

مقایسه اختلالات رفتاری برونی سازی شده در پسران دارای اضافه وزن با پسران

دارای وزن طبیعی: با تأکید بر اختلال سلوک

مهناز علی اکبری دهکردی*

* دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران جنوب، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۰۴
تجدید نظر: ۱۳۹۴/۰۵/۳۱
پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱۲

هدف: نظر به فراوانی بیماران مبتلا به سردرد و تأثیر آن در عملکرد، خلق و خو 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.

کلیدواژه‌ها:

اختلالات رفتاری برونی سازی شده، اضافه وزن، پسران.

روش: مطالعات حاکی از این است که بسیاری از کودکان و نوجوانان به انواع مشکلات و اختلالات رفتاری مبتلا هستند. در این میان اختلالات برونی سازی 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 برونی سازی شده در پسران دارای اضافه وزن با پسران دارای وزن طبیعی است.

روش بررسی: جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان 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 به طور کلی ۲۲۰ دانش آموز به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب شدند. از چک لیست رفتاری کودکان (CBCL) به عنوان ابزار در این مطالعه استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که به طور کلی اختلالات رفتاری برونی سازی شده بین پسران دارای اضافه وزن با پسران دارای وزن طبیعی در سطح $P < 0/05$ تفاوت معنی داری وجود دارد و این تفاوت در اختلال سلوک و اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای دیده شد در حالی که بین این دو گروه در اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه تفاوت معنی داری دیده نشد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر آگاهی دادن 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.

۱. نشانی نویسنده مسئول:

m_akbari@pnu.ac.ir

The comparison of externalized behavioral problems in overweighting and normal boys: With emphasis on Conduct disorder

*M. Aliakbari Dehkordi

** Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor university, Iran.

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.

Article Information:

History:

Receipt: 2014/01/24

Revise: 2015/08/22

Acceptance: 2016/02/01

Keywords:

externalized behavioral problems, overweighting, children.

اختلال یادگیری، اختلال خلقی، اضطراب و سوء مصرف مواد (مامرشتین، ۲۰۰۷)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی (ریچارد و همکاران، ۲۰۰۲) می باشند. همچنین ناسازگاری های شغلی و خانوادگی و زناشویی نیز از مسائل دیگری است که مطرح می شود.

پیشینه پژوهشی حاکی از ارتباط بین اضافه وزن با مشکلات رفتاری است (ارهاث و همکاران، ۲۰۰۹؛ مامون و همکاران، ۲۰۰۹؛ فرهت، اینوتی و سیمونز - مورتون، ۲۰۱۰، پات، آلبارات، هینی، هبراند و پاولی - پات، 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، کارول، کیت و فلیگال، ۲۰۱۲). در ایران نیز میرمیران، میربلوکی، محمدی نصرآبادی و عزیززی (۱۳۸۲) طی مطالعه ای 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 آسیب های روانی در کودکان دارای اضافه وزن و چاق بیشتر بوده است (هبه برند و هرپرتز - دهلمان، ۲۰۰۹). مامون و همکاران (۲۰۱۲) طی مطالعه طولی گزارش کرده اند که مشکلات رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی، اضافه وزن را در بزرگ سالی پیش بینی می کند. مطالعات اخیر نشان

پژوهش ها نشان داده است که ۱۴ تا ۲۲ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلالات رفتاری و هیجانی دست به گریبان اند (زنگ، ۲۰۰۷). آشنباخ و رسکورا (۲۰۰۱) معتقدند که اختلالات رفتاری دوران کودکی را می توان عمدتاً در دو بعد گسترده طبقه بندی کرد که عبارت اند از اختلالات درونی سازی شده^۱ و اختلالات برونی سازی شده^۲. جنسون، کریچ، بویسی و پیکت (۲۰۰۴) رفتارهای برونی سازی شده را رفتارهایی می دانند 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 می دهند. رفتارهایی چون بحث و جدل، شکستن قوانین و عدم اطاعت که باعث می شود افراد دیگری غیر از خود کودک مورد آزار قرار گیرند. در واقع این مشکلات منعکس کننده تعارض های کودک با محیط پیرامونش است (مرادی مطلق، عابدین و حیدری، ۱۳۸۸). اختلالات برونی سازی شده از مقاوم ترین اختلالات دوران کودکی بوده و به عنوان محور مشکلات رفتاری کودکان شناخته شده اند (به نقل از بیرامی، ۱۳۸۸). این اختلالات در قالب سه اختلال بیش فعالی - کمبود توجه (ADHD)^۳، اختلال سلوک (CD)^۴ و اختلال نافرمانی مقابله ای (ODD)^۵ در DSM-IV ارائه شده است (ریچارد، باربارا، آندرو، جن و آدرین، ۲۰۰۲). پیش آگهی این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال های آینده در معرض خطر مشکلات دیگری همچون

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 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

داده است که بین اضافه‌وزن و ADHD رابطه وجود دارد (آگرنات- 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؛ کارتر 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؛ آدامز 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. 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، علی پور، جان بزرگی، موسوی و نوحی، ۱۳۹۱).

دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی و شکل

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 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

(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 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

2. Child Behavior Checklist

1. Body Mass Index

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.

نتایج

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

آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ برای فهرست رفتاری کودک است. همچنین مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه نیز در سطح رضایت بخشی 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) 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

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

است. همچنین در مشکلات بیش‌فعالی - کمبود توجه، بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک میانگین نمرات به دست آمده در گروه دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن از دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی بیشتر است. همچنین جهت آزمون هدف پژوهش که عبارت از مقایسه مشکلات برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن با دانش‌آموزان دارای

همان‌گونه که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن 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 اضافه‌وزن (۵/۷۴) نسبت به گروه دارای وزن طبیعی (۳/۹) بیشتر

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 یکراهه در متن MANOVA استفاده گردید که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۲ درج شده است.

وزن طبیعی بود، از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. بر اساس تحلیل واریانس چند متغیری ($Wilks\ Lambda = 0/953$ و $F = 4/08$) در سطح معنی داری ($P = 0/003$) می توان بیان کرد که این بررسی از لحاظ آماری در سطح $0/05$ $P <$ معنی دار است.

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

متغیر وابسته	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر	توان آزمون
بیش فعالی کمبود توجه	۷/۳۸	۱/۵۶	۰/۲۱	۰/۰۰۷	۰/۲۳۸
بی‌اعتنایی مقابله‌ای	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

نتیجه‌گیری و بحث

همان‌طور که بیان شد هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال بود که آیا اختلالات برونی سازی شده شامل اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک در بین پسران دارای اضافه وزن با پسران دارای وزن طبیعی تفاوت معنی داری وجود دارد؟ نتایج نشان داد که بین این دو گروه از لحاظ مشکلات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای تفاوت معنی دار 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 می توان به مطالعه فرهنگ و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد که طی مطالعه‌ای گزارش کردند که اضافه وزن و چاقی ارتباط معنی داری با مصرف مواد مخدر در نوجوانان دارد؛

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

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد به‌طور کلی مشکلات برونی سازی شده در دو گروه دانش آموزان دارای اضافه وزن با دانش آموزان دارای وزن طبیعی تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین نتایج حاصل از جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که مشکلات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای 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 نمی‌شود.

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 همسالان نشان 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). 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 همسالان نشان 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 همسالان نشان موردپذیرش واقع می‌شوند و این باعث تحقیر و سرخورگی آن‌ها می‌شود، بنابراین برای جبران این کمبود به رفتارهای نامناسب رو می‌آوردند (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 به‌احتمال 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 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 (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 متفی می‌داند، اما در

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)^۱ استفاده گردد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر از آنجایی که 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 سهیم هستند و باید آن‌ها را نیز لحاظ کرد، در هر صورت مداخلات زودهنگام و برنامه‌ریزی‌های مناسب در این زمینه در دوران کودکی بسیار مؤثر و ضروری است.

تشکر و قدردانی

ادبیات پژوهشی مشخص نشده است که چه موقع این دو اختلال می‌توانند باهم بروز کند (استینر و رمسینگ، ۲۰۰۷).

همچنین از نتایج پژوهش حاضر این بود که بین دو گروه از پسران دارای اضافه‌وزن 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؛ کارتر و همکاران، ۲۰۰۷؛ دوبنو-رز و همکاران، ۲۰۱۲) و با برخی مطالعات ناهماهنگ است (آگران-میجد و همکاران، ۲۰۰۵؛ کرتز و همکاران، ۲۰۰۶؛ کرتز و مورکیلو-پنالور، ۲۰۱۰؛ کرتز و ونسینزی، ۲۰۱۲). علی‌رغم اینکه برخی از مطالعات نشان داده‌اند که کودکان دارای اضافه‌وزن 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 (بریت و همکاران، ۲۰۰۷). این پژوهش نتایج دیگری به دست آورد. به‌طور کلی در مورد ADHD با اضافه‌وزن 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

1. Fat Mass Index

ما را در انجام این مطالعه یاری کردند کمال تشکر را داریم.

از تمامی والدین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی منطقه شش تهران که در این پژوهش شرکت کردند، مسئولین و مدیران این مدارس و کلیه عزیزانی که

منابع

مینایی، اصغر. (۱۳۸۴). هنجاریابی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنابخ. تهران، انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.

آگاه هریس، مژگان؛ علی پور، احمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ موسوی، الهام، نوحی، شهناز. (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.

مرادی مطلق، مونا؛ عابدین، علیرضا؛ حیدری، محمود. (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.

بیرامی، منصور. (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.

میرمیران، پروین؛ میربلوکی، محمدرضا؛ محمدی نصرآبادی، فاطمه؛ عزیزی، فریدون. (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.

References

- 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 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 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. & 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., Westenhofer, 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.