

مقایسه اختلالات رفتاری و پرخاشگری در بین دانش آموزان دختر و پسر

حسین فرهادی^۱، جواد کریمی^۲

^۱ دانش آموخته کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

^۲ استادیار دانشگاه همدان

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اختلالات رفتاری دانش آموزان دختر و پسر مقطع راهنمایی ناحیه یک شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۵ بود.

روش تحقیق استفاده شده در تحقیق حاضر از نوع علی و مقایسه ای بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانش آموزان پسر و دختر مقطع دبیرستان (ناحیه ۲) شهرستان خرم آباد که در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ مشغول به تحصیل بوده و تعداد آنها طبق سالنامه آماری ۴۰۰ نفر بود. روش نمونه گیری سرشماری استفاده شد؛ و کل جامعه به عنوان نمونه انتخاب می شود. ابزار گرد-آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه چک لیست نشانه های اختلالات روانی ۹۰ سوالی دراگوتیس و همکارانش (۱۹۷۳) بود. به منظور آزمون فرضیات از آزمون t مستقل استفاده شد.

یافته های پژوهش نشان داد که بین اختلالات رفتاری و پرخاشگری در بین دانش آموزان دختر و پسر رابطه وجود دارد.

واژه های کلیدی: اختلالات رفتاری، دانش آموزان پسر و دختر، شهر خرم آباد.

۱- مقدمه:

اختلال‌های رفتاری طیف وسیعی از اختلال‌های کودکان و نوجوانان را دربرمی‌گیرد که از رفتارهای پرخاش‌گرانه و تکانشی تا رفتارهای افسرده‌گونه و گوشه‌گیری دامنه دارد (فرخی و مرادی، ۱۳۹۳). اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند؛ و با نرخ‌های بالایی از معضلات اجتماعی همراهند. پژوهش‌گران دریافته‌اند که اختلال‌های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شود و بین سنین ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسد (شکوهی، ۱۳۹۱). اختلال‌های رفتاری به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلاء به بیماری‌های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهد (پانیدنا، ۲۰۰۹). اختلال‌های رفتاری احتمال ابتلای افراد به سوء مصرف مواد، فعالیت‌های بزه‌کارانه، اختلال‌های خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلال‌های عصب روان‌شناختی و اختلال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد (بامیستر و همکاران، ۲۰۱۲). کودکان دچار اختلال‌های رفتاری، مشکلات گوناگونی دارند. این کودکان، دارای فراخانی توجه کوتاهی هستند، عزت نفس پایینی دارند، در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می‌شوند (ساسر، ۲۰۱۰). هم‌چنین تکانش‌گری، بی‌قراری و بیش‌فعالی، پرخاش‌گری، دروغ‌گویی و دزدی، عملکرد تحصیلی ضعیف و ادراک ضعیف از خودکارآمدی و شایستگی اجتماعی از دیگر ویژگی‌های کودکان و نوجوانان دارای اختلال‌های رفتاری است. وضعیت اجتماعی-اقتصادی ضعیف، ناشایستگی اجتماعی، سوءاستفاده از کودک، تعداد زیاد اعضای خانواده، مشکلات زناشویی (از قبیل جدایی، طلاق، اختلافات خانوادگی، ناسازگاری والدین و خشونت خانوادگی) و مشکلات والدین (از قبیل مشکلات و بیماری‌های روانی و جسمانی و رفتارهای بزه‌کارانه) از جمله عوامل خطر ساز ابتلای کودکان و نوجوانان به اختلال‌های رفتاری می‌شوند (گائونی، ۲۰۱۰).

۲- فرضیات پژوهش:**فرضیه اصلی:**

بین میزان و انواع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دختر و پسر پایه سوم راهنمایی منطقه ۱ قزوین تفاوت وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی:

- ۱- میزان هیجان‌پذیری در بین دختران و پسران با هم متفاوت است.
- ۲- میزان وسواس در بین دختران و پسران با هم متفاوت است.
- ۳- میزان گوشه‌گیری در بین دختران و پسران با هم متفاوت است.
- ۴- میزان پارانویایی در بین دختران و پسران با هم متفاوت است.
- ۵- میزان افسردگی در بین دختران و پسران با هم متفاوت است.
- ۶- میزان پرخاش‌گری در بین دختران و پسران با هم متفاوت است.
- ۷- میزان بی‌قراری در بین دختران و پسران با هم متفاوت است.
- ۸- میزان رفتار اجتماعی در بین دختران و پسران با هم متفاوت است.

۳- مبانی نظری:**تعاریف اختلالات رفتاری:**

اختلالات رفتاری، رفتارهایی هستند که فرد به وسیله آن‌ها حقوق دیگران را نقض می‌کند و قواعد اجتماعی را زیر پا می‌گذارد. این اختلال بیشتر در دوران کودکی یا نوجوانی روی می‌دهد و در پسران بیشتر از دختران دیده می‌شود. بیمارانی که دچار اختلال رفتاری هستند تلاش می‌کنند تا رفتاری مورد پسند جامعه پیدا کنند (طاهر، ۲۰۱۵).

دسته بندی اختلالات رفتاری:

اختلالات رفتاری به دو دسته تقسیم می‌شوند: نوعی که در دوران کودکی آغاز می‌شود (نشانه‌ها پیش از ۱۰ سالگی ظاهر می‌شوند) و نوعی که در دوران نوجوانی آغاز می‌شود (نشانه‌ها پس از ۱۰ سالگی ظاهر می‌شوند). بیماران نوع اول کسانی هستند که غالباً پرخاشگری جسمی و فیزیکی نسبت به دیگران دارند و دارای ارتباطات ضعیفی با دیگران می‌باشند. آن‌ها ممکن است سابقه اختلالات دیگری نظیر اختلال نافرمانی و خودسری یا اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی (ADHD) را نیز داشته باشند. اختلال رفتاری به ندرت پس از ۱۶ سالگی بروز می‌کند. بیماران نوع دوم کمتر احتمال دارد که رفتار پرخاشگرانه نسبت به دیگران بروز دهند و معمولاً روابط عادی‌تری با دیگران دارند. آن‌ها معمولاً دچار اختلالات رفتاری ماندگار نمی‌گردند و نسبت به بیماران نوع اول، احتمال کمتری دارد که در بزرگسالی دچار اختلال شخصیت جامعه‌ستیزی شوند (طاهر، ۲۰۱۵).

انواع اختلالات رفتاری:

اختلالات رفتاری دارای چهار نوع عمده می‌باشند:

- رفتار پرخاشگرانه
- رفتار غیرپرخاشگرانه
- تقلب یا دزدی
- نقض جدی قوانین

بسیاری از رفتارهای مرتبط با اختلالات رفتاری ظاهری شبیه نافرمانی‌ها و سرکشی‌های معمولی دوران کودکی دارند اما بسیار شدیدتر و جدی‌تر هستند. بیماران ممکن است نسبت به دیگران رفتار پرخاشگرانه یا قلدرمانانه داشته باشند و با آن‌ها وارد دعوا و زد و خورد شوند. این بیماران ممکن است تمایل به دروغ‌گویی، غیبت از کلاس‌های درس، فرار از خانه یا سوء مصرف مواد داشته باشند. رفتارهای پرخطر و بی‌پروا از مشخصه‌های بیمارانی است که دچار اختلال رفتاری هستند (طاهر، ۲۰۱۵). برخی عوامل در ایجاد اختلال رفتاری نقش برجسته‌ای دارند. این عوامل شامل تعارضات در محیط خانوادگی کودک از جمله بهره‌کشی، بی‌توجهی، مشکلات زناشویی والدین و اعتیاد آن‌ها می‌باشد. اگر پزشک کودک به اختلال رفتاری مشکوک شود احتمالاً او را به یک متخصص سلامت روان معرفی می‌کند. متخصص، به مشاهده رفتار کودک می‌پردازد. به علاوه، آزمون‌های استاندارد یا سایر ابزارهای ارزیابی روانی ممکن است مورد استفاده قرار گیرد تا تشخیص اختلال رفتاری قطعی گردد. پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که یک رویکرد چند وجهی شامل روان درمانی غالباً موثرترین روش برای درمان اختلالات رفتاری است. اکثر بیمارانی که اختلال رفتاری دارند وقتی به دوران بزرگسالی می‌رسند مشکل‌شان برطرف می‌گردد اما تعدادی از بیماران مشکل‌شان در دوران بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد و به اختلال شخصیت جامعه‌ستیزی تبدیل می‌شود (طاهر، ۲۰۱۵).

انواع و تفاوت‌های اختلالات رفتاری:

اختلالات رفتاری در بین شایع‌ترین اختلالات سلامت روانی در بین پسران و دختران است. چهار نوع اصلی اختلال رفتاری عبارتند از:

- رفتار پرخاشگرانه. رفتاری که باعث یا تهدید کننده آسیب جسمی به مردم یا حیوانات گردد.
- رفتار غیرپرخاشگرانه. رفتاری که باعث آسیب‌رساندن یا از دست دادن اموال گردد.
- تقلب یا دزدی. رفتاری که شامل دروغ‌گویی یا دزدیدن اموال دیگران باشد.

- نقض شدید قوانین. رفتاری که شامل زیرپا گذاشتن قوانین و قواعد متداول باشد، نظیر فرار از مدرسه یا رعایت نکردن ساعت منع رفت و آمد شبانه (طاهر، ۲۰۱۵).

عوامل خطر و علل اختلال رفتاری:

برخی عوامل در بروز اختلال رفتاری نقش برجسته‌ای دارند. این عوامل شامل تعارضات در محیط خانوادگی کودک از جمله بهره‌کشی، بی‌توجهی، مشکلات زناشویی والدین و اعتیاد آن‌ها می‌باشد. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکانی که خیلی شلوغ و عصبی هستند در معرض خطر بیشتری برای ابتلاء به اختلال رفتاری در آینده قرار دارند. کودکانی که دچار اختلال رفتاری باشند احتمال دارد در اوان کودکی دارای اختلال نافرمانی بوده‌اند. داشتن سابقه اختلالات روانی نظیر نقص توجه-بیش‌فعالی، اسکیزوفرنی، اختلال خلق و خو، سوء مصرف مواد در خانواده نیز خطر ابتلاء به اختلال رفتاری را افزایش می‌دهد، به ویژه اگر یکی از والدین چنین سابقه‌ای داشته باشد. پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که کودکانی که رفتار پرخاشگرانه یا بسیار هیجان زده از خود نشان می‌دهند نیز بیشتر در معرض ابتلاء به اختلال رفتاری قرار دارند (طاهر، ۲۰۱۵).

عوامل دیگری که می‌توانند با اختلال رفتاری ارتباط داشته باشند عبارتند از:

- آسیب مغزی
- مشکلات ژنتیکی
- سیگاری بودن مادر در دوران بارداری
- بی‌سرپرست بودن کودک
- طرد شدن از سوی همسالان یا نزدیکی با همسالان بزهکار
- بهره‌کشی جسمی یا جنسی

اختلال رفتاری بیشتر در پسران وجود دارد تا دختران. بین ۶ تا ۱۶ درصد پسران و ۲ تا ۹ درصد دختران ممکن است دارای این بیماری باشند. درصد این بیماری در جوامع شهری در حال افزایش است (طاهر، ۲۰۱۵).

علائم و نشانه‌های اختلال رفتاری:

کودکان و نوجوانانی که دچار اختلال رفتاری هستند ممکن است دارای چند نشانه مختلف باشند. با وجودی که بیماری از هر دو جنس (مرد و زن) ممکن است این نشانه‌ها را داشته باشند اما بعضی نشانه‌ها بیشتر به جنسیت کودک ارتباط دارد. پسران بیشتر احتمال دارد که رفتار پرخاشگرانه نسبت به دیگران داشته باشند و با رفتار قلدرمآبانه، دعوا و زد و خورد راه بیان‌ازند. همچنین احتمال دارد رفتارهای بیرحمانه نسبت به دیگران و نیز حیوانات داشته باشند. در حالی که دختران بیشتر احتمال دارد دروغ بگویند، از کلاس درس مدرسه غیبت کنند، از خانه فرار کنند و یا به سوء مصرف مواد و فحشاء گرفتار شوند (طاهر، ۲۰۱۵).

نشانه‌های مرتبط با اختلال رفتاری عبارتند از:

- پرخاشگری
- رفتار بیرحمانه نسبت به سایر مردم و حیوانات

- فحاشی
- تحمل کم در مقابل ناکامی
- تحریک پذیری
- دروغگویی
- رفتارهای پرخطر و بی‌پروا (مانند روابط جنسی، نقض قانون)
- سوء مصرف مواد
- فوران خشم

مشکل در بیان یا احساس همدردی (طاهر، ۲۰۱۵).

بررسی‌های انجام شده در ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌های رفتاری در بین دانش‌آموزان سنین مدرسه ۲۳/۲ درصد گزارش شده است (هانت و مارشال، ۲۰۱۰). نیلسون^۱ با بررسی میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در کودکان کشورهای اتیوپی، سودان و هند نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های رفتاری این کودکان بین ۸ تا ۱۹ درصد است (نیلسون، ۲۰۱۰). منادی نیز در پژوهشی که در شهر اصفهان انجام داد، دریافت که ۲۰/۲ درصد دانش‌آموزان دارای معیارهای تشخیصی اختلال‌های رفتاری می‌باشند. هم‌چنین در این تحقیق مشخص شد که میزان شیوع در دانش‌آموزان پسر بیش‌تر از دانش‌آموزان دختر و در خانواده‌های دارای والدین طلاق گرفته و نیز دارای سابقه بیماری روانی مزمن بیش‌تر است و سطح درآمد نیز با اختلال‌های رفتاری رابطه معناداری داشت (منادی، ۱۳۹۰). محسنی در پژوهشی شیوع اختلال‌های رفتاری دانش‌آموزان دوره راهنمایی و متوسطه در شهرستان یزد را ۲۲/۱ درصد گزارش کرد. هم‌چنین در این تحقیق مشخص شد، بین سطح درآمد خانواده، تحصیلات والدین، فوت و طلاق والدین با اختلال‌های رفتاری فرزندان آنان رابطه وجود دارد و دانش‌آموزان پایه اول اختلال‌های رفتاری بیش‌تری دارند (محسنی، ۱۳۸۹). قنبری و همکاران در پژوهشی نشان دادند که میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان متوسطه ۲۲/۴۲ درصد است و میزان شیوع در پسران بیش‌تر از دختران است. هم‌چنین متغیرهای سن، پایه تحصیلی و میزان تحصیلات والدین با اختلال‌های رفتاری دانش‌آموزان رابطه معنی‌داری دارد، هم‌چنین نتایج حاکی از آن است که اختلال‌های رفتاری سبب کاهش پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان می‌شود (قنبری و همکاران، ۱۳۸۹).

۴- پیشینه تحقیق:

دژکام در سال ۱۳۷۱ درباره میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان شهرستان قم مطالعاتی انجام داده و نتایجی بدست آورده مانند رابطه بین میزان شیوع اختلال سلوک با وضعیت اشتغال و سودا والدین و ترتیب تولد و تعداد فرزندان مورد بررسی قرار داد؛ که نتیجه گرفت اختلال سلوک بجز ترتیب تولد با هیچیک از دیگر عوامل ذکر شده رابطه معنی‌داری نداشته است نتایج پژوهشی انجام شده توسط بخاریان و همکاران او در سال ۱۳۶۹ درباره دانش‌آموزان شهرستان اهواز با موضوع انواع مشکلات روانی - رفتاری در میان دانش‌آموزان از دیدگاه و بیان بهداشت آن مدارس. نتیجه آن بود که بروز اختلالات رفتاری یزایی نسبت به اختلال نوروتیک بیشتر است.

محمدی و احمدی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان پسر پایه ششم ناحیه ۳ شهر کرمانشاه بیان می‌دارند اهمیت و کار ساز مان آموزش و پرورش در جامعه بر کسی پوشیده نیست. این سازمان زمانی می‌تواند دانش‌آموزان را به اهداف مد نظر برساند که در مسیر تعلیم و تربیت آنها اختلال یا مشکلی وجود نداشته باشد. لذا با این توضیحات بررسی اختلالات رفتاری در بین دانش‌آموزان چند سال اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است و مشکلاتی را برای معلمان مدارس به وجود آورده است، اهمیت پیدا می‌کند. در این پژوهش پرسشنامه راتر را منبع جمع‌آوری اطلاعات از

¹ - Nilsson

مدارس انتخاب شد و بعد از تجزیه و تحلیل داده ها اطلاعات زیر بدست آمد. میزان اختلال یادگیری بین دانش آموزان مورد مطالعه ۲۴٪ است و این نمایانگر رشد سریع اختلال می باشد. بیشترین اختلال مشاهده شده بیش فعالی و کمترین آن رفتارهای ناسازگارانه است. قابل ذکر است که در این پ وهش متغییرهایی نظیر: مرگ والدین طلاق والدین محل زندگی و سابقه بیماری والدین بر اختلال دانش آموزان اثر می گذاشتند

فرخی و مرادی (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی شیوع اختلالهای رفتاری دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه شهرستان خرم آباد می پردازد. این پژوهش یک مطالعه توصیفی و مقطعی است. حجم نمونه آن ۷۶۲ دانش آموز (۳۸۲ دانش آموز دوره راهنمایی و ۳۸۰ دانش آموز دوره متوسطه) بود که با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای و خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند. از پرسش نامه شخصیتی وودورث^۱ به عنوان ابزار غربالگری استفاده شد. برای تحلیل داده ها علاوه بر آمار توصیفی (فراوانی، درصد) از آزمون خی دو^۲ نیز استفاده شد. نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالهای رفتاری در نمونه مورد نظر ۱۹/۸۲ درصد است. میزان اختلالهای رفتاری در دانش آموزان دوره راهنمایی: ۲۲/۷۲ درصد و در دانش آموزان دوره متوسطه: ۱۷/۱ درصد، به دست آمد. میزان شیوع در پسران، بیش تر از دختران نتایج میزان شیوع بر اساس زیرگروه های طبقات تشخیصی اختلالهای رفتاری آزمون وودورث نشان داد که اختلال پرخاشگری شایع ترین و اختلال وسواس- پسیکاستنی^۳ (ضعف و خستگی روانی) کمترین میزان شیوع را در هر دو گروه دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه دارد. در بین عوامل جمعیت شناختی؛ پایه تحصیلی، تحصیلات والدین، طلاق والدین، فوت والدین و سطح درآمد خانواده با بروز اختلالهای رفتاری در دانش آموزان رابطه معناداری دارند. نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالهای رفتاری در شهرستان خرم آباد در مقایسه با سایر پژوهش های انجام گرفته در داخل و خارج از کشور در دامنه متوسط قرار دارد.

