

میزان شیوع اختلالهای رفتار ایدائی در کودکان دبستانی شهر خرم آباد در سال 1384

پریسا نامداری¹، هدایت نظری²

1- مربی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

2- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

یافته / دوره نهم / شماره 3 / پاییز 86 / مسلسل 33

چکیده

دریافت مقاله: 86/12/1، پذیرش مقاله: 86/4/9

مقدمه: اختلالات رفتار ایدائی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی است که در کودکی آغاز می شود و یک معضل مهم بهداشت روانی جامعه به شمار می رود. اختلالات رفتار ایدائی اثرات مخربی بر روابط اجتماعی، تحصیلی، شخصیتی و رفتاری افراد در کودکی و بزرگسالی دارد. بنابر این بر آن شدیم پژوهش حاضر را با هدف بررسی شیوع اختلالات رفتار ایدائی در دانش آموزان دبستانی شهر خرم آباد انجام دهیم.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه Cross- Sectional است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان مشغول به تحصیل سال 1384 در پایه های اول تا پنجم دبستان های شهر خرم آباد می باشد. (N=943). 16 مدرسه دولتی و غیردولتی (8 مدرسه دخترانه، 8 مدرسه پسرانه) بصورت خوشه ای و چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد شده 4-Child Symptom Inventories (CSI-4) است که ابزاری است برای غربالگری شایع ترین اختلالهای روانپزشکی کودکان. پرسشنامه ها در دیداری جداگانه توسط والدین و معلمین تکمیل گردید. سپس نتایج توسط آمار توصیفی و آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از مجموع 943 نمونه، 21/4% دارای اختلال های رفتار ایدائی می باشند (7/7% اختلال های بی اعتنایی مقابله ای و 3/7% اختلال سلوک). این میزان در پسران دو برابر دختران بوده است (7/28% در مقابل 4/14%). بیشترین میزان اختلال رفتار ایدائی به ترتیب در پایه های سوم، چهارم و پنجم و کمترین میزان در پایه دوم بود. همچنین بین شیوع اختلالات رفتار ایدائی با جنس ($P < 0.001$)، پایه تحصیلی ($P = 0.02$)، سواد والدین ($P = 0.006$ ، $P = 0.005$)، شغل مادر ($P = 0.03$)، میزان درآمد ماهیانه ($P = 0.005$) ارتباط معنی داری وجود داشت. ولی بین اختلالات رفتار ایدائی با شغل پدر، وضعیت تحصیلی دانش آموزان و مشکلات روانی خانواده ارتباط معنی داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای اختلالات رفتار ایدائی و عدم توجه کافی به عواقب ناشی از این اختلالات در گروه سنی کودک و نوجوان شناسائی این اختلالات ضروری به نظر می رسد تا مداخلات لازم و به موقع صورت گیرد.

کلید واژه ها: اختلال های رفتار ایدائی، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی، شیوع، کودکان، خرم آباد

آدرس مکاتبه: خرم آباد، مجتمع پردیس دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی

پست الکترونیک: Parisa_Namdari@yahoo.com

مقدمه

اختلالات رفتار ایدائی (اختلال بی‌اعتنائی مقابله‌ای و اختلال سلوک) طبقه‌ای از اختلالات است که با رفتار مزاحمت‌آمیز اجتماعی که برای دیگران بیشتر ناراحت‌برانگیز است تا خود شخص مشخص می‌شود. طبق تعریف DSM-IV نسخه اصلی اختلالات رفتار ایدائی الگوی پایداری از رفتار تکراری است که در آن حقوق دیگران یا هنجارها و قواعد عمده اجتماعی متناسب با سن نادیده انگاشته می‌شود. این اختلالات مشکلات فراوانی را در زندگی روزمره کودک ایجاد می‌کند که نه فقط کودک بلکه خانه، مدرسه و جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. پیامد این اختلالات به حدی وسیع است که اگر مداخله قبلی صورت نگیرد، در آینده کودک با ضربات غیرقابل جبرانی مواجه خواهد بود. این مشکلات عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان را به شدت متأثر ساخته به نحوی که رشد شناختی، عاطفی، اخلاقی و اجتماعی آنان را مختل می‌کند (1و2).

اختلال بی‌اعتنائی شامل الگوی عود کننده‌ای از رفتار مخفی‌کارانه، گستاخی، خصومت، نافرمانی نسبت به صاحبان قدرت است که این رفتار باید دست کم 6 ماه ادامه داشته باشد. اختلال سلوک در بردارنده مجموعه‌ای از رفتارهای ضد اجتماعی پایدار در کودکان است که باعث اختلال در چند زمینه عملکردی آنان می‌شود و ویژگی آن پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است و عوامل چندی در شیوع این اختلال‌ها مؤثر هستند، از جمله سطح اجتماعی - اقتصادی پائین، وجود محرومیت در خانواده، تراکم زیاد جمعیت در منطقه، وجود ناسازگاری‌های خانوادگی و داشتن خانواده پرجمعیت (5و4و3). بررسی‌های انجام شده میزان شیوع اختلال بی‌اعتنائی مقابله‌ای را 9/9% - 1/7% و میزان شیوع اختلال سلوک را 3/4% - 1/5% نشان داده‌اند ولی در سایر بررسی‌های انجام شده بین 16% - 1% در نوسان بوده است (4).

تعداد رو به ازدیاد اختلالات روانی کودکان که گاه با سهل‌انگاری نیز با آن برخورد می‌شود مداخلات جدی‌تر را طلب می‌کند. در این میان اختلالات رفتار ایدائی که از شایع‌ترین اختلالات روانی در سنین دبستان می‌باشد از اهمیت بسزائی برخوردار است. بخصوص که بسیاری از این اختلالات ممکن است تابلوی بالینی مسلط خود را در شروع دبستان و در عملکرد تحصیلی فرد نشان دهند. بنابر این با بررسی شیوع این اختلالات، حرکتی در جهت برنامه‌ریزی‌های جدی سامان داده می‌شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی بود با هدف غربالگری و بدست آوردن میزان شیوع اختلال‌های رفتاری ایدائی در دبستان‌های شهر خرم‌آباد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در پایه‌های اول تا پنجم دبستانهای ناحیه 1 و 2 آموزش و پرورش بود. نمونه مورد بررسی را 943 نفر از دانش‌آموزان مدارس ابتدایی تشکیل می‌دادند. 16 مدرسه دولتی و غیردولتی (8 مدرسه دخترانه و 8 مدرسه پسرانه) بصورت خوشه‌ای و چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا فهرستی از تمام دبستان‌های پسرانه و دخترانه پایه‌های اول تا پنجم دبستان تهیه شد. با توجه به مساوی بودن جمعیت دانش‌آموزان دختر و پسر، به تعداد مساوی نمونه از مدارس پسرانه و دخترانه بر اساس نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انجام شد. به این ترتیب که تک تک مدارس در گروه جنسی دختر و پسر بعنوان خوشه در نظر گرفته شدند. با توجه به اندازه خوشه‌ها و تعداد مورد نیاز در هر کدام از مدارس دخترانه و پسرانه از 16 مدرسه، 8 مدرسه دخترانه و 8 مدرسه پسرانه بر حسب تصادف انتخاب گردید. سپس نمونه‌ها بر حسب لیست حضور و غیاب دانش‌آموزان از تمام کلاس‌های اول تا پنجم بصورت نمونه‌گیری سیستماتیک و با فواصل سه تایی انتخاب شدند. در ضمن جهت دقت بیشتر در انجام

نمونه‌گیری حجم نمونه محاسبه شده 2/5 برابر در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد شده (CSI-

4)

Child Symptom Inventories-4 است، که ابزاری است استاندارد برای غربالگری شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی کودکان است. بررسی‌های اعتباریابی CSI-4 نشان‌دهنده اعتبار و پایایی نسبتاً خوب این پرسشنامه است (6).

این پرسشنامه دارای دو چک لیست والدین و آموزگار است. اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در هر دو چک لیست والدین و معلمان دارای 8 عبارت و اختلال سلوک در چک لیست معلمان 9 عبارت و برای چک لیست والدین شامل 15 عبارت است. با مراجعه حضوری به دبستان‌ها و قبل از تکمیل پرسشنامه اطلاعات شفاهی یکسانی توسط پرسشگر داده شد و محرمانه بودن اطلاعات مورد تأکید قرار گرفت. پرسشنامه‌ها در دیدارهای جداگانه‌ای توسط والدین و معلمان تکمیل گردید.

سپس اطلاعات بدست آمده با روش «شدت» که از حاصل جمع نمرات هر عبارت بدست آمد با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری X^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع 943 نفر دانش‌آموزی که مورد ارزیابی قرار گرفتند، 21/4% دارای اختلال‌های رفتار ایدائی می‌باشند

(17/7% اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و 3/7% اختلال سلوک). این میزان در پسران دو برابر دختران بوده است (28/7% در مقابل 14/4%) (جدول 1). بیشترین میزان اختلال‌های رفتار ایدائی به ترتیب در پایه‌های سوم، چهارم و پنجم و کمترین میزان در پایه دوم بود (جدول 2)، یعنی با افزایش سن کودکان این میزان افزایش یافته است. در رابطه با میزان تحصیلات والدین، بیشترین میزان شیوع اختلال‌های رفتار ایدائی در پدران بیسواد و کم سواد (50/6%) و مادران بیسواد و کم سواد (47/2%) دیده شد. کمترین میزان شیوع اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و سلوک مربوط به والدین با تحصیلات دبیرستانی و بالاتر از آن بوده است (جدول 3 و 4). همچنین در رابطه با شغل والدین، اختلال‌های رفتار ایدائی با درصد بالا و با اختلاف ناچیزی در تمامی مشاغل پدران وجود داشت. و بیشترین میزان اختلال‌های رفتار ایدائی (41/2%) مربوط به مادران کارمند بوده است.

درآمد ماهیانه 64/2% کودکانی که دارای رفتار ایدائی بودند کمتر از 150 هزار تومان بود و فقط 20/3% دارای درآمد ماهیانه بالاتر از 150 هزار تومان بوده‌اند. همچنین بین شیوع اختلال‌های رفتار ایدائی با جنس ($p < 0/001$)، پایه تحصیلی ($p = 0/02$)، سواد والدین ($p = 0/006$ و $p = 0/005$)، شغل مادر ($p = 0/03$) میزان درآمد ماهیانه ($p = 0/005$) ارتباط معنی داری وجود داشت. ولی بین شغل پدر، وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان و مشکلات روانی خانواده ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

جدول شماره 1- توزیع فراوانی دانش‌آموزان تحت مطالعه بر اساس جنسیت و اختلال‌های رفتار ایدائی

| نوع اختلال | وضعیت سلامت | | بیمار | | جمع | | |
|-------------------|-------------|------|-------|------|-------|------|-----|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| اختلال بی‌اعتنایی | دختر | 65 | 13/6 | 414 | 86/4 | 479 | 100 |
| | پسر | 102 | 22 | 362 | 78 | 464 | 100 |
| | جمع | 167 | 17/7 | 776 | 82/3 | 943 | 100 |
| اختلال سلوک | دختر | 4 | 0/8 | 475 | 99/2 | 479 | 100 |
| | پسر | 31 | 6/7 | 433 | 93/3 | 464 | 100 |
| | جمع | 35 | 3/7 | 908 | 96/3 | 943 | 100 |

جدول شماره 2- توزیع فراوانی دانش آموزان تحت مطالعه بر اساس پایه تحصیلی و اختلالهای رفتار ایدائی

| نوع اختلال | وضعیت سلامت | بیمار | سالم | | جمع | |
|-------------------|-------------|-------|-------|------|-------|------|
| | | | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| اختلال بی‌اعتنایی | اول | 32 | 157 | 83/1 | 189 | 100 |
| | دوم | 20 | 146 | 88 | 166 | 100 |
| | سوم | 38 | 142 | 78/9 | 180 | 100 |
| | چهارم | 38 | 162 | 81 | 200 | 100 |
| | پنجم | 39 | 169 | 81/3 | 208 | 100 |
| جمع | 167 | 776 | 82/3 | 943 | 100 | |
| اختلال سلوک | اول | 5 | 184 | 97/4 | 189 | 100 |
| | دوم | 1 | 165 | 99/4 | 166 | 100 |
| | سوم | 13 | 167 | 92/8 | 180 | 100 |
| | چهارم | 9 | 191 | 95/5 | 200 | 100 |
| | پنجم | 7 | 201 | 96/6 | 208 | 100 |
| جمع | 35 | 908 | 96/3 | 943 | 100 | |

$X^2 = 5/54$
 $P = 0/24$

$X^2 = 11/2$
 $P = 0/02$

جدول شماره 3- توزیع فراوانی دانش آموزان تحت مطالعه بر اساس تحصیلات پدر و اختلالهای رفتار ایدائی

| نوع اختلال | وضعیت سلامت | بیمار | سالم | | جمع | |
|-------------------|-------------|-------|-------|------|-------|------|
| | | | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| اختلال بی‌اعتنایی | بیسواد | 25 | 114 | 82 | 139 | 100 |
| | ابتدایی | 47 | 200 | 81 | 247 | 100 |
| | راهنمایی | 28 | 158 | 84/9 | 186 | 100 |
| | دبیرستان | 24 | 130 | 84/4 | 154 | 100 |
| | بالای دیپلم | 39 | 162 | 80/6 | 201 | 100 |
| جمع | 163 | 764 | 82/4 | 927 | 100 | |
| اختلال سلوک | بیسواد | 11 | 128 | 92/1 | 139 | 100 |
| | ابتدایی | 14 | 233 | 94/3 | 247 | 100 |
| | راهنمایی | 3 | 183 | 98/4 | 186 | 100 |
| | دبیرستان | 4 | 150 | 97/4 | 154 | 100 |
| | بالای دیپلم | 3 | 198 | 98/5 | 201 | 100 |
| جمع | 35 | 892 | 96/2 | 972 | 100 | |

$X^2 = 2/08$
 $P = 0/72$

$X^2 = 14/85$
 $P = 0/005$

جدول شماره 4- توزیع فراوانی دانش آموزان تحت مطالعه بر اساس تحصیلات مادر و اختلالهای رفتار ایدائی

| نوع اختلال | وضعیت سلامت | بیمار | سالم | | جمع | |
|-------------------|-------------|-------|-------|------|-------|------|
| | | | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| اختلال بی‌اعتنایی | بیسواد | 29 | 138 | 82/6 | 167 | 100 |
| | ابتدایی | 56 | 257 | 82/1 | 313 | 100 |
| | راهنمایی | 44 | 166 | 79 | 210 | 100 |
| | دبیرستان | 25 | 113 | 81/9 | 138 | 100 |
| | بالای دیپلم | 11 | 94 | 89/5 | 155 | 100 |
| جمع | 165 | 768 | 82/3 | 933 | 100 | |
| اختلال سلوک | بیسواد | 14 | 153 | 91/6 | 167 | 100 |
| | ابتدایی | 11 | 302 | 96/5 | 313 | 100 |
| | راهنمایی | 7 | 203 | 96/7 | 210 | 100 |
| | دبیرستان | 2 | 136 | 98/6 | 138 | 100 |
| | بالای دیپلم | 1 | 104 | 99 | 155 | 100 |
| جمع | 35 | 898 | 96/2 | 933 | 100 | |

$X^2 = 5/327$
 $P = 0/255$

$X^2 = 14/37$
 $P = 0/006$

بحث

از 21/4% کودکانیکه دارای اختلالهای رفتار ایدائی بودند، 17/7% از نوع اختلال بی‌اعتنائی مقابله‌ای (نافرمانی) و 3/7% از نوع اختلال سلوک بوده‌اند. بررسی‌های انجام شده میزان شیوع انواع اختلالهای رفتار ایدائی را متفاوت گزارش کرده است. بطوریکه اختلال سلوک بین 2 تا 16% و اختلال بی‌اعتنائی مقابله‌ای بین 12 تا 16% در نوسان بوده است (4 و 11).

پژوهش حاضر نشان داد میزان شیوع اختلالهای رفتار ایدائی در پسران بیش از دختران است (28/7% در برابر 14/4%). که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بوده است. ویلیافر و همکاران (1990) در بررسی خود جنسیت را به عنوان مهم‌ترین عامل خطر معرفی کردند (8).

همچنین افورد و همکاران (1987) در پژوهش‌های خود نشان دادند در طی نخستین دهه زندگی، نسبت فراوانی پسران به دختران 3 و 4 به 1 بوده است (1). یافته‌های پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌های انجام شده، بین پایه تحصیلی و اختلالهای رفتار ایدائی رابطه معنی داری نشان داد که بیشترین میزان اختلال رفتار ایدائی به ترتیب در پایه‌های دوم، سوم، چهارم، پنجم و کمترین میزان در پایه دوم بود. بدین معنی که با افزایش سن کودکان میزان شیوع اختلال رفتار ایدائی افزایش یافته است. نتایج بدست آمده با سایر بررسی‌ها هم‌خوانی دارد. لئوبر و همکاران (1991) در بررسی خود نشان دادند میزان شیوع رفتارهای ایدائی و بزهکارانه با بالا رفتن سن کودکان افزایش می‌یابد (9 و 1).

پژوهش حاضر نشان داد بین شیوع اختلالهای رفتار ایدائی و تحصیلات والدین ارتباط معنی دار وجود دارد. بدین معنا که با افزایش تحصیلات والدین میزان شیوع اختلالها کاهش داشته است. گودرزی (1382) در پژوهشی سطح تحصیلات مادر را در بروز این اختلالها مؤثر دانسته است (10). همینطور در رابطه با شغل پدر این اختلالات در تمامی مشاغل با درصد بالایی وجود داشت ولی این رابطه معنادار نبود.

بین شیوع اختلالهای رفتاری ایدائی و درآمد ماهیانه ارتباط معنی داری وجود داشت. یافته‌های حاضر همانند بسیاری از پژوهش‌ها (توکلی‌زاده 1375، رمزپور 1374، مانوزا و همکاران 1991) نشان‌دهنده رابطه معنی دار بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی والدین و ابتلا به اختلالهای رفتاری ایدائی است (1 و 13).

همچنین پژوهش حاضر نشان‌دهنده تأثیر شغل مادر در بروز اختلالهاست. یعنی در مادرانی که کارمند بودند این میزان بیشتر به چشم می‌خورد. شاید بتوان شیوع بالای اختلالات رفتاری را در مادران کارمند به دلیل کاهش ساعات حضور عاطفی و فیزیکی با فرزندانشان تبیین نمود.

نتیجه‌گیری

متأسفانه به دلیل عدم آگاهی والدین خانه و مدرسه در مورد اختلالات رفتار ایدائی و سایر اختلالات رفتاری در کودکان، شناخت و تشخیص این دسته اختلالات به تأخیر می‌افتد و به همین دلیل این افراد در دوران بزرگسالی دچار مشکلات عاطفی - اجتماعی و یادگیری فراوانی می‌شوند. به همین دلیل غربال و تشخیص به موقع این اختلالات سبب برنامه‌ریزی مدون جهت درمان و کنترل این دسته از اختلالات می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری و حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان و کلیه کسانی که در اجرای مناسب طرح تلاش نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- 1- توکلی‌زاده، ج، همه‌گیری‌شناسی اختلالهای رفتاری ایدائی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی‌تهران، 1375.
2. Taylor, E. Syndromes of attention deficit and overactivity, in M. Rutter, & E. Taylor (Eds) child and adolescent psychiatry, oxford: Blackwell scientific publication, 1994, 2nd ed, PP: 1-50
3. Kolvin, I. Miller, F. J. W., Fleeting, M., & Kolvin, A. social and parenting factors affecting criminal – offence rates finding from the New castle Thousand family (1944-1980). British Journal of psychiatry, 1998; 152: 80-90
4. Almond BW JR, Tanner JL, Goffman HF. The family is the patient: using family interview in children's medical care. 2nd ed. Ballimore MD: Williams & Wilkins, 1999: 307-313
5. Webster – Stratton, C., & Dahl, R.W. conduct disorder. In M. Hersen & R. T. Ammerman (Eds). Advanced abnormal child psychology. Hillsdiddle, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
6. Gadow, K. D., & sprafkin, J. child symptom Inventories Manual. Stony Brook: checkmate plus. LTD. 1994.
7. Taylor, E. Attention deficit and hyperaetivity disorder. In M. Rutter, E Taylor, L. Hersov (Eds). Child and adolescent psychiatry modern approaches. London: Blackwell science (1998).
8. Reiff MI, Banez GA, Culbert TP. Children who here attentinal disorders: Diagnosis and evaluation. *Pediatr rev.* 1993; 14: 400-465
9. Williams, S. Anderson, J., Mcgee, R. & Silva, P. A. Risk factor for behavioral and emotional disorder in preadolescent children. *Journal of American Academy of child & Adolescence psychiatry*, 1990; 29: 413-419
10. Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the society for Research in child Development*, 1981; 40: 1-82
- 11- سردارپور گودرزی، شاهرخ و همکاران. اختلالهای رفتاری در کودکان خانواده‌های تک فرزند و چند فرزند شهر تهران، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره 1، تابستان 1382، ص 23-25
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Washington DC, (1994).
- 13- مهدی رومزپور، زرین، بررسی پایائی و اعتبار و هنجارهای مقدماتی پرسشنامه رفتاری کودکان راتر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران، 1374.