

# مقایسه ی اختلالات رفتاری کودکان در سه منطقه شهر، روستا و حاشیه در شهرستان

## سیرجان

اعظم حامدی<sup>۱</sup>، سهیلا عباسلو<sup>۲</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، روانشناس مرکز خدمات سلامت جامعه شهرستان سیرجان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سیرجان، کرمان، ایران

۲. کارشناس روانشناسی کودکان استثنائی، مسئول واحد سلامت روان مرکز بهداشت شهرستان سیرجان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سیرجان، کرمان، ایران

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره دوم، شماره ششم، فروردین ماه ۱۳۹۶، صفحات ۱۴-۱

### چکیده

اغلب اختلالات و ناسازگاری های رفتاری پس از دوران کودکی ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. لذا پژوهش حاضر به منظور مقایسه اختلالات رفتاری کودکان در سه منطقه شهر، روستا و حاشیه در شهرستان سیرجان در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ انجام شد. نوع مطالعه علی-مقایسه ای است و برای این منظور، از بین دانش آموزان پسرانه ۷-۱۱ سال مشغول به تحصیل در شهرستان سیرجان ۱۱۰۰ نفر از طریق نمونه گیری چند مرحله ای در سه منطقه شهر، روستا و حاشیه انتخاب شدند. جهت اندازه گیری اختلالات رفتاری، پرسشنامه رفتاری کودکان راتر فرم معلم مورد استفاده قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از واریانس چند متغیره (مانوا) برای مقایسه متغیرها در سه گروه از طریق نرم افزار SPSS استفاده شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل در این پژوهش، نشان می دهد که اختلالات رفتاری بین دو گروه دانش آموزان حاشیه و روستا تفاوت معنی داری دارد و میانگین ناسازگاری در دانش آموزان حاشیه بیشتر از دانش آموزان روستا می باشد ( $p \leq 0.05$ ). همچنین، نتایج نشان می دهد که بین دو گروه حاشیه و شهر نیز از نظر اختلالات رفتاری تفاوت معنی داری وجود دارد و میانگین نمرات ضد اجتماعی در دانش آموزان حاشیه بیشتر از شهر می باشد ( $p \leq 0.05$ ) و در دو گروه شهر و روستا تفاوت معنی داری از نظر اختلالات رفتاری در بین دانش آموزان وجود ندارد ( $p \geq 0.05$ ). از نظر متغیرهای دیگر (بیش فعالی، اضطراب و افسردگی، کمبود توجه) بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد. با استناد به نتایج بدست آمده میزان اختلالات رفتاری در دانش آموزان حاشیه نسبت به دانش آموزان شهر و روستا بیشتر می باشد؛ لذا نیاز است در جهت کاهش آثار و مشکلات در آینده، تدابیر لازم اندیشیده شود.

**واژگان کلیدی:** اختلالات رفتاری کودکان، بیش فعالی، اضطراب، ناسازگاری، ضداجتماعی، کمبود توجه

سلامتی حق اساسی هر انسان و یک هدف اجتماعی است و تمام دولت ها و حکومت ها موظف به تأمین سلامت افراد هستند (پارک، ۲۰۰۲). طبق معیارهای جهانی، سلامتی تنها جنبه های جسمانی را در بر نمی گیرد، به گونه ای که سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را "حالتی که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او نشانه ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی شود"، تعریف نموده است، بنابراین، در ارزیابی سلامتی، نباید صرفاً به شاخص های سنتی سلامتی یعنی نرخ مرگ و میر و نرخ ابتلای به بیماری توجه نمود، بلکه باید ادراکی را که افراد از کیفیت زندگیشان دارند نیز مورد توجه قرار داد (کامپوس، ۲۰۰۲) 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 (رنجبر و همکاران، ۲۰۰۳) کودکان قشر عمده ای از جمعیت جهان را تشکیل می دهند و دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه ریزی شده و شکل می گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری های رفتاری پس از دوران کودکی ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک می باشد (مقدم، یاسمی، بینا، عبدالمالکی، باقری یزدی، ۲۰۰۲؛ دی گنا، ناتاچا، دال، ۲۰۰۶؛ خزاعی و همکاران، ۲۰۰۵؛ کوشان، وشانی، ۲۰۰۲؛ دمپستر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). برای اینکه کودک بتواند مراحل طبیعی رشد و نمو را بگذراند و دارای شخصیت محکم و با ثباتی شود، محیط مناسبی لازم دارد. در این نردبان رشد و نمو، محیط خانواده، مدرسه و بالاخره اجتماع هر یک دارای نقش مشخصی می باشند (دانش نیا، ۲۰۰۱؛ معین، ۲۰۰۱). مطالعات انجام شده در فرهنگ های مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار اختلالات رفتاری هستند (هارلند و همکاران، ۲۰۰۲) منظور از اختلالات رفتاری، کلیه رفتارهای تکراری، غیرعادی و آزاردهنده نظیر مکیدن انگشت، ناخن جویدن، تیک، لکنت زبان، کتک کاری، قشقرق راه انداختن و... است که باعث اختلال در کارکرد فرد و خانواده شده (رواقی؛ شاه قلیان؛ مهرالپان، ۲۰۰۰) و آثار منفی بر یادگیری، ارتباط و کارایی اجتماعی دارد (شمس اسفندآبادی؛ امامی پور؛ صدرالسادات، ۲۰۰۳) به طور کلی، اختلالات رفتاری در کودکان شامل رفتارهایی است که ضمن نامتناسب بودن با سن فرد، شدید، مزمن یا مداوم باشد و گستره آن شامل رفتارهای فزون کنشی و پرخاشگرانه تا رفتارهای گوشه گیرانه است. ویژگی اینگونه رفتارها این است که تأثیر منفی بر فرآیند تحول و انطباق مناسب کودک با محیط می گذارد و موجب مزاحمت برای زندگی اطرافیان کودک می شود (زاده محمدی؛ مالک خسروی؛ صدرالسادات؛ بیرشک، ۲۰۰۶). هم سو با اولتیماتوم سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۲) مبنی بر فراگیری بیماری های روانی تا سال ۲۰۲۰ در زمره بیماری های اصلی و توان فرسا (اصفهانی، ۲۰۰۲) و انجام پژوهش های متعدد در خارج و داخل کشور در این حیطه، بررسی ها از بهداشت روانی ضعیف در دوران کودکی به عنوان پیش قراول وجود رفتارهای زیان بار جسمی و روانی در آینده و تهدیدی برای زندگی سالم نسل کنونی یاد می

<sup>1</sup> DE Genna & Natacha & Dale

<sup>2</sup>Dempster

کنند. (پدناکر<sup>۱</sup>؛ بوین<sup>۲</sup>؛ بوردیدهاج<sup>۳</sup>؛ اوپل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). کودکان با اختلال های رفتاری مشکلات گوناگونی دارند، این کودکان دارای فراختای توجه کوتاهی هستند، عزت نفس پایینی دارند، در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می شوند (سورز و والر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). تکانشگری، بی قراری و بیش فعالی، پرخاشگری، دروغ گویی و دزدی، عملکرد تحصیلی ضعیف و ادراک ضعیف از خود نیز از ویژگی های کودکان و نوجوانان دارای اختلال های رفتاری است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴؛ به نقل از هاردمن، دروواگن، ترجمه علیزاده و همکاران، ۱۳۸۸). همچنین، خودآزاری، دیگر آزاری، تخریب محیط، نافرمانی، حرکات و گفتارهای کلیشه ای و گوشه گیری از دیگر ویژگی های کودکان و نوجوانان دارای اختلال رفتاری می باشد (فارل<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). استخراج اختلالات رفتاری شامل خشم، لجبازی، بی اعتنایی، بیش فعالی و تکانش گری از رایج ترین دلایل ارجاع موارد روانپزشکی کودکانی می باشند (پایلو<sup>۷</sup> و کاتیه<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶). اصطلاح اختلال رفتاری که نتیجه بارز آشفتگی است، معمولاً در کودکانی که دچار تضاد رفتاری هستند به کار می رود که می تواند آثار منفی بر یادگیری، ارتباط و کارآیی اجتماعی آنان داشته باشد. روانشناسان اجتماعی، اختلال رفتاری را ناشی از فشارهای اجتماعی و کمبود راههای مناسب برای تخلیه این فشارها می دانند (ایرانپور، ۲۰۰۰). تا کنون طبقه بندی های مختلفی برای اختلالات رفتاری را به دو دسته بزرگ تقسیم کرده اند. اختلالات رفتاری درونی سازی که شامل مواردی مانند افسردگی و اضطراب هستند که با دنیای درونی فرد سر و کار دارند و با تعارض های روانی و هیجانی همراه است و اختلالات رفتاری برونی سازی شامل مواردی است که به مشکلات فرد با دیگران در ارتباط است (تکلوی، ۱۳۹۰). از نتایج چنین بر می آید که اختلال های رفتاری پنهان مانند افسردگی و اضطراب در دختران شیوع بیشتری دارد (کافمن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱؛ کیس و لیدلی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷) و در مقابل اختلال های رفتاری آشکار مانند اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، اختلال سلوک، پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی در پسران شایع تر است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴؛ کاپلان و سادوک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴؛ براست، هارکنت و باتلر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷) اما به طور کلی گزارش شده است که شیوع اختلالات رفتاری در پسران شایع تر است (گونی، بلک و بالدوین<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۸). شواهدی وجود دارد که نشان می دهد اختلالات رفتاری کودکانی با دوران بزرگسالی در ارتباط است. در یک بررسی بر روی کودکان ۵ ساله که در کلینیک روانپزشکی تحت پیگیری قرار گرفته بودند، سه تا شش سال بعد، عده قابل توجهی از آنها هنوز درگیر مسئله خود بودند. دو سوم کودکانی که دچار ترس و شب اداری بودند هنوز این مشکل را داشتند. بنابراین، شناسایی سریع و به موقع مشکلات

<sup>1</sup> Opednacker

<sup>2</sup> Boen

<sup>3</sup> Bourdeaudhuij

<sup>4</sup> Auweele

<sup>5</sup> Surez & valer

<sup>6</sup> Farel

<sup>7</sup> Paulo

<sup>8</sup> Katie

<sup>9</sup> Kafman

<sup>10</sup> Kase, L., Ladley

<sup>11</sup> Kaplan, H. I., Sadock

<sup>12</sup> Brassett-Harknett

<sup>13</sup> Gaoni L, Black Q.C, Baldwin

رفتاری کودکان، امکان درمان سریعتر آنان را مهیا می سازد (مقدم؛ یاسمی؛ بینا، عبدالمالکی؛ باقری، ۲۰۰۲). با توجه به اینکه کودکان قشر عمده ای از جمعیت جهان را تشکیل می دهند (کوشان و همکاران، ۲۰۰۲) و همچنین داشتن یک حالت پایدار از اختلالات رفتاری در دوران کودکی با یکسری از مشکلات پیشرفته از اختلالات روانپزشکی نظیر رفتار ضد اجتماعی در آینده، اختلالات سوء مصرف مواد در ارتباط است (پایلو و کاتیه، ۲۰۱۶) و اختلالات عاطفی مشکلات تحصیلی متعددی را برای دانش آموزان می تواند ایجاد نماید (هالاهان و کافمن، ۲۰۰۳) و با توجه به اینکه تا کنون بررسی های اندکی درباره میزان بروز اختلالات رفتاری بر اساس منطقه محل سکونت صورت گرفته است، مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلالات رفتاری در سه منطقه شهر، روستا و حاشیه طراحی و انجام شد.

### روش پژوهش

روش تحقیق پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه ای می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسرانه ۷ تا ۱۱ ساله مشغول به تحصیل در پایه های اول تا پنجم مدارس دولتی شهرستان سیرجان در سال ۹۵-۹۴ است که از بین آنان به روش چند مرحله ای، ۱۱۰۰ نفر انتخاب شدند. بدین ترتیب که ابتدا اسامی کلیه مدارس ابتدایی شهرستان سیرجان تهیه شدند و سپس از هر منطقه به صورت تصادفی ۵ مدرسه که از نظر وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با یکدیگر متجانس بودند، انتخاب گردید و پس از ورود به مدارس از روی لیست کلاس تعداد مساوی از هر پایه تحصیلی (اول تا پنجم) به صورت تصادفی انتخاب شدند و پس از آن پرسشنامه ها در اختیار معلمان قرار گرفت تا تکمیل گردد که ۹۷۱ پرسشنامه بازگشت داده شد و در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده ها از واریانس چند متغیره (مانوا) برای مقایسه متغیرها و از طریق نرم افزار SPSS استفاده شد.

جدول شماره ۱ فراوانی و درصد فراوانی تعداد افراد نمونه را براساس محل سکونت نشان می دهد.

محل سکونت	فراوانی	درصد فراوانی
شهری	۴۳۱	۴۴,۴
روستایی	۲۱۴	۲۲
حاشیه	۳۲۶	۳۳,۶
کل	۹۷۱	۱۰۰

در این پژوهش از پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر استفاده گردید که توسط میکلا راتر در سال ۱۹۶۷ در دانشگاه ایالتی پنسلوانیا به منظور تهیه یک ابزار معتبر جهت بررسی مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه ساخته شد. پرسشنامه راتر در دو فرم A مربوط به والد و فرم B مربوط به معلم تهیه شده است. فرم B دارای یک پرسشنامه ۳۰ ماده ای است که دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۰ خواهد بود و دارای ۳ گزینه کاملاً صدق می کند، تا حدودی صدق می کند، اصلاً صدق نمی کند می باشد. نمرات ۰، ۱، ۲، به ترتیب به هر ردیف

اختصاص داده شده است که مجموع نمرات به دست آمده نشان از اختلال رفتاری می باشد. راتر و همکاران پایایی این پرسشنامه را به روش باز آزمایی به فاصله دو ماه ۰,۷۴ برای فرم والدین و ۰,۸۹ برای فرم معلم گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران توسط یوسفی (۱۳۷۷) روی ۱۶۰۰ دانش آموز دختر و پسر شش تا یازده ساله در پایه های اول تا پنجم دبستان های شیراز تجدیدنظر و هنجاریابی شده است که همبستگی بالایی با آزمون هوشی آدمک گودیناف، بندر گشتالت و معدل درسی و ارزیابی معلم مشاهده شده است (خانپانی؛ محمدزاده، ۱۳۹۲).

#### یافته ها

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه متغیرها به شرح زیر می باشد:

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمره اختلال رفتاری و خرده مقیاس های آن را در افراد نمونه نشان می دهد.

آماره	اختلال رفتاری	بیش فعالی	اضطراب	ناسازگاری	ضداجتماعی	کمبود توجه	
شهری	میانگین	۱۱,۷۸	۳,۹	۲,۴۲	۲,۹۸	۱,۶۶	۳,۱۶
	انحراف معیار	۱۰,۸۷	۳,۵۲	۲,۶۳	۲,۹۵	۲,۳۶	۲,۶۴
روستایی	میانگین	۱۱,۸۵	۳,۸۸	۲,۵	۲,۹	۱,۷۱	۳,۱۸
	انحراف معیار	۱۱,۷۴	۳,۹۴	۲,۶۵	۳,۳۸	۲,۷	۳,۱۳
حاشیه	میانگین	۱۳,۰۸	۴,۱۹	۲,۷۳	۳,۲۵	۲,۷۶	۳,۴۵
	انحراف معیار	۱۱,۴۳	۳,۸	۲,۸۸	۳,۱۱	۲,۶۲	۲,۸۳

برای پی بردن تفاوت بین دو گروه (روستایی و حاشیه) در متغیرهای پژوهش از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد که نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	درجه معنی داری
اثر پیلای <sup>۱</sup>	۰,۰۰۸	۰,۶۸	۶	۵۳۲	۰,۰۶۵
لامبدا ی ویلکز <sup>۲</sup>	۰,۹۹	۰,۶۸	۶	۵۳۲	۰,۰۶۵
اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۰,۰۰۸	۰,۶۸	۶	۵۳۲	۰,۰۶۵
بزرگترین ریشه روی <sup>۴</sup>	۰,۰۰۸	۰,۶۸	۶	۵۳۲	۰,۰۴

همان گونه که درجه معنی داری آزمون بزرگترین ریشه روی نشان می دهد بین دو گروه از نظر حداقل یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی داری وجود دارد (p. . . .). برای پی بردن به این تفاوت ۶ تحلیل واریانس در متن مانوا انجام شد که نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اختلال رفتاری .	۲۲۷,۳۳	۱	۲۲۷,۳۳	۱,۷	۰,۰۱
بیش فعالی .	۱۴,۱	۱	۱۴,۱	۰,۹۴	۰,۳۳
اضطراب .	۸,۷۳	۱	۸,۷۳	۱,۱۲	۰,۲۸
ناسازگاری	۹,۵	۱	۹,۵	۰,۹۱	۰,۰۳
ضداجتماعی	۴,۸۱	۱	۴,۸۱	۰,۶۸	۰,۴
کمبود توجه	۹,۱۲	۱	۹,۱۲	۱,۰۴	۰,۳

<sup>1</sup>Pillai Trace

<sup>2</sup>WilksLambada

<sup>3</sup>Hotelings Trace

<sup>4</sup>Roys largest Rot

همان گونه که نتایج جدول نشان می دهد مقدار  $f$  اختلال رفتاری برابر با ۱,۷ در سطح معنی داری . . . .  $p$  می باشد که با توجه به سطح ( $p \leq 0.05$ )، معنی دار می باشد یعنی بین دو گروه از نظر اختلال رفتاری تفاوت وجود دارد که با توجه به جدول میانگین ها میانگین اختلال رفتاری در دانش آموزان حاشیه بیشتر از روستاییان است. همچنین مقدار . ناسازگاری برابر با ۰,۹۱ در سطح معنی داری . . . .  $p$  می باشد که با توجه به سطح ( $p \leq 0.05$ )، معنی دار می باشد یعنی بین دو گروه از نظر ناسازگاری تفاوت وجود دارد که با توجه به جدول میانگین ها میانگین ناسازگاری در دانش آموزان حاشیه بیشتر از روستاییان است. همچنین بین دو گروه روستایی و حاشیه از نظر بقیه متغیرهای پژوهش تفاوتی وجود ندارد ( $p \geq 0.05$ ).

برای پی بردن تفاوت بین دو گروه (شهری و حاشیه) در متغیرهای پژوهش از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد که نتایج در جدول ۵ نشان داده شده است.

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	درجه معنی داری
اثر پیلای	۰,۰۰۵	۰,۶۸	۶	۷۵۰	۰,۰۶۵
لامبدای ویلکز	۰,۹۹	۰,۶۸	۶	۷۵۰	۰,۰۶۵
اثر هتلینگ	۰,۰۰۶	۰,۶۸	۶	۷۵۰	۰,۰۶۵
بزرگترین ریشه روی	۰,۰۰۶	۰,۶۸	۶	۷۵۰	۰,۰۴۲

همان گونه که درجه معنی داری آزمون بزرگترین ریشه روی نشان می دهد بین دو گروه از نظر حداقل یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی داری وجود دارد ( . . . . p). برای پی بردن به این تفاوت ۶ تحلیل واریانس در متن مانوا انجام شد که نتایج در جدول ۶ نشان داده شده است.

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اختلال رفتاری .	۳۱۳,۷۲	۱	۳۱۳,۷۲	۲,۵۳ .	۰,۰۲
بیش فعالی .	۱۵,۸۴	۱	۱۵,۸۴	۱,۱۹ .	۰,۲۷
اضطراب .	۱۷,۸۴	۱	۱۷,۸۴	۲,۳۷ .	۰,۱۲
ناسازگاری	۱۴,۱۶	۱	۱۴,۱۶	۱,۵۴ .	۰,۲۱
ضداجتماعی	۸,۵۹	۱	۸,۵۹	۱,۳۹ .	۰,۰۳
کمبود توجه	۱۵,۱۲	۱	۱۵,۱۲	۲,۰۵ .	۰,۱۵

همان گونه که نتایج جدول نشان می دهد مقدار f اختلال رفتاری برابر با ۲,۵۳ در سطح معنی داری . . . . p می باشد که با توجه به سطح (p≤0.05)، معنی دار می باشد یعنی بین دو گروه از نظر اختلال رفتاری تفاوت وجود دارد که با توجه به جدول میانگین ها میانگین اختلال رفتاری در دانش آموزان حاشیه بیشتر از دانش آموزان شهر است. همان گونه که نتایج جدول نشان می دهد مقدار . ضد اجتماعی برابر با ۱,۳۹ در سطح معنی داری . . . . p می باشد که با توجه به سطح (p≤0.05)، معنی دار می باشد یعنی بین دو گروه از نظر ضداجتماعی تفاوت وجود دارد که با توجه به جدول میانگین ها میانگین ضداجتماعی در دانش آموزان حاشیه بیشتر از دانش آموزان شهر است. همان گونه که سطوح معنی داری نشان می دهد بین دو گروه شهری و حاشیه از نظر بقیه متغیرهای پژوهش تفاوتی وجود ندارد (p≥0.05).



برای پی بردن تفاوت بین دو گروه (شهری و روستایی) در متغیرهای پژوهش از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد که نتایج در جدول ۷ نشان داده شده است.

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	درجه معنی داری
اثر پیلای	۰,۰۰۲	۰,۱۸	۶	۶۳۷	۰,۹۸
لامبدای ویلکز	۰,۹۹	۰,۱۸	۶	۶۳۷	۰,۹۸
اثر هتلینگ	۰,۰۰۲	۰,۱۸	۶	۶۳۷	۰,۹۸
بزرگترین ریشه روی	۰,۰۰۲	۰,۱۸	۶	۶۳۷	۰,۹۸

همان گونه که درجه معنی داری آزمون ها نشان می دهد بین دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $p \geq 0.05$ ). که مقدار متغیرها در جدول ۸ نشان داده شده است.

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اختلال رفتاری	۰,۱۱	۱	۰,۱۱	۰,۰۰۱	۰,۹۷
بیش فعالی	۰,۲۱	۱	۰,۲۱	۰,۰۱	۰,۹
اضطراب	۰,۳۵	۱	۰,۳۵	۰,۰۵	۰,۸۲
ناسازگاری	۰,۰۰۳	۱	۰,۰۰۳	۰,۰۰۱	۰,۹۸
ضداجتماعی	۰,۰۶	۱	۰,۰۶	۰,۰۱	۰,۹۱
کمبود توجه	۰,۰۶	۱	۰,۰۶	۰,۰۰۸	۰,۹۳

همان گونه که سطوح معنی داری نشان می دهد بین متغیرهای پژوهش بین دو گروه شهری و روستایی تفاوتی وجود ندارد ( $p \geq 0.05$ ).

## نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه ی اختلالات رفتاری کودکان در سه منطقه شهر، روستا و حاشیه در شهرستان سیرجان بود که نتایج این پژوهش نشان داد اختلالات رفتاری کودکان در منطقه حاشیه نسبت به شهر و روستا بیشتر می باشد و بین مناطق شهر و روستا تفاوت معنی داری از نظر اختلالات رفتاری وجود ندارد که با توجه به مطالعات اندک در زمینه ارتباط اختلالات رفتاری با منطقه محل سکونت می توان نتایج را با توجه به مسائل زیر تبیین نمود:

متأسفانه دامنه اختلالات رفتاری کودکان، که نتیجه اجتناب ناپذیر فقر، جهل، بی سواد، بدرفتاری و ناهنجاری های خانوادگی و کاستی های آموزشی و فرهنگی و اجتماعی است، وسیع می باشد (طیبه خزاعی، محمدمهدی خزاعی، معصومه خزاعی، ۱۳۸۴). اختلالات رفتاری حاصل تعامل کودک با محیط اطراف وی است. بنابراین باید در رابطه با بافت خانواده، همسالان، مدرسه، خانه و جامعه مورد بررسی قرار گیرد. توجه به محیط اجتماعی - فرهنگی در درک اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه ای برخوردار است، لذا باید به تعامل بین کودک و محیط فیزیکی و اجتماعی وی توجه شود. توجه به یکی از این ابعاد به تنهایی موجب محدودیت در دامنه بررسی می شود. در پیدایش اختلالات رفتاری عامل واحدی را نمی توان مسئول دانست، بلکه انواعی از عوامل مربوط به والدین و الگوی خانواده، عوامل اجتماعی - فرهنگی، عوامل روانشناختی، عوامل زیستی و عوامل زمینه ساز و عوامل آشکارساز در پیدایش آن سهم هستند. برخی از عوامل خطرزا می توانند موجب گسترش اختلالات رفتاری شوند. عواملی که می توانند موجب گسترش اختلالات رفتاری شوند عبارتند از: تجربه مشکلات عاطفی - اجتماعی مانند مشکلات والدین (نظیر استفاده از الکل و مواد مخدر)، فقر، محرومیت، سوء استفاده، طرد شدن، روابط ناراضایتبخش، اختلالات روانی والدین و یا مواجهه با رویدادهای آسیب زا (شمس اسفندآبادی و همکاران، ۱۳۸۳). حاشیه نشینی با جرم رابطه مستقیم و نزدیکی دارد و مشکلات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، امنیتی و زیست محیطی فراوانی را ایجاد کرده است که سبب رشد و گسترش خشونت های خانگی نسبت به زنان و به ویژه کودکان در مناطق فقیر و پایین دست جامعه، به دلایل مسائل مالی، فرهنگی، وضعیت مسکن و موارد متعدد دیگر شده که این پدیده رو به افزایش است. خشونت علیه کودکان اگرچه در نگاه اول پدیده ای فردی به نظر می رسد، اما با توجه به پیامدهای سوء آن که در نظم و سلامت جامعه اختلال و آشفتگی ایجاد می کند و منشأ بسیاری از رفتارهای انحرافی، همچون سوء مصرف مواد و الکل، خودکشی، روسپیگری، فرار از خانه، رفتارهای بزهکارانه و جرایم جنسی و غیره است، اقتضا می کند این معضل را از دسته آسیب های اجتماعی بسیار جدی به شمار آوریم (یعقوبی دوست و عنایت، ۱۳۹۱). کودکان آسیب پذیرتر از سایر افراد جامعه هستند و بدرفتاری با کودک طیف وسیعی از رفتارهای آسیب رسان از قبیل برآورده نکردن نیازهای اولیه، تنبیه کلامی، تنبیه جسمی، آزار و اذیت عاطفی و سوء استفاده جنسی را شامل می شود (آئین، ۱۳۸۴). تحقیقات نشان داده است که استفاده از تنبیه بدنی با افزایش اختلالات رفتاری رفتاری و برون فکنی و پرخاشگری در کودکان همراه می باشد (کر، لپس، السون، سامروف، ۲۰۰۴؛ لارزول، ۲۰۰۲).

یافته های پژوهش حاضر ضرورت برنامه های پیشگیری و مداخلات درمانی را در دانش آموزان منطقه حاشیه مشخص می نماید. هر چند که درمان اختلالات رفتاری بسیار مهم و ضروری است اما ضرورت برنامه های پیشگیری به منظور جلوگیری از بروز اختلالات رفتاری از اهمیت بیشتری برخوردار است. برنامه های پیشگیری را می توان در چهار بعد مربوط به کودک، خانواده، مدرسه و جامعه (مسئولین و برنامه ریزان) متمرکز نمود. بی شک کمک به کودکان دارای اختلالات رفتاری امری مهم و ضروری است زیرا تداوم اختلالات رفتاری در فراخنای زندگی با شروع دوره کودکی اهمیت مداخله زودرس را نه تنها به منظور کاستن رنج کودکان و نوجوانان بلکه با هدف پیشگیری از انجامیدن آن به طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی در بزرگسالی تبیین می کند. امر غربالگری اختلالات رفتاری در شروع سال تحصیلی به منظور پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری و و تشخیص و درمان به موقع آن در کودکان توصیه می گردد.

#### منابع

- آئین، ف. کودکان آسیب اجتماعی و خانواده های پر خطر: راهکار مؤثر چیست؟ مجله بیماری های کودکان ویژه نامه هفدهمین همایش بین المللی کودکان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، پاییز ۱۳۸۴، دوره ۱۵، ویژه نامه ۱: ۲۱۸.
- خزاعی، طیبیه؛ خزاعی، محمدمهدی؛ خزاعی، معصومه. مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۳۸۴، دوره ۱۲، شماره ۲-۱.
- شمس اسفندآبادی، حسن؛ صدرالسادات، سیدجمال الدین؛ امامی پور، سوزان. شناسایی اختلالات رفتاری در کودکان دارای پدر معتاد. مجله توانبخشی، بهار و تابستان ۱۳۸۳، دوره ۵، شماره ۲-۱.
- یعقوبی دوست، محمود؛ عنایت، حلیمه. سنجش الگوی همبستگی شاخص های سکونتی حاشیه نشینان و غیر حاشیه نشینان با میزان خشونت خانگی آنها علیه فرزندان. مجله پژوهش های جغرافیای انسانی، زمستان ۱۳۹۲، دوره ۴۵، شماره ۴.
- Campos M.G . (2002). Quality of Life Differences between First Year Undergraduate Financial Aid and Non- Aid Recipients Unpublished Master Thesis. University of Vancouver Canada, 150-152.
- Danesh Nia J. (2001). Prevalence of relationship some of health factors with enuresis among the school-age children (Aged 7-12 years) in 9, 10 and 17 region in the Tehran city. Rahavard danesh, Journal of Arak university of medical sciences, 14(4): 10-15
- DE Genna, Natacha M, Dale M et al. (2006). From Risky Behavior to Health Risk:Continuity Across Two Generations. J of Developm Behavioral Pe, 27(4): 297-309
- Dempster, Robert. (2006). Wildman, Beth G. Langkamp, Diane. Pediatrician identification of Psychosocial Priblems: Role of Child Behavior, Parent Affect, Parenting Behavior, Parenting Satisfaction And Efficacy, 27(5): 435

- Esfahani, N. (2002). Influence of sport on psychological health on physical aspect, anxiety and sleep disorder, social function and depression in students of Alzahra university. *Journal of Motion*, 12:75-86 . [In Persian].
- 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.
- Khazaei T, Khazaei MM, Khazaei M. (2005). Prevalence of behavioral disorders among school children of Birjand. *Journal of Birjand university of medical sciences*, 23-22(12): 79-85
- Kooshan M, Behnam Vashani HR. (2002). Prevalence of some behavioral disorders and familial factors affecting primary schoolers in Sabzevar. *ASRAR, Journal of Sabzevar school of medical sciences*, 4(8): 40-46
- Moghadam M, Yassami MT, Bina M, Abdolmaleki F, Bagheri Yazdi SA. (2002). Epidemiological study of behavioral disorders in the primary school students of Ghorveh and evaluation of the validity and reliability of Rutter teacher scale in assessment of behavioral disorders in 2001. *Scientific journal of Kurdistan university of medical sciences*, 25(7): 7-12
- Mooein A, Moghadam Nia M. (2001). Prevalence of nailbiting in primary schools of Tehran. *Daneshvar, scientific-research Journal of Shahed university*, 34(8): 59-64
- Opednacker J, Boen F, Bourdeaudhuij D and Auweele Y. (2008). Explaining the psychological effects of a sustainable lifestyle physical activity intervention among rural women. *Mental Health and Physical Activity*, 1:74-81
- Park JE, Park K. (2002). Park's textbook of preventive and social medicine. 17th ed. India: Banarsidas Bhanot.
- Ranjbar F, Nabdell Y, Fakhari A, Dadash Zadeh H. (2003). prevalence study of psychiatric disorders in children and adolescents. *MEDICAL JOURNAL OF TABRIZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES & HEALTH SERVICES*, 59: 56-60. [in Persian]
- Ravaghie K, Shahgholian N, Mehralian H. (2000). Prevalence Of Behavioral Disorders In Children At Primary Schools Of Shahr- Kord. *Iran Journal of Nursing* , 27(13): 35-41. [in Persian]
- Sajedi Zh, Shah Nazarian Zh.(1999). The comparative survey of individual, family and socio-economic characteristics of the enuretic and non-enuretic children in primary schools in Hamadan. *Scientific Journal of Hamadan university of medical sciences & health services*, 12(6): 39-43
- Shams Esfand Abadi H, Emami Pour S, Sadrol Sadat SJ. (2003). A study on prevalence of behavioral disorders in primary school students in Abhar. *JOURNAL OF REHABILITATION*, 12(3): 34-41. [in Persian]

- Zadeh mohammadi A, Malek khosravi GH, Sadrolsadat S, Birashk B. (2006). study on influence of music in active treatment on decreased behavioral and emotional disorders. Psychology Journal , 2:222 231. [In Persian].



## Comparison of behavioral disorders in children in three cities, villages and border city of Sirjan

### Abstract

Often incompatibility and behavioral disorders since childhood due to a lack of attention to the critical period of childhood and lack of integrity in the process of growth and evolution. This study aimed to compare behavioral disorders in children in three cities, villages and border city of Sirjan in the 95-94 school year was done. Causal-comparative study, and for this purpose, the students studying in the city of Sirjan 1,100 boys 7-11 years of multistage sampling in three cities, villages and margin were selected. To measure behavioral disorders, behavioral questionnaire was used children Rater teacher. Data for the analysis of variance (MANOVA) to compare variables in the three groups were analyzed by SPSS software. The results of the analysis in this study shows that behavioral problems between the two groups of students in rural and marginal significant difference in students' apartments available incompatibility average margin of more than students in villages ( $p \leq 0.05$ ). The results show that the margin between the two groups and the city there is a significant difference in terms of behavioral disorders and antisocial scores of the city's most marginalized students ( $p \leq 0.05$ ) And in both urban and rural areas are significant differences in terms of behavioral disorders among students there ( $p \geq 0.05$ ). In terms of other variables (hyperactivity, anxiety, depression, attention deficit) there is no significant difference between the three groups. According to the results of behavioral disorders in students margins are more than students in urban and rural areas Therefore, it is required to reduce the effects and problems in the future, necessary measures will be taken.

**Keywords:** Children`s Behavioral disorders, ADHD , anxiety, Incompatibility, anti-social, attention deficit