پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره شانزدهم شماره ۵۶ بهمن و اسفند سال ۱۳۸۵ (۱۰۰-۹۱)

بررسی شیوع اختلالات رفتاری- هیجانی و عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس شهرستان ساری سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴

جبار حیدری (M.Sc.) *+ **حمیده عظیمی** (M.Sc.)**

قهرمان محمودی (M.Sc.)*** **رضاعلی محمدپور** (Ph.D.)****

چکیده

سابقه و هدف: وجود اختلالات رفتاری- هیجانی در دوره کودکی مساله مهمی است و زمینه‌ساز بروز اختلالات روانی در دوران بزرگسالی می‌باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین شیوع اختلالات رفتاری- هیجانی و عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقاطع ابتدایی شهری و روستایی شهرستان ساری در سال ۱۳۸۴ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: ۹۲۶ دانش‌آموز مقاطع ابتدایی شهری و روستایی شهرستان ساری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل: پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و دو پرسشنامه اختلالات رفتاری- هیجانی راتر فرم والدین (۳۱ ماده) و فرم معلمان (۳۰ ماده) بوده است. داده‌ها با به کارگیری نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون‌های مربع کای و آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج این بررسی مؤید شیوع کلی اختلالات رفتاری- هیجانی کودکان براساس گزارش والدین (۱۵/۸ درصد) و براساس گزارش معلمان (۲۴/۹ درصد) بوده است. شایع‌ترین اختلال رفتاری- هیجانی براساس گزارش والدین و معلمان اختلال کمبود توجه و حواس پرتی به ترتیب ۱۳/۳ و ۱۱/۱ درصد بوده است و کم‌ترین شیوع اختلالات، رفتار ضد اجتماعی به ترتیب ۱/۵ و ۰/۴ درصد براساس گزارش والدین و معلمان بوده است.

به علاوه یافته‌ها نشان داد بین شیوع کلی اختلالات رفتاری- هیجانی کودکان براساس فرم والدین با متغیرهای جنسیت، معدل دانش‌آموز، رتبه تولد، شکایات جسمی (سردرد، آسم، درد معده یا تهوع، مشکلات در خوردن، مشکلات در خواب، بی‌اختیاری ادرار، بی‌اختیاری مدفوع)، هماهنگی/ ناهماهنگی والدین در تربیت کودک، سوءرفتار با کودک، فرار از مدرسه در سطح کم‌تر از ۵ درصد معنی‌دار بوده است. همچنین در گزارش معلمان شیوع کلی اختلالات رفتاری- هیجانی در کودکان در سطح کم‌تر از ۵ درصد با عوامل چون وضعیت تحصیلی، معدل، جدایی والدین، سوءرفتار با کودک، حملات قشقرق معنی‌دار بوده است. به علاوه ارتباط معنی‌داری بین شیوع کلی اختلالات رفتاری- هیجانی در کودکان براساس گزارش معلمان و والدین برحسب شهری یا روستایی به دست نیامد.

استنتاج: همه‌گیری شناسی اختلالات رفتاری- هیجانی به لحاظ اهمیت زیربنایی، در آتیه سلامت فردی و اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ خاصه آن که پژوهش‌های لازم در این زمینه کم‌تر انجام شده و بیش‌تر پژوهش‌ها متوجه اختلالات بزرگسالان بوده است. شناخت دقیق و علمی مشکلات رفتاری کودکان، نخستین گام در جهت پیشگیری و درمان آنان است.

واژه های کلیدی : اختلال، رفتاری- هیجانی، دانش‌آموزان مقطع ابتدایی

این تحقیق طی شماره ۸- ۸۴ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

* کارشناس ارشد روانشناسی، مربی دانشگاه علوم پزشکی مازندران + ✉ **مولف مسئول :** ساری- خیابان وصال شیرازی، دانشکده پرستاری

** کارشناس ارشد روان‌پرستاری، عضو هیات علمی(مربی) دانشگاه علوم پزشکی مازندران *** کارشناس ارشد روان‌پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی ساری

**** دکترای آمار حیاتی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت : ۸۵/۴/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۵/۶/۲۰ تاریخ تصویب: ۸۵/۹/۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

در هر جامعه‌ای سلامت کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است و تامین بهداشت روانی به آنان کمک می کند تا از نظر روانی و جسمی سالم و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند(۱). وجود اختلالات رفتاری و روانی در دوره کودکی مساله مهمی است، زیرا تجربه‌های نخستین زندگی، بنیان سلامتی یا روانی افراد را دربزرگسالی پی‌ریزی می کنند(۲).کودکان با اختلال رفتاری بخشی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند. اختلال‌های رفتاری و روانی دوران کودکی و نوجوانی دربرگیرنده رفتارهای هستندکه دائمی بوده و با سن فرد متناسب نمی‌باشند و منجر به‌تضادهای اجتماعی، نارضایتی و ناشادی فردی و شکست درتحصیل می‌شود. این اختلالات حاصل تعامل کودک با محیط وی است(۳). مک‌ماهون[1] (۱۹۹۴) در بررسی‌های مختلف به صورت پایدار و هماهنگ نشان داد مشکلات رفتاری در دوران کودکی پیش‌بینی‌کننده افزایش احتمال ابتلاء به اختلالات روان پزشکی در دوران نوجوانی و بزرگسالی است(۴). آمینی‌جر و پاپه[2] (۱۹۹۹) ۱۸۳ کودک که دارای اختلال رفتاری بودند را به مدت ۱۸ سال تحت نظر گرفتند و به این نتیجه رسیدند که بین اختلالات رفتاری در کودکی و ابتلا به روان پریشی در دوره بزرگسالی ارتباط وجود دارد (۵). میزان شیوع اختلالات روان پزشکی در دوران کودکی و نوجوانی باتوجه به مراحل تکامل درسنین مختلف و نیزکشورهای مختلف، متفاوت است. در مطالعه‌ای در کشور انگلستان در گروه سنی قبل از دبستان، ۷ درصد کودکان از مشکلات متوسط تا شدید و ۱۵ درصد از مشکلات خفیف در رنج بودند. شیوع مشکلات در سنین مدرسه ۸/۶ درصد و در سنین نوجوانی حدود ۹ درصد گزارش گردید(۶). در کشور امریکا بر اساس معیار DSMIV4 [3] ۷ الی ۱۲ میلیون کودک مبتلا به مشکلات روانی هستند (۷). ماتسوورا و همکاران[4] (۱۹۹۲) در پژوهشی بین کشوری (در سه کشور ژاپن، چین، کره) بر روی کودکان سنین ۶ الی ۱۳ ساله با استفاده از پرسشنامه راتر فرم والدین و معلم، میزان شیوع اختلالات را به ترتیب در کودکان کره‌ای ۱۴/۱ و ۱۹/۱ درصد، در کودکان ژاپنی ۳/۹ و ۱۲ درصد و در کودکان چینی ۸/۳ و ۷ درصد گزارش نمودند(۸).

شیوع متفاوتی از اختلالات رفتاری- هیجانی در دوران کودکی و نوجوانی در مناطق مختلف ایران گزارش شده است مثلاً ۱۶/۸۴ درصد در سال ۱۳۸۲ دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرستان بوشهر(۹)، ۲۳ درصد در سال ۱۳۸۲ بر روی کودکان سنین ۱۶- ۵ سال منطقه شمال غرب تبریز(۱۰)، ۴۱/۳ درصد در کودکان سنین دبستان شهرکرد در سال ۱۳۷۹ (۱۱) و ۴۳/۳ درصد در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر ابهر در سال ۱۳۸۲ (۱۲).

با توجه به آسیب پذیری بالای این نسل که در معرض خطر روز افزون مشکلات چون افسردگی و اضطراب، خودکشی، انحرافات نظیر بزهکاری، سوء مصرف مواد قرار دارند و نیز باتوجه به نیازهای بهداشتی به خصوص نیازمندی‌های بهداشت روانی که از الویت برنامه توسعه بهداشتی کشور است، بررسی شیوع آسیب شناسی روانی دانش آموزان و عوامل همراه و مرتبط با آن کمک شایانی به شناخت و یافتن راه‌کارهای مناسب در برنامه ریزی‌های استان و درصورت امکان کل کشور می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع و عوامل مرتبط با اختلالات رفتاری و هیجانی دانش آموزان

1. Mcmahon
2. Amminger & pape
3. Diagnostic and Statical Manual of mental Disorders four
4. Matsuura & etal

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

دبستانی مدارس شهری و روستایی شهرستان ساری انجام گردیده است. باتوجه به‌شیوع متفاوت اختلالات رفتاری و هیجانی(۴/۵ الی۴۳/۳ درصد) در مناطق مختلف کشور و همچنین با ملاحظه بر افزایش روزافزون شیوع اختلالات رفتاری- هیجانی در سطح جامعه به خصوص نسل کودک و نوجوان و نیز عدم وجود مطالعه جامع با ابزار مناسب در منطقه، شیوع اختلالات رفتاری- هیجانی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهری و روستایی شهرستان ساری با استفاده از ابزارهای جامع‌تر و دوآزمون سنجش آسیب رفتاری- هیجانی راتر فرم والدین و معلمان مورد ارزیابی قرار گرفت که امید می‌رود در برنامه‌ریزی استان مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش ها

این پژوهش در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ و به صورت توصیفی انجام گرفته است . جامعه ی آماری کلیه دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرساری و تعداد نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و شیوع ۳۰ درصد و دقت ۰/۰۳ شامل ۹۲۶ نفر (۴۷۵ دختر و۴۵۱ پسر)کودک دبستانی ۱۳-۷ سال برآورد شد و نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام شده است.

لازم به ذکر است با توجه به این‌که ۴۶۳ کلاس در منطقه یک و ۳۶۴ کلاس در منطقه دو وجود دارد، ۳۸ کلاس به طور تصادفی به عنوان خوشه و از این تعداد ۲۰ کلاس از منطقه ۱ و ۱۸ کلاس از منطقه ۲ انتخاب شدند. پس از تعیین کلاس‌ها جهت نمونه‌گیری نهایی به مدارس مراجعه نموده و طی جلسه‌ای ابتدا به معلمان کلاس‌ها در مورد اهمیت طرح و آشنایی با "فرم ویژه" معلمان‌آموزش داده و ازآنها خواسته‌شد نسبت به‌تکمیل آن برای هر دانش‌آموز اقدام نمایند. به‌علاوه پس از آموزش والدین از آنها خواسته شد تا رفتار فرزندانشان را با استفاده از فرم ویژه والدین شناسایی نمایند.

برای جمع آوری اطلاعات از ۳ پرسشنامه استفاده شده‌است. پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک کودک و خانواده شامل ۲۲ سؤال که شامل سن، جنسیت، پایه تحصیلی، وضعیت تحصیلی، سابقه‌ی جدایی والدین، سابقه‌ی بیماری روانی در خانواده، تحصیلات والدین، وضعیت اشتغال والدین، رتبه تولد، فوت والدین، بعد خانواده، وجود سابقه صدمات به سر، ابتلا به بیماری جسمی، هماهنگی والدین در تربیت کودک و استفاده از خشونت و تنبیه بدنی در رفتار با کودک بوده است.

همچنین پرسشنامه فرم راتر کودکان ویژه والدین و معلمان نیز مورداستفاده قرارگرفته است. این پرسشنامه‌ها برای ارزیابی رفتار، جهت تمایز گذاشتن بین کودکان بهنجار و کودکان دارای اختلالات رفتاری و مشکل دار در سال ۱۹۶۴ توسط راتر تهیه و در سال ۱۹۶۷ تجدید نظر شده است. پایایی بازآزمایی و پایایی درونی این پرسشنامه بسیار بالا است و دارای پایایی معتبر و علمی می‌باشد؛ به طوری‌که پایایی بازآزمایی پرسشنامه که توسط راتر و همکاران (۱۹۷۵)گزارش شده است حدود ۸۹ درصد می‌باشد، اعتبار این پرسشنامه (درصد توافق بین پرسشنامه و تشخیص روانپزشک) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار گزارش شده است و همبستگی بالایی را نشان می‌دهد. ضریب همبستگی آن حدود ۰/۸۵ می‌باشد. این پرسشنامه توسط دکتر مهریار و همکاران (۱۹۹۲) در شیراز استاندارد شده است. فرم A پرسشنامه مخصوص والدین است که توسط مادر کودک تکمیل می‌گردد و شامل مسائل مربوط به تندرستی و عادت‌ها شامل ۱۳ سؤال و ۱۸ سؤال مربوط به مشکلات رفتاری و هیجانی کودک می باشد. فرم B پرسشنامه مخصوص معلم است که مشکلات رفتاری کودکان را در مدرسه مورد بررسی قرار می‌دهد و دارای ۳۰ سؤال است که توسط معلم مربوطه تکمیل می‌گردد و در نهایت طبق تحقیق راتر (۱۹۶۷) نمره کل جهت تمایز بین کودکان بهنجار و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

کودکان ناسازگار (با اختلالات رفتاری) در نظر گرفته شده است و در ایران بعد از تغییراتی که در پرسشنامه توسط مهریار و همکاران صورت گرفته است (۱۹۸۶) نمره برش بین ۸ تا ۱۳ جهت این تفاوت گذاری تعیین شده است(۱۳). در این پژوهش نمره برش ۱۰ جهت تعیین شیوع اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان در هر دو پرسشنامه استفاده گردیده است. عدل (۱۳۷۲) از طریق روش‌های دو نیمه کردن و بازآزمایی، ضریب همبستگی، این پرسشنامه‌ها را به ترتیب ۶۸ و ۸۵ درصد گزارش کرده است که هر دو در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بودند(۱۴).

پرسشنامه‌های فرم والدین و معلم به ۵ زیر گروه طبقه بندی شده است و هر گروه سئوالات خاصی را در بر می گیرد که عبارتند از :

۱- پرخاشگری/ بیش فعالی
۲- اضطراب / افسردگی
۳- ناسازگاری اجتماعی
۴- رفتار ضد اجتماعی
۵- اختلال کمبود توجه

در نمره‌گذاری به هر سوال این پرسشنامه حداقل صفر و حداکثر ۲ نمره تعلق می‌گیرد : نمره صفر زمانی تعلق می گیرد که در مورد رفتار کودک صادق نباشد ، نمره یک زمانی به سئوالات پرسشنامه داده می شود که تنها در مواردی در رفتار کودک، صدق کند و نمره ۲ زمانی به رفتار توصیف شده داده می‌شود که کاملا در مورد کودک صادق باشد(۱۳).

یافته ها

در این مطالعه ۹۲۶ کودک سنین ۷ الی ۱۳ سال که در مدارس ابتدایی شهری و روستایی شهرستان ساری مشغول به تحصیل بودند، توسط پرسشنامه‌های راتر فرم والدین و فرم معلم و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک مورد بررسی قرار گرفتند.

براساس یافته های این تحقیق، شیوع کلی اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان از دید والدین، ۱۴۷ نفر (۱۵/۹ درصد) و همچنین براساس پرسشنامه راتر فرم معلم شیوع کلی اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۲۳۰ نفر (۲۴/۹ درصد) گزارش گردید(جدول شماره۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نسبی ومطلق شیوع اختلالات رفتاری و هیجانی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهری و روستایی شهرستان ساری، ۸۵-۱۳۸۴

فرم	اختلالات / مناطق	شهری تعداد(درصد)	روستایی تعداد(درصد)	کل تعداد(درصد)
والدین	بیش فعالی پرخاشگری	۳۹ (۴/۲)	۱۹(۲/۱)	۵۸(۶/۳)
	افسردگی اضطراب	۱۵(۱/۶)	۱۶(۱/۷)	۳۱(۳/۳)
	ناسازگاری اجتماعی	۴۱(۴/۴)	۲۸(۳)	۶۹(۷/۵)
	رفتار ضد اجتماعی	۸(۰/۹)	۷(۰/۸)	۱۵(۱/۶)
	اختلال کمبودتوجه وحواس پرتی	۷۱(۷/۷)	۵۲(۵/۶)	۱۲۳(۱۳/۳)
	شیوع کلی اختلالات	۸۵(۵۷/۸)	۶۲(۴۲/۲)	۱۴۷(۱۵/۹)
معلم	بیش فعالی پرخاشگری	۳۶(۳/۹)	۲۰(۲/۲)	۵۶(۶)
	افسردگی اضطراب	۹ (۱)	۵(۰/۵)	۱۴(۱/۵)
	ناسازگاری اجتماعی	۲۷(۲/۹)	۲۳(۲/۵)	۵۰(۵/۴)
	رفتار ضد اجتماعی	۲ (۰/۲)	۲(۰/۲)	۴(۰/۴)
	اختلال کمبودتوجه وحواس پرتی	۶۱(۶/۶)	۴۲(۴/۵)	۱۰۳(۱۱/۱)
	شیوع کلی اختلالات	۱۳۵(۵۸/۷)	۹۵(۴۱/۳)	۲۳۰(۲۴/۹)

همان‌گونه‌که جدول‌شماره۱ نشان می‌دهد بیش‌ترین و کم‌ترین شیوع اختلال را اختلال کمبود توجه و اختلال ضد اجتماعی از دید والدین به ترتیب ۱۲۳ نفر (۱۳/۳ درصد) و ۱۵ نفر (۱/۶ درصد) و نیز طبق گزارش معلم نیز به ترتیب ۱۰۳ نفر (۱۱/۱ درصد) و ۴ نفر(۰/۴ درصد) تشکیل می‌دهد.

براساس نتایج به دست آمده میانگین سن کودکان (SD=۱/۴۲) ۹ سال و ۲۰ روز بوده است. ۴۷۵ نفر (۵۱/۳ درصد) دختر و ۴۵۱ نفر (۴۸/۷ درصد) پسر بوده اند. در رابطه با مقطع تحصیلی ۱۴۹ نفر سال اول (۱۶/۱ درصد)، ۲۰۳ نفر سال دوم (۲۱/۹ درصد)، ۱۴۸ نفر سال سوم (۱۹/۹ درصد)، ۱۹۹ نفر سال چهارم (۲۱/۵ درصد) و ۱۹۱ نفر(۲۰/۶ درصد) سال پنجم ابتدایی بودند. همچنین از این تعداد ۱۳ نفر (۱/۴ درصد) سابقه‌ی مشروطی،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

۶۳۲ نفر (۶۸/۳ درصد) وضعیت تحصیلی عالی و ۲۰۶ نفر (۲۲/۲ درصد) خوب، ۸۰ نفر (۸/۶ درصد) متوسط و ۸ نفر (۰/۹ درصد) وضعیت تحصیلی ضعیفی داشته‌اند. معدل ۳ نفر (۰/۳ درصد) در محدوده ۱۳-۱۰، ۱۵ نفر (۱/۶ درصد) ۱۶-۱۴، ۳۳۵ نفر (۳۶/۲ درصد) ۱۹-۱۷ و ۵۲۰ نفر (۵۶/۲ درصد) ۲۰ بوده است. ۲۶ نفر (۲/۸ درصد) از کودکان، والدینشان از هم جدا بودند و ۷ نفر(۰/۸ درصد) با افراد غیر فامیل زندگی می‌کردند. ۲۵ نفر (۲/۷ درصد) جدایی از مادر را تجربه کرده بودند و ۱۳ نفر (۱/۴ درصد) از آن‌ها در خانواده‌ای زندگی می‌کردندکه والدین‌شان سابقه بیماری روانی داشتند. از این تعداد دانش‌آموزان ۴۵ نفر (۴۸/۶ درصد) پدران آن‌ها و ۴۲۸ (۴۶/۲ درصد) مادران‌شان در حد دیپلم سواد داشتند. مادران ۱۱۸ نفر از کودکان (۱۲/۷ درصد) شاغل بوده اند و پدران ۲۱۷ نفر از کودکان (۲۳/۴ درصد) از لحاظ شغلی در حد کارگر ساده، ۱۳۶ نفر (۱۴/۷ درصد) کارمند دولتی، ۱۳۳ نفر (۱۴/۴ درصد) کارگر ماهر بوده و ۸۶ نفر (۹/۳ درصد) کشاورز و ۸۶ نفر (۹/۳ درصد) هر دو والد در رشته‌های تخصصی نظیر پزشکی و قضاوت مشغول به‌کار بودند. اکثریت کودکان ۳۸۹ (۴۲ درصد) فرزند اول و ۳۱ نفر (۳۲/۵ درصد) دوم، ۱۴۲ نفر (۱۵/۳ درصد) سوم و ۹۴ نفر (۱۰/۱ درصد) چهارم و بالاتر بودند. ۲۲ نفر از کودکان (۲/۳ درصد) تجربه فوت یکی از والدین را نیز دارار بودند. تعداد اعضای خانواده بین ۲ الی ۱۰ نفر متغیر بوده و اکثریت ۴۸۸ نفر (۵۲/۷ درصد) ۴ نفره و تعداد ۴ نفر (۰/۴ درصد) ده نفره بودند. ۸۱ نفر (۸/۸ درصد) از والدین سابقه صدمات سر را در کودک گزارش داده و همچنین ۶۷ نفر از کودکان (۷/۲ درصد) دارای بیماری های جسمی بودند. نتایج همچنین نشان داد ۱۴۸ نفر از والدین (۱۶ درصد) استفاده از تنبیه بدنی و خشونت را در مقابله با رفتار کودک گزارش نمودند. ۷۹ نفر از والدین(۸/۵ درصد)گزارش نمودندکه درتربیت فرزندان با همسرشان هماهنگ نیستند یعنی عدم هماهنگی در تربیت فرزندان به چشم می‌خورد.

براساس بررسی به‌عمل آمده بعضی از دانش‌آموزان از مشکلات جسمی و عادتی متعددی برخوردار بودند که از طریق معلمان و والدین گزارش شده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نسبی و مطلق شکایات جسمی و عادتی در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی بر حسب گزارشات والدین و معلمین شهرستان ساری ۸۵-۱۳۸۴.

	دفعات وقوع / شکایت جسمی و عادتها	هرگز تعداد(درصد)	گاهی تعداد(درصد)	حداقل یکبار در هفته تعداد(درصد)
والدین	شکایت از سردرد	۶۱۶ (۶۶/۵)	۲۱۷ (۲۳/۴)	۹۳ (۱۰)
	درد معده یا تهوع	۷۸۳ (۸۴/۸)	۱۱۱(۱۲)	۳۲ (۳/۵)
	آسم	۸۸۶ (۹۳/۵)	۴۲(۴/۵)	۱۸ (۱/۹)
	بی‌اختیاری ادرار	۸۷۰ (۹۴)	۳۹(۴/۲)	۱۷ (۱/۸)
	بی‌اختیاری مدفوع	۸۷۶ (۹۴/۶)	۳۰(۳/۲)	۱۸ (۱/۹)
	قشقرق در آوردن همراه با فریاد و حرکات پرخاشگری و غیره	۷۳۴ (۷۹/۳)	۱۳۲ (۱۴/۳)	۶۰ (۶/۵)
	ترس و امتناع از مدرسه	۸۸۳ (۹۵/۴)	۳۰ (۳/۲)	۱۳ (۱/۴)
	فرار از مدرسه	۹۲۲ (۹۹/۶)	۳(۰/۳)	۱ (۰/۱)
	لکنت زبان والدین	۸۸۲(۹۵/۲)	۴۳ (۴/۶)	۱ (۰/۱)
	سرقت	۹۰۶(۹۷/۸)	۱۹ (۲/۱)	۱ (۰/۱)
	شدت اختلالات عادتی	خفیف	متوسط	شدید
	وجود تیک و پرشهای عضلانی	۸۰۳(۸۶/۷)	۸۵(۹/۲)	۳۸ (۴/۱)
	مکیدن انگشت	۸۶۸(۹۳/۷)	۳۴ (۳/۷)	۲۴ (۲/۶)
	جویدن ناخن	۷۸۱(۸۴/۳)	۹۵ (۱۰/۵)	۴۸ (۵/۲)
فامیل	تیک	۸۰۰(۸۶/۴)	۱۰۶ (۱۱/۴)	۲۰ (۲/۲)
	مکیدن انگشت	۸۲۰(۸۸/۶)	۹۱ (۹/۸)	۱۵ (۱/۶)
	بی اختیاری ادرار	۸۹۷(۹۶/۹)	۲۵ (۲/۷)	۴ (۰/۴)
	لکنت زبان	۸۹۴(۹۶/۵)	۲۵ (۲/۷)	۷ (۰/۸)

نتایج نشان می‌دهد شیوع کلی اختلال رفتاری-هیجانی گزارش شده توسط والدین با سابقه صدمه به سر (F=۰ <۰/۰۰۲)، هماهنگی والدین در تربیت کودکان (P<۰/۰۰۱، df =۲، χ^2=۱۷/۶۷)، سوء رفتار با کودک (f< ۰/۰۰۱)، شکایت از سردرد (p<۰/۰۰۱، df=۲، χ^2=۱۶/۸۳)، شکایت از آسم (p<۰/۰۰۱، df=۲، χ^2=۱۳/۶۰)، درد معده یا تهوع (p<۰/۰۰۱، df=۲، χ^2=۱۶/۴۰)، فرار از مدرسه (p<۰/۰۰۱، df=۲، χ^2=۱۳/۹۷)، بی اختیاری ادرار (p<۰/۰۰۱، df=۲، χ^2=۸/۸۷)، بی اختیار مدفوع (p<۰/۰۲، df=۲، χ^2=۷/۴۴)، اشکال در خوردن (p<۰/۰۰۱، df=۴،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

χ^2=۴۸/۷)، اشکال در خواب رفتن (f=۰/۰۱)، وجود انواع مشکلات خواب (p<۰/۰۵، df=۴، χ^2=۱۲/۷۴)، معدل دانش‌آموز (p<۰/۰۰۱، df=۲/۹۲۳، t=۳/۲۲) و رتبه تولد (p<۰/۰۰۴، df=۳، χ^2=۱۳/۴۷) ارتباط داشته است. به علاوه شیوع کلی اختلال رفتاری- هیجانی گزارش شده، توسط پرسشنامه راتر فرم معلم نشان داد که عواملی چون وضعیت تحصیلی کودک (p<۰/۰۰۱، df=۳، χ^2=۳۸/۶۶)، جدایی از والدین(f<۰/۰۰۵)، معدل (p<۰/۰۰۱، df=۲/۹۲۰، t=۶/۶۳۱)، سوءرفتار با کودک (f=۰/۰۰۱) و حملات قشقرق (p<۰/۰۰۱، df=۲، χ^2=۷۴/۸۱) با اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان ارتباط دارد. نتایج همچنین نشان داد اگر چه نمرات شیوع اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان بر اساس دو فرم راتر والدین و معلم ساکن در شهر زیاد بوده است، آزمون آماری تفاوت معنی داری را بین شیوع کلی اختلالات با سکونت در شهر و روستا نشان نداده است نتایج این تحقیق شیوع اختلال رفتاری- هیجانی کودکان را برحسب جنسیت نشان داده است (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی شیوع کلی اختلالات رفتاری- هیجانی برحسب جنسیت در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهرستان ساری ۸۵-۱۳۸۴.

فرم	جنسیت / اختلالات	دختر تعداد(درصد)	پسر تعداد(درصد)	آزمون آماری
والدین	بیش فعالی- پرخاشگری	۱۴ (۱/۵)	۴۴ (۴/۸)	F<0.0001
	افسردگی- اضطراب	۱۹ (۲/۱)	۱۲ (۱/۳)	Ns
	ناسازگاری اجتماعی	۱۲ (۱/۳)	۱۸ (۱/۹)	Ns
	رفتار ضد اجتماعی	۲ (۰/۲)	۲ (۰/۲)	Ns
	اختلال کمبودتوجه وحواس پرتی	۵۴ (۵/۸)	۶۹ (۷/۵)	Ns
	نمره کل والدین	۶۳ (۴۲/۹)	۸۴ (۵۷/۱)	F<0.05
معلم	بیش فعالی- پرخاشگری	۲۴ (۴۲/۹)	۳۲ (۵۷/۱)	Ns
	افسردگی- اضطراب	۵ (۳۵/۷)	۹ (۶۴/۳)	Ns
	ناسازگاری اجتماعی	۲۴ (۴۸)	۲۶ (۵۲)	Ns
	رفتار ضد اجتماعی	۱ (۲۵)	۳ (۷۵)	Ns
	اختلال کمبودتوجه وحواس پرتی	۴۴ (۴۲/۷)	۵۹ (۵۷/۳)	Ns
	نمره کل معلم	۱۰۹ (۴۷/۴)	۱۲۱ (۵۲/۶)	Ns

یافته‌های پژوهش نشان داد بین شیوع کلی اختلال رفتاری- هیجانی گزارش شده توسط والدین و شیوع کلی اختلال رفتاری- هیجانی گزارش شده توسط معلم تفاوت معنی داری وجود دارد (f<۰/۰۰۱).

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد شیوع کلی اختلالات رفتاری و هیجانی درکودکان براساس دو پرسشنامه راتر فرم والدین ومعلم به ترتیب(۱۵/۹درصد) و(۲۴/۹درصد) می‌باشد که با نتایج مطالعات مناطق دیگر کشور تفاوت جزئی دارد؛ به طوری که شیوع اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان سنین دبستان شهر اصفهان با استفاده از فرم معلم راتر (۱۵/۸ درصد) (۱۴) و در کودکان سنین مدرسه بوشهر (۱۶/۸۴ درصد) (۹) در منطقه شمال غرب تبریز بر روی کودکان سنین ۵ الی ۱۶ سال بر اساس فرم معلم (۲۳ درصد) (۱۰)، در کودکان سنین دبستان شهرکرد (۴۱/۲ درصد) (۱۱) و کودکان سنین دبستان شهر ابهر (۴۳/۳ درصد) (۱۲) بوده است.

در رابطه با علت تفاوت در شیوع اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان کار[1] (۱۹۹۹) اظهار نمود، دامنه شیوع اختلالات در کودکان ۴ تا ۲۳ درصد است. یکی از علت‌های تفاوت، محل جغرافیایی و دیگری ابزار به کار گرفته شده می‌باشد(۱۴). همچنین دراین رابطه شیوع متفاوتی از اختلالات رفتاری- هیجانی از کودکان در کشورهای دیگر به دست آمده است؛ به طوری که ماتسوورا[2] و همکاران (۱۹۹۳) در پژوهش بر روی کودکان سنین دبستان کشورهای ژاپن، چین و کره بر اساس دو فرم والدین و معلم شیوع اختلالات را در ژاپن، (۳/۹ و ۱۲ درصد)، در چین(۸/۳ و ۷ درصد) و در کره(۱۴/۱ و ۱۹/۱ درصد) گزارش نموده‌اند(۸). همچنین

1. Car
2. Matsora

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

مالهوترا[1] وهمکاران(۲۰۰۲) درپژوهش بر روی کودکان سنین مدرسه شهر چاندیگرا[2] کشور هند شیوع اختلالات رفتاری وهیجانی را براساس فرم والدین و معلم به ترتیب (۷/۴۸ و ۱۰/۱۷ درصد) گزارش نموده‌اند(۱۵). مطالعات به عمل آمده در رابطه با شیوع اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان در ایران از سال ۱۳۷۹ الی ۱۳۸۲ نشان داد (۴/۵ درصد) کودکان مقطع دبستانی شهر قزوین(۹)، (۱۶/۴۸درصد) مقطع ابتدایی شهر بوشهر (۹)، (۲۳ درصد) کودکان سنین ۵ تا ۱۶ ساله منطقه غرب تبریز (۱۰)، (۴۱/۳ درصد) دبستان شهرکرد(۱۱) و (۴۳/۳ درصد) مقطع ابتدایی شهر ابهر(۱۲) از اختلالات هیجانی- رفتاری رنج می‌برند.

گرچه مقایسه مطالعات انجام شده در سیر زمانی در نگاه اول نشان می‌دهد که با گذشت زمان میزان شیوع اختلالات رفتاری- هیجانی درجمعیت کودک و نوجوان کشور رو به فزونی است که آن را می‌توان ناشی از افزایش فشارهای مربوط به وضعیت اقتصادی- اجتماعی جامعه دانست. همچنین این تفاوت می‌تواند ناشی از متفاوت بودن شرایط خاص فرهنگی- اجتماعی جمعیت‌های آماری مورد مطالعه در مناطق مختلف باشد و از همه مهم‌تر این که در مطالعات قبلی، مکان مطالعه به شهر یا منطقه‌ای از شهر مربوط می‌شد و نیز دامنه سنی در بعضی از مطالعات به مقطع راهنمایی مربوط می‌شد. درحالی‌که درپژوهش حاضر، مطالعه به صورت جامع‌تر (شهر و روستا) انجام شده و از ابزار راتر (فرم والدین و فرم معلمان) جهت بررسی استفاده گردیده است وهمچنین به‌طور اختصاصی‌تر فقط دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

در این رابطه فرشید نژاد (۱۳۸۲) طی پژوهشی نشان داد شیوع اختلالات رفتاری- هیجانی در کودکان ایرانی بین ۴ الی ۴۰ درصد گزارش گردیده است که با مطالعه حاضر همخوانی دارد(۱۴). در پژوهش حاضر اختلال کمبود توجه شایع‌ترین اختلال رفتاری گزارش شده توسط والدین (۱۳/۳ درصد) و معلم (۱۱/۱ درصد) بوده است و کم‌ترین شیوع اختلال رفتار ضد اجتماعی در گزارشات والدین (۱/۶ درصد) و معلم (۰/۴ درصد) بوده است.

در پژوهش ماتسوورا و همکاران (۱۹۹۳) شایع‌ترین اختلال گزارش شده در کودکان کشورهای ژاپن ، چین و کره براساس دو فرم والدین و معلم، رفتارهای ضد اجتماعی بوده است(۸). باتوجه به یافته‌های جاود، کندی و خان[3](۱۹۹۲) رفتار ضد اجتماعی شایع‌ترین اختلال در کودکان سنین مدرسه پاکستانی گزارش شده‌است (۱۶).

وین[4] و همکاران (۱۹۹۵) در تحقیقی بر روی کودکان چینی و امریکایی نشان دادند که تفاوت‌های رفتاری و هیجانی دراین کودکان وجود دارد؛ به طوری که کودکان چینی عمدتاً رفتارهای ضد اجتماعی و هیجانی نظیر افسردگی و اضطراب را بروز می‌دهند و کودکان امریکایی نمرات بالاتری در رفتارهای پرخاشگری و کمبود توجه دارند(۱۷). تفاوت در نتایج مطالعات می‌تواند ناشی از شیوه‌های تربیتی و فرهنگی اجتماعی حاکم بر جوامع باشد.

نتایج این مطالعه مؤید ارتباط بین شیوع کلی اختلال رفتاری- هیجانی گزارش شده توسط والدین با متغیرهای جنسیت، معدل دانش‌آموزی، رتبه تولد، سابقه صدمه به سر، هماهنگی یا ناهماهنگی والدین در تربیت کودک، سوء رفتار با کودک، شکایت از مشکلات جسمی (سردرد، آسم، درد معده یا تهوع)، سابقه فرار از مدرسه، بی‌اختیاری ادرای و مدفوع، مشکلات در خوردن و خواب بوده است. به علاوه ارتباط بین شیوع کلی

1. Malhotra
2. Malhotra
3. Javed ,Kandi & khan
4. Weine

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

اختلالات رفتاری- هیجانی در کودکان (براساس پرسشنامه راتر فرم معلم) با متغیرهای وضعیت تحصیلی، معدل، جدایی والدین، سوء رفتار با کودک و حملات قشقرق و کج خلقی نشان داد در این مطالعه گرچه شیوع کلی اختلالات رفتاری و هیجانی در پسران بالاتر از دختران بوده‌است، تفاوت معنی‌داری بین اختلال رفتاری و هیجانی گزارش شده توسط معلمین با جنسیت مشاهده نشد که با پژوهش اسفند آبادی و همکاران (۱۳۸۲) مطابقت دارد(۱۲).

مطالعات بر روی بررسی عوامل مرتبط با اختلالات رفتاری- هیجانی کودکان سنین متنوع بوده و نشان می‌دهد: عواملی چون جنسیت(۹،۸)، سن(۱۸،۱۹)، پایه تحصیلی(۱۱) تحصیلات والدین(۱۲،۱۱)، شغل والدین(۱۸) ترتیب تولد(۱۸،۹،۸) بعد خانوار(۲۱) شهری یا روستایی بودن(۲۱،۱۱،۹)، وضعیت تحصیلی کودک(۱۱،۱۲،۲۲) وجود مشکلات خواب ومشکلات‌جسمی(۲۴،۲۳) جدایی والدین(۱۸،۸)، فقدان والدین(۱۱) سوء رفتار با کودک و یا حضور در خانواده‌ای که سوء رفتار صورت می‌گیرد (۲۵) وضعیت اقتصادی(۲۰) با اختلالات رفتاری وهیجانی در کودکان مرتبط می‌باشد. وجود ارتباط بین شکایت از مشکلات جسمی به ویژه سردرد و مشکلات در خواب و خوردن با عوامل روانی در بسیاری از مطالعات مربوط به کودکان نشان داده شده است(۲۵،۲۴). همچنین بین متغیرهای فوق و وجود اختلالات رفتاری- هیجانی در کودکان رابطه معنی‌داری وجود داشته است. بعلاوه در پژوهش حاضر بین وجود اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان و به کارگیری روش تنبیه بدنی و خشونت در مقابله با رفتار کودکان در گزارش والدین رابطه‌ای مشاهده شده است که می‌تواند ناشی از ناآگاهی والدین از نحوه برخورد با کودک براساس دوره رشد و تکامل باشد و همین مسأله دلایل بروز برخی از رفتارهای غیر عادی درکودکان می‌باشد؛ به طوری‌که والدین در مقابل رفتارهای متنوع مراحل رشد با برخوردهای نادرست و تربیتی ناصحیح با آنها از روش تنبیه بدنی و خشونت استفاده می‌کنند که منجر به تشدید مشکل رفتاری- هیجانی در کودک می‌گردد. همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین شیوع اختلال رفتاری هیجانی گزارش شده توسط ولدین و معلم تفاوت وجود داشته و این تفاوت از لحاظ‌آماری معنی‌دار بوده است. این نتیجه می‌تواند ناشی از دیدگاه متفاوت والدین و معلم در بررسی رفتار کودکان باشد و نیز می‌تواند به دلیل وابسته بودن رفتار کودک به موقعیت‌ها باشد؛ به طوری که کودکان در موقعیت‌های زمانی و مکانی مختلفی ممکن است متفاوت عمل نمایند. این یافته اهمیت بررسی رفتار کودک از زوایای مختلف را آشکار می‌سازد.

براساس یافته‌های‌فوق‌پیشنهاد می‌شود دربررسی‌های روانی از کودکان وضعیت جسمی و سلامتی نیز مورد پرسش قرارگیرد و بالعکس.همچنین دربررسی مشکلات رفتاری کودکان سنین دبستان از منابع مختلف از جمله والدین، معلمان و خود کودکان استفاده شود. بنابراین عدم بررسی اطلاعات از جانب کودک و نیز عدم ارجاع کودکان مورد بررسی به روانپزشک کودکان برای تایید تشخیصی از محدودیت‌های این پژوهش بود.

سپاسگزاری

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران درتأمین اعتبار مالی، ازهمکاری اداره آموزش و پرورش شهرستان ساری و معلمان، والدین گرامی که با صبر و حوصله پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل و ما را در انجام پژوهش یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

فهرست منابع

۱- گنجی، ح. ***بهداشت روانی***- تهران- انتشارات: ارسباران ۱۳۷۶. صفحات ۹ الی ۱۰.

۲- کاپلان هارولد، آی- سادوک بنیامین- جی. ***خلاصه روانپزشکی وعلوم رفتاری***، ترجمه نصرتا... پورافکاری، تهران، انتشارات شهر آب، جلد اول ۱۳۷۹.

۳- حاتمی، محمد. بررسی میزان شیوع انواع اختلال‌های رفتاری کودکان شاهد و محروم از والدین مقطع ابتدایی مستقر در مجتمع های شبانه روزی بنیاد شهید. ***پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم انسانی***، دانشگاه تربیت معلم ۱۳۶۹ .

4- McMahon R. Diagnosis assessment and treatment of externalizing problems in children: the yoleof longitudinal. ***J. Cons. Clin. Psy.*** 1994; 62: 901-917.

5- Amminger Gp, Pape S. Relationship between childhood behavioral disturbance and later schizophrenia in the New York high risk project, ***Am. J. Psychiatry.*** 1999; 156(4): 525-30.

6- Gaddard N. Child and adolescent psychiatry, In: wright P, Stern J, Phelan M. ***Core psychiatry:*** 1 st ed Manchester: W. B. Saunders, 2000; 169-170.

7- Klykylo W M. ***Introduction to child and adolescent psychiatry.*** In: kay J, Tasman A. Lieberman JA. Psychiatry behavioral science and *cinical* essentials: 1 st ed, Pennsylvania, W. B. Saunders. 2000; p: 549.

8- Matsuura M, Okuboy, kojima T, Takahashi R, wang YF, Shen YC, et al. A cross-national prevalence of children with emotional and behaviorals. A WHO collaborative study in Western Pacific Region. ***J. Psychol. Psych*** 1993; 34(3): 307-315.

۹- کشکولی، فرامرز. بررسی همه گیر شناسی اختلالات رفتاری کودکان در مدارس ابتدایی شهرستان بوشهر، ***چکیده مقالات پنجمین همایش سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان***. ۱۸-۱۶ مهر ماه سال ۱۳۸۲. صفحه ۴۶.

۱۰- رنجبر،فاطمه.نابدل، یونس. فخاری، علی وهمکاران، شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان منطقه شمال غرب تبریز. ***مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز***، ویژه نامه ۱۳۸۲. صفحات ۵۶ الی ۶۰.

۱۱- رواقی، کیوان. مهرعلیان، حسینعلی. شاهقلیان، ناهید. بررسی شیوع اختلالات رفتاری کودکان در مدارس ابتدایی شهرکرد، ***فصلنامه پرستاری و مامایی ایران*** سال سیزدهم، شماره ۲۷، ۱۳۷۹. صفحات ۳۵تا۴۱.

۱۲- شمس اسفند آبادی، حسن. امامی پور، سوزان، صدر السادات، سیدجلال. بررسی شیوع اختلال رفتاری در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر ابهر. ***مجله توان بخشی***، شماره ۱۲، بهار ۱۳۸۲. صفحات ۳۴ الی ۴۱.

۱۳- مهریار، امیر هوشنگ، یوسفی، فریده. ***تشخیص و درمان بیماری های روانی در کودکان***، تهران انتشارات رشد، ۱۳۷۰.

۱۴- فرشیدنژاد، اکبر. بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتاری دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر اصفهان سال ۱۳۸۰ ***نشریه تحقیقات علوم رفتاری***- سال دوم- شماره ۱ بهار و تابستان ۱۳۸۳ صفحات ۳۴ الی ۴۰ .

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

15- Malhota, Sauita, Kohli, Adarsh. Aran, Priti. Prevalence of psychiatric disorders in school children in Chandigarn, India. ***Indian J. Med. Res.*** New Dehli, 2002 Jul; 116: pq. 21, 8 pqs.

16- Javed MA,kundi M2,khan PA.Emotional and behavioral problems among school children in Pakistan. ***J. Pak. Mad. Assoc.*** 1992; 42(8): 181-3.

17- Weine, AM. Philips, JS. Achenbach TM. Behavioral and emotional problems among *Chinese* and American children: parent and teacher reports for age 6 to 13. ***J. Abnorm. Child Psychol.*** 1995, 23(5): 619-39.

18- Matsuura M, Okubo Y, Kato M, Kojima T, Takashi R, Asai K, et al. An epidemiological investigation of emotional and behavioral problems in primary school children in Japan. the report of the first phase of a Who collaborative study in Western Pacific Region. ***Soc Psy. Epidl.*** 1989; 24(1): 17-22.

19- Taanila A, Ebeling H, Kotimaa A, Moilanen I, Jarvelin MR. Is a large Family a protective factor against behaviuoral and emotional problems at the age of 8 years, ***Acta. Paediatr.*** 2004; 93(4): 508-17.

۲۰- باقر زاده، نصرالدین، صادقی، حبیبا... بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان۶ تا ۱۳ ساله مدارس ابتدایی شهر یاسوج. ***چکیده مقالات پنجمین همایش سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان دانشگاه علوم پزشکی زنجان.*** ۱۳۸۲.

21- Cheah Yc, kadir AB, Jeyara jah S. prevalence of emotional and behavioral problems in Johor Bahru District school children comparing three geographical areas. ***Med J Malysia.*** 1997; 52(2): 124-33.

22- Gupta T, Verma M, Singh T, Gupta V. Prevalence of behavioral problems in school children. ***Indian J. Pediatr.*** 2001; 68(4): 323-60.

23- Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H. Piha J. Have there been chages in childrens psychosomatic symptoms? Ayo-year comparsion from Finland. ***Pediatrics.*** 2005; 115, Iss. 4, pg. e43.

24- Paayonen ET, Almqvist E, Tamminen T, Moilanen I, Phia J, Rasanen E, Aronen ET. Poor sleep and psychiatric symptoms at school: an epidemiological study. ***Eur. Child. Adol. Psy.*** 2002; 11: 10-17.

25- Mc Farlane JM, Groff Jy, O, Brien JA, Watson K. Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate violence: an analysis of 330 black, white, and Hispanic children. ***Pediatics.*** 2003; 112(3 pt1): e 202-7.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]