REVIEW ARTICLE

Prevalence of Behavioral Disorders in Iranian Children

Masoud Mohammadi[1],
Ali Akbar Vaisi Raiegani[2],
Rostam Jalali[3],
Akram Ghobadi[4],
Parvin Abbasi[2]

[1] MSc in Epidemiology, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[3] Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[4] MSc in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

(Received May 15, 2018 ; Accepted July 24, 2018)

Abstract

Background and purpose: Behavioral disorders in children will provide a basis for mental disorders in adulthood. Various studies reported different results on the prevalence of behavioral disorders in children, so, this systematic review and meta-analysis aimed at determining the prevalence of these disorders in Iranian children.

Methods and Materials: A meta-analysis was performed in scientific databases including SID, Magiran, Barakat Knowledge Network System, ScienceDirect, Medline (PubMed), and Google Scholar for relevant articles published in 2000-2017. Reference lists of articles identified were reviewed for additional articles. Heterogeneity between the studies was checked using I^2 index. Data were analyzed using the Comprehensive Meta-analysis (CMA) software.

Results*:* The overall prevalence of behavioral disorders was 23% (95% Cl 15.1%-33.5%) in Iranian children. The highest and lowest rates of behavioral disorders in children were recorded in Hamedan (54.7% [95% Cl: 49.8%-56.9%]) and Ardebil (1.8% [95% Cl: 0.9%-3.7%]), respectively. According to the meta-regression diagram, the prevalence of behavioral disorders in Iranian Children decreased with an increase in the sample size and increased by the year (time) ($p<0.05$).

Conclusion*:* High prevalence of behavioral disorders in Iranian children highlights the need for effective measures to prevent, control and treat these disorders.

Keywords: prevalence, behavioral disorders, children, Iran, meta-analysis

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 28 (169):181-191 (Persian).

* **Corresponding Author: Rostam Jalali** - School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran (E-mail: ks_jalali@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۹ بهمن سال ۱۳۹۷ (۱۹۱-۱۸۱)

شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایران

مسعود محمدی[۱]
علی اکبر ویسی رایگانی[۲]
رستم جلالی[۳]
اکرم قبادی[۴]
پروین عباسی[۲]

چکیده

سابقه و هدف: اختلالات رفتاری درکودکان زمینه اختلالات روانی در بزرگسالی آنان را فراهم خواهد آورد. با توجه به ناهمگن بودن مطالعات انجام شده در زمینه شیوع اختلالات رفتاری کودکان، هدف این مطالعه مروری ساختارمند و متاآنالیز جهت تعیین شیوع کلی اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی می‌باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه مروری سیستماتیک و متاآنالیز، مقالات مرتبط با اختلال رفتاری در سال‌های۱۳۹۶-۱۳۷۹، از طریق جستجو در پایگاه‌های Barakat Knowledge Network System، Magiran، SID، MEDLINE(PubMed)، ScienceDirect و Google Scholar به دست آمد. ناهمگنی مطالعات با استفاده از شاخص I^2 بررسی شد و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم‌افزار CmprehensiveMeta-Analysis انجام گردید.

یافته ها: در ۱۸ مقاله مورد بررسی، شیوع کلی اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی ۲۳ درصد (۳۳/۵-۱۵/۱ درصد، حدود اطمینان ۹۵ درصد) به دست آمد که بیش‌ترین اختلالات رفتاری در کودکان همدان با ۵۴/۷ درصد (۵۹/۶-۴۹/۸ درصد، حدود اطمینان ۹۵ درصد) و کم‌ترین شیوع اختلالات رفتاری در کودکان اردبیل با ۱/۸ درصد (۳/۷-۰/۹ درصد، حدود اطمینان ۹۵ درصد) بوده است. براساس تحلیل متا رگرسیون، با افزایش حجم نمونه شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی کاهش یافت و با افزایش سال انجام مطالعه، شیوع اختلالات رفتاری در کودکان افزایش پیدا کرد که این اختلاف نیز از نظر آماری معنی‌دار بود ($p< ۰/۰۵$).

استنتاج: با توجه به شیوع بالای اختلالات رفتاری در کودکان کشور، لازم است تا اقدامات موثر و کارآمدی از طرف سیاست گذاران سلامت در زمینه پیشگیری، کنترل و درمان این اختلالات انجام گیرد.

واژه های کلیدی: شیوع، اختلالات رفتاری، کودکان، ایران، متاآنالیز

مقدمه

رشد وپیشرفت هر جامعه‌ای درابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیاز به جمعیتی دارد که از نظر روانی و جسمانی سالم باشند. کودکان امروز در هر جامعه‌ای، آینده‌سازان آن جامعه خواهند بود، لذا سلامتی و بیماری این قشر می‌تواند بر سلامت و آینده فردای هر جامعه و کشوری موثر باشد(۱). کودکان به عنوان یکی از گروه‌های سنی آسیب‌پذیر، در معرض انواع اختلالات روانشناختی قرار دارند که عوامل آسیب‌پذیری

مولف مسئول: رستم جلالی- کرمانشاه: دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری، گروه پرستاری E-mail: Masoud.mohammadi1989@yahoo.com
۱. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۳ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۴. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۲/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۷/۳/۸ تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۵/۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

در این سنین به فرآیند فعال رشد و شرایط خاص آن از یک طرف و کنترل شرایط محیطی و موقعیتی کودک توسط والدین و بزرگسالان از طرف دیگر نسبت داده می‌شود(۲). طبق مطالعات انجام شده گزارش شده است که بین ۱۵ تا ۲۲ درصد کودکان در طول زندگی خود اختلالات عاطفی یا رفتاری را به شدت تجربه می‌کنند، با این وجود کمتر از ۲۰ درصد از این کودکان واقعا درمانی را که شدیدا به آن نیاز دارند دریافت می‌کنند و این در حالی است که مطالعات نشان می‌دهد، در حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از کودکان به خدمات بهداشت روانی در طول زندگی خود احتیاج دارند(۳).

اختلالات رفتاری کودکان شامل گروهی از رفتارها بوده که کودک مبتلا به وسیله آن‌ها به طور مکرّر حقوق اساسی دیگران را نقض می‌کند و یا قواعد اجتماعی را زیر پا می‌گذارد. بسیاری از رفتارهای مرتبط با اختلالات، رفتاری ظاهری شبیه نافرمانی‌ها و سرکشی‌های معمولی دوران کودکی داشته، امّا بسیار شدیدتر و جدی‌تر هستند(۵،۴). براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) یا به اختصار (DSM) که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا تبیین شده، طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (Classification of Diseases International) یا به اختصار (ICD) که توسط سازمان بهداشت جهانی تعریف و نگارش می‌یابد و در آخرین بررسی انجمن روانپزشکان آمریکا در (DSM-5) و طبقه‌بندی بیماری‌ها (ICD-10) گزارش شده است که چهار نوع اصلی اختلال رفتاری شامل، رفتار پرخاشگرانه (رفتاری که باعث یا تهدید کننده آسیب جسمی به مردم یا حیوانات گردد)، رفتار غیر پرخاشگرانه (رفتاری که باعث آسیب رساندن یا از دست دادن اموال گردد)، تقلّب یا دزدی و نقض شدید قوانین می‌باشد. این اختلالات به دو دسته کلی تقسیم‌بندی می‌شوند، اختلالات رفتاری که در دوران کودکی آغاز می‌شود (نشانه‌ها پیش از ۱۰ سالگی ظاهر می‌شوند) و اختلالات رفتاری که در دوران نوجوانی آغاز می‌شود (نشانه‌ها پس از ۱۰ سالگی ظاهر می‌شوند). بیماران نوع اول کسانی هستند که غالباً پرخاشگری جسمی و فیزیکی نسبت به دیگران دارند و دارای ارتباطات ضعیفی با دیگران می‌باشند. آن‌ها ممکن است سابقه اختلالات دیگری نظیر اختلال نافرمانی و خودسری یا اختلال نقص توجه- بیش فعالی را نیز داشته باشند. اختلال رفتاری به ندرت پس از ۱۶ سالگی بروز می کند، در حالی که بیماران نوع دوم کم‌تر احتمال دارد که رفتار پرخاشگرانه نسبت به دیگران بروز دهند و معمولاً روابط عادی‌تری با دیگران دارند. آن‌ها معمولاً دچار اختلالات رفتاری ماندگار نمی‌گردند و نسبت به بیماران نوع اول، احتمال کم‌تری دارد که در بزرگسالی دچار اختلال شخصیت جامعه ستیزی شوند(۸-۴). دامنه اختلالات رفتاری کودکان که در نتیجه فقر، جهل و بی‌سوادی، بد رفتاری و ناهنجاری‌های خانوادگی، کاستی‌های آموزشی، فرهنگی و اجتماعی است، بسیار وسیع است و شامل رفتارهای غیر عادی، تکراری و آزاردهنده مانند ناخن جویدن، کندن مو، مکیدن شست، تیک، پرخاشگری، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، سو مصرف مواد، کم توجهی، بیش فعالی اطلاق می‌شود(۶-۴). مجموعه این عوامل کودکان را در معرض خطر بروز رفتارهای ضد اجتماعی قرار می‌دهد که با وجود مشکلات بسیاری که این افراد با آن مواجه هستند بیش‌تر آنان تا سال‌ها پس از ورود به مدرسه شناسایی نمی‌شوند و تحت بررسی و آموزش قرار نمی‌گیرند(۱۰،۹). مطالعات انجام شده در مناطق مختلف کشور، در سال ۱۳۷۹ در شهرکرد شیوع اختلالات رفتاری کودکان ۴۱/۲ درصد، درسال ۱۳۸۰ در سبزوار شیوع ۳۶/۶ درصد، در سال ۱۳۸۲ در ابهر، شیوع ۴۳/۳ درصد، در سال ۱۳۸۴ در بیرجند شیوع ۲۵ درصد گزارش شده است، که نشان‌دهنده شیوع‌های متفاوت وکم اهمیت بودن توجه به این اختلالات درکشور را نشان می‌دهد(۱۴-۱۱). لذا به منظور یکسان‌سازی مقادیر کلی شیوع این اختلالات در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

کشور که زمینه اصلی سیاست گذاری موثر و کارآمد در این زمینه را فراهم خواهد کرد، این مطالعه قصد دارد تا با مطالعه‌ای مروری به روش سیستماتیک و متاآنالیز به بررسی شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی بپردازد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر به صورت مرور سیستماتیک و متاآنالیز انجام شده است. در این مطالعه به بررسی مطالعات انجام شده در زمینه شیوع اختلالات رفتاری در کودکان در نقاط مختلف ایران پرداخته شده است که شامل مقالات چاپ شده در مجلات داخلی و خارجی در فواصل سال‌ها ۱۳۹۶ -۱۳۷۹ و جستجو در پایگاه‌های Barakat Knowledge Network System، Magiran، SID، MEDLINE(PubMed)، ScienceDirect و موتور جستجوی Google scholar می‌باشد. فرآیند جستجو در پایگاه‌های فارسی زبان با استفاده از کلید واژه‌های فارسی اختلالات رفتاری، پرخاشگری، استرس، اختلال نقص توجه- بیش فعالی، ناخن جویدن، مکیدن شست، تیک، اختلال اضطراب، کودکان، ایران و در بررسی پایگاه‌های انگلیسی زبان (MEDLINE(PubMed و ScienceDirect واژه‌های انگلیسی معادل آن‌ها شامل nail، Attention-deficit hyperactivity disorder، Aggression، Behavioral Disorders، thumb، Iran، Children، anxiety disorder، Tick bites، sucking، biting، و همچنین در موتور جستجوی Google scholar هر دو کلمات به زبان فارسی و انگلیسی انجام شده و عملگرهای AND و OR به صورت ترکیبی به منظور دسترسی جامع‌تر به تمام مقالات حوزه اختلالات رفتاری کودکان استفاده شد. لذا از عملگرای OR جهت بررسی نام‌های رایج در مورد یک اختلال مانند

(Tick OR Tick bites OR Tick)، (nail biting OR Onychophagia)، (Aggression OR StressToxicoses) و همچنین کلمه AND در بین کلید واژه‌ها از طریق تطابق کلمات در مرورگر MeSH استفاده شد. از آن‌جاکه در مطالعه حاضر شیوع کلی اختلالات مد نظر قرار گرفته شد، لذا تمام مقالات این حوزه از طریق استراتژی فوق استخراج شد. سپس در بررسی مقالات، متن مقالاتی که به یکی از انواع اختلالات رفتاری در کودکان پرداخته شده بود از مطالعه خارج و تنها مقالاتی که شیوع کلی اختلالات رفتاری در کودکان را در مقاله خود ذکر کرده بودند در بررسی‌های ارزیابی کیفیت مقالات وارد متاآنالیز شدند.

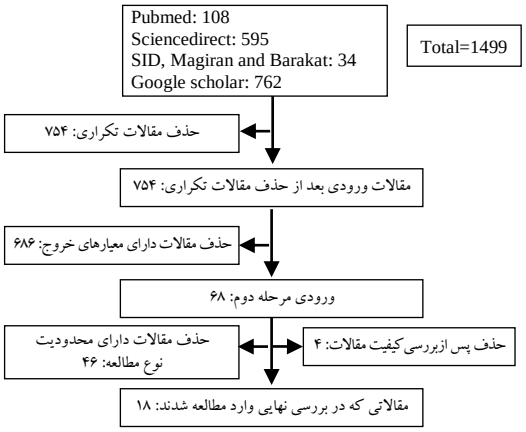
ارزیابی کیفیت مقالات و روش تحلیل

تمام مقالات با عنوان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی از ابتدای فروردین ۱۳۷۹ تا آخر اسفند ماه ۱۳۹۶، در بازه سنی ۱/۵ تا ۱۵ سال جمع‌آوری گردید. جستجو در مجلات داخلی و خارجی و در بررسی پایگاه‌های ذکر شده نتایج زیر بدست آمد، در پایگاههای Barakat Knowledge Network System، Magiran و SID تعداد ۳۴ مقاله، PubMed تعداد ۱۰۸ مقاله، ScienceDirect تعداد ۵۹۶ مقاله و در موتور جستجوی Google Scholar تعداد ۷۶۲ مقاله و در مجموع کل بررسی تعداد ۱۴۹۹ مقاله به دست آمد. پس از مخفی کردن مشخصات مقالات شامل نام مجله و نام مؤلف، متن مقالات در اختیار مرورگرها قرار گرفته و هر مقاله توسط دو نفر مرورگر و به‌صورت مستقل بررسی شد. در صورت رد شدن مقاله، دلیل رد آن ذکر گردید و در صورتی که مرورگرها از نظر رد یا تایید مقاله با هم اختلاف نظر داشتند، مقاله به منظور بررسی مجدد به مرورگر سوم ارجاع شد. بر این اساس مقالاتی که شرایط اولیه ورود به مطالعه شامل بررسی اختلالات رفتاری در کودکان بدون توجه به نوع مطالعه و محدوده زمانی و سنی مورد نظر را داشتند، تعداد ۷۵۴ مقاله بعد ازحذف موارد تکراری بود که مقالات فارسی و انگلیسی استخراج شده از پایگاه‌های ذکر شده و برگرفته از مطالعات توصیفی (مقطعی) در خصوص فراوانی اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی جهت ورود به مطالعه در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

محدوده زمانی و سنی مورد نظر انتخاب شدند. از آنجا که در این مطالعه به شیوع کلی اختلالات رفتاری در کودکان پرداخته شد، بعد از بررسی مقالات از نظر عنوان، چکیده و همچنین بررسی کل متن مقالات، مقالاتی که تنها یکی از موارد اختلال در کودکان را بررسی کرده از لیست فهرست مقالات خارج شدند. بعد از حذف مقالات متناسب با موارد خروج ذکر شده، تعداد ۶۸۶ مقاله خارج و در نهایت ۶۸ مقاله تحت بررسی ثانویه از نظر نوع مطالعه نیز قرار گرفت که بر این اساس بررسی‌های حاصل از مطالعات مورد شاهدی، هم گروهی، مداخله‌ای و مروری از مطالعه خارج شدند که موجب حذف ۴۶ مقاله بررسی شده گردید. در نهایت ۲۲ مقاله جهت بررسی کیفی براساس چک لیست (STROBE) قرار گرفت، این چک لیست شامل ۲۲ بخش می‌باشد که ۱۸ موضوع آن عمومی و برای همه مطالعات مشاهده‌ای اعم از کوهورت، مورد شاهدی و مقطعی کاربرد دارد و ۴ مورد اختصاصی که بستگی به نوع مطالعه داشته و جنبه‌های متنوع متدولوژی شامل اهداف مطالعه، تعیین حجم نمونه مناسب، نوع مطالعه، روش نمونه‌گیری، جامعه پژوهش، روش جمع‌آوری داده‌ها، تعریف متغیرها و نحوه بررسی نمونه‌ها، ابزار جمع‌آوری داده‌های مطالعه، اهداف مورد بررسی در مطالعه، آزمون آماری به‌کار رفته و ارائه یافته‌های مطالعه را در بر می‌گیرد. بر اساس ارزیابی کیفیت مقالات مورد بررسی نهایتاً ۱۸ مقاله وارد فرآیند متاآنالیز شد. تصویر شماره ۱، فلوچارت مراحل ورود مطالعات به این مطالعه را نشان می‌دهد.

در این مطالعه سعی شد به منظور بررسی متون خاکستری (Gray literature)، منظور آن قسمت از شواهد و مستندات است که به هر دلیل چاپ و منتشر نشده، از پایان‌نامه‌های انجام شده در کشور که مقالاتی از آن ها استخراج نشده نیز استفاده گردد. اما با توجه به عدم دسترسی به این پایان‌نامه‌ها به منظور جلوگیری از کپی‌برداری و سرقت علمی (Plagiarism)، نویسندگان به منظور دسترسی به این متون جستجو کلی در موتور جستجوی Google و بررسی سایت‌های مرتبط با موضوع را نیز در دستور کار قرار دادند. بعد از بررسی این منابع و مقالات بررسی و تایید شده توسط مرورگرها، چک لیستی از اطلاعات مقالات انتخاب شده شامل نام پژوهشگر، عنوان مقاله، سال و محل انجام مطالعه، تعداد نمونه و شیوع اختلالات رفتاری در مطالعات بررسی شده بر اساس فلوچارت PRISMA تهیه شد (تصویر شماره ۱). در بررسی نهایی، ۱۸ مقاله از مقالات مرتبط مناسب تشخیص داده شد و مطالعات وارد متاآنالیز شدند (جدول شماره ۱).



تصویر شماره ۱: فلوچارت مراحل ورود مطالعات به مرور سیستماتیک و متاآنالیز

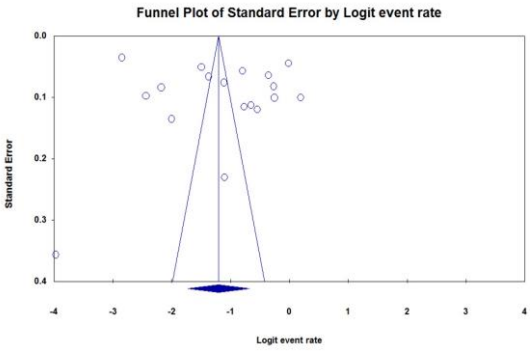
جدول شماره ۱: مشخصات مطالعات وارد شده به مطالعه

ردیف	نویسنده	سال چاپ	منطقه	سن	حجم‌نمونه	شیوع
۱	روقی(۱۱)	۲۰۰۱	شهرکرد	–	۱۰۰۰	۴۱/۲
۲	کوشان(۱۲)	۲۰۰۱	سبزوار	–	۳۰۰	۳۶/۶
۳	شمس(۱۳)	۲۰۰۳	لهر	–	۶۰۰	۴۳/۳
۴	خزاعی(۱۴)	۲۰۰۵	بیرجند	۵/۵-۶/۵	۱۰۰	۲۵
۵	حیدری(۱۵)	۲۰۰۶	ساری	۷-۱۳	۹۲۶	۲۴/۸
۶	خوشابی(۱۶)	۲۰۰۷	ایلام	–	۱۵۴۶	۱۰/۲
۷	غیاثی(۱۷)	۲۰۰۸	ایلام	–	۱۵۲۸۳	۵/۵
۸	اسلامیه(۱۸)	۲۰۰۸	تهران	–	۱۴۲۰	۳۱/۱
۹	صلوی(۱۹)	۲۰۰۸	تهران(رودهن)	–	۳۵۰	۳۴/۲
۱۰	یاب(۲۰)	۲۰۰۹	تهران	–	۱۴۰۷	۲۰/۲
۱۱	خلعم(۲۱)	۲۰۰۹	گرگان	۹/۲±۱/۵	۲۶۰۰	۱۸/۳
۱۲	ساجدی(۲۲)	۲۰۱۰	همدان	۳-۶	۴۰۰	۵۴/۷
۱۳	محمدی(۲۳)	۲۰۱۱	اردبیل	–	۴۳۰	۱/۸
۱۴	نجاتی(۲۴)	۲۰۱۲	تهران	۷-۱۴	۳۴۷	۳۱/۷
۱۵	خداکرمی(۲۵)	۲۰۱۳	همدان	۱۲/۸±۰/۹۴	۴۰۰	۴۳/۷
۱۶	میثمی(۲۶)	۲۰۱۴	تهران	۳-۶	۱۴۰۳	۸/۱
۱۷	پورحسین(۲۷)	۲۰۱۵	تهران	۱/۵-۷	۱۹۷۷	۴۹/۶
۱۸	عبدل_زاده(۲۸)	۲۰۱۶	خراسان‌شمالی(بجاجرم)	۱۲-۱۵	۵۱۹	۱۱/۹

به منظور تحلیل و آنالیز آماری، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Comprehensive Meta-analysis (version 3)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

تحلیل شدند. در هر مطالعه میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی به دست آمد و ناهمگنی مطالعات با استفاده از آزمون I^2 بررسی شد که با توجه به نتایج حاصل از آن (۹۹ درصد = I^2) و ناهمگنی مطالعات وارد شده در مطالعه، از مدل اثرات تصادفی برای ترکیب نتایج مطالعات با هم استفاده شد. احتمال سوگیری در انتشار نتایج توسط نمودار قیفی و آزمون Egger test و با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بررسی شد که بر این اساس سوگیری انتشار از نظر آماری معنی‌دار نبوده است (p = ۰/۳۴۰) (نمودار شماره ۱).

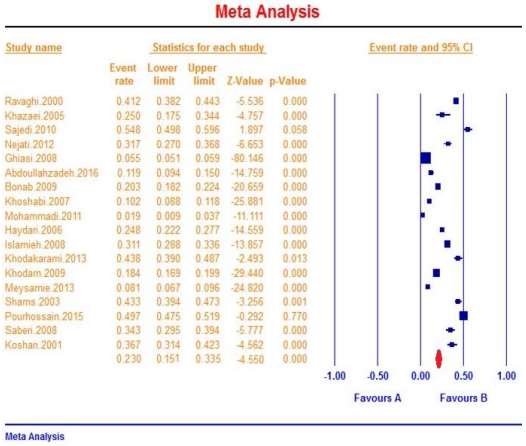


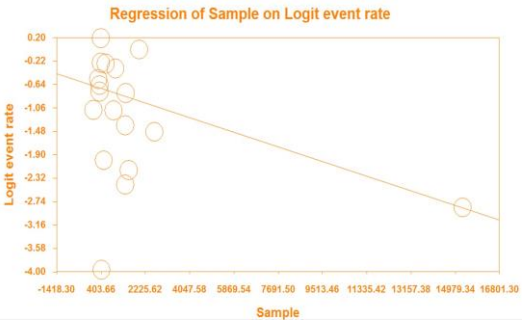
نمودار شماره ۱: نمودار قیفی (Funnel Plot) نتایج مربوط به شیوع شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی

یافته ها

بر اساس بررسی‌های انجام‌گرفته در زمینه شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی، مقالات چاپ شده در پایگاه‌های Magiran، SID، Pubmed، Sciencedirect و در موتور جستجوی Google Scholar استخراج گردید و نهایتاً ۱۸ مقاله وارد فرآیند متاآنالیز شد (تصویر شماره ۱). کل تعداد نمونه‌های شرکت کننده در مطالعه، ۳۱۰۰۸ نفر در بازه سنی ۱/۵ تا ۱۵ سال بودند. شیوع کلی شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی ۲۳ درصد (۳۳/۵-۱۵/۱ درصد، حدود اطمینان ۹۵ درصد)، بیش‌ترین اختلالات رفتاری در کودکان همدان با ۵۴/۷ درصد (۵۹/۶-۴۹/۸ درصد، حدود اطمینان ۹۵ درصد) و کم‌ترین شیوع اختلالات رفتاری در کودکان اردبیل با ۱/۸ درصد (۳/۷-۰/۹ درصد، حدود اطمینان ۹۵ درصد) به دست آمد(۱۹،۱۳). جدول شماره ۲ میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی بر اساس مدل اثرات تصادفی را نشان می‌دهد. مطابق با جدول شماره ۲، مربع سیاه رنگ میزان شیوع، طول پاره خطی که مربع روی آن قرار دارد فاصله اطمینان ۹۵ درصدی در هر مطالعه و علامت لوزی میزان شیوع در کل کشور را برای کل مطالعات نمایش می‌دهد. به منظور بررسی اثرات عوامل بالقوه مؤثر در ناهمگونی در شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی از متا رگرسیون در مورد دو عامل حجم نمونه و سال انجام مطالعه استفاده شد که در نمودار شماره ۲ و ۳ نشان داده شده است.

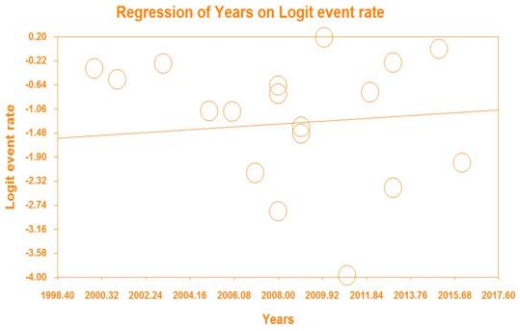
جدول شماره ۲: شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی بر اساس مدل تصادفی





نمودار شماره ۲: نمودار متارگرسیون فراوانی شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی به تفکیک حجم نمونه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]



نمودار شماره ۳: نمودار متا رگرسیون فراوانی شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی به سال انجام مطالعه

در نمودار شماره ۲، با افزایش حجم نمونه در مطالعات مورد بررسی شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی کاهش می‌یابد و این اختلاف از نظر آماری بر اساس آزمون متا رگرسیون معنی‌دار بود ($p< ۰/۰۵$). در نمودار شماره ۳، با افزایش سال انجام مطالعه، فراوانی و شیوع اختلالات رفتاری در کودکان افزایش پیدا کرده که این اختلاف نیز از نظر آماری بر اساس آزمون متارگرسیون معنی‌دار بوده است ($p< ۰/۰۵$).

بحث

اختلالات رفتاری دامنه گسترده‌ای از اختلالات دوران کودکی را در بر می‌گیرد. این اختلالات می‌تواند کارکردهای تحصیلی کودکان درگیر را در مدرسه و محل تحصیل آنان تحت تاثیر قرار دهد، به همین علت شناسایی زود هنگام آن‌ها می‌تواند در یاری رساندن به سیاست‌گذاران سلامت به منظور ارائه طرح‌های مداخله‌ای و پیشگیری‌کننده، بسیار مهم و تاثیر گذار باشد. در این مطالعه شیوع کلی شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایرانی ۲۳ درصد گزارش گردید که شیوع بالایی می‌باشد. براساس مطالعات انجام شده شیوع اختلالات رفتاری در کشورهای آسیایی، شیوع‌های متفاوتی را نمایش می‌دهد. در مطالعه‌ای میزان شیوع اختلالات در پاکستان ۴/۲ درصد، ژاپن ۳/۹ درصد، چین ۸/۳ درصد و کره ۱۴/۱ درصد گزارش گردید(۲۹). در مطالعه دیگر میزان شیوع اختلالات در هند ۷/۴ درصد، و در مطالعه‌ای دیگر در فلسطین، میزان شیوع اختلالات استرسی و رفتاری در کودکان مدرسه‌ای ۵۴/۷ درصد، گزارش شد(۳۳،۳۰). میزان شیوع این اختلال در کشورهای اروپایی و آمریکایی مانند انگلستان ۶/۸ درصد، دانمارک ۱۰ درصد گزارش شد و این در حالی که در مطالعه دیگری در کشور دانمارک شیوع اختلال اضطراب در کودکان ۶ تا ۸ ساله، ۵/۷ درصد بیان گردید(۳۲،۳۱،۲۹). در مطالعه‌ای در آمریکا گزارش شد که میزان شیوع اختلالات رفتاری و خلقی در کودکان (کم‌تر از ۱۵ درصد) در مقایسه با نوجوانان چندان شایع نیست و به نظر می‌رسد این اختلالات از جمله افسردگی در آنان از کودکی به نوجوانی افزایش می‌یابد به طوری که در پایان نوجوانی به بالای ۲۵ درصد می‌رسد(۳۴).

مطالعاتی که به بررسی تاثیر الگوهای تعامل خانوادگی در ایجاد اختلالات رفتاری در کودکان پرداخته‌اند، این اختلالات را نوعی واکنش کودک نسبت به نابسامانی‌های خانوادگی دانسته و از سویی دیگر به محرک‌های محیطی نامناسب مانند عدم پذیرش کودک، عدم محبت و حمایت کافی از طرف والدین، بی‌هدفی در خانواده، سردی کانون خانواده و عدم مراقبت و دلسوزی‌های مادر، دلبستگی نا ایمن در خلال کودکی و استرس والدین را نیز در ایجاد این اختلال موثر دانسته‌اند. چنین تعریف و گزارشی با آن‌چه از آمارهای ذکر شده در کشورهای آسیایی و کشورهای اروپایی و آمریکایی گزارش شد می‌تواند مطابقت داشته باشد. کشورهای آسیایی و کم درآمد با توجه به رشد بالای جمعیت، نبود آگاهی و نبود آموزش‌های لازم در والدین شیوع بالایی را گزارش دادند و این در حالی است که چنین وضعیتی در کشورهای با درآمد بالای اروپایی همچون دانمارک و کشور آمریکا و حتی کشورهای آسیایی مانند ژاپن و کره که سطح رفاه بالاتر و جمعیت کنترل شده‌ایی دارند که حتی با وجود جمعیت بالا اما جمعیت مطلع‌تر و دارای آگاهی بیش‌تری هستند، کم‌تر بوده است و می‌توان گفت چنین وضعیتی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

زمینه‌کاهش اختلال ومراقبت بیش‌تر و در صورت ایجاد اختلال، تشخیص به هنگام را ممکن می‌سازد(۴۲).

سازمان بهداشت جهانی (WHO) شیوع اختلالات رفتاری و روانی در بین کودکان ۲تا ۵ ساله را در کشورهای توسعه یافته بین ۵ تا ۱۵ درصد گزارش کرده است(۳۵). در مطالعه Kauffman، میزان شیوع این اختلالات در قشر مدرسه‌ای و کودکان، بین ۰/۵ تا ۲۰ درصد ذکر شده است(۳۶). همان طور که ذکر شد مطالعات مختلف شیوع‌های مختلف و نسبتاً بالایی را از اختلالات رفتاری در کشورهای مختلف گزارش کرده‌اند که می‌تواند بر فعالیت‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان تاثیر بگذارد(۳۶-۳۴).

در مطالعه Quay به این موضوع اشاره شد که اختلالات رفتاری همچون پرخاشگری در پسران ۲/۵ تا ۶ ساله بیش‌تر بوده و در سال‌های مدرسه نیز روند افزایشی به خود می‌گیرد(۳۷). در مطالعات دیگر نیز گزارش شد که تفاوت‌های جنسیتی در اشکال رفتار اجتماعی کودکان به چشم می‌خورد و این مطالعات همچنین اعلام کرده اند به دلیل ملاک‌های تشخیصی مختلف و انواع گوناگون ارزیابی‌های انجام شده در مطالعات مختلف تعیین نسبت دقیق جنسیتی در اختلالات رفتاری کودکان مشکل است اما نسبت مذکر به مونث را سه به یک و تا هشت به یک تعیین کرده‌اند(۴۱-۳۸).

دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی بوده که شخصیت فرد در این دوران پایه‌ریزی می‌گردد، اغلب اختلالات رفتاری پس از دوران کودکی ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم توجه به فرآیند رشد در این دوران می‌باشد. این بی‌توجهی‌ها شرایط لازم را برای عدم سازش و تطبیق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف را در کودک به وجود می‌آورد. مطابق با نتایج مطالعه سیستماتیک و متاآنالیز حاضر، شیوع بالایی از اختلالات رفتاری در کودکان گزارش شد که نشان می‌دهد جمعیت قابل ملاحظه‌ای از کودکان در کشور نیازمند توجه و حمایت بیش‌تر و موثرتر در زمینه بهداشت روان و سیاست‌گذاری سلامت کارآمد از طرف سیاست‌گذاران سلامت هستند. با توجه به مطالب ذکر شده در این مطالعه، غربالگری اختلالات رفتاری از سنین قبل از ۵ سالگی و هم‌چنین در کودکان دبستانی، هم‌چنین مداخلات درمانی در کودکان، شامل آموزش کودکان در زمینه مهارت‌های عملکردی، سازگارانه، افزایش شایستگی، آموزش مهارت‌های حل مسئله، مهارت‌های کنترل خود و سایر مهارت‌های فردی و اجتماعی، حذف خطرات روان‌شناختی محیط، تغییر عوامل و محرک‌ها و تامین امکانات مادی و آموزشی انجام آموزش و مهارت‌های فرزند پروری به والدین و آموزش معلمان از طریق همکاری‌های بین بخشی موثر بین وزارت بهداشت و آموزش و پرورش و همچنین افزایش آگاهی‌های عمومی از طریق رسانه‌های گروهی توصیه می‌شود(۲۰-۱۸).

از مهم‌ترین محدودیت این مطالعه می‌توان به عدم دسترسی به متن کامل برخی مقالات، ناقص گزارش شدن داده‌های گزارش شده در مقالات و کاهش کیفیت آن‌ها که موجب حذف آن‌ها از مطالعه شد اشاره کرد و همچنین پیشنهاد می‌گردد به موضوع اختلالات رفتاری کودکان توجه بیش‌تری شده و زمینه کارآزمایی‌های بالینی و مطالعات قبل و بعد توسط محققین فراهم گردد.

References

1. Yazdanparast A, Hemmatzadeh M. The epidemiology of social behavioral disorders in male teenagers between13-18 in Booshehr. Iran South Med J 2006; 9(1): 77-84 (Persian).

2. Pandina GJ, Zhu Y, Cornblatt B. Cognitive function with long-term risperidone in children and adolescents with disruptive behavior disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

2009; 19(6): 749-756.

3. Andersson G, Paxling B, Wiwe M, Vernmark K, Felix CB, Lundborg L, et al. Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. Behav Res Ther 2012; 50(9): 544-550.
4. Gumpel TP, Sutherland KS. The relation between emotional and behavioral disorders and school-based violence. Aggression and Violent Behavior 2010; (15): 349-356.
5. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. Depress Anxiety 2011; 28(2): 103-117.
6. McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR. Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012; 51(4): 368-383.
7. Kraemer HC, Kupfer DJ, Narrow WE, Clarke DE, Regier DA. Moving toward DSM-5: the field trials. Am J Psychiatry 2010; 167(10): 1158-1160.
8. Attari A, Aminoroaia M. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. J Res Behav Sci 2013; 11(2): 147-155.
9. McCarter SJ, Howell MJ. Importance of Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder to the Primary Care Physician. Mayo Clin Proc 2016; 91(10): 1460-1466.
10. Baldaçara L, Ferreira JR, Filho LC, Venturini RR, Coutinho OM, Camarço WC, et al. Behavior disorder after encephalitis caused by dengue. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2013; 25(1): E44.
11. Ravaghie, K, Shahgholian, N, Mehralian, H. Prevalence of Behavioral Disorders in Children at Primary Schools of Shahr- Kord. J Occup Health (IJN) 2001; 13(27): 35-41 (Persian).
12. Koshan M, Behnam vashani HR. Study of some behavioral disorders and effective family factors in primary school children in Sabzevar. J Sabzevar Univ Med Sci 2001; 8(4): 40-46 (Persian).
13. Shams-Esfandabadi H, Emami-Pour S, Sadrosadat SJ. A Study on Prevalence of Behavioral Disorders in Primary School Students in Abhar. J Rehab 2003; 4(1): 34-41 (Persian).
14. Khazaie T, Khazaie M, Khazaie MA. Prevalence of behavioral disorders among school children of Birjand. J Birjand Univ Med Sci (JBUMS) 2005; 12(1,2): 79-86 (Persian).
15. Heydari J, Azimi H, Mahmoudi G, Mohammadpour R. Prevalence of behavior-emotional disorders and its associated factors among the primary school students of Sari township in 2006. J Mazandaran Univ Med Sci 2007; 16 (56):91-100 (Persian).
16. Khoushabi K, Moradi S, Shojaei S, Hemmati-A'lamdarlou G, Dehshiri G R, Issa-Morad A. The Evaluation of Behavioral Disorder Prevalence in Ilam Province Primary Students. J Rehab 2007; 8:28-33 (Persian).
17. Ghiasi N, Nazarpour F, Bakhti F, Pournajaf AH, Shirini KH. Prevalence of Behavioral Disorders among School-boys & girls in Ilam During 2005-6. J Ilam Univ Med Sci 2008; 16 (1):26-32 (Persian).
18. Islamieh MM. Prevalence of Behavioral Disorders among Primary School Students in Tehran. Research on Exceptional Children 2008; 8(1): 98-109 (Persian).
19. Saberi H. Epidemiology of emotional and behavioral disorders in elementary school children. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2008; 2(8): 19-34 (Persian)
20. Ghobari-Bonab B, Parand A, Hossein Khanzadeh Firoozjah A, Movallali G,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

Nemati S. Prevalence of Children with Behavioral Disorders in Primary Schools in Tehran. Journal of Exceptional Children (JOEC) 2009; 9 (3):223-239 (Persian).

21. Khodam H, Modanloo M, Ziaei T, Keshtkar AA. Behavioral disorders and related factors in school age children of Gorgan. Iran J Nurs Res (IJNR) 2009; 4(14): 29-37 (Persian).
22. Sajedi ZH, Zarabian MK, Sadeghian E. Prevalence Behavior Disorders in 3 to 6 Years' Children in Hamadan City. Sci J Hamadan Nurs Midwifry Fac 2010; 18(1):11-21 (Persian).
23. Mohammadi H, Naderi E. Comparison of Prevalence of Behavioral Disorders among Primary School Students with Special Needs in Learning and Normal in Ardabil. Psychology of Exceptional Individuals 2011; 1(1): 1-25 (Persian).
24. Nejati V. Prevalence of Behavioral Disorder in Elementary School Students in Tehran Province. J Med Counc I.R. Iran 2012; 30(2): 162-167(Persian).
25. Khodakarami B, Faradmal J, Asghari SZ, 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 (Persian).
26. Meysamie A, Ghalehtaki R, Borjian A, Daneshvar-fard M, Mohammadi MR, Saboohi F. Prevalence of behavioral inhibition among preschool aged children in Tehran, Iran. Acta Med Iran 2014; 52(4): 298-302 (Persian).
27. Pourhossein R, Habibi M, Ashoori A, GhanbariN, Riahi Y, Ghodrati S. Prevalence of behavioral disorders among preschool children. J Fundament Mental Health 2015; 17(5): 234-239 (Persian).
28. Abdollah Zadeh Rafi M, Hassanzade M, Nesayan A, Assadi Gandomani R. Prevalence of behavioral disorders in students and prediction of that based on emotional abuse. Research in Psychology Health 2016; 10(2): 28-41(Persian).
29. 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.
30. Malhota S, Kohli A, Arun P. Prevalence of psychiatric disorders in school children in Chandigarn, India. Indian J Med Res 2002; 116: 8-21.
31. Eglund N, Hansen KF. Behavioral disorders in Danish schools: Aquantitative survey. European Journal Special Needs Education 2000; 15(2): 158-170.
32. Wogelius P, Poulsen S, Toft Sørensen H. Prevalence of dental anxiety and behavior management problems among six to eight years old Danish children. Acta Odontol 2003; 61(3): 178-183.
33. Khamis V. Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children. Child Abuse Negl 2005; 29(1): 81-95.
34. Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. Biol Psychiatry 2001; 49(12): 1002-1014.
35. World Health Organization (WHO). The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder. Geneva: Switzerland Fiats; 1999. Available at: www.who.int/classifications/ icd/en/GRNBOOK.pdf
36. Kauffman JM. Characteristics of emotional and behavior Disorder of Children and Youth (7th ed). Upper Saddle River, NJ: Merill Prentice Hall; 2001.
37. Gables C, Quay HC, Peterson DR. Manual for the Revised Behavior Problem Checklis.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

Florida: University of Miamai; 1987.

38. Smith LS. What do parents of children with, ADHD. Pediatr Nurs 2002; 3(22): 254-257.
39. 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-S28.
40. 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.
41. Cheraghi F, Shamsaei F. Comparative study of school age children's behavior in Hamedan. Sci J Hamedan Nurs Midwifery Fac 2000; 8(16): 7-14.
42. Baezzat F, Izadifar R, Peyvastegar M. Comparison of Attachment Styles of Students with Conduct Disorder, Dyslexic and Normal. Journal of Behavioral Sciences 2009; 3(3): 231-236.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]