

Definition of conduct disorder in comparison of externalizing behavior disorders in obese and normal children

Seyed Mohammad Hossein Hosseini Ravesh ^{1*}

1. Assistant Professor, Department of Physical Education and Sports Science, Sports Management, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

* [Email : Hhoseinir@yahoo.com](mailto:Hhoseinir@yahoo.com)

Abstract

The aim of this study is to compare externalizing behavior disorders in overweight boys with normal weight boys. The statistical population includes all the male students of elementary school in Mashhad, who were selected using the cluster sampling method, six districts, and among the schools in this district, two boys' schools, and a total of 220 students were selected as the research sample. Children's Behavior Checklist (CBCL) was used as a tool in this study. Using multivariate analysis of variance, the results showed that in general, there is a significant difference in externalizing behavior disorders between overweight boys and normal weight boys ($P < 0.05$) and this difference is seen in conduct disorder and oppositional defiant disorder. while there was no significant difference between these two groups in attention deficit hyperactivity disorder ($P < 0.05$). According to the results of the research, informing and changing the attitude of parents in preventing the occurrence of obesity and overweight and ultimately behavioral problems seems necessary, and since the deviation from normal weight is related to inappropriate and risky behaviors, early interventions and appropriate planning in this field It is very effective and necessary during the sensitive period of childhood.

Keywords: Externalized Behavioral Problems, Overweighting, Children

مقایسه آشفته‌گی‌های رفتاری برونی‌سازی شده با تصریح بر اختلال سلوک در کودکان چاق و نرمال

سید محمد حسین حسینی روش^{۱*}

۱. استادیار، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، مدیریت ورزشی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

* [Email : Hhoseinir@yahoo.com](mailto:Hhoseinir@yahoo.com)

چکیده

هدف این مطالعه مقایسه اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده در پسران دارای اضافه وزن با پسران نرمال است. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی شهر مشهد است که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، منطقه شش انتخاب و در بین مدارس موجود در این منطقه دو مدرسه پسرانه و به‌طورکلی ۲۲۰ دانش آموز به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب شدند. از چک لیست رفتاری کودکان (CBCL) به عنوان ابزار در این مطالعه استفاده گردید. نتایج با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که به‌طورکلی اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده بین پسران دارای اضافه وزن با پسران نرمال در سطح ($P < 0.05$) تفاوت معنی‌داری 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 معنی‌داری دیده نشد ($P < 0.05$). با توجه به نتایج پژوهش آگاهی‌دادن 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 زودهنگام و برنامه‌ریزی‌های مناسب در این زمینه در دوران حساس کودکی بسیار مؤثر و ضروری است.

واژگان کلیدی: اختلالات رفتاری، برونی‌سازی شده، چاق، پسران

مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده است که ۴۱ تا ۲۲ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلالات رفتاری و هیجانی دست به گریبان اند (زنگ، ۲۰۱۷). آشنباخ و رسکورلا (۲۰۲۱)، معتقدند که اختلالات رفتاری دوران کودکی را می‌توان عمدتاً در دو بعد گسترده طبقه بندی کرد که عبارت اند از اختلالات درونی‌سازی شده و اختلالات برونی‌سازی شده. جنسون، کریج، بویسی و پیکت (۲۰۲۱)، رفتارهای برونی‌سازی شده را رفتارهایی می‌دانند که به سمت بیرون از کودک جهت دارند و بیشتر افرادی را که با کودک رابطه متقابل دارند، مانند والدین، معلمان و همسالان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. رفتارهایی چون بحث وجدل، شکستن قوانین و عدم اطاعت که باعث میشود افراد دیگری غیر از خود کودک مورد آزار قرار گیرند. در واقع این مشکلات منعکس کننده تعارض‌های کودک با محیط پیرامونش است (مرادی مطلق، عابدین و حیدری، ۱۳۹۸). اختلالات برونی‌سازی شده از مقاومترین اختلالات دوران کودکی بوده و به‌عنوان محور مشکلات رفتاری کودکان شناخته شده اند (به نقل از بیرامی، ۱۳۹۸). این اختلالات در قالب سه اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله ای ارائه شده است (ریچارد، باربارا، آندرو، جن و آدرین، ۲۰۲۲).

پیش‌آگهی این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر مشکلات دیگری همچون اختلال یادگیری، اختلال خلقی، اضطراب و سوء‌مصرف مواد، اختلال شخصیت ضداجتماعی هستند (ریچارد و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین ناسازگاری‌های شغلی و خانوادگی و زناشویی نیز از مسائل دیگری است که مطرح می‌شود. پیشینه پژوهشی حاکی از ارتباط بین اضافه وزن با مشکلات رفتاری است (ارهاث و همکاران، ۲۰۱۹؛ مامون و همکاران، ۲۰۱۹؛ فرهت، اینوتی و سیمونز - مورتون، ۲۰۲۰؛ پات، آلبارات، هینی، هبراند و پاولی - پات، ۲۰۲۳). چاقی کودکان و نوجوانان یک نگرانی رو به رشد است و شیوع آن از سال ۱۹۸۰ تقریباً سه برابر شده و چاقی در ده سال گذشته به‌شدت افزایش یافته است (اوگدن، کاررول، کیت و فلیگال، ۲۰۲۲). در ایران نیز میرمیران، میربلوکی، محمدی نصرآبادی و عزیزی (۱۳۹۹)، طی مطالعه‌ای گزارش کردند که شیوع وزن غیرطبیعی اعم از لاغری، چاقی در نوجوانان بالا بوده است به‌طوری‌که ۱۲/۶٪ نوجوانان چاق هستند که از این تعداد ۱۱/۸٪ پسر و ۱۳/۳٪ دختر بودند. به‌طور کلی تحقیقات اپیدمیولوژیک نشان داده که نرخ آسیب‌های روانی در کودکان دارای اضافه وزن و چاق بیشتر بوده است (هبه برند و هرپرتر دهلمان، ۲۰۱۹). مامون و همکاران (۲۰۲۲)، طی مطالعه طولی گزارش کرده اند که مشکلات رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی، چاقی را در بزرگسالی پیش بینی می‌کند.

مطالعات اخیر نشان داده است که بین چاقی و بیش‌فعالی - کمبود توجه رابطه وجود دارد (آگرانات - میجد و همکاران، ۲۰۱۵؛ کرتز و همکاران، ۲۰۱۶؛ کرتز و مورکیلو - پنالور، ۲۰۲۰؛ کرتز و ونسینزی، ۲۰۲۲). البته شواهد بر ارتباط بین چاقی و بیش‌فعالی - کمبود توجه، به‌طور کامل سازگار نیست و بعضی مطالعات عدم ارتباط بین این دو متغیر را نیز گزارش کرده اند (ماستیلو و همکاران، ۲۰۲۳؛ بریت، کلوز، وربیکن و ولیبرج، ۲۰۱۷؛ کارتز و همکاران، ۲۰۱۷؛ دوبنو - رز، پری و برگر، ۲۰۲۲). 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 چاقی با سیگار کشیدن (کاولی، مارکوئیتز و تراس، ۲۰۱۴؛ لاری، گلاسکا، فولتون، وچسلر و کان، ۲۰۲۲)، نوشیدن الکل (استراس، ۲۰۲۲؛ پاچ، نلسون، لایتل، مو و پری، ۲۰۱۸)، مصرف مواد مخدر (برگ، سیمونسون و رینکوئیست، ۲۰۲۰؛ آدمز و رینی، ۲۰۲۲؛ مک لارن، بک، پترن، فیک و ادیر، ۲۰۲۱)، زورگیری و قلدری (جانسن و همکاران، ۲۰۲۱؛ گریفیت، ولک، پیچ و هاروود، ۲۰۱۶) و درگیری و خشونت (هسلر و همکاران، ۲۰۲۱؛ پاچ و همکاران، ۲۰۲۱؛ زلر، ریتز - پارتیل و رامی، ۲۰۲۱)، 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، ۲۰۲۲؛ به نقل از آگاه هریس، علی پور، جان بزرگی، موسوی و نوحی، ۱۳۹۹).

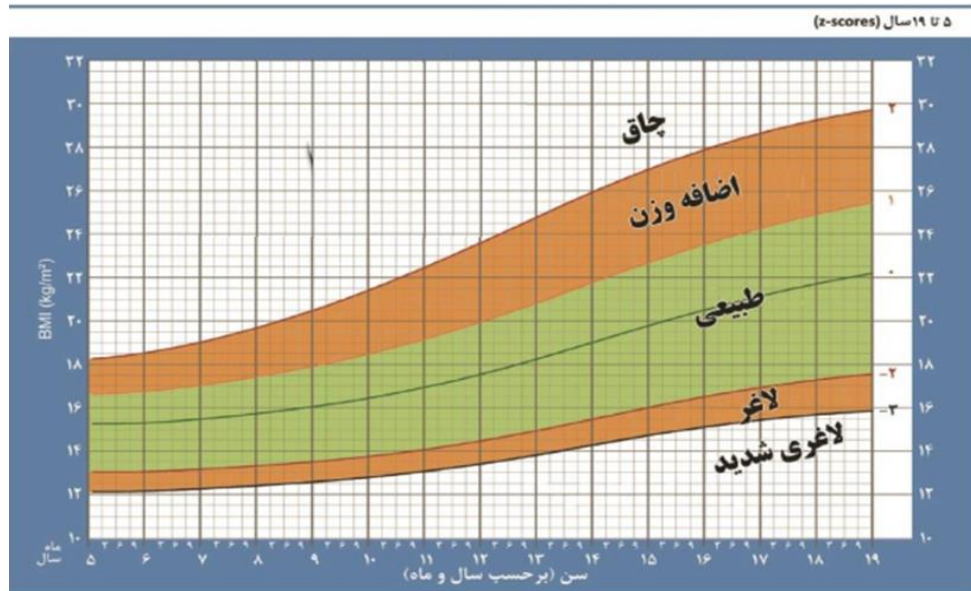
دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی و شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری پس از دوران کودکی ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است (حسینی روش، ۱۴۰۰). از طرفی مطالعات نشان داده است که چاقی دوران کودکی با چاقی دوران 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، ۲۰۱۶)، 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 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 اضافه وزن با پسران نرمال صورت گرفته است.

روش شناسی

طرح پژوهش حاضر یک طرح توصیفی - مقایسه‌ای است که روی ۲۲۰ نفر از دانش آموزان پسر مدارس ابتدایی شهر مشهد انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مدرسه در منطقه شش شهر مشهد 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 دانش آموزان ثبت گردید و با توجه به آن شاخص توده بدنی محاسبه شد و دانش آموزانی که بیماری جسمانی خاصی نداشتند، همچنین از دارویی که در وزن مؤثر باشد، استفاده نمی‌کردند به‌عنوان شرکت‌کننده انتخاب شدند. شکل ۱، BMI کودکان که در ذیل آمده، براساس نمودارهای رشد که توسط مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ایالات متحده امریکا (CDC¹) طراحی شده است، نشان‌دهنده محدوده نرمال میانگین وزن و قد کودکان ۵ الی ۱۹ سال است، که در این پژوهش کلیه کودکان محدوده اضافه وزن و چاق به عنوان افراد دارای اضافه وزن لحاظ شده و پرسشنامه بین والدین آنان توزیع شد.

همچنین از دیگر معیارهای ورود به نمونه این‌که، دانش آموزان باید در محدوده سنی ۷ تا ۱۱ سال باشند. ازجمله 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 اضافه وزن 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 دانش آموزان 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.

¹. Centers for Disease Control and Prevention



شکل ۱. نمودار شاخص توده بدنی بین سنین ۵ تا ۱۹ سال پسران، برگرفته از سایت (behdashtiha.com)

در این پژوهش جهت بررسی مشکلات رفتاری از چکلیست رفتاری کودکان (CBCL) 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 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 (دولانپ و رنی، ۲۰۱۷؛ یانگستروم، یانگستروم و استار، ۲۰۱۹). پایایی این مقیاس در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای فهرست رفتاری کودک و ۰/۸۴ تا ۰/۸۸ برای فهرست خود گزارش دهی است. ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۶۱/۲ تا ۱۴/۲ برای فهرست رفتاری کودک است. همچنین مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه نیز در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ 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 مقیاس‌ها 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، ۱۳۹۴). بعد از هنجارسازی ایرانی، این پرسشنامه در بسیاری از پژوهش‌های داخلی مورداستفاده قرار گرفت که نشان از معتبر بودن این ابزار است. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش توسط برنامه نرم‌افزاری SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

