

بررسی مشکلات رفتاری در کودکان فلج مغزی**

نسرین جلیلی^۱، *نازیلا اکبر فهیمی^۲، سیدعلی حسینی^۳، مرجان فرضی^۴، راضیه فلسفیان^۵

چکیده

هدف: مشکلات رفتاری طیف وسیعی از مشکلات دوران کودکی را تشکیل می‌دهد. کسب اطلاعات در زمینه وسعت مشکلات رفتاری در کودکان فلج مغزی به منظور شناسایی و مدیریت این مشکلات و ارتقای خدمات روانشناختی در زمینه سلامت روانی کودکان فلج مغزی ضروری است. هدف از این مطالعه بررسی مشکلات رفتاری در کودکان فلج مغزی است.

روش بررسی: در مطالعه مقطعی حاضر، ۹۰ کودک فلج مغزی ۱۲-۴ ساله مراجعه کننده به مراکز توانبخشی شهر تهران در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹، به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری مشکلات رفتاری در این پژوهش، نسخه والدی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات بود که دارای ۵ خرده مقیاس است. اطلاعات جمع‌آوری شده با کمک جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، توصیف و با استفاده از تست‌های آماری کای-دو و رگرسیون تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان فلج مغزی ۴۳/۳ درصد می‌باشد. هم چنین نتایج میزان شیوع برحسب زیرگروه‌های طبقات تشخیصی مشکلات رفتاری پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات نشان داد که مشکل در روابط با همسالان (۸۲/۲) بیشترین و مشکلات بیش فعالی (۴/۴٪) کمترین میزان شیوع را داشتند. هم چنین بین نمره کلی مشکلات رفتاری با سطح عملکرد حرکتی درشت و بهره هوشی کودک رابطه آماری معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه درصد بالایی از کودکان فلج مغزی، مشکلات رفتاری دارند، برنامه‌های آموزشی و مداخلات روانشناختی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مشکلات رفتاری، فلج مغزی، پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- دانشجوی دکترای کاردرمانی، عضو گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- دکترای کاردرمانی، هیئت علمی و استادیار گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۴- کارشناسی ارشد روان سنجی، مشاور آمار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۵- کارشناسی کاردرمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱۹

پذیرش مقاله: ۹۱/۰۱/۱۷

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آموزشی کاردرمانی

* تلفن: ۲۲۱۸۰۰۳۷

* رایانامه:

fahimi1970@yahoo.com

این مقاله از طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگرفته شده است.



مقدمه

مشکلات سلامت روان در کودکان شیوع بالایی دارد و ۱۰ درصد از کودکان با سنین بالای پنج سال مبتلا به مشکلات سلامت روان هستند (۱). کودکان با ناتوانی به ویژه آن‌هایی که مبتلا به اختلالات مغزی مزمن هستند در مقایسه با سایر هم سن و سالهای خود، در معرض خطر بیشتری برای تجربه مشکلات سلامت روان می باشند (۲). این ریسک بالا می‌تواند در نتیجه یک رابطه مستقیم بین کارکردهای مغزی و رفتار باشد. همچنین اختلال رفتاری، حاصل تعامل کودک با محیط اطراف وی است و تجربیات اجتماعی منفی مانند احساس طرد شدن و قلدری می‌تواند در بروز ناسازگاری‌های رفتاری و هیجانی دخالت داشته باشند (۳).

اختلالات هیجانی - رفتاری به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن، پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد به طوری که بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی می‌گذارد (۴). کودکان با اختلال‌های رفتاری اغلب نسبت به نظر معلمشان و مدرسه بی تفاوت، نسبت به ادامه تحصیل بی علاقه و بی توجه به کار هستند. پیشرفت تحصیلی آن‌ها پایین بوده و اغلب در مدرسه مردود می‌شوند (۵).

فلج مغزی گروهی از کژکاری‌های دائمی رشد حرکتی و وضعیتی رادر بر می‌گیرد که به دنبال آسیب غیر پیشرونده به مغز در حال رشد و تکامل (دوره جنینی یا کودکی) روی داده و منجر به محدودیت حرکتی می‌شود. میزان شیوع این عارضه ۲ تا ۲/۵ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده گزارش شده است که بیانگر شیوع بالای این اختلال است. کژکاری حرکتی فلج مغزی اغلب با نقایص حسی، ادراکی، شناختی، ارتباطی و رفتاری و نیز صرع و مشکلات ثانویه عضلانی - اسکلتی همراه است (۶). اگرچه تحقیقات کمی درباره مشکلات روانی - اجتماعی در کودکان فلج مغزی با سطوح مختلف درگیری و تأثیر آن بر کودک و خانواده او انجام شده است اما با توجه به مشکلات مادر در طی دوره بارداری مانند فشارهای روانی و مشکلات جسمانی و مشکلات کودک فلج مغزی حین تولد یا بعد از تولد مانند نرسیدن اکسیژن به مغز - نارس بودن - کم وزن بودن و تولد زودرس آسیب پذیری بیشتری به محیط داشته و امکان بروز اختلال رفتاری در این کودکان بیشتر است. سندرم‌های تأخیر در رشد و صرع‌های کنترل و درمان نشده نیز می‌توانند با رفتارهای نابهنجار در این کودکان، رابطه داشته باشد (۷).

