

شیوع و عوامل مرتبط با اختلالات رفتاری در دانش آموزان دبستانی شهر همدان

فرزاد جلیلیان*، فاطمه رخشانی**، دکتر محمد احمدپناه***، فاضل زینت مطلق****، دکتر بابک معینی*****
دکتر عباس مقیم بیگی*****، شهره امدادی*****

دریافت: ۹۱/۳/۲۹، پذیرش: ۹۱/۷/۱۸

چکیده:

مقدمه و هدف: مطالعات نشان می دهد که شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان ابتدائی بالا می باشد که می تواند زمینه ساز عوارض و مشکلات بسیاری برای آنان و خانواده هایشان شود. هدف از انجام مطالعه حاضر تعیین میزان شیوع اختلالات رفتاری و عوامل مرتبط با آن در بین دانش آموزان ابتدائی می باشد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد که بر روی ۳۵۲ نفر از دانش آموزان مقطع ابتدائی همدان انجام گرفت. نمونه گیری به صورت تصادفی چند مرحله ای بود و برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد راتر (فرم معلم) استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۰ و بهره گیری از آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: ۱۶/۱ درصد از شرکت کنندگان مبتلا به اختلالات رفتاری بودند. شیوع اختلالات رفتاری در پسران بیشتر بود. جنسیت پسر، تحصیلات و شغل پدر، سابقه داشتن بیمار روانی در خانواده و مرگ والدین رابطه آماری معنی داری با شیوع بیشتر اختلالات رفتاری در دانش آموزان داشت.

نتیجه نهایی: با توجه به نتایج، طراحی و اجرای برنامه های آموزشی به منظور پیشگیری و درمان اختلالات رفتاری در دانش آموزان ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: اختلالات رفتاری / بهداشت روانی / دانش آموزان

مقدمه:

که از نظر روانی و جسمانی سالم باشند. با توجه به اینکه کودکان امروز، صاحبان آینده جامعه هستند، سلامتی و بیماری آنان در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسلهای آینده اثراتی قابل توجه خواهد داشت. بنابراین، لازم است به سلامت روانی - جسمانی این قشر عظیم بیشتر توجه شود و گامهایی اساسی در جهت پیشگیری و درمان بیماریها و اختلالات روانی و رفتاری آنان برداشته شود (۲). مطالعات انجام گرفته میزان شیوع اختلالات رفتاری (Behavioral Disorder) در کودکان سنین مدرسه را بالا

کودکان قشر عمده ای از جمعیت جهان را تشکیل می دهند؛ در کشورهای در حال توسعه، سهم این قشر از کل جمعیت تقریباً به ۵۰ درصد می رسد و شناخت صحیح این قشر از جمعیت و کوشش در راه تامین شرایط مادی و معنوی لازم برای رشد جسمی، روانی و شناختی آنان واضح تر از آن است که احتیاج به تاکید داشته باشد (۱). از طرفی هر جامعه ای برای پیشرفت و رشد در ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیاز به افرادی دارد

* کارشناس ارشد آموزش بهداشت مدرس دانشگاه آزاد اسلامی همدان

** کارشناس بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی همدان

*** استادیار علوم شناختی عضو مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی همدان (ahmadpanah@umsha.ac.ir)

**** کارشناس ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

***** استادیار گروه بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان

***** استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان

***** عضو هیأت علمی گروه بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان

روانی دانش آموزان و جامعه تلاش کنند.

روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی می باشد که بر روی ۳۵۲ نفر از دانش آموزان دبستانی شهر همدان انجام شده است. حجم نمونه با توجه به میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان ابتدائی گزارش شده در مطالعه مشابه (۱۲) و با در نظر گرفتن میزان خطای ۵ درصد، ۳۲۸ نفر برآورد گردید که در مطالعه حاضر با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش احتمالی نمونه ها در کل تعداد ۳۵۲ دانش آموز مورد بررسی قرار گرفت. روش نمونه گیری به صورت تصادفی چند مرحله ای بود؛ بدین ترتیب که ابتدا دو ناحیه مختلف آموزش و پرورش شهر همدان به عنوان طبقه در نظر گرفته شده و سپس به طور تصادفی از هر منطقه چهار مدرسه (دو دبستان دخترانه و دو دبستان پسرانه) انتخاب شدند. در نهایت از بین دانش آموزان، شرکت کنندگان را به تصادف انتخاب کرده و پرسشنامه سنجش اختلالات رفتاری راتر (فرم معلم) (Rutter behavioral disorder questionnaire) در اختیار معلم آنها قرار داده شد و اطلاعات مورد نیاز از آنان جمع آوری گردید. همچنین اطلاعات جمعیت شناختی و زمینه ای دانش آموزان با دعوت از والدین دانش آموز به مدرسه (بیشتر موارد مادر) تکمیل شد. لازم به ذکر است معلم و والدین آزمودنیهای این مطالعه در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام آن توجیه شدند. نرخ پاسخ دهی در مطالعه حاضر ۹۱/۷ درصد بود و اطلاعات ۲۹ پرسشنامه که ناقص تکمیل شده بود مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات: ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش استفاده از پرسشنامه سنجش اختلالات رفتاری راتر (فرم معلم) و همچنین اطلاعاتی در زمینه مشخصات جمعیت شناختی دانش آموزان بود.

اطلاعات جمعیت شناختی: این قسمت شامل ۱۵ سوال در خصوص اطلاعات فردی دانش آموزان بود و اطلاعاتی نظیر سن (به سال)، سن پدر (به سال)، سن مادر (به سال)، جنس (دختر، پسر)، پایه تحصیلی (دوم، سوم، چهارم، پنجم)، رتبه تولد، تعداد افراد خانواده، شغل مادر (شاغل، خانه دار)، شغل پدر (کارمند، کارگر، شغل آزاد، بیکار)، تحصیلات والدین (ابتدائی، راهنمائی، دیپلم، تحصیلات دانشگاهی)، محل سکونت (همراه با والدین، همراه با پدر،

و در حدود ۱۱ تا ۲۵ درصد گزارش کرده اند (۵-۳). منظور از مشکلات رفتاری، کلیه رفتارهای تکراری، غیر عادی و آزار دهنده نظیر مکیدن انگشت، ناخن جویدن، تیک، لکنت زبان، کتک کاری، قشقرق راه انداختن و ... است که باعث اختلال در کارکرد فرد و خانواده شده و آثار منفی بر یادگیری، ارتباط و کارائی اجتماعی آنان دارد (۵) و اگر به موقع تشخیص و درمان نشود، می تواند منجر به افت عملکرد تحصیلی، عدم تبعیت از والدین، مشکلات تعاملی در بزرگسالی نظیر بزهکاری و یا سوء مصرف مواد شود (۸-۶). این اختلالات همچنین احتمال ابتلا به بیماریهای روانی در بزرگسالی، ابتلا به اختلالات عصب روانشناختی و اختلال شخصیت بویژه نوع مرزی را افزایش می دهند (۹، ۱۰). کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری دارای فراخانی توجه کوتاهی هستند، عزت نفس پائین تری دارند، در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می شوند (۱۱). در این خصوص بررسی های راتر و همکاران بر روی دانش آموزان انگلیسی را می توان نقطه عطفی در پژوهش های روانی کودکان به حساب آورد. نتایج تحقیقات یاد شده نشان داده است که علی رغم بهبود وضع زندگی و نیز ازدیاد سریع موسسات و خدمات اجتماعی در اکثر کشورهای جهان، مشکلات رفتاری و روانی کودکان و نوجوانان با سرعت و آهنگ بیشتری افزایش می یابد؛ لذا توجه جدی به مسائل روانی کودکان، بخصوص از جهت تجارب و یادگیری های دوران کودکی، به عنوان مهمترین تعیین کننده شخصیت و سلامت افراد در دوران بزرگسالی، تقریباً توسط همه مکتب های فکری حاکم بر روانشناسی و روانپزشکی در قرن بیستم مورد تاکید قرار گرفته است (۱۲). همچنین آگاهی از میزان شیوع این اختلالات می تواند در برنامه ریزها و تصمیم گیری ها برای برنامه های مداخله ای مفید باشد.

با توجه به اهمیت موضوع، در این مطالعه به تعیین میزان شیوع و عوامل مرتبط با اختلالات رفتاری دانش آموزان دبستانی شهر همدان پرداخته شده است و انتظار می رود که مطالعه حاضر بتواند آمار دقیقی از شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان و عوامل مرتبط با آن ارائه دهد؛ تا بتوان بر اساس آن نگاه جدی تر مسئولین را به این مساله جلب نموده و دست اندرکاران با برنامه ریزی مناسب و انجام اقدامات پیشگیرانه و مداخله هدفمند در ارتقاء سلامت

نتایج:

۱۵۴ نفر (۴۷/۷٪) از دانش آموزان دختر و ۱۶۹ نفر (۵۲/۳٪) پسر بودند. دامنه سنی آنها بین ۸ تا ۱۲ سال با میانگین سنی ۹/۵۶ سال و انحراف معیار ۱/۰۶ سال بود. ۳۱۵ نفر (۹۷/۵٪) از دانش آموزان مورد بررسی با والدین خود زندگی می کردند. سابقه وجود بیماری روانی در خانواده ۲۲ نفر (۶/۸٪) از دانش آموزان گزارش شد. همچنین والدین ۶ نفر (۱/۹٪) از دانش آموزان از هم جدا شده بودند؛ و پدر ۳ نفر (۰/۹٪) از دانش آموزان فوت کرده بودند.

نتایج مربوط به وضعیت داشتن اختلالات رفتاری دانش آموزان نشان داد که ۵۲ نفر (۱۶/۱٪) از دانش آموزان مورد بررسی دارای اختلالات رفتاری بودند.

بین متغیرهایی مانند جنس، پایه تحصیلی، شغل پدر، تحصیلات پدر، محل سکونت، مرگ والدین، سابقه بیماری روانی در خانواده و اختلالات رفتاری دانش آموزان رابطه آماری معنی داری دیده شد؛ اما بین رتبه تولد، شغل و تحصیلات مادر، بعد خانوار، طلاق والدین و اختلالات رفتاری دانش آموزان رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد که نتایج مربوط به آن در جداول (۳-۱) آورده شده است.

جدول ۱: بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه ای و اختلالات رفتاری در گروه تحت مطالعه

شدت رابطه	اختلالات رفتاری		نتیجه آزمون
	ندارد (تعداد درصد)	دارد (تعداد درصد)	
۰/۱۱۵	جنس		$\chi^2=3/863$ $P=0/048$
	دختر (۱۱/۷)	۱۸	
۰/۱۹۶	پایه تحصیلی		$\chi^2=12/403$ $P=0/006$
	دوم (۱۴/۱)	۱۰	
۰/۰۹۷	رتبه تولد		$\chi^2=3/905$ $P=0/272$
	اول (۱۸/۸)	۲۷	
۰/۰۸۳	بعد خانوار		$\chi^2=2/225$ $P=0/527$
	۳ نفر (۱۹/۷)	۲۶	
	شش نفر و بیشتر		
	۴ نفر (۱۳/۹)	۱۴	
	۵ نفر (۱۲/۵)	۷	
	۵ (۱۴/۷)	۲۹	

همراه با مادر، همراه با اقوام)، سابقه وجود بیماری روانی در خانواده (بلی، خیر)، طلاق والدین (بلی، خیر) و مرگ والدین (بلی، خیر) را مورد بررسی قرار می داد. لازم به ذکر می باشد که چون مطالعه در ابتدای سال تحصیلی انجام شده است و احتمال می رفت که هنوز دانش آموزان کلاس اول پیوندهای لازم را با مدرسه برقرار نکرده باشند و همچنین با توجه به اینکه در حوزه روانشناسی رشد بعضی موارد رفتاری در سن ۶ سالگی طبیعی قلمداد می شوند، لذا دانش آموزان پایه اول وارد مطالعه نشدند.

مقیاس سنجش اختلالات رفتاری راتر (فرم معلم): این پرسشنامه شامل ۳۰ عبارت است که توسط معلم کودک تکمیل می شود. بعد از توضیح نحوه نمره گذاری، از معلم خواسته می شود 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 نمره گذاری کند.

به هر سوال این پرسشنامه حداقل (۰) و حداکثر (۲) نمره تعلق می گیرد.

(۰): رفتاری که توصیف شده است در مورد کودک مصداق ندارد.

(۱): رفتاری که توصیف شده است تنها در بعضی اوقات در مورد این کودک مصداق دارد.

(۲): رفتاری که توصیف شده است کاملاً در مورد این کودک مصداق دارد.

با توجه به این نمره گذاری در پرسشنامه تغییر یافته ۳۰ عبارتی دامنه نمرات ۰ تا ۶۰ خواهد بود؛ که نقطه برش آن را ۱۳ در نظر گرفته اند. 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 تایید 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 بازآمایی به فاصله دو هفته ۰/۹۵ گزارش شده است (۵).

داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۰ و بهره گیری از آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل شد. لازم به ذکر است در تمامی جداولی که ۲ در ۲ می باشند (df = ۱)، مقدار χ^2 و P تصحیح شده (Continuity Correction) گزارش شده است؛ همچنین شدت رابطه نیز با Cramer's V گزارش شده است.

خدام در شهر گرگان ۲۱ درصد (۵) اسلامیه در تهران ۳/۱ درصد (۱۲) و خوشابی در دانش آموزان ابتدایی شهر ایلام ۱۰/۲ درصد (۱۳) گزارش کرده اند. بررسی های انجام گرفته در خارج از کشور نیز شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان را ۷ تا ۲۰ درصد گزارش کرده اند (۴، ۱۴، ۱۵). این مطالعات نشان دهنده شیوع بالای اختلالات رفتاری در دانش آموزان می باشد. با توجه به شیوع بالای اختلالات رفتاری در کودکان، شناسایی افراد در معرض خطر از اهمیت ویژه ای برخوردار است و در این راستا تمرکز بر خود کودک کافی نمی باشد، چرا که اختلال رفتاری حاصل تعامل کودک با محیط اطراف خود می باشد، بنابراین باید در زمینه بافت خانواده، همسالان، مدرسه و جامعه مداخله های ویژه و هدفمندی به منظور کاهش این اختلالات توسط متخصصین بکار برده شود. روشهای پیشگیری و مداخله ای شامل آموزش کودکان در زمینه مهارتهای عملکردی، آموزش مهارتهای حل مسئله، آموزش مهارتهای فرزند پروری به والدین، آموزش معلمین و دست اندکاران تعلیم و تربیت کودکان، کاهش آسیبهای اجتماعی، تغییر و حذف عوامل و محرکهای استرس زا، تسامین امکانات مادی و آموزشی لازم برای کودکان می تواند در این زمینه سودمند باشد.

یافته های مطالعه نشان دهنده شیوع بیشتر اختلال رفتاری در پسران بود. بطوریکه این میزان در پسرها ۲۰/۱ درصد و در دختران ۱۱/۷ درصد بوده و از لحاظ آماری این اختلاف معنی دار بود. این یافته ها با نتایج بدست آمده از مطالعات تانایلا (۱۴)، ایگلاند (۱۵)، تادیس (۱۶)، بهنیا (۱۷)، الکویتی (۱۸)، رواقی (۱۹)، غیاشی (۲) و خوشابی (۱۳) همخوانی دارد.

رواقی (۱۹)، تانایلا (۱۴) و خزاعی (۲۰) در مطالعات خود گزارش کرده اند که شیوع اختلال رفتاری در رتبه تولد بالاتر بیشتر بوده است که این مسله را به شلوغی خانواده های پرجمعیت و عدم امکان توجه و رسیدگی کافی توسط والدین نسبت داده اند. یافته های مطالعه حاضر با مطالعات ذکر شده همخوانی ندارد، هرچند با توجه به نتایج میزان اختلال در کودکان رتبه اول و چهارم تولد بیشتر از سایرین بود؛ این نکته می تواند در خصوص آموزش به خانواده ها مد نظر قرار گیرد و به والدین در خصوص شیوه های فرزند پروری و یا آماده کردن شرایط خانواده برای ورود فرزند جدید به کانون خانواده آموزش داده شود.

جدول ۲: عوامل زمینه ای مرتبط با اختلالات رفتاری در گروه

محل زندگی	تحت مطالعه		اختلالات رفتاری	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	ندارد	نتیجه شدت رابطه
محل زندگی				
همراه با والدین	۸ (۱۵/۲)	۲۶۸ (۸۴/۸)	$\chi^2=6/088$	
همراه با یکی از والدین	۴ (۵۷/۱)	۳ (۴۲/۹)	$P=0/014$	
سابقه بیماری روانی در والدین				
بلی	۱۲ (۵۴/۵)	۱۰ (۴۵/۵)	$\chi^2=2/871$	
خیر	۴۰ (۱۳/۳)	۲۶۱ (۸۶/۷)	$P=0/000$	
طلاق والدین				
بلی	۳ (۵۰)	۳ (۵۰)	$\chi^2=2/959$	
خیر	۴۹ (۱۵/۵)	۲۶۸ (۸۴/۵)	$P=0/085$	
مرگ والدین				
بلی	۳ (۱۰۰)	۰ (۰)	$\chi^2=10/13$	
خیر	۴۹ (۱۵/۳)	۲۷۱ (۸۴/۷)	$P=0/001$	

جدول ۳: رابطه بین تحصیلات و شغل والدین با اختلالات رفتاری دانش آموزان

تحصیلات پدر	اختلالات رفتاری		نتیجه شدت رابطه
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
ابتدائی	۴ (۵۰)	۴ (۵۰)	
راهتمائی	۱۴ (۲۰)	۵۶ (۸۰)	$\chi^2=8/730$
دیپلم	۳۰ (۱۴/۴)	۱۷۹ (۸۵/۶)	$P=0/033$
دانشگاهی	۴ (۱۱/۱)	۳۳ (۸۸/۹)	
تحصیلات مادر			
ابتدائی	۴ (۲۵)	۱۲ (۷۵)	
راهتمائی	۹ (۲۰/۹)	۳۴ (۷۹/۱)	$\chi^2=5/005$
دیپلم	۳۶ (۱۶/۶)	۱۸۱ (۸۳/۴)	$P=0/171$
دانشگاهی	۳ (۶/۴)	۴۴ (۹۳/۶)	
شغل پدر			
کارمند	۱۴ (۱۴)	۸۶ (۸۶)	
کارگر	۱۳ (۱۸/۶)	۵۷ (۸۱/۴)	$\chi^2=23/831$
شغل آزاد	۱۸ (۱۲/۳)	۱۲۸ (۸۷/۷)	$P=0/000$
بیکار	۴ (۱۰۰)	۰ (۰)	
شغل مادر			
شاغل	۱ (۵/۳)	۲۵۳ (۹۴/۷)	$\chi^2=1/006$
خانه دار	۵۱ (۱۶/۸)	۲۹ (۸۳/۲)	$P=0/316$

بحث:

نتایج نشان داد که ۱۶/۱ درصد از دانش آموزان دارای اختلال رفتاری می باشند. در این راستا میزان اختلالات رفتاری در دانش آموزان کشور در مطالعات مختلف ۱۰ تا ۳۱ درصد عنوان شده است؛ به عنوان مثال این میزان را

در کودکانی که با هر دو والد خود زندگی می کنند کمتر می باشد. در این راستا بالاتر بودن شانس ابتلا در کودکانی که با یکی از والدین خود زندگی می کنند را می توان به مشکلات اقتصادی، عدم حضور یکی از والدین، ایجاد خانواده جدید بعد از مرگ یکی از والدین یا طلاق آنها و موقعیت های استرس زایی که بر اثر این مسایل بر کودک وارد می شود مربوط دانست. مطالعات زیادی نیز تک والد بودن را یک ریسک فاکتور قوی برای ابتلا به اختلالات رفتاری می دانند (۳،۶،۱۷،۲۲).