- حبیبی و همکاران (۱۳۹۳) پژوهش حاضر به منظور بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره ی راهنمایی و متوسطه استان قم انجام شده است. این پژوهش یک مطالعه توصیفی -مقطعی است که روی ۷۶۲ دانش آموز (۳۸۲ نفر دانش آموز دوره ی راهنمایی و ۳۸۰ نفر دانش آموز دوره ی متوسطه) که با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای و خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شده بودند، اجرا شده است. از پرسشنامه اختلالات شخصیتی وودورث به عنوان ابزار غربالگری، از آمار توصیفی و آزمون مربع کای برای تحلیل داده ها استفاده شد. بر اساس یافته های مطالعه ی حاضر، میتوان گفت که میزان شیوع اختلالات رفتاری در کل نمونه درصد است. میزان شیوع در پسران بیشتر از دختران، در دوره ی درصد و در دانش آموزان دوره ی متوسطه دوره ی راهنمایی راهنمایی بیشتر از دوره ی متوسطه و در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی می باشد. هم چنین نتایج نشان داد که اختلال پرخاشگری شایعترین و اختلال وسواس-پسیکاستنی کمترین میزان شیوع را در هر دو گروه دانش آموزان دوره ی راهنمایی و متوسطه دارد. در بین عوامل جمعیت شناختی، پایه ی تحصیلی، تحصیلات والدین، طلاق والدین، فوت والدین و سطح درآمد خانواده با رخداد اختلالات رفتاری در دانش آموزان رابطه ی آماری معنی داری داشت. میزان شیوع اختلالات رفتاری در استان قم در مقایسه با سایر پژوهش های انجام گرفته در داخل و خارج از کشور در دامنه ی متوسط قرار دارد. با این وجود، لزوم سیاستگذاریهای سلامت روان در مقطع نوجوانی برای کاهش بار آسیب در آینده و آرا یه راهکارهای برونرفت از این مسأله به قوت خود باقی است.

سوابق پژوهشی خارج از کشور

-نیربهای^۴ (۲۰۱۵) در پژوهش ی به مقایسه اختلالات رفتاری در بین فرزندان با والدین مستبد و عادی پرداخت؛ نتایج پژوهش نشان داد که شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی در بین فرزندان با والدین مستبد بیشتر است.

^۱- Woodworth

^۲-Chi-squared test

^۳-Psykastny

^۴ Nirbahay

-استاهل^۱ (۲۰۱۴) در نتایج پژوهش های خود بیان می کند که در خانواده های پرتعارض یک یا هردو والد علایمی از شخصیت های پرخاشگری را دارند و این ویژگی شخصیتی در والدین سبب شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی در بین فرزندان می شود.

-هندریک^۲ (۲۰۱۳) در پژوهش ی به بررسی رابطه بین پرخاشگری مادران و افسردگی کودکان پرداخت؛ نتایج پژوهش نشان داد که بین پرخاشگری مادران و افسردگی کودکان رابطه معنی داری وجود دارد.

-دئن^۳ (۲۰۱۳) در پژوهش ی به بررسی شکایات جسمانی فرزندان و پرخاشگری والدین پرداختند؛ و نتایج پژوهش نشان داد که پرخاشگری والدین پیش بینی کننده مهمی برای شکایت جسمانی فرزندان است. لذا به نظر می رسد مداخلات خانواده محوری که شیوه فرزندپروری والدین را مورد هدف قرار دهند، می توانند از روش های موثر پیشگیری از شکایات جسمانی در کودکان و یا کاهش علائم فرزندان مبتلا باشند. پرخاشگری و افسردگی، اختلال رفتار اکتسابی بوده و به رفتار والدین در خانواده بستگی دارد.

-پاگ^۴ (۲۰۱۲) در پژوهش ی به بررسی ارتباط متقابل بین مادران پرخاشگر و نوجوانان افسرده پرداخت؛ نتایج پژوهش نشان داد که هر چه پرخاشگری والدین افزایش یابد متقابلاً افسردگی نوجوانان هم افزایش می یابد.

-امریند^۵ (۲۰۱۱) طی مطالعات خود در مورد ابعاد رفتاری والدین و تأثیر آن بر کودکان به این نتیجه رسید که والدین مستبد دارای فرزندان هستند که از نظر شکایات جسمانی، افسردگی، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی در سطح متوسط قرار دارند، ولی تا حدود زیادی گوشه گیر و نسبت به دیگران بی اعتنا هستند.

۵- روش تحقیق:

از آنجا که هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه اختلالات رفتاری و پرخاشگری در بین دانش آموزان و پسر است لذا روش تحقیق استفاده شده در تحقیق حاضر از نوع علی و مقایسه ای است جامعه آماری در این پژوهش عبارت است از کلیه دانش-آموزان دختر و پسر مقطع دبیرستان شهرستان خرمآباد که در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ مشغول به تحصیل بوده و تعداد آنها ۴۰۰ نفر می باشد. از آنجا که تمامی جامعه در دسترس بود لذا از روش سرشماری استفاده شد؛ و کل جامعه به عنوان نمونه انتخاب شد؛ و به کل ۴۰۰ نفر پرسشنامه ارسال گردید. روش تجزیه و تحلیل داده ها از روش تی مستقل می باشد.