مطالعات کمی در رابطه با بررسی مشکلات رفتاری در کودکان فلج مغزی انجام شده است. بروسارداسین و همکاران (۲۰۱۱)

در بررسی مشکلات رفتاری کودکان فلج مغزی سن مدرسه در کشور کانادا نشان داد که میزان شیوع مشکلات رفتاری در گروه نمونه ۷۶ نفری مورد بررسی با پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات، ۳۹/۴٪ از کودکان فلج مغزی در طیف مرزی و نابهنجار قرار می‌گیرند. در طیف نابهنجار شیوع مشکلات هیجانی ۱۷/۱٪، مشکلات سلوکی ۱۵/۸٪، بیش‌فعالی ۲۳/۷٪، مشکل در روابط با همسالان ۳۸/۲٪ و مشکل در رفتارهای مطلوب اجتماعی ۲۲/۴٪ است (۷). پژوهش انجام شده توسط سیگارداردوتیر و همکارانش (۲۰۱۰) بر روی ۳۶ کودک فلج مغزی پیش از دبستان (۴-۶ سال) در ایسلند نشان داد که طبق گزارش والدین ۴۰-۵۰٪، و طبق گزارش معلمان ۶۵-۶۰٪ از کودکان فلج مغزی مشکلات جدی رفتاری و هیجانی دارند (۸).

میزان شیوع مشکلات رفتاری در پژوهشی که توسط پارکس و همکارانش (۲۰۰۸) بر روی ۸۱۸ نفر از کودکان فلج مغزی ۱۲-۸ سال در ۸ کشور اروپایی با پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات انجام گرفت ۴۰٪ گزارش شده است (۹). در پژوهش انجام شده توسط صالح (۲۰۰۷) بر روی ۲۱۹ نفر از کودکان فلج مغزی ۱۲-۶ سال مراجعه کننده به کلینیک‌های فیزیوتراپی در غزه میزان شیوع مشکلات رفتاری گزارش شده توسط والدین ۳۷٪ و شیوع مشکلات رفتاری گزارش شده توسط درمانگران ۴۴/۷٪ می‌باشد (۱۰). گودمن و گراهام (۱۹۹۶) در مطالعه خود ۴۲۸ کودک فلج مغزی همی‌پلژیک ۱۶-۲/۵ سال را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که مشکلات روانپزشکی در این کودکان شیوع بالایی دارد و بیش از نیمی از این کودکان بر اساس ارزیابی‌های انفرادی ۶۱٪ و بر اساس قضاوت والدین ۵۴٪ کودکان مشکلات روانشناختی دارند. در این مطالعه شیوع مشکلات هیجانی ۲۵٪، اختلال سلوک ۲۴٪، بیش‌فعالی وضعیتی ۱۳٪، بیش‌فعالی نافذ ۱۰٪ و اوتیستیک و دیگر اختلالات بسیار نادر هستند و تقریباً شیوع ۳٪ دارد (۱۱). هدف از این مقاله بررسی مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان ۱۲-۴ ساله فلج مغزی شهر تهران و بررسی برخی از عوامل مؤثر بر آن است.

روش بررسی

مطالعه مقطعی - توصیفی حاضر (دی ماه ۱۳۸۹ - مرداد ۱۳۹۰) با هدف بررسی مشکلات رفتاری کودکان فلج مغزی شهر تهران و عوامل مرتبط با آن صورت گرفت. جامعه هدف کلیه کودکان مبتلا به فلج مغزی در شهر تهران بودند. روش نمونه‌گیری بر اساس جامعه در دسترس بود که از بین مراجعین به مراکز توانبخشی دولتی و خصوصی سطح شهر تهران که مایل به شرکت در طرح بودند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص فلج مغزی



مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان به کار می رود. این ابزار در کشور انگلستان طراحی شده است و پنج زیر گروه اصلی از طیف علائم روانپزشکی را ارزیابی می کند: مشکلات سلوکی، پرفعالیتی، علائم هیجانی، مشکلات با همسالان و رفتار مطلوب اجتماعی. مجموع چهار مورد اول "نمره کلی مشکلات" را به دست می دهد (۱۳). ۱۰ پرسش به ارزیابی مشکلات و ۱۵ پرسش به ارزیابی نوع دوستی اختصاص دارد. پنج پرسش به صورت معکوس و هر پرسش، در دامنه سه درجه ای مقیاس لیکرت به صورت صفر (درست نیست)، یک (گاهی درست است)، و دو (حتماً درست است) نمره گذاری می شود. هر زیر مقیاس دربردارنده پنج پرسش و دامنه نظری نمره توانایی ها از صفر تا ۱۰ و نمره کلی مشکلات از صفر تا ۴۰ است و نمره بیشتر از ۱۶ در طیف غیر طبیعی قرار می گیرد و نشان از وجود اختلال است (۱۴-۱۵). این پرسشنامه، دارای نسخه های مخصوص والد ۱۶-۳ سال، مخصوص آموزگار ۱۶-۳ سال (۱۳) و نسخه خودگزارشگر ۱۶-۱۱ سال (۱۶) می باشد. روایی این پرسشنامه در ایران توسط دکتر تهرانی دوست و همکارانش انجام شد که نتایج تحقیق نشان داد که حساسیت و ویژگی نظر والدین در مورد نمره کلی مشکلات و توانایی های کودکان ۷۴٪ و ۹۵٪ است (۱۵). هم چنین از تست اسپارکل جهت بررسی بهره هوشی کودکان در سه سطح کمتر از ۵۰، ۵۰-۷۰ و بالای ۷۰ استفاده گردید (۱۷). در این پژوهش از نسخه والدی برای کودکان فلج مغزی ۱۲-۴ سال استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری شاخص های مرکزی و پراکندگی، مجذور کای، آزمون رگرسیون

توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب کودکان و سن بین ۱۲-۴ سال بود و معیارهای خروج شامل سایر تشخیص ها، سن کمتر از ۴ سال و بیشتر از ۱۲ سال و عدم رضایت خانواده جهت شرکت در طرح بود. تعداد ۱۲۲ کودک در مطالعه وارد شدند که پس از بررسی پرونده پزشکی آنها، تعداد ۳۲ نفر از آنها به علت سن نامناسب و عدم رضایت خانواده و تکمیل نکردن پرسشنامه از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۹۰ کودک در طرح شرکت داده شدند. پس از کسب رضایت از والدین، اطلاعات تاریخچه ای مرتبط با کودک از طریق پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و بهره هوشی کودک با مشاهده و ارزیابی کودک با آزمون اسپارکل بررسی شدند. سطح عملکرد حرکتی درشت کودک بر اساس سیستم طبقه بندی عملکرد حرکتی درشت^۱ و مشکلات رفتاری کودک با پرسشنامه توانایی ها و مشکلات^۲ سنجیده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی، آزمون رگرسیون و مجذور کای استفاده گردید. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است. برای لحاظ کردن مسائل اخلاقی، اطلاعات بدون نام گرفته شد و والدین کودکان مورد مطالعه رضایت نامه کتبی پر نمودند. به منظور گردآوری داده های پژوهش از ابزارهای زیر بهره گرفته شد:

۱- سیستم طبقه بندی عملکرد حرکتی درشت (GMFCS): این مقیاس یک سیستم طبقه بندی استاندارد ۵ سطحی، برای اندازه گیری شدت ناتوانی حرکت در کودکان فلج مغزی بر اساس حرکات فعال با تأکید بر نشستن و راه رفتن است. دامنه نظری نمره ها از ۵-۱ است که به ترتیب بر شدت درگیری حرکتی افزوده می شود و روایی و پایایی آن در ایران نیز انجام شده است (۱۲).
۲- پرسشنامه توانایی ها و مشکلات (SDQ): این پرسشنامه یک ابزار غربالگری کوتاه است که به طور فزاینده ای در تعیین

جدول ۱- ویژگی های جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=۹۰)

متغیر	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار
سن کودک	۴-۶ سال	۶۰ نفر	۶۶/۷	۲/۲۳
	۷-۹ سال	۱۹ نفر	۲۱/۱	
	۱۰-۱۲ سال	۱۱ نفر	۱۲/۲	
جنسیت	دختر	۴۲ نفر	۴۶/۷	-
	پسر	۴۸ نفر	۵۳/۳	-
	سطح ۱	۲۲ نفر	۲۴/۴	-
	سطح ۲	۳۲ نفر	۳۵/۶	-
	سطح ۳	۱۱ نفر	۱۲/۲	-
عملکرد حرکتی درشت	سطح ۴	۱۵ نفر	۱۶/۷	-
	سطح ۵	۱۰ نفر	۱۱/۱	-
	کمتر از ۷۰	۴۴ نفر	۴۸/۹	-
بهره هوشی کودک	بیشتر از ۷۰	۴۶ نفر	۵۱/۱	-



لجستیک استفاده شده است. تعداد کودکان مبتلا به فلج مغزی مورد مطالعه ۹۰ نفر بوده که ۵۳/۳ درصد (۴۸ نفر) پسر و ۴۶/۷ درصد (۴۲ نفر) دختر بودند. میانگین سنی کودکان شرکت کننده در پژوهش ۶/۳۱ و اکثریت کودکان (۶۶/۷ درصد) در گروه سنی ۴-۶ سال بودند. کودکان در این پژوهش از نظر بهره هوشی به دو گروه تقسیم شدند، و همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌کنید اکثریت کودکان بهره هوشی بالای ۷۰ دارند.

جدول ۲- فراوانی و درصد کودکان فلج مغزی بر حسب شدت مشکلات هیجانی- رفتاری

متغیر	بهنجار		مرزی		نابهنجار		میانگین	انحراف معیار
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
نمره کلی مشکلات رفتاری	۳۰	۳۳/۳	۲۱	۲۳/۳	۳۹	۴۳/۳	۱۵/۸۳	۴/۱۱
مشکلات هیجانی	۴۲	۴۶/۷	۱۵	۱۷/۷	۳۳	۳۶/۷	۳/۵۶	۲/۴۰
مشکلات سلوکی	۴۲	۴۶/۷	۱۸	۲۰/۰	۳۰	۳۳/۳	۲/۹۰	۱/۴۴
مشکلات بیش فعالی	۷۱	۷۸/۹	۱۵	۱۶/۷	۴	۴/۴	۴/۲۰	۱/۳۴
مشکلات روابط با همسالان	۵	۵/۶	۱۱	۱۲/۲	۷۴	۸۲/۲	۵/۰۶	۱/۵۹
روابط مطلوب اجتماعی	۵۸	۶۴/۴	۱۱	۱۲/۲	۲۱	۲۳/۳	۶/۲۱	۲/۴۰

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌کنید، میانگین نمره کلی مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به فلج مغزی ۱۵/۷۳ است و ۴۳/۳ درصد از کودکان فلج مغزی از مشکلات رفتاری رنج می‌برند. در این پژوهش مشکل در روابط با همسالان با میانگین ۵/۰۶ و شیوع ۸۲/۲ درصد، شایعترین مشکل رفتاری در کودکان فلج مغزی است. در مقابل مشکل بیش فعالی با میانگین ۴/۲۰ و شیوع ۴/۴ درصد، کمترین میزان شیوع را نشان می‌دهد. در این مطالعه، تأثیر سطح عملکرد حرکتی کودک فلج مغزی بر بروز مشکلات رفتاری در آن‌ها سنجیده شد که نتایج تحلیل آن با آزمون رگرسیون لجستیک با روش ورود همزمان، در جدول

شماره ۳ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود چون ضریب همبستگی محاسبه شده بین سطح عملکرد حرکتی کودک و نمره کلی مشکلات رفتاری کودکان فلج مغزی (۰/۲۱۰-) در سطح ۰/۰۵ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که بین سطح عملکرد حرکتی درشت و مشکلات رفتاری رابطه معنادار وجود دارد. بدین معنا که با افزایش شدت فلج مغزی، مشکلات رفتاری کاهش می‌یابد. طبق ضریب رگرسیون برآورد شده (۰/۰۴۴)، تنها ۴ درصد مشکلات رفتاری در کودکان فلج مغزی توسط شدت فلج مغزی آنان پیش بینی می‌شود.

جدول ۳- ضریب همبستگی و رگرسیون بین سطح عملکرد حرکتی درشت و مشکلات رفتاری

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب رگرسیون	خطای استاندارد برآورد
نمره کلی مشکلات رفتاری	-۰/۲۱۰	۰/۰۴۷	۰/۰۴۴	۴/۰۴۹
سطح عملکرد حرکتی درشت	-۰/۲۵۴	۰/۰۲۰	۰/۰۶۰	۱/۵۵۹
روابط مطلوب اجتماعی	-۰/۱۰۰	۰/۳۴۹	۰/۰۱۰	۲/۴۰۷

با توجه به مقدار ضریب همبستگی محاسبه شده (۰/۲۵۴-) می‌توان نتیجه گرفت که در سطح ۰/۰۵، بین سطح عملکرد حرکتی درشت و روابط با همسالان رابطه معنادار وجود دارد. بدین معنا که با افزایش شدت فلج مغزی، روابط با همسالان کاهش می‌یابد. طبق ضریب رگرسیون برآورد شده (۰/۰۶)، تنها ۶ درصد مشکلات در روابط با همسالان در کودکان فلج مغزی توسط شدت فلج مغزی آنان پیش بینی می‌شود.

در این پژوهش با سطح معناداری ۰/۳۹۴ رابطه معناداری بین سطح عملکرد حرکتی درشت و روابط مطلوب اجتماعی دیده نشد. بدین معنا که شدت فلج مغزی بر افزایش یا کاهش مشکلات رفتاری کودک در زمینه روابط مطلوب اجتماعی، تأثیر قابل ملاحظه‌ای ندارد. طبق ضریب رگرسیون مشاهده شده در جدول شماره ۳، تنها ۱ درصد مشکل در روابط مطلوب اجتماعی توسط شدت فلج مغزی آنان پیش بینی می‌شود.



جدول ۴- نتایج آزمون همخوانی مجذور کای مربوط به رابطه هوش با مشکلات رفتاری

بهره هوشی	/ دامنه مقیاس	قراوانی مشاهده شده	قراوانی انتظار	ضریب کای	سطح معناداری
کمتر از ۷۰	نمره کلی مشکلات رفتاری	۹	۱۴/۷	۶/۸۸۳	۰/۰۳۲
		۱۱	۱۰/۳		
		۲۴	۱۹/۱		
		۲۱	۱۵/۳		
		۱۰	۱۰/۷		
۷۰ و بالاتر	روابط با همسالان	۱۵	۱۹/۹	۶/۲۶۷	۰/۰۴۴
		۴	۲/۴		
		۲	۵/۴		
		۳۸	۳۶/۲		
		۱	۲/۶		
کمتر از ۷۰	روابط مطلوب اجتماعی	۹	۵/۶	۲۵/۹۳۴	۰/۰۰۰
		۳۶	۳۷/۸		
		۱۷	۲۸/۴		
		۸	۵/۴		
		۱۹	۱۰/۳		
۷۰ و بالاتر		۴۱	۲۹/۶		
		۳	۵/۶		
		۴	۱۰/۷		

توجه سن و جنس کودک متفاوت است (۱۸). میانگین نمره کلی مشکلات رفتاری کودکان فلج مغزی در این پژوهش (۱۵/۷) که در مقایسه با مطالعه بروسارد-راسین بر روی کودکان فلج مغزی در کانادا (۱۱/۹۶) (۷) و پارکس بر روی کودکان فلج مغزی در اروپا (۱۲/۴) (۹) و هم چنین در مقایسه با جمعیت کودکان سالم در بریتانیا (۸/۴)، دانمارک (۵/۴)، سوئد (۶/۳) و آلمان (۸/۱) بالاتر است (۱۹). احمد صالح در مطالعه خود شیوع مشکلات رفتاری گزارش شده توسط والدین در کودکان فلج مغزی را ۳۷٪ و شیوع مشکلات رفتاری گزارش شده توسط درمانگران را ۴۴/۷٪ بیان کرده است (۱۰). پارکس در مطالعه خود شیوع نمره کلی مشکلات رفتاری در کودکان فلج مغزی را ۲۳/۹٪ (۹) و بروسارد-راسین ۲۷/۶٪ (۷) گزارش داده است. گودمن و گراهام در مطالعه خود بر اساس گزارش والدی میزان بالاتری از مشکلات روانشناختی را در کودکان همی پلژی ۱۶-۲ ساله ۵۴٪ و در کودکان ۱۰-۶ ساله ۵۵٪ گزارش داده است (۱۱). اگرچه تاکنون مطالعه ای در ایران مربوط به بررسی مشکلات رفتاری در کودکان فلج مغزی انجام نشده است اما در رابطه با بررسی مشکلات رفتاری در کودکان سالم پژوهش های مختلفی صورت گرفته است. میزان شیوع اختلال رفتاری در پژوهش اسفندآبادی (۱۳۸۰) بر روی دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر ابهر ۴۳/۳٪ (۵)،

نتایج آزمون آماری مجذور کای در ارتباط با بررسی رابطه بهره هوشی با نمره کلی مشکلات رفتاری با ضریب کای ۶/۸۸۳ و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ نشان می دهد که بین این دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد و در کودکان با بهره هوشی کمتر از ۷۰، مشکلات رفتاری بیشتری دیده می شود. هم چنین در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ و با ضریب کای ۶/۲۶۷، بین بهره هوشی کودک و روابط با همسالان رابطه معناداری دیده می شود.

طبق نتایج تحلیلی داده ها، در دو سطح $P < 0/05$ و $P < 0/01$ با ضریب کای ۲۵/۹۳۴، رابطه معناداری بین روابط مطلوب اجتماعی و بهره هوشی کودک وجود دارد. بدین معنا که روابط اجتماعی مطلوب تر در بهره هوشی بالاتر، قابل ملاحظه تر است.

بحث

نتایج این مطالعه نشان می دهد که درصد زیادی از کودکان فلج مغزی در معرض خطر بالای مشکلات سلامت روان هستند، بطوری که ۶۶/۶٪ از این کودکان در نمره کلی مشکلات رفتاری در طیف ناپهنجار و مرزی قرار می گیرند. و حدود ۴۳/۲٪ از آنها طبق نسخه والدی پرسشنامه توانایی ها و مشکلات، نمره کلی رفتاری بیش از ۱۶ را کسب کرده و در طیف ناپهنجار قرار می گیرند. میزان شیوع این اختلال در کشورهای مختلف و با



درشت نشان می‌دهد. در حالی که رابطه معناداری بین سطح عملکرد حرکتی درشت و مشکل در روابط مطلوب اجتماعی دیده نشده است. بعضی از ارتباطات ممکن است اینگونه توضیح داده شود که کودکان با نقایص حرکتی شدید ممکن است توانایی کمتری جهت مشارکت در رفتارهای نامناسب مانند سرقت، دعوا، تقلب، حواسپرتی و بی‌قراری داشته باشند بنابراین کمتر مستعد اختلال سلوک یا بیش‌فعالی هستند. از سوی دیگر هرچه سطح حرکتی کودک بهتر باشد، تفاوت در توانایی‌های عملکردی برای کودکان مبتلا به انواع فلج مغزی خفیف در مقایسه با همسالان خود، بیشتر استرس را می‌باشد. هم چنین محققین بیان کرده‌اند که زندگی کودکان مبتلا به فلج مغزی خفیف می‌تواند با استرس همراه باشد به ویژه هنگامی که آنها احساس کنند که نقص آن‌ها کاملاً آشکار است و همیشه باقی خواهد ماند در نتیجه نمی‌توانند در دوران مدرسه برای فعالیت‌های ورزشی انتخاب شوند و برای انجام فعالیت‌های مراقبت از خود نیاز به کمک داشته باشند. برخی از محققین نیز مؤید این نکته می‌باشند (۲۳، ۹، ۷).

همان‌طور که ذکر شد در این مطالعه از نسخه والدی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات استفاده شد، اما نسخه خودگزارشگر که توسط کودک تکمیل می‌گردد ممکن است نتایج متفاوتی را نشان دهد.

نتیجه‌گیری

از مجموع یافته‌های پژوهش چنین استنباط می‌شود که مشکلات رفتاری در کودکان فلج مغزی شیوع بالایی دارد. شایعترین مشکل رفتاری در کودکان فلج مغزی، مشکل در روابط با همسالان است. متأسفانه به دلیل عدم آگاهی والدین و معلمان در مورد مشکلات رفتاری، شناخت و تشخیص به هنگام این دسته از اختلالات به تأخیر می‌افتد به همین دلیل این افراد دچار مشکلات عاطفی - اجتماعی و یادگیری می‌شوند. به همین دلیل غربال و تشخیص به موقع این مشکلات سبب برنامه‌ریزی‌های مدون جهت درمان و کنترل این دسته از اختلالات می‌گردد.

مهمترین محدودیت‌ها و مشکلاتی که در این پژوهش وجود داشت می‌توان به همکاری نامناسب از سوی مدیران بعضی از مراکز توانبخشی، عدم همکاری مناسب از سوی برخی والدین جهت تکمیل پرسشنامه، عدم اجرای سایر آزمون‌ها در کنار فرم گزارش والدین اشاره کرد.

مطابق یافته‌های این تحقیق مواردی بعنوان پیشنهاد ارائه می‌گردد:

پژوهش خوشبایی (۱۳۸۶) بر روی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر ایلام ۱۰/۲٪ (۲۰) و پژوهش خدام و همکاران (۱۳۸۸) بر روی کودکان سن مدرسه شهر گرگان ۱۸/۴٪ (۲۱) گزارش شده است. اختلاف موجود در شیوع مشکلات رفتاری در مطالعات مختلف را می‌توان به تفاوت در شرایط خانوادگی، فرهنگی، روانی-اجتماعی حاکم بر زندگی کودک و هم‌چنین به دلیل استفاده از ابزارهای گوناگون روان‌سنجی و متدولوژی‌های مختلف نسبت داد.

در این پژوهش مشکل در روابط با همسالان شایعترین مشکل رفتاری کودکان فلج مغزی (۸۲/۲٪) می‌باشد که این نتیجه همسو با مطالعات اخیر است که کودکان فلج مغزی در مقایسه با کودکان سالم در معرض خطر تجربه مشکلات بیشتری در روابط با همسالان هستند (۲۳-۹، ۷). این مسئله ممکن است ناشی از نگرش همسالان به کودکان با ناتوانی است. این مطالعه به شفاف سازی ارتباطات بین خطر تجربه مشکلات روانشناختی و عوامل مرتبط با کودک کمک می‌کند.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که کودکان با نقایص ذهنی (بهره هوشی کمتر از ۷۰) در معرض خطر بالاتری برای تجربه مشکلات رفتاری هستند و با $P < 0/05$ اختلاف معناداری بین نمره کلی مشکلات رفتاری و بهره هوشی کودک وجود دارد. مطالعات قبلی نیز مؤید این مسئله است که مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان با نقایص ذهنی بیشتر است و می‌تواند در نتیجه ارتباط بین رفتار- مغز باشد. هم چنین در این نمونه، خرده مقیاس مشکل در روابط با همسالان و روابط مطلوب اجتماعی با بهره هوشی کودک رابطه معناداری دارد و کودکان با بهره هوشی کمتر از ۷۰ مشکل بیشتری در روابط با همسالان خود دارند و کودکان با بهره هوشی بالاتر، روابط اجتماعی مطلوب‌تری دارند. نتایج این مطالعه همسو با نتایج مطالعه پارکس (۲۰۰۸)، کیتچنر (۲۰۰۵) و ملتنو (۲۰۰۱) است. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد سطح عقب‌ماندگی ذهنی بر نوع اختلالات رفتاری تأثیرگذار است. رفتارهای مخرب بیشتر در کودکان با عقب‌ماندگی خفیف (بهره هوشی ۷۰-۵۰) و رفتارهای سایکوتیک، خودزنی، رفتارهای اوتیستیک و کلیشه‌ای بیشتر در کودکان با عقب‌ماندگی ذهنی شدید مشاهده می‌گردد. نتایج این مطالعه نا همسو با مطالعه بروسارد-راسین است (۷).

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که کودکان با نقایص عملکردی بیشتر، کمتر در معرض خطر مشکلات رفتاری و کسب نمره بالای ۱۶ هستند و با $P < 0/05$ اختلاف معناداری را بین رابطه نمره کلی مشکلات رفتاری و روابط با همسالان با سطح عملکرد حرکتی



رفتاری را می‌سنجند.

تشکر و قدردانی

در این جا محققین بر خود لازم می‌دانند که از همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که از این مطالعه حمایت مالی نمودند، همکاران محترم کاردرمانگر، مدیران مراکز توانبخشی شهر تهران و کلیه والدین محترم که با صرف وقت ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی (شماره ۶۰) است.

۱- بر اساس نتایج این پژوهش، تقریباً ۴۳٪ از کودکان فلج مغزی از مشکلات رفتاری رنج می‌برند. از آنجا که مشکلات رفتاری بر عملکرد تحصیلی تأثیر منفی می‌گذارد و باعث بروز مشکلاتی از سوی آنها در کلاس درس می‌شود، این امر لزوم توجه به مشکلات رفتاری به اندازه‌ی مشکلات حرکتی را می‌طلبد.
 ۲- برای والدین این کودکان یک سری کلاس‌های آموزشی در مورد ماهیت مشکلات رفتاری، شیوه‌های شناسایی آن و نحوه برخورد صحیح برگزار شود تا بتوانند در صورت لزوم اقدامات لازم را برای مراجعه بهنگام جهت درمان داشته باشند.
 ۳- استفاده از فرم گزارش معلمان و سایر ابزارهایی که مشکلات

منابع:

- Blair M, Stewart-Brown S, Waterston T, Crowther R. Child public health: Oxford Univ Pr; 2010.
- Goodman R. Brain disorders. In: Rutter M, Taylor EA, editors. Child and adolescent psychiatry. Malden MA: Wiley-Blackwell; 2002, pp: 241-60.
- Goodman R. The longitudinal stability of psychiatric problems in children with hemiplegia. J Child Psychol Psychiatry. 1998;39(3):347-54.
- Ghobaribanab B, Parand A, Hoseinkhanzadeh Firoozjah A, Movaleli G, Nemati S. Prevalence of behavioral problems of elementary school students in Tehran. Research on Exceptional Children 2009;9(3):223-38.
- Shams -Esfandabadi H, Emamipoor S, sadralsadat S. [The prevalence of Behavioral disorder in elementary school students in Abhar(Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2003;12(3):34-41.
- Prudente CO, Barbosa MA, Porto CC. Relation between quality of life of mothers of children with cerebral palsy and the children's motor functioning, after ten months of rehabilitation. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(2):149-55.
- Brossard-Racine M, Hall N, Majnemer A, Shevell MI, Law M, Poulin C, et al. Behavioural problems in school age children with cerebral palsy. Eur J Paediatr Neurol. 2012;16(1): 35-41.
- Sigurdardottir S, Indredavik MS, EIRIKSDOTTIR A, Einarsdottir K, Gudmundsson HS, Vik T. Behavioural and emotional symptoms of preschool children with cerebral palsy: a population-based study. Dev Med Child Neurol. 2010;52(11):1056-61.
- Parkes J, White-Koning M, Dickinson HO, Thyen U, Arnaud C, Beckung E, et al. Psychological problems in children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. J Child Psychol Psychiatry. 2008;49(4):405-13.
- Saleh S, Thabet A, Vostanis P. Prevalence of emotional and behavioral problems in Cerebral Palsy Children in Gaza Strip. Arabpsynet E Journal. 2007;15(16):174-9.
- Goodman R, Graham P. Psychiatric problems in children with hemiplegia: cross sectional epidemiological survey. BMJ. 1996; 312 (7038): 1065.
- Dehghan L, Abdolvahab M, Bagheri H, Dalvand H, Faghieh zade S. Inter rater reliability of Persian version of Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised in patients with cerebral palsy. 2. [Research]. 2011;18(91):37-44.
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry. 1997;38(5):581-6.
- Gharahbaghi F, Aguilar-vafaei M. Psychometric Properties of Persian Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in a Sample of Iranian Children. Iranian J Child Psychol Psychiatry. 2009;15(3): 231-41.
- Tehrani DM, Shahrivar Z, Pak Baz B, Rezaei A. Validity of farsi version of strengths and difficulties questionnaire (SDQ). Advances in cognitive science. 2007; 8(4):33-9.
- Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1998;7(3):125-30.
- Colver A. Study protocol: SPARCLE—a multi-centre European study of the relationship of environment to participation and quality of life in children with cerebral palsy. BMC Public Health. 2006;6(1):105.
- Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. J Child Psychol Psychiatry. 1999;40(5):791-9.
- Obel C, Heiervang E, Rodriguez A, Heyerdahl S, Smedje H, Sourander A, et al. The strengths and difficulties questionnaire in the Nordic countries. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004;13(2):32-9.
- Khoushabi K, Moradi S, Shojaei Setareh HAGH, Dehshiri GHR, Isamorad A. [THE evaluation of behavioral disorder prevalence in Ilam province primary students(Persian)]. Journal Of Rehabilitation. 2007;8(29):28-33.
- Khodam H, Modanlou M, Ziaei T, Keshtkar AALI. [Behavioral disorders and related factors in school age children(Persian)]. Gorgan Iranian Journal Of Nursing Research. 2009;4(14): 29-37.
- Nadeau L, Tessier R. Social adjustment of children with cerebral palsy in mainstream classes: peer perception. Dev Med Child Neurol. 2006;48(5):331-6.
- Yude C, Goodman R, McConachie H. Peer problems of children with hemiplegia in mainstream primary schools. J Child Psychol Psychiatry. 1998;39(04):533-41.
- Kitchener N, Khalaf M, Raouf A, Nagy N. Behavioral Disorders in Multiply Handicapped Egyptian Children. 2005.
- Molteno G, Molteno CD, Finchilescu G, Dawes A. Behavioural and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Town, South Africa. Journal of Intellectual Disability Research. 2001;45(6):515-20.

Behavioral Problems in Children with Cerebral Palsy

Jalili N.(M.Sc.)¹, *Akbar Fahimi N.(M.Sc.)², Hosseini S.A.(Ph.D.)³, Farzi M.(M.Sc.)⁴, Falsafian R.(B.Sc.)⁵

Receive date: 8/02/2012

Accept date: 5/04/2012

- 1- M.Sc. of Occupational Therapy, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
- 2- Ph.D. Student of Occupational Therapy, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
- 3- Ph.D. of Occupational Therapy, Assistant Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
- 4- M.A. of Psychometrics, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
- 5- B.Sc. of Occupational Therapy, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

***Correspondent Author Address:**

Occupational Therapy Department, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley, DaneshjooBlv., Evin, Tehran, Iran

*Tel: +98 21 22180038

*E-mail: fahimi1970@yahoo.com

••This article is resulted from a research project in student research committee at University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences.

Abstract

Objective: Behavioral problems constitute a wide range of childhood problems. Acquiring information regarding the behavioral problems in children with cerebral palsy is essential to identify and manage such problems and to promote psychological and mental health services for children with cerebral palsy. The purpose of this study was to describe behavioral problems in children with cerebral palsy.

Materials & Methods: In a cross-sectional study, 90 children with cerebral palsy, aged 4 to 12 years, referred to rehabilitation centers in Tehran in 2011, were selected by convenient sampling method. Children were assessed using parent version of Strengths and Difficulties Questionnaire. Descriptive statistics, chi-square and logistic regression tests were used for analyzing the data.

Results: The findings showed that the prevalence of behavioral problems in children with cerebral palsy was about 43.3 percent. According to sub-groups of diagnostic class of Strengths and Difficulties Questionnaire, the highest prevalence belonged to peer problems (82.2%) and the lowest prevalence was related to hyper activity problems (4.4%). There was a significant difference between IQ level, GMFCS level and Total Difficulties Scores ($P < 0.05$).

Conclusion: As significant proportion of children with cerebral palsy suffers behavioral problems, specific educational and therapeutic programs are recommended.

Keywords: behavioral problems, cerebral palsy, Strengths and Difficulties Questionnaire