathology and being overweight: A 20-year prospective study. *Psychological Medicine*, 34 (6), 1047-1057.
- Hebebrand, J., & Herpertz-Dahlmann, B. (2009). Psychological and psychiatric aspects of pediatric obesity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18, 49-65.
- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113 (5), 1187-1194.
- Jenson, W. R., Olympia, D., Farley, M., & Clark, E. (2004). Positive psychology and externalizing students in a sea of negativity. *Psychology In The School*, 41 (1), 67-79.
- Lowry, R., Galuska, D. A., Fulton, J. E., Wechsler, H., & Kann, L. (2002). Weight management goals and practices among U.S. high school students: Associations with physical activity, diet, and smoking. *Journal of Adolescent Health*, 31 (2), 133-144.
- Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Obesity and psychiatric disorder: Developmental trajectories. *Pediatrics*, 111, 851-859.
- McLaren, L., Beck, C. A., Patten, S. B., Fick, G. H., & Adair, C. E. (2008). The relationship between body mass index and mental health-A population-based study of the effects of the definition of mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (1), 63-71.
- Mamun, A. A., O'Callaghan, M. J., Cramb, S. M., Najman, J. M., Williams, G. M., & Bor, W. (2009). Childhood behavioral problems predict young adults' BMI and obesity: Evidence from a birth cohort study. *Obesity (Silver Spring)*, 17 (4), 761-6.
- Mamerstein, N. R. (2007). Relationship between anxiety and externalizing disorder in youth: The influences of age and gender. *Journal of Affective Disorders*, 21, 420-32.

- Mulvaney, S. A., Kaemingk, K. L., Goodwin, J. L., & Quan, S. F. (2006). Parent-rated behavior problems associated with overweight before and after controlling for sleep disorder breathing. *BMC Pediatrics*, 6, 34.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2010). Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *Journal of the American Medical Association*, 307 (5), 483-490.
- Pine, D. S., Cohen, P., Brook, J., & Coplan, J. D. (1997). Psychiatric symptoms in adolescence as predictors of obesity in early adulthood: A longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 87, 1303-1310.
- Pott, W., Albayrak, O., Hinney, A., Hebebrand, J., & Pauli-Pott, U. (2013). Successful treatment with atomoxetine of an adolescent boy with attention deficit/ hyperactivity disorder, extreme obesity, and reduced melanocortin4 receptor function. *Obesity Facts*, 6, 109-115.
- Pasch, K. E., Nelson, M. C., Lytle, L. A., Moe, S. G., & Perry, C. L. (2008). Adoption of risk-related factors through early adolescence: associations with weight status and implications for causal mechanisms. *Journal of Adolescent Health*, 43 (4), 387-393.
- Richard, R., Barbara, M., Andrew, P., Jane, C., & Adrian, A. (2002). The relation between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Finding from the great smoky mountains study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 39-50.
- Strauss, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105 (1), 15.
- Suris, J. C., & Parera, N. (2005). Sex, drugs and chronic illness: Health behaviours among chronically ill youth. *European Journal of Public Health*, 15 (5), 484-488.
- Steiner, H., & Remsing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (1), 126-41.
- Youngstrom, E., Youngstrom, J. K., & Starr, M. (2005). Bipolar diagnoses in community mental health: Achenbach child behavior checklist profiles and patterns of co morbidity. *Biological Psychiatry*, 58 (7), 569-575.
- Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., & Ramey, C. (2008). Negative peer perceptions of obese children in the classroom environment. *International Journal of Obesity*, 16 (4), 755-762.
- Zeng, G. (2007). *An exploratory investigation of the internalizing problem behavior among children from kindergarten to third grade*. A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for PhD degree, University of Pennsylvania.