یکی دیگر از یافته های مطالعه بالاتر بودن اختلال رفتاری در کودکانی که سابقه بیماری روانی در خانواده آنان گزارش شده بود، می باشد. بطوریکه ۵۴/۵ درصد کودکان این خانواده ها دچار اختلال رفتاری بودند. در این راستا باید گفت مشکلات والدین اعم از مشکلات روان پزشکی، بیماریهای جسمی، رفتارهای بزهکارانه و اعتیاد می تواند سلامت روانشناختی کودکان را تحت تاثیر قرار دهد. این نتایج با یافته های دیگر مطالعات (۲۸-۲۵، ۱۳) همخوانی دارد.

نتیجه نهایی:

بطور کلی مطالعه حاضر میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان مورد بررسی را با توجه به مقیاس راتر (فرم معلم) ۱۶/۱ درصد نشان داد که حاکی از شیوع بالای اختلالات رفتاری در بین کودکان دارد و لزوم ارائه برنامه های آموزشی و مداخلات روانپزشکی و روانشناختی در این زمینه را ضروری می داند.

سپاسگزاری:

این مقاله بخشی از طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان می باشد. بدین وسیله نهایت قدردانی و تشکر از مسئولین مربوطه، مدیران و معلمان مدارس ابتدائی شهر همدان و همچنین والدین کلیه دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه به عمل می آید.

منابع:

1. Kooshan M, Behnam Vashani HR. [Prevalence of some behavioral disorders and familial factors affecting primary schoolers in Sabzevar. *Asrar J Sabzevar School Med Sci* 2002; 4(8): 40-46. (Persian)
2. Ghiasi N, Nazarpur F, Bakhti F, Purnajaf A, Shirini KH. [Prevalence of behavioral disorders among school-boys & girls in Ilam during 2005-6. *HBI J* 2008; 16 (1):26-32. (Persian)

همچنین یافته های این مطالعه نشان داد که بین تعداد اعضای خانواده و داشتن اختلالات رفتاری رابطه آماری معنی داری وجود ندارد. در این راستا اسپن (۴)، بهنیا (۱۷)، ماتسورا (۲۱) و طهماسیان (۲۲) در مطالعات خود عنوان کرده اند که افزایش سیستم های حمایتی و اجتماعی در خانواده های پرجمعیت و افزایش تعداد افراد خانواده و داشتن خواهر و برادر متعدد باعث تقویت توان مقابله و ایجاد تعاملات بین فردی بیشتری می گردد. ولی برخی مطالعات نیز شانس ابتلا به اختلالات رفتاری را در خانواده های پرجمعیت ۲/۵ برابر سایرین گزارش کرده اند که می تواند به علت ناتوانی والدین در توجه و رسیدگی کافی به فرزندان و احتمالاً مشکلات اقتصادی در خانواده های پرجمعیت باشد (۲۰، ۲۳، ۲۴).

از دیگر یافته های مطالعه حاضر می توان به وجود ارتباط بین تحصیلات پدر و اختلالات رفتاری کودکان اشاره کرد، و به طور کلی با بالا رفتن سطح تحصیلات والدین درصد وقوع اختلال رفتاری در کودکان کاهش می یابد. این نتایج با یافته های مطالعات غیائی (۲) و خوشابی (۱۳) همخوانی دارد. در این خصوص می توان گفت که با بالا رفتن سطح تحصیلات والدین آگاهی آنها نسبت به چگونگی تربیت کودک و توجه به نیازهای روانی اجتماعی آنها افزایش می یابد که می تواند باعث کاهش بروز اختلالات رفتاری در کودکان شود (۱۸، ۲۲).

