

## مشکلات رفتاری کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی

محبوبه بیات<sup>۱</sup>، مرضیه بیات<sup>۲</sup>، بهنام خالدی پاوه<sup>۳</sup>

۱. مربی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری الیگودرز (مؤلف مسئول)

۲. کارشناس مهندسی بهداشت محیط.

۳. مربی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پرستاری و مامایی کرمانشاه

مندیث / دوره دوم / شماره ۲ و ۳ / زمستان ۱۳۹۰

### چکیده

◊ زمینه و هدف: هر ساله هزاران کودک به دلایل مختلف در مراکز نگهداری شبانه‌روزی پذیرفته می‌شوند. کودکان ساکن در این مراکز معمولاً کسانی هستند که به دلیل بی‌توجهی، آزارهای جسمی، سوءمصرف مواد توسط والدین، طلاق و فقر اقتصادی-اجتماعی به این مراکز سپرده می‌شوند. از سوی دیگر ورود به مراکز نگهداری شبانه‌روزی و زندگی در این محیط نیز کودکان را در معرض مشکلات رفتاری و بهداشتی فراوانی قرار می‌دهد. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی مشکلات رفتاری کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران در سال ۱۳۸۵ انجام شد.

◊ مواد و روش‌ها: مطالعه به صورت مقطعی و جامعه پژوهش کلیه کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی بودند. تعداد نمونه ۱۰۵ کودک (۵۷ پسر و ۴۸ دختر) که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. اطلاعات مورد نیاز از طریق چک‌لیست مشکلات رفتاری کودکان (CBCL) و از طریق مصاحبه با مربیانی که بیشترین شناخت را از کودکان و رفتار آن‌ها داشتند جمع‌آوری گردید.

◊ یافته‌ها: نتایج نشان داد شایع‌ترین اختلالات رفتاری در این کودکان به ترتیب بزهکاری (۴۴/۸ درصد)، برون‌گرایی (۴۰ درصد)، درون‌گرایی (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 اسکوار نیز نشان داد میان مشکلات توجه با جنس و سلامت روانی با جنس ارتباط معنی‌دار وجود داشت ( $P < 0/05$ ) ولی بین سایر اختلالات رفتاری با جنس، سن و مدت زمان سکونت در مراکز ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

◊ نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های به دست آمده از این مطالعه و نتایج سایر تحقیقات انجام شده در کشورهای دیگر، توجه بیشتر و رسیدگی به وضعیت سلامت این گروه از کودکان و انجام مطالعات بیشتر در خصوص بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روانی آن‌ها توصیه می‌گردد.

◊ واژه‌های کلیدی: سلامت روانی، کودکان، مراکز نگهداری شبانه‌روزی

## مقدمه

معرض خطرات فراوانی قرار دارند.<sup>(۳)</sup> در واقع می‌توان گفت: هرچند این کودکان از محیط‌های خطرناک و غفلت والدین و اطرافیان خود رهایی می‌یابند ولی با ورود به این مراکز نیز با مشکلات فراوان دیگری روبرو می‌شوند و ورود به این سیستم مراقبتی آن‌ها را در معرض مشکلات رفتاری، روانی و بهداشتی فراوانی قرار می‌دهد.<sup>(۸)</sup> بنابراین نظر به اینکه کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی از نظر محیط رشد فعلی و وضعیت قبلی خانوادگی با کودکان دیگر متفاوت هستند، پژوهشگر بر آن شد مطالعه‌ای در خصوص بررسی فراوانی مشکلات رفتاری در کودکان سن مدرسه ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران انجام دهد. هدف از انجام این مطالعه تعیین وضعیت سلامت روانی و فراوانی اختلالات رفتاری کودکان سن مدرسه ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران بود.

## روش بررسی

در این مطالعه مقطعی ۱۰۵ کودک ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار مطالعه چک لیست مشکلات رفتاری کودکان (CBCL) بود که جهت بررسی سلامت روانی کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد، چک لیست مورد نظر از ۱۱۳ 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 می‌باشد. 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 می‌شد و نمره «دو» نیز به مواردی داده شده 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 طبقه‌بندی شد.

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 خریداری و پس از ترجمه نهایی در پژوهشکده علوم شناختی و رفتاری هنجاریابی شده و

یکی از مسایل بحرانی و عمده زمان کنونی، برقراری محیط فیزیکی و اجتماعی سالم و مناسب برای کودکان می‌باشد. زیرا عواملی که موجب برهم زدن محیط زندگی کودک می‌شوند، می‌توانند سلامت وی را نیز تحت تأثیر قرار دهند.<sup>(۱)</sup> بنابراین باید زمینه‌های مناسب جهت مراقبت، پرورش و اجتماعی شدن کودکان توسط جوامع فراهم گردد.<sup>(۲)</sup> مشکلاتی از قبیل عملکرد نادرست خانواده، سوءرفتار، فقر، تک‌والدی، سوءمصرف مواد توسط والدین و بی‌سرپرستی از جمله این عوامل می‌باشند که در اغلب موارد منجر به سپردن کودکان به مراکز نگهداری شبانه‌روزی می‌شوند.<sup>(۳)</sup> مطالعات نشان می‌دهند جمعیت کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی هر ساله رو به افزایش می‌باشد به طوری که 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 می‌شوند.<sup>(۴)</sup> طبق آمار به دست آمده از مرکز اطلاعات و آمار ایران نیز بیش از ۴۰۰۰ کودک در مراکز نگهداری شبانه‌روزی استان تهران نگهداری می‌شوند.<sup>(۵)</sup>

کودکانی که در این مراکز زندگی می‌کنند معمولاً کسانی هستند که بدلیل بی‌توجهی، آزارهای جسمی، سوء مصرف مواد توسط والدین و طلاق به این مراکز سپرده می‌شوند و درصد بی‌شماری از این کودکان از پایین‌ترین افشار اجتماعی-اقتصادی جامعه می‌باشند.<sup>(۶)</sup> بهرمن و همکاران (۲۰۰۴) از این گروه به عنوان «کودکانی که در معرض خطرات جدی قرار دارند» نام برده و می‌نویسند: این کودکان غالباً دچار مشکلات مزمن بهداشتی می‌باشند 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.<sup>(۷)</sup> 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 می‌باشد.<sup>(۸)</sup> از سوی دیگر این کودکان به دلیل محیطی که در آن زندگی می‌کنند نیز در

## جدول شماره ۱

توزیع کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی برحسب موارد اختلالات رفتاری - سال ۱۳۸۵

نوع رفتار	محدوده		فاقد اختلال		مرزی		دارای اختلال	
	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	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		
توجه و تمرکز مشکلات	۵۷	۵۴/۳	۲۶	۲۴/۸	۲۲	۲۱		
رفتار بزهکارانه	۳۸	۳۶/۲	۲۰	۱۹	۴۷	۴۴/۸		
پرخاشگری	۸۴	۸۰	۹	۸/۶	۱۲	۱۱/۴		
درونی‌سازی	۴۸	۴۵/۷	۱۵	۱۴/۳	۴۲	۴۰		
برونی‌سازی	۵۰	۴۷/۶	۱۳	۱۲/۴	۴۲	۴۰		

نتایج جدول شماره ۲ نیز وضعیت سلامت روانی واحدهای مورد پژوهش را برحسب امتیاز کسب شده از کل سؤالات پرسشنامه نشان می‌دهد.

## جدول شماره ۲

توزیع کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران بر حسب سلامت روانی - سال ۱۳۸۵

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

همچنین در بررسی ارتباط بین سلامت روانی و انواع اختلالات رفتاری با متغیرهای جنس، سن و مدت زمان سکونت در مراکز نتایج آزمون کای اسکوار نشان داد: بین سلامت روانی و جنس ( $P = ۰/۰۲$ ) ارتباط معنی‌دار 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 ( $P = ۰/۲۱۳$ ) و سلامت روانی با مدت زمان سکونت در مراکز ( $P = ۰/۷۴۷$ ) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. نتایج به دست آمده در پژوهش همچنین نشان داد بین انزوا،

به تأیید رسیده است. در این پژوهش از فرم هنجاریابی شده این ابزار که توسط مسؤولین پژوهشکده علوم شناختی و رفتاری در اختیار پژوهشگر قرار داده شده، استفاده گردید. جهت جمع‌آوری اطلاعات، چک‌لیست مربوطه در اختیار مراقبین یا مربیانی قرار گرفت که طبق اظهار نظر مسؤولین مراکز بیشترین آگاهی و شناخت را از کودک و رفتار وی داشتند. معیار حذف نمونه شامل ابتلای کودک به عقب‌ماندگی ذهنی بود. نمونه‌گیری حدود ۱/۵ ماه به طول انجامید سپس تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ و از روش آمار توصیفی و آزمون‌های ارتباطی (کای دو) انجام شد.

## یافته‌ها

طبق نتایج به دست 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. جدول شماره ۱ نمایانگر شیوع انواع اختلالات رفتاری در این کودکان می‌باشد.

سیلور و همکاران (۱۹۹۹) نیز میزان بروز مشکلات تفکر در این گروه از کودکان را ۳۳ درصد عنوان نموده‌اند<sup>(۱۵)</sup> که در مقایسه با نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر به مراتب بسیار بالاتر می‌باشد. در رابطه با وضعیت سلامت روانی واحدهای مورد پژوهش نیز نتایج نشان می‌دهد 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 لاندروز و زو در سال ۲۰۰۴ انجام شد نشان داد میزان اختلالات رفتاری در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی ایالت کالیفرنیا ۲۳ درصد و در ایالت پنسیلوانیا ۳۸ درصد بود.<sup>(۱۴)</sup> کارسون (۲۰۰۰) در مطالعه خود میزان بروز اختلال در سلامت روانی یا وجود مشکلات رفتاری در این گروه از کودکان را ۲۳ درصد عنوان کرده‌است.<sup>(۱۵)</sup> فارمر (۲۰۰۱) همچنین می‌نویسد: شیوع این اختلالات در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی بین ۱۱-۳۸/۵ درصد می‌باشد.<sup>(۱۶)</sup> که نتایج به دست آمده در این مطالعات تقریباً مشابه نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد. از سوی دیگر در مطالعه هانسن و همکاران (۲۰۰۴) بیش از ۴۰ درصد (۴۲/۲ درصد) واحدهای مورد پژوهش از نظر سلامت روانی دارای اختلال بودند<sup>(۱۲)</sup> نتایج حاصل از مطالعه سوئینی و هازل (۲۰۰۵) نیز نشان داد ۵۹/۵ درصد نمونه‌ها دارای این اختلال بودند.<sup>(۱۱)</sup> هوچستاد و همکاران (۱۹۹۹) میزان اختلالات رفتاری را در کودکان ساکن مراکز نگهداری شیکاگو ۵۶/۹ درصد عنوان کرده‌اند.<sup>(۱۷)</sup> در مطالعه نیوتن و همکاران (۲۰۰۰) نیز مشخص گردید بر طب چکلیست مشکلات رفتاری کودکان ۵۸ درصد از کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی آمریکا دارای اختلالات رفتاری و به طور کلی دارای اختلال در سلامت روان بودند.<sup>(۸)</sup> لاندزورک و همکاران (۲۰۰۳) به طور کلی میزان شیوع این اختلالات را در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی بین ۵۰-۳۵ درصد بیان نموده‌اند.<sup>(۱۸)</sup> در نهایت جاودز و همکاران (۲۰۰۴) می‌نویسند: تخمین زده می‌شود بین ۷۰-۳۰ درصد از این کودکان دارای اختلالات رفتاری باشند.<sup>(۱۹)</sup>

شکایات بدنی، اضطراب و افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، بزهکاری، پرخاشگری، درون‌گرایی و برون‌گرایی با متغیرهای جنس، سن و مدت زمان سکونت در مراکز ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت و تنها بین مشکلات توجه با جنس ( $P = ۰/۰۰۵$ ) ارتباط معنی‌دار 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 ( $P = ۰/۴۴۲$ ) و مشکلات توجه با مدت زمان سکونت در مراکز ( $P = ۰/۵۹۹$ ) نیز ارتباط معنی‌دار نبود.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نمایانگر آن است که شایع‌ترین اختلالات رفتاری کودکان در این مطالعه شامل بزهکاری، درون‌گرایی و برون‌گرایی (به طور مساوی)، اضطراب و افسردگی، انزوا و مشکلات توجه (به طور مساوی) بودند. در مطالعه لزی و همکاران (۲۰۰۳) نیز شایع‌ترین اختلالات رفتاری، مشکلات توجه، پرخاشگری و اضطراب و افسردگی عنوان گردیده است.<sup>(۹)</sup> کولز و کندی (۲۰۰۳) نیز پرخاشگری، مشکلات توجه، بزهکاری و برون‌گرایی را به عنوان شایع‌ترین اختلالات رفتاری در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی ذکر کرده‌اند.<sup>(۴)</sup> اوستین (۲۰۰۴) نیز شایع‌ترین اختلالات رفتاری در این کودکان را اضطراب و افسردگی عنوان می‌نماید.<sup>(۱۰)</sup> نتایج پژوهش همچنین نشان داد از نظر حالات کلی رفتاری، ۴۰ درصد نمونه‌ها به طور مساوی از نظر حالات درونی‌سازی و برون‌سازی 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 سوئینی و هازل در سال ۲۰۰۵ در استرالیا انجام شده است مشخص گردید که میزان اختلالات برون‌سازی در این کودکان ۵۶ درصد و میزان حالات درونی‌سازی ۲۹ درصد بوده است.<sup>(۱۱)</sup> در مطالعه هانسن 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.<sup>(۱۲)</sup> جدول شماره ۱ همچنین نشان می‌دهد کمتر از ۴ درصد (۳/۸ درصد) از نمونه‌های مورد پژوهش دارای مشکلات تفکر بودند.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مسؤولین پژوهشکده علوم شناختی و رفتاری، همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مسؤولین بهزیستی ناحیه شهر تهران و سایر عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

در رابطه با علل بروز اختلالات رفتاری در این کودکان اوستین (۲۰۰۴) می‌نویسد: این کودکان با حوادث زیان‌آوری در زندگی روبرو شده‌اند که منجر به حضور آنان در این مراکز گردیده است. به طور مثال آزارها و غفلت‌های والدین، بی‌سرپناهی، خشونت و سوءاستفاده والدین از مواد، از دست دادن خانواده، احساس شرم و گناه و مقصر دانستن خود در بروز این مشکلات.<sup>(۱۰)</sup> بنابراین ریشه مشکلات مربوط به سلامتی و بهداشت این کودکان اغلب به قبل از ورود کودک به مراکز برمی‌گردد.<sup>(۴)</sup> 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.<sup>(۱۱)</sup> تروتمن 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 به طوری که در برخی موارد این ملاقات‌ها منجر به آشفتگی کردن کودکان و بروز علائمی نظیر اختلالات خواب، پرخاشگری، گریه و اختلالات دفع در مواقع قبل، حین یا بعد از ملاقات می‌شود.<sup>(۲۰)</sup> با توجه به یافته‌های این پژوهش در زمینه شیوع 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.

**Reference:**

- 1- Lundy KS, Janes S. *Community Health Nursing, Caring for the public Health*. Bosten: Jones and Bartlett publishers, printed in U.S.A :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- BehrmanR, Kliegman R, Jenson H.Nelson *Text Book of pediatric (17 th ed)* :london: W.B. saunders company .2004.P.105, 106,133-137.
- 4- Kools S g, kennedy C. *Foster child Health and Development :Implication for Primary Care*. *Pediatric Nursing*,2003, 29(1), 39-42.
- 6- Simms D M, & Bolden J B. *The Family Reunification project. Facilitating Regular Contact Among Foster children, Biological Family and Foster Families* .*psychiatric nursing, Child welfar*,2003(12), 19
- 7- Behrman R , Kliegman R , Jenson H. *Nelson Text Book of Pediatric ,17 th ed*, London: W.B. saunders company.2004, P. 105, 106,133-137.
- 8- Netwton R R , Litronik A J , Landsverk J A. *Children and Youth In Foster Care. Child Abuse And Neglect* ,2000, 24(10), 1363-1374.
- 9- Leslie L K , Harburt M S , Landsverk J , Rolls J A . *Comprehensive Assessment for Children Entering foster care. A National Perspective*, *Pediatric Nursing*,2003, 112(1), 134.
- 10-Austin L . *Mental Health Needs of Youth in Foster Care: Challenges and Strategies*. *Quarterly Magazine of The National C A S A Association* ,2004,20(4),6-13.
- 11- Sweeney M T , Hazell P. *The Mental Health and Socialization of Sibling in Care*. *Children and Youth Services Review*. *Centre for Mental Health Studies*, 2005,26(9), 821-40.
- 12- Hansen R L , Mawjee F L , Barton K , Metcalf M B, Joye N. *Comparing the Health Status of Low - Income Children in and out of Foster Care*. *Child Welfar League Of America*,2004, 83 (4), 367-380.
- 13- Silver J , Heacker T , Forkey h. (1999). *Health Care For Young Children in Foster Care*. *Young Children and Foster Care*. Baltimore, MD: paul H .Brookes publishing co,1999,P.161-193.
- 14- Landers G M , 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 center*. 2004,(6)128-142.
- 15- Karlson, K L. *providing Health care for children In foster care: A Role for Advanced practice Nurses*. *Pediatric Nursing* 2000 , 22(5), 418-421.
- 16- Farmer E M , Burns B J, Chapman M , Philips S D , Angold A , Costello E j. *Use of Mental Health Services by Yotuh in Contact with Social Service*. *soc serv Rev*,2001, 75, 605-624.
- 17- Hochstadt N J , Jaudes P K , Zimo D A , Schachter J. *The Medical and Psychosocial Needs of Children Entering foster care*. *Child Abuse And Neglect*, 1999,11, 53-62
- 18-Landsverk J A , Garland A F , Leslie L K. *Mental Health service for children Reported to Child Protective services*. *Hand Book of child maltreatment*. Philadelphia , lippincott 2 th ed Thousand oaks.2002, 487-507.
- 19- Jaudes P K , Bilaver L A , George R M, Masterson J, Catania C. *Improving Access to Health Care for Foster Children: the Illinois Model* . *Child Welfar League of America*,2004, 83(3), 215-228.
- 20- Troutman B , Ryan S , Michelle Cardi M A . *The Effect of Foster Care Placement on Young Children's Mental Health*,4 th ed. Washington: American psychiatry Association. 2000,19,3-7.

## Behavioral Problems in 7-11 Years old Children in Foster Care Centers

Bayat.M Bayat.M KhalediPaveh.B

### Abstract

**Background & Aim:** Every year, thousands of children admitted in foster care centers because of several reasons, neglect, physical abuse, parental substance abuse, divorce and social- economic poverty. In addition, living in these centers causes a host of behavioral and health problems. In regard to this issue, mental health status of 7-11 years children living in foster care centre in Tehran was assessed.

**Materials & Methods:** we performed a cross sectional study with 105 children (57 boy, 48girl). In this research, sampling method was census. The required information about children's mental health was obtained by the child behavioral checklist (CBCL) from guardians who recognized these children on the basis of their behavior.

**Results:** Result have showed that most frequent type of behavioral problem in these children was as follows: Delinquent (%44/8), Externalizing (%40), Internalizing (%40), social problems (%13/3) and aggression (%11/4). Further more, the obtained total scores of questionnaire showed that more than %28 of these children had mental health problem. Ki- scoare test showed that there was a meaning full relation between problems related to attention and mental health with gender.

**Conclusion:** On the basis of these finding and results of researches in other countries, full attention and health facility should be given to these findings and the results of other studies, paying full attention, assessment and further studies on high risk groups of children are recommended.

**Key words:** Mental health, Children, Foster Care Centers.