



The Prevalence of Behavioral Disorders among School Children in Qaen.2016-2017

Hassan Jahani ¹, Zohreh Barzegari Esfeden ^{2,*}, Mohammad Reza Jani ³,
Mohammad Reza Razmara ⁴, Sara Shahani ⁵, Kobra Momeni ⁵, Maryam Al-Sadat
Jafarian ⁵

¹ MSc, Public Health Department, Qaen School of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

² Faculty Member, Public Health Department, Qaen School of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

³ MSc, Nursing Department, Qaen School of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

⁴ Faculty Member, Nursing Education Department, Qaen School of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

⁵ BSc, Nursing Department, Student Research Committee, Qaen School of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

* **Corresponding author:** Zohreh Barzegari Esfeden, Faculty Member, Public Health Department, Qaen School of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. E-mail: z.barzegari@bums.ac.ir

Received: 17 Oct 2017

Accepted: 01 Jan 2018

Abstract

Introduction: Most behavioral disorders cause by lack of attention to sensitive period of childhood that lead to behavioral problems for children. Behavioral problems are common and disabling disorder that causes a person to be vanished. Information on the extent and prevalence of behavioral disorders in children And its triggering factors to enhance psychological services and establishing preventive indicators for children's mental health is essential. This study aimed to determine the prevalence of behavioral disorders among primary school students and its determinants in Qaen in 2016.

Methods: This is a cross-sectional study which has been done on 384 primary school students in Qaen. Samples have been selected based on a multistage random sampling and Rutter behavioral disorder questionnaire (teacher and parents form) was used for data collection. The data were analyzed by SPSS version 20 using Kolmogorov-Smirnov, Chi-square and regression.

Results: Our results showed that 16.1% (parents form) and 11.1% (teacher form) of participants suffered from behavioral disorders. According to the findings from teacher's form; the prevalence of behavioral disorders had significant relationship with educational status ($P < 0.05$). According to the findings from parent's form; the prevalence of behavioral disorders had significant relationship with parental substance abuse ($P < 0.05$). Findings from parent's and teacher's form; the prevalence of behavioral disorders had no significant relationship with other demographic characteristics ($P > 0.05$).

Conclusions: The prevalence of behavioral disorders in children in this study was lower than other similar studies. The difference in the results of various studies can be attributed to the difference in the family, cultural, psychological and social life of the child and the relationship between the communities.

Keywords: Behavioral Disorders, Children, Primary School, Rutter Behavioral Disorder Questionnaire



بررسی شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان مقطع ابتدایی و عوامل مؤثر بر آن در شهر قاین در سال ۱۳۹۵

حسن جهانی^۱، زهره برزگری اسفدن^{۲*}، محمدرضا جانی^۳، محمدرضا رزم آرا^۴، سارا شاهانی^۵، کبری مؤمنی^۵، مریم السادات جعفریان^۵

^۱ کارشناس ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده پرستاری قائن، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

^۲ عضو هیئت علمی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده پرستاری قائن، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

^۳ کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری قائن، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

^۴ عضو هیئت علمی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری قائن، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

^۵ دانش آموخته کارشناسی، گروه پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری قائن، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

* نویسنده مسئول: زهره برزگری اسفدن، عضو هیئت علمی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده پرستاری قائن، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. ایمیل: barzegari@bums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۱۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۲۵

چکیده

مقدمه: دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی است. اغلب اختلالات رفتاری ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی است. کسب اطلاعات در زمینه وسعت و شیوع اختلالات رفتاری کودکان و عوامل زمینه‌ساز آن به منظور ارتقاء خدمات روانشناسی و ایجاد معیارهای پیشگیری‌کننده در زمینه سلامت ذهنی و روانی کودکان اساسی است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی و عوامل مؤثر بر آن در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ در شهر قاین بر روی ۳۸۴ نفر از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در شهر قاین انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت تصادفی چندمرحله‌ای و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد راتر فرم والدین و معلم بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد از نظر والدین ۱۶/۶ درصد و از نظر معلمان ۱۱/۱ درصد از نمونه‌ها در پژوهش مبتلا به اختلالات رفتاری بودند. شیوع اختلال وضعیت تحصیلی از نظر معلم رابطه معنی‌داری داشت ($P < 0/05$). شیوع اختلال با اعتیاد والدین از نظر والدین رابطه معنی‌داری داشت ($P < 0/05$). از نظر والدین و معلم بین شیوع اختلال با سایر مشخصات دموگرافیک رابطه آماری معناداری حاصل نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: شیوع اختلالات رفتاری در کودکان حاضر در این پژوهش در مقایسه با سایر مطالعات مشابه کمتر گزارش شد. که اختلاف موجود در نتایج مطالعات مختلف را می‌توان به تفاوت در شرایط خانوادگی، فرهنگی، روانی و اجتماعی حاکم بر زندگی کودک تعریف و به جوامع مورد بررسی ارتباط داد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات رفتاری، کودکان، مقطع ابتدایی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات رفتاری پس از دوران کودکی، ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است که این بی‌توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات رفتاری پس از دوران کودکی، ناشی از

کند (۴، ۸). پیامدهای مشکلات رفتاری در زندگی فردی و اجتماعی کودک برای اطرافیان و اجتماعی که فرد در آن قرار دارد معضلات بازدارنده بسیاری ایجاد نموده است و به عبارتی تمام جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلالات رفتاری عموماً اختلالات شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان و خانواده‌ها مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و به میزان بیشتری همراه با معضلات بوده و نسبت به کودکان بدون اختلال با شکست تحصیلی بیشتری مواجه می‌شوند (۷). دانش آموزان مبتلا به اختلال رفتاری به تمام دانش آموزانی گفته می‌شود که علی‌رغم هوش متوسط یا بالاتر رفتار اجتماعی و عاطفی فرد از نظر فراوانی، شدت، مداومت و شرایط ظهور تفاوت معناداری با دیگر همسالان خود دارند و این اختلالات باعث اضمحلال شخصیت فرد و مانع پیشرفت وی می‌شود (۹). مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد بین اختلالات روانی، اختلال کم توجهی و بیش فعالی نسبت به اختلالات اضطرابی و خلق از شیوع بیشتری برخوردار است و نیز پسرها دو برابر دخترها دچار مشکلات بیش‌فعالی‌اند (۱۰). پژوهشی دیگر در مورد اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی در چین گویای اثر مستقیم انسجام خانواده بر روی رشد روحی روانی کودکان است (۱۱). پژوهش همه‌گیری‌شناسی در مورد مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان در رودهن نشان می‌دهد که اکثر بزرگسالان بزهکار تاریخچه‌ای طولانی از مشکلات رفتاری در دوران کودکی داشته‌اند و همچنین احتمال باقی ماندن اختلالات را در دوران پس از بلوغ و بزرگسالی چهار تا پنج، هفت درصد تخمین زد (۸).

با توجه به پژوهش صورت گرفته در شهر تهران یک‌سوم دانش آموزان دوره ابتدایی دارای اختلالات رفتاری‌اند آگاهی از میزان شیوع این اختلالات می‌تواند در برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌گیری‌ها برای برنامه‌های مداخله‌ای مفید باشد (۷). در شیراز پژوهشی تحت عنوان اختلالات رفتاری دانش آموزان شش تا ۱۳ ساله انجام شد، تحقیقات نشان داد میزان شیوع اختلالات رفتاری در پسران بیشتر از دختران است. در مطالعه‌ای که در سبزوار انجام شد بین بروز اختلالات رفتاری و تک والد بودن، سکونت در خانواده‌های پرجمعیت و کم درآمد و سابقه بحران طی سالهای اخیر، شغل و تحصیلات والدین ارتباط معناداری وجود دارد (۳، ۷). در بررسی عوامل مرتبط با شب‌اداری در گناباد نتایج نشان داد که ارتباط معناداری بین شب‌اداری با بازی‌های کامپیوتری ترسناک، تماشا فیلم‌های ترسناک و تولد فرزند جدید در خانواده وجود دارد (۱۲). با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی تحت عنوان بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی در شهر قاین صورت نگرفته مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان مقطع ابتدایی و عوامل مؤثر بر آن در شهر قاین انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد که بر روی کودکان مقطع ابتدایی در سطح شهر قاین در سال ۱۳۹۵ انجام شد. پژوهشگر پس از تصویب پروپوزال در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و اخذ معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری قاین و ارائه آن به ریاست آموزش و پرورش شهرستان قاین اقدام به نمونه‌گیری شد. سپس به مدارس مورد نظر مراجعه کرده و برای رعایت اصول اخلاقی و عدم اجبار جهت شرکت در طرح، از معلمان به صورت حضوری و از والدین به صورت

محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک می‌شود (۱، ۲). شناخت صحیح این قشر از جمعیت دنیا و کوشش در راه تأمین شرایط مادی و معنوی لازم برای رشد جسمی و روانی و شناختی آنان واضح‌تر از آن است که احتیاج به تأکید داشته باشد. برای آنکه کودک بتواند مراحل طبیعی رشد و نمو را بگذراند محیط مناسب لازم است. اما زندگی خانوادگی و محیط بهداشتی، آموزشی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری از مردم به گونه‌ای است که دستیابی به چنین مقصودی را دشوار و غیر ممکن می‌سازد (۳، ۴). رشد شخصیت کودکان، شهروند خوب شدن، یادگیری شیوه‌های مناسب برخورد با دیگران و برقراری ارتباط با سایر افراد و به طور کلی داشتن مهارت در ارتباطات بین فردی برای زندگی در دنیای کنونی امری ضروری است. روانشناسان معتقدند که بسیاری از اختلالات در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت خود و عدم احساس کفایت و کنترل شخصی جهت رویارویی با موقعیت‌های دشوار و عدم آگاهی برای حل مشکلات و مسائل زندگی واقعی در شیوه مناسب زندگی ریشه دارد (۵). کودکان قشر عمده‌ای از جهان را تشکیل می‌دهند که در کشورهای در حال توسعه سهم این قشر تقریباً به نیمی از کل جمعیت می‌رسد. قرن جدید شاهد دگرگونی‌های عمیق در نیازهای مربوط به بهداشت و سلامت مردم است. اگرچه گسترش امکانات امکان افزایش طول عمر مردم را فراهم کرده است، اما ابعاد مسائل موجود در جوامع به ویژه در کشورهای در حال توسعه مشکلات جدی برای برنامه‌ریزان بهداشت و سلامت ایجاد کرده است. بنا به گزارش سازمان بهداشت جهانی بیماری‌های روانی در زمره بیماری‌های ناتوان‌کننده قرار می‌گیرند. بدیهی است در این میان بیماری‌های روانی کودکان با توجه به احتمال باقی ماندن تا بزرگسالی و طولانی بودن دوره آنها در صورت شیوع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۳، ۴، ۶). از آنجایی که کودکان در ایران درصد بالایی از جمعیت را تشکیل می‌دهند، توجه به مسائل و مشکلات روانی و عاطفی آنها در مدارس، یکی از مهمترین وظایف دست‌اندرکاران آموزشی است. زیرا این اختلالات در نهایت در جامعه تأثیرگذار است و برای جلوگیری از بروز این اختلالات باید عوامل مؤثر در پیدایش آنها را کاهش و در صورت امکان از بین ببریم (۷). یکی از وظایف والدین و مربیان انتقال دانش مناسب به کودکان است که در کنار آن باید به سلامت پرورشی جسم و روان کودکان نیز توجه شود، لذا امر غربالگری اختلالات رفتاری در شروع سال تحصیلی و هنگام ثبت نام توسط والدین و مربیان به منظور پیشگیری از اختلالات و تشخیص و درمان به موقع آن ضروری است (۱، ۲). ایران از جمله کشورهای در حال توسعه است که تقریباً نیمی از جمعیت آن را افراد زیر ۱۵ سال تشکیل می‌دهند. سلامت و بیماری این قشر می‌تواند نقش مؤثر در سلامت و بیماری امروز و فردای جامعه داشته باشد. موضوع بهداشت روانی و اختلالات رفتاری در کشور ما موضوعی است که مانند بسیاری از کشورهای جهان کمتر به آن توجه شده است، بیشتر برنامه‌ریزان بهداشتی و درمانی از میزان شیوع و عوارض احتمالی آن در حال حاضر اطلاعی ندارند (۴، ۷).

مشکل رفتاری یعنی کلیه رفتارهای تکراری و غیر عادی و آزار دهنده نظیر مکیدن انگشت، جویدن ناخن، لکنت زبان و غیره که باعث اختلال در کارکرد فرد و خانواده می‌شود و می‌تواند اثرات منفی در یادگیری و ارتباط و کارایی اجتماعی کودک بگذارد، در واقع اختلالات عاطفی و رفتاری می‌تواند مشکلات تحصیلی متعددی برای دانش آموزان ایجاد

آن ۰/۸ بدست آمد. پرسشنامه راتر فرم معلم ۳۰ سؤال در زمینه ارتباط با همکلاسی‌ها، مسائل تندرستی و رفتارهای قابل مشاهده است. بعد از توضیح نحوه نمره‌گذاری، از معلم خواسته شد تا عبارات پرسشنامه را مطالعه نموده و با در نظر گرفتن مشاهدات خود از رفتار کودک در سه هفته گذشته پرسشنامه را در مورد کودک نمره‌گذاری کند. به هر سؤال این پرسشنامه حداقل (صفر) و حداکثر (دو) نمره تعلق می‌گیرد. رفتاری که توصیف شده است در مورد کودک مصداق نمی‌کند (نمره صفر)، رفتاری که توصیف شده است تنها در بعضی اوقات در مورد این کودک مصداق دارد (نمره یک) و رفتاری که توصیف شده است کاملاً در مورد این کودک مصداق دارد (نمره دو). امتیاز کل آزمون برای هر فرد بین اعداد ۶۰- صفر متغیر بوده و چنانچه کودکی امتیاز مساوی یا بیشتر از ۱۳ (نقطه برش) داشت به عنوان یک فرد مبتلا به اختلال رفتاری تلقی شد. راتر پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۴ گزارش کرده است. در ایران نیز این پرسشنامه در مطالعات بسیاری در خصوص اختلالات رفتاری در بین کودکان بکار رفته و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است؛ بطوریکه در مطالعات انجام گرفته 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. پایایی ثبات این پرسشنامه نیز طبق شرایط فوق بررسی و میزان آن ۰/۸۱ گزارش شد (۶). نمونه‌گیری در این پژوهش به روش چندمرحله‌ای تصادفی انجام گرفت. بدین ترتیب که پژوهشگر با مراجعه به آموزش و پرورش ابتدا لیست کلیه مدارس ابتدایی شهر قائن را تهیه کرده و سپس بر حسب آدرس در چهار گروه (مناطق جغرافیایی) قرار داده 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 ششم) به

کتبی رضایت آگاهانه اخذ گردید. در مرحله بعدی پرسشنامه‌ها در اختیار والدین و معلمان قرار داده شد تا پاسخ داده شود. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: کودکان در مقطع ابتدایی باشند، تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشند، کودکان سابقه بیماری جسمی، روانی و مصرف دارویی نداشته باشند. هر گونه مغایرتی با موارد فوق به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند. ابزار این پژوهش دو پرسشنامه اختلال رفتاری راتر است. این پرسشنامه توسط راتر با هدف تهیه یک ابزار پایا و معتبر برای بررسی اختلالات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی ساخته شد. پرسشنامه راتر دارای دو نسخه والدین و معلم است: در این پژوهش از هر دو پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه والدین دارای ۳۲ سؤال سه گزینه‌ای در مورد خصوصیات رفتاری کودک است. این پرسشنامه شامل نه سؤال در مورد مسائل تندرستی، پنج سؤال در زمینه عادت‌ها نظیر لکنت زبان و ۱۸ سؤال در زمینه رفتارهای قابل مشاهده در کودکان خواهد بود که از والدین خواسته خواهد 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- صفر متغیر بوده و چنانچه کودکی امتیاز مساوی یا بیشتر از ۱۳ (نقطه برش) داشت به عنوان یک فرد مبتلا به اختلال رفتاری تلقی خواهد شد. 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. 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. در پژوهش حاضر پرسش نامه از نظر روایی محتوا توسط اساتید دانشکده پرستاری بررسی شد و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ثبات به ۱۵ کودک واجد شرایط طی دو هفته بررسی و میزان

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی دانش‌آموزان با اختلال رفتاری از دیدگاه والدین

فراوانی	ندارد		دارد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	۱۴۵	۴۹/۷	۲۱	۳۶/۲
	۱۴۷	۵۰/۳	۳۷	۶۳/۸
رتبه تولد	۱۴۴	۴۹/۴	۲۹	۴۷/۵
	۸۳	۲۸/۴	۲۲	۳۶/۱
	۶۵	۲۲/۲	۱۰	۱۶/۴
وضعیت تحصیلی دانش‌آموز	۷	۲/۴	۲	۳/۴
	۱۲۰	۴۱/۱	۲۹	۵۰/۱
	۱۶۵	۵۶/۵	۳۷	۴۶/۶
سابقه ابتلا به بیماری و مصرف دارو دانش‌آموز	۶	۲/۱	۴	۶/۹
	۲۸۶	۹۷/۹	۵۴	۹۳/۱
نوع مدرسه دانش‌آموز	۲۳۲	۷۹/۵	۴۸	۸۲/۸
	۶۰	۲۰/۵	۱۰	۱۷/۲

* آزمون کای اسکور ** Fisher Exact Test

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. برای توصیف مشخصات نمونه‌ها برای متغیرهای کمی و کیفی آزمون‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار، درصد و تعداد)، کای اسکور و آنالیز رگرسیون چندگانه استفاده خواهد شد و پس از استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، در مواردی که این آزمون معرف نرمال بودن باشد از آزمون‌های آماری پارمتریک (ANOVA) و در صورت نرمال نبودن از آزمون‌های آماری غیر پارمتریک (کروس کالوالیس) استفاده خواهد شد.

صورت تصادفی انتخاب (مرحله سوم) و پرسشنامه سنجش اختلالات رفتاری راتر (فرم معلم) در اختیار معلم آنها قرار داده و از طریق دانش‌آموزان پرسشنامه سنجش اختلالات رفتاری راتر (فرم والدین) به منازل ارسال و پس از تکمیل توسط والدین جمع‌آوری شد. حجم نمونه براساس شاخص‌های بدست آمده در مطالعه خدام و با استفاده از فرمول آزمون برآورد یک نسبت و با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۳۸۴ نفر برآورد گردید (۴).

$$N = \frac{Z^2 P(1 - P)}{D^2}$$

جدول ۲: توزیع فراوانی مشخصات خانوادگی دانش‌آموز با اختلال رفتاری از دیدگاه والدین

فراوانی	ندارد		دارد		نوع آزمون
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
میزان تحصیلات مادر					
زیر دیپلم و دیپلم	۲۱۱	۷۲/۳	۴۰	۶۸/۹۶	*** P = ۰/۱۲۳
کارדانی	۲۸	۹/۵۸	۵	۸/۶۴	
کارشناسی و بالاتر	۵۳	۱۸/۱۲	۱۳	۲۲/۴	
میزان تحصیلات پدر					
زیر دیپلم و دیپلم	۱۸۳	۶۲/۶۷	۴۲	۷۲/۴۱	*** P = ۰/۷۷۸
کاردانی	۳۴	۱۱/۶۵	۵	۸/۶۳	
کارشناسی و بالاتر	۷۵	۲۵/۶۵	۱۱	۱۸/۹۶	
شغل مادر					
خانه دار	۲۳۴	۸۰/۱	۴۳	۷۴/۱	* P = ۰/۵۷۵
آزاد	۹	۳/۱	۲	۳/۴	
کارمند	۴۹	۱۶/۸	۱۳	۲۲/۴	
شغل پدر					
بیکار	۷	۲/۴	۲	۳/۴	*** P = ۰/۵۸۴
آزاد	۱۵۷	۵۴/۷	۳۵	۶۰/۳	
کارمند	۱۲۸	۴۳/۸	۲۱	۳۶/۲	
وضعیت خانوادگی خانواده					
ضعیف	۱۵	۵/۱	۵	۸/۶	* P = ۰/۱۸۰
متوسط	۲۰۸	۷۱/۲	۴۵	۷۷/۶	
خوب	۶۹	۲۳/۶	۸	۱۳/۸	
فوت والدین					
پدر	۲	۰/۷	۰	۰/۰	*** P = ۰/۰۰۰۱
مادر	۳	۱/۰۲	۰	۰/۰	
هر دو	۱	۱/۳۴	۰	۰/۰	
هیچکدام	۲۸۶	۹۷/۹۴	۵۸	۱۰۰	
زندگی با والدین					
پدر	۳	۱/۰	۱	۱/۷	*** P = ۰/۱۵۶
مادر	۵	۱/۷	۰	۰/۰	
هر دو	۲۸۴	۹۷/۳	۵۶	۹۶/۶	
هیچکدام	۰	۰/۰	۱	۱/۷	
اعتیاد والدین					
پدر	۰	۰/۰	۲	۳/۴	*** P = ۰/۰۲۷
هر دو	۱	۰/۳	۰	۰/۰	
هیچکدام	۲۹۱	۹۶/۷	۵۶	۹۶/۶	

* آزمون کای اسکور *** Fisher Exact Test *** Kruskal wallis Test

یافته‌ها

و برای معلمان کارشناسی بود. خانه‌داری برای مادران و شغل آزاد برای پدران بیشترین مورد را در **جدول‌های ۱ و ۲** و ۳ مربوط به توزیع فراوانی شغل والدین به خود اختصاص داد. ۶۴/۶ درصد معلمان و ۵۴/۹ درصد والدین وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان را خوب گزارش کردند. از نظر اقتصاد وضعیت اکثر خانواده‌ها خوب و هیچ‌گونه اعتیادی نداشتند. ۸۳/۴

میانگین سن و وزن کودکان این مطالعه به ترتیب $۸/۲۷۱۵ \pm$ و $۲۸/۷۲۶$ ($۱/۶۶۵ \pm ۹/۳۹$) می‌باشد. اکثریت نمونه‌ها پسر ($۵۲/۶$) و فرزند اول خانواده ($۴۹/۴$)، یک برادر و خواهر نداشتند. در این پژوهش میانگین سن مادر $۵/۷۴۸ \pm ۳۵/۶۳$ و پدر $۶/۶۸۴ \pm ۳۹/۷$ بود. بیشترین مقطع تحصیلی که در پدر و مادر کودکان دیده می‌شد، دیپلم

دیدگاه والدین و معلمان در جداول یک تا سه آمده است.

و ۸۸/۹ درصد والدین و معلمان اظهار کردند که کودکان هیچ گونه اختلالات رفتاری نداشتند. ارتباط بین متغیرها و اختلالات رفتاری از

جدول ۳: توزیع فراوانی اختلال رفتاری از نظر معلمان

فراوانی	ندارد		دارد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت				
دختر	۱۵۰	۴۸/۲	۱۶	۴۱
پسر	۱۶۱	۵۱/۸	۲۳	۵۹
وضعیت تحصیلی دانش آموز				
ضعیف	۹	۲/۹	۰	۰/۰
متوسط	۱۲۹	۴۱/۵	۲۰	۵۱/۳
خوب	۱۷۳	۵۵/۶	۱۹	۴۸/۷
نوع مدرسه دانش آموز				
دولتی	۲۵۰	۸۰/۴	۳۰	۷۶/۹
غیرانتفاعی	۶۱	۱۹/۶	۹	۲۳/۱
میزان تحصیلات معلم				
دیپلم	۸	۲/۵۷	۳	۷/۶۷
کاردانی	۷۸	۲۵/۰۸	۹	۲۳/۱
کارشناسی و بالاتر	۲۲۵	۷۲/۳۴	۲۷	۶۹/۲۳

* آزمون کای اسکوتر ** Fisher Exact Test *** Kruskal wallis Test

بحث

است (۱، ۲، ۷). اما نتایج حاصل از پژوهش ما با نتایج خدام به علت متفاوت بودن در درصد جنسیت در دو گروه (در مطالعه ما تعداد پسرها بیشتر و در مطالعه خدام درصد دختران بیشتر) و تفاوت در شغل والدین و با مطالعه صابری و کوشان به علت عدم تشابه در نوع پرسشنامه و جنسیت در دو گروه غیرهمسو است (۳، ۴، ۸). باتوجه به پرسشنامه معلمان و براساس آزمون کای اسکوتر طبق یافته‌ها بین جنسیت و شیوع اختلالات رابطه آماری معناداری در این پژوهش حاصل نشد ($P = ۰/۳۹۶$) که با نتیجه پژوهش جلیلیان به دلیل عدم تشابه در تحصیلات والدین غیرهمسو است (۶). در خصوص رتبه تولد طبق یافته‌های این مطالعه بر اساس آزمون فیشر از نظر والدین بین رتبه تولد و شیوع اختلالات رابطه آماری معنا داری حاصل نشد ($P = ۰/۳۹۷$) که توسط مطالعه جلیلیان تأیید می‌شود (۶) و با مطالعه خدام، کوشان و ملکشاهی همخوانی ندارد (۲-۴). ممکن است علت این مسئله شلوغی خانواده‌های پرجمعیت و عدم امکان توجه و رسیدگی کافی از طرف والدین باشد. براساس آزمون فیشر، از نظر والدین بین اختلال رفتاری و تعداد خواهر و برادر رابطه آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$) که مورد تأیید یافته‌های کوشان می‌باشد (۳) و علت آن را افزایش سیستم‌های حمایت خانوادگی و اجتماعی در خانواده‌های پرجمعیت می‌دانند و معتقدند افزایش تعداد افراد خانواده و داشتن خواهرها و برادرهای متعدد باعث تقویت توان مقابله‌ای و ایجاد تعاملات بین فردی بیشتری می‌گردد (۴). لازم به ذکر است با یافته‌های خدام و ملکشاهی همخوانی ندارد که علت این می‌تواند ناتوانی والدین در توجه و رسیدگی کافی به فرزندان و احتمالاً مشکلات اقتصادی خانواده‌های پرجمعیت باشد (۲، ۴). براساس آزمون کای اسکوتر از نظر والدین بین شغل مادر و شیوع اختلالات رابطه آماری معناداری حاصل نشد ($P = ۰/۵۷۵$) این یافته‌ها از نظر جلیلیان، خزایی و ملکشاهی مورد تأیید است (۱، ۲، ۶). چرا که هر سه پژوهش

پژوهش اخیر با هدف تعیین شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی و عوامل مؤثر بر آن در شهرستان قاین صورت گرفته است. در این بخش یافته‌های حاصل مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. نتایج این پژوهش نشان داد بنا به گزارش والدین ۱۶/۱٪ شرکت کنندگان در پژوهش و بنا به گزارش معلم ۱۱/۱٪ دارای اختلالات رفتاری‌اند. خدام در شهر گرگان با استفاده از پرسشنامه راتر فرم والدین نرخ شیوع اختلالات رفتاری را ۱۸/۴٪، خزایی در شهر بیرجند با استفاده از پرسشنامه چند قسمتی شامل ملاک تشخیصی DSMI فرم والدین نرخ شیوع را ۳۲ درصد، اسلامیة در شهر تهران با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 فرم والدین شیوع اختلالات را ۳۱/۱٪ و صابری در رودهن با استفاده از فرم والدین نرخ شیوع را ۳۴/۲۹٪ گزارش کرده است (۱، ۴-۸). جلیلیان در همدان با استفاده از پرسشنامه راتر فرم معلم نرخ شیوع را ۱۶/۱٪ و ملکشاهی در خرم‌آباد با استفاده از پرسشنامه مشتمل بر دو بخش خصوصیات فردی خانوادگی و علائم رفتاری بر گرفته از DSMI فرم والدین نرخ شیوع را ۷۹/۳٪ گزارش کرده است (۲، ۶). بررسی‌های انجام گرفته در خارج از کشور نیز، شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان را هفت تا ۲۰ درصد گزارش کرده‌اند (۱۳-۱۵). طبق یافته‌های پژوهش حاضر، میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان نسبت به سایر مطالعاتی که در این زمینه انجام شده کمتر است که اختلاف موجود در نتایج مطالعات مختلف را می‌توان به تفاوت در شرایط خانوادگی، فرهنگی، روانی و اجتماعی حاکم بر زندگی کودک تعریف و به جوامع مورد بررسی ارتباط داد. در پژوهش حاضر بر اساس آزمون کای اسکوتر از نظر والدین بین جنسیت و شیوع اختلالات رفتاری رابطه آماری معناداری حاصل نشد ($P = ۰/۰۶۱$). این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های خزاعی، اسلامیة و ملکشاهی به علت بیشتر بودن جنسیت پسر و رنج سنی یکسان در دو گروه همسو

($P > 0/05$)، طبق یافته‌های خدام تحصیل در مدارس دولتی در مقایسه با تحصیل در مدارس غیرانتفاعی شانس ابتلا به اختلال رفتاری را افزایش می‌دهد که با یافته‌های این پژوهش همخوانی ندارد (۴). دلیل این اختلاف را می‌توان به تعداد کم مدارس غیرانتفاعی و تفاوت‌های اندک این مدارس با مدارس دولتی جامعه مورد مطالعه نسبت داد. نتایج پژوهش حاضر در خصوص ارتباط اختلالات رفتاری با میزان تحصیلات والدین نشان می‌دهد که از نظر والدین با توجه به میزان تحصیلات مادر و شیوع اختلالات براساس آزمون کروس کال والیس رابطه آماری معناداری حاصل نشد. این یافته‌ها با یافته‌های خزایی همسو می‌باشد (۱)، اما با یافته‌های خدام و ملکشاهی غیرهمسو است (۲، ۴). همچنین با توجه به آزمون کروس کال والیس بین میزان تحصیلات پدر و شیوع اختلالات رابطه آماری معناداری حاصل نشد ($P = 0/778$). که با مطالعه ملکشاهی همسو (۲) و بالعکس نتایج خدام و خزایی می‌باشد (۱، ۴)؛ اغلب تحقیقات میزان تحصیلات والدین را در چگونگی رفتار با فرزندان با اهمیت دانسته و مشخص کرده‌اند که والدین با سطح تحصیلات بالا در مقایسه با سایرین رفتار دوستانه‌تر و آزادانه‌تری با فرزندان خویش دارند و در دستورات انضباطی خود نسبت به کودکان ثبات و قاطعیت لازم را اعمال می‌نمایند (۱). در پژوهش حاضر بر اساس آزمون کروس کال والیس از نظر معلم بین میزان تحصیلات معلم و شیوع اختلالات رابطه آماری معناداری حاصل شد ($P = 0/339$).

نتیجه‌گیری

به طور کلی مطالعه حاضر میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان مورد بررسی را با توجه به مقیاس راتر فرم معلم ۱۱/۱ درصد و فرم والدین ۱۶/۱ درصد نشان داد، که حاکی از شیوع بالای اختلالات رفتاری در بین کودکان دارد. با توجه به آثار منفی این اختلالات در روند یادگیری دانش‌آموزان و لزوم توجه هر چه بیشتر مسئولین، معلمان و والدین برای شناسایی عوامل مساعدکننده و یافتن راهکارهای مناسب جهت پیشگیری از بروز این اختلالات و ارائه برنامه‌های آموزشی مداخله‌های روانپزشکی و روان‌شناختی در این زمینه ضروری می‌باشد. پژوهشگران در این مطالعه با محدودیت خاصی مواجه نشده بودند. همچنین به پژوهشگران علاقه‌مند در این زمینه پیشنهاد می‌شود که مشابه این مطالعه برای کودکان در سایر مقاطع تحصیلی و برای کودکان حاضر در بهزیستی صورت گیرد. این مطالعه طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی با کد اخلاق IR.Bums.ac.1395.305 می‌باشد. در نهایت پژوهشگران در پایان از ریاست محترم آموزش و پرورش، مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامائی قانن، تمامی معلمان، کودکان و والدین آنان کمال تشکر و قدردانی دارند.

References

1. Khazaei M, Khazaei T. [The Prevalence of habitual disorders among preschool children of Birjand]. J Birjand Univ Nurs Midwifery. 2004;1(2):3.
2. Malekshahi F, Farhadi A. [The prevalence of habitual disorders among preschool children of Khorram Abad]. J Lorestan Univ Med Sci. 2007;10(3):57-64.
3. Kooshan M, Behnam Vashani H. Prevalence of some behavioral disorders and familial factors affecting primary

عدم وجود رابطه معنادار بین شغل مادر و شیوع اختلالات را گزارش کرده‌اند. اما با یافته‌های خدام غیر همسو است (۴). همچنین در ارتباط با شغل مادر نتایج نشان داد میزان ابتلا به اختلال رفتاری در کودکانی که مادرانشان خانه‌دار می‌باشند بیشتر از کسانی است که مادرانشان شاغل بوده‌اند، هرچند این این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبوده است؛ در این راستا محققین معتقدند که کیفیت ارتباط با کودک از مدت زمان ماندن با کودک اهمیت بیشتری دارد (۶). در پژوهش حاضر بین شغل پدر و مادر شیوع اختلالات از نظر والدین بر اساس آزمون فیشر رابطه آماری معناداری حاصل نشد ($P = 0/584$). این یافته‌ها با یافته‌های خزایی و ملکشاهی همسو (۱، ۲) و با نتایج پژوهش خدام و جلیلیان (۴، ۶) غیر همسو است؛ در مطالعه حاضر شغل بیشتر پدرها آزاد ولی در مطالعه دیگر بیشتر پدرها (۳۵/۹٪) کارمند هستند (۴) که این می‌تواند یکی از دلایل اختلاف باشد. دلیل دیگر احتمالاً به تفاوت‌های خانوادگی و اجتماعی و نیز وضعیت اقتصادی حاکم بر جوامع مورد مطالعه مربوط می‌شود. در خصوص وضعیت تحصیلی از نظر والدین براساس آزمون کای اسکوئر ($P = 0/371$) و براساس آزمون کروس کال والیس ($P = 0/372$) بین وضعیت تحصیلی دانش‌آموز و شیوع اختلالات رفتاری رابطه آماری معناداری حاصل نشد. همچنین از نظر معلم با استفاده از آزمون کای اسکوئر ($P = 0/331$) بین وضعیت تحصیلی دانش‌آموز و شیوع اختلالات رابطه آماری معناداری حاصل نشد ولی بر اساس آزمون کروس کال والیس ($P < 0/001$) بین وضعیت تحصیلی دانش‌آموز و شیوع اختلالات رابطه آماری معناداری وجود دارد که همسو با پژوهش جلیلیان و همکاران می‌باشد (۶). براساس آزمون کای اسکوئر ($P = 0/18$) و براساس آزمون کروس کال والیس ($P = 0/181$) بین وضعیت اقتصادی خانواده و شیوع اختلال رفتاری از نظر والدین در پژوهش حاضر رابطه آماری معناداری حاصل نشد که این یافته‌ها با یافته‌های خزایی و خدام غیر همسو بود (۱، ۴). این اختلاف ممکن است به دلیل شرایط متفاوت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی موجود در جوامع مختلف باشند. از نظر والدین در پژوهش حاضر طبق یافته‌ها بین فوت والدین و شیوع اختلالات رفتاری طبق آزمون فیشر رابطه آماری معناداری حاصل شد ($P < 0/001$). مرگ یکی از والدین و جدایی می‌تواند موقعیت‌های استرس‌زای زیادی را برای کودک ایجاد کند که یافته‌های خدام و جلیلیان این نتایج را تأیید می‌کنند (۴، ۶). در خصوص ارتباط اعتیاد والدین و اختلالات رفتاری در پژوهش حاضر طبق یافته‌ها از نظر والدین بر اساس آزمون فیشر رابطه معناداری حاصل شد ($P = 0/027$). این یافته‌ها با نتایج مطالعه خزایی همسو است (۱). با توجه به یافته‌ها از نظر والدین از نظر معلم براساس آزمون کای اسکوئر بین اختلال رفتاری و نوع مدرسه رابطه آماری معناداری حاصل نشد

- schoolers in Sabzevar. ASRAR. J Sabzevar Sch Med Sci. 2002;4(8):40-6.
4. Khoddam H, Modanlo M, Ziaei T, Keshtkar A. [Behavioral disorders and related factors in school age children of Gorgan]. J Golestan univ med sci. 2008;4(14):29-37.
5. Karimi M, Keikhavani S, Mohammadi M. [Efficiency of social skills training on behavioral disorders among

- elementary school children. Scientific]. *J Ilam Univ Med Sci.* 2009;18(3):61-8.
6. Jalilian F, Rakhshani F, Ahmadpanah M, Motlagh FZ, Moieni B, Moghimbeigi A, et al. [Prevalence of behavioral disorders and its associated factors in hamadan primary school students]. *Sci J Hamadan Univ Med Sci.* 2013;19(4):62-8.
 7. Eslamie M. [The prevalence of behavioral disorders in school age children]. *J Res Except Child.* 2008;8(1):98-109.
 8. Saberi H. [Epidemiology emotional and behavioral disorders in school age children in Roodehen]. *Thoughts Behav.* 2007;2(8):19-34.
 9. Khodakarami B, Faradmali J, Asghari S, Zaini E. [Behavioral Disorders among Students of Girl's Guidance Schools of Hamadan City and Affecting Factors]. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2013;21(1):59-69.
 10. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics.* 2010;125(1):75-81. doi: 10.1542/peds.2008-2598 pmid: 20008426
 11. Wang YN, Xue HL, Chen Q. [Effects of family cohesion and adaptability on behavioral problems in preschool children]. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi.* 2016;18(5):421-5. pmid: 27165591
 12. Mohammadpour A, Basiri Moghaddam M, Jani S, Haidarpour S. [Survey of enuresis frequency and its associated factors among school children]. *Horiz Med Sci.* 2012;18(2):37-44.
 13. Eapen V, Swadi H, Sabri S, Abou-Saleir M. Childhood behavioural disturbance in a community sample in Al-Ain, United Arab Emirates. *East Mediterr Health J.* 2001;7(3):428-34. pmid: 12690763
 14. Taanila A, Ebeling H, Heikura U, Järvelin M-R. Behavioural problems of 8-year-old children with and without intellectual disability. *J Pediatr Neurol.* 2003;1(1):15-24.
 15. Egelund N, Hansen KF. Behavioural disorders in Danish schools: a quantitative survey. *Eur J Spec Needs Educ.* 2000;15(2):158-70. doi: 10.1080/088562500361592