

شیوع و عوامل مرتبط با اختلال سلوک در دانش آموزان متوسطه شهرستان سنندج (سال 1392)*فایق یوسفی¹؛ سوما هوشیاری^{2*}**چکیده**

زمینه: این مطالعه جهت ارزیابی شیوع اختلال سلوک و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان دبیرستانی شهر سنندج در سال 1392 انجام شده است.

روش‌ها: آزمودنی‌های این پژوهش 375 نفر بود که از میان دانش آموزان مقطع متوسطه شهرستان سنندج به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه علایم مرضی کودکان (Child Symptom Inventory) و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-1) بود. نتایج با نرم‌افزار SPSS 21 و آزمون آماری مجذور کای تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میزان شیوع اختلال سلوک در بین دانش آموزان دبیرستانی شهر سنندج 8/8 درصد بود. میزان شیوع در دانش آموزانی که والدینشان جدا از هم زندگی می‌کردند بیشتر از بقیه دانش آموزان بود. میزان شیوع اختلال سلوک در پسران به صورت معناداری بیشتر از دختران بود. اختلال سلوک با متارکه و طلاق والدین ارتباط معنادار داشت. بین اختلال سلوک و میزان فوت والدین، سابقه اختلال روانپزشکی والدین و پایه تحصیلی دانش آموز ارتباط معنادار آماری وجود نداشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه، فعال کردن واحد مشاوره در مدارس و برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده برای والدین توسط روانشناسان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال سلوک، شیوع، عوامل مرتبط، دانش آموزان

«دریافت: 1393/9/11 پذیرش: 1393/12/12»

1. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

2. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

*عهده‌دار مکاتبات: سنندج، بلوار پاسداران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، تلفن: 09188790393

Email: drshoshiari@gmail.com

* این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی خانم سوما هوشیاری جهت اخذ درجه دکترای عمومی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان می‌باشد.

مقدمه

علایمی مانند رفتار پرخاشگرانه که موجب تهدید یا صدمه رساندن به اطرافیان یا حیوانات شود، رفتارهایی که موجب وارد آوردن زیان یا خسارت مالی گردد، فریبکاری و تقلب یا دزدی و نقض جدی مقررات دارد. باید از شروع این علایم 12 ماه گذشته باشد و حداقل یک معیار ظرف شش‌ماه گذشته وجود داشته باشد. همچنین، اختلال سلوک دو نوع فرعی شامل شروع در دوران کودکی و شروع در دوران نوجوانی دارد. در نوع اول رفتارهای مشخص این اختلال قبل از ده سالگی ظاهر

اختلال سلوک (Conduct disorder) یکی از مشکل‌ترین و مورد بحث‌ترین مسایل سلامت روان در کودکان و نوجوانان است (1). این اختلال مجموعه‌ای از رفتارهای ضداجتماعی پایدار کودکان است که باعث اختلال در چند زمینه عملکردی آنان می‌شود و ویژگی آن پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است. برطبق تعریف تجدیدنظر شده در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV)، اختلال سلوک،

اجتماعی، خطرابتلا به اختلال سلوک را افزایش می‌دهند (2).

نجفی و همکاران در سال 1388 نشان دادند که تحصیلات پدر در بروز اختلال‌های رفتاری نقش مهم و مؤثری دارد. بدین معنی که پدران دارای تحصیلات بیشتر، کودکانی با مشکلات عاطفی و رفتاری کم‌تر دارند. با توجه به این‌که در ایران سواد و تحصیلات پدر می‌تواند شاخصی از طبقه اقتصادی اجتماعی باشد، شاید بتوان نتیجه گرفت که شیوع اختلال‌های رفتاری در طبقات اقتصادی اجتماعی پایین جامعه بیشتر است (4). ضیاءالدینی و همکاران، ارتباط معناداری با فراوانی اختلال سلوک و تحصیلات مادر یافتند (5). البنا و همکاران در سال 2012 نشان دادند که ارتباط زیادی بین شیوع اختلال سلوک و زندگی با یکی از والدین یا خویشاوندان وجود دارد. همچنین سطح سواد والدین این افراد پایین‌تر بود. ارتباط زیادی میان شغل‌دار بودن پدر در زمان مطالعه و شیوع این اختلال وجود داشت (6).

برگ نیلسون و همکاران در سال 2012 نشان دادند که بیشترین میزان شیوع اختلالات رفتاری در میان دانش‌آموزانی بود که والدینشان جدا از هم زندگی می‌کردند. همچنین شیوع این اختلالات در سطوح اقتصادی اجتماعی پایین‌تر بیشتر بود (7). عبدالرحیم هومیدا در مطالعه‌ای در سال 2011 نشان داد که تفاوت زیادی بین شیوع اختلال سلوک در میان دانش‌آموزانی که والدینشان از هم جدا شده‌اند و آنانی که والدینشان جدا نشده‌اند وجود دارد. تفاوتی بین شیوع اختلال سلوک در مدارس دولتی و خصوصی وجود نداشت (8). غیائی و همکاران در سال 1385 نشان دادند که بین تحصیلات والدین و میزان اختلالات رفتاری رابطه معناداری وجود دارد. بدین ترتیب که بالاترین میزان اختلالات رفتاری مربوط به دانش‌آموزانی بود که میزان تحصیلات والدین آن‌ها زیر دیپلم (35%) و سپس دیپلم (30/4%) بود. کم‌ترین شیوع نیز مربوط به دانش‌آموزانی بود که والدین با تحصیلات بالاتر از فوق‌دیپلم داشتند. مطالعات دیگر

می‌شود و در دیگری خصوصیات رفتاری پیش از ده سالگی بروز نمی‌کند (2). عدم درمان اختلالات روانپزشکی با عوارض و عواقب قابل‌توجهی همراه است که شامل افزایش ناتوانی و مرگ و میر و عدم دستیابی به وظایف تکاملی در طول زندگی فرد، نابسامانی و اشکال در ارتباط میان نسل‌ها و اتلاف هزینه‌های قابل‌توجه جامعه می‌شود (3). کودکان مبتلا به مشکلات سلوک، در مدرسه مشکلات زیادی دارند. مشکلاتی همچون نداشتن موفقیت‌های تحصیلی، ماندن در یک کلاس، قرار گرفتن در کلاس‌های آموزش‌های خاص، ترک تحصیل، بازداشت، تعلیق و اخراج از جمله این مشکلات است. گرچه ناکامی و غیراخلاقی شدن، همراه با شکست‌های تحصیلی می‌تواند منجر به رفتارهای ضداجتماعی در برخی کودکان شود اما مدارک اندکی وجود دارد که نشان دهد شکست تحصیلی، به‌ویژه در دوران کودکی، علت اصلی رفتار جامعه‌ستیزانه است.

باتوجه به این‌که اختلالات رفتاری همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، هرگونه تلاشی که در زمینه شناسایی، تشخیص، پیشگیری، کنترل و درمان آن‌ها صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقاء بخشد، ارزشمند است (3). کودکان مبتلا به اختلال سلوک در معرض خطر ابتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی در آینده قرار دارند (3). لذا بررسی شیوع و همه‌گیرشناسی این اختلال در جامعه کنونی ما نیز می‌تواند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد و با شناسایی، درمان و پیگیری این بیماران می‌توان در ارتقای سلامت روانی کودکان و در نهایت جامعه بزرگسالان مؤثر واقع شد. هیچ عامل واحدی نمی‌تواند رفتار ضد اجتماعی و اختلال سلوک را توجیه کند. بلکه بسیاری از عوامل زیستی- روانی- اجتماعی در پیدایش این اختلال نقش دارند. لازم به توضیح است که مجموعه عواملی نظیر روش تربیتی تنبیهی و خشن، وضعیت آشفته خانه، طلاق و بیکاری والدین و همچنین عوامل اجتماعی- فرهنگی مانند محرومیت‌های اقتصادی-

فقط افرادی که اختلال سلوک داشتند به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه علائم مرضی کودکان (Child Symptom Inventory) (10) و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-1) بود.

