

## Prevalence of behavioral disorders in students and prediction of that based on emotional abuse

## شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان و پیش‌بینی آن بر اساس آزاردیدگی هیجانی

Mahdi Abdolahzaeh Rafi, Maryam Hasanzade, Abbas Nesayan, Roghayeh Asadi Gandomani

مهدی عبداله‌زاده رافی<sup>۱</sup>، مریم حسن‌زاده<sup>۲</sup>، عباس نسائیان<sup>۳</sup>، رقیه اسدی‌گندمانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۷ پذیرش اولیه: ۹۵/۴/۲۳ پذیرش نهایی: ۹۵/۶/۲۲

### Abstract

The aim of this study was to investigate the prevalence of behavioral disorders and predicting it based on emotional abuse in the first high school students. Method of this study is descriptive-analytic method. Research community were included all first grade high school students in Jajarm city. ۵۱۹ students were selected as sample through Census method. These students were completed adolescent self-reported questionnaire and emotional abuse questionnaire. To analyze data were used descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential methods (Pearson correlation and regression). The results showed that there is a significant positive relationship between behavioral disorders (total scores, attention deficit-hyperactivity disorder, oppositional defiant and conduct disorder) and emotional abuse (total scores and its subscales) ( $p < 0/05$ ). Regression analysis showed that the variables of emotional abuse could predict behavioral disorders. The results showed that educational and family environment should be pay attention to this issue because there is a significant relationship between emotional abuse and behavioral disorder.

**Key word:** Prevalence, behavioral disorders, emotional abuse, students

### چکیده

هدف از این پژوهش بررسی شیوع اختلال‌های رفتاری و پیش‌بینی آن بر اساس آزاردیدگی هیجانی در دانش‌آموزان متوسطه اول شهرستان جاجرم بود. روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه این پژوهش را کلیه دانش‌آموز متوسطه اول شهر جاجرم تشکیل داد. ۵۱۹ دانش‌آموز به صورت تمام شماری به عنوان نمونه انتخاب شدند. این دانش‌آموزان پرسشنامه خودگزارش‌دهی نوجوان و پرسشنامه آزاردهی هیجانی را تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و روش‌های استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون) استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد بین اختلال‌های رفتاری (نمره کل، اختلال‌های نارسیایی توجه-بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و سلوک) با آزاردیدگی هیجانی (نمره کل و خرده مقیاس‌های آن) رابطه مثبت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد متغیرهای آزاردیدگی هیجانی قادر به پیش‌بینی اختلال‌های رفتاری هستند ( $p < 0/001$ ). نتایج این پژوهش نشان داد که بین آزاردیدگی هیجانی و اختلال‌های رفتاری رابطه وجود دارد بنابراین در محیط‌های آموزشی به این مقوله‌ها باید توجه بیشتری شود.

**واژه‌های کلیدی:** شیوع، اختلال‌های رفتاری، آزاردیدگی هیجانی، دانش‌آموزان

۱. دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان، دانشگاه فرهنگیان، مرکز تربیت معلم شهید رجایی.

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

۳. (نویسنده مسئول). استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد. بجنورد، ایران. [anesayan@ub.ac.ir](mailto:anesayan@ub.ac.ir)

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد. بجنورد، ایران.



## مقدمه

اختلال‌های روانی طیف وسیعی را شامل می‌شود که از شایع‌ترین این اختلال‌ها در دوره کودکی و نوجوانی می‌توان به اختلال‌های رفتاری<sup>۱</sup> اشاره کرد (برونسارد<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ برونرز و استیفنز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). تعریف اختلال‌های رفتاری کار آسانی نیست. مانند هوشیهر و اختلال‌های طیف اوتیسم خطوط جداکننده وجود ندارد. خواننده‌ها وسوسه می‌شوند تا از موضوعات تخصصی مانند تعریف بگذرند و به بخش‌های اساسی‌تر مانند توصیف دانش‌آموزان استثنایی و طراحی برنامه درمان برای آن‌ها برسند (کرک، گالاگر و کلمن، ۲۰۱۵). شورای کودکان استثنایی<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) اختلال‌های رفتاری را به عنوان «شرایطی که در آن پاسخ‌های رفتاری فرد در مدرسه با هنجارهای پذیرفته شده با توجه به سن، قومیت یا فرهنگ تفاوت زیادی داشته، به گونه‌ای که بر عملکرد تحصیلی وی اثر می‌گذارد» تعریف کرده است (هاردمن، درو و اگن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲/۱۳۸۸). آنچه کودکان با اختلال رفتاری را از سایر همسالان متفاوت می‌سازد، نوع رفتارهای آن‌ها نیست بلکه شدت و ماهیت طولانی مدت آن رفتارها است (کرک، گالاگر و کلمن، ۲۰۱۵). پژوهشگرانی که در زمینه اختلال‌های رفتاری مشغول به کار هستند، علاقه‌مندند دریابند چه عامل‌هایی در ایجاد و گسترش این اختلال‌ها دخیل هستند؟

در این زمینه، یکی از عامل‌هایی که در چند دهه اخیر توجه زیادی را به خود معطوف داشته است، آزاردیدگی<sup>۶</sup> یا بدرفتاری<sup>۷</sup> است. سازمان بهداشت جهانی<sup>۸</sup> (۲۰۰۶) آزارگری را به عنوان هر عمل یا انجام ندادن عملی تعریف کرده است که موجب نقض حقوق کودک گردد به طوری که او به سطح بهینه رشد خود دست نیابد. آزارگری شامل آزارگری جسمی، هیجانی، جنسی و غفلت است.

بررسی‌های اولیه بیشتر متمرکز بر بررسی اثرات آزار جسمی و جنسی بر سلامت روان‌شناختی افراد بودند ولی اخیراً نقش آزار هیجانی<sup>۹</sup> یا بدرفتاری روان‌شناختی<sup>۱۰</sup> در ایجاد و گسترش اختلال‌های هیجانی/رفتاری بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. چون بررسی‌های جدید حکایت از آن دارند که اثرهای آزاردیدگی هیجانی نه تنها از آزاردیدگی جسمی و جنسی کمتر نیست بلکه مشابه و در برخی موارد نیز بیشتر است (میلز و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۳؛ اسپرتوس، یهودا، ونگ، هالیگان و سیرمتیس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۳؛ بری و رانتز<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۸؛ گراس و کلر<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۲؛ مولن، مارتین، اندرسون، رومانز و هرپیسون<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۶).

آزار هیجانی در تعریفی که انجمن تخصصی آمریکا در آزارگری کودکان<sup>۱۶</sup> (۱۹۹۵)، به نقل از گلاسر<sup>۱۷</sup>، (۲۰۰۱) ارائه داده است به عنوان «الگوی تکراری از بدرفتاری هیجانی مراقب با کودک تعریف شده است، به شکلی که این الگوی تکراری به کودک القاء می‌کند که فاقد ارزش، ناقص، دوست نداشتنی و ناخواسته است».

آزاردیدگی و غفلت هیجانی یکی از علت‌های آسیب جدی به عملکرد و رشد کودکان است که اغلب می‌توان آسیب‌های ناشی از آن را در زندگی بزرگسالی آن‌ها نیز مشاهده کرد (کوآت و مسمن-مور<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۴؛ هارت، بینگلی و براسارد<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۸). مدارک و شواهد این ادعا از تعدادی از مطالعات هم‌گروهی، پیگیری و مطالعات طولی به دست آمده است که همه آن‌ها ارتباط پیوسته‌ای بین آزاردیدگی و غفلت هیجانی در دوران کودکی و طیف گسترده‌ای از مشکل‌های رفتاری و شناختی در دوران کودکی (اریکسون، اگیلند و پیناتا<sup>۲۰</sup>، ۱۹۸۹؛ سیلوستر و میریت<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۰؛ فولینگستد و دهارت<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۰؛ کالرتوت-سن<sup>۲۳</sup> و

۹. emotional abuse

۱۰. psychological maltreatment

۱۱. Mills

۱۲. Spertus, Yehuda, Wong, Halligan & Seremetis

۱۳. Briere & Runtz

۱۴. Gross & Keller

۱۵. Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison

۱۶. The American Professional Society on Abuse of Children

۱۷. Glaser

۱۸. Coates., & Messman-Moore

۱۹. Hart, Binggeli & Brassard

۲۰. Erickson, Egeland, & Pianta

۲۱. Sylvestre., & Mérette

۲۲. Follingstad., & Dehart

۲۳. Cullerton.Sen

۱. behavioral disorders

۲. Bronsard

۳. Brauner., & Stephens

۴. the council for exceptional children

۵. Hardman, Drew & Egan

۶. abuse

۷. maltreatment

۸. world health organization (WHO)



تکمیل همه پرسشنامه‌ها و تکمیل کردن پرسشنامه‌ها با الگوی خاص، برای مثال علامت زدن فقط گزینه اول در کل سؤالات پرسشنامه، از مطالعه کنار گذاشته شدند. ۱،۶۲٪ نمونه (۳۲۲ نفر) دختر بودند که در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال با میانگین سنی ۱۳،۵۹ و انحراف معیار ۰،۵۷۹ قرار داشتند. ۹،۳۷٪ نمونه (۱۹۷ نفر) پسر بودند که در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال با میانگین سنی ۱۳،۶۲ و انحراف معیار ۰،۶۸۴ قرار داشتند.

### ابزار

۱. پرسشنامه آزریدگی هیجانی: نسخه اولیه این پرسشنامه، توسط نوروزی (۱۳۹۱) ساخته شده است. نمره گذاری هر سؤال پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی ۱ تا ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد. عبداله‌زاده رافی، عزیززاده و فرخی (۱۳۹۲) تحلیل عامل بر روی این پرسشنامه انجام دادند و ۹ عامل (که شامل ۴۰ سؤال می‌شود) شناسایی کردند. آنها دریافتند پرسشنامه از روایی پیش‌بین مناسبی برخوردار است، زیرا آن به صورت منفی معناداری با اختلالات رفتاری و هیجانی در نوجوانان ارتباط داشت ( $p < 0.001$ ) همچنین، آن‌ها روایی همزمان پرسشنامه را نیز مورد بررسی قرار دادند. همبستگی قابل توجهی ( $r = 0.720$ ,  $p < 0.001$ ) بین نمره کل پرسشنامه آزریدگی هیجانی (نوروزی) با خرده مقیاس آزریدگی هیجانی پرسشنامه محمد خانی و همکاران (۲۰۰۳) یافت کردند. همچنین، آن‌ها پایایی پرسشنامه را با استفاده از همسانی درونی بررسی کردند و آلفای کرونباخ ۰/۹۶۲ گزارش کردند.

۲. خودگزارش‌دهی نوجوان: در ایران مینایی (۱۳۸۴) فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخن‌باخ (آخن‌باخ و رسکورا، ۲۰۰۱) را به فارسی برگردانده و هنجاریابی کرده است. فرم‌هایی هنجاریابی شده در ایران عبارتند از چک‌لیست رفتاری کودک، فرم گزارش معلم و خودگزارش‌دهی نوجوان. در پژوهش حاضر از فرم خودگزارش‌دهی نوجوان استفاده شد. در این فرم ۱۰۵ سؤال مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی را می‌سنجند. آخن‌باخ و رسکورا (۲۰۰۱) در پژوهشی همبستگی سؤالات مقیاس‌های CBCL، YSR، و TRF را با معیارهای DSM-IV بررسی کردند و بر اساس نتایج این پژوهش مقیاس‌های مبتنی بر DSM هر ۳ فرم را به شرح ذیل گزارش

همکاران، ۲۰۰۸؛ گلاس، پرپور و لینچ، ۲۰۰۱؛ وریا، ابیدین و داس، ۱۹۹۶)، نوجوانی (اسکوس<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ شافر، یاتس و ایگیلند<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹؛ شنک، نول و کسرلی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ ویکرل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ هرنگول، هرنگول، اگولف و وو<sup>۷</sup>، ۱۹۹۱) و بزرگسالی (بری‌یر و رانتز، ۱۹۹۰؛ پاورز، رسلر و بردلی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹؛ گیب، چلمینسکی و زیمرمن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷؛ کولمن و ویدوم<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴؛ مولن، مارتین، اندرسون، رومانز و هربیسون، ۱۹۹۶) را نشان داده‌اند.

در هر جامعه‌ای سلامت کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تامین بهداشت روانی به آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (حیدری، عظیمی، محمودی و محمدپور، ۱۳۸۵). از سوی دیگر آسیب‌پذیری بالای این گروه باعث می‌شود بیشتر به نیازهای مربوط به بهداشت روان آن‌ها توجه شود. بر اساس بررسی‌های صورت گرفته تاکنون پژوهشی در کشور اختلال‌های رفتاری را بر اساس آزریدگی هیجانی پیش‌بینی نکرده است. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلال‌های رفتاری/هیجانی در دانش‌آموزان و پیش‌بینی آن بر اساس آزار هیجانی است.

