

ارتباط بین اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه و اختلالات همراه در دانش‌آموزان ابتدایی ناحیه یک اراک

دکتر بهمن صالحی^۱ سمیه ابراهیمی^۲ شیرین مرادی^۲

^۱دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک ^۲کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

مجله پزشکی هرمزگان سال شانزدهم شماره اول فروردین و اردیبهشت ۹۱ صفحات ۵۹-۴۹

چکیده

مقدمه: هدف از این پژوهش مقایسه میزان شیوع سه نوع اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری و نوع ترکیبی و اختلالات همراه آن در دانش‌آموزان دختر و پسر ابتدایی شهرستان اراک بود.

روش کار: این مطالعه یک مطالعه تحلیلی - توصیفی است که بر روی ۲۰۰۰ نفر (۹۶۰ دختر، ۱۰۴۰ پسر) از دانش‌آموزان مشغول به تحصیل ناحیه یک آموزش و پرورش شهرستان اراک در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ انجام شده است. ابتدا با انجام آزمون هوشی ریون و پرسشنامه ۴۸ سؤالی والدین و معلمان کانرز، اثبات وجود هر یک از اختلالات فوق بررسی شد و پرسشنامه K-SADS E (پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا کودکان) و اطلاعات جمعیت شناختی برای هر کدام از واحدهای تحت مطالعه تکمیل شد. داده‌ها را با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 و به کارگیری آزمون کای‌اسکوئر و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: بر اساس نتایج بدست آمده، اختلالات نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری و یا نوع ترکیبی به ترتیب ۲/۲٪، ۳/۵٪ و ۲/۷٪ بودند. در گروه سنی بین ۷ تا ۱۱ ساله فراوانی شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی - تکانشگری کاهش اما بروز نوع ترکیبی آن با افزایش سن افزایش داشت که در اختلال ترکیبی این تفاوت معنی‌دار بود ($P < 0/05$). اما بین همبودی ADHD و اختلالات همراه (سلوک، بی‌اختیاری ادرار، افسردگی، سایکوز، مانیک، وسواس فکری - عملی، بی‌اعتنایی مقابله‌ای، تیک و فوبی اجتماعی) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: شیوع سه نوع اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بر اساس سن و جنس متفاوت بوده و بین همبودی اختلال ADHD و اختلالات همراه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

کلیدواژه‌ها: اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه - دانش‌آموزان - اختلالات همراه

نویسنده مسئول:

دکتر بهمن صالحی

بخش روانپزشکی بیمارستان شهید

هاشمی سنجانی دانشگاه علوم

پزشکی اراک

اراک - ایران

تلفن: ۰۲۰۴۵۲۴۲۷۴۸۶۱+۹۸

پست الکترونیکی:

basalehi@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۹/۳/۱۵ اصلاح نهایی: ۸۹/۷/۲۶ پذیرش مقاله: ۸۹/۸/۱۰

مقدمه:

می‌رود و بیش از هر اختلال منفرد دیگری سبب ارجاع کودکان به روانپزشک و مشاور اطفال می‌شود. این اختلال که تأثیر عمیقی بر زندگی هزاران کودک و خانواده آنها می‌گذارد، دارای علائم تحولی نامناسب (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری) می‌باشد. در رابطه با شیوع ADHD در کودکان دبستانی گزارش‌های متفاوتی در ایران و جهان ارائه شده است و به طور کلی شیوع آن ۱۸-۲٪ تخمین زده می‌شود (۱۱-۲).

سلامتی و بیماری کودکان در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسل‌های آینده اثرگذار است. لذا بهداشت روانی و مطالعه در نحوه سازگاری کودکان به رشد و باروری آنان در زمان بزرگسالی کمک نموده و عدم توجه به شرایط رشدی دوران کودکی صدمات جبران‌ناپذیری بر سلامت روانی جامعه وارد خواهد آورد (۱). اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه (ADHD) در زمره بحث انگیزترین اختلالات روانی دوره کودکی به شمار

به ADHD عبارتند از: بی‌اختیاری ادرار، اختلال وسواس اجباری، اختلالات تیک و توره و اختلالات اضطرابی، که در گروه نوجوانان اختلال دو قطبی در دومین رتبه شیوع قرار داشت (۱۵). علاقه‌مند و مؤمنی در سال ۱۳۷۹ نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ۴۳/۳٪ پسران مبتلا به ADHD دارای اختلال یادگیری بوده‌اند (۱۶).

در مورد مقایسه بین دختر و پسر از نظر همراهی اختلالات دو قطبی و اضطرابی با ADHD، برخی مطالعات قبلی سطوح بالاتر این اختلالات را در دختران نشان داد، در حالیکه مطالعات دیگر بیانگر آن است گرچه دختران مبتلا به ADHD سطوح بالاتری در اختلالات افسردگی و اضطراب دارند، خطر این اختلالات معادل آن چیزی است که در پسرها دیده می‌شود، در حالی که شیوع اختلالات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای در دخترها نصف آن چیزی است که در پسرها گزارش می‌شود. گرچه علت همبودی اختلالات روانی با ADHD هنوز کاملاً شناخته نشده است اما نتایج مطالعات مذکور، گویای آن است که اختلالات همراه ADHD در کودکی آغاز می‌شود و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و چنانچه تشخیص داده نشود و درمان نگردد با ناتوانی و پیش‌آگهی طولانی مدت و در نتیجه وجود خطر یا اختلالات روانپزشکی بیشتر همراه می‌شود. بنابراین با توجه به مطالب ارائه شده، در این مطالعه برآنیم تا به مقایسه میزان شیوع سه نوع اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری و ترکیبی و اختلالات همراه آن در دختران و پسران ۷-۱۱ ساله شهرستان اراک بپردازیم.

روش کار:

در این مطالعه مقطعی - تحلیلی، جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر (۷-۱۱ ساله) مبتلا به ADHD ناحیه یک آموزش و پرورش شهرستان اراک در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ بودند. آزمودنی‌ها به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای - تصادفی از میان کلیه دانش‌آموزان (۷-۱۱ ساله) شهرستان اراک یعنی ۲۱۳۹۵ نفر انتخاب شدند. آزمودنی‌ها (۲۰۰۰ نفر، ۹۶۰ دختر و ۱۰۴۰ پسر) با توجه به حