بررسی شیوع مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی در بین دانش‌آموزان مدارس راهنمایی پسر شهرستان زنجان

اسماعیل شیری [۱]، مصطفی ولی پور [۲]، محمدعلی مظاهری [۳]، بهناز رودباری‌سقایی [۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: بررسی دقیق شیوع مشکلات درونی و برونی‌سازی در سنین نوجوانی جهت طراحی و آماده ساختن خدمات درمانی مناسب با هدف کاهش پیامدهای منفی و رشد اختلالات روانی بعدی و بهبود کارکرد نوجوانان ضروری است. هدف این مطالعه بررسی شیوع مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی در بین دانش‌آموزان مدارس راهنمایی پسر شهرستان زنجان است.

مواد و روش‌ها: جامعه این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی شهر زنجان در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ می‌باشد. برای نمونه‌گیری با استفاده شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی ۳۰۰ دانش‌آموز به عنوان نمونه انتخاب شدند و پرسش‌نامه خودسنجی نوجوانان آخنباخ (YSR یا Achenbach Adolescent self-evaluation questionnaire) توسط آن‌ها تکمیل شد. در نهایت با حذف پرسش‌نامه‌های ناقص ۲۹۲ پرسش‌نامه کامل وارد تحلیل شد. برای تحلیل نتایج از آمار توصیفی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که میزان شیوع مشکلات درونی و برونی‌سازی براساس طبقه‌بندی بالینی در مقیاس مبتنی بر DSM به ترتیب برابر ۳ درصد و ۴/۵ درصد و براساس طبقه‌بندی مرزی به ترتیب ۶/۴ درصد و ۸ درصد قرار دارند. در طبقه بالینی مشکلات درونی‌سازی بالاترین میزان شیوع به جسمانی کردن ۸/۲ درصد و در طبقه بالینی مشکلات برونی‌سازی، اختلال سلوک ۹/۲ درصد است. در طبقه مرزی مشکلات درونی‌سازی بالاترین میزان شیوع به افسردگی و در برونی‌سازی به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اختصاص دارد.

نتیجه‌گیری : با توجه به وجود مشکلات درونی و برونی سازی شده در بین نوجوان، لزوم طراحی برنامه‌های درمانی و پیشگیرانه در این زمینه احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: شیوع، مشکلات رفتاری، اختلالات درونی و برونی‌سازی شده، دانش‌آموزان، راهنمایی

ارجاع: شیری اسماعیل ، ولی پور مصطفی، مظاهری محمدعلی ، آقایی اصغر، رودباری سقایی بهناز. **بررسی شیوع مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی در بین دانش‌آموزان مدارس راهنمایی پسر شهرستان زنجان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۲): ؟؟

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۰۸

۱- کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران Email: M.Valipour @yahoo.com

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی و پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، مشاوره دانشگاه آزاد ابهر، زنجان، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.2.2]

مقدمه

شناسایی و انجام مداخلات اولیه در مورد نوجوانان دارای اختلالات روانی از اهمیت بالایی برخوردار است چرا که دوران نوجوانی از لحاظ شروع و رشد اختلالات روانی، دوران بسیار حساسی است (۱). به همین دلیل از سال ۱۹۵۰ مطالعات بسیاری به بررسی شیوع مشکلات و اختلالات روانی در مورد نوجوانان دانش‌آموز پرداخته‌اند (۲). از جمله اختلالاتی که در دوران نوجوانی با پیامدهای منفی اجتماعی، سلامتی و رفتاری همراه است و افراد، خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی است. نشانگان درونی‌سازی شامل پریشانی درونی بوده و از علایم آن می‌توان به کناره‌گیری، شکایات جسمانی و احساسات اضطراب و افسردگی اشاره نمود. در مقابل نشانگان درونی شامل بزهکاری و رفتار پرخاشگرانه می‌شود که به‌صورت تعارض با دیگران و هنجارهای اجتماعی توصیف می‌شود (۳). نتایج مطالعات نشان داده‌اند که نشانگان درونی‌سازی و برونی‌سازی با پیامدهای منفی در طول دوره نوجوانی مانند کاهش عملکرد درون‌فردی (۴)، سوءاستفاده مواد (۵) و مشکلات تحصیلی چون مشکل در پیشرفت تحصیلی (۷-۶) رابطه قوی دارند. حتی اخیراً مطالعات نشان داده‌اند که کودکان دارای همبودی مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی ممکن است در معرض خطر نتایج منفی مانند رفتارهای پرخطر، روابط اجتماعی ضعیف و خطر بستری مکرر در بیمارستان (۹-۸) قرار گیرند. از سوی دیگر شناسایی و ارجاع این نوجوانان به درمان در این دوران بسیار ضروری است چرا که نتایج مطالعات حاکی از اثربخشی مداخلات در مورد اختلالاتی چون نافرمانی مقابله‌ای (۱۰)، نقص‌توجه و بیش‌فعالی (۱۱) و اختلال اضطراب جدایی (۱۲) است. لذا بررسی دقیق شیوع اختلالات روانی در این سنین جهت طراحی و آماده ساختن خدمات درمانی مناسب با هدف کاهش پیامدهای منفی، پیشگیری از رشد اختلالات روانی بعدی و بهبود کارکرد نوجوانان ضروری است.

در مطالعه Costello، Mustillo، Keeler و Angold (۱۳) شیوع ۳ تا ۶ ماهه اختلالات درونی‌سازی در بین کودکان و نوجوانان برای اختلالات افسردگی بین ۳/۷ درصد و ۴/۸ درصد و برای اختلالات اضطرابی بین ۵/۵ درصد و ۸/۱ درصد به دست آمد. در شهر کیرالا در جنوب هندوستان شیوع مشکلات برونی‌سازی را در مورد کودکان به ترتیب ۶/۶ درصد و ۱۰/۵ درصد به دست آورده‌اند (۱۵-۱۴). در مطالعه‌ای که اخیراً در پورتوریکو توسط Huurre، Rahkonen، Komulainen و Aro (۱۶) انجام گرفت میزان شیوع مشکلات برونی‌سازی شده به طور کلی ۱۹/۸ درصد به دست آمد. نتایج مطالعه‌ای در مورد شیوع اختلالات روانی در بین کودکان و نوجوانان در آمریکا نشان داد که ۸/۶ درصد اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، ۳/۷ درصد اختلالات خلقی، ۲/۱ درصد اختلالات سلوک، ۰/۷ درصد اختلال هراس یا اختلال اضطراب فراگیر و ۱ درصد اختلال خوردن داشتند (۱۷)؛ هم‌چنین غباری بناب (۱۸) به نقل از wics, Nelson و Israel طبقه‌بندی و میزان شیوع اختلالات رفتاری را در بین کودکان و نوجوانان به شرح زیر آورده‌است: اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه ۳ درصد تا ۵ درصد، لجبازی و نافرمانی ۵ درصد تا ۱۰ درصد، اختلال سلوک ۱ درصد تا ۱۶ درصد، اضطراب فراگیر ۲/۹ درصد تا ۱۴ درصد، هراس ۵ درصد، افسردگی ۰/۴ درصد تا ۲/۵ درصد، افسرده خویی ۰/۶ درصد تا ۱/۷ درصد، هراس اجتماعی ۱ درصد و اضطراب جدایی ۳ تا ۱۲درصد.

در ایران نیز جهت بررسی میزان شیوع مشکلات و اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان انجام گرفته که هر کدام نتایج متفاوتی داشته‌اند. در پژوهشی که توسط ابوالقاسمی، نریمانی و کیامرثی (۱۹) بر روی ۵۱۳۶ دانش‌آموز مدرسه‌ی ابتدایی دخترانه و پسرانه مشخص شد که ۲ درصد دانش‌آموزان ابتدایی، مبتلا به اختلال‌های هیجانی هستند. این پژوهش نشان داد که ۳ درصد دانش‌آموزان اختلال سلوک، ۲ درصد اختلال هیجانی، ۳/۱ درصد اختلال نقص توجه، ۳/۳ درصد اختلال بیش‌فعالی، ۳/۴ درصد اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی و ۲/۶ درصد اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای دارند. هم‌چنین غباری بناب و همکاران (۱۸) در مطالعه‌ای با استفاده از سیاهه رفتاری آخنباخ فرم معلم بر روی مقطع ابتدایی شهر تهران دریافتند که ۳/۳ درصد دارای مشکلات عاطفی، ۴/۷ درصد مشکلات اضطرابی، ۲/۱ درصد مشکلات جسمانی، ۳/۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.2.2]

درصد مشکلات بیش‌فعالی و نقص توجه، ۴/۵ درصد مشکلات رفتار مقابله‌ای و ۳/۷ درصد مشکلات سلوک در طبقه بالینی شیوع هستند. در مطالعه‌ای توسط فرامرزی، قمرانی و شریعتی (۲۰) بر روی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان بستان آباد نشان داد که اختلالات رفتار پرخاشگرایانه با میانگین ۲۴/۵۴ درصد و انحراف معیار ۵/۱۹ درصد بیش‌ترین میزان شیوع و اختلال شکایات جسمانی با میانگین ۹/۲۲ درصد و انحراف معیار ۲/۲۴ درصد از کم‌ترین میزان شیوع برخوردار است.

از یک سو مرور پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور نشان می‌دهد که مطالعات شیوع اختلالات رفتاری (مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی) بیشتر محدود به دوره دبستان و دبیرستان و شهرهای خاص مانند تهران بوده و این در حالی است که با توجه به اهمیت دوره راهنمایی، بررسی میزان شیوع و فراوانی مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی دوره راهنمایی ضروری است. از سویی دیگر با توجه به این مسأله که مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی در دانش‌آموزان تمام جنبه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد، انجام مطالعات با هدف بررسی همه‌گیرشناسی مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی نوجوانان جهت شناسایی زود هنگام نوجوانان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی و درونی‌سازی و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و به کارگیری مناسب این برنامه با توجه به میزان شیوع اختلالات ضروری به نظر می‌رسد. تاکنون مطالعه‌ای در شهر زنجان در مورد میزان شیوع مشکلات رفتاری درونی و بررنی‌سازی شده صورت نگرفته است. لذا با توجه به این موارد هدف این مطالعه بررسی شیوع مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی در بین دانش‌آموزان مدارس راهنمایی پسر شهرستان زنجان تعریف شد.

مواد و روش‌ها

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف تحقیق، طرح تحقیق از نوع همه‌گیرشناسی است. جامعه این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی شهر زنجان در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ می‌باشد. برای نمونه‌گیری (در یک فرایند خوشه‌ای)، به صورت تصادفی ابتدا یکی از دو ناحیه زنجان و سپس از بین ۹ مدرسه موجود در این ناحیه، چهار مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و در هر مدرسه ۲ الی سه کلاس وارد فرایند پژوهش شدند. به طور کلی ۱۰ کلاس و ۳۰۰ دانش‌آموز انتخاب به عنوان نمونه انتخاب گردیدند. پس از جلب رضایت آگاهانه از تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه و بیان اهداف پژوهش، پرسش‌نامه خودسنجی نوجوانان آخنباخ (YSR) توسط آن‌ها تکمیل شد. بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه ۸ پرسش‌نامه به دلیل ناقص پر شدن از فرایند مطالعه حذف و نتایج پرسش‌نامه ۲۹۲ وارد فرایند تجزیه و تحلیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ابزار Spss (نسخه ۱۸) استفاده و از آمار توصیفی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه خودسنجی نوجوانان آخنباخ (YSR):

این پرسش‌نامه، مشکلات عاطفی/ رفتاری و هم‌چنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۱۸-۱۱ سال را از دیدگاه خود دانش‌آموز مورد سنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (۲۱). مینایی (۲۲) فرم‌های نظام آخنباخ را به فارسی ترجمه نموده و برای جمعیت ایرانی هنجار کرده است. دو دسته مقیاس کلی را می‌توان بر اساس این پرسش‌نامه ارزیابی نمود که عبارت هستند از مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه و مقیاس‌های سندرمی مبتنی DSM مقیاس‌های مبتنی بر DSM شامل مشکلات عاطفی (مطابق با اختلالات افسردگی اساسی و افسرده خویی)، مشکلات اضطرابی (مطابق با اختلالات اضطراب تعمیم یافته، اضطراب جدایی و هراس خاص)، مشکلات جسمانی (مطابق با اختلالات جسمانی کردن و جسمانی شکل)، مشکلات عدم توجه و بیش‌فعالی (ADHD)، مشکلات رفتار مقابله‌ای و مشکلات سلوک هستند. این مقیاس‌ها محقق را قادر می‌سازد تا سنجش‌های استاندارد و کمی شده از مشکلات عاطفی- رفتاری را به طبقه‌بندی DSM مرتبط نماید. سه مقیاس اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی و شکایات جسمانی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.2.2]

گروه‌بندی درونی‌سازی را تشکیل داده و سندرم رفتار مقابله‌ای، سلوک و بیش‌فعالی، گروه‌بندی برونی‌سازی را تشکیل می‌دهند. نمرات سؤالات به صورت درجه‌بندی شده است به این ترتیب که آزمودنی به هر سؤال یکی از سه نمره صفر (درست نیست)، یک (تا حدی یا گاهی درست است) و ۲ (کاملا یا غالباً درست است) را می‌تواند بدهد. در نهایت نمره خام، نمرات T و Z هر یک از ابعاد به صورت مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی و نمره کل محاسبه شده و بر اساس نمرات به‌دست آمده، آزمودنی‌ها در سه طبقه مشکلات رفتاری بالینی، مرزی و نرمال طبقه‌بندی می‌شوند. ضرایب همسانی درونی برای اکثر مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM در سطح مطلوب و رضایت‌بخش قرار دارد به‌طوری‌که ضرایب همسانی درونی از طریق ضریب آلفا برای خرده مقیاس کفایت کلی ۴۶ درصد و برای مشکلات رفتاری کلی ۹۵ درصد و متوسط همسانی درونی برای مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی ۸۹ درصد و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های سندرم‌ها در دامنه‌ای از ۵۹ درصد (کناره‌گیری) تا ۸۶ درصد (رفتار پرخاش‌گرایانه و افسردگی- اضطراب) گزارش شده است (۲۳). لازم به‌ذکر است در مطالعه از مقیاس‌های مبتنی بر سندرم DSM و تقسیم‌بندی درونی‌سازی و برونی‌سازی استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ تعداد و میانگین و انحراف استاندارد سن پایه‌های مختلف تحصیلی و کل دانش‌آموزان نشان داده شده است. به‌طوری‌که این جدول نشان می‌دهد ۷۹ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه از پایه سوم راهنمایی بوده‌اند.

همان طور که در جدول ۲ می‌بینیم میانگین نمرات گروه نمونه در پایه تحصیلی اول در دامنه بالاترین ۸/۱ (اختلال درونی‌سازی شده) تا ۱/۵ (اختلالات مقابله‌ای و مشکلات جسمانی)، در پایه تحصیلی دوم از ۱۳/۰۴ (اختلال درونی‌سازی شده) تا ۲/۲ (اختلال مقابله‌ای) و ۱۲/۸ (اختلال درونی‌سازی) تا ۲/۲ مشکلات جسمانی در پایه تحصیلی سوم قرار دارد.

همان‌طوری که در جدول ۳ می‌بینیم در مقیاس‌های مبتنی بر DSM، درصد موارد بالینی از ۲/۵ (نقص توجه و بیش‌فعالی) تا ۹/۶ (اختلال سلوک) متغیر است. هم‌چنین درصد موارد مرزی از ۳/۱ (اختلال سلوک) تا ۱۴/۷ (مشکلات جسمی) متغیر است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی

پایه تحصیلی	فراوانی	درصد	میانگین سنی	انحراف‌استاندارد
اول راهنمایی	۴۰	۱۰/۶	۱۱/۹	۰/۳
دوم راهنمایی	۲۹	۱۰/۳	۱۲/۸	۰/۳
سوم راهنمایی	۲۲۳	۷۹/۱	۱۴/۲	۰/۷
جمع کل	۲۹۲	۱۰۰	**میانگین کل:۱۳/۵**	۱/۹

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.2.2]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات دانش‌آموزان به تفکیک پایه تحصیلی در مقیاس‌های مبتنی بر DSM

کلاس اول

	اضطراب	اختلالات خلقی	نقص توجه بیش فعالی	اختلالات مقابله ای	مشکلات جسمی	اختلال سلوک	اختلال درونی سازی شده	اختلال برونی سازی شده
میانگین	۲۵/۲	۵/۴	۳/۲	۵/۱	۵/۱	۳	۱/۸	۸/۶
انحراف‌معیار	۸/۱	۵/۲	۸/۱	۵/۱	۸/۱	۳/۲	۴/۴	۵/۴

کلاس دوم

	اضطراب	اختلالات خلقی	نقص توجه بیش فعالی	اختلالات مقابله ای	مشکلات جسمی	اختلال سلوک	اختلال درونی سازی شده	اختلال برونی سازی شده
میانگین	۴/۳	۹/۶	۳/۳	۲/۲	۶/۲	۹/۴	۰۴/۱۳	۴/۱۰
انحراف‌معیار	۶/۲	۷/۳	۱/۳	۹/۱	۸/۲	۱/۴	۵/۷	۷/۸

کلاس سوم

	اضطراب	اختلالات خلقی	نقص توجه بیش فعالی	اختلالات مقابله ای	مشکلات جسمی	اختلال سلوک	اختلال درونی سازی شده	اختلال برونی سازی شده
میانگین	۳/۳	۳/۷	۷/۳	۶/۲	۲/۲	۶/۴	۸/۱۲	۰۶/۱۱
انحراف‌معیار	۴/۲	۱/۴	۸/۲	۱/۲	۴/۲	۸/۴	۶/۷	۹/۸

نمره میانگین کل دانش آموزان

	اضطراب	اختلالات‌خلقی	نقص توجه بیش‌فعالی	اختلالات مقابله‌ای	مشکلات جسمی	اختلال سلوک	اختلال درونی‌سازیشده	اختلال برونی‌سازی‌شده
میانگین	۲/۳	۸/۶	۴/۳	۴/۲	۱/۲	۳/۴	۱/۱۲	۳/۱۰
انحراف‌معیار	۴/۲	۴	۸/۲	۱/۲	۴/۲	۵/۴	۵/۷	۵/۸

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.2.2]

جدول ۳. میزان شیوع اختلالات در مقیاس‌های مبتنی بر DSM

عنوان	سالم		مرزی		مرضی		جمع کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اختلالات خلقی	۱۹۷	۹/۷۹	۳۳	۷/۱۴	۱۲	۴/۵	۲۲۴	۱۰۰
اضطراب	۲۰۱	۴/۸۲	۲۴	۸/۹	۱۹	۸/۷	۲۲۴	۱۰۰
نقص توجه‌بیش‌فعالی	۲۱۹	۸/۹۲	۱۱	۷/۴	۶	۵/۲	۲۳۶	۱۰۰
اختلالات مقابله‌ای	۲۱۵	۹۰	۱۳	۴/۵	۱۱	۶/۴	۲۳۹	۱۰۰
مشکلات جسمی	۱۷۹	۲/۷۷	۳۴	۷/۱۴	۱۹	۲/۸	۲۳۲	۱۰۰
اختلال سلوک	۲۰۰	۳/۸۷	۷	۱/۳	۲۲	۶/۹	۲۲۹	۱۰۰
اختلال درونی‌سازی‌شده	۱۸۴	۰۶/۹۰	۱۳	۴/۶	۶	۳	۲۰۳	۱۰۰
اختلال برونی‌سازی‌شده	۱۹۶	۵/۸۷	۱۸	۸	۱۰	۵/۴	۲۲۴	۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

مشکلات رفتاری برونی‌سازی و درونی‌سازی شده مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به وجود می‌آورند. نوجوانان مبتلا به این مشکلات، خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسایل و دشواری‌های گوناگونی مواجه می‌کنند و این مشکلات آن‌ها را نیز در برابر آشفتگی‌های روانی- اجتماعی دوران جوانی و حتی بزرگسالی، آسیب‌پذیر می‌سازد. لذا بررسی شیوع این مشکلات و شناسایی دانش‌آموزان در معرض خطر، جهت فراهم آوردن مداخلات درمانی و رفع موانع جهت موفقیت تحصیلی و پیشگیری از نتایج منفی ضروری است (۲۴). در این مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه خودسنجی نوجوانان آخنباخ (YSR) میزان شیوع مشکلات رفتاری برونی‌سازی و درونی‌سازی در دانش‌آموزان راهنمایی پسر زنجان برآورد شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۳ درصد نوجوانان در مشکلات درونی‌سازی شده در طبقه بالینی و ۶/۴ در طبقه مرزی و در مشکلات برونی‌سازی شده ۴/۵ درصد در طبقه بالینی و ۸ درصد در طبقه مرزی قرار دارند. یافته‌های این مطالعه به لحاظ طبقه درونی‌سازی و برونی‌سازی و زیر مقیاس‌های هر طبقه می‌توان نسبتاً همسو با نتایج مطالعات قبلی در این زمینه (۱۵-۱۳) دانست. آن‌چه باید بدان توجه کرد این است برآورد میزان شیوع اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده به علت فقدان تعاریف واحد، مشکلات روش‌شناختی، تفاوت در خط برش‌ها و ابزارهای پژوهشی با یکدیگر متفاوت است. چنان‌چه Huurre، Rahkonen، Komulainen و Aro (۱۶) میزان شیوع مشکلات برونی‌سازی شده را به طور کلی ۱۹/۸ درصد برآورد می‌کنند در حالی‌که Hackett، Bhakta و Gowers (۱۴) میزان شیوع مشکلات برونی‌سازی شده را ۶/۶ گزارش می‌کند. درباره دلیل استفاده از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ باید گفت که بر اساس شباهت در یافته‌های مطالعات در کشورهای مختلف، Rescorla و همکاران (۲۵) مطرح کرده‌اند که این شباهت بین یافته‌ها در میان جوامع مختلف از بین فرهنگی بودن مجموعه ابزارهای نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) حمایت می‌کند. هم‌چنین مجموعه این ابزار در کشور ایران توسط مینایی (۲۱) و کاکایی، حبیبی و فدایی (۲۶) مورد انطباق و هنجاریابی قرار گرفته‌اند که نتایج این مطالعات حاکی از روایی و پایایی مناسب این ابزار است. در حالی‌که در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.2.2]

دیگر مطالعات از ابزارهایی که دارای اعتبار و پایایی مناسبی نیستند، استفاده شده است.

آن‌چه در این میان مؤلفان مقاله بدان توجه داشتند مقایسه میزان شیوع اختلالات این مطالعه با مطالعات صورت گرفته قبلی در ایران بود. با توجه به عدم وجود مطالعه‌ای در این زمینه در دوره راهنمایی، یافته‌های این مطالعه با مطالعات صورت گرفته در مقطع ابتدایی و دبیرستان مورد بحث قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که ۵/۴ درصد دانش‌آموزان دارای مشکلات خلقی ۷/۸ درصد دارای مشکلات اضطرابی، ۲/۵ درصد دارای مشکلات نقص توجه بیش‌فعالی، ۴/۶ درصد دارای اختلالات مقابله‌ای، ۸/۲ درصد دارای مشکلات جسمی و ۹/۶ درصد دارای مشکلات سلوک بودند. درحالی‌که در مطالعه‌ای که توسط غباری بناب و همکاران (۱۸) یا ابوالقاسمی و همکاران (۱۹) در دوره ابتدایی و مطالعه فرامرزی و همکاران (۲۰) در دوره دبیرستان صورت گرفت آمارهای متفاوتی به لحاظ شیوع در مشکلات ذکر شده به دست آوردند. در مطالعه غباری بناب و همکاران (۱۸) بالاترین و کمترین میزان شیوع مشکلات به ترتیب مربوط به مشکلات عاطفی با ۴/۷ درصد و مشکلات اضطرابی با ۲/۱ درصد، در مطالعه ابوالقاسمی و همکاران (۱۹) بالاترین و کمترین میزان شیوع مشکلات به ترتیب مربوط به نقص توجه و بیش‌فعالی با ۴/۵ درصد و اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای با ۲/۶ درصد یا در مطالعه فرامرزی و همکاران (۲۰) اختلالات رفتار پرخاش‌گرایانه بیشترین میزان شیوع و اختلال شکایات جسمانی کمترین میزان شیوع به دست آمد درحالی‌که در مطالعه حاضر بالاترین و کمترین میزان شیوع مشکلات به ترتیب مربوط به مشکلات سلوک با ۹/۶ درصد و مشکلات نقص توجه و بیش با ۲/۵ درصد است. دلایل این امر را می‌توان در متفاوت بودن نمونه‌های مورد مطالعه، ابزارهای سنجش، تفاوت در خط برش و تعریف مشکلات بیان کرد.

باید خاطر نشان کرد که خطر مشکلات رفتاری و هیجانی در طول دوره نوجوانی با توجه به تغییرات رشدی (شناختی، جسمی و جنسی) و تأثیر همسالان افزایش می‌یابد (۲۸-۲۷) توجه به این مسئله لزوم توجه بیش از پیش به نوجوانان را مطرح می‌سازد؛ لذا با توجه به یافته‌های این مطالعه لزوم شناسایی و لزوم طراحی مداخلات مناسب برای دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری ضروری به نظر می‌رسد.

پیشنهاد می‌شود با توجه به یافته‌های این مطالعه موارد زیر مد نظر مسؤولان قرار گیرد: ۱. آموزش نشانه‌های اختلال‌ها به معلمان جهت شناسایی اولیه نوجوانان مشکوک و در معرض خطر. ۲. آموزش معلمان در زمینه‌های مشکلات رفتاری درونی و برونی‌سازی شده و شیوه‌های صحیح تغییر و اصلاح رفتار.۳. لزوم انجام غربالگری‌های اولیه در ابتدای سال تحصیلی و شناسایی و انجام اقدامات پیشگیرانه و درمانی در مورد دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری درونی و برونی‌سازی شده. ۴. آموزش خانواده جهت آموزش والدین با شرایط دوره نوجوانی و چگونگی تعامل با نوجوانان دارای مشکلات رفتاری درونی و برونی‌سازی شده.

محدودیت‌ها

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم وجود نمونه دختر در مطالعه با توجه به مشکلات در دسترسی به مدارس دخترانه می‌توان اشاره نمود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد.

References

1 Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatr 2005; 62:593–602.

2- Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. Am J Psychiatr 1998; 155: 715–25.

3- Achenbach TM, McConaughy SH. Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology: Practical Applications.2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications 1997:56.

4- Riley AW, Ensminger ME, Green B, Kang M. Social role functioning by adolescents with psychiatric disorders. J Am Acad of Child and Adolesc Psychiatr 1998; 37; 620–28.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.2.2]

5- Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric co morbidity. J Consulting and Clin Psychol 2002; 70:1224–39.
6- Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. Arch Gen Psychiatry 1997; 54:329–36
7- Offord DR, Boyle MH, Racine Y.Ontario child health study: correlates of disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1989; 28: 856–60
8- Fite P, Stoppelbein L, Greening L, Dhossche D. Child internalizing and externalizing behavior as predictors of age at first admission and risk for repeat admission to a child inpatient facility. Am J Orthopsychiatry 2008; 78:63–9.
9- Fanti KA, Henrich CC. Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. Dev Psychol 2010; 46:1159–75.
10- Brestan EV, Eyberg SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. J Clin Child Psychol 1998; 27:180–9.
11- Greenhill L, Kollins S, Abikoff H. Efficacy and safety of immediate-releasemethylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. J Am Acad of Child and Adolesc Psychiatr 2006; 45:1284–93.
12- Choate ML, Pincus D, Eyberg S, Barlow DH. Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. Cogn Behav Prac 2005; 12(1): 126–35.
13- Costello EJ, Mustillo S, Keeler G, Angold A. Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry 2003; 60(8):837-44.
14- Hackett RJ, Hackett L, Bhakta P, Gowers S. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40:801–7.
15- Eapen V, Yunis F, Zoubeidi T, Sabri S. Problem behaviorism 3 year old children in the United Arab Emirates. J Pediatr Health Care 2004; 18:186–91.
16- Huurre T, Rahkonen O, Komulainen E, Aro H. Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40:580–87.
17- Merikanges KR, He JP, Brody DF, Bourden K, Kortez DS. Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001–2004 NHANES. PEDIATRICS Pediatrics 2009; 125(1): 75-81.
18- Ghobari Benab B, Parand A, Khanzadeh Firozjah AH, Molli, G, Nemati Sh. Prevalence of behavioral problems in primary school students in Tehran. J exceptional Child 2009; 9(3), 75-81. [In Persian].
19- Zare M, Ahmadi S. The Effectiveness of cognitive behavior Play Therapy on Decreasing Behavior Problems of children. J Appl Psychol 2006; 1(3):18-28. [In Persian].
20- Faramarzi S. Ghomrani A, Shariati M. Comparison of the prevalence and frequency of behavioral disorders among high school students Bostanabad area. Medical Journal of Urmia 2011; 22 (5): 439-48. [In Persian].
21- Minaee A. Adaptation and standardization Child Behavior Checklist, self-evaluation Questionnaire and Teacher's Report Form. J exceptional Child 2005; 6(1): 529-58. [In Persian].
22- Minaee A. Booklet Manual School-age Forms Achenbach System of Empirically Based Assessment. Adaptation and standardization. Tehran: Research Institute exceptional children. [In Persian].
23- Achenbach TM. Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington. VT: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
24- Sprague J, Cook CR, Browning-Wright D, Sadler C. Response to intervention for behavior: Integrating academic and behavior supports. Palm Beach: FL: LRP; 2008.
25- Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY. Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. J Emot Behav Disord 2007; 15:130–42.
26- Kakaberaie K, Asgar-Abad M, Fedaei Z. Validation of Achenbakh's Behavioral Problems: Performing the Youth Self-Report Scale (YSR) for 11-18 Year-old Adolescents on High School Students. J Res in psychological health 2006; 1 (4), 50-66. [In Persian].
27- Natsuaki MN, Biehl MC, Ge X. Trajectories of depressed mood from early adolescence to young adulthood: The effects of pubertal timing and adolescent dating. J Res Adolesc 2009; 19: 47–74
28- Westling E, Andrews JA, Hampson SE, Peterson M. Pubertal timing and substance use: The effects of gender, parental monitoring and deviant peers. J Adolesc Health 2008; 42: 555–63.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.2.2]

Prevalence of internalized and externalized behavioral problem among middle school boys in Zanjan city

Esmaeil Shiri [1], Mostafa Valipour [2], Mohammad Ali Mazaheri [3], Behnaz Roudbari [4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The exact review of the prevalence of internalized and externalized disorders in adolescence is essential to design and prepares appropriate remedial services that aimed at reducing the negative consequences and subsequent growth of mental disorders and improving adolescent functioning. The aim of this study is investigation of prevalence of internalized and externalized behavioral problems among middle school boys Zanjan city.

Methods and Materials: The study population consisted of all male students in Zanjan middle schools in the academic year 91-90. For sampling, by using random cluster sampling 300 students were selected as sample and Achenbach Adolescent self-evaluation questionnaire (YSR) was completed by them. Finally, after excluding incomplete questionnaires, 292 completed questionnaires were entered into the analysis.

Findings: Result showed that prevalence of internalized and externalized problems according to clinical classification , on a scale based on DSM are, respectively, 3 percent and 4.5 percent and According to the border classification, respectively, are 6.4 percent and 8 percent. In the clinical category of internalized disorders, the highest prevalence rate is somatization (8.2 percent) and in the clinical category of externalized disorders, the highest prevalence rate, is conduct disorder (8.2 percent). In the borderline category of internalized disorders, the highest prevalence rate is depression and in the externalized disorders, the highest prevalence rate, is oppositional defiant disorder.

Conclusions: Considering that there are internalized and externalized problems among adolescents, the need for designing treatment and prevention programs is felt

Keywords: Prevalence, Behavioral Problems, Internalized and Externalized Disorders, Students, Middle School

Citation: Shiri E, Valipour M, Mazaheri MA, Roudbari B. **Prevalence of internalized and externalized behavioral problem among middle school boys in Zanjan city.** J Res Behave Sci 2014; 12(2): ??

Received: 11.02.2013 Accepted: 27.02.2014

1- MSc of child and adolescence clinical psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
2- MSc of child and adolescence clinical psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.(Corresponding Author) Email: M.Valipour @yahoo.com
3- Associated Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
4- MSc Student of Counseling, Department of Counseling, Abhar Islamic Azad University, Zanjan, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.2.2]