

مقاله‌ی پژوهشی

میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان پیش دبستانی

خلاصه

مقدمه: ارزیابی دقیقی مشکلات رفتاری کودکان بسیار حایز اهمیت است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع اختلالات رفتاری دختران و پسران پیش از دبستان و ارایه‌ی راهکارهای کاهش آن انجام شد.

روش کار: جامعه‌ی آماری این مطالعه‌ی توصیفی شامل تمام کودکان پیش از سن دبستان ۷-۱/۵ ساله‌ی شهر تهران در سال ۹۰-۱۳۸۹ بود که از این میان نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب و مقیاس مشکلات رفتاری کودکان در اختیار مادران آن‌ها قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، مجذور خی و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: تعداد کل آزمودنی‌ها ۱۹۷۷ نفر بوده و ۹۵۷ نفر (۴۸/۴٪) پسر و ۱۰۲۰ نفر (۵۱/۶٪) دختر بودند. شایع‌ترین اختلال در پسران مربوط به اختلال توجه (۶/۱٪) و در دختران مربوط به مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی (۱۷/۲٪) است. شایع‌ترین اختلال در دوره‌ی قبل از ۵ سال مربوط به مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی (۱۱/۳٪) و در دوره‌ی ۷-۵ سال مربوط به مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی (۱۰/۷٪) و شکایات بدنی (۱۰/۳٪) است. دختران در مقایسه با پسران در اغلب زیرمقیاس‌های مشکلات رفتاری، مشکلات بیشتری را تجربه کردند ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: دختران پیش از دبستان در مقایسه با پسران در اغلب زیرمقیاس‌های مشکلات رفتاری، مشکلات بیشتری را تجربه کردند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان سنین پیش از دبستان در سطح نسبتاً بالایی می‌باشد که لزوم توجه هرچه بیشتر مسئولان بهداشت روان را به این امر مشخص می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات رفتاری، شیوع، کودکان

رضا پورحسین

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران،

تهران، ایران

* معجبی حبیبی

دکترای روان‌شناسی سلامت، استادیار

پژوهشکده‌ی خانواده‌ی دانشگاه شهید بهشتی،

تهران، ایران

احمد عاشوری

دکترای روان‌شناسی بالینی، انیستیتو روان‌پزشکی

تهران، تهران، ایران

نیکزاد قنبری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تربیت

مدرس، تهران، ایران

یاسمن ریاحی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی خانواده-

درمانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

سعید قدرتی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی خانواده-

درمانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

*مؤلف مسئول:

پژوهشکده‌ی خانواده، دانشگاه شهید بهشتی،

تهران، ایران

mo_habibi@sbu.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۳/۰۶/۱۰

تاریخ تایید: ۹۳/۱۱/۲۱

پی‌نوشت:

این مطالعه با تایید کمیته‌ی پژوهشی و حمایت مالی دانشگاه شهید بهشتی تهران انجام شده و نتایج آن با منافع نویسنده‌گان رابطه‌ای نداشته است. از همکاری والدین و کودکان شرکت‌کننده قدردانی می‌گردد.

مقدمه

وجود پژوهش‌های محدودی در مورد شیوع آسیب‌شناسی روانی و اختلالات رفتاری در کودکان کمتر از ۶ سال وجود دارد (۱۴) و بیشتر مطالعات صورت پذیرفته در مورد سنین بالاتر بوده است. سازمان بهداشت جهانی شیوع مشکلات روانی در بین کودکان ۲ تا ۵ ساله در کشورهای توسعه یافته را ۵ تا ۱۵ درصد گزارش می‌کند (۱۵). در مطالعه‌ی مقطعی واگلس^۱ شیوع اختلال اضطراب در کودکان ۸-۶ ساله ۵/۷ درصد بود (۱۶).

در مجموع با توجه به آمار و ارقام ارایه شده در زمینه‌ی افزایش کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری و این حقیقت که مشکلات رفتاری تمام جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی این کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، عدم توجه و رسیدگی به این مسئله می‌تواند به شیوع بیشتر و مزمن شدن اختلالات آن‌ها منجر شود. در این راستا هر گونه اقدامات پیشگیرانه، مستلزم ارزیابی نوع و میزان نیاز مردم به آن خدمات و بررسی شیوع مشکل است. زیرا در غیر این صورت فعالیت‌های انجام شده نتایج مطلوبی را در بر نخواهد داشت. بنابراین بررسی‌های همه‌گیر شناسی می‌تواند به عنوان یکی از مهم‌ترین روش‌های موجود جهت دستیابی به این امر و اهداف بهداشت روانی حایز اهمیت باشند. با وجود اهمیت مسئله‌ی پژوهش‌های انجام شده در کشور در زمینه‌ی بررسی میزان شیوع اختلالات و مشکلات رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی بسیار اندک است در همین راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی مشکلات شایع رفتاری و میزان شیوع آن در کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران انجام شد.

روش کار

این پژوهش، توصیفی و از نوع زمینه‌یابی، مقطعی و پس‌رویدادی است که در آن مشکلات شایع رفتاری و میزان شیوع آن در کودکان پیش-دبستانی ۷-۱/۵ ساله‌ی شهر تهران در سال ۹۰-۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفت. برآورد حجم نمونه با الگو گرفتن از جدول مورگان ۲۰۰۰ نفر انتخاب شد. طبق جدول نمونه‌گیری مورگان در شرایطی که حجم افراد جامعه بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ نفر باشد، حجم نمونه برابر یا بیشتر از ۳۶۵ نفر انتخاب می‌شود (۱۷). با توجه به این که نسبت جامعه‌ی آماری در این پژوهش بر حسب جنسیت و مناطق (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) شهر تهران متفاوت است و برای این که حجم نمونه برآورد دقیقی از جامعه باشد از هر منطقه ۴۰۰ نفر با رعایت نسبت دو جنس، نمونه‌گیری شد. جهت اجرای پرسش‌نامه‌ها در مدارس نیز از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. ابزار پژوهش عبارتست از:

مقیاس مشکلات رفتاری کودکان: این مقیاس دارای ۹۹ سؤال توسط آیشنباخ^۲ (۱۸، ۱۹) برای مقطع سنی ۷-۱/۵ سال در طول ۶ ماه گذشته،

هر جامعه‌ای برای پیشرفت و رشد در ابعاد مختلف اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی نیاز به افرادی دارد که از نظر روانی و جسمانی سالم باشند. کودکان امروز و سازندگان فردای جامعه، قشر عمده‌ای از جمعیت جوامع انسانی را تشکیل می‌دهند به طوری که در کشورهای در حال توسعه، سهم این قشر از کل جمعیت تقریباً به ۵۰ درصد می‌رسد (۱). سلامتی و بیماری این قشر عظیم در سلامتی و بیماری جامعه‌ی فردا و نسل‌های آینده، نقش مهمی دارد. بنابراین، لازم است به سلامت روانی-جسمانی این قشر عظیم بیشتر توجه شده و گام‌های اساسی در جهت پیشگیری و درمان بیماری‌ها و اختلالات روانی و رفتاری آنان برداشته شود. مشکلات رفتاری کودکان، اختلالات شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای خانواده‌ها و کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند. این دسته از کودکان، مشکلات گوناگونی دارند، فراخنای توجه کمی دارند، عزت نفس آن‌ها پایین است و در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل داشته و به آسانی ناکام می‌شوند (۲، ۳).

دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن، شخصیت فرد پایه‌ریزی شده و شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های 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 می‌باشد. ریشه‌ی بسیاری از مشکلات رفتاری از دوره‌ی پیش از دبستان شروع شده و به دوره‌های بعدی رشد و تحول کودکان تسری می‌یابد (۴). از همین رو، شناسایی و درمان به هنگام اختلالات رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی از اهمیت به-سزایی برخوردار است (۵). در صورت عدم تشخیص و درمان زودهنگام، احتمال بروز مشکلات رفتاری جدی (۶، ۷)، مهارت‌های اجتماعی ضعیف (۳) و مشکلات تحصیلی (۸) در زندگی آتی این کودکان بالا است. علاوه بر این مطالعات تجربی نشان داده‌اند که کودکانی که در سنین پیش‌دبستانی علائم اختلالات رفتاری را نشان می‌دهند بیشتر از سوی همسالان‌شان طرد می‌شوند (۹) و این مسئله می‌تواند موجبات بروز مشکلات رفتاری جدی در نوجوانی را فراهم آورد (۱۰). لذا ضروری است که مشکلات رفتاری کودکان به موقع، شناسایی و مورد درمان قرار گیرد. در این راستا همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری کودکان به عنوان یکی از راهبردهای شناسایی و تشخیص اختلالات رفتاری مورد نظر بوده و بررسی شیوع آن‌ها نقش مهمی در تدوین برنامه‌های جامع بهداشتی و اقدام جهت پیشگیری دارد.

اگر چه تحقیقات، فواید بلندمدت شناسایی و تشخیص زودهنگام اختلالات رفتاری در محیط‌های مدرسه را نشان داده‌اند (۱۱-۱۳). با این

^۱Wogelius^۲Achenbach

روی یک گروه نمونه‌ی ۸۹ نفری انجام گرفت ضرایب بازآزمایی به صورت همبستگی برای مشکلات رفتاری ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۲). به منظور بررسی میزان شیوع مشکلات رفتاری به تفکیک جنسیت و نیز به تفکیک گروه‌های سنی قبل از ۵ سال و ۵-۷ سال، آزمون مجذور خی مورد استفاده قرار گرفته و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

تعداد کل آزمودنی‌ها ۱۹۷۷ نفر بوده که از این تعداد، ۹۵۷ نفر (۴/۴۸٪) پسر و ۱۰۲۰ نفر (۶/۵۱٪) دختر بودند. نتایج بررسی میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان دختر و پسر در جدول ۱ ارایه شده است.

ساخته شده و توسط محمد اسماعیل (۲۰) هنجاریابی گردیده است. مقیاس سندرم‌ها شامل عاطفی-واکنشی، شکایات جسمانی، افسردگی/اضطراب، گوشه‌گیری، مشکلات خواب، مشکلات توجه، رفتار پرخاشگرانه و هم‌چنین مقیاس سایر مشکلات رفتاری است که مجموعه‌ی ناهمگونی از ناراحتی‌های مختلف مثل رفتار به شیوه‌ی جنس مخالف، نافرمانی، غذا نخوردن، ناخن جویدن، کابوس، پرخوری، اضافه وزن، کم‌خوری و غیره را تشکیل می‌دهند. دو بار اجرای مقیاس مشکلات رفتاری کودکان روی ۵۰ آزمودنی با فاصله‌ی زمانی یک هفته، همبستگی‌های معنی‌داری برای پایایی بازآزمایی در سطح ۰/۰۵ نشان داده است. دامنه‌ی ضرایب همبستگی از ۰/۳۷ تا ۰/۹۱ متغیر بود. متوسط همبستگی در مورد شایستگی کلی ۰/۸۰ و مشکلات رفتاری کلی ۰/۷۹ بود (۲۱). در بازآزمایی که توسط آشنیباخ و همکاران با فاصله‌ی دو هفته

جدول ۱- میزان شیوع مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دستانی به تفکیک جنسیت

P	df	X ²	کل		دارای اختلال		بدون اختلال			
			درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
**/۰/۰۱	۱	۳۸/۶۸	۱۰۰	۸۷۳	۲/۹	۲۵	۹۷/۱	۸۴۸	پسر	اضطراب/افسردگی
			۱۰۰	۱۰۰۳	۱۰/۱	۱۰۱	۸۹/۹	۹۰۲	دختر	
			۱۰۰	۱۸۷۶	۶/۷	۱۲۶	۹۳/۳	۱۷۵۰	کل	
**/۰/۰۱	۱	۵۹/۹۴	۱۰۰	۸۷۳	۱/۳	۱۱	۹۸/۷	۸۶۲	پسر	گوشه‌گیری
			۱۰۰	۱۰۰۳	۹/۶	۹۶	۹۰/۴	۹۰۷	دختر	
			۱۰۰	۱۸۷۶	۵/۷	۱۰۷	۹۴/۳	۱۷۶۹	کل	
**/۰/۰۱	۱	۱۰۴/۹۷	۱۰۰	۸۷۱	۲/۳	۲۰	۹۷/۷	۸۵۱	پسر	شکایات بدنی
			۱۰۰	۱۰۰۳	۱۶/۵	۱۶۵	۸۳/۵	۸۳۸	دختر	
			۱۰۰	۱۸۷۴	۹/۹	۱۸۵	۹۰/۱	۱۶۸۹	کل	
**/۰/۰۱	۱	۸۶/۱۶	۱۰۰	۸۷۳	۱	۹	۹۹	۸۶۴	پسر	مشکلات خواب
			۱۰۰	۱۰۰۳	۱۱/۹	۱۱۹	۸۸/۱	۸۸۴	دختر	
			۱۰۰	۱۸۷۶	۶/۸	۱۲۸	۹۳/۲	۱۷۴۸	کل	
**/۰/۰۱	۱	۸۴/۹۳	۱۰۰	۸۷۴	۳/۹	۳۴	۹۶/۱	۸۴۰	پسر	مشکلات عاطفی-هیجانی و واکنشی
			۱۰۰	۱۰۰۳	۱۷/۲	۱۷۳	۸۲/۸	۸۳۰	دختر	
			۱۰۰	۱۸۷۷	۱۱	۲۰۷	۸۹	۱۶۷۰	کل	
**/۰/۰۱	۱	۱۳/۱۸	۱۰۰	۸۷۴	۶/۱	۵۳	۹۳/۹	۸۲۱	پسر	مشکلات توجه
			۱۰۰	۱۰۰۳	۱۰/۸	۱۰۸	۸۹/۲	۸۹۵	دختر	
			۱۰۰	۱۸۷۷	۸/۶	۱۶۱	۹۱/۴	۱۷۱۶	کل	
۰/۸۷	۱	۰/۰۲	۱۰۰	۸۷۳	۳/۶	۳۱	۹۶/۴	۸۴۲	پسر	رفتار پرخاشگرانه
			۱۰۰	۱۰۰۳	۳/۷	۳۷	۹۶/۳	۹۶۶	دختر	
			۱۰۰	۱۸۷۶	۳/۶	۶۸	۹۶/۴	۱۸۰۸	کل	

**P < ۰/۰۱

جز در رفتارهای پرخاشگرانه تفاوت معنادار (P < ۰/۰۱) وجود دارد. جهت بررسی میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان دوره‌ی سنی قبل از ۵ سال و ۵ تا ۷ سال، از آزمون مجذور خی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارایه شده است.

چنان چه از نتایج مندرج در جدول مشاهده می‌شود شایع‌ترین اختلال در پسران مربوط به اختلال توجه (۶/۱٪) و شایع‌ترین اختلال در دختران مربوط به مشکلات عاطفی-هیجانی و واکنشی (۱۷/۲٪) است. نتایج آزمون کای دو حاکی از آن است که بین مشکلات رفتاری دختران و پسران به

جدول ۲- میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان به تفکیک دوره‌ی سنی

P	df	X ²	کل		دارای اختلال		بدون اختلال		
			درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۸۵	۱	۰/۸۵	۱۰۰	۹۰۸	۶/۸	۶۲	۹۳/۲	۸۴۶	قبل از ۵ سال
			۱۰۰	۹۶۸	۶/۶	۶۴	۹۳/۴	۹۰۴	۵ تا ۷ سال

			۱۰۰	۱۸۷۶	۶/۷	۱۲۶	۹۳/۳	۱۷۵۰	کل	
			۱۰۰	۹۰۸	۵/۴	۴۹	۹۴/۶	۸۵۹	قبل از ۵ سال	گوشه‌گیری
۰/۳۱	۱	۰/۵۸	۱۰۰	۹۶۸	۶	۵۸	۹۴	۹۱۰	۵ تا ۷ سال	
			۱۰۰	۱۸۷۶	۵/۷	۱۰۷	۹۴/۳	۱۷۶۹	کل	
			۱۰۰	۹۰۶	۹/۴	۸۵	۹۰/۶	۸۲۱	قبل از ۵ سال	شکایات بدنی
۰/۴۷	۱	۰/۵۵	۱۰۰	۹۶۸	۱۰/۳	۱۰۰	۸۹/۷	۸۶۸	۵ تا ۷ سال	
			۱۰۰	۱۸۷۴	۹/۹	۱۸۵	۹۰/۱	۱۶۸۹	کل	
			۱۰۰	۹۰۸	۶/۲	۵۶	۹۳/۸	۸۵۲	قبل از ۵ سال	مشکلات خواب
۱/۱۹	۱	۰/۲۷	۱۰۰	۹۶۸	۷/۴	۷۲	۹۲/۶	۸۹۶	۵ تا ۷ سال	
			۱۰۰	۱۸۷۶	۶/۸	۱۲۸	۹۳/۲	۱۷۴۸	کل	
			۱۰۰	۹۰۸	۱۱/۳	۱۰۳	۸۸/۷	۸۰۵	قبل از ۵ سال	مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی
۰/۱۸	۱	۰/۶۷	۱۰۰	۹۶۹	۱۰/۷	۱۰۴	۸۹/۳	۸۶۵	۵ تا ۷ سال	
			۱۰۰	۱۸۷۷	۱۱	۲۰۷	۸۹	۱۶۷۰	کل	
			۱۰۰	۹۰۹	۵/۷	۶۸	۹۲/۵	۸۴۱	قبل از ۵ سال	مشکلات توجه
۲/۷	۱	۰/۱۰	۱۰۰	۹۶۸	۹/۶	۹۳	۹۰/۴	۸۷۵	۵ تا ۷ سال	
			۱۰۰	۱۸۷۷	۸/۶	۱۶۱	۹۱/۴	۱۷۱۶	کل	
			۱۰۰	۹۰۸	۳/۹	۳۵	۹۶/۱	۸۷۳	قبل از ۵ سال	رفتار پرخاشگرانه
۰/۲۷	۱	۰/۶۰	۱۰۰	۹۶۸	۳/۴	۳۳	۹۶/۶	۹۳۵	۵ تا ۷ سال	
			۱۰۰	۱۸۷۶	۳/۶	۶۸	۹۶/۴	۱۸۰۸	کل	

چنان که مشاهده می‌شود شایع‌ترین اختلال در دوره‌ی قبل از ۵ سال مربوط به مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی (۳/۱۱٪) و در دوره‌ی ۵ تا ۷ سال مربوط به مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی (۱۰/۷٪) و شکایات بدنی (۱۰/۳٪) است. نتایج آزمون مجذور خی بیانگر آن است که بین دو دوره‌ی قبل از ۵ سال و ۵ تا ۷ سال به لحاظ مشکلات رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بمنظور بررسی میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان با توجه به شغل مادر، از آزمون مجذور خی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

چنان که مشاهده می‌شود شایع‌ترین اختلال در دوره‌ی قبل از ۵ سال مربوط به مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی (۳/۱۱٪) و در دوره‌ی ۵ تا ۷ سال مربوط به مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی (۱۰/۷٪) و شکایات بدنی (۱۰/۳٪) است. نتایج آزمون مجذور خی بیانگر آن است که بین دو دوره‌ی قبل از ۵ سال و ۵ تا ۷ سال به لحاظ مشکلات رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بمنظور بررسی میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان با توجه به شغل پدر، از آزمون مجذور خی استفاده شد نتایج بیانگر آنست که

جدول ۳- میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان به تفکیک شغل مادر

P	df	X ²	کل	دارای اختلال		بدون اختلال		کل	مشکلات
				فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
			۱۰۰	۱۶۳۲	۶/۸	۱۱۱	۹۳/۲	۱۵۲۱	خانه‌دار
۰/۳۷	۱	۰/۵۲	۱۰۰	۱۵۲	۵/۹	۹	۹۴/۱	۱۴۳	کارمند
			۱۰۰	۱۷۸۴	۶/۷	۱۲۰	۳۹/۳	۱۶۶۴	کل
			۱۰۰	۱۶۳۲	۵/۶	۹۲	۹۴/۴	۱۵۴۰	خانه‌دار
۰/۴۷	۱	۰/۴۹	۱۰۰	۱۵۲	۵/۳	۸	۹۴/۷	۱۴۴	کارمند
			۱۰۰	۱۷۸۴	۵/۶	۱۰۰	۹۴/۴	۱۶۸۴	کل
			۱۰۰	۱۶۳۰	۹/۹	۱۶۲	۹۰/۱	۱۴۶۸	خانه‌دار
۰/۴۰	۱	۰/۵۲	۱۰۰	۱۵۲	۷/۲	۱۱	۹۲/۸	۱۴۱	کارمند
			۱۰۰	۱۷۸۲	۹/۷	۱۷۳	۹۰/۳	۱۶۰۹	کل
			۱۰۰	۱۶۳۲	۶/۸	۱۱۱	۹۳/۲	۱۵۲۱	خانه‌دار
۰/۱۰	۱	۰/۷۴	۱۰۰	۱۵۲	۶/۶	۱۰	۹۳/۴	۱۴۲	کارمند
			۱۰۰	۱۷۸۴	۶/۸	۱۲۱	۹۳/۲	۱۶۶۳	کل
			۱۰۰	۱۶۳۳	۱۱/۱	۱۸۱	۸۸/۹	۱۴۵۲	خانه‌دار
۲/۰۴	۱	۰/۱۵	۱۰۰	۱۵۲	۱۰/۵	۱۶	۸۹/۵	۱۳۶	کارمند
			۱۰۰	۱۷۸۵	۱۱	۱۹۷	۸۹	۱۵۸۸	کل
			۱۰۰	۱۶۳۳	۸/۳	۱۳۵	۹۱/۷	۱۴۹۸	خانه‌دار
۰/۲۱	۱	۰/۶۴	۱۰۰	۱۵۲	۱۱/۲	۱۷	۸۸/۸	۱۳۵	کارمند
			۱۰۰	۱۷۸۵	۸/۵	۱۵۲	۹۱/۵	۱۶۳۳	کل

رفار پرخاشگرانه	خانه‌دار	۱۵۷۱	۹۶/۳	۶۱	۳/۷	۱۶۳۲	۱۰۰
کارمند	کارمند	۱۵۰	۹۸/۷	۲	۱/۳	۱۵۲	۱۰۰
کل	کل	۱۷۲۱	۹۶/۵	۶۳	۳/۵	۱۷۸۴	۱۰۰

پریور (۲۶)، ساویر و همکاران (۲۷) و ساماراکودی و همکاران (۲۵) می‌توان اشاره کرد که بیان‌کننده‌ی ارتباط بین طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی و شیوع اختلالات رفتاری است.

از نظر شیوع مشکلات رفتاری در کودکان پیش‌دبستانی، مطالعه‌ی این مورد خرم‌آباد نشان‌دهنده‌ی آن است که ۷۳ درصد از کودکان شهری و ۶۸ درصد از کودکان روستایی حداقل یکی از مشکلات رفتاری مورد مطالعه را دارا بودند (۲۸). در تحقیقی دیگر میزان شیوع نقص توجه و پرخاشگری در کودکان همدانی ۱۵ درصد گزارش شده است (۲۹). نیز در پژوهشی میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ۲۴-۷۱ ماهه‌ی تایوانی ۲۵ درصد برآورد شد (۳۰).

بنا بر نتایج این مطالعه و مطالعات صورت گرفته، اکثر کودکان پیش‌دبستانی به نحوی از مشکلات رفتاری رنج می‌برند و تعداد قابل ملاحظه‌ای از کودکان پیش‌دبستانی کشور ما نیازمند توجه و حمایت بیشتری در زمینه‌ی بهداشت روان هستند و این امر مستلزم یک برنامه-ریزی جامع و دقیق در زمینه بهداشت روان در سطح کشور می‌باشد لذا امر غربالگری اختلالات رفتاری از سنین قبل از ۵ سالگی از طریق مصاحبه و تکمیل فرم‌ها توسط والدین به منظور پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری و تشخیص و درمان به موقع آن در کودکان ضروری است. هم‌چنین برگزاری جلسات آموزشی منظم و مداوم در زمینه‌ی مهارت‌های فرزندپروری و بهداشت روانی به ویژه برای والدینی که سطح تحصیلات پایین دارند لازم و ضروری است. در این راستا نقش رسانه‌های گروهی مانند رادیو و تلویزیون در زمینه‌ی ارتقای سطح دانش عمومی در مسایل بهداشت روانی را نمی‌توان نادیده گرفت.

از محدودیت‌های این مطالعه، عدم تمایل تعدادی از مادران به شرکت در پژوهش و پاسخ به پرسش‌نامه بود و این احتمال وجود دارد که آن‌ها دارای فرزندان مشکل‌دار بوده و از این رو بر نتایج تاثیرگذار باشند.

ارتباط بین والدین و متصدیان مهدکودک و مدارس در جهت ارزیابی سطح سلامت کودکان و ارائه‌ی خدمات بهداشت روانی در مهدهای کودک و مدارس و ایجاد مراکز مشاوره روانی به منظور پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری و تشخیص و درمان زودهنگام در کودکان پیش‌دبستانی ضروری به نظر می‌رسد. هم‌چنین ارائه‌ی آموزش‌های لازم به والدین به منظور آشنا نمودن آن‌ها با مسایل بهداشت روانی و روند رشد روانی کودکان به منظور برخورد مناسب و شناسایی کودکان دارای مشکلات رفتاری بایستی مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

چنان که مشاهده می‌شود شایع‌ترین اختلال در طبقه‌ی کودکان با مادران خانه‌دار، مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی (۱۱/۱٪) و در کودکان با مادران کارمند مربوط به مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی (۱۱/۲٪) است. نتایج آزمون مجذور خی بیانگر آن است که بین این دو طبقه‌ی کودکان از نظر اختلالات رفتاری، تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مشکلات شایع رفتاری و میزان شیوع آن در کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران انجام شد. نتایج نشان‌دهنده‌ی آن است که شایع‌ترین اختلال در پسران و دختران به ترتیب اختلال توجه و مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی است. این یافته با یافته پژوهش ساید^۱ و همکاران (۲۳) هم‌سو می‌باشد که در آن شیوع مشکلات مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی در دختران، شایع‌ترین تشخیص بود. یکی دیگر از یافته‌های این سؤال حاکی از آن است که بین مشکلات رفتاری دختران و پسران به جز در رفتارهای پرخاشگرانه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های ساید و همکاران (۲۳)، ساید و همکاران (۲۴)، ساماراکودی^۲ و همکاران (۲۵) هم‌سو می‌باشد.

شایع‌ترین اختلال در دوره‌ی قبل از ۵ سال مربوط به مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی و در دوره‌ی ۵ تا ۷ سال مربوط به مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی و شکایات بدنی است و بین دو دوره‌ی قبل از ۵ سال و ۵ تا ۷ سال به لحاظ مشکلات رفتاری، تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

شایع‌ترین اختلال در کودکان با پدران دارای شغل آزاد، مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی و در کودکان با پدران کارمند مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی است و بین این دو طبقه، تفاوت معنی‌داری نیست. در همین راستا پریور^۳ و همکاران (۲۶)، ساویر^۴ و همکاران (۲۷) و سامساراکودی (۲۵) نشان دادند که بین طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی و شیوع اختلالات رفتاری، ارتباط وجود دارد و شغل پدر نیز یکی از مهم‌ترین عوامل موثر در تعیین جایگاه اقتصادی-اجتماعی خانواده است.

بر اساس نتایج، شایع‌ترین اختلال در کودکان با مادران خانه‌دار و یا کارمند، مشکلات عاطفی-هیجانی واکنشی است و بین این دو طبقه، تفاوت معنی‌داری نیست. این یافته نیز با نتایج پژوهش ساید و همکاران (۲۴) هم‌سو می‌باشد. در این پژوهش نیز بین تحصیلات مادر و شیوع مشکلات رفتاری ارتباط وجود داشت. در همین راستا به پژوهش‌های

¹Syed

²Samarakkody

³Prior

⁴Sawyer

دختران پیش از دبستان در مقایسه با پسران در اغلب زیرمقیاس‌های مشکلات رفتاری، مشکلات بیشتری را تجربه کردند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان سنین پیش از دبستان در سطح نسبتاً بالایی می‌باشد که لزوم توجه هرچه بیشتر مسئولان بهداشت روان را به این امر خاطر نشان می‌سازد.

References

1. Khodam H, Modanlu M, Ziaei T, Keshtkar AALI. [Behavioral disorders and related factors in school age children of Gorgan]. Iranian journal of nursing research 2009; 4: 29-37. (Persian)
2. Wissink IB, Dekovic M, Yagmur S, Stams GJ, de Haan M. Ethnic identity, externalizing problem behavior and the mediating role of self-esteem among Dutch, Turkish-Dutch and Moroccan-Dutch adolescents. J Adolesc 2008; 31(2): 223-40.
3. Mendez JL, Fantuzzo J, Cicchetti D. Profiles of social competence among low-income African American preschool children. Child Dev 2003; 73(4): 1085-100.
4. Pandina GJ, Bilder R, Harvey PD, Keefe RSE, Aman MG, Gharabawi G. Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. Biol Psychiatry 2007; 62(3): 226-34.
5. Qi CH, Kaiser AP. Behavior problems of preschool children from low-income families review of the literature. Topics in Early Childhood Special Education 2003; 23(4): 188-216.
6. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. Child Dev 1994; 65(2): 296-318.
7. Stormont M. Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. Psychol Sch 2002; 39(2): 127-38.
8. Tomblin JB, Zhang X, Buckwalter P, Catts H. The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among second-grade children. J Child Psychol Psychiatry 2003; 41(4): 473-82.
9. Wood JJ, Cowan PA, Baker BL. Behavior problems and peer rejection in preschool boys and girls. J Gen Psychol 2002; 163(1): 72-88.
10. Laird RD, Jordan KY, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Peer rejection in childhood, involvement with antisocial peers in early adolescence, and the development of externalizing behavior problems. Dev Psychopathol 2001; 13(2): 337-54.
11. Dodge KA. Fast track randomized controlled trial to prevent externalizing psychiatric disorders: Findings from grades 3 to 9. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(10): 1250-62.
12. Kellam SG, Brown CH, Poduska J, Ialongo N, Wang W, Toyinbo P, et al. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. Drug Alcohol Depend 2008; 95(1): S5.
13. Nelson G, Westhues A, MacLeod J. A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. Prevent Treat 2003; 6(1): 31a.
14. Beg MR, Casey JE, Saunders CD. A typology of behavior problems in preschool children. Assessment 2007; 14(2): 111-28.
15. World Health Organization. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder. Geneva: Switzerland Fiats; 1999.
16. Wogelius P, Poulsen S, Toft Sørensen H. [Prevalence of dental anxiety and behavior management problems among six to eight years old Danish children]. Acta Odontologica 2003; 61(3): 178-83.
17. Hasanzadeh R. Research method in social science. Tehran: Savalan; 2013: 66-70. (Persian)
18. Achenbach TM. The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. Psychol Monogr Gen Appl 1966; 80(7): 1-37.
19. Achenbach TM. Manual for the youth self-report and 1991 profile: Department of Psychiatry, University of Vermont Burlington, VT; 1991.
20. Mohammad-Esmail E. Guide form for measure system of preschool age's children 1-5 years experience in Tehran. Tehran: Exceptional Child Research Institute; 2009: 108-19.
21. Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA adult forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families; 2003.
22. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. J Clin Child Adolesc Psychol 2003; 32(3): 328-40.
23. Syed EU, Hussein SA, Haidry SZ. Prevalence of emotional and behavioral problems among primary school children in Karachi, Pakistan-multi informant survey. Ind J Pediatr 2009; 76(6): 623-7.
24. Syed EU, Hussein SA, Mahmud S. Screening for emotional and behavioral problems amongst 5-11-year-old school children in Karachi, Pakistan. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42(5): 421-7.
25. Samarakkody D, Fernando D, McClure R, Perera H, De Silva H. Prevalence of externalizing behavior problems in Sri Lankan preschool children: birth, childhood, and sociodemographic risk factors. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47: 752-62.
26. Prior M, Virasinghe S, Smart D. Behavioral problems in Sri Lankan schoolchildren. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40(8): 654-62.
27. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, Graetz BW, Kosky RJ, et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. Aust N Z J Psychiatry 2008; 35(6): 806-14.
28. Malekshahi F, Farhadi A. [The prevalence of behavioral problems in pre-school children in Khoram Abad city]. Journal of Lorestan University of Medical Sciences 2008; 10(3): 1-9. (Persian)
29. Sajadi J, Zarabian K, Sadeghian E. [Prevalence of behavioral problems among children 3 to 6 years old kindergartens and preparatory classes under the supervision of a welfare Hamadan]. Journal of nursing and midwifery 2010; 1(33): 11-17. (Persian)
30. Wu Y, Chen WJ, Hsieh WSh, Chen PCh, Liao HF, Su Y, et al. Maternal-reported behavioral and emotional problems in Taiwanese preschool children. Res Dev Disabil 2012; 33(3): 866-73.