

اختلالات رفتاری و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان سن مدرسه شهر گرگان

حمیرا خدام^۱، معصومه مدانلو^۲، طیبه ضیایی^۳، دکتر عباسعلی کشتکار^۴

چکیده

مقدمه: کسب اطلاعات در زمینه وسعت و شیوع اختلالات رفتاری کودکان و عوامل زمینه‌ساز آن به منظور ارتقای خدمات روان‌شناسی و ایجاد معیارهای پیشگیری‌کننده در زمینه سلامت ذهنی و روانی کودکان اساسی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین توزیع فراوانی مشکلات رفتاری کودکان سن مدرسه شهر گرگان و عوامل اپیدمیولوژیک مرتبط با آن در سال ۸۵-۱۳۸۴ صورت گرفته است.

روش: مطالعه مقطعی حاضر بر روی ۲۶۰۰ کودک دبستانی شهر گرگان صورت گرفت. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد راتر والدین بود که پس از مراجعه به مدارس، فرم والدین به منازل ارسال و پس از تکمیل شدن توسط والدین جمع‌آوری شد. بر اساس مطالعات انجام شده در داخل کشور و روابی و پایایی ابزار نقطه برش پرسشنامه ۱۳ در نظر گرفته شد و کودکانی که امتیاز مساوی یا بالاتر از ۱۳ داشتند، مبتلا به اختلال رفتاری در نظر گرفته شدند. اطلاعات جمع‌آوری شده با کمک جداول توزیع فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، توصیف و با استفاده از تست‌های آماری χ^2 و odds-ratio تحلیل گردید.

یافته‌ها: براساس نتایج، اکثر واحدهای پژوهش را دختران (۵۲/۸٪)، فرزند اول با میانگین سنی $9/25 \pm 1/5$ سال دارای دو والد (۹۴/۵٪) محصل در مدارس دولتی (۷۲/۷٪) تشکیل می‌دادند. با توجه به نقطه برش در نظر گرفته شده ۱۸/۴٪ کودکان به اختلال رفتاری مبتلا بودند. بین بروز اختلال رفتاری و تک والد بودن، سکونت در خانواده‌های پرجمعیت و کم درآمد، سابقه بحران طی سال اخیر، شغل و سطح تحصیلات والدین و محل تحصیل کودکان ارتباط آماری و معناداری وجود داشت ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه شیوع اختلال رفتاری در مطالعه حاضر در مقایسه با بسیاری از مطالعات انجام شده بالاتر است علت یابی و ارائه خدمات آموزشی و مشاوره‌ای ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: اختلال رفتاری، عوامل اپیدمیولوژیک، کودکان، گرگان، پرسشنامه راتر والدین

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۷/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۴/۸

۱ - کارشناس ارشد پرستاری بهداشت کودک و خانواده، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۲ - کارشناس ارشد روان‌پرستاری، عضو هیات دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: modanloo1@yahoo.com

۳ - کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۴ - استادیار اپیدمیولوژی و عضو هیات علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

مقدمه

قرار گیرد (۵). در واقع درک درست از مشکل بدون ترسیم تصویری مناسب از شرایط و مشخصات کودک و خانواده امکان پذیر نمی باشد. با توجه به این که تاکنون بررسی های اندکی در زمینه شیوع اختلال رفتاری کودکان در خانواده های ایرانی انجام شده است و در استان گلستان نیز هیچ مطالعه ای جهت تعیین شیوع این اختلال صورت نگرفته، مطالعه حاضر با هدف شناسایی مشخصات فردی و خانوادگی کودکان سن مدرسه مبتلا به مشکلات رفتاری و عوامل اپیدمیولوژیک مرتبط با آن طراحی و انجام شد.

روش مطالعه

مطالعه مقطعی حاضر در سال تحصیلی ۸۴-۸۵ با هدف تعیین شیوع اختلالات رفتاری کودکان سن مدرسه شهر گرگان و عوامل مرتبط با آن صورت گرفت. جامعه پژوهش را کلیه کودکان ۶-۱۲ سال شاغل به تحصیل در مدارس ابتدایی دولتی و غیرانتفاعی شهر گرگان تشکیل می دادند که از بین آنان به روش خوشه ای سه مرحله ای ۲۶۰۰ کودک برگزیده شدند. بدین ترتیب که ابتدا اسامی کلیه مدارس ابتدایی شهر گرگان تهیه و بر حسب جنس دانش آموزان به دخترانه و پسرانه و بر حسب نوع مدارس به دولتی و غیرانتفاعی تقسیم شدند. سپس بر حسب آدرس در چهار گروه [مناطق جغرافیایی] قرار داده شدند [مرحله اول]. سپس درصد هر یک از گروه ها نسبت به کل مدارس شهر تعیین شده و بر همان اساس، تعداد دانش آموزان هر طبقه نسبت به کل نمونه های منتخب (۲۶۰۰) محاسبه شد.

در مرحله آخر بر حسب تعداد دانش آموزان، در هر گروه تعدادی از مدارس به صورت کاملاً تصادفی انتخاب [مرحله دوم] و پس از ورود به مدارس از روی لیست کلاس تعداد مساوی از هر پایه تحصیلی [اول تا پنجم] به صورت تصادفی انتخاب [مرحله سوم] و از طریق آنان پرسشنامه ها به منازل ارسال و پس از تکمیل توسط والدین جمع آوری شد. ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر، پرسشنامه اختلال رفتاری راتر بود. این پرسشنامه توسط راتر با هدف تهیه یک ابزار پایا و معتبر برای بررسی اختلالات رفتاری کودکان سن مدرسه ساخته شد (۱۳). پرسشنامه راتر دارای دو نسخه والدین و معلم است: در این پژوهش از نسخه اول (RA2) یا فرم والدین استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۱ سؤال سه گزینه ای در مورد خصوصیات رفتاری کودک است

کودکان قشر عمده ای از جمعیت جهان را تشکیل می دهند به طوری که در کشورهای در حال توسعه، سهم این قشر از کل جمعیت تقریباً به ۵۰٪ می رسد (۱). در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (۲) در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمی و روانی این گروه سنی و کوشش در راه تأمین شرایط مادی و معنوی مناسب برای رشد بدنی، عاطفی و فکری آنان واضح تر از آن است که احتیاج به تأکید داشته باشد (۱) مطالعات انجام شده در فرهنگ های مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند (۳). منظور از مشکلات رفتاری، کلیه رفتارهای تکراری، غیر عادی و آزاردهنده نظیر مکیدن انگشت، ناخن جویدن، تیک، لکنت زبان، کتک کاری، قشقورق راه انداختن و ... است که باعث اختلال در کارکرد فرد و خانواده شده (۴) و آثار منفی بر یادگیری، ارتباط و کارایی اجتماعی آنان دارد (۵). آمار مربوط به شیوع این عارضه در جوامع مختلف بین ۱۱/۸٪ تا ۲۵/۷٪ متغیر است و تأثیر عواملی همچون سن، جنس، ساختار و وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده در بروز آن مطرح گردیده است (۸-۹-۱۱). شواهد نشان می دهد بسیاری از موارد مشکلات رفتاری و روانی به صورت خفیف در کودکان وجود دارد بدون آن که توسط خانواده یا معلم تشخیص داده شود و تنها زمانی که به علل مختلفی که مرتبط با کودک و شیوه برخورد اطرافیان با وی و بروز بحران های چون مرگ و طلاق والدین، مشکلات مدرسه و ... است تشدید شده و تظاهر می یابد و به دلیل عدم تشخیص و درمان به موقع منجر به عواقب نامطلوب در سنین کودکی نظیر افت عملکرد تحصیلی، عدم تبعیت از والدین و مشکلات تعاملی و در زندگی بزرگسالی نظیر بزهکاری، حادثه پذیری، سوء مصرف مواد می شود (۳، ۱۲ و ۱۳). آنچه مسلم است شناسایی افراد در معرض خطر از اهمیت ویژه ای برخوردار است و در این راستا تنها تمرکز بر خود کودک کافی نیست. مطالعات انجام شده نشان داده است اختلال رفتاری حاصل تعامل کودک با محیط اطراف وی است و بنابراین باید در زمینه بافت خانواده، همسالان، مدرسه و جامعه مورد بررسی

یکی از والدین (۶۷/۷٪) بود. ۲۹/۱٪ کودکان طی یک سال گذشته سابقه حداقل یک بحران عاطفی را داشتند که در اغلب موارد (۳۷/۷٪) ناشی از تغییر محل زندگی بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد، ۲۱٪ (۴۲۱ نفر) (۲۲/۷-۱۹/۱: ۹۵٪ CI) از کودکان سن مدرسه شهر گرگان مبتلا به اختلالات رفتاری بودند.

از نظر والدین نشانه‌های دال بر اختلال رفتاری با تکرار بیش از یک بار در هفته، به ترتیب شامل تحریک‌پذیری و زود از کوره در رفتن (۴۴/۳٪)، وول خوردن مکرر و تکان دادن بدن (۳۹/۵٪)، بی‌قراری و ناتوانی در نشستن برای مدت طولانی (۳۶/۹٪)، از دست دادن خلق عادی، همراه با فریاد و حرکات خشمگینانه و قشقرق راه انداختن (۳۱/۹٪)، غمگینی و زود گریه کردن (۳۱/۵٪) و ناتوانی در تمرکز (۳۱/۵٪) بودند.

بررسی ارتباط اختلال رفتاری با مشخصات دموگرافیک کودکان مورد مطالعه (جدول شماره ۱) نشان داد، درصد ابتلای کودکان بر حسب سن و جنس آنان از تفاوت آماری معناداری برخوردار است بدین ترتیب که بالاترین درصد ابتلا مربوط به کودکان ۱۱ ساله (۳۳/۳٪) و پسرها (۲۱/۱٪) در برابر (۱۷/۳٪) بود و پسر بودن شانس ابتلا به اختلال رفتاری را ۱/۲۷ برابر نموده بود (۱/۵۹-۱/۰۱): ۹۵٪ CI). علاوه بر این تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده ارتباط آماری معنادار بین رتبه تولد و وقوع اختلال رفتاری بود ($p < 0/05$) به گونه‌ای که با افزایش رتبه تولد شیوع اختلال افزایش می‌یافت. یافته‌ها در خصوص ارتباط پایه تحصیلی و بروز اختلال نشان داد اختلاف معناداری در بین پایه‌های تحصیلی مختلف وجود دارد ($p < 0/05$) و بالاترین درصد ابتلا (۲۲/۷٪) مربوط به پایه چهارم تحصیلی است. علاوه بر این تحصیل در مدارس دولتی شانس ابتلا به اختلال رفتاری را در مقایسه با مدارس غیرانتفاعی ۱/۵۸ برابر نموده بود (۲/۱۱-۱/۱۹: ۹۵٪ CI). وقوع بحران عاطفی طی یک سال اخیر نیز یکی دیگر از عوامل افزایش‌دهنده شانس وقوع اختلال رفتاری در کودکان بود به گونه‌ای که این کودکان ۲/۶۷ برابر سایرین مبتلا به اختلال شده بودند (۳۳/۷-۱/۱۲: ۹۵٪ CI) و ($p < 0/0001$). علاوه بر این میزان وقوع اختلال در کودکان دچار بحران‌های عاطفی بر حسب علت بحران نیز اختلاف آماری معناداری داشت. بدین گونه که بالاترین درصد ابتلا (۵۷/۱٪) مربوط به کودکانی بود که والدینشان به دلیل طلاق از یکدیگر جدا شده بودند و پایین‌ترین درصد ناشی از تغییر

که از والدین خواسته شد مطابق با مقیاس درجه‌بندی به آن‌ها پاسخ دهند. این درجه‌بندی به صورت «مشکل یا مورد ندارد»، «کمی یا گاهی مشکل دارد»، «زیاد یا همیشه مشکل دارد» است که به ترتیب امتیازات صفر، یک و دو به آن‌ها تعلق می‌گیرد. امتیاز کل آزمون برای هر فرد بین اعداد ۶۲-۰ متغیر بوده و چنانچه کودکی امتیاز مساوی یا بیشتر از ۱۳ (نقطه برش) داشت به عنوان یک فرد مبتلا به اختلال رفتاری تلقی شد (۱۳ و ۱۴). راتر و همکاران پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی به فاصله دو ماه ۰/۷۴ و همبستگی بین فرم‌های والدین و آموزگار را ۰/۷۶ گزارش نمودند (۱۳). در مطالعات انجام شده در داخل کشور نیز در مقایسه با ارزیابی روانپزشک حساسیت ۰/۹۷ و ویژگی ۰/۸۸ و ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۹۵ گزارش شده است (۱۵). این پرسشنامه به وسیله مهریار و همکاران، در شیراز هنجاریابی شده است و در پژوهش‌های متعددی (مهریار و همکاران ۱۳۸۶، سهرابی ۱۳۶۹، حاتمی ۱۳۶۱، براهنی و ناظر ۱۳۷۲، دلاور و سالاری ۱۳۷۴) مورد استفاده قرار گرفته است (۱۶).

از ۲۶۰۰ پرسشنامه ارسال شده ۱۹۸۰ مورد عودت داده شد [میزان پاسخدهی (۷۶/۱٪)] و تجزیه و تحلیل اطلاعات بر روی پرسشنامه‌های کامل عودت داده شده صورت گرفت. به منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی و جداول توزیع فراوانی و برای تحلیل و بررسی ارتباط متغیرها از آزمون‌های chi-square و odds-Ratio و برآورد فاصله اطمینان ۹۵٪ مربوطه استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش را دختران (۵۲/۱٪)، فرزند اول خانواده (۴۹/۸٪) با میانگین سنی (۹/۲۵ ± ۱۶/۵۶) سال، دارای دو والد (۹۴/۵٪) شاغل به تحصیل در مدارس دولتی (۷۲/۷٪) تشکیل می‌دادند. در آمد خانواده‌ها در اغلب موارد (۸۸/۶٪) ۳ میلیون ریال یا کمتر بود. مادرها در اکثر موارد (۷۹/۸٪) خانه‌دار و پدرها کارمند (۳۵/۹٪) بودند و سطح تحصیلات اغلب والدین راهنمایی بود (به ترتیب ۲۶/۶٪ و ۲۷/۵٪). کودکان دارای یک والد در اغلب موارد (۵۲/۸٪) با مادران خود زندگی کرده و علت تک والدشدن آنان مرگ

زندگی می‌کردند به ترتیب ۱/۷۶ و ۲/۳۳ برابر دیگران شانس ابتلا به اختلال رفتاری را داشتند (۲/۳۴-۱/۳۹ و ۳/۸۶-۱/۴۲): CI/۹۵ و $p < 0.0001$. مقایسه تحصیلات والدین کودکان دچار اختلال رفتاری با دیگران نیز بیانگر اختلاف آماری معناداری بود ($p < 0.0001$). بدین ترتیب که شانس وقوع اختلال در کودکانی که مادر یا پدری با تحصیلات زیر دیپلم داشتند به ترتیب ۲/۲۷ و ۲/۵۳ برابر شده بود (۳/۲۹-۱/۹۵ و ۲/۹۸-۱/۷۴: CI/۹۵).

در خصوص اشتغال مادر، یافته‌ها نشان داد خانه‌دار بودن مادر شانس وقوع اختلال را ۱/۳۸ برابر افزایش داده است. (۱۹/۷٪ در برابر ۱۵/۱٪) (۱-۱/۹۰: CI/۹۵؛ $p = 0.022$). در حالی که بی‌کاری یا اشتغال پدر به مشاغل رده پایین نظیر کارگری، احتمال وقوع این اختلال را ۲/۷۸ برابر افزایش (۲/۱۷-۳/۵۵: CI/۹۵، $p = 0.000$) داده بود. در این خصوص یافته‌ها نشان داد کودکان پدران بی‌کار بالاترین درصد (۵۱/۷٪) و کودکان پدران دارای مشاغل آزاد پایین‌ترین درصد (۱۴٪) ابتلا را به خود اختصاص داده بودند ($p < 0.0001$).

مدرسه محل تحصیل بود ($p < 0.0001$). در نهایت کودکانی که متوسط معدل سال‌های تحصیلی مساوی یا کمتر از ۱۷ داشتند ۳/۰۸ برابر دیگران مبتلا به اختلال رفتاری بودند (۱/۶۷-۵/۶۸: CI/۹۵).

بررسی ارتباط اختلال رفتاری با مشخصات خانوادگی کودکان مورد مطالعه (جدول شماره ۲) نشان داد، شانس وقوع اختلال در کودکان خانواده‌های تک‌والدی ۲/۱۱ برابر سایر کودکان بود (۱/۳۸-۲/۳۳: CI/۹۵) و در مواردی که کودکان ساکن خانواده‌های دو‌والدی با پدر و مادر بیولوژیک خود زندگی می‌کردند در مقایسه با کسانی که یکی از والدین آن‌ها اصلی بودند میزان وقوع اختلال (۱۷/۹٪ در برابر ۲۳/۳٪) از تفاوت آماری معناداری برخوردار بود ($p < 0.05$). این امر شانس ابتلا را ۲/۳۰ برابر نموده بود (۱/۳۰-۴/۰۴: CI/۹۵). از طرف دیگر شانس وقوع اختلال رفتاری در کودکانی که به علت طلاق یکی از والدین خود را از دست داده بودند ۵/۱۹ برابر آن‌هایی بود که علت تک‌والدشدنشان مرگ والدین بود (۱۳/۲-۲/۰۴: CI/۹۵) و $p < 0.0001$. علاوه بر این کودکانی که در خانواده‌های پرجمعیت (بالای ۴ نفر)، و درآمد ۳۰۰۰۰۰۰ ریال یا کمتر

جدول ۱: مقایسه مشخصات فردی دانش‌آموزان مبتلا و غیر مبتلا به اختلالات رفتاری

| Confidence interval | Odds ratio | p-Value | مبتلا | | غیر مبتلا | | | |
|---------------------|------------|---------|--------------|--------------|--------------|-----------------|-----------|---------------|
| | | | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | | |
| ۰/۰۱-۱/۵۹ - | ۱/۳۷ ۱ | ۰/۰۱۹ | ۸۵۶(۸۲/۷) | ۱۷۹(۱۷/۳) | ۷۵۰(۷۸/۹) | ۲۰۰(۲۱/۱) | | |
| | | | جنس | دختر | پسر | | | |
| | | ۰/۰۰۵ | ۳۷۰(۸۵/۱) | ۶۵(۱۴/۹) | ۳۲۷(۸۰/۹) | ۷۷(۱۹/۱) | | |
| | | | مقطع تحصیلی | اول | دوم | سوم | چهارم | |
| | | | ۳۳۵(۸۴) | ۶۴(۱۶) | ۲۹۴(۷۵/۶) | ۹۵(۲۴/۴) | ۳۰۱(۸۲/۵) | ۶۴(۱۷/۵) |
| | | | ۴۲۴(۸۵) | ۷۵(۱۵) | ۲۰۹(۸۶/۴) | ۳۳(۱۳/۶) | ۹۹(۲۸/۶) | ۲۷(۲۱/۴) |
| | | | رتبه تولد | اول | دوم | سوم | چهارم | پنجم و بالاتر |
| ۱/۶۷-۵/۶۸ | ۳/۰۸ ۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۳۰(۵۸/۱) | ۲۱(۴۱/۲) | ۱۰۱۳(۸۱/۵) | ۲۳۰(۱۸/۵) | | |
| | | | معدل | ۱۷ و کمتر | بالاتر از ۱۷ | | | |
| ۱/۱۹-۲/۱۱ | ۱/۵۸ ۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۱۶۱(۷۹/۸) | ۲۹۳(۲۰/۲) | ۴۷۱(۸۶/۳) | ۷۵(۱۳/۷) | | |
| | | | نوع مدرسه | دولتی | غیرانتفاعی | | | |
| ۲/۱۲-۳/۳۷ | ۱ ۲/۶۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۲۳۰(۸۶/۳) | ۱۹۵(۱۳/۷) | ۴۱۰(۷۰/۲) | ۱۷۴(۲۹/۸) | | |
| | | | سابقه بحران | ندارد | دارد | | | |
| | | ۰/۰۰۰۱ | ۱۳۳(۶۰/۵) | ۸۷(۳۹/۵) | ۱۳۳(۷۹/۲) | ۳۵(۲۰/۸) | | |
| | | | نوع بحران | مهاجرت | تغییر مدرسه | تولد فرزند جدید | مرگ | |
| | | | ۱۱۴(۷۷) | ۳۴(۲۳) | ۲۱(۷۷/۸) | ۶(۲۲/۲) | ۹(۴۲/۹) | ۱۲(۵۷/۱) |
| | | | طلاق | | | | | |

جدول ۲: مقایسه مشخصات خانوادگی دانش آموزان مبتلا و غیر مبتلا به اختلالات رفتاری

| Confidence interval | Odds ratio | p-Value | غیر مبتلا تعداد (درصد) | مبتلا تعداد (درصد) | | |
|---------------------|------------|---------|---|--|---|----------------|
| ۱/۳۸-۳/۲۳ | ۱ ۲/۱۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۵۳۸(۸۲/۲) ۷۴(۶۸/۵) | ۳۳۴(۱۷/۸) ۳۴(۳۱/۵) | دو والدی تک والدی | وضعیت والدین |
| ۰/۱۷-۱/۲ | ۱ ۰/۴۶ | ۰/۱۱ | ۱۷(۵۰) ۲۶(۶۸/۴) | ۱۷(۵۰) ۱۲(۳۱/۶) | پدر مادر | والدی بیولوژیک |
| ۲/۰۴-۱۳/۲ | ۱ ۵/۱۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۵۵(۸۲/۱) ۱۵(۴۶/۹) | ۱۲(۱۷/۹) ۱۷(۵۳/۱) | مرگ طلاق | علت تک والدی |
| ۱/۳۰-۴/۰۴ | ۱ ۲/۳۰ | ۰/۰۰۰۳ | ۱۵۹۵(۸۲/۱) ۴۲(۶۶/۷) | ۳۴۸(۱۷/۹) ۲۱(۳۳/۳) | هر دو اصلی نامادری/ناپدری | وضعیت والدین |
| ۱/۳۹-۲/۲۴ | ۱/۷۷ ۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۹۷۵(۸۵) ۶۱۰(۷۶/۳) | ۱۷۲(۱۵) ۱۹۰(۲۳/۷) | چهار و کمتر بالاتر از چهار | سایز خانواده |
| ۱/۷۴-۲/۹۸ | ۲/۲۷ ۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۹۱۶(۷۷/۶) ۶۸۶(۸۸/۷) | ۲۶۴(۲۲/۴) ۸۷(۱۱/۳) | زیر دیپلم دیپلم و بالاتر | تحصیلات مادر |
| | | | ۱۶۳(۶۵/۵) ۳۱۷(۷۷/۱) ۴۳۶(۸۳/۸) ۴۱۸(۸۸/۶) ۲۶۸(۸۹) | ۸۶(۳۴/۵) ۹۴(۲۲/۹) ۸۴(۱۶/۲) ۵۴(۱۱/۴) ۳۳(۱۱) | بی سواد ابتدایی راهنمایی دیپلم دانشگاهی | تحصیلات مادر |
| ۱-۱/۹۰ | ۱/۳۸ ۱ | ۰/۰۰۳۹ | ۱۲۱۱(۸۰/۳) ۳۲۵(۸۴/۹) | ۲۹۸(۱۹/۷) ۵۸(۱۵/۱) | خانه دار شاغل | شغل مادر |
| | | | ۱۰۹(۶۵/۳) ۲۸۰(۷۲/۵) ۴۴۱(۸۱/۷) ۳۷۹(۹۰/۲) ۳۸۹(۸۷/۶) | ۵۸(۳۴/۷) ۱۰۶(۲۷/۵) ۹۹(۱۸/۳) ۴۱(۹/۸) ۵۵(۱۲/۴) | بی سواد ابتدایی راهنمایی دیپلم دانشگاهی | تحصیلات پدر |
| ۱/۹۵-۳/۲۹ | ۲/۵۳ ۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۸۳۰(۷۵/۹) ۷۶۸(۸۸/۹) | ۲۶۳(۲۴/۱) ۹۶(۱۱/۱) | زیر دیپلم دیپلم و بالاتر | تحصیلات پدر |
| ۵۲۷(۸۶) | | | ۴۲(۴۸/۳) ۳۰۰(۷۳) ۵۷۸(۸۶/۳) ۷۲(۸۲/۸) | ۴۵(۵۱/۷) ۱۱۱(۲۷) ۹۲(۱۳/۷) ۱۵(۱۷/۲) ۸۶(۱۴) | بیکار کارگر کارمند کشاورز آزاد | شغل پدر |
| ۲/۱۷-۳/۵۵ | ۲/۷۸ ۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۳۴۲(۶۸/۷) ۱۲۹۸(۸۵/۹) | ۱۵۶(۳۱/۳) ۲۱۳(۱۴/۱) | بی کار و کارگر کارمند و کشاورز ... | شغل پدر |
| ۱/۴۲-۳/۸۶ | ۲/۳۳ ۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۴۴۷(۸۰/۶) ۱۹۳(۹۰/۶) | ۳۴۹(۱۹/۴) ۲۰(۹/۴) | زیر ۳۰۰۰۰۰۰ بالای ۳۰۰۰۰۰۰ | درآمد |

بحث

این اختلال در این مطالعه بالاتر بوده است (۱۷ و ۹). لازم به ذکر است در مطالعه انجام شده در شهر تبریز شیوع اختلال رفتاری ۲۳٪ گزارش شده است (۲). اختلاف موجود در شیوع اختلالات رفتاری در مطالعات مختلف را می توان به تفاوت در شرایط خانوادگی، فرهنگی، روانی - اجتماعی حاکم بر زندگی کودک نسبت داد.

طبق یافته های به دست آمده شیوع اختلال رفتاری در پسرها بیشتر از دخترها بوده و پسر بودن شانس ابتلا را افزایش

در این مطالعه شیوع اختلال رفتاری در کودکان سن مدرسه شهر گرگان طبق اطلاعات جمع آوری شده از طریق پرسشنامه راتر والدین ۲۱٪ بود. در مقایسه با سایر مطالعاتی که از این ابزار استفاده نموده اند نظیر مطالعات انجام شده در کشورهای ژاپن، (۱۲٪)، چین (۷٪)، کره (۱۹/۱٪) امارات متحده عربی (۱۱/۸٪) فنلاند (۱۱/۲٪) در تمام موارد شیوع

می‌داد. این یافته با نتایج به دست آمده در بسیاری از مطالعات هم‌خوانی دارد (۱۸،۷،۴ و ۱۹-۱۷) و به نظر می‌رسد بر خلاف تصور عموم پسرها در مقایسه با دخترها حساسیت بیشتری نسبت به محرک‌های محیطی و روانی اجتماعی دارند. رواقی در گزارش خود آورده است این برتری تا سن بلوغ ادامه دارد و پس از آن معکوس می‌شود، یعنی شیوع اختلال در دخترها بیش از پسرها خواهد شد (۴). در خصوص رتبه تولد نیز یافته‌ها بیانگر وجود ارتباط آماری معنادار با وقوع اختلال بود به گونه‌ای که در رتبه بالاتر شیوع اختلال رفتاری بیشتر بود. این یافته نیز توسط نتایج به دست آمده توسط برخی محققین مورد تأیید قرار می‌گیرد. (۲۱-۱۹) ممکن است علت این مسأله شلوعی خانواده‌های پرجمعیت عدم امکان توجه و رسیدگی کافی از طرف والدین باشد. لازم به ذکر است که در برخی از مطالعات رابطه معکوس بین رتبه تولد و ابتلا به اختلال رفتاری گزارش شده است و توجه محققین مربوطه یادگیری مکانیسم‌های مقابله‌ای و سازگاری بیشتر فرزندان کوچکتر خانواده‌های پرجمعیت است (۱۴ و ۱۴). طبق یافته‌های پژوهش ارتباط آماری معنادار اختلال رفتاری و پایه تحصیلی کودکان مورد بررسی وجود داشت و بالاترین درصد ابتلا مربوط به کودکان پایه چهارم بود. این یافته با نتایج به دست آمده از برخی مطالعات هم‌خوانی دارد. در این مطالعات نیز بالاترین درصد ابتلا در پایه تحصیلی چهارم و پنجم گزارش شده است (۱۹ و ۱۹). این امر را می‌توان به فشارهای روحی ناشی از افزایش حجم دروس و مسؤولیت‌های آموزشی پایه‌های تحصیلی بالاتر نسبت داد. در خصوص وضعیت تحصیلی نیز یافته‌ها نشان دهنده ارتباط معکوس این متغیر با ابتلا به اختلال رفتاری بود. بدین معنی که در اطفالی با میانگین معدل پایین‌تر شیوع اختلال رفتاری بالاتر بود. افت تحصیلی اطفال مبتلا به اختلال رفتاری به دلیل ناتوانی در تمرکز، اضطراب و عدم توانایی در برقراری ارتباط مناسب با معلم و همکلاسی‌ها یک رخ داد قابل پیش‌بینی است. این یافته با نتایج برخی محققین هم‌خوانی دارد (۲۱ و ۱۹، ۱۹). البته برخی مطالعات بر نتایج متضادی اشاره دارند و علت آن را از یک طرف فشار روانی ناشی از رقابت و کمال طلبی بیشتر دانش‌آموزان دارای معدل بالاتر و از طرف دیگر فشار خانواده جهت حفظ و ارتقای وضعیت تحصیلی موجود می‌دانند (۲۲).

در این مطالعه از جمله متغیرهای دیگری که ارتباط آماری معناداری با بروز اختلال داشت، تحصیلات والدین بود به گونه‌ای که با بالا رفتن سطح تحصیلات ایشان درصد

وقوع اختلال در کودکان کاهش می‌یافت. نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط ابوالفتح، اسفندآبادی، رواقی و دیگران نیز موید این مسأله است که تحصیلات والدین با بروز اختلال ارتباط منفی دارد (۲۱، ۲۳). قابل پیش‌بینی است که با بالا رفتن سطح تحصیلات والدین آگاهی آنان نسبت به چگونگی رفتار با کودک و توجه به نیازهای روانی اجتماعی وی افزایش یابد و بدین ترتیب از بروز اختلالات رفتاری پیشگیری می‌شود. در برخی از مطالعات به اثر پیشگیری‌کننده تحصیلات مادر اشاره شده است و توجه محققین این است که چون کودک وقت بیشتری را با مادر می‌گذراند و بیشتر نیازهای عاطفی وی توسط مادر ارضا می‌شود، الگوپذیری و نقش‌پذیری او از رفتارهای مادران خود بیشتر است. در نتیجه تحصیل مادر نقش تعیین‌کننده‌تری در شکل‌گیری رفتار پهنجار دارد (۸ و ۲۲). در این پژوهش شغل پدر و درآمد خانواده با بروز اختلال رفتاری رابطه معنادار آماری منفی داشت یعنی با بهبود شغل پدر و درآمد خانواده میزان وقوع اختلال کاهش می‌یافت. بسیاری از مطالعات، سطح اقتصادی اجتماعی پایین خانواده را در بروز اختلالات روانی کودکان مؤثر می‌دانند (۲۱، ۱۹ و ۲۳). در خصوص شغل مادر، یافته‌ها نشان داد شانس ابتلا به اختلال رفتاری در کودکانی که مادرانشان خانه‌دار هستند بیش از کسانی است که مادران شاغل دارند. این نتیجه با یافته‌های برخی محققین هم‌خوانی دارد (۲۱ و ۲۱). ایشان معتقدند کیفیت ارتباط با کودک از مدت زمان بودن با وی اهمیت بیشتری دارد. در برخی مطالعات از اشتغال مادر به عنوان فاکتور خطر ابتلا به اختلال رفتاری یاد شده است. ایشان معتقدند عدم حضور مادر در منزل باعث کاهش نظارت و کنترل، ارتباط کوتاه‌تر و صرف زمان و حمایت کمتری از جانب مادر خواهد شد (۲۴). طبق یافته‌های پژوهش حاضر و تحقیقات انجام شده توسط سایر محققین سبب خانوار یکی دیگر از عوامل افزایش‌دهنده شانس ابتلا به اختلال رفتاری است (۱۴ و ۲۱) ابوالفتوح در مطالعه خود در عربستان شانس ابتلا به اختلال رفتاری را در کودکان خانواده‌های دارای سطح اقتصادی اجتماعی پایین ۱۱ برابر و در خانواده‌های پرجمعیت (۴ نفر یا بیشتر) ۲/۵ برابر سایرین گزارش کرده است که علت این می‌تواند ناتوانی والدین در توجه و رسیدگی کافی به فرزندان و احتمالاً مشکلات اقتصادی خانواده‌های پرجمعیت باشد (۲۱، ۱۴ و ۲۲). لازم به ذکر است برخی از محققین به عدم وجود رابطه آماری معنادار دست یافته‌اند و علت آن را افزایش سیستم‌های حمایت خانوادگی و اجتماعی

بحران‌های عاطفی چون تغییر محل سکونت و طلاق یا جدایی والدین به ترتیب ۱/۰۹ و ۲/۱۷ برابر دیگران گزارش شده است (۳). علاوه بر این یافته‌های برخی مطالعات نیز به وجود ارتباط آماری معنادار بین وجود بحران‌هایی چون جدایی والدین و بروز اختلالات رفتاری اشاره شده است (۳ و ۱۲).

