میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش فعالی در کودکان دبستانی شهر خرم آباد

پریسا نامداری[1]، هدایت نظری[2]، محمدجواد طراحی[3]، محمدرضا محمدی[4]
1- مربی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
2- استادیار، گروه اعصاب و روانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
3- مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
4- استاد، گروه اعصاب و روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

یافته / دوره دهم / شماره 4 / زمستان 87 / مسلسل 38

چکیده

دریافت مقاله: 87/6/4، ***پذیرش مقاله***: 87/10/30

Ø مقدمه: اختلال رفتاری کمبود توجه بیش فعالی (ADHD) یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی است که در کودکی آغاز می شود و یک مسئله مهم بهداشت روانی جامعه به شمار می رود. آمار نشان می دهد 5-3% کودکان در سن مدرسه مبتلا به ADHD می باشند. وجود مشکلات رفتاری از جمله ADHD اثرات مخربی بر روابط اجتماعی، تحصیلی، شخصیتی و رفتاری افراد در کودکی و بزرگسالی دارد. بنابراین بر آن شدیم پژوهش حاضر را با هدف بررسی شیوع اختلال رفتاری کمبود توجه – بیش فعالی در دانش آموزان دبستانی شهر خرم آباد انجام دهیم.

Ø مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی است. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در سال تحصیلی 84-1383 در پایه‌های اول تا پنجم دبستانهای شهر خرم‌آباد می‌باشد. نمونه ها (N=945) از 16 مدرسه دولتی و غیردولتی (8 مدرسه دخترانه، 8 مدرسه پسرانه) بصورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند.
ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد شده **Child Symptom Inventories 4 (CSI4)** بود. که ابزاری برای غربالگری شایع‌ترین اختلالهای روانپزشکی کودکان. پرسشنامه‌ها در دیداری جداگانه توسط والدین و معلمین تکمیل گردید. سپس با توجه به نمره‌گذاری مواردیکه ADHD را نشان می‌دادند توسط روانپزشک معاینه بالینی شدند. سپس نتایج توسط آمار توصیفی و آزمون X^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

Ø یافته‌ها: در 3/17 درصد افراد مورد پژوهش اختلال رفتاری ADHD گزارش شد که به ترتیب 40 درصد مربوط به اختلال ADHD از نوع بی‌توجهی، 33/3 درصد نوع بیش‌فعال و 26/6 درصد از نوع ترکیبی بود. ADHD در پسران بیشتر از دختران گزارش دیده شد (4/9 درصد در برابر 1/5 درصد). بین جنس کودکان و اختلال ADHD ارتباط معنی‌دار وجود داشت($p<0/005$). دانش‌آموزان پایه‌های دوم و سوم دبستان بیشترین میزان اختلال ADHD و پایه پنجم کمترین میزان را داشتند. ولی بین سن، میزان تحصیلات والدین، شغل والدین، میزان درآمد، پایه تحصیلی و مشکلات روانپزشکی در خانواده ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

Ø بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای اختلالات رفتاری از جمله بیش فعالی و کم توجهی در دانش آموزان شناسایی این اختلالات در کودکان ضروری به نظر می‌رسد.

Ø کلید واژه‌ها: اختلال نقص توجه بیش فعالی ـ شیوع ـ کودکان ـ دانش‌آموزان ـ خرم‌آباد

آدرس مکاتبه: خرم آباد، کمالوند، مجتمع پردیس دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پزشکی
پست الکترونیک: parisa_namdari@yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

مقدمه

اختلال کمبود توجه ـ بیش‌فعالی (ADHD)[1] یکی از شایعترین اختلالهای روانپزشکی است که از کودکی آغاز می‌شود و یک مسئله مهم بهداشت روانی جامعه به شمار می‌رود (1). اهمیت آن به دلیل شیوع بالای آن است. 50% کودکان مبتلا به اختلالهای روانپزشکی دچار این اختلال هستند و آمار نشان می‌دهد که 5% ـ 3% کودکان در سن مدرسه مبتلا به ADHD می‌باشند (2). بررسی‌های انجام شده در جهان شیوع اختلالهای رفتاری ایذائی و کمبود توجه (ADHD) بسته به ملاکهای تشخیصی بکار رفته، جمعیت کودکان مورد بررسی، روشهای پژوهش و منابع کسب اطلاعات از یک تا 20% نشان داده است (3-6).

