

مشکلات رفتاری کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی

*محبوبه بیات^۱ طاهره اکبر شریفی^۲ محبوبه نظری جیرانی^۳ دکتر زهرا شهریور^۴ حمید حقانی^۵

چکیده

زمینه و هدف: هر ساله هزاران کودک به دلایل مختلف در مراکز نگهداری شبانه روزی پذیرفته می شوند. کودکان ساکن در این مراکز معمولاً کسانی هستند که به دلیل بی توجهی، آزارهای جسمی، سوء مصرف مواد توسط والدین، طلاق و فقر اقتصادی - اجتماعی به این مراکز سپرده می شوند. از سوی دیگر ورود به مراکز نگهداری شبانه روزی و زندگی در این محیط نیز کودکان را در معرض مشکلات رفتاری و بهداشتی فراوانی قرار می دهد. هدف این مطالعه تعیین فراوانی مشکلات رفتاری کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران، در سال ۱۳۸۵ بود.

روش بررسی: مطالعه حاضر مقطعی و جامعه پژوهش کلیه کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری بودند تعداد نمونه ۱۰۵ کودک (۵۷ پسر و ۴۸ دختر) که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. اطلاعات مورد نیاز از طریق چک لیست مشکلات رفتاری کودکان (CBCL) از طریق مصاحبه با مربیانی که بیشترین شناخت را از کودکان و رفتار آنها داشتند، جمع آوری گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد شایع ترین اختلالات رفتاری در این کودکان به ترتیب بزهکاری (۴۴/۸ درصد)، برون گرایی (۴۰ درصد)، درون گرایی (۴۰ درصد)، مشکلات اجتماعی (۱۳/۳ درصد) و پرخاشگری (۱۱/۴ درصد) بود. همچنین برحسب امتیاز کسب شده از کل سؤالات پرسشنامه بیشتر از ۲۸ درصد از این کودکان از نظر سلامت روانی دارای اختلال بودند. آزمون کای اسکور نیز نشان داد بین مشکلات توجه و سلامت روانی با متغیر جنس ارتباط معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$)، ولی بین سایر اختلالات رفتاری با جنس، سن و مدت زمان سکونت در مراکز ارتباط معنی دار وجود نداشت.

نتیجه گیری: براساس یافته های بدست آمده از این مطالعه و نتایج سایر تحقیقات انجام شده در کشورهای دیگر، توجه بیشتر و رسیدگی به وضعیت سلامتی این گروه از کودکان و انجام مطالعات بیشتر در خصوص بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روانی آنها توصیه می گردد.

کلید واژه ها: مشکلات رفتاری، کودکان، مراکز نگهداری شبانه روزی

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۰/۱۶، تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۲/۲۵

^۱ کارشناس ارشد پرستاری و بهداشت کودک و خانواده، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران، (*مؤلف مسؤول)

^۲ مربی گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ مربی گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۴ دانشیار روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

^۵ مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

یکی از مسایل بحرانی در سال های اخیر، تأمین محیط فیزیکی و اجتماعی سالم و مناسب برای کودکان که بزرگترین سرمایه ملی هر جامعه هستند می باشد. زیرا عواملی که موجب بر هم زدن محیط زندگی کودک می شوند، می توانند سلامتی وی را نیز تحت تأثیر قرار دهند.^(۱) بنابراین باید زمینه های مناسب جهت مراقبت، پرورش و اجتماعی شدن کودکان توسط جوامع فراهم گردد.^(۲) مشکلاتی از قبیل عملکرد نادرست خانواده، سوء رفتار، فقر، تک والدی، سوء مصرف مواد توسط والدین و بی سرپرستی از جمله این عوامل می باشند که در اغلب موارد منجر به سپردن کودکان به مراکز نگهداری شبانه روزی می شوند.^(۳)

مطالعات نشان می دهند جمعیت کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه روزی هر ساله رو به افزایش می باشد بطوریکه از سال ۱۹۸۰ تاکنون این جمعیت به ۳ برابر رسیده است و در حال حاضر بیش از ۵۳۰۰۰۰ کودک در ایالات متحده آمریکا در این مراکز نگهداری می شوند.^(۴) طبق آمار بدست آمده از مرکز اطلاعات و آمار ایران نیز بیش از ۴۰۰۰ کودک در مراکز نگهداری شبانه روزی استان تهران نگهداری می شوند.^(۵)

کودکانی که در این مراکز زندگی می کنند معمولاً کسانی هستند که بدلیل بی توجهی، آزارهای جسمی، سوء مصرف مواد توسط والدین و طلاق به این مراکز سپرده می شوند و درصد بیشماری از این کودکان از پایین ترین اقشار اجتماعی - اقتصادی جامعه می باشند.^(۶)

Behrman و همکاران (۲۰۰۴) از این گروه به عنوان «کودکانی که در معرض خطرات جدی قرار دارند» نام برده و می نویسند: این کودکان غالباً دچار مشکلات مزمن بهداشتی می باشند که مسائل «روانی- آموزشی»

در رأس آنها قرار دارد. این کودکان اغلب دچار افسردگی و احساس عدم امنیت بوده و ممکن است در تمام طول عمر خویش در برقراری ارتباط صمیمانه با دیگران مشکلات فراوانی داشته باشند.^(۷) شیوع مشکلات حاد و مزمن بهداشتی در این گروه از کودکان بیشتر از سایر کودکان است. این مشکلات اغلب شامل مسائل رشد و تکامل، مشکلات درمانی، عاطفی و بیماریهای جسمی و روانی می باشد.^(۸) به طوری که مطالعه فتی و همکاران (۱۳۷۸) که در کودکان ۱۲-۶ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران انجام شده است نشان داد ۸۰/۳ درصد نمونه ها از نظر رشد اجتماعی در حد متوسط و ضعیف بوده و دارای مشکلاتی در برقراری ارتباط با دیگران بودند.^(۸) در مطالعه بوستانی و تشکری (۱۳۷۵) در شیراز نیز نتایج نسبتاً مشابه به دست آمده است.^(۹)

از سوی دیگر این کودکان به دلیل محیطی که در آن زندگی می کنند نیز در معرض خطرات فراوانی قرار دارند.^(۱۰) در واقع می توان گفت: هرچند این کودکان از محیط های خطرناک و غفلت والدین و اطرافیان خود رهایی می یابند ولی با ورود به این مراکز نیز با مشکلات فراوان دیگری روبرو می شوند و ورود به این سیستم مراقبتی آنها را در معرض مشکلات رفتاری، روانی و بهداشتی فراوانی قرار می دهد.^(۱۰) بنابراین نظر به این که کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه روزی از نظر محیط رشد فعلی و وضعیت قبلی خانوادگی با کودکان دیگر متفاوت هستند، پژوهشگر بر آن شد مطالعه ای در خصوص بررسی فراوانی مشکلات رفتاری در کودکان سن مدرسه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران انجام دهد. هدف از انجام این مطالعه تعیین فراوانی اختلالات رفتاری کودکان سن

مدرسه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران بود.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی بود که در آن فراوانی مشکلات رفتاری و در نهایت وضعیت سلامت روانی این کودکان مورد بررسی قرار گرفت و جامعه پژوهش آن را کلیه ۱۰۵ کودک ۷-۱۱ ساله که در مراکز نگهداری شبانه روزی زندگی می کردند تشکیل می دادند. که به روش سرشماری مطالعه شد. ابزار مطالعه چک لیست مشکلات رفتاری کودکان بود که جهت بررسی سلامت روانی کودکان مورد استفاده قرار گرفت، چک لیست مورد نظر از ۱۳ سؤال در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان تشکیل شده است. پاسخ به سؤالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می باشد. بدین ترتیب که نمره «صفر» به مواردی تعلق گرفت که هرگز در رفتار کودک وجود نداشت، نمره «یک» به حالات و رفتارهایی داده شد که گاهی اوقات در کودک مشاهده می شد و نمره «دو» نیز به مواردی داده شد که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود داشت. سپس طبق چک لیست مربوطه انواع اختلالات رفتاری و در نهایت سلامت روانی کودکان به صورت فاقد اختلال، مرزی و دارای اختلال طبقه بندی شدند.

روایی ابزار پژوهش با استفاده از روش اعتبار محتوی ارزیابی شد. در رابطه با پایایی ابزار نامبرده نیز لازم به ذکر است این ابزار برای اولین بار در ایران توسط تهرانی دوست و همکارانش در سال ۱۳۸۱ از مؤسسه آکنباخ (Achenbach) خریداری و پس از ترجمه نهایی در پژوهشکده علوم شناختی و رفتاری هنجاریابی شده

و به تأیید رسیده است. در این پژوهش از فرم هنجاریابی شده این ابزار که توسط مسئولین پژوهشکده علوم شناختی و رفتاری در اختیار پژوهشگر قرار داده شده، استفاده گردید. جهت جمع آوری اطلاعات، چک لیست ذکر شده در اختیار مراقبین یا مربیانی قرار گرفت که طبق اظهار نظر مسئولین مراکز بیشترین آگاهی و شناخت را از کودک و رفتار وی داشتند. معیار حذف نمونه شامل ابتلای کودک به عقب ماندگی ذهنی بود. نمونه گیری حدود ۱/۵ ماه به طول انجامید سپس تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS و از روش آمار توصیفی و آزمون‌های ارتباطی کای دو انجام شد.

یافته ها

طبق نتایج بدست آمده در پژوهش از نظر ویژگی‌های دموگرافیک مشخص گردید: از میان واحدهای مورد مطالعه ۵۴/۳ درصد آن‌ها پسر و ۴۵/۷ درصد دختر بودند. از نظر توزیع سنی نیز بیشترین درصد نمونه‌ها در گروه سنی ۱۱ سال (۵۱/۴ درصد) و کمترین درصد در گروه سنی ۷ سال (۳/۸ درصد) قرار داشتند. همچنین ۹/۵ درصد آن‌ها در سن ۸ سال، ۱۴/۳ درصد در سن ۹ سال و ۲۱ درصد در سن ۱۰ سال بودند. از نظر مدت زمان سکونت در مراکز نگهداری شبانه‌روزی نیز ۲۰ درصد از واحدهای مورد پژوهش کمتر از ۱ سال، ۳۱/۴ درصد بین ۳-۱ سال و ۴۸/۶ درصد نیز بیشتر از ۳ سال در این مراکز سکونت داشتند. در مورد کودکانی که بیشتر از ۳ سال سابقه سکونت در مراکز نگهداری شبانه‌روزی را داشتند نیز میانگین مدت زمان سکونت ۵/۷ سال با انحراف معیار ۲/۲ به دست آمد. شیوع انواع اختلالات رفتاری در این

کودکان در جدول شماره ۱ و وضعیت سلامتی روانی کودکان در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی اختلالات رفتاری در کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران، سال ۱۳۸۵

نوع رفتار	محدوده		
	فاقد اختلال تعداد (درصد)	مرزی تعداد (درصد)	دارای اختلال تعداد (درصد)
انزوا	۷۲ (۶۸/۶)	۱۱ (۱۰/۵)	۲۲ (۲۱)
شکایات بدنی	۹۹ (۹۴/۳)	۲ (۱/۹)	۴ (۳/۸)
اضطراب و افسردگی	۶۰ (۵۶/۸)	۱۴ (۱۳/۳)	۳۱ (۲۹/۹)
مشکلات اجتماعی	۷۴ (۷۰/۵)	۱۷ (۱۶/۲)	۱۴ (۱۳/۳)
مشکلات تفکر	۸۸ (۸۳/۸)	۱۳ (۱۲/۴)	۴ (۳/۸)
مشکلات توجه و تمرکز	۵۷ (۵۴/۳)	۲۶ (۲۴/۸)	۲۲ (۲۱)
رفتارهای بزهکارانه	۳۸ (۳۶/۲)	۲۰ (۱۹)	۴۷ (۴۴/۸)
پرخاشگری	۸۴ (۸۰)	۹ (۸/۶)	۱۲ (۱۱/۴)
درونی سازی	۴۸ (۴۵/۷)	۱۵ (۱۴/۳)	۴۲ (۴۰)
برونی سازی	۵۰ (۴۷/۶)	۱۳ (۱۲/۴)	۴۲ (۴۰)

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی وضعیت سلامت روانی کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران، سال ۱۳۸۵

سلامت روانی	
محدوده	تعداد (درصد)
فاقد اختلال	۵۹ (۵۶/۲)
مرزی	۱۸ (۱۷/۱)
دارای اختلال	۲۸ (۲۶/۷)
کل	۱۰۵ (۱۰۰)

مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، بزهکاری، پرخاشگری، درون گرایی و برون گرایی با متغیرهای جنس، سن و مدت زمان سکونت در مراکز ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت و تنها بین مشکلات توجه با جنس وجود داشت ($P=0/005$) ارتباط معنی دار وجود داشت. بدین ترتیب که در این مورد نیز تعداد کودکان دارای اختلال در دختران بیشتر از پسران بود ولی بین مشکلات توجه و سن و مدت زمان سکونت در مراکز نیز ارتباط معنی دار نبود.

همچنین در بررسی ارتباط بین سلامت روانی و انواع اختلالات رفتاری با متغیرهای جنس، سن و مدت زمان سکونت در مراکز، نتایج آزمون کای اسکور نشان داد: بین سلامت روانی و جنس ($P=0/02$) ارتباط معنی دار وجود داشت بدین ترتیب که میزان موارد اختلال در سلامت روانی در دخترها (۳۵/۴ درصد) بیشتر از پسران (۱۹/۳ درصد) بود. همچنین بین سلامت روانی با سن و مدت زمان سکونت در مراکز ارتباط معنی دار وجود نداشت. نتایج بدست آمده در پژوهش همچنین نشان داد بین انزوا، شکایات بدنی، اضطراب و افسردگی،

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده نمایانگر آن بود که شایع‌ترین اختلالات رفتاری کودکان در این مطالعه شامل بزهکاری، درون‌گرایی و برون‌گرایی (به‌طور مساوی)، اضطراب و افسردگی، انزوا و مشکلات توجه (به‌طور مساوی) بودند. در نتایج مطالعه Leslie و همکاران (۲۰۰۳) نیز شایع‌ترین اختلالات رفتاری، مشکلات توجه، پرخاشگری و اضطراب و افسردگی عنوان گردیده است.^(۱۱) Kools و Kennedy (۲۰۰۳) نیز پرخاشگری، مشکلات توجه، بزهکاری و برون‌گرایی را به عنوان شایع‌ترین اختلالات رفتاری در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی ذکر کرده‌اند.^(۴) Austin (۲۰۰۴) شایع‌ترین اختلالات رفتاری در این کودکان را اضطراب و افسردگی عنوان می‌نماید.^(۱۲)

نتایج پژوهش همچنین نشان داد از نظر حالات کلی رفتاری، ۴۰ درصد نمونه‌ها بطور مساوی از نظر حالات درونی‌سازی و برونی‌سازی در محدوده دارای اختلال قرار داشتند. همچنین ۲۱ درصد نمونه‌های پژوهش دارای مشکلات توجه و تمرکز و ۱۱/۴ درصد آنان نیز دارای پرخاشگری بودند. در مطالعه مشابهی که توسط Hazel و Sweeney در سال ۲۰۰۵ در استرالیا انجام شده است مشخص گردید که میزان اختلالات برونی‌سازی در این کودکان ۵۶ درصد و میزان حالات درونی‌سازی ۲۹ درصد بوده است.^(۱۳) در مطالعه Hansen و همکاران (۲۰۰۴) نیز میزان پرخاشگری در این کودکان را ۱۷/۶ درصد و میزان مشکلات توجه و تمرکز ۱۰/۱ درصد گزارش شده است.^(۱۴)

جدول شماره ۱ همچنین نشان می‌دهد کمتر از ۴ درصد از نمونه‌های مورد پژوهش دارای مشکلات تفکر بودند. Silver و همکاران (۱۹۹۹) نیز میزان بروز مشکلات

تفکر در این گروه از کودکان را ۳۳ درصد عنوان نموده‌اند.^(۱۵) که در مقایسه با نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر به مراتب بسیار بالاتر می‌باشد.

در رابطه با وضعیت سلامت روانی واحدهای مورد پژوهش نیز نتایج نشان دادند که ۲۶/۷ درصد نمونه‌ها از نظر سلامت روانی دارای اختلال، ۱۷/۱ درصد آنان در محدوده مرزی و ۵۶/۲ درصد فاقد اختلال بوده که از نظر روانی سالم محسوب می‌شدند. در این رابطه همچنین مطالعه مشابهی که توسط Zhou و Landers در سال (۲۰۰۴) انجام شد نتایج نشان داد میزان اختلالات رفتاری در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی ایالت کالیفرنیا ۲۳ درصد و در ایالت پنسیلوانیا ۳۸ درصد بود.^(۱۶) Karlson (۲۰۰۰) در مطالعه خود میزان بروز اختلال در سلامت روانی یا وجود مشکلات رفتاری در این گروه از کودکان را ۲۳ درصد عنوان کرده است.^(۱۷) Farmer (۲۰۰۱) همچنین می‌نویسد: شیوع این اختلالات در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی بین ۵/۳۸-۱۱ درصد می‌باشد.^(۱۸) که نتایج بدست آمده در این مطالعات تقریباً مشابه نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد. از سوی دیگر در مطالعه Hansen و همکاران (۲۰۰۴)، ۴۲/۲ درصد واحدهای مورد پژوهش از نظر سلامت روانی دارای اختلال بودند.^(۱۴) نتایج حاصل از مطالعه Sweeney و Hazel (۲۰۰۵) نیز نشان داد ۵۹/۵ درصد نمونه‌ها دارای این اختلال بودند.^(۱۳) Hochstadt و همکاران (۱۹۹۹) میزان اختلالات رفتاری را در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی ایالت پنسیلوانیا ۳۸ درصد عنوان کرده‌اند.^(۱۶) در مطالعه Netwton و همکاران (۲۰۰۰) نیز مشخص گردید بر طبق چک لیست مشکلات رفتاری کودکان ۵۸ درصد از

می‌شود.^(۲۲) با توجه به یافته‌های این پژوهش در زمینه فراوانی انواع اختلالات رفتاری در این کودکان توصیه می‌شود اقداماتی مناسب در جهت تشخیص سریع و رفع به موقع اختلالات رفتاری از طریق به کارگیری روانشناسان بالینی و خدمات روانپزشکی در تمام مراکز انجام شود. همچنین توصیه می‌شود در پژوهشی مقایسه‌ای میزان بروز اختلالات رفتاری و وضعیت سلامت روانی سایر کودکان سنین مدرسه که با خانواده‌های خود زندگی می‌کنند، نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مسئولین پژوهشکده علوم شناختی و رفتاری همچنین معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامائی علوم پزشکی ایران، مسئولین بهزیستی و سایر عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم. لازم به ذکر است مطالعه فوق تحت حمایت های مالی سازمان و یا ارگان خاصی نمی باشد.

فهرست منابع

- 1- Lundy KS, Janes S. Community Health Nursing, Caring for the public Health. Bosten: Jones and Bartlett publishers; 2001. P.772.
- 2- Wong DL, Hockenberry M, Wilson D, Winkelstein M, Schwartz P. Nursing care of Infant and children. 7th ed. St.Louis: Mosby; 2005. P.698-70.
- 3- Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Nelson Text Book of pediatric. 17th ed. London: WB. saunders company; 2004. P.105-106,133-137.
- 4- Kools SG, Kennedy C. Foster child Health and Development: Implication for Primary Care. Pediatr Nurs; 2003. 29(1): 39-42.

کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی آمریکا دارای اختلالات رفتاری و به‌طور کلی دارای اختلال در سلامت روان بودند.^(۱۰) Landsverk و همکاران (۲۰۰۳) میزان شیوع این اختلالات را در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی بین ۵۰-۳۵ درصد بیان نموده‌اند.^(۲۰) در نهایت Jandes و همکاران (۲۰۰۴) می‌نویسند: تخمین زده می‌شود بین ۷۰-۳۰ درصد از این کودکان دارای اختلالات رفتاری باشند.^(۲۱) در رابطه با علل بروز اختلالات رفتاری در این کودکان Austin (۲۰۰۴) می‌نویسد: این کودکان با حوادث زیان‌آوری در زندگی روبرو شده‌اند که منجر به حضور آنان در این مراکز گردیده است. به‌طور مثال آزارها و غفلت‌های والدین، بی‌سرپناهی، خشونت و سوء استفاده والدین از مواد، از دست دادن خانواده، احساس شرم و گناه و مقصر دانستن خود در بروز این مشکلات.^(۱۲) بنابراین ریشه مشکلات مربوط به سلامتی و بهداشت این کودکان اغلب به قبل از ورود کودک به مراکز برمی‌گردد.^(۴) از دیگر عوامل مؤثر در بروز اختلالات رفتاری در این کودکان می‌توان به مواردی چون جنس، نوع ارتباط کودک با والدین در زندگی گذشته، وجود برخی معلولیت‌ها و بیماری‌های جسمی، عدم توانایی در برقراری ارتباط مناسب با دیگران، شکست در سازگاری با محیط و آزارهای جسمی و عاطفی کودکان اشاره کرد.^(۱۳) Troutman و همکاران (۲۰۰۳) در این رابطه می‌نویسند: یکی دیگر از عواملی که موجب بروز اختلالات رفتاری در این کودکان می‌شود ملاقات کودکان با والدین و افرادی است که حامی آنان محسوب می‌شوند به‌طوری‌که در برخی موارد این ملاقات‌ها منجر به آشفتگی کودکان و بروز علائمی نظیر اختلالات خواب، پرخاشگری، گریه و اختلالات دفع در مواقع قبل، حین یا بعد از ملاقات

14- Hansen RL, Mawjee FL, Barton K, Metcalf MB, Joye N. Comparing the Health Status of Low - Income Children in and out of Foster Care. *Child Welfare League Am*; 2004. 83(4): 367-380.

15- Silver J, Heacker T, Forkey H. Health Care for Young Children in Foster Care. *Young Children and Foster Care*. Baltimore: Paul H. Brookes publishing Co; 1999. P.161-193.

16- Landers GM, Zhou M. Comparing the Health Status and Health Care Utilization of Children in Georgia's Foster Care System to other Georgia Medicaid children. *Georgia Health policy cent*; 2004. 6: 128-142.

17- Karlson KL. Providing Health care for children in foster care: A Role for Advanced practice Nurses. *Pediatr Nurs*; 2000. 22(5): 418-421.

18- Farmer EM, Burns BJ, Chapman M, Philips SD, Angold A, Costello EJ. Use of Mental Health Services by Yotuh in Contact with Social Service. *Soc serv Rev*; 2001. 75: 605-624.

19- Hochstadt NJ, Jaudes PK, Zimo DA, Schachter J. The Medical and Psychosocial Needs of Children Entering foster care. *Child Abuse Negl*; 1999. 11: 53-62.

20- Landsverk JA, Garland AF, Leslie LK. Mental Health service for children Reported to Child Protective services. *Hand Book of child maltreatment*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 2002. P.487-507.

21- Jaudes PK, Bilaver LA, George RM, Masterson J, Catania C. Improving Access to Health Care for Foster Children: the Illinois Model. *Child Welfare League Am*; 2004. 83(3): 215-228.

22- Troutman B, Ryan S, Michelle Cardi MA. The Effect of Foster Care Placement on Young Children's Mental Health. 4th ed. Washington: American psychiatry Association; 2000. P.19, 3-7.

۵- اداره کل آمار و برنامه‌ریزی بودجه وزارت کشور. سالنامه آماری و سرشماری کشوری. تهران: اداره آمار و برنامه‌ریزی؛ ۱۳۸۵: ص. ۵۱.

6- Simms DM, Bolden JB. The Family Reunification project. Facilitating Regular Contact among Foster children, Biological Family and Foster Families. *psychiatr nurs Child welfare*; 2003. 12: 19.

7- Behrman R, Kliegman R, Jenson H. *Nelson Text Book of Pediatric*. 17th ed. London: WB. Saunders Company; 2004. P.105-106-133-137.

۸- فتحی آمنه، پازند افسانه. مقایسه رشد اجتماعی کودکان ۸-۱۲ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی با سایر کودکان عادی. پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی. تهران. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی؛ ۱۳۷۸: ۸۵-۷۷.

۹- تشکری مریم، بوستانی نسرين. بررسی چگونگی تأمین نیازهای نوجوانان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر شیراز. پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۵: ۱۱۵-۱۱۲.

10- Netwtton RR, Litronik AJ, Landsverk JA. Children and Youth In Foster Care. *Child Abuse Negl*; 2000. 24(10): 1363-1374.

11- Leslie LK, Harbur MS, Landsverk J, Rolls JA. Comprehensive Assessment for Children Entering foster care. *Nat Perspec, Pediatr Nurs*; 2003. 112(1): 134.

12- Austin L. Mental Health Needs of Youth in Foster Care: Challenges and Strategies. *Q Mag Nat CASA Assoc*; 2004. 20(4): 6-13.

13- Sweeney MT, Hazell P. The Mental Health and Socialization of Sibling in Care. *Children and Youth Services Review*. *Cent Ment Health Stud*; 2005. 26(9): 821-40.

Behavioral Problems of Children at age of 7-11 Years old in Foster Care Centers

*M. Bayat, MS¹ T. Akbarsharifi, MS² M. Nazari Jeirani, MS³ Z. Shahrivar, MD⁴
H. Haghani, MS⁵

Abstract

Background & Aim: Every year, thousands of children admitting in Foster Care Centres, because of several reasons. Most children live in foster care centers, as a results of neglect, physical abuse, parental substance abuse, divorce and social-economic poverty. In addition, living in Foster Care Centres cause a lot of health behavioral problems in the children. With regard to this issue, mental health status of 7-11 years old children living in foster care centres in Tehran was assessed.

Material & Method: We performed a cross-sectional study with 105 children (57 boy, 48girl) living in the centers. In this research, the sampling method was census. The required information about children's mental health was obtained by interview of the Child Behavioral Checklist (CBCL) from guardians who recognized these children on the basis of their behaviors.

Results: The result showed that the frequency of behavioral problems in these children were as follows: Delinquent (%44.8), externalizing (%40), internalizing (%40), social problems (%13.3) and aggression (%11.4). Furthermore, the obtained total scores of questionnaire showed that more than %28 of these children had mental health problems. Chi-square test showed that there were significant relationships between attentional problems and mental health with gender.

Conclusion: On the basis of these findings and the results of other studies, paying full attention, assessment and further studies on high risk groups of children were recommended.

Key Words: Mental Health, Children, Foster Care Centers

¹ MS in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Vali Asr Ave., Shahid Yasami St., Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

² Senior Lecture in the Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.

³ Senior Lecture in the Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.

⁴ Associate Professor in the Department of Child Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences.

⁵ Senior Lecturer in the Department of Statistics, School of Mangement and Medical Information, Iran University of Medical Sciences.