### روش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه این پژوهش را ۶۰۴ دانش‌آموز متوسطه اول شهر جاجرم (که در استان خراسان شمالی واقع است) تشکیل داده بود. با توجه به محدود بودن جامعه مورد مطالعه، تمامی دانش‌آموزان که معیارهای ورود به مطالعه (تحصیل در دوره روزانه، داشتن حداقل یک والد، رضایت والدین جهت شرکت فرزند در پژوهش) را دارا بودند، وارد مطالعه شدند. در نهایت، ۸۵ نفر به خاطر در قید حیات نبودن والدین، داشتن مشکلات آشکار در خواندن، عدم

۱. Prior & Lynch
۲. Varia., Abidin., & Dass
۳. Skuse
۴. Shaffer., Yates., & Egeland
۵. Shenk., Noll., & Cassarly
۶. Wekerle
۷. Herrenkohl., Herrenkohl., Egolf., & Wu
۸. Powers., Ressler., & Bradley
۹. Gibb., Chelminski., & Zimmerman
۱۰. Colman., & Widom



پرسشنامه توسط آن‌ها به صورت انفرادی تکمیل گردید. در کل مدارس تعداد دانش‌آموزانی که در یک جلسه تکمیل پرسشنامه‌ها غایب بودند، ۱۵ نفر بود. داده‌ها توسط ۳ دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی و یک کارشناس ارشد روانشناسی که آموزش‌های لازم در مورد نحوه جمع‌آوری داده‌ها دریافت کرده بودند، گردآوری شد.

### یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۵۱۹ دانش‌آموز اجرا شد. جدول ۱ توزیع آزرديدگی هیجانی دانش‌آموزان شرکت کننده در پژوهش با توجه به جنسیت را نشان می‌دهد. با توجه به جدول ۱، در کل دانش‌آموزان شرکت کننده در پژوهش، ۱۲۸ نفر (۲۴/۷٪) آزرديدگی هیجانی نداشتند. آزرديدگی هیجانی ۱۲۹ نفر (۲۴/۹٪) کم، ۱۳۵ نفر (۲۶/۰٪) متوسط و ۱۲۷ نفر (۲۴/۵٪) زیاد بوده است. در دانش‌آموزان پسر، ۴۳ نفر (۲۱/۸٪) آزرديدگی هیجانی نداشتند. آزرديدگی هیجانی ۵۶ نفر (۲۸/۴٪) کم، ۵۶ نفر (۲۸/۴٪) متوسط و ۴۲ نفر (۲۱/۳٪) زیاد بوده است. در دانش‌آموزان دختر، ۸۵ نفر (۲۶/۷٪) آزرديدگی هیجانی نداشتند. آزرديدگی هیجانی ۷۳ نفر (۲۲/۷٪) کم، ۷۹ نفر (۲۴/۵٪) متوسط و ۸۵ نفر (۲۶/۷٪) زیاد بوده است.

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد در کل دانش‌آموزان شرکت کننده در پژوهش، ۴۵۷ نفر (۸۸/۰٪) اختلال رفتاری (مشکلات برون‌نمود) نداشتند؛ ۲۷ نفر (۵/۲٪) در مرز ابتلا به اختلال‌های رفتاری بودند و ۳۵ نفر (۶/۸٪) اختلال رفتاری بالینی داشتند. همچنین، ۵۱۰ نفر (۹۸/۲٪) اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی نداشتند؛ ۵ نفر (۱/۰٪) در مرز ابتلا به اختلال‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی بودند و ۴ نفر (۰/۸٪) اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی بالینی داشتند؛ ۴۹۱ نفر (۹۴/۶٪) اختلال سلوک نداشتند؛ ۱۳ نفر (۲/۵٪) در مرز ابتلا به اختلال‌های سلوک بودند و ۱۵ نفر (۲/۹٪) اختلال سلوک بالینی داشتند. ۴۹۱ نفر (۹۴/۶٪) اختلال نافرمانی مقابله‌ای نداشتند؛ ۲۷ نفر (۵/۲٪) در مرز ابتلا به اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای بودند و ۱ نفر (۰/۲٪) اختلال نافرمانی مقابله‌ای بالینی داشتند.

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد تمامی دانش‌آموزانی که آزرديدگی هیجانی نداشتند، اختلال رفتاری نیز نداشتند. در میان

کردند: مشکل‌های عاطفی، مشکل‌های اضطرابی، مشکل‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی، مشکل‌های سلوک، مشکل‌های رفتار مقابله‌ای و مشکل‌های جسمی. جهت تفسیر پرسشنامه، می‌بایست نمره‌های خام سؤال‌های مربوط به هر مقیاس محاسبه شده و به جدول‌های هنجار مراجعه شده و به نمره‌های معیار تبدیل شود (مینایی، ۱۳۸۵).

روایی پرسشنامه خودگزارش‌دهی به ۳ شیوه روایی محتوایی، روایی وابسته به ملاک و روایی سازه بررسی شده است. مینایی (۱۳۸۵) روایی محتوایی مناسبی را برای پرسشنامه گزارش کرده است. همچنین برای بررسی روایی از پرسشنامه علائم مرضی کودک استفاده شده است که بین این دو پرسشنامه همبستگی‌های معناداری وجود داشته است. جهت بررسی روایی سازه، نمرات دانش‌آموزان مبتلا به مشکل‌های هیجانی-رفتاری با نمرات دانش‌آموزان عادی مقایسه شده است که نمرات دانش‌آموزان عادی به طور معناداری پایین‌تر بوده است. پایایی فرم خودگزارش‌دهی نوجوان از طریق همسانی درونی و آزمون-باز آزمون محاسبه شده است که ضرایب همسانی درونی از ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ پراکنده بوده است؛ همچنین همبستگی‌های معناداری بین مرتبه اول و دوم اجرا گزارش شده است.

پس از کسب مجوز از سازمان آموزش و پرورش، به مدارس مورد نظر مراجعه شده و هماهنگی‌های لازم با مسئولین آنجا به عمل آمد. به مسئولین هر مدرسه به صورت کلی توضیحاتی پیرامون طرح ارائه شد و در مورد نحوه همکاری توافقاتی مورد نیاز صورت گرفت. توسط مدرسه برای والدین دانش‌آموزان دعوت نامه ارسال شد. در هنگام مراجعه والدین توضیحاتی در مورد طرح پژوهشی داده شد. رضایت آن‌ها برای شرکت فرزندشان در پژوهش جلب گردید. در مورد نحوه جمع‌آوری داده‌ها و محرمانه بودن اطلاعات جمع‌آوری شده توضیحات لازم داده شد. با والدینی که به هر علتی قادر نبودند در جلسه شرکت کنند، تلفنی از طریق مدرسه ارتباط برقرار شد و رضایت آن‌ها نیز جلب شد. در هفته آخر فرودین و نیمه اول اردیبهشت، پرسشنامه‌ها به صورت گروهی و در یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تکمیل شدند. فهرست دانش‌آموزانی که به هر دلیل (به عنوان مثال بیماری) در جلسه تکمیل پرسشنامه غیبت داشتند، تهیه شد و در فرصت دیگر



( $p < 0/001$ ). با توجه به ضرایب بتای استاندارد شده، قدرت تبیین‌کنندگی بُعد ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود بیشتر از سایر ابعاد است. پس از آن به ترتیب خراب کردن دوستی‌های فرزند، توهین، تحقیر و اجبار کردن قرار می‌گیرند. همه متغیرها به صورت مستقیم (مثبت) قادر به پیش‌بینی تغییرات اختلال‌های رفتاری هستند.