اختلال کمبود توجه ـ بیش‌فعالی با نشانه‌هایی همچون فعالیت بیش از اندازه، بی‌توجهی، کاهش یادگیری در مدرسه و رفتارهای پرخاشگری تشخیص داده می‌شود. اهمیت تشخیص و درمان این بیماری بعلت خطر همراهی آن با بزهکاری، حوادث، وابستگی به مواد و رفتارهای تخریبی می‌باشد. درباره سبب‌شناسی این اختلال افزون بر عوامل زیست‌شناختی علل محیطی همچون فقر، مسکن نامناسب، سطح پایین اقتصادی ـ اجتماعی، خانواده پرجمعیت، ناسازگاری و کشمکش‌های زیاد میان پدر و مادر و پرخاشگری در خانواده در ایجاد بیماری مهم دانسته شده است (1، 5، 7).

ADHD مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی فراوانی ایجاد می‌کند. کودکان مبتلا به این اختلال خانواده‌ها، آموزشگاه‌ها و اجتماع را با مسائل گوناگون روبرو می‌کنند و آنها را در برابر آشفتگی روانی ـ اجتماعی دوران نوجوانی و جوانی آسیب‌پذیر می‌سازند. دانش‌آموزان خانواده‌های با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین دچار مشکلات روانی بیشتر می‌شوند. زیرا از عوامل گوناگون مانند آبستنی و زایمان سخت، سوء تغذیه و مسمومیتها بیشتر رنج می‌برند که احتمال آسیب دیدگی دستگاه عصبی را افزایش می‌دهد (8).

در حالی که جامعه ما به سوی رشد و توسعه گام بر می‌دارد شناخت مسائل و مشکلات کودکان که آینده‌سازان فردای این مرز و بوم هستند، کاری بسیار ارزشمند است. زیرا درک صحیح از مشکلات آنان و کمک در جهت رفع آنها از مسائل بسیار مهم هر نظام تربیتی است. همچنین تأمین بهداشت روانی کودکان و نوجوانان به آنان کمک می‌کند تا نقشهای اجتماعی روانی، جسمی خود را بهتر ایفا کنند. با توجه به شیوع بالای اختلالات رفتاری از جمله ADHD و عدم توجه کافی به عواقب ناشی از این اختلالات در گروه سنی کودک و نوجوان شناسایی این اختلالات ضروری به نظر می‌رسد تا اقدامات لازم و به موقع صورت گیرد. به همین دلیل در نظر داریم با مطالعه شیوع این اختلال در سطوح دبستانی گامی هر چند کوچک در جهت برنامه‌ریزی‌های بزرگ برداریم.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است با هدف غربالگری و بدست آوردن میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش فعالی (ADHD) در دبستانهای شهر خرم‌آباد است. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش‌آموزان پایه‌های اول تا پنجم دبستانهای ناحیه 1 و 2 آموزش و پرورش است. نمونه مورد بررسی را 945 نفر از دانش‌آموزان مدارس ابتدایی تشکیل دادند. 16 مدرسه دولتی و غیردولتی (8 مدرسه دخترانه و8 مدرسه پسرانه) بصورت خوشه‌ای و چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا فهرستی از تمام دبستانهای پسرانه و دخترانه پایه‌های اول تا پنجم دبستان تهیه شد. با توجه به مساوی بودن جمعیت دانش‌آموزان دختر و پسر، به تعداد مساوی نمونه‌گیری از مدارس پسرانه و دخترانه بر

1- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

اساس نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انجام گردید. به گونه‌ای که تک تک مدارس در گروه جنسی دختر و پسر بعنوان خوشه در نظر گرفته شدند. با توجه به اندازه خوشه‌ها و تعداد مورد نیاز در هر یک از مدارس دخترانه و پسرانه، از 16 مدرسه، 8 مدرسه دخترانه و 8 مدرسه پسرانه بر حسب تصادف انتخاب گردید. سپس نمونه‌ها بر حسب لیست حضور و غیاب دانش‌آموزان از تمام کلاس‌های اول تا پنجم بصورت نمونه‌گیری سیستماتیک و با فواصل سه تایی انتخاب شدند. در ضمن جهت دقت بیشتر در انجام نمونه‌گیری حجم نمونه محاسبه شده 2/5 برابر در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد شده **CSI-4)**[1] بود که ابزار استاندارد برای غربالگری اختلالهای روانپزشکی کودکان است. بررسی‌های اعتباریابی **CSI-4** نشان‌دهنده اعتبار و پایائی نسبتاً خوب این پرسشنامه است. حساسیت آن برای اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی 0/75 و ویژگی آن 0/92 تعیین شده است (9 و 10). این پرسشنامه دارای دو چک لیست والدین و معلمین می‌باشد. بخش اول (سؤال 1 تا 8) مربوط به مشخصات کودک است. فرم والدین یا معلمین نیز دارای 18 سؤال می‌باشد.

پرسش‌های 9ـ1 اختلال رفتاری **ADHD** از نوع بی‌توجهی، پرسش‌های 18ـ10 اختلال رفتاری **ADHD** از نـوع بیش‌فعـالی و پرسش‌های 18ـ1 اختلال رفتاری **ADHD** از نوع ترکیبی را نشان می‌دهند. روش نمره‌گذاری پرسشنامه **CSI-4** به روش شدت (هرگز= 0 ، گاهی= 1 ، اغلب=2 ، بیشتر اوقات=3) است که از حاصل جمع نمرات هر عبارت نمره شدت بدست می‌آید. نمره معیار برای هر کدام 6 می‌باشد. چنانچه نمره آزمودنی در ملاک نوع بی‌توجهی 6 یا بالاتر از آن باشد تشخیص **ADHD** نوع بی‌توجهی غالب و اگر فردی در هر دو گروه در ملاک نوع بیش‌فعالی تکانشگری دارای نمره 6 یا بالاتر از آن باشد تشخیص نوع ترکیبی داده می‌شود.

با مراجعه حضوری به دبستانها و قبل از تکمیل پرسشنامه اطلاعات شفاهی یکسانی توسط پرسشگر داده شد و محرمانه ماندن اطلاعات مورد تأکید قرار گرفت. پرسشنامه‌ها در دیدارهای جداگانه‌ای توسط والدین و معلمین تکمیل گردید. سپس با توجه به نمره‌گذاری مواردیکه **ADHD** را نشان می‌دادند کودکان مورد نظر توسط روانپزشک که از نتیجه دقیق پرسشنامه آگاهی نداشت مورد معاینه بالینی قرار گرفتند. پس از جمع‌آوری و کدگذاری پرسشنامه‌ها، اطلاعات استخراج و سپس مورد تجزیه و تحلیل آمار توصیفی و آزمون آماری x^2 قرار گرفتند.

یافته ها

از مجموع 945 نمـونه‌ای که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند، 50/7 درصد دختر و 49/3 درصد پسر بودند. 20% کلاس اول ابتدایی، 17/5 درصد کلاس دوم ابتدایی، 19 درصد کلاس سوم ابتدایی، 21/2 درصد کلاس چهـارم ابتـدایی، 21/3 درصد کلاس پنجـم ابتدایی بودند. 88/3 درصد از دانش‌آموزان در مدارس دولتی تحصیل می‌کردند. 67/7 درصد از والدین بیسواد و کم سواد و 38/2 درصد دارای تحصیلات دیپلم و بالای دیپلم بودند. شغـل 38 درصد آزاد، 22/8 درصد کـارگر، 7/3 درصد نظـامی، 7/9 درصد کارمند و 6/2 درصد بیکار بودند. 96/9 درصد از دانش‌آموزان سابقه تجدیدی نداشتند و 1/37 درصد سابقه مردودی داشتند. 39/3 درصد درآمد کمتر از100 هزار تومان در ماه و 8/9 درصد درآمد بالای 150 هزار تومان داشتند. 2/5 درصد از والدین دارای سابقه مشکلات روانپزشکی بودند.

1- Child Symptom Inventories-4

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

17نفر اول (3/17) درصد افراد مورد پژوهش دارای اختلال ADHD بودند. که به ترتیب 40 درصد مربوط به اختلال رفتاری نوع بی‌توجهی، 33/3 درصد اختلال رفتاری نوع بیش‌فعالی و 26/6 درصد ADHD از نوع ترکیبی بود. اختلال ADHD در پسران بیشتر از دختران دیده شد (4/9 درصد در برابر 1/5 درصد). همچنین دانش‌آموزان پایه کلاس پنجم دبستان کمترین میزان اختلال ADHD و پایه‌های دوم و سوم دبستان بیشترین میزان اختلال ADHD را داشتند (جدول شماره 1). 70 درصد از پدران و 80 درصد از مادران کودکانی که دارای اختلال رفتاری ADHD بودند بیسواد و کم سواد، 30 درصد از پدران و 20 درصد از مادران دارای تحصیلات دبیرستانی و بالای دیپلم بودند (جدول شماره2). شغل 66/6 درصد از پدران کودکان ADHD آزاد و کارگری و 26 درصد کارمند و نظامی، شغل 96/6 درصد از مادران کودکان **ADHD** خانه‌داری بود (جدول شماره3). هیچ یک از بیماران دارای افت تحصیلی بصورت مردودی و تجدیدی نبودند. درآمد خانوادهٔ 93/3 درصد از کودکان دارای ADHD کمتر از 150هزار تومان در ماه بود. 86/6 درصد از کودکان دارای ADHD در مدارس دولتی تحصیل می‌کردند.

همچنین بین جنس کودکان و ADHD ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($P<0.005$). بطوریکه بیشترین موارد ADHD مثبت در پسران با 76/6 درصد دیده شد. ولی بین پایه تحصیلی، تحصیلات والدین، شغل والدین، وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان، وضعیت اقتصادی خانواده و مشکلات روانپزشکی در خانواده ارتباط معنادار دیده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی‌های انجام شده در جهان میزان شیوع اختلالهای رفتاری ADHD را بسیار متفاوت گزارش نموده‌اند. برای نمونه در این پژوهشها شیوع اختلال بیش‌فعالی ـ کمبود توجه بسته به ملاکهای تشخیص بکار رفته، جمعیت کودکان مورد بررسی، روشهای پژوهش و منابع کسب اطلاعات از 1 تا 20% متغیر بوده است (3، 4، 5، 6). به همین دلیل میزان شیوع این اختلالها بسیار متفاوت گزارش شده است. هر چند رقم محتاطانه 3% تا 5% کودکان دبستانی می‌باشد. در عین حال نتایج پژوهشهای زیادی نیز در تأیید یافته‌های پژوهش حاضر است (6 و 10).

پژوهش حاضر نشان داد میزان شیوع اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی در پسران بیش از دختران است که با نتایج سایر پژوهشها همخوانی دارد. (1 و 11) در بررسی خود جنسیت را بعنوان مهمترین عامل خطر معرفی کردند. توکلی‌زاده میـزان شیوع اختلال رفتار ایذائی و کمبود توجه در پسران را بیش از دختران نشان داد (21/8 درصد در برابر 12/1 درصد) (8). همچنین بین اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه و جنسیت ارتباط معناداری دیده شد ($P<0.005$) که با نتایج تحقیقات بالا همخوانی دارد. شاید بتوان میزان شیوع بالای اختلال رفتاری بیش‌فعالی ـ کمبود توجه در پسران را به رفتار تهاجمی پسران و اعمال تربیتی بیشتر بر دختران نسبت داد. در مطالعه ما بین پایه تحصیلی و ابتلا به اختلال رفتاری ADHD رابطه معنی‌داری وجود نداشت. همچنین در این پژوهش کمترین میزان اختلال رفتاری در کودکان 10 و 11 ساله (پایه‌های چهارم و پنجم) و بیشترین اختلال رفتاری در کودکان 8 و 9 ساله (پایه‌های دوم و سوم) گزارش شد. در حالیکه در پژوهش‌های مشابه بین اختلال رفتاری ADHD، سن و پایه تحصیلی ارتباط معنادار بدست آورنده‌اند (10 و 12). بطوریکه میزان شیوع اختلال رفتاری ADHD با افزایـش سن کودکان افزایش می‌یابد (3 و 7). بین تحصیلات والدین، شغل والدین، وضعیت اجتماعی و اقتصادی والدین و سابقه اختلال روانی در خانواده و ADHD ارتباط معنی‌دار دیده نشد. ولی در سایر

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

مطالعات بالاترین میزان ADHD را در وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین و خانواده‌های دارای سابقه ناراحتی‌های روانی گزارش کرده‌اند (8،10، 13).

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری و حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، اداره کل آموزش و پرورش استان لرستان و والدین دانش آموزانی که در اجرای مناسب طرح تلاش نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]

References

1. Kaplan HI & Sadock, B Y. Synopsis of psychiatry, Philadelphia: Williams & Wilkins. 7TH Ed 1998. 1193-1200.
2. Cantwell DP Attention deficit disorder: are view of the past 10 years, Journal of American Academy of child & Adolescent psychiatry, 1996. 978-1092.
3. Bhatia MS, Nigam, VR, Bohra, N, & Malik SC. Attention deficit disorder with hyperactivity among pediatric out patient. Journal child psychology and psychiatry, 1991, 32,297-306
4. Barker P. Basic child psychiatry, Black well scientific publication. 5th Ed, oxford. 1998.
5. Biederman J, Faraone SV, Keenam K, Knee D, & Tsuang M T. Family – genetic and psychological risk factors in DSM III attention deficit disorder. Journal of American Academy of child and Adolescent psychiatry, 1990, 29, 33-526.
6. Fombonne E. The chartes study: prevalance of psychiatric disorders among school – aged children. British journal psychiatry, 1994, 69-79.
7. Taylor E. Attention deficit and hyperactivity disorder. In, Rutter, E. Taylor, L. Herson (Eds). child and adolescent psychiatry modern approaches. London. 2000, 12-98.
8. Epidemology of Attention and disruptive behavior disorders in elementary school children of Gnabad town, Andeeshh va Raftar Journal, 3, (No.1) & 2.summer & Fall 1997.
9. Gadow K D, & Sprafkin J. child Symptom Inventories Manual. Stony Brook: chechmate plus. LTD. 1994, 10-100.
10. Grayson PCarlson GA.The utility of a DSM-III-R based checklist in screening child psychiatric patients.Journal of American Academy of child adolescent Psychiatry, 1991,30.669-73.
11. American psychiatric association, diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC. 4th Ed, 1994, 88-209.
12. Esser GSchmidt MH and Woerner W. Epidemiology and course of psychiatry disorders in school – age children results of a longitudinal study journal of child psychiatry, 1990, 31, 63-243.
13. Mannuza S, Klein RG, Bonagura N Malloy P, Giampino T L, & Addalli K A. Hyperactive boys almost grown up. Archive General Psychiatry, 1991, 48, 77-83.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06]