

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

*مهناز علی‌اکبری دهکردی

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۲/۱۱/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۱۲)

The Comparison of Externalized Behavioral Problems in Overweighting and Normal Boys: with Emphasis on Conduct Disorder

*Mahnaz Aliakbari Dehkourdi

Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran.

(Received: Jan. 24, 2014 - Accepted: Feb. 01, 2016)

Abstract

Objective: Investigations imply that many of children and adolescents have kinds of behavioral problems and disorders. In this case, externalized problems have been distinguished as central problems. On the one hand overweighting prevalence has strongly increased in this age range. Therefore, the aim of this study is the comparison of externalized behavioral problems in overweighting and normal children. **Method:** Statistical population consist of all Tehran city elementary students that were selected by cluster sampling; in the way that among education and training sections, section 6 was selected and among schools in this section two male school and 220 students were selected as research sample. Children Behavioral Check List (CBCL) was research tool. **Results:** Results of multivariate Variance (MANOVA) showed that behavioral problems have significant difference in overweighting and normal children ($p < 0/05$) and this difference was observed in Conduct and Oppositional Defiant problems, whereas there wasn't significant difference between Attention Deficiency-Hyperactivity Disorders and Oppositional Defiant problems ($p > 0/05$). **Conclusion:** According to the results of this research awareness and parents attitude changing is needed in prevention of overweighting and obesity and finally behavioral problems. As deviation of normal weight is related to risky and inappropriate behaviors, on-time interventions and appropriate planning are necessary and effective at childhood sensitive period.

Keywords: Externalized Behavioral Problems, Overweighting, Children.

چکیده

مقدمه: نظر به فراوانی بیماران مبتلا به سردرد و تأثیر آن در عملکرد، خلق‌وخو و اثر روزافزون آن در سلامت جسمی و کیفیت زندگی و زبان‌های روانی و اجتماعی؛ هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سردردهای میگرنی و سالم است. روش: 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 به‌عنوان محور اختلالات رفتاری شناخته‌شده است. از طرفی شیوع اضافه‌وزن در این رده سنی نیز افزایش پیدا کرده است. لذا هدف این مطالعه مقایسه اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده در پسران دارای اضافه‌وزن با پسران دارای وزن طبیعی است. روش بررسی: جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهر تهران است که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، منطقه شش انتخاب و در بین مدارس موجود در این منطقه دو مدرسه پسرانه و به‌طورکلی ۲۲۰ دانش‌آموز به‌عنوان نمونه موردپژوهش انتخاب شدند. از چک‌لیست رفتاری کودکان (CBCL) به‌عنوان ابزار در این مطالعه استفاده گردید. یافته‌ها: نتایج با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که به‌طورکلی اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده بین پسران دارای اضافه‌وزن با پسران دارای وزن طبیعی در سطح $P < 0/05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این تفاوت در اختلال سلوک و اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای دیده شد درحالی‌که بین این دو گروه در اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه تفاوت معنی‌داری دیده نشد ($P < 0/05$). نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر آگاهی دادن و تغییر نگرش والدین در پیشگیری از بروز چاقی و اضافه‌وزن و درنهایت مشکلات رفتاری ضروری به نظر می‌رسد و از آنجایی‌که انحراف از وزن طبیعی با رفتارهای نامناسب و پرخطر مرتبط است مداخلات زودهنگام و برنامه‌ریزی‌های مناسب در این زمینه در دوران حساس کودکی بسیار مؤثر و ضروری است.

واژگان کلیدی: اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده، اضافه‌وزن، پسران.

*نویسنده مسئول: مهناز علی‌اکبری دهکردی

Email: m_akbari@pnu.ac.ir

*Corresponding Author: Mahnaz Aliakbari Dehkourdi

مقدمه

این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر مشکلات دیگری همچون اختلال یادگیری، اختلال خلقی، اضطراب و سوء‌مصرف مواد (مامرشتین، ۲۰۰۷)، اختلال شخصیت ضداجتماعی (ریچارد و همکاران، ۲۰۰۲) هستند. همچنین ناسازگاری‌های شغلی و خانوادگی و زناشویی نیز از مسائل دیگری است که مطرح می‌شود.