جدول ۶ نشان می‌دهد برای پیش‌بینی اختلال‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی، تمامی ابعاد آزاردیدگی هیجانی به عنوان متغیر پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شدند که در مدل اول تنها، بُعد ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود وارد معادله رگرسیون شده است. این متغیر قادر است  $35/2$  درصد از تغییرات اختلال‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی را تبیین کند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). در مدل دوم ابعاد ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود و خراب کردن دوستی‌های فرزند وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند  $36/2$  درصد از تغییرات اختلال‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی را تبیین کنند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). با توجه به ضرایب بتای استاندارد شده، قدرت تبیین‌کنندگی بُعد ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود بیشتر از بُعد خراب کردن دوستی‌های فرزند است هر دو متغیر به صورت مستقیم (مثبت) قادر به پیش‌بینی تغییرات اختلال‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی هستند.

با توجه به جدول ۷، برای پیش‌بینی اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای تمامی ابعاد آزاردیدگی هیجانی به عنوان متغیر پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شدند که در مدل اول تنها، بُعد توهین وارد معادله رگرسیون شده است. این متغیر قادر است  $25/2$  درصد از تغییرات اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای را تبیین کند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). در مدل دوم ابعاد توهین و ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند  $29/7$  درصد از تغییرات اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای را تبیین کنند که این مقدار به لحاظ آماری بی‌اعتمادی به خود و تهدید وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند  $30/6$  درصد از تغییرات اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای را تبیین کنند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است

دانش‌آموزانی که آزاردیدگی هیجانی کمی داشتند،  $124$  نفر ( $98/4\%$ ) اختلال رفتاری نداشتند و  $2$  نفر ( $1/6\%$ ) در مرز ابتلا به اختلال رفتاری بود. در میان دانش‌آموزانی که آزاردیدگی هیجانی متوسطی داشتند،  $122$  نفر ( $92/4\%$ ) اختلال رفتاری نداشتند؛  $6$  نفر ( $4/5\%$ ) در مرز ابتلا به اختلال رفتاری بودند و  $4$  نفر ( $3/0\%$ ) اختلال رفتاری بالینی داشتند. در میان دانش‌آموزانی که آزاردیدگی هیجانی زیادی داشتند،  $76$  نفر ( $60/3\%$ ) اختلال رفتاری نداشتند؛  $19$  نفر ( $15/1\%$ ) در مرز ابتلا به اختلال رفتاری بودند و  $31$  نفر ( $24/6\%$ ) اختلال رفتاری بالینی داشتند.

بر اساس جدول ۴، بین اختلال‌های رفتاری (نمره کل، اختلال‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و سلوک) با آزاردیدگی هیجانی (نمره کل و خرده مقیاس‌های آن) رابطه مثبت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

با توجه به جدول ۵ برای پیش‌بینی اختلال‌های رفتاری، تمامی ابعاد آزاردیدگی هیجانی به عنوان متغیر پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شدند که در مدل اول تنها، بُعد توهین وارد معادله رگرسیون شده است. این متغیر قادر است  $32/6$  درصد از تغییرات اختلال‌های رفتاری را تبیین کند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). در مدل دوم ابعاد توهین و ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند  $37/7$  درصد از تغییرات اختلال‌های رفتاری را تبیین کنند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). در مدل سوم ابعاد توهین، ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود و خراب کردن دوستی‌های فرزند وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند  $40/5$  درصد از تغییرات اختلال‌های رفتاری را تبیین کنند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). در مدل چهارم ابعاد توهین، ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود، خراب کردن دوستی‌های فرزند و تحقیر وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند  $42/1$  درصد از تغییرات اختلال‌های رفتاری را تبیین کنند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). در مدل پنجم ابعاد توهین، ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود، خراب کردن دوستی‌های فرزند وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند  $43/3$  درصد از تغییرات اختلال‌های رفتاری را تبیین کنند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است



توهین، تحقیر و خراب کردن دوستی‌های فرزند وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند ۳۶/۶ درصد از تغییرات اختلال‌های سلوک را تبیین کند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). در مدل چهارم ابعاد توهین، تحقیر، خراب کردن دوستی‌های فرزند و اجبار کردن وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند ۳۷/۷ درصد از تغییرات اختلال‌های سلوک را تبیین کند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). در مدل پنجم ابعاد توهین، تحقیر و خراب کردن دوستی‌های فرزند، اجبار کردن و ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند ۳۸/۲ درصد از تغییرات اختلال‌های سلوک را تبیین کند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). با توجه به ضرایب بتای استاندارد شده، قدرت تبیین‌کنندگی بُعد تحقیر بیشتر از سایر ابعاد است. پس از آن به ترتیب خراب کردن دوستی‌های فرزند، توهین، اجبار کردن و ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود قرار می‌گیرند. همه متغیرها به صورت مستقیم (مثبت) قادر به پیش‌بینی تغییرات اختلال سلوک هستند.

( $p < 0/001$ ). در مدل چهارم ابعاد توهین، ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود، تهدید و بی‌محبتی/غفلت وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند ۳۱/۲ درصد از تغییرات اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای را تبیین کند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). با توجه به ضرایب بتای استاندارد شده، قدرت تبیین‌کنندگی بُعد توهین بیشتر از سایر ابعاد است. پس از آن به ترتیب ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود، تهدید و بی‌محبتی/غفلت قرار می‌گیرند. همه متغیرها به صورت مستقیم (مثبت) قادر به پیش‌بینی تغییرات اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای هستند.

با توجه به جدول ۸، برای پیش‌بینی اختلال‌های سلوک، تمامی ابعاد آزاردیدگی هیجانی به عنوان متغیر پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شدند که در مدل اول تنها، بُعد توهین وارد معادله رگرسیون شده است. این متغیر قادر است ۲۷/۷ درصد از تغییرات اختلال‌های سلوک را تبیین کند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). در مدل دوم ابعاد توهین و تحقیر وارد معادله رگرسیون شدند. این متغیرها قادرند ۳۳/۳ درصد از تغییرات اختلال‌های سلوک را تبیین کند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/001$ ). در مدل سوم ابعاد



جدول ۱. فراوانی مطلق و نسبی آزاردیدگی هیجانی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش

کل		دختر		پسر		آزاردیدگی هیجانی
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۲۸	۲۴/۷	۸۵	۲۶/۷	۴۳	۲۱/۸	ندارد
۱۲۹	۲۴/۹	۷۳	۲۲/۷	۵۶	۲۸/۴	کم
۱۳۵	۲۶/۰	۷۹	۲۴/۵	۵۶	۲۸/۴	متوسط
۱۲۷	۲۴/۵	۸۵	۲۶/۷	۴۲	۲۱/۳	زیاد
۵۱۹	۱۰۰/۰	۳۲۲	۱۰۰/۰	۱۹۷	۱۰۰/۰	کل

جدول ۲. فراوانی مطلق و نسبی اختلال‌های رفتاری دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش

کل		دختر		پسر		اختلال
بالینی	مرزی	بالینی	مرزی	بالینی	مرزی	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
۳۵	۵/۲	۲۰	۴/۷	۱۵	۳/۱	رفتاری
۴	۱/۰	۱	۰/۹	۳	۰/۸	نارسایی توجه-
۱۳	۲/۵	۵	۲/۲	۷	۳/۳	بیش‌فعالی
۲۷	۵/۲	۱	۵/۶	۱۸	۹/۴	سلوک
۴۵۷	۸۸/۰	۲۰	۴/۷	۱۵	۳/۱	نافرمانی
۵۱۰	۹۸/۲	۱	۰/۳	۳	۰/۸	مقابله‌ای
۴۹۱	۹۴/۶	۱۶	۳/۲	۷	۳/۳	
۴۹۱	۹۴/۶	۱	۵/۶	۱۸	۹/۴	



جدول ۳. فراوانی مطلق و نسبی اختلال‌های رفتاری دانش‌آموزان پسر و دختر شرکت‌کننده در پژوهش با توجه به میزان آزاردیدگی هیجانی

اختلال رفتاری	پسر										دختر										کل			
	آزاردیدگی هیجانی					ندارد					آزاردیدگی هیجانی					ندارد					آزاردیدگی هیجانی			
	تعداد	درصد	کم	متوسط	زیاد	تعداد	درصد	کم	متوسط	زیاد	تعداد	درصد	کم	متوسط	زیاد	تعداد	درصد	کم	متوسط	زیاد	تعداد	درصد		
ندارد	۴۲	۱۰۰/۰	۵۴	۹۸/۲	۵۰	۹۰/۹	۲۰	۴۸/۸	۸۵	۱۰۰/۰	۷۰	۹۸/۶	۷۲	۹۲/۵	۵۶	۶۵/۹	۱۲۷	۱۰۰/۰	۱۲۴	۹۸/۴	۱۲۲	۹۲/۴	۷۶	۶۰/۳
مرزی	۰	۰/۰	۱	۱/۸	۴	۷/۳	۷	۱۷/۱	۱	۱/۴	۰	۰/۰	۲	۲/۶	۱۲	۱۴/۱	۱۷	۲۰/۰	۰	۰/۰	۶	۴/۵	۱۹	۱۵/۱
بالینی	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۱۴	۳۴/۱	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۳	۳/۹	۱۷	۲۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۳۱	۲۴/۶
ندارد	۴۳	۱۰۰/۰	۵۶	۱۰۰/۰	۵۶	۱۰۰/۰	۳۷	۸۸/۱	۸۵	۱۰۰/۰	۷۳	۱۰۰/۰	۷۸	۹۸/۷	۸۲	۹۸/۷	۷۸	۱۰۰/۰	۱۲۸	۱۰۰/۰	۱۲۹	۹۹/۳	۱۱۹	۹۳/۸
مرزی	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۲	۴/۸	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۱	۱/۳	۲	۲/۴	۱	۱/۳	۰	۰/۰	۱	۰/۷	۴	۳/۱
بالینی	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۳	۷/۱	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۱	۱/۲	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۴	۳/۱
ندارد	۴۲	۱۰۰/۰	۵۵	۱۰۰/۰	۵۴	۹۸/۲	۲۶	۶۳/۴	۸۵	۱۰۰/۰	۷۰	۹۸/۶	۷۶	۹۸/۷	۷۵	۸۸/۲	۱۲۷	۱۰۰/۰	۱۲۵	۹۹/۲	۱۳۰	۹۸/۵	۱۰۱	۸۰/۲
مرزی	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۱	۱/۸	۵	۱۲/۲	۰	۰/۰	۱	۱/۴	۱	۱/۳	۵	۵/۹	۰	۰/۰	۱	۰/۸	۲	۱/۵	۱۰	۷/۹
بالینی	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۱۰	۲۴/۴	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۵	۵/۹	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۱۵	۱۱/۹
ندارد	۴۲	۱۰۰/۰	۵۵	۱۰۰/۰	۵۵	۱۰۰/۰	۳۲	۷۸/۰	۸۵	۱۰۰/۰	۷۱	۱۰۰/۰	۷۷	۱۰۰/۰	۶۶	۷۷/۶	۱۲۷	۱۰۰/۰	۱۲۶	۱۰۰/۰	۱۳۶	۱۰۰/۰	۹۸	۷۷/۸
مرزی	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۹	۲۲/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۲۷	۲۱/۴
بالینی	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۱	۱/۲	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۱	۰/۸

جدول ۴. بررسی رابطه اختلال‌های رفتاری و آزاردیدگی هیجانی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون در دانش‌آموزان پسر و دختر

متغیر	اختلال‌های رفتاری		اختلال‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی		اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای		اختلال سلوک	
	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r
نمره کل آزاردیدگی هیجانی	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
توهین ابرچسب‌زنی	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۷
ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
تهدید	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۴
خراب کردن دوستی‌های فرزند	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۳
بی‌توجهی/اطرد	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۲
تحقیر	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۴
بی‌محبتی/غفلت	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
مجبور ساختن	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۷
آشفته‌گی خانواده	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۷





جدول ۵. پیش‌بینی تغییرات اختلال‌های رفتاری از روی ابعاد آزاردیدگی هیجانی با استفاده از رگرسیون خطی مدل گام به گام

مدل	متغیرهای پیش‌بین	آماره F	p-value	R	R <sup>۲</sup>	$\beta$	Beta	آماره t	p-value
۱	توهین	۲۴۵/۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	۰/۳۲۶	۰/۷۳۹	۰/۵۷۱	۱۵/۶۶	<۰/۰۰۱
۲	توهین	۱۵۳/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۰/۳۷۷	۰/۴۶۵	۰/۳۵۹	۷/۵۱	<۰/۰۰۱
	ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود					۰/۵۳۰	۰/۳۱۱	۶/۴۹	<۰/۰۰۱
۳	توهین	۱۱۴/۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۴۰۵	۰/۲۹۰	۰/۲۲۴	۴/۱۱	<۰/۰۰۱
	ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود					۰/۵۲۳	۰/۳۰۶	۶/۵۵	<۰/۰۰۱
	خراب کردن دوستی‌های فرزند					۰/۷۰۷	۰/۲۱۷	۴/۸۶	<۰/۰۰۱
۴	توهین	۹۱/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۹	۰/۴۲۱	۰/۲۰۵	۰/۱۵۸	۲/۷۹	<۰/۰۰۱
	ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود					۰/۴۷۹	۰/۲۸۱	۶/۰۱	<۰/۰۰۱
	خراب کردن دوستی‌های فرزند					۰/۶۳۹	۰/۱۹۶	۴/۴۱	۰/۰۰۶
	تحقیر					۰/۵۲۶	۰/۱۶۰	۳/۶۹	۰/۰۰۸
۵	توهین	۸۷۷/۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۸	۰/۴۳۳	۰/۲۰۴	۰/۱۵۷	۲/۸۰	<۰/۰۰۱
	ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود					۰/۴۵۰	۰/۲۶۳	۵/۶۵	<۰/۰۰۱
	خراب کردن دوستی‌های فرزند					۰/۵۳۸	۰/۱۶۵	۳/۶۶	۰/۰۰۱
	تحقیر					۰/۴۷۳	۰/۱۴۴	۳/۳۳	۰/۰۰۳
	اجبار کردن					۰/۴۳۷	۰/۱۲۰	۳/۲۲	۰/۰۳۰

**R:** ضریب همبستگی چندگانه، **R<sup>۲</sup>:** ضریب تعیین،  **$\beta$ :** بتای غیراستاندارد، **Beta:** بتای استاندارد، **p-value:** مقدار احتمال

جدول ۶. پیش‌بینی تغییرات اختلال‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی از روی ابعاد آزاردیدگی هیجانی با استفاده از رگرسیون خطی مدل گام به گام

مدل	متغیرهای پیش‌بین	آماره F	p-value	R	R <sup>۲</sup>	$\beta$	Beta	آماره t	p-value
۱	ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود	۲۷۵/۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۳	۰/۳۵۲	۰/۳۶۹	۰/۵۹۳	۱۶/۵۹	<۰/۰۰۱
۲	ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود	۱۴۳/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۰/۳۶۲	۰/۳۳۸	۰/۵۴۲	۱۳/۶۸	<۰/۰۰۱
	خراب کردن دوستی‌های فرزند					۰/۱۳۷	۰/۱۱۵	۲/۹۰	۰/۰۰۴

**R:** ضریب همبستگی چندگانه، **R<sup>۲</sup>:** ضریب تعیین،  **$\beta$ :** بتای غیراستاندارد، **Beta:** بتای استاندارد، **p-value:** مقدار احتمال



جدول ۷. پیش‌بینی تغییرات اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای از روی ابعاد آزاردیدگی هیجانی با استفاده از رگرسیون خطی مدل گام به گام

مدل	متغیرهای پیش‌بین	آماره F	p-value	R	R <sup>2</sup>	β	Beta	آماره t	p-value
۱	توهین	۱۷۱/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۲	۰/۲۵۲	۰/۱۶۷	۰/۵۰۲	۱۳/۰۸	<۰/۰۰۱
۲	توهین	۱۰۷/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۵	۰/۲۹۷	۰/۱۰۲	۰/۳۰۶	۶/۰۲	<۰/۰۰۱
	ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود					۰/۱۲۷	۰/۲۸۹	۵/۶۸	<۰/۰۰۱
۳	توهین	۷۴/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۳	۰/۳۰۶	۰/۰۸۸	۰/۲۶۳	۴/۹۳	<۰/۰۰۱
	ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود					۰/۱۰۷	۰/۲۴۳	۴/۵۲	<۰/۰۰۱
	تهدید					۰/۰۷۳	۰/۱۲۵	۲/۵۴	۰/۰۱۱
۴	توهین	۵۷/۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۸	۰/۳۱۲	۰/۰۷۸	۰/۲۳۴	۴/۲۶	<۰/۰۰۱
	ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود					۰/۱۰۲	۰/۲۳۲	۴/۳۱	<۰/۰۰۱
	تهدید					۰/۰۷۳	۰/۱۲۵	۲/۵۵	۰/۰۱۱
	بی‌محبتی/غفلت					۰/۰۴۷	۰/۰۸۶	۲/۰۹	۰/۰۳۷

R: ضریب همبستگی چندگانه، R<sup>2</sup>: ضریب تعیین، β: بتای غیراستاندارد، Beta: بتای استاندارد، p-value: مقدار احتمال

جدول ۸. پیش‌بینی تغییرات اختلال‌های سلوک از روی ابعاد آزاردیدگی هیجانی با استفاده از رگرسیون خطی مدل گام به گام

مدل	متغیرهای پیش‌بین	آماره F	p-value	R	R <sup>2</sup>	β	Beta	آماره t	p-value
۱	توهین	۱۹۴/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۷	۰/۲۷۷	۰/۳۱۲	۰/۵۲۷	۱۳/۹۶	<۰/۰۰۱
۲	توهین	۱۲۵/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۶	۰/۳۳۱	۰/۲۰۸	۰/۳۵۰	۷/۶۹	<۰/۰۰۱
	تحقیر					۰/۴۳۹	۰/۲۹۲	۶/۴۰	<۰/۰۰۱
۳	توهین	۹۷/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۵	۰/۳۶۶	۰/۱۲۶	۰/۲۱۲	۴/۱۲	<۰/۰۰۱
	تحقیر					۰/۳۹۳	۰/۲۶۱	۵/۸۳	<۰/۰۰۱
	خراب کردن دوستی‌های فرزند					۰/۳۶۷	۰/۲۴۶	۵/۲۹	<۰/۰۰۱
۴	توهین	۷۶/۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۰/۳۷۷	۰/۱۲۰	۰/۲۰۲	۳/۹۴	<۰/۰۰۱
	تحقیر					۰/۳۶۷	۰/۲۴۴	۵/۴۳	<۰/۰۰۱
	خراب کردن دوستی‌های فرزند					۰/۳۲۴	۰/۲۱۷	۴/۶۰	<۰/۰۰۱
	اجبار کردن					۰/۱۸۷	۰/۱۱۳	۲/۹۰	۰/۰۰۸
۵	توهین	۶۲/۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۸	۰/۳۸۲	۰/۰۸۵	۰/۱۴۳	۲/۴۴	۰/۰۱۵
	تحقیر					۰/۳۴۸	۰/۲۳۱	۵/۱۲	<۰/۰۰۱
	خراب کردن دوستی‌های فرزند					۰/۳۲۸	۰/۲۱۹	۴/۶۶	۰/۰۰۱
	اجبار کردن					۰/۱۷۲	۰/۱۰۳	۲/۶۵	۰/۰۰۸
	ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود					۰/۰۷۹	۰/۱۰۰	۲/۰۶	۰/۰۴۰

R: ضریب همبستگی چندگانه، R<sup>2</sup>: ضریب تعیین، β: بتای غیراستاندارد، Beta: بتای استاندارد، p-value: مقدار احتمال



## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان و پیش‌بینی آن بر اساس آزاردیدگی هیجانی بود. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که آزاردیدگی هیجانی با اختلال‌های رفتاری در نوجوانان رابطه مستقیم دارد. یعنی با افزایش آزاردیدگی هیجانی، نشانه‌های اختلال‌های رفتاری نوجوانان افزایش می‌یابد. این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش‌های گذشته (سیلوا و همکاران، ۲۰۱۴؛ سبپولو، ۲۰۱۲؛ میلز و همکاران، ۲۰۱۳) است.

سیلوا و همکاران (۲۰۱۳) رابطه آزاردیدگی هیجانی و مشکلات درون‌نمود و برون‌نمود (که با استفاده از فرم خودگزارش‌دهی نوجوان آخن‌باخ سنجش شده بود) در نوجوانان مجرم را بررسی کردند. همبستگی قابل توجهی بین آزاردیدگی هیجانی با مشکلات درون‌نمود و برون‌نمود وجود داشت. در یک بررسی دیگر که بر روی یک نمونه غیر بالینی از کودکان سن مدرسه صورت گرفته است، مشخص شده است که آزاردیدگی هیجانی با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی رابطه دارد (سبپولو، ۲۰۱۲). میلز و همکاران (۲۰۱۳) در بررسی یک نمونه نسبتاً بزرگ (۵۱۷۲ نفر) از نوجوانان ۱۴ ساله دریافتند که همه انواع آزاردیدگی‌ها با مشکلات درون‌نمود و برون‌نمود (که با استفاده از فرم خودگزارش‌دهی نوجوان آخن‌باخ مورد سنجش قرار دادند) رابطه دارند ولی آزاردیدگی هیجانی و غفلت نسبت به سایر آزاردیدگی‌ها، رابطه قوی‌تری با این مشکلات دارد.

تفاوت اساسی پژوهش حاضر با پژوهش‌های گذشته در این است که پژوهش حاضر تلاش کرده است ابعاد آزاردیدگی هیجانی را شناسایی کرده و نقش این ابعاد را در اختلال‌های رفتاری آشکار ساخته است. با اینکه بیان شد در پژوهش حاضر آزاردیدگی هیجانی با اختلال‌های رفتاری در نوجوانان رابطه دارد، با این حال، طبقات مختلف آزاردیدگی هیجانی قدرت متفاوتی در پیش‌بینی اختلال‌های رفتاری نوجوانان دارند. پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار اختلال‌های رفتاری نوجوانان، آزاردیدگی از نوع توهین کردن، ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود، خراب کردن دوستی‌های فرزند و تحقیر کردن است. این متغیرها قادرند ۴۲/۱ درصد از تغییرات اختلال‌های رفتاری نوجوانان را

تبیین کنند. پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار اختلال‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی نوجوانان، آزاردیدگی از نوع ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود و خراب کردن دوستی‌های فرزند است. این متغیرها قادرند ۳۶/۲ درصد از تغییرات اختلال‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی را تبیین کنند. پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای نوجوانان، آزاردیدگی از نوع توهین کردن، ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود، تهدید کردن و بی‌محبتی/غفلت کردن است. این متغیرها قادرند ۳۱/۲ درصد از تغییرات اختلال نافرمانی مقابله‌ای نوجوانان را تبیین کنند. پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار اختلال‌های سلوک نوجوانان، آزاردیدگی از نوع توهین کردن، تحقیر کردن، خراب کردن دوستی‌های فرزند، اجبار کردن و ایجاد حس بی‌اعتمادی به خود است. این متغیرها قادرند ۳۸/۲ درصد از تغییرات اختلال‌های سلوک نوجوانان را تبیین کنند.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به دیدگاه کرک، گلاگر و کلمن (۲۰۱۵) استناد کرد آن‌ها بر این باورند که اگر چه تمایل وجود دارد که به اختلال‌های برون‌نمود به صورت حوادث مجزا واکنش نشان داده شود با این وجود داده‌های روشنی وجود دارد که نشان می‌دهد رفتار ما نتیجه عوامل یکپارچه، هم عوامل بیرونی و هم عوامل درونی می‌باشد و این عوامل به عنوان یک سیستم پویا با یکدیگر کار می‌کنند. یکی از عوامل محیطی که به وضوح با اختلال رفتاری مرتبط است کودک‌آزاری است. بد رفتاری جسمی و روان‌شناختی کودکان به ویژه توسط والدین به طور قوی پیش‌بینی‌کننده اختلال رفتاری است و تا زمانی که عمل پیشگیرانه صورت گیرد، ما این شرایط را نسل به نسل مشاهده خواهیم کرد. ماتیسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) اعتقاد دارد که یک کودک با آشفتگی رفتاری جدی به ندرت متعلق به خانواده‌ای باثبات با والدینی گرم و دوست‌داشتنی است و کودکی که مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرد، احتمالاً والدی سوءاستفاده‌کننده می‌شود و الگوهای منفی کلی را مجدداً تولید می‌نماید، مگر این که خانواده و جامعه مداخله کنند. در کنار

۱. Mattison



گذشته (هامرمن، ۲۰۰۰؛ سیکتی، ۱۹۹۱) مشخص شده است که کودکان آزاردیده سطوح بالایی از کرتیزول در خون خود دارند که مقدار آن به طور معناداری بیشتر از کودکان غیرآزاردیده است. وجود سطوح بالای کرتیزول، خطر نقص در محور پاسخ به استرس هیپوتالاموس-هیپوفیز-قشر فوق کلیوی را، افزایش می‌دهد (هرتس‌گارد<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). بنابراین آزاردیدگی، علاوه بر تغییر ساختاری مغز، به تغییرات کارکردی نیز می‌انجامد. گرچه بررسی‌ای در این زمینه صورت نگرفته است، ولی به نظر می‌رسد آزاردیدگی هیجانی در دوره نوجوانی بیشتر منجر به تغییرات کارکردی (تغییرات در سوخت و ساز بخش‌های مختلف مغز، همچنین تغییرات در انتقال دهنده‌های عصبی) شده و از این طریق اختلال‌های هیجانی-رفتاری را به وجود آورده یا گسترش می‌دهد.

پژوهش حاضر در جامعه و نمونه کوچکی انجام شده لذا در تعمیم آن به سایر جوامع باید با احتیاط عمل شود. تعداد زیاد سوالات و عدم همکاری بعضی از دانش‌آموزان برای تکمیل پرسشنامه‌ها از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. با توجه به تفاوت‌های قومی در کشور به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود شیوع اختلال‌های رفتاری را در کودکان با قومیت‌های مختلف مثل ترک، لر و کرد مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد از برنامه‌های فرزند پروری مثبت در کاهش اختلال‌های رفتاری استفاده شود.

### منابع

- Briere, J., & Runtz, M. (۱۹۸۸). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse & Neglect*, ۱۲, ۳۳۱-۳۴۱.
- Bowlby, J. (۱۹۸۹). The role of attachment in personality development and psychopathology. In Greenspan, S I. & Pollock, G H. (Eds.). *The course of life*. Vol. ۱: Infancy. (pp. ۲۲۹-۲۷۰). Madison, CT: International Universities Press.
- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., & Siméoni, M. (۲۰۱۱). Prevalence

این دیدگاه‌ها می‌توان به نظریه‌های دلبستگی و عصب شناختی تکیه کرد.

شاید بتوان بالبی<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) را جزء اولین افرادی دانست که به صورت جدی به مقوله‌ی آزاردیدگی هیجانی پرداخته است. مجموعه‌ای از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آزاردیدگی هیجانی در دوره‌ی کودکی منجر به دلبستگی نایمن در فرد می‌شود (به عنوان نمونه هامرمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ توث، منلی و سیکتی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲). ایگلند و همکاران (۱۹۸۱) به نقل از شافر و همکاران، (۲۰۰۹) نشان دادند که آزاردیدگی هیجانی در اوایل کودکی، منجر به شکل‌گیری دلبستگی نایمن اجتنابی در فرد می‌شود.

در نظریه‌های عصب شناختی اعتقاد بر این است که علت مشکلات روانی، تغییرات ساختاری و کارکردی در مغز است. برای مثال، آسیب به نواحی مختلف مغز می‌تواند زمینه‌ساز بیماری‌های روانی باشد. علاوه بر تغییر ساختاری، تغییرات کارکردی نیز می‌تواند مشکلات روانی ایجاد کند. مشکلات کارکردی مانند کاهش یا افزایش سوخت و ساز نواحی مغزی یا تغییرات در سیستم انتقال‌دهنده‌های عصبی. بررسی‌های اسکوری<sup>۴</sup> از سال ۱۹۹۶ تا سال ۲۰۰۰ (به نقل از اسکوری، ۲۰۰۱) نشان می‌دهد که سال‌های اولیه زندگی نقش بسیار مهمی در سیستم عصب‌شناختی دارد. بنابراین تجربه‌های مناسب در سنین اولیه، می‌توانند زمینه‌ساز افزایش پیوندهای مغزی، میلین‌دار شدن سلول‌های عصبی، گسترش دندریت‌ها و افزایش گذرگاه‌های عصبی، شوند؛ و تجربه‌های نامناسب بر همه-ی موارد گفته شده، اثر منفی می‌گذارد. وی بیان داشته است که رابطه‌ی آسیب‌زا در نخستین سال زندگی می‌تواند بر ریش آمیگدال و لیمبیک پیشین و در سال دوم زندگی بر قشر لیمبیک اثر منفی بگذارد. مشاهده می‌شود که آزاردیدگی می‌تواند به تغییر ساختاری در مغز بیانجامد. در بررسی‌های

۱. Bowlby  
 ۲. Hamarman  
 ۳. Toth., Manly., & Cicchetti  
 ۴. Schore

۵. Hertzgaard



maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, 1, 27-38.

Kirk, S., Gallagher, J.J & Coleman, M. (2010). *Educating Exceptional children*. Wadsworth.

Mills, R., Scott, J., Alati, R., O'Callaghan, M., Najman, J. M., & Strathearn, L. (2013). Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child abuse & neglect*, 37(5), 292-302.

Minaey, A. (2005). *Manual forms of school-age measurement system based on the experience Achenbach (ASEBA)*. Tehran: Center for Exceptional Children. [Persian]

Minaey, A. (2006). *Achenbach Child Behavior Checklist compliance and standardization self report and Teacher Report Form*. RESEARCH ON EXCEPTIONAL CHILDREN, 1, 529-558. [Persian]

Powers, A., Ressler, K. J., & Bradley, R. G. (2009). The protective role of friendship on the effects of childhood abuse and depression. *Depression and anxiety*, 26(1), 46-53.

Schore, A. N. (2001). *The Effects Of Early Relational Trauma On Right Brain Development, Affect Regulation, And Infant Mental Health*. *Infant Mental Health Journal*, 1(2): 201-269.

Sebopelo, N. P. (2012). *The relationship between symptoms of attention-deficit / hyperactivity disorder and child abuse in adolescents*. M.A. Thesis in Clinical Psychology, University of Limpopo.

Shaffer, A., Yates, T M., & Egeland, B R. (2009). The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: Developmental processes in a prospective study. *Child Abuse & Neglect*. 33, 36-44.

Shenk, C. E., Noll, J. G., & Cassarly, J. A. (2010). A Multiple Mediation Test of the Relationship Between Childhood Maltreatment and Non-suicidal Self-Injury. *J Youth Adolescence*, 39, 330-342.

Silva, T. C., Graña, J. L., & González-Cieza, L. (2013). Self-Reported Physical and Emotional Abuse among Youth Offenders and Their Association with Internalizing and Externalizing Psychopathology: A Preliminary Study. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 30, 662-674.

Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S & Seremetis S. V. (2003). Childhood emotional

rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 33, 1887-1890.

Burns, N. R., Lee, M. D., Vickers, D., & Burns, N. (2006). Individual differences in problem solving and intelligence. *Journal of Problem Solving*, 1(1), 20-32.

Colman, R A., & Widom, C S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse & Neglect*. 28, 1133-1151.

Erickson, M., Egeland, B. & Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 647-684). Cambridge: Cambridge University Press.

Follingstad, D R., & Dehart, D D. (2000). *Defining Psychological Abuse Of Husbands Towards Wives: Contexts Behaviors & Typologies*. *Journal of Interpersonal Violence*. 9, 891-920.

Gibb, B E., & Abela, J R Z. (2008). Emotional Abuse, Verbal Victimization, and the Development of Children's Negative Inferential Styles and Depressive Symptoms. *Cogn Ther Res*. 32, 161-176.

Glaser, D., Prior, V. & Lynch, M. (2001). *Emotional abuse and emotional neglect: Antecedents, operational definitions and consequences*. York: British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect.

Gross, A. B. & Keller, H. R. (1992). Long-term consequences of childhood physical and psychological maltreatment. *Aggressive Behavior*, 18, 171-180.

Hamarman, S. (2000). *Evaluating And Reporting Emotional Abuse in Children: Parent-Based, Action Based Focus Aids in Clinical Decision-Making*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1-7.

Hardman, Michael M., Drew, J and Egen, M.W. (2002). *Psychology and Education of Exceptional Children, community, school and family*. Translated by Alizadeh, H. Ganji, K. Yousefi Lovyeh, M and Yadegari, F. (2009). Tehran: Danzhh. [Persian]

Hart, S., Binggeli, N. & Brassard, M. (1998). Evidence of the effects of psychological



abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Neglect*, ۲۷, ۱۲۴۷-۱۲۵۸.

Sylvestre, A., & Mérette, C. (۲۰۱۰). Language delay in severely neglected children: A cumulative or specific effect of risk factors? *Child Abuse & Neglect*. ۳۴, ۴۱۴-۴۲۸.

Toth, S L., Manly, JT., & Cicchetti, D. (۱۹۹۲). Child maltreatment and vulnerability to depression. *Development and Psychopathology*. ۴, ۹۷-۱۱۲.

Wekerle, C., Leung, E., Wall, A. M., MacMillan, H., Boyle, M., Trocme, N & Waechterm R. (۲۰۰۹). The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect*, ۳۳, ۴۵-۵۸.

World Health Organization. (۲۰۰۶). preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Retrieved from [www.who.int/topics-child\\_abuse-en](http://www.who.int/topics-child_abuse-en)