الف: پرسشنامه علائم مرضی کودکان: این پرسشنامه، دارای دو چکلیست والد و معلم است. چکلیست والد 97 سؤال دارد و 17 اختلال را می‌سنجد و چکلیست معلم با 77 سؤال، 13 اختلال را مورد سنجش قرار می‌دهد که 8 سؤال آن مربوط به ارزیابی اختلال سلوک است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در دانشگاه استونی بروک به تأیید رسیده است. در ایران نیز ضریب پایایی ابزار با روش آزمون مجدد محاسبه شد که در چکلیست والد $r=0/96$ و در چکلیست معلم $r=0/93$ گزارش شده است. اعتبار صوری پرسشنامه که براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV می‌باشد توسط اساتید روان‌پزشکی و روان‌شناسی انستیتو روان‌پزشکی تهران تأیید شده است (شهربانو قهاری، امیرهوشنگ مهریار و بهروز بیرشک، 1382). ابراهیمی پایایی این آزمون را برای اختلال سلوک 0/89-0/96 به دست آورده است (11). حساسیت و ویژگی این آزمون در ایران برای اختلال سلوک بررسی شده که به ترتیب 0/89 و 0/97 می‌باشد و بهترین نقطه برش آن 4 تعیین شده است. پایایی فرم معلمان 0/93 به دست آمده است (12).

با توجه به این که از لحاظ اجرایی چکلیست معلم بهتر قابل اجرا بود و همکاری معلمان مدارس بهتر از والدین بود لذا از چکلیست معلم در این مطالعه استفاده شد.

ب: مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-1): یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که تشخیص‌هایی را بر اساس DSM-IV فراهم می‌آورد (اسپیترز، ویلیامز، گیون و فرست، 1992). مطالعات مختلف حاکی از روایی و پایایی مطلوب این روش است (ویلیامز، گیون و همکاران، 1992؛ مارتین، 2000؛ اسکره، انستاد، پولاک، باکشتین و

نشان داده‌اند که بین شغل والدین و اختلالات رفتاری رابطه وجود دارد. به نحوی که کم‌ترین میزان اختلال مربوط به دانش‌آموزانی بوده که والدین آن‌ها مشاغل کشاورزی و دامپروری داشته‌اند. بیشترین میزان شیوع نیز مربوط به دانش‌آموزانی است که والدین آن‌ها مشاغل آزاد دارند. همچنین بالاترین میزان شیوع مربوط به فرزندان اول و دوم و کم‌ترین میزان آن مربوط به فرزندان ششم و بالاتر است (9). با توجه به مطالب فوق پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع و عوامل مرتبط با اختلال سلوک در میان دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر سنندج انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی به روش توصیفی - تحلیلی است. جمعیت مورد مطالعه دانش‌آموزان دبیرستانی مدارس دولتی شهر سنندج در سال 1392 بودند. تعداد نمونه در این مطالعه 375 نفر (200 پسر) با دامنه سنی 14-20 و میانگین برابر $16/01 \pm 1/11$ سال با توجه به سطح اطمینان 95 درصد و نسبت 50 درصد برای میزان شیوع اختلال سلوک در دانش‌آموزان تعیین گردید. لازم به توضیح است که از مجموع تعداد 375 نفر فقط دو نفر در دامنه سنی 19 و 20 سال بوده و مابقی نمونه‌ها در دامنه سنی 18-14 سال قرار داشتند. اختلال سلوک در این دامنه سنی قرار می‌گیرد و تعداد دو نفر نمی‌تواند بر نتایج به دست آمده تأثیر داشته باشد و قابل اغماض می‌باشد.

از آنجا که نمونه‌ها دارای زیرمجموعه‌های جنسیت، پایه تحصیلی و همچنین نواحی یک و دو آموزش و پرورش در سطح شهر سنندج بودند از روش چندمرحله‌ای تصادفی طبقه‌ای استفاده شد. برای نمونه‌گیری تمامی دانش‌آموزانی که دارای اختلالات روان‌پزشکی، به جز اختلال سلوک بودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. برای این کار پرسشنامه علائم مرضی کودکان (چک لیست معلم) برای تمام نمونه‌ها اجرا شد و

پرسشنامه‌ها، مبتلایان به اختلال سلوک شناسایی و وارد مرحله دوم آزمون شدند. برای هرکدام از دانش‌آموزان که در این پرسشنامه 4 و یا بیشتر از 4 مورد گزینه "اغلب اوقات" یا "همیشه" را کسب کرده بود، تشخیص اختلال سلوک داده شد و این نمونه‌ها وارد مرحله دوم آزمون که مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) بود شدند. کلیه مصاحبه‌ها براساس SCID توسط پژوهشگر و با راهنمایی متخصص روانپزشکی انجام شد. مصاحبه بالینی شامل 15 سؤال بود و پس از هر سؤال فرد در 4 وضعیت مختلف قرار می‌گرفت و در صورتی که حداقل در دو مورد "در حد آستانه یا واقعی" را کسب می‌کرد اختلال سلوک برای وی در نظر گرفته می‌شد.

یافته‌ها

در این پژوهش 375 دانش‌آموز دبیرستانی مشغول به تحصیل در مدارس دولتی شهر سنندج که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، وارد مطالعه گردیدند. 33 نفر (8/8%) از دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک بودند (فاصله اطمینان 95% برابر 5/9-11/7%). میانگین سن 16/01±1/11 سال بود. پایه تحصیلی 145 نفر (38/7%) اول متوسطه، میزان تحصیلات پدر در 80 نفر (21/3%) ابتدایی و میزان تحصیلات مادر نیز در 111 نفر (30/2%) ابتدایی بود. 218 نفر (58/1%) از پدران دارای شغل آزاد و 321 نفر (85/6%) از مادران بیکار بودند (جدول 1). 24 نفر (6/4%) والدین متوفی داشتند. در 5 نفر (1/3%) از نمونه‌ها والدین متارکه کرده بودند. در 12 نفر (3/2%) والدین آن‌ها از هم طلاق گرفته بودند. 1 نفر (0/3%) والدین آن‌ها سابقه اختلالات روانپزشکی داشتند. بین سن، جنسیت، وضعیت متارکه والدین و وضعیت طلاق والدین با اختلال سلوک در بین افراد مورد مطالعه ارتباط معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). بین پایه تحصیلی، میزان تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، وضعیت فوت والدین و سابقه اختلالات روانپزشکی والدین با اختلال سلوک در بین افراد مورد مطالعه ارتباط معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$) (جدول 1).

لینچ تورگرسن و کرینگلن 1991؛ زانارینی و فرانکنبرگ 2001؛ زانارینی و همکاران، 2000 (13).

بر اساس مطالعه شریفی و همکاران (1383)، پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID) در اختلال سلوک برابر 84/6 درصد است (14).

بعد از گردآوری، داده‌ها وارد محیط نرم‌افزار SPSS 21 شد. متغیرهای توصیفی کمی با محاسبه میانگین و انحراف معیار و متغیرهای توصیفی کیفی با محاسبه فراوانی و درصد خلاصه شدند. برای آنالیز ارتباط اختلال سلوک با جنسیت، پایه تحصیلی، طلاق، میزان تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، وضعیت فوت، متارکه و طلاق والدین و سابقه اختلالات روانپزشکی والدین و گروه‌های سنی از آزمون مجذور کای و تست دقیق فیشر استفاده شد.

با همکاری اداره آموزش و پرورش نواحی یک و دو سنندج پرسشنامه‌هایی در تعدادی از مدارس این نواحی توزیع شد. جهت این کار، یک چهارم (25%) مدارس مقطع متوسطه هرکدام از نواحی به تصادف انتخاب شدند. در ابتدا به معلمین توضیح داده شد که تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده محرمانه می‌باشد. لذا از آنان درخواست شد در جوابگویی به سؤالات نهایت دقت را داشته باشند. با توجه به نسبت جمعیت کل دانش‌آموزان مقطع متوسطه نواحی یک و دو به تعداد کل دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان سنندج، در مجموع 54/1 درصد نمونه‌ها از مدارس مقطع متوسطه ناحیه یک (203 نفر دختر و پسر) و 45/9 درصد بقیه (172 نفر دختر و پسر) از ناحیه دو انتخاب شدند. با توجه به درصد دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه هرکدام از نواحی، از ناحیه یک 99 نفر دختر و 104 نفر پسر و از ناحیه دو نیز 94 نفر دختر و 78 نفر پسر انتخاب شدند. پس از توجیه نمودن معلمان، پرسشنامه علایم مرضی کودکان در بین آنان توزیع شد و پس از ثبت مشخصات دانش‌آموزان توسط معلمان پرسشنامه‌ها پر شد. با جمع‌آوری و امتیازدهی

جدول 1- مقایسه توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دانش‌آموزان با و بدون تشخیص اختلال سلوک

P value	اختلال سلوک		شاخص	ویژگی
	ندارد	دارد		
0/003	(%94/3)232	(%5/7)14	16-14	گروه‌های سنی
	(%85/3)110	(%14/7)19	>17	
0/048	177 (88/5%)	23 (11/5%)	پسر	جنسیت
	165 (94/3%)	10 (5/7%)	دختر	
0/29	135 (93/1%)	10 (6/9%)	اول متوسطه	پایه تحصیلی
	115 (92%)	10 (8%)	دوم متوسطه	
	92 (87/6%)	13 (12/4%)	سوم متوسطه	
	36 (85/7%)	6 (14/3%)	بی‌سواد	
	73 (91/3%)	7 (8/8%)	ابتدایی	
	60 (95/2%)	3 (4/8%)	سیکل	
0/29	67 (89/3%)	8 (10/7%)	دیپلم	میزان تحصیلات پدر
	36 (90%)	4 (10%)	فوق‌دیپلم	
	67 (93/1%)	5 (6/9%)	لیسانس و بالاتر	
0/69	83 (90/2%)	9 (9/8%)	بی‌سواد	میزان تحصیلات مادر
	103 (91/2%)	10 (8/8%)	ابتدایی	
	35 (87/5%)	5 (12/5%)	سیکل	
	63 (92/6%)	5 (7/4%)	دیپلم	
	21 (100%)	0 (0%)	فوق‌دیپلم	
	36 (90%)	4 (10%)	لیسانس و بالاتر	
0/68	6 (100%)	0 (0%)	بیکار	شغل پدر
	197 (90/4%)	21 (9/6%)	آزاد	
	120 (91/6%)	11 (8/4%)	کارمند	
0/76	293 (91/3%)	28 (8/7%)	بیکار	شغل مادر
	45 (90%)	5 (10%)	آزاد	
0/7	23 (95/8%)	1 (4/2%)	مرده	وضعیت فوت والدین
	319 (90/9%)	32 (9/1%)	زنده	
0/013	3 (60%)	2 (40%)	بلی	وضعیت متارکه والدین
	339 (91/6%)	31 (8/4%)	خیر	
0/044	9 (75%)	3(25%)	بلی	وضعیت طلاق والدین
	333(91/7%)	30 (8/3%)	خیر	
0/75	1 (100%)	0 (0%)	بلی	سابقه اختلالات روانپزشکی والدین
	341 (91/2%)	33 (8/8%)	خیر	

بحث

افراد مبتلا $16/66 \pm 1/33$ به‌دست آمد. انجمن روانپزشکی آمریکا در سال 1994، شیوع اختلال سلوک را در پسران زیر 18 سال از 6-16 درصد و در دختران از 9-2 درصد

در مطالعه حاضر شیوع اختلال سلوک در میان دانش‌آموزان دبیرستانی 8/8 درصد بود. میانگین سنی

دانست. این نتیجه‌گیری زمانی تقویت می‌شود که می‌بینیم بسیاری از مسایل دوران کودکی بدون درمان فرو می‌نشینند (1). در این مطالعه ارتباط معنادار بین اختلال سلوک با طلاق و متارکه والدین وجود داشت ($P < 0/05$). به این معنی که اختلال سلوک در دانش‌آموزانی که والدین‌شان جدا از هم زندگی می‌کردند بیشتر از سایر دانش‌آموزان بود. این نتیجه با نتایج حاصل از مطالعات انجام‌شده توسط نیلسن و همکارانش و ابراهیم هومیدا (2011) در سودان همخوانی داشت (8) و 9). شاید بتوان گفت که آسیب‌پذیری روانی با عوامل فشارزای محیطی همبستگی معنادار دارد، از این رو خانواده‌هایی که دارای آشفتگی هستند زمینه‌ساز رفتار جامعه‌ستیزانه در فرزندان می‌باشد و می‌تواند یکی از عواملی باشد که رفتار ایدایی را به سمت اختلال سلوک هدایت کند (20). در مطالعه ما ارتباط معنادار آماری بین اختلال سلوک با فوت والدین و سابقه اختلال روانپزشکی در والدین وجود نداشت. در سایر مطالعات انجام‌شده نیز ارتباط معناداری بین اختلال سلوک با این متغیرها به دست نیامده است.

از محدودیت‌های اصلی این مطالعه عدم همکاری مناسب معلمان در پر نمودن پرسشنامه‌ها بود. سایر محدودیت‌ها شامل محدودیت جامعه آماری و تعداد نمونه‌ها و عدم همکاری مناسب برخی از دانش‌آموزان در مصاحبه بالینی بود. شاید استفاده از فرم والد پرسشنامه علایم مرضی کودکان که در این مطالعه مقدور نبود در مطالعات آینده مثر ثمر واقع شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر، بین جنسیت، متارکه و طلاق والدین با اختلال سلوک دانش‌آموزان رابطه معناداری وجود داشته است لذا انجام مطالعات دیگری با حجم نمونه بیشتری در این خصوص توصیه می‌شود.

گزارش کرد (15) که با نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه ما همخوانی دارد. این نتایج مشابه یافته‌های راتر و همکاران در سال 1970 بوده است (16). همچنین این میزان شیوع به نتیجه مطالعه انجام‌شده توسط ماتیبو و همکاران در سال 2006 در یکی از ایالات آمریکا (9/5٪) نزدیک است. در مطالعه آنان میانگین سنی افراد 11/4 سال بود (17).

نتایج حاصل از مطالعه ما تفاوت معناداری در میزان شیوع اختلال سلوک در پسران و دختران نشان داد. در اکثر مطالعات قبلی از جمله ماتیبو و همکاران، غیائی و همکاران، نجفی و همکاران، البنا و همکارانش و ضیاءالدینی و همکارانش نیز این اختلاف شیوع به‌دست آمده است (4، 5، 6، 8 و 17). این شیوع بیشتر اختلال سلوک در بین پسران می‌تواند ناشی از این باشد که به‌طور کلی پسرها نسبت به دخترها از نظر زیستی آسیب‌پذیرترند. از همان دوره جنینی میزان مرگ و میر در پسرها، نسبت به دخترها بیشتر است و به‌نظر می‌رسد بیماری‌های جدی، تغذیه نادرست و فقر در آنان تأثیر بیشتری می‌گذارد (17). با این وجود اختلاف‌هایی که در پرورش این گروه در اجتماع وجود دارد نیز بی‌تأثیر نیست. به‌طور مثال تردیدی نیست که پرخاشگری در پسران سهل‌تر پذیرفته می‌شود تا در دختران (18). در هر حال شواهدی موجود است که نشان می‌دهد درجه شیوع بالاتر اختلال‌های رفتاری نزد پسران را می‌توان ناشی از این دانست که کجروی‌های پسران بیشتر شنیده می‌شود. مادران انتظار دارند که رفتاری‌های پسران از دختران طولانی‌تر شود. معلمان و والدین نسبت به تحرک بیش از حد، ناپایداری، حواس‌پرتی و از هم‌گسیختگی پسران تاب تحمل کم‌تری دارند. در همین حال امکان تحمل بزرگسالان نسبت به کارهای پسران به این علت کم‌تر است که اداره کردن پسران از بدو زندگی‌شان مشکل‌تر بوده است (19). امکان دارد که ویژگی‌های زیست‌شناسی با پرورش‌ها و انتظارات اجتماعی در هم آمیزند در نتیجه می‌توان آن‌ها را نشان‌دهنده بحران‌های زودگذر رشد