با توجه به نتایج، بین شغل پدر و اختلال رفتاری رابطه آماری معنی داری وجود داشت؛ بطوریکه بیشترین اختلال در کودکانی که پدرشان بیکار بوده وجود داشته است. سطح اقتصادی و درآمد خانواده بستگی به شغل والدین دارد؛ نتایج این مطالعه نشان داد که با بهبود شغل پدر وقوع اختلال رفتاری کاهش می یابد. مطالعات زیادی سطح اقتصادی پایین خانواده ها را در بروز اختلالات رفتاری کودکان موثر می دانند (۴، ۱۴، ۲۰، ۲۲).

در ارتباط با شغل مادر نیز نتایج نشان داد که میزان ابتلا به اختلال رفتاری در کودکانی که مادرشان شاغل بوده می باشد بیشتر از کسانی است که مادرشان شاغل بوده است، هر چند این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبوده است؛ در این راستا محققین معتقدند که کیفیت ارتباط با کودک از مدت زمان ماندن با کودک اهمیت بیشتری دارد (۱۹، ۲۰).

یافته ها حاکی از آن است که شیوع اختلالات رفتاری

3. Almqvist F, Kumpulainen K, Ikaheimo K, Linna SL, Henttonen I, Huikko E, et al. Behavioral and emotional Symptoms in 8-9-year- old children. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 1999; 8(4):7-16.
4. Eapen V, Swadi H, Sabri S, Abou-Saleh M. Childhood behavioural disturbance in a community sample in al-Ain, United Arab Emirates. *East Mediter Health J* 2007; 7(3):428-34.
5. Khodam H, Madanlu MM, Ziaei T., Keshtkar AA. [Behavioral disorders and some related factors in school age children in Gorgan city]. *Iranian J Nurs Res* 2009; 4 (14):29-37. (Persian)
6. 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 Psychiatr* 2002; 11(4):179-84.
7. Kaplan , Sadock B. *Comprehensive text book of psychiatry*. 7th ed. Vol 3. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins , 2005: 3189-3198.
8. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005;366(9481): 237- 48.
9. Pandina GJ, Bilder R, Harvey PD, Keefe RSE, Aman MG, Gharabawi G. Risperidone and cognitive Function in children with disruptive behavior disorders. *Biol Psychiatr* 2007; 62(3):226-34.
10. Baumeister AA, Sevin JA. Pharmacological control of aberrant behavior in the mentally retarded: toward a more rational approach. *Neurosci Bio Behav Rev* 1990; 14(3): 253-62.
11. Sausser SH, Waller RJ. A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorder. *Art Psychotherap* 2006;33(1): 1-10.
12. Eslamieh MM. Prevalence of behavioral disorders in primary school students in Tehran. *Res Domain Except Child* 2008; 8(1):98-109.
13. Khoushabi K, Moradi Sh, Shojaei S, Hemati Alamdarlu Gh, Dehshirei Gh, Eisamorad A. Prevalence of behavioral disorders in primary school students in Ilam province: *J Rehab* 2007; 8 (29): 28-33.
14. Taanila A, Ebeing H, Heikura U, Jarvelin MR. Behavioral Problems of 8-year-old children with and without intellectual disability. *J Pediatr Neurol* 2003; 1(1):15-24.
15. Eglund N, Hansen K.F. Behavioral disorders in Danish schools: A quantitative survey. *Eur J Special Needs Educ* 2000; 15(2): 158-170.
16. Tadesse B, Kebede D, Tegegne T, Alem A. Childhood behavioural disorders in Ambo district, western Ethiopia. I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 397:92-7.
17. Behnia F. [A qualitative study of behavioral disorders in slow-learning school children at occupational therapy clinic]. *Quarter J Andeesh Va Raftar* 2002; 28(7):67-72. (Persian)
18. 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):97-10
19. Ravaghie K, Shahgholian N, Mehralian H. [Prevalence of behavioral disorders in children at primary schools of Shahr- Kord. *Iran J Nurs* 2000; 27(13): 35-41. (Persian)
20. Khazaei T, Khazaei MM, Khazaei M. [Prevalence of behavioral disorders among school children of Birjand]. *J Birjand Univ Med Sci* 2005; 12(1,2): 79-85. (Persian)
21. Matsuura M, Okubo Y, Kojima T, Takahashi R, Wang YF, Shen YC, et al. A cross-national prevalence study of children with Emotional and behavioural problems: a WHO collaborative study in the Western Pacific Region. *J Child Psychol Psychiatr* 1993; 34(3): 307-315
22. Tahmassian K, Mehryar AH, Bolhari J, Birashk B. [The efficacy of parent training in reduction of children's behavioral disorders]. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol (Andeesh Va Raftar)* 1998; 11(3): 54-60. (Persian)
23. Abilfotouh MA. Behaviour disorders among urban school boys in south-Western Saudi Arabia. *East Mediter Health J* 1997; 3(2): 274-283.
24. Rutter MA. Children s behavior questionnaire for completion by teachers; Preliminary findings. *J Psychol Psychiatry* 1985; 8: 1-11.
25. Shams Esfand Abad H, Sadro Sadat SJ, Emami Poor S. [Behavioral disorders in children of addicted fathers]. *J Rehab* 2004; 17-16(5): 32-38. (Persian)
26. Trautmann-Villalba P, Gerhold M, Polowczyk M, Dinter-Jorg M, Laucht M, Esser G, et al. Mother-child interaction and externalizing disorders in elementary school children. *J Ugend Psychiatr Psychother* 2001; 24(4): 263-273.
27. Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Burns BJ, Dulcan MK, Brent D, et al. Psychiatric disorders in pediatric care. *Arch General Psychiatr* 1998; 45: 1107-1116.
28. Heydari J, Azimeh H, Mahmoodie Alemi GH, Mohammadpoor Tahmtan RA. [Prevalence of behavioral disorders - emotional and related factors in elementary school students in Sari city]. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 16(56):91-100. (Persian)