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

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

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
کمبود توجه-بیش‌فعالی	اضافه وزن	۲.۹۴	۲.۲۹
	نرمال	۲.۵۷	۱.۹۵
بی‌اعتنایی مقابله‌ای	اضافه وزن	۱.۸۳	۱.۸۸
	نرمال	۱.۲۳	۱.۵
اختلال سلوک	اضافه وزن	۳.۸۳	۳.۸۵
	نرمال	۲.۵۲	۳.۲
کل مشکلات برون‌سازی شده	اضافه وزن	۵.۷۴	۴.۲
	نرمال	۳.۹	۳.۲۲

همان‌گونه که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود، دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن نمرات بیشتری در مشکلات برون‌سازی شده نسبت به گروه دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی به دست آوردند. به این ترتیب میانگین مشکلات برون‌سازی شده به‌طور کلی در دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن (۵.۷۴)، نسبت به گروه دارای وزن طبیعی (۳.۹) بیشتر است. همچنین در مشکلات بیش‌فعالی کمبود توجه، بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک میانگین نمرات به‌دست آمده در گروه دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن از دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی بیشتر است. همچنین جهت آزمون هدف پژوهش که عبارت از مقایسه مشکلات برون‌سازی شده در دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن با دانش‌آموزان دارای وزن طبیعی بود، از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. بر اساس تحلیل واریانس چند متغیری (Λ Wilks = 0/953 و $F = 4/08$ در سطح معنی‌داری $P = 0/003$) می‌توان بیان کرد که این بررسی از لحاظ آماری در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار است. جهت پی بردن به این‌که کدامیک از مشکلات برون‌سازی شده در گروه دانش‌آموزان پسر دارای اضافه‌وزن با دانش‌آموزان پسر دارای وزن طبیعی تفاوت معنی‌دار دارند، از تحلیل واریانس یک‌راهه در متن MANOVA استفاده گردید که نتایج حاصل از آن در جدول شماره (۲) درج شده است.

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانووا بر روی مشکلات برون‌سازی شده

متغیر وابسته	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر	توان آزمون
بیش‌فعالی 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 برون‌سازی شده	۱۶۸.۶۵	۱۱.۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۴	۰.۹۱

بر اساس جدول شماره (۲) نمرات هر کدام از متغیرها به شرح زیر است: مشکلات بیش فعالی - کمبود توجه ($F = 1/56$) و ($p = 0/21$)، مشکلات بی‌اعتنایی مقابله‌ای ($F = 6/1$ و $p = 0/014$)، مشکلات سلوک ($F = 6/77$ و $p = 0/01$) و کل مشکلات برونی‌سازی شده ($F = 11/01$ و $p = 0/001$). همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد به‌طور کلی مشکلات برونی‌سازی شده در دو گروه دانش آموزان دارای اضافه وزن با دانش آموزان دارای وزن طبیعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین نتایج حاصل از جدول شماره (۲) نشان می‌دهد که مشکلات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای در سطح $p > 0/05$ نیز تفاوت معنی‌دار است در حالی که بین دو گروه از دانش آموزان دارای اضافه‌وزن با دانش آموزان دارای وزن طبیعی از لحاظ متغیر بیش فعالی - کمبود توجه تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال بود که آیا اختلالات برونی‌سازی شده شامل اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک در بین پسران دارای اضافه‌وزن با پسران دارای وزن طبیعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟ نتایج نشان داد که بین این دو گروه از لحاظ مشکلات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای تفاوت معنی‌دار است. این نتایج با برخی پژوهش‌های پیشین هماهنگ است (پینه و همکاران، ۲۰۰۰؛ کاولی و همکاران، ۲۰۱۴؛ لاری و همکاران، ۲۰۲۲؛ جانسن و همکاران، ۲۰۱۴؛ هسلر و همکاران، ۲۰۱۴؛ پاچ و همکاران، ۲۰۱۸؛ زلر و همکاران، ۲۰۱۸). از جمله می‌توان به مطالعه فرهت و همکاران (۲۰۲۰)، اشاره کرد که طی مطالعه‌ای گزارش کردند که اضافه‌وزن و چاقی ارتباط معنی‌داری با مصرف مواد مخدر در نوجوانان دارد؛ همچنین نتایج نشان داد که فراوانی رفتارهای خشونت‌آمیز، پرخاشگری و قلدری در بین پسران نوجوان دارای اضافه‌وزن بیشتر است. در تبیین نتیجه پژوهش حاضر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که طبق مطالعات صورت گرفته انحراف از وزن ایدئال با افزایش مشارکت در رفتارهای نامناسب و پرخطر همراه است (فرهت و همکاران، ۲۰۲۰). البته نقش همسالان نیز بسیار بااهمیت است. معمولاً بچه‌ها زمانی که با دوستان و همسالانشان هستند، بیشتر تمایل دارند که غذا بخورند (پات و همکاران، ۲۰۲۳). 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، ۲۰۲۰). از طرفی تأثیرپذیری از همسالان در این دوران بسیار بالا است و چنانچه همسالان دچار مشکلات رفتاری باشند، شیوع این رفتارها نیز افزایش پیدا میکند. به عبارتی نوجوانان معمولاً انجام رفتارهای نامناسب از جمله استفاده از مواد مخدر را یک هنجار در بین خود تلقی می‌کنند چراکه همسالانشان از آن‌ها استفاده می‌کنند (فرهت و همکاران، ۲۰۲۰).

همچنین می‌توان به نقش استرس نیز در تبیین نتایج اشاره کرد. مطالعات نشان داده است که کودکان وقتی دارای اضافه‌وزن هستند کمتر از سوی همسالانشان مورد پذیرش واقع می‌شوند و این باعث تحقیر و سرخوردگی آن‌ها می‌شود، بنابراین برای جبران این کمبود به رفتارهای نامناسب رو می‌آورند (بوکر، گالاهر، یوگر، ریت - اولسون و جانسون، ۲۰۱۴). از جمله می‌توان به مطالعه سوریس (۲۰۱۵)، اشاره‌ای داشت که گزارش کرده که دخترانی که به بیماری‌های مزمن مبتلا هستند بیشتر به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند. همچنین رفتارهای پرخاشگرانه بیشتر در پسران دارای اضافه‌وزن دیده می‌شود و مطالعات پیشین نشان داده‌اند که پسران به احتمال زیادتری مشکلات برونی‌سازی شده را نسبت به دختران نشان می‌دهند (کارد، استاکی، سالوانی و لیتل، ۲۰۱۸). نکته دیگری که در ارتباط با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای 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 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، ۲۰۲۳).

اگرچه تحقیقات تشخیص اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را در حضور نشانه‌های کامل اختلال سلوک منتفی می‌داند، اما در ادبیات پژوهشی مشخص نشده است که چه موقع این دو اختلال می‌توانند باهم بروز کنند (استینر و رمسینگ، ۲۰۱۷). همچنین از نتایج پژوهش حاضر این بود که بین دو گروه از پسران دارای اضافه‌وزن با وزن طبیعی از لحاظ مشکلات بیش‌فعالی-کمبودتوجه تفاوت معنی‌داری دیده نشد که این یافته نیز با برخی پژوهش‌ها هماهنگ (ماستیلو و همکاران، ۲۰۲۳؛ بریت و همکاران، ۲۰۱۷؛ کارتز و همکاران، ۲۰۱۷؛ دوبنو - رز و همکاران، ۲۰۲۲) و با برخی مطالعات ناهماهنگ است (آگرانات - میجد و همکاران، ۲۰۲۰؛ کرتز و همکاران، ۲۰۱۶؛ کرتز و مورکیلو - پنالور، ۲۰۲۰؛ کرتز و ونسینزی، ۲۰۲۲). علیرغم این که 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 بیش‌فعالی-کمبودتوجه به خاطر تکانش‌گری و عدم کنترل تکانه‌ها نیز وجود دارد (بیرت و همکاران، ۲۰۱۷)؛ این پژوهش نتایج دیگری به دست آورد، به‌طور کلی در مورد بیش‌فعالی-کمبودتوجه 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 این که پژوهش حاضر فقط روی دانش‌آموزان دبستانی پسر شهر مشهد صورت گرفت و بنابراین نتایج قابل تعمیم به دانش‌آموزان دیگر مقاطع و شهرها نیست. از طرفی همانطور که آشنباخ و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کردند، پرسش‌نامه برای تعیین مشکلات رفتاری کودکان قابل اعتماد است اما بهتر است از نظر متخصص و روانپزشک نیز بهره برد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود با احتساب محدودیت‌های ذکرشده، 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 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 درنهایت 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 سهمیم هستند و باید آن‌ها را نیز لحاظ کرد، در هر صورت مداخلات زود هنگام و برنامه‌ریزی‌های مناسب در این زمینه در دوران کودکی بسیار مؤثر و ضروری است.

منابع

۱. آگاه هریس، م؛ علی پور، ا؛ جان بزرگی، م؛ موسوی، ا و نوحی، ش (۱۳۹۹). «مقایسه تأثیر گروه درمانگری مبتنی بر اصلاح سبک زندگی و گروه درمانگری شناختی در مدیریت وزن و ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای اضافه وزن». روانشناسی سلامت، ۱۲(۲۰)، ۱۴۱-۱۳۲.
۲. بیرامی، م (۱۳۹۸). «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، ۲(۴۴)، ۳۶۱-۳۵۲.
۳. حسینی روش، سیدمحمدحسین. (۱۴۰۱). تحلیل نقش تعدیل‌کنندگی فشار اجتماعی- فرهنگی برای کاهش وزن و تغییر بدنی در نوجوانان چاق و دارای وزن طبیعی. فصلنامه علوم ورزش، ۱۲(۴۰)، ۱۴۱-۱۵۲.
۴. مینایی، ا (۱۳۹۴). هنجاریابی نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنابخ. تهران، انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.
۵. مرادی مطلق، م؛ عابدین، ع و حیدری، م (۱۳۹۸). «تعیین نشانه‌های ترسیم خود در نقاشی سه گروه از کودکان دارای مشکلات درونی سازی شده، برونی‌سازی شده و به‌نجار». مجله روانشناسی بالینی، ۶(۱۱)، ۷۱-۵۲.
۶. میرمیران، پ؛ میربلوکی، م. ر؛ محمدی نصرآبادی، ف و عزیزی، ف (۱۳۹۹) «شیوع لاغری، اضافه‌وزن و چاقی در نوجوانان تهرانی بین سلاله‌ای ۴۰۰-۹۹: مطالعه قند و لیپید تهران». مجله غدد درونریز و متابولیسم ایران، ۱۲(۸)، ۱۲-۲۱.
7. Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. & Howell و C.T. (1987). "Child adolescent behavioral and emotional-problems - implications of cross-informant correlations for situational specificity". Psychol Bull, 101:213-232 .
8. Achenbach, T.M. & Rescorla, L. A. (2021). Manual for the ASEBA school age: Form_& profiles. Burlington, VT: University of Vermont .
9. Adams, T. & Rini, A. (2017). "Predicting 1-year change in body mass index among college students". Journal of American College Health; 55(6):361- 365 .
10. Agranat-Meged, A.N., Deitcher, C., Goldzweig, G., Leibenson, L., Stein, M. & Galili-Weisstub, E. (2015). "Childhood obesity and attention deficit/hyperactivity disorder: a newly described comorbidity in obese hospitalized children". Int J Eat Disord; 37: 357-359.
11. Braet, C., Claus, L., Verbeken, S. & Van Vlierberghe, L. (2017). "Impulsivity in overweight children". Eur Child Adolesc Psychiatry; 16: 473-483.
12. Berg, I.M., Simonsson, B. & Ringqvist, I. (2015). "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.
13. Booker, C.L., Gallaher, P., Unger, J.B., Ritt-Olson, A. & Johnson, C.A. (۲۰۱۴).
14. "Stressful life events, smoking behavior, and intentions to smoke among a multiethnic sample of sixth graders". Ethnicity & Health; 9(4): 369- 397 .
15. Card, N.A., Stucky, B.D., Sawalani, G.M. & Little, T.D. (2018). "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.
16. Cawley, J., Markowitz, S. & Tauras, J. (2014). "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.
 17. Cortese, S., Isnard, P., Frelut, M.L., Michel, G., Quantin, L. Guedeney, A., Falissard, B. & Acquaviva, E. (2017). "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.
 18. Cortese, S. & Vincenzi B. (2022). "Obesity and ADHD: clinical and neurobiological implications". *Curr Top Behav Neurosci*; 9: 199-218.
 19. Colombo, O., Villani, S., Pinelli, G., Trentani, C., Baldi, M., Tomarchio, O. & et al. (2018). "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.
 20. Davis, C. (2020). "Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: associations with overeating and obesity". *Curr Psychiatr Rep* 12(5): 389-395 .
 21. Dubnov-Raz, G., Perry, A. & Berger, I. (2021). "Body mass index of children with attention-deficit/hyperactivity disorder". *J Child Neurol*; 26: 302-308.
 22. Dolan, M.C. & Rennie, C.E. (2017). "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.
 23. Erhart, M., Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Sawitzky-Rose, B., Hölling, H. & Ravens-Sieberer, U. (2022). "Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents". *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 21(1):39-49.
 24. Essu, C. A. (2023). *Conduct and Oppositional Defiant Disorder Epidemiology, Risk Factors, and Treatment*. Lawrence Elbaum Association, Inc.
 25. Farhat, T., Iannotti, R.J. & SimonsMorton, B.G. (2020). "Overweight, Obesity, Youth, and Health-Risk Behaviors". *Am J Prev Med*; 38(3): 258-267.
 26. Griffiths, L.J., Wolke, D., Page, A.S. & Horwood, J.P. (2016). "Obesity and bullying: different effects for boys and girls". *Archives of Disease in Childhood*; 91(2):121-125.
 27. Hasler, G., Pine, D.S., Gamma, A., Milos, G., Ajdacic, V., Eich, D. & et al. (2014). "The associations between psychopathology and being overweight: a 20-year prospective study". *Psychological Medicine*; 34(6):1047-1057.
 28. Hebebrand, J. & Herpertz-Dahlmann, B. (2019). "Psychological und psychiatric aspects of pediatric obesity". *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 18:49-65.
 29. Janssen, I., Craig, W.M., Boyce, W.F. & Pickett, W. (2014). "Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children". *Pediatrics* 2004; 113(5): 1187-1194.

30. Jenson, W. R., Olympia, D., Farley, M. & Clark, E. (2014). "Positive Psychology and Externalizing Students in a Sea Of Negativity". *Psychology in the School*; 41(1): 67-79.
31. Lowry, R. Galuska, D.A., Fulton, J.E., Wechsler, H. & Kann, L. (2022). "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.
32. Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E.J. (2023). "Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories". *Pediatrics*; 111: 851-859.
33. McLaren, L., Beck, C.A., Patten, S.B., Fick, G.H. & Adair, C.E. (2018). "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.
34. Mamun, A.A., O'Callaghan, M.J., Cramb S.M., Najman, J.M., Williams, G.M. & Bor, W. (2019). "Childhood behavioral problems predict young adults' BMI and obesity: evidence from a birth cohort study". *Obesity (Silver Spring)*; 17(4):761-6.
35. Mamerstein, N.R. (2017). "Relationship between anxiety and externalizing disorder in youth: The influences of age and gender". *J Anxiety Disord*; 21: 420- 32.
36. Mulvaney, S.A., Kaemingk, K.L., Goodwin, J.L. & Quan, S.F. (2016). "Parent-rated behavior problems associated with overweight before and after controlling for sleep disorder breathing". *BMC Pediatrics*; 6: 34.
37. Ogden, C.L., Carroll, M.D., Kit, B.K. & Flegal, K.M. (2020). "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.
38. 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.
39. Pott, W., Albayrak, Ö., Hinney, A., Hebebrand, J. & Pauli-Pott, U. (2023). "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.
40. Pasch, K.E., Nelson, M.C., Lytle, L.A., Moe, S.G. & Perry, C.L) .2018.(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.
41. Richard, R., Barbara, M., Andrew, P., Jane, C. & Adrian, A. (2022). "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.
42. Suris, J.C. & Parera, N. (2015). "Sex, drugs and chronic illness: health behaviours among chronically ill youth". *European Journal of Public Health*; 15(5):484-488.

43. Steiner, H. & Remsing, L. (2017). "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.
44. Wells, J.C. (2021). "A critique of the expression of paediatric body composition data". *Arch Dis Child*; 85(1): 67-72.
45. Youngstrom, E., Youngstrom, J. K., & Starr, M. (2015). "Bipolar diagnoses in community mental health: Achenbach Child Behavior Checklist Profiles and Patterns of Comorbidity". *Biological Psychiatry*, 58 (7), 569 -575.
46. Zeller, M.H., Reiter-Purtill, J. & Ramey, C. (2018). "Negative peer perceptions of obese children in the classroom environment". *Obesity*; 16(4):755-762.
47. Zeng, G. (2017). "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.