References

1. Bandiera FC, Richardson AK, Lee DJ, He JP, Merikangas KR. Secondhand smoke exposure and mental health among children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(4):332-8.
2. Kaplan H.I, B.J.Kaplan and Sadocks. *Synopsis of psychiatry:behavioral sciences.* 10th ed. Baltimore:Williams and Wilkins.2007:1219-28.
3. Heather J. Walter, David R. DeMaso. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 19th ed. Philadelphia; saunders, 2011:96-100.
4. Najafi M, Foadchang M, Alizadeh H, Mohammadifar M. [Prevalence of attention deficite hyper active disorder,conduct disorder and oppositional disorder (Persian)]. *Research on Exceptional Children.* 2009;9(3):239-54.
5. Ziaoddini H, Shafizadeh N. [The Epidemiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder in Elementary School children in the City of Sirjan (Persian)]. *IJPCP.* 2006;11(4):419-25.
6. Al-Banna A, Al-Bedwawi S, Al-Saadi A, Al-Maskari F, Eapen V. Prevalence and correlates of conduct disorder among inmates of juvenile detention centres, United Arab Emirates. *East Mediterr Health J.* 2008;14(5):1054-9.
7. Bauermeister J. Canino G, Bird H. Epidemiology of disruptive behavioral disorder. *Child and adolescent psychiatric. Clinics of North America.*1994;3:177-94.
8. Humaida A. [Research on the prevalence of conduct disorders among primary school pupils in Khartoum-Sudan]. *Health journal.* 2012; 4(3): 125-132.
9. Ghiasi N. [Prevalence of behavioral disorders among school-boys and girls in Ilam During 2005-6 (Persian)]. *Journal of Ilam University of medical sciences.* 2008;16(1):26-32.
10. August G, Realmuto J, Mmac D, Angus W.[Prevalence of ADHD and comorbid disorder among elementary school children refered for disruptive behaviouir]. *Journal of Abnormal Child Psychology.* 1996;24:571-95.
11. Ghahari Sh, Mehryar A, Birashk B. [Comparitive study of some mental disorders in children of fatherless, martyred's, veteran's, and normal (7-12 years old) in chalus city(Persian)] . *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2003; 13 (41) :81-91.
12. Mohammad Esmail E, Alipoor A. [A preliminary investigating of reliability and validity and determine cut off points in disorders of child symptom inventory (CSI-4) (Persian)]. *Research on Exceptional Children.* 2002;2(3):239-54.
- 13.First M, Spitzer R, Gibbon M. [The structured clinical interview for DSM-3-R(SCID).history rationale and description.]*Archives of General psychiatry.*1992;49:624-629.
14. Sharifi V, Asadi M. [Reliability and ability to execute the Persian version of the Structured Clinical Interview for SCID diagnosis based on DSM-4(Persian)]. *Journal of Cognitive Science News.* 2006;6(1,2):10-22.
15. Nock M, Kazdin A, Hiripi E, Kessler R. Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med.* 2006;36(5):699-710.
16. Rutter MA. Children's behavior questionnaire for completion by teachers. preliminary findings. *J Psychol Psychiatry.* 1985;8:1-11.
17. Mathew N. Prevalence and correlates of DSM-4 conduct disorder in national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine.* 2006;36:699-710.
18. Arjmandnia A, Afrooz G, Sadati S. [Main causes of disabilities in school age children and adolescents urban areas and rural in Iran (Persian)]. *J Psychol Educat.* 2008; 39:203-17.
19. Afrooz GH.[Introduction to exceptional children]. 22nd ed. Tehran: University of Tehran press. 2004;30-6.
20. Shokoohi Yekta M, Parand A. [Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Persian)]. 1st ed. Tehran: Teymoornejad Press; 2005:68-78.