*Original Article***Prevalence of Behavioral Disorders and Its Associated Factors in Hamadan Primary School Students**

F. Jalilian, M.Sc.^{*} ; F. Rakhshani, B.Sc.^{**} ; M. Ahmadpanah, Ph.D.^{***}
F. Zinat Motlagh, M.Sc.^{****} ; B. Moieni, Ph.D.^{*****} ; A. Moghimbeigi, Ph.D.^{*****}
Sh. Emdadi, M.Sc.^{*****}

Received: 18.6.2012 Accepted: 9.10.2012

Abstract

Introduction & Objective: Studies have shown the high prevalence rate of behavioral disorders in primary school students, which may underlie many complications and problems for the students and their families. The aim of this study was to determine the prevalence of behavioral disorders among primary school students.

Materials & Methods: This is a cross sectional-descriptive study which have been done on 352 primary school students in Hamadan. Samples have been selected based on a multistage random sampling and Rutter behavioral disorder questionnaire (teacher form) was used for data collection. The data were analyzed by SPSS version 20 using chi-square.

Results: Our result showed that 16.1% of the participants suffered from behavioral disorders. The prevalence was more among the boys. Father's education and occupation, history of mental illness, parental divorce, and death of parents had significant relationships with the prevalence of behavioral disorders in these students.

Conclusion: According to the results, designing and implementing educational programs for the prevention and treatment of student's behavioral disorders appear to be essential.

(*Sci J Hamadan Univ Med Sci* 2013; 19 (4):62-68)

Keywords: Behavioral Disorders / Mental Health / Students

* M.Sc. in Health Education

Hamadan Islamic Azad University, Hamadan, Iran.

** B.Sc. in Public Health, Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran.

*** Assistant Professor of Cognitive Sciences, Research Center for Behavioral Disorders & Substance Abuse

Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran (ahmadpanah@umsha.ac.ir)

**** M.Sc. in Health Education

Yasuj University of Medical Sciences & Health Services, Yasuj, Iran.

***** Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran.

***** Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Health
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran.

***** Academic Member, Department of Public Health, School of Health
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran.