





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اراک

دانشکده پزشکی

پایان نامه :

جهت دریافت درجه دکتراي حرفه‌ای در رشته پزشکی

عنوان :

مقایسه عملکرد والدین و اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب (VUR) مراجعه کننده به بیمارستان امیر کبیر

اساتید راهنما :

دکتر پارسا یوسفی، متخصص نفرولوژی کودکان، دانشیار دانشگاه

دکتر بهمن صالحی، متخصص اعصاب و روان، دانشیار دانشگاه

اساتید مشاور :

دکتر فاطمه دره، متخصص کودکان، استادیار دانشگاه

دکتر بهمن صادقی سده، متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه

نگارش و پژوهش :

رضوان شریفی

اگر قابل تقدیم باشد تقدیم به

پدر و مادر بسیار عزیزم

که وجودم برایشان همه رنج بود و وجودشان برایم همه مهر

توانشان رفت تا به توانایی برسم و مویشان سپیدی گرفت تا رویم سپید بماند. آنانکه فروغ نگاهشان، گرمی

کلامشان و روشنی روشنشان سرمایه‌های جاودانی زندگی من هستند. در برابر وجود کرامتشان زانوی ادب بر زمین

می‌نهم و بادی مالالال از عشق و محبت بردستانشان بوسه می‌زنم.

من لم یسکر المخلوق، لم یسکر الخالق

تقدیر و سپاس از

استاد گرامی

جناب آقای دکتر پارسیو سنی و جناب آقای دکتر بهمن صالحی

که در انجام مراحل مختلف این تحقیق صمیمانه وقت گرانمای خود را در اختیارم گذاشتند و بی شک بدون

راهنماییهای ارزنده شان این کار محقق نمی شد.

و با سپاس فراوان از

سرکار خانم فاطمه دره و جناب آقای دکتر بهمن صادقی سده

که بارهای سنگینی های ارزنده شان مراد انجام این تحقیق یاری نمودند.

## اختصارات

- VUR : Vesico Uretral Reflux ..... بازگشت ادرار از مثانه به حالب
- UTI : Urinary tract infection..... عفونتهای مجاری ادراری
- VCUG : Voiding Cystourethrogram ..... سیستویورتروگرام ادراری
- CKD : Chronic Kidney Disease ..... بیماری مزمن کلیه
- SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire .... سؤالات مربوط به توانایی و استعداد
- PedSQL : Pediatric Inventory of Quality of Life .. پرسشنامه سیاهه کیفیت زندگی کودک
- OCD : Obsessive Compulsive Disorder ..... بیماری وسواسی
- CBCL : Child Behavioral Check List..... پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک
- GAF : General Assesment Function ..... پرسشنامه مقیاس ارزیابی کلی عملکرد
- VGUG : Voiding Cystourethrogram..... سیستویورتروگرافی حین ادرار کردن
- IVP : Intra Venus Pyleography ..... پیلوگرافی (لگنچه نگاری) داخل وریدی
- CT : Computed Tomography ..... توموگرافی کامپیوتری
- DSM-IV : Diagnostic and Statistic al Meneual of Mental Disorders IV ..... کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی
- ICD 10 : International Classifiction of Diseases 10 ..... طبقه بندی بین المللی بیماریها

## چکیده فارسی

**عنوان:** مقایسه عملکرد والدین و اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری

بازگشت ادرار از مثانه به حالب (VUR) مراجعه کننده به بیمارستان امیر کبیر

**اساتید راهنما:** دکتر پارسا یوسفی، متخصص نفرولوژی کودکان، دانشیار دانشگاه

دکتر بهمن صالحی، متخصص اعصاب و روان، دانشیار دانشگاه

**اساتید مشاور:** دکتر فاطمه دره، متخصص کودکان، استادیار دانشگاه

دکتر بهمن صادقی سده، متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه

**نگارش و پژوهش:** رضوان شریفی

**مقدمه:** هدف از این مطالعه مقایسه عملکرد والدین و مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا و

غیر مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان

بیمارستان امیرکبیر اراک

**روش کار:** این مطالعه یک مطالعه مورد - شاهدهی است که روی 61 کودک مبتلا به اختلال

شب ادراری اولیه و 61 کودک غیر مبتلا در محدوده سنی 4-14 سال انجام شد.

پرسشنامه‌های ارزیابی سیاهه رفتاری کودک (CBCL) برای بررسی مشکلات رفتاری کودکان

و ارزیابی کلی عملکرد (GAF) برای بررسی عملکرد والدین آنها توسط والدین تمام بیماران

تکمیل شدند. اطلاعات با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون کای دو و آزمون t دو

گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

**نتایج:** از 61 کودک مبتلا به اختلال بازگشت ادرار از مثانه به حالب از نظر مشکلات درون

سازی 14 نفر (23٪) از کودکان مبتلا و در گروه سالم 3 نفر (4/9٪) دچار مشکلات افسردگی -

انزوا بودند (P value = 0/007). از نظر مشکلات برون سازی 6 نفر (10/7٪) کودکان مبتلا دچار

رفتار قانون شکنی بوده در حالیکه در گروه سالم هیچ موردی دیده نشد ( $P \text{ value} = 0/012$ ). از نظر مشکلات فکری 10 نفر (4/16٪) کودکان مبتلا دچار مشکلات فکری بوده در حالیکه در گروه سالم 1 نفر (1/7٪) به این مشکل مبتلا بودند ( $P \text{ value} = 0/008$ ). از نظر مشکلات روانی - عاطفی 17 نفر (9/27٪) از کودکان مبتلا دچار مشکل بودند در حالیکه 2 نفر (3/3٪) از افراد سالم چنین مشکلی را داشتند ( $P \text{ value} = 0/001$ ). از نظر مشکلات اجتماعی 11 نفر (6/18٪) دچار مشکلات اجتماعی بودند در حالیکه در گروه سالم هیچ موردی مشاهده نشد ( $P = 0/001$  value). در بررسی عملکرد والدین 3 مورد (9/4٪) از والدین کودکان مبتلا نیاز به اقدامات کلینیکی جدی داشتند در صورتی که در گروه سالم موردی مشاهده نشد ( $P \text{ value} = 0/021$ ).  
**بحث و نتیجه گیری:** افزایش مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب و افت عملکرد والدین آنها لزوم مداخله سریع والدین برای درمان سریعتر آن جهت پیشگیری از بروز مشکلات رفتاری کودکان در آینده را طلب می کند.

**واژگان کلیدی:** مشکلات رفتاری، بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب، مشکلات درون

سازی شده، مشکلات برون سازی شده

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	<b>فصل اول : کلیات</b>
2	1-1- بطن مسئله .....
9	2-1- کلیات .....
9	1-2-1- ادرار کردن طبیعی و آموزش توالت .....
10	2-2-1- ریفلاکس مثانه به حالب .....
10	1-2-2-1- اکتولوژی و ایتیمولوژی .....
11	2-2-2-1- تظاهرات بالینی .....
11	3-2-2-1- بررسی های تشخیصی و تصوی برداری .....
12	4-2-2-1- درمان .....
12	3-2-1- مثانه بیش فعال .....
14	4-2-1- مثانه نوروژنیک غیر نوروژنیک (سندرم هانیمن) .....
15	5-2-1- دفعات کم (ناکافی) ادرار کردن .....
15	6-2-1- ادرار کردن واژینال .....
16	7-2-1- بی اختیاری حین خندیدن .....
16	8-2-1- سایر علل بی اختیاری ادرار در کودکان .....
17	9-2-1- اختلال ادرار کردن بدون بی اختیاری .....
18	10-2-1- سندرم دیزوری - هماچوری .....
18	11-2-1- اختلالات رفتاری در کودکان .....
22	12-2-1- ارزیابی مشکلات روانی در کودکی .....



23	3-1- اهداف
23	1-3-1- هدف اصلی
23	2-3-1- اهداف ویژه
24	3-3-1- اهداف کاربردی
24	4-1- سوالات و فرضیات
24	1-4-1- سئوالات
24	2-4-1- فرضیات
25	5-1- تعریف واژه ها

### فصل دوم : بررسی متون

28	1-2- مروری بر مطالعات انجام شده
----	---------------------------------

### فصل سوم : مواد و روش کار

33	1-3- نوع مطالعه
33	2-3- جامعه آماری
33	3-3- حجم نمونه و جامعه مورد آزمون
34	4-3- روش و تکنیک کار
35	5-3- ابزار جمع آوری داده ها
39	6-3- روایی و پایایی چک لیست
39	7-3- روش آماری تجزیه و تحلیل اطلاعات
41	8-3- تعریف متغیرها

41 ..... 9-3- ملاحظات اخلاقی

42 ..... 10-3- خطاهای تصادفی و سیستماتیک و روش حل آن ها

### فصل چهارم : یافته‌ها

43 ..... 1-4- نتایج

### فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

65 ..... 1-5- بحث

68 ..... 2-5- نتیجه گیری

69 ..... 3-5- محدودیت‌های اجرای پژوهش

69 ..... 4-5- نقاط ضعف و قوت پژوهش

69 ..... 5-5- پیشنهادات

## فهرست جداول

صفحه	عنوان
جدول 4-1 : توزیع فراوانی و درصد جنسیت در کودکان غیر مبتلا و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان امیرکبیر اراک.....48	
جدول 4-2 : مقایسه فراوانی و درصد نسبت فامیلی در کودکان غیر مبتلا و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان امیرکبیر اراک 49	
جدول 4-3 : مقایسه فراوانی و درصد شغل پدر در کودکان غیر مبتلا و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان امیرکبیر اراک 50	
جدول 4-4 : مقایسه فراوانی و درصد تحصیلات مادر در کودکان غیر مبتلا و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان امیرکبیر اراک 51	
جدول 4-5 : مقایسه فراوانی و درصد وضعیت سکونت در کودکان غیر مبتلا و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان امیرکبیر اراک.....52	
جدول 4-6 : مقایسه فراوانی و درصد سطوح افسردگی - انزوا در کودکان غیر مبتلا و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان امیرکبیر اراک.....53	
جدول 4-7 : مقایسه فراوانی و درصد سطوح مشکلات جسمی در کودکان غیر مبتلا و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان امیرکبیر اراک.....54	

جدول 4-8: مقایسه فراوانی و درصد سطوح مشکلات اجتماعی در کودکان غیر مبتلا و مبتلا

به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان

55.....امیرکبیر اراک

جدول 4-9: مقایسه فراوانی و درصد سطوح مشکلات فکری در کودکان غیر مبتلا و مبتلا به

بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان امیرکبیر

56.....اراک

جدول 4-10: مقایسه فراوانی و درصد سطوح مشکلات افسردگی - اضطرابی در کودکان غیر

مبتلا و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان

57.....بیمارستان امیرکبیر اراک

جدول 4-11: مقایسه فراوانی و درصد سطوح رفتار قانون شکنی در کودکان غیر مبتلا و مبتلا

به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان

58.....امیرکبیر اراک

جدول 4-12: مقایسه فراوانی و درصد سطوح رفتار پرخاشگرانه در کودکان غیر مبتلا و مبتلا

به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان

59.....امیرکبیر اراک

جدول 4-13: مقایسه فراوانی و درصد سطوح مشکلات روانی - عاطفی در کودکان غیر

مبتلا و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان

60.....بیمارستان امیرکبیر اراک

جدول 4-14: مقایسه فراوانی و درصد سطوح مشکلات برون سازی شده در کودکان غیر

مبتلا و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان

61.....بیمارستان امیرکبیر اراک

جدول 4-15: مقایسه فراوانی و درصد سطوح مشکلات درون سازی شده در کودکان غیر


مبتلا و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان

بیمارستان امیرکبیر اراک.....62

جدول 4-16: مقایسه فراوانی و درصد سطح عملکرد و استرس والدین در کودکان غیر مبتلا

و مبتلا به بیماری بازگشت ادرار از مثانه به حالب مراجعه کننده به درمانگاه کودکان بیمارستان

امیرکبیر اراک.....63



# فصل اول

مقدمه

## ۱-۱- بیان مسئله

ریفلاکس مثانه به حالب VUR یک جریان رو به عقب از مثانه به حالب یا کلیه است. به طور طبیعی جریان ادرار به طرف پایین از کلیه ها به حالب و از آنجا به داخل مثانه است. حالبها در قسمت خلف و پایین مثانه قرار دارند و با یک زاویه مایل از درون مخاط مثانه عبور کرده و به داخل مثانه باز می‌شوند. زمانی که مثانه از ادرار پر شد احساس دفع شروع می‌شود. افزایش فشار داخل مثانه و شروع انقباضات عضلانی مثانه سبب بسته شدن محل اتصال مثانه به حالب (شبهه به دریچه) شده و از برگشت ادرار به حالبها جلوگیری می‌کند. پس از پایان یافتن دفع فشار داخل مثانه به سطح اولیه برمی‌گردد. ریفلاکس زمانی اتفاق می‌افتد که مکانیسم بسته شدن محل اتصال حالبها به مثانه دچار اختلال عملکرد شود. (۱) اکثر مواقع از عدم کفایت مادرزادی پیوستگاه حالب به مثانه (UV) که در اوایل کودکی تکامل می‌یابد ناشی می‌شود. در صورت عدم تکامل قابل توجه کودکان اختلالات ساختاری UV موجود هرگز رفع نمی‌شود. VUR ممکن است فامیلیال باشد. 30٪ تا 40٪ خواهر و برادر کودک مبتلا به ریفلاکس نیز ریفلاکس دارند. همچنین ممکن است VUR ثانویه به انسداد دیستال مثانه یا دیگر ناهنجاری‌های مجرای ادراری ایجاد شود.

VUR کلیه ها را در معرض فشار هیدرودینامیک افزایش یافته در طی دفع کردن ادرار

قرار می‌دهد و به علت تخلیه ناکامل حالب و مثانه خطر عفونت کلیوی کودک را افزایش

می‌دهد. نفروپاتی ناشی از ریفلاکس منجر به گسترش و پیشرفت اسکار کلیوی می‌شود. این

خطر بخصوص در صورتی است که VUR همراه با عفونت یا انسداد باشد. عفونت مجرای ادراری (UTI) تنها ممکن است منجر به اسکار کلیوی شود هرچند شیوع اسکار کلیوی در کودکان مبتلا به عفونت های ادراری مکرر بیشتر است. اسکارهای کلیوی در نوزادان که به علت VUR فامیلیال غربالگری شده اند همراه با بررسی های ژنتیکی مطرح کننده این است که دیسپلازی کلیوی با VUR مادرزادی همراه است. در حال حاضر به علت افزایش استفاده از اولترا سونوگرافی مادری - جنینی تعدادی از نوزادان مبتلا به VUR قبل از اینکه UTI روی دهد شناسایی می شوند و فرصتهایی برای مداخله زودرس و استراتژی های جلوگیری از UTI ایجاد می شود.

دوپلیکاسیون حالبها با یا بدون یورتروسل ممکن است سیستم جمع کننده فوقانی رامسدود کند. اغلب حالب تخلیه کننده در پل پایین تر از واحد کلیوی دچار دوپلیکاسیون VUR دارد. مثانه نوروژنیک با یا بدون میلومنگوسل در بیش از 50٪ کودکان مبتلا به همراه ریفلاکس است. همچنین VUR ممکن است به علت فشار افزایش یافته داخل مثانه زمانی که خروجی مثانه به علت التهاب مثانه (سیستیت) یا توسط انسداد اکتسابی مثانه دچار انسداد شده شناسایی شود.

استرس اصطلاحی است که در طب زیست شناسی بطور گوناگون بکار گرفته شده است. گاهی به معنی یک رویداد یا موقعیتی که تاثیر مضر به ارگانسیم وارد و گاهی به معنی تنش روان شناختی ناشی از رویدادها و موقعیتها به مفهوم دقیق هر چیزی که در تمامیت زیست شناختی ارگانسیم اختلال بوجود آورد و شرایطی ایجاد کند که ارگانسیم طبیعتا از آن پرهیز میکند استرس شمرده می شود. استرس ممکن است بصورت محرکهای فیزیکی و عفونتها و واکنشهای آلرژیک و یا نظایر آن باشد یا بصورت تغییر کلی در جو اجتماعی-روانی. فرق آنها در این است که اولی یک عامل استرس زای فیزیولوژیک است که از طریق



هیپوتالاموس غده فوق کلیوی و سلسله اعصاب سمپاتیک و با ترشح هورمونهای مختلف تاثیر می‌گذارد و دومی نه تنها با قدرت تهدیدی که اصولاً در عامل استرس زا نهفته است بلکه با کیفیت درک شخص از آن عامل ارتباط دارد. چنانچه این فشار روانی در ارتباط با والدین باشد استرس والدین نام می‌گیرد (15).

اختلال رفتاری اولیه واکنش در مقابل محیط نا مساعد تلقی میشود و به انحاء گوناگون تظاهر می‌کند. بصورت مسائل شخصیتی و صفات و عادات نا مطلوب و ناخن جویدن و انگشت مکیدن و شب ادراری بصورت اختلالات سلوک و بزهکاری و فرار از منزل و مدرسه و مشاجره و نافرمانی بصورت صفات نورو تیک خاص تیک واسپاسم های عادت‌ی و بیش فعالی و ترس و مشکلات تحصیلی می‌باشد (15).

اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکی و نوجوانی رایجند. چنانچه کودک یا نوجوانی یکی از این اختلالات را داشته باشد معمولاً والدینش درخواست کمک می‌کنند. از اینرو، اینکه یک اختلال رفتاری یا هیجانی توسط پزشک خانوادگی کشف شود فقط بستگی به ماهیت و شدت مشکل ندارد بلکه به نگرش و تحمل والدین نیز بستگی دارد. بعضی از بچه‌های سالم بخاطر رفتارهایی که مربوط به سن آنهاست توسط والدین نزد پزشک آورده می‌شوند در حالی که واقعاً جای نگرانی وجود ندارد، برعکس بچه‌های دیگری دچار مشکلات جدی هستند. مشکلات روانی کودکان دو ویژگی خاص دارد :

اختلالات روانی یک کودک ممکن است منتج از مشکلات اعضای دیگر خانواده و اغلب والدین باشد. برای مثال کودک ممکن است بدلیل مشاجره‌ها و اختلافات شدید والدین دچار تشویش و آشفتگی شود. به این دلیل جزء مهمتری از ارزیابی مسائل روانی کودکان در مقایسه با بزرگسالان به خانواده بیمار مربوط می‌شود. هنجار یا نابهنجار بودن رفتار بستگی به

مرحله رشد کودک دارد. برای مثال شب ادراری مکرر در بچه 18 ماهه بهنجار است اما در بچه هفت ساله نابهنجار است. اختلالات روانی و رفتاری در کودک شکل های زیادی دارند. اختلالات بچه های پیش دبستانی :

بدخلقی، نگر داشتن نفس، مشکلات خواب، مشکل تغذیه

اختلالات بچه های بزرگتر :

اختلالات هیجانی، اختلالات خواب و دفع، اختلال رفتار، سندرم فعالیت بیش از حد

اختلالات رشد :

اوتیسم کودکی، اختلالات خاص مربوط به رشد، اختلالات در هویت جنسی

اختلالات روانی دوران کودکی اغلب علل متعددی دارد که به سه گروه اساسی تقسیم می شوند :

• وراثت

• بیماری جسمانی

• محیط

○ عوامل خانوادگی

▪ جدایی

▪ بیماری یکی از والدین

▪ روابط والدین

▪ انحرافات شخصیتی والدین

▪ تعداد زیاد افراد خانواده

▪ سوء استفاده و غفلت از کودک

○ عوامل فرهنگی و اجتماعی

▪ زندگی در جاهای شلوغ

- تفریحات اجتماعی ناکافی
- فقدان برخوردهای اجتماعی

#### وراثت :

عوامل ژنتیکی گاهی اهمیت ویژه‌ای دارند مثلاً در اوتیسم کودکی. بیشتر اوقات تأثیر عوامل ژنتیکی بر کنترل درمان و هوش غیر مستقیم است و زمینه ساز حالات دیگری مانند اختلال رفتار هستند.

#### بیماری جسمانی :

هر نوع بیماری جسمانی در کودکی می‌تواند زمینه ساز مشکلات روانی باشد. اما اختلالات مغزی بسیار مهم هستند. آسیب اساسی به مغز (اغلب صدمات زمان تولد) زمینه ساز اختلال روانی است. اظهار شده است که آسیب‌های اساسی به مغز ممکن است در علل اختلالات روانی توصیف نشده دیگری مثل اختلالات رفتاری دخالت داشته باشند اما قرائن برای اثبات این ادعا ضعیف است.

#### عوامل محیطی :

- خانواده : برای پیشرفت و موفقیت در کسب استقلال و قطع وابستگی به والدین یک کودک نیاز به محیط خانوادگی محکم و امنی دارد که در آن بتواند شور و هیجان، ظرفیت پذیرش مسائل و انضباط محکم و صحیح را تجربه کند. فقدان این عناصر می‌تواند زمینه ساز اختلال روانی گردد.

غیبت طولانی یا از دست دادن یکی از والدین می‌تواند زمینه‌ساز اختلالات هیجانی و رفتاری در کودک گردد. چگونگی نشان دادن واکنش کودک به جدایی، به سن او در زمان جدایی، رابطه قبلی او با والدین، دلیل جدایی او از والدین و اینکه دیگران این جدایی را چگونه تحمل می‌کنند بستگی دارد. به غیر از جدایی، عوامل خانوادگی قوی‌ترین ارتباط را با اختلال روانی در کودک دارند. از جمله این عوامل می‌توان ناهماهنگی روابط، بیماری یکی از والدین، انحراف شخصیت یکی از آنها و تعداد زیاد افراد خانواده را ذکر کرد. تغییر در تربیت کودک نیز ممکن است بر وی تأثیر بگذارد. اما به استثنای سوء استفاده یا غفلت از کودک چنین تغییراتی ارتباط واضحی را با اختلالات روانی در کودک نشان نداده‌اند.

- عوامل اجتماعی و فرهنگی : گرچه خانواده قسمتی از محیط کودک است که بیشترین اثر را بر رشد او می‌گذارد اما تأثیرات گسترده جامعه نیز مهم هستند. این تأثیرات همانطور که کودک بزرگتر می‌شود و زمان بیشتری را در خارج از خانواده می‌گذراند بطور فزاینده بر رشد و بر نگرش‌ها، ارتباطات و روحیه او در مدرسه و یا همسایه‌ها تأثیر می‌گذارند. چنین تأثیراتی در سبب شناسی اختلال رفتار مهم هستند.

اهمیت عوامل اجتماعی نشان داده که میزان اختلال روانی کودک در جامعه نامطلوب بالاتر است. برای مثال محرومیت موجود در مکانهای پرجمعیت، فقدان مکان بازی برای کودکان کوچکتر، تفریحات اجتماعی ناکافی برای نوجوانان و فقدان برخوردهای اجتماعی.

### ارزیابی مشکلات روانی در کودکی :

هدف از ارزیابی کسب اطلاعات واضح از مشکلات و ارتباط این مشکلات با خلق و خوی کودک، رشد وی شرایط جسمانی همچنین بررسی تأثیر خانواده و مدرسه است. اگر چه دیدگاه کلی از ارزیابی روانی کودک شبیه ارزیابی روانی در بزرگسالان است اما تفاوت‌های