پیشینه پژوهشی حاکی از ارتباط بین اضافه‌وزن با مشکلات رفتاری است (ارهات و همکاران، ۲۰۰۹؛ مامون و همکاران، ۲۰۰۹؛ فرهنگ، اینوتی و سیمونز - مورتون، ۲۰۱۰؛ پات، آلبارات، هینی، هبراند و پاولی - پات، ۲۰۱۳). اضافه‌وزن 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 به‌شدت افزایش یافته است (اوگدن، کاررول، کیت و فلیگال، ۲۰۱۲). در ایران نیز میرمیران، میریلوکی، محمدی نصرآبادی و عزیزی (۱۳۸۲)، طی مطالعه‌ای گزارش کردند که شیوع وزن غیرطبیعی اعم از لاغری، اضافه‌وزن و چاقی در نوجوانان تهرانی بالا بوده است به‌طوری‌که ۱۲/۶٪ نوجوانان تهرانی دارای اضافه‌وزن هستند که از این تعداد ۱۱/۸٪ پسر و ۱۳/۳٪ دختر بودند. به‌طورکلی تحقیقات اپیدمیولوژیک نشان داده که نرخ آسیب‌های روانی در کودکان دارای اضافه‌وزن و چاق بیشتر بوده است (هبه برنند و هرپرترز - دهلمان، ۲۰۰۹). مامون و همکاران (۲۰۱۲)، طی مطالعه طولی گزارش کرده‌اند که مشکلات رفتاری

پژوهش‌ها نشان داده است که ۱۴ تا ۲۲ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلالات رفتاری و هیجانی دست به گریبان‌اند (زنگ، ۲۰۰۷). آشنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱)، معتقدند که اختلالات رفتاری دوران کودکی را می‌توان عمدتاً در دو بعد گسترده طبقه‌بندی کرد که عبارت‌اند از اختلالات درونی‌سازی شده^۱ و اختلالات برونی‌سازی شده^۲. جنسون، کریج، بویسی و پیکت (۲۰۰۴)، رفتارهای برونی‌سازی 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 بحث‌وجدل، شکستن قوانین و عدم اطاعت که باعث می‌شود افراد دیگری غیر از خود کودک مورد آزار قرار گیرند. درواقع این مشکلات منعکس‌کننده تعارض‌های کودک با محیط پیرامونش است (مرادی مطلق، عابدین و حیدری، ۱۳۸۸). اختلالات برونی‌سازی شده از مقاوم‌ترین اختلالات دوران کودکی بوده و به‌عنوان محور مشکلات رفتاری کودکان شناخته شده‌اند (به نقل از بیرامی، ۱۳۸۸). این اختلالات در قالب سه اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه (ADHD)^۳، اختلال سلوک (CD)^۴ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)^۵ در DSM-IV ارائه شده است (ریچارد، باربارا، آندرو، جن و آدرین، ۲۰۰۲). پیش‌آگهی

1. Internalizing disorders
2. Externalized disorders
3. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
4. Conduct Disorder
5. Oppositional Defiant Disorder

هریس، علی پور، 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، کی ایمینگ، گودوین و کوآن، ۲۰۰۶)، بنابراین مطالعات در این دوران به جهت شناخت عوامل مؤثر، پیشگیری و مداخلات مربوطه از اهمیت زیادی برخوردار است. همچنین بیشتر مطالعات صورت گرفته در ایران به شیوع اضافه‌وزن و چاقی پرداخته و اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده کمتر مورد توجه قرار گرفته است، همچنین در نتایج مطالعات تناقضاتی دیده می‌شود؛ لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه مشکلات برونی‌سازی شده در پسران دارای اضافه‌وزن با پسران دارای وزن طبیعی صورت گرفته است.