در خاتمه در خصوص محدودیت‌های مطالعه می‌توان به عدم توانایی قضاوت در مورد تقدم و تأخر وقوع برخی عوامل خطر (وضعیت تحصیلی دانش آموزان، ... و اختلال رفتاری به دلیل طراحی مطالعه به صورت مقطعی اشاره نمود. لذا پیشنهاد می‌شود با انجام مطالعات دیگر عوامل مؤثر بر بروز اختلال مورد بررسی قرار گیرد. در ارتباط با افت نمونه (میزان پاسخ‌دهی ۷۶/۱٪)، تحلیل درصد افت نمونه در بین گروه‌های مختلف جنسی و منطقه جغرافیایی اختلاف آماری معناداری را نشان نداد. به عبارت دیگر کیفیت افت نمونه از الگوی تصادفی برخوردار بوده و با بایاس همراه نبوده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که شیوع اختلال رفتاری در این مطالعه در مقایسه با بسیاری از مطالعات انجام شده در این زمینه بالاتر است، علت‌یابی از طریق انجام مطالعات تکمیلی و ارائه خدمات آموزشی و مشاوره‌ای به کودکان و والدین ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود واجب می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان که منابع‌های مورد نیاز مطالعه را تأمین نموده است و مسوولین محترم اداره آموزش و پرورش شهر گرگان و مدیران و معلمین محترم مدارس ابتدایی به دلیل همکاری صمیمانه‌اش در جمع‌آوری اطلاعات تشکر و قدردانی نمایند.

در خانواده‌های پرجمعیت می‌دانند و معتقدند، افزایش تعداد افراد خانواده و داشتن خواهر و برادرهای متعدد باعث تقویت توان مقابله‌ای و ایجاد تعاملات بین فردی بیشتری می‌گردد (۱۷، ۱۸، ۲۳).

در خصوص ارتباط اختلال رفتاری با وضعیت تأهل والدین یافته‌ها نشان داد شانس ابتلا در کودکان خانواده‌های تک‌والدی بیشتر از کودکانی است که با هر دو والد زندگی می‌کنند. در بسیاری از تحقیقات انجام شده تک‌والد بودن یک ریسک فاکتور قوی برای ابتلا به اختلالات رفتاری معرفی می‌شود (۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸). علاوه بر این یافته‌ها نشان داد زندگی با هر دو والد بیولوژیک شانس ابتلا به اختلال رفتاری را کاهش می‌دهد و درصد ابتلای کودکانی که با پدر بیولوژیک و مادر ناتنی زندگی می‌کردند بیش از آن‌هایی بود که مادر بیولوژیک و پدر ناتنی داشتند. این یافته‌ها با نتایج حاصل از برخی مطالعات انجام شده هم‌خوانی دارد (۱۴). بالاتر بودن شانس ابتلا در کودکان تک‌والد یا آن‌هایی که با پدر یا مادر ناتنی خود زندگی می‌کنند، را می‌توان به وجود مجموعه‌ای از مشکلات اقتصادی، عدم حضور یکی از والدین، ناسازگاری‌های بین والدین و کودک و ... نسبت داد. علاوه بر این ایجاد یک خانواده جدید پس از مرگ یکی از والدین یا طلاق می‌تواند موقعیت‌های استرس‌زای زیادی را برای کودک ایجاد کند که حتی در خانواده‌های تک‌والد نیز دیده نمی‌شود (۱۴).

در این مطالعه وجود سابقه بحران‌های عاطفی طی سال اخیر در زندگی کودک و عوامل شایع ایجاد کننده آن (طلاق و تغییر محل سکونت) نیز از عوامل افزایش‌دهنده شانس ابتلا به اختلال رفتاری می‌باشند. هارلند معتقد است، بچه‌هایی که دچار حوادث استرس‌آوری در زندگی خود می‌شوند در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی و رفتاری بوده و وضعیت تأهل والدین یکی از فاکتورهای پیش‌گویی‌کننده ابتلا به این دسته اختلالات است. در این مطالعه شانس ابتلا به اختلالات رفتاری به دنبال

منابع

- 1- Kooshan M, Behnam Vashani HR. Prevalence of some behavioral disorders and familial factors affecting primary schoolers in Sabzevar. *Asrar, Journal of Sabzevar School of Medical Sciences* 2002;4(8): 40-46. [in Persian]

- 2- Ranjbar F, Nabdel Y, Fakhari A, Dadash Zadeh H. prevalence study of psychiatric disorders in children and adolescents. *MEDICAL JOURNAL OF TABRIZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES & HEALTH SERVICES* 2003;59: 56-60. [in Persian]
- 3- Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC. Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *Eur child Adolesc psychiatry*. 2002Aug; 11(4):179-84.
- 4- Ravaghie K, Shahgholian N, Mehralian H. Prevalence Of Behavioral Disorders In Children At Primary Schools Of Shahr- Kord. *Iran Journal of Nursing* 2000; 27(13): 35-41. [in Persian]
- 5- Shams Esfand Abadi H, Emami Pour S, Sadrol Sadat SJ. A study on prevalence of behavioral disorders in primary school students in Abhar. *JOURNAL OF REHABILITATION*. 2003; 12(3): 34-41. [in Persian]
- 6- Almqvist F, Kumpulainen K, Ikaheimo K, Linna SL, Henttonen I, Huikko E. and et al. Behavioral and emotional Symptoms in 8-9-year- old children. *European child Adolescent Psychiatry* 1999; 8(4):7-16.
- 7- Taanila A, Ebeing H, Heikura U, Jarvelin MR. Behavioral Problems of 8-year-old children with and without intellectual disability. *Journal of Pediatric Neurology*. 2003; 1(1):15-24.
- 8- al-kuwaiti MA, Hossain MM, Absood GH. Behaviour disorders in Primary school children in Al Ain, United Arab Emirates. *Ann Trop Pediatr*. 1995; 15(1):97-104.
- 9- Eapen V, Swadi H, Sabri S, Abou-saleh M. childhood behavioural disturbance in a community sample in al-Ain, United Arab Emirates. *Eastern Mediterranean Health Journal*. May 2007;7(3):428-34.
- 10- Adelekan ML, Ndom RJ, Ekpo M, Oluboka O, Epidemiology of childhood behavioural disorders in Ilorin, Nigeria-Finding from Parental reports. *West Afr J Med*. 1999 Jan-Mar;18(1):39-48.
- 11- Tadesse B, Kebede D, Tegegne T, Alem A. childhood behavioural disorders in Ambo district, western Ethiopia. I- Prevalence estimates. *Acta Psychiatr. Scand Suppl*. 1999;397:92-7.
- 12- Kaplan , sadock , b. *Comprehensive text book of psychiatry*. 7th editon Philadelphia l.w.w.com. 2005. vol 3. p: 3189-3198.
- 13- Biederman. faraone , sv. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. Jul 2005; 366(9481): 237-48.
- 14- Rutter M, A children's behavior questionnaire. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1967; 8: 1-11.
- 15- Luoma I, Puura K, Tamminen T, Kaukonen P, Phia J, Rasanen E, and et al. Emotional and Behavioural Symptoms in 7-9-year-old children in relation to family structure. *Eur child Adolesc Psychiatry*. 1999; 8 suppl 4:29-40.
- 16- Keramati K, Bolhari J, Asgharnejad Farid AA. Effect of Father Loss on Behavioral Disorders in Primary School Children. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)* 2007; 4(12): 390-395. [in Persian]
- 17- Behnia F. A qualitative study of behavioral disorders in slow-learning school children at occupational therapy clinic. *Quarterly Journal of Andeesheh Va Raftar*. 2002; 28(7):67-72. [in Persian]
- 18- Matsuura M, okubo Y, kojima T, takahashi R, wang Y-F, shen Y-Cand et al. A cross- National prevalence study of children with Emotional and behavioural problems: a WHO collaborative study in the Western PaCific Region. *Journal of child Psychology and Psychiatry* March 1993; 34(3): 307-315.
- 19- Taanila A, Ebeling H, Kotimaa A, Moilanen I, Jarvelin MR. Is a large family a protective factor against behavioural and emotional problems at the age of 8 years? *Acta pediatr*. 2004 Apr; 93(4): 508-17.
- 20- Shams Esfand Abad H, Sadro Sadat SJ, Emami Poor S. Behavioral disorders in children of addicted fathers. *JOURNAL OF REHABILITATION*. 2004; 17-16(5): 32-38. [in Persian]
- 21 - Khazaei T, Khazaei MM, Khazaei M. Prevalence of behavioral disorders among school children of Birjand. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2005; 23-22(12): 79-85. [in Persian]
- 22 - Abolfotouh MA. Behaviour disorders among urban school boys in south-Western saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 1997; 3(2): 274-283.
- 23 - Tahmassian K, Mehryar AH, Bolhari J, Birashk B. The efficacy of parent training in reduction of children's behavioral disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)*. 1998; 11(3): 54-60. [in Persian]
- 24 - Cheraghi F, Shamsaei F. Comparative study of school age children's behavior in Hamedan. *Scientific Journal of Hamedan, Nursing and Midwifery*. 2000; 8(16): 7-14. [in Persian]
- 25- Abdel-Fattah MM, Asal ARA, Al-Asmary SM, Al-Helali NS, Al-Jabban TM, Arafah MA. Emotional and behavioral problems Among Male Saudi school children and Adolescents Prevalence and Risk factors. <http://www.gipsy.uni-goettin.gen.de>. Reprinted from *German Journal of Psychiatry*. Published:2004.

Behavioral disorders and related factors in school age children of Gorgan

Khoddam¹ H (MSc.) - Modanloo² M (MSc.) - Ziaee³ T (MSc.) - Keshtkar⁴ AA (Ph.D).

Introduction: Acquiring information regarding the extend and prevalence of pediatric behavioral disorders and their predisposing factors is essential in improving psychological services and establishing preventive indicators for children's mental health. The present study was conducted to determine the prevalence of behavioral disorders of school age children and related epidemiological factors, in Gorgan city, in 2005-2006.

Methods: A cross sectional study was carried out using multistage cluster sampling method to recruit 2600 school age children. Data were collected through Rutter's parent questionnaire (RA₂), a standard tool which parents completed. A cutoff point of 13 was considered and children with total score of 13 or more were regarded to be disordered. Descriptive statistics and odds-Ratio and chi-square tests were used to analysis the data.

Results: Most of the samples were female (52.8%), first child with mean age of 9.25 ± 1.5 , having both parents living with them (94.5%) and were studying in governmental schools (72.7%). in view of the regarded cutoff point, 18.4% of children suffered from behavioral disorders. There was significant correlations between having behavioral disorder with being in single parent family, crowded and low income families, history of crisis during the previous year, job and education of the parents, and children schools ($P < 0.05$).

Conclusion: Considering the higher prevalence of behavior disorders found in current study compare to many others, investigating the explanations and reasons for as well as providing educational and consultation services is necessary.

Key words: Behavioral disorders, Epidemiological factors, Children, Gorgan, Rutter's parent questionnaire

1 - Faculty Member, University of Golestan Medical Sciences.

2 - Corresponding author: Faculty Member, University of Golestan Medical Sciences.

e-mail: modanloo1@yahoo.com

3,4 - Faculty Member, University of Golestan Medical Sciences.