۶- یافته های پژوهش:

جدول شماره ۱: مقایسه هیجان پذیری در بین دانش آموزان دختر و پسر

تعداد	آزمودنیها	میانگین	t بدست آمده	t جدول	df	سطح معنی داری
۲۰۰	پسران	۱۷/۵۶	۲/۶۹۲	۲/۵۹۷	۳۹۸	۰/۰۵
۲۰۰	دختران	۱۳/۲۵				

¹Stahel

² Hendrik

³ Deeen

⁴Pag

⁵ Emrind

همانطور که جدول شماره ۱ نشان می دهد چون t بدست آمده $۲/۹۶۱$ از t جدول $۲/۶۷۶$ با درجه آزادی ۳۹۸ بزرگتر است پس می توان گفت که فرضیه تحقیق مورد تایید قرار گرفته و سطح معنی داری آن برابر $P > ۰/۰۵$ است نتیجه اینکه هیجان پذیری در بین دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود دارد و هیجان پذیری در پسران بیشتر از دختران است. همانطور که مشاهده می گردد جهت آزمون فرضیه تحقیق و مقایسه وسواس بر روی دختران و پسران از ارزش آماری t متغییر مستقل استفاده گردیده که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: مقایسه وسواس در بین دانش آموزان دختر و پسر

تعداد	آزمودنیها	میانگین	t بدست آمده	t جدول	df	سطح معنی داری
۲۰۰	پسران	۱۹/۰۳	۲/۹۸۶	۲/۷۲۳	۳۹۸	۰/۰۵
۲۰۰	دختران	۱۴/۶۱				

همانطور که جدول ۲ نشان می دهد چون t بدست آمده $۲/۹۸۶$ از t جدول $۲/۷۲۳$ با درجه آزادی ۳۹۸ بزرگتر است پس می توان گفت که فرضیه تحقیق مورد تایید قرار گرفته و سطح معنی داری آن برابر $P > ۰/۰۵$ است نتیجه اینکه بین وسواس در بین دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود دارد و وسواس در پسران بیشتر از دختران است. همانطور که مشاهده می گردد جهت آزمون فرضیه تحقیق و مقایسه گوشه گیری بر روی دختران و پسران از ارزش آماری t متغییر مستقل استفاده گردیده که نتایج آن در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۳: مقایسه گوشه گیری در بین دانش آموزان دختر و پسر

تعداد	آزمودنیها	میانگین	t بدست آمده	t جدول	df	سطح معنی داری
۲۰۰	پسران	۱۸/۶۱	۲/۸۵۶	۲/۵۶۹	۳۹۸	۰/۰۵
۲۰۰	دختران	۱۲/۸۱				

همانطور که جدول ۳ نشان می دهد چون t بدست آمده $۲/۸۵۶$ از t جدول $۲/۵۶۹$ با درجه آزادی ۳۹۸ بزرگتر است پس می توان گفت که فرضیه تحقیق مورد تایید قرار گرفته و سطح معنی داری آن برابر $P > ۰/۰۵$ است نتیجه اینکه گوشه گیری بین دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود دارد و گوشه گیری در پسران بیشتر از دختران است. همانطور که مشاهده می گردد جهت آزمون فرضیه تحقیق و مقایسه رفتار پارانویایی در بین دختران و پسران از ارزش آماری t متغییر مستقل استفاده گردیده که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: مقایسه رفتار پارانویایی در بین دانش آموزان دختر و پسر

تعداد	آزمودنیها	میانگین	t بدست آمده	t جدول	df	سطح معنی داری
۲۰۰	پسران	۲۰/۴۱	۳/۲۶۱	۲/۶۷۶	۳۹۸	۰/۰۵
۲۰۰	دختران	۱۶/۸۲				

همانطور که جدول ۴ نشان می دهد چون t بدست آمده $۳/۲۶۱$ از t جدول $۲/۶۷۶$ با درجه آزادی ۳۹۸ بزرگتر است پس می توان گفت که فرضیه تحقیق مورد تایید قرار گرفته است و تفاوت بین رفتار پارانویایی دختران و پسران وجود دارد که سطح معنی داری آن برابر $P > ۰/۰۵$ است. در پسران بیشتر از دختران است.

همانطور که مشاهده می گردد جهت آزمون فرضیه تحقیق و مقایسه افسردگی در بین دختران و پسران از ارزش آماری t متغییر مستقل استفاده گردیده که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵: مقایسه افسردگی در بین دختران و پسران

تعداد	آزمودنیها	میانگین	t بدست آمده	t جدول	df	سطح معنی داری
۲۰۰	پسران	۲۱/۶۱	۲/۸۹۶	۲/۳۴۷	۳۹۸	۰/۰۵
۲۰۰	دختران	۱۷/۷۱				

همانطور که جدول ۵ نشان می دهد چون t بدست آمده ۲/۸۹۶ از t جدول ۲/۳۴۷ با درجه آزادی ۳۹۸ بزرگتر است پس می توان گفت که فرضیه تحقیق مورد تایید قرار گرفته و سطح معنی داری آن برابر $P > ۰/۰۵$ است نتیجه اینکه بین دختران و پسران از لحاظ افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. در پسران بیشتر از دختران است.

همانطور که مشاهده می گردد جهت آزمون فرضیه تحقیق و مقایسه پرخاشگری در بین دختران و پسران از ارزش آماری t متغییر مستقل استفاده گردیده که نتایج آن در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶: مقایسه پرخاشگری در بین دانش آموزان دختر و پسر

تعداد	آزمودنیها	میانگین	t بدست آمده	t جدول	سطح معنی داری	df
۲۰۰	پسران	۲۰/۶۸	۳/۵۶۹	۲/۷۲۹	٪۵	۳۹۸
۲۰۰	دختران	۱۵/۷۲				

همانطور که جدول ۶ نشان می دهد چون t بدست آمده ۳/۵۶۹ از t جدول ۲/۷۲۹ با درجه آزادی ۳۹۸ بزرگتر است پس می توان گفت که فرضیه تحقیق مورد تایید قرار گرفته و سطح معنی داری آن برابر $P > ۰/۰۵$ است نتیجه اینکه بین پرخاشگری دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود دارد. در پسران بیشتر از دختران است.

همانطور که مشاهده می گردد جهت آزمون فرضیه تحقیق و مقایسه بیقراری در بین دختران و پسران از ارزش آماری t متغییر مستقل استفاده گردیده که نتایج آن در جدول ۷ آورده شده است.

جدول ۷: مقایسه بیقراری در بین دانش آموزان دختر و پسر

تعداد	آزمودنیها	میانگین	t بدست آمده	t جدول	سطح معنی داری	df
۲۰۰	پسران	۲۲/۶۱	۳/۱۸۱	۲/۶۷۶	٪۵	۳۹۸
۲۰۰	دختران	۱۶/۴۲				

همانطور که جدول ۷ نشان می دهد چون t بدست آمده ۳/۱۸۱ از t جدول ۲/۶۷۶ با درجه آزادی ۳۹۸ بزرگتر است پس می توان گفت که فرضیه تحقیق مورد تایید قرار گرفته و سطح معنی داری آن برابر $P > ۰/۰۵$ است نتیجه اینکه بین بیقراری دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود دارد. در پسران بیشتر از دختران است.

همانطور که مشاهده می گردد جهت آزمون فرضیه تحقیق و مقایسه رفتارهای ضد اجتماعی در بین دختران و پسران از ارزش آماری t متغییر مستقل استفاده گردیده که نتایج آن در جدول ۸ آورده شده است.

جدول ۸: مقایسه رفتارهای ضد اجتماعی در بین دانش آموزان دختر و پسر

تعداد	آزمودنیها	میانگین	t بدست آمده	t جدول	df	سطح معنی داری
۲۰۰	پسران	۱۹/۷۴	۳/۱۴۱	۲/۶۷۶	۳۹۸	۰/۰۵
۲۰۰	دختران	۱۳/۶۱				

همانطور که جدول ۴ نشان می دهد چون t بدست آمده ۳/۱۴۱ از t جدول ۲/۶۷۶ با درجه آزادی ۳۹۸ بزرگتر است، پس می توان گفت که فرضیه تحقیق مورد تایید قرار گرفته و سطح معنی داری آن برابر $P > 0/05$ است نتیجه اینکه بین رفتارهای ضد اجتماعی دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود دارد. در پسران بیشتر از دختران است.

۷- نتیجه گیری

در عصری که ما زندگی می کنیم بروز مشکلات روانی و اختلالات رفتاری مخصوصاً برای نوجوانان و جوانان امری بدیهی است زیرا در این عصر روابط انسانی جای خود را به ماشین آلات و کامپیوتر داده اند و صمیمیت گذشته از بین رفته و هر کسی به فکر خودش است و نوجوانان بیشتر از همه دست خویش اختلالات رفتاری ناشی از تنهایی و تربیت غلط و عدم توجه می گردند با این وجود شناخت اختلالات و یافتن راه حل مبارزه با آنها چه از طرف اولیاء خانواده ها و چه از طرف مسئولین آموزشی نوجوانان ما و نسل آینده را در مقابل این مشکلات ایمن خواهد کرد و ما جامعه ای سالم با نوجوانانی موفق و سالم خواهیم داشت و در این پژوهش گوشه کوچکی از اختلالات و مشکلات نوجوانان مورد بررسی قرار می گیرد امید است که چراغی باشد سر راه آیندگان اختلاف رفتاری و حرکتی از جمله حالت های روانی اتس که ممکن است فرد را احاطه کند و گاهی این اختلاف باعث تغییر و تحول رفتاری در فرد می شود بخصوص در حیطه نوجوانی که می توان گفت در یک در یک برهه از زمان خاص و مخصوصی است و عدم توجه به آن باعث مشکلات خطرناکی در سنین بالا می شود و همین طور گاهی بعضی از مشکلات رفتاری مانند افسردگی و اضطراب و هیجان بر طبق بنیه و حالت فیزیکی دختران و پسران می تواند با هم فرق داشته باشد.

۸- پیشنهادات

- ۱- استفاده از مطالب معتبر در جهت تکمیل تحقیق
- ۲- تعمیم دادن موضوع تحقیق به جوانان و دانش آموزان سنین بالاتر یا پایین تر
- ۳- بالا بردن آگاهی آزمودنی ها در جهت اجرای آزمون

۹- محدودیت ها:

- در بین دختران بیشتر پسران است و تفاوت معنی داری وجود دارد. محدود بودن آزمودنیها در یک مقطع تحصیلی
- محدودیت زمانی جهت ارائه بهتر تحقیق
- عدم همکاری آزمودنیها جهت اجرای آزمون

منابع و ماخذ:

۱. حبیبی م، صالحی س، پورآوری م، مرادی خ، (۱۳۹۳). بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه استان قم. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ ۱۳۹۴، دوره ۱۱، شماره ۱: صفحات ۵۶-۶۳.
۲. شکوهی یکتا، مریم؛ پرند، احمد (۱۳۹۱). اختلال‌های رفتاری کودکان و نوجوانان. تهران: تیموززاده.
۳. فتحی، س. ثابتی، م. بهروزنیا، پ (۱۳۸۹). تأثیر خشونت مادران بر اعتیاد فرزندان. فصلنامه پژوهش
۴. فرخی ک، مرادی خ. (۱۳۹۳). بررسی میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی و متوسطه شهرستان خرم‌آباد. فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی لرستان. سال دوم/ شماره چهارم/ زمستان
۵. قنبری، نسرين و همکاران (۱۳۸۹). بررسی اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان ابتدایی شهرستان خوزستان. طرح پژوهشی، چاپ نشده، کارشناسی پژوهش‌ات سازمان آموزش و پرورش شهرستان خوزستان.
۶. محسنی، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش‌آموزان مدارس شهرستان یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، چاپ نشده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
۷. منادی، حسین (۱۳۹۰). بررسی میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان. چاپ نشده، کارشناسی پژوهش‌ات سازمان آموزش و پرورش شهرستان اصفهان.

8. Baumeister AA, Sevens J.A. (2012). Pharmacological control of aberrant behavior in the mentally retarded: toward a more rational approach, *Journal of Neuroscience and Biobehavioral Review*, 14, (3), 253-262.
9. Gone, L J. (2010). Early conduct problems and later life opportunities, *Journal- Child-Psychology- Psychiatry*, 939, (8), 1097- 108.
10. Haunt, R. A. Marshal, D. (2010): *Social psychology: Understanding human interaction*, Greenwich: JAI Press.
11. Nielson, D. (2010). *The detection of Psychiatric illness by Auestionnal ve Oxford University Press*, London: Oxford University.
12. Saucer, SH. and Waller RJ. (2010). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorder, *The Art in Psychotherapy*, 33, (1), 1-10
13. Tahir.t (2015). " Conduct Disorders ". Tellioglu, M.D., APA, AAAP. *Electronic clinics Rvanyar*.

Compare Behavioral Disorder and Aggressiveness among Girls and Boys Students

Hossein Farhadi ¹, Javad Karimi ²

1- MA in Clinical Psychology, Boroujerd Branch, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran

2- Assistant Professor of Hamedan University

Abstract

The aim of this study was to compare behavioral disorders among boys and girls in Guidance Schools the first district the city Khorramabad in 1395 year. Methodology: The methodology used in this study was causal comparative. The population in this study, all the boys and girls high school (District 2) has been studying the city Khorramabad in 94-95 years and According to the Statistical Yearbook equal number 400. Census sampling method were used and the whole society is as the sample selected. Data compilation instruments questionnaire with 90 questions in bookmark list of mental disorders by Agotis and colleagues (1973), respectively. Independent t-test was used to test the hypotheses. Results: Research findings showed that there is relationship between behavioral disorder and aggression among both girls and boys students.

Keywords: behavioral disorder, boys and girls student, Khorramabad city