روش

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 دوران کودکی و نوجوانی، اضافه‌وزن را در بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند. مطالعات اخیر نشان داده است که بین اضافه‌وزن و ADHD رابطه وجود دارد (آگرانان - میجد و همکاران، ۲۰۰۵؛ کرتز و همکاران، ۲۰۰۶؛ کرتز و مورکیلو - پنالور، ۲۰۱۰؛ کرتز و ونسینزی، ۲۰۱۲). البته شواهد بر ارتباط بین اضافه‌وزن و ADHD به‌طور کامل سازگار نیست و بعضی مطالعات عدم ارتباط بین این دو متغیر را نیز گزارش کرده‌اند (ماستیلو و همکاران، ۲۰۰۳؛ بریت، کلوز، وربیکن و ولیبرج، ۲۰۰۷؛ کارتز و همکاران، ۲۰۰۷؛ دوبنو - رز، پری و برگر، ۲۰۱۲). پینه، کوهن، بروک و کاپلان (۱۹۹۷)، طی مطالعه‌ای گزارش کردند که اختلال سلوک با افزایش وزن در ارتباط است. همچنین مطالعات دیگری ارتباط مثبت بین اضافه‌وزن با سیگار کشیدن (کاولی، مارکوئیتز و تراس، ۲۰۰۴؛ لاری، گلاسکا، فولتون، وچسلر و کان، ۲۰۰۲)، نوشیدن الکل (استراس، ۲۰۰۰؛ پاچ، نلسون، لایتل، مو و پری، ۲۰۰۸)، مصرف مواد مخدر (برگ، سیمونسون و رینکوئیست، ۲۰۰۵؛ آدمز و رینی، ۲۰۰۷؛ مک لارن، بک، پترن، فیک و ادیر، ۲۰۰۸)، زورگیری و قلدری (جانسن و همکاران، ۲۰۰۴؛ گریفیت، ولک، پیچ و هاروود، ۲۰۰۶) و درگیری و خشونت (هسلر و همکاران، ۲۰۰۴؛ پاچ و همکاران، ۲۰۰۸؛ زلر، ریتز - پارتیل و رامی، ۲۰۰۸) در نوجوانان را نشان داده‌اند. به‌طورکلی 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

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 ... می‌شود و بخش دوم نیز شامل درجه‌بندی مشکلات عاطفی - رفتاری کودک است. در این قسمت ۱۱۳ ماده وجود دارد که پاسخ‌دهنده بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته، هر ماده را به صورت صفر، یک و دو (نادرست تا حدی درست و کاملاً درست) درجه‌بندی می‌کند. این مقیاس دو گروه از مشکلات رفتاری کودکان را بررسی می‌کند. یکی از این گروه‌بندی‌ها مشکلات درونی سازی شده نام دارد و سه نشانگان مشکلات عاطفی (افسردگی)، اضطرابی و شکایات جسمانی را در برمی‌گیرد و گروه‌بندی دوم که برونی‌سازی شده نامیده می‌شود، سه نشانگان بیش‌فعالی - کمبود توجه، بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک را در برمی‌گیرد. 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

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 (BMI)^۱ محاسبه شد و دانش‌آموزانی که بیماری جسمانی خاصی نداشتند، همچنین از دارویی که در وزن مؤثر باشد، استفاده نمی‌کردند به‌عنوان شرکت‌کننده انتخاب شدند. همچنین 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 اضافه‌وزن 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٪ و هم در مادران با فراوانی درصدی ۴۲/۸٪ است.

در این پژوهش جهت بررسی مشکلات رفتاری از چکلیست رفتاری کودکان (CBCL)^۲ استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۹۱ توسط آشنباخ برای تعیین مشکلات رفتاری کودکان

1. Body Mass Index
2. Child Behavior Checklist

نیز معناداری همه ضرایب همبستگی در سطح بین دامنه ۰/۹۷ تا ۰/۳۸ مشخص کرده است (مینایی، ۱۳۸۴). بعد از هنجارسازی ایرانی، این پرسشنامه در بسیاری از پژوهش‌های داخلی مورد استفاده قرار گرفت که نشان از معتبر بودن این ابزار است. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش توسط برنامه نرم‌افزاری SPSS نسخه نوزدهم صورت گرفت. 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 شماره ۱ ارائه شده است.

و رنی، ۲۰۰۷؛ یانگستروم، یانگستروم و استار، 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 خود گزارش دهی 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 از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ برای CBCL گزارش شده است. ضریب همسانی درونی برای خرده مقیاس مشکلات بیش‌فعالی 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 زیر مقیاس‌های CBCL بین ۰/۸۷ تا ۰/۷۳ دست یافتند. اعتبار آزمون - بازآزمون (بین ۵ تا ۸ هفته)

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

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

مشکلات برونی‌سازی شده نسبت به گروه دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی به دست آوردند.

همان‌گونه که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن نمرات بیشتری در

مهناز علی اکبری دهکردی: مقایسه اختلالات رفتاری برونی سازی شده در پسران دارای اضافه وزن با پسران دارای وزن طبیعی ...

چند متغیری استفاده شد. بر اساس تحلیل واریانس چند متغیری ($Wilks = 0/953$) و $Lambda$ و $F = 4/08$ در سطح معنی داری $P = 0/003$ می توان بیان کرد که این بررسی از لحاظ آماری در سطح $P < 0/05$ معنی دار است. جهت پی بردن به اینکه کدام یک از مشکلات برونی سازی شده در گروه دانش آموزان پسر دارای اضافه وزن با دانش آموزان پسر دارای وزن طبیعی تفاوت معنی دار دارند، از تحلیل واریانس یک راهه در متن MANOVA استفاده گردید که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۲ درج شده است.

به این ترتیب میانگین مشکلات برونی سازی شده به طور کلی در دانش آموزان دارای اضافه وزن ($5/74$) نسبت به گروه دارای وزن طبیعی ($3/9$) بیشتر است. همچنین در مشکلات بیش فعالی کمبود توجه، بی اعتنایی مقابله ای و سلوک میانگین نمرات به دست آمده در گروه دانش آموزان دارای اضافه وزن از دانش آموزان دارای وزن طبیعی بیشتر است.

همچنین جهت آزمون هدف پژوهش که عبارت از مقایسه مشکلات برونی سازی شده در دانش آموزان دارای اضافه وزن با دانش آموزان دارای وزن طبیعی بود، از روش تحلیل واریانس

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

متغیر وابسته	میانگین مجزورات	F	sig	اندازه اثر	توان آزمون
بیش فعالی کمبود توجه	۷/۳۸	۱/۵۶	۰/۲۱	۰/۰۰۷	۰/۲۳۸
بی اعتنایی مقابله ای	۱۸/۷	۶/۱	۰/۰۱۴	۰/۰۲	۰/۶۹۲
سلوک	۸۸/۷۱	۶/۷۷	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۷۳۶
کل مشکلات برونی سازی شده	۱۶۸/۶۵	۱۱/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۹۱

همچنین نتایج حاصل از جدول شماره ۲ نشان می دهد که مشکلات سلوک و بی اعتنایی مقابله ای در سطح $p < 0/05$ نیز تفاوت معنی دار است در حالی که بین دو گروه از دانش آموزان دارای اضافه وزن با دانش آموزان دارای وزن طبیعی از لحاظ متغیر بیش فعالی - کمبود توجه تفاوت معنی داری بین دو گروه دیده نمی شود.

نتیجه گیری و بحث

همان طور که بیان شد هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال بود که آیا اختلالات برونی سازی شده

بر اساس جدول شماره ۲ نمرات هر کدام از متغیرها به شرح زیر است: مشکلات بیش فعالی - کمبود توجه ($F = 1/56$ و $p = 0/21$)، مشکلات بی اعتنایی مقابله ای ($F = 6/1$ و $p = 0/014$)، مشکلات سلوک ($F = 6/77$ و $p = 0/01$) و کل مشکلات برونی سازی شده ($F = 11/01$ و $p = 0/001$).

همان طور که جدول شماره ۲ نشان می دهد به طور کلی مشکلات برونی سازی شده در دو گروه دانش آموزان دارای اضافه وزن با دانش آموزان دارای وزن طبیعی تفاوت معنی دار وجود دارد.

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 مواد مخدر را یک هنجار در بین خود تلقی می‌کنند چراکه 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 اضافه‌وزن هستند کمتر از سوی همسالانشان موردپذیرش واقع می‌شوند و این باعث تحقیر و سرخوردگی آن‌ها می‌شود، بنابراین برای جبران این کمبود به رفتارهای نامناسب رو می‌آورند (بوکر، گالاهر، یوگر، ریت - اولسون و جانسون، ۲۰۰۴). از جمله می‌توان به مطالعه سوریس (۲۰۰۵)، اشاره‌ای داشت که گزارش کرده که دخترانی که به بیماری‌های مزمن مبتلا هستند بیشتر به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند. همچنین رفتارهای پرخاشگرانه بیشتر در پسران دارای اضافه‌وزن دیده می‌شود و مطالعات پیشین نشان داده‌اند که پسران به احتمال زیاد تری مشکلات برونی‌سازی شده را نسبت به دختران نشان می‌دهند (کارد، استاکی، سالوانی و لیتل، 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 اگرچه به‌عنوان دو اختلال مجزا مطرح می‌شوند اما با

شامل اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک در بین پسران دارای اضافه‌وزن 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 ($P < 0.05$). این نتایج با برخی پژوهش‌های پیشین هماهنگ است (پینه و همکاران، ۱۹۹۷؛ کاولی و همکاران، ۲۰۰۴؛ لاری و همکاران، ۲۰۰۲؛ جانسن و همکاران، ۲۰۰۴، هسلر و همکاران، ۲۰۰۴، پاچ و همکاران، ۲۰۰۸؛ زلر و همکاران، ۲۰۰۸). از جمله می‌توان به مطالعه فرهت و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد که طی مطالعه‌ای گزارش کردند که اضافه‌وزن و چاقی ارتباط معنی‌داری با مصرف مواد مخدر در نوجوانان دارد؛ همچنین نتایج نشان داد که فراوانی رفتارهای خشونت‌آمیز، پرخاشگری و قلدری در بین پسران نوجوان دارای اضافه‌وزن بیشتر است. در تبیین نتیجه پژوهش حاضر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که طبق مطالعات صورت گرفته انحراف از وزن ایدئال با افزایش مشارکت در رفتارهای نامناسب و پرخطر همراه است (فرهت و همکاران، ۲۰۱۰). البته نقش همسالان نیز بسیار بااهمیت است. معمولاً بچه‌ها 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 به‌عنوان وسیله‌ای برای باهم بودن و لذت بیشتر تلقی می‌کنند (داویس، ۲۰۱۰).

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، ... 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 و بنابراین نتایج قابل‌تعمیم به دانش‌آموزان دیگر مقاطع و شهرها نیست. از طرفی همان‌طور که آشنباخ و همکاران (۱۹۸۷)، گزارش کردند، پرسشنامه برای تعیین مشکلات رفتاری کودکان قابل‌اعتماد است اما بهتر است از نظر متخصص و روان‌پزشک نیز بهره‌برد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود با احتساب محدودیت‌های ذکر 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 (FMI)^۲ استفاده گردد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر از آنجایی که

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^۱ (ICD) این اختلال را شکل خفیف‌تری از اختلال سلوک می‌داند و به‌جای در نظر گرفتن آن به‌عنوان یک اختلال مجزا، آن را به‌عنوان گونه‌ای از اختلال سلوک در نظر می‌گیرد، بنابراین اگر ملاک‌ها با اختلال سلوک مطابقت کنند، در چنین موردی تشخیص اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مطرح نمی‌شود (ایسو، 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 باهم بروز کنند (استینر و رمسینگ، 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؛ دوبنو - رز و همکاران، ۲۰۱۲) و با برخی مطالعات ناهماهنگ است (آگرانات - میجد و همکاران، ۲۰۰۵؛ کرتز و همکاران، ۲۰۰۶؛ کرتز و مورکیلو - پنلور، ۲۰۱۰؛ کرتز و ونسینزی، ۲۰۱۲). علی‌رغم اینکه برخی از مطالعات نشان

2. Fat Mass Index

1. International Classification of Diseases

کرد، در هر صورت مداخلات زودهنگام 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.

بین مشکلات رفتاری و بالأخص مشکلات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای بین دو گروه از پسران دارای اضافه‌وزن با پسران دارای وزن طبیعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، آگاهی دادن و تغییر نگرش والدین در پیشگیری از بروز چاقی و اضافه‌وزن 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 سهم هستند و باید آن‌ها را نیز لحاظ

منابع

بر تجربه آشناباخ. تهران، انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.

مرادی مطلق، م؛ عابدین، ع و حیدری، م (۱۳۸۸). «تعیین نشانه‌های ترسیم خود در نقاشی سه گروه از کودکان دارای مشکلات درونی سازی شده، برونی‌سازی شده و بهنجار». مجله روانشناسی بالینی، ۱(۱): ۱۹-۳۴.

میرمیران، پ؛ میربلوکی، م. ر؛ محمدی نصرآبادی، ف و عزیزی، ف (۱۳۸۲). «شیوع لاغری، اضافه‌وزن و چاقی در نوجوانان تهرانی بین سال‌های ۱۳۷۷-۸۰: مطالعه قند و لیپید تهران». مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۵(۴): ۳۷۱-۳۷۷.

آگاه هریس، م؛ علی پور، ا؛ جان بزرگی، م؛ موسوی، ا و نوحی، ش (۱۳۹۱). «مقایسه تأثیر گروه درمانگری مبتنی بر اصلاح سبک زندگی و گروه درمانگری شناختی در مدیریت وزن و ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای اضافه‌وزن». روانشناسی سلامت، ۱: ۱-۱۶.

بیرامی، م (۱۳۸۸). «تأثیر آموزش مهارت‌های فرزند پروری به مادران پسران دبستانی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده بر سلامت روانی و شیوه‌های تربیتی آن‌ها». فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۱۱(۲): ۱۰۵-۱۱۴.

میانی، ا (۱۳۸۴). هنجاریابی نظام سنجش مبتنی

Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. & Howell و 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 Psychiatry*; 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 county 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 multiethnic 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, intercorrelations, 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. (2007). "Dalla Bernardina B, Mouren MC: 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.
- Colombo, O., Villani, S., Pinelli, G., Trentani, C., Baldi, M., Tomarchio, O. & et al. (2008). "To treat or not to treat: comparison of different criteria used to determine whether weight loss is to be recommended". *Nutr J*; 7: 5-11.
- Davis, C. (2010). "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: associations with overeating and obesity". *Curr Psychiatr Rep* 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 Erlbaum 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. & et al. (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 und 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* 2004; 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". *J Anxiety Disord*; 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". *Am J Public Health*; 87: 1303-1310.
- Pott, W., Albayrak, Ö., 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 Melanocortin 4 Receptor Function". *Obes 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 maintains study". *J Child Psychol Psychiatry*; 43: 39-50.
- Strauss, R.S. (2000). "Childhood obesity and self-esteem". *Pediatrics*; 105(1): art-e15.
- 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.
- Van Egmond-Froehlich, A., Bullinger, M., Holl, R.W., Hoffmeister, U., Mann, R., Goldapp, C., Westenhoefer, J., Ravens-Sieberer, U. & de Zwaan, M. (2012). "The hyperactivity/ inattention subscale of the Strengths and Difficulties Questionnaire predicts short- and long-term weight loss in overweight children and adolescents treated as outpatients". *Obes Facts*; 5(6):856-68.
- Wells, J.C. (2001). "A critique of the expression of paediatric body composition data". *Arch Dis Child*; 85(1): 67-72.
- Youngstrom, E., Youngstrom, J. K., & Starr, M. (2005). "Bipolar diagnoses in community mental health: Achenbach Child Behavior Checklist Profiles and Patterns of Comorbidity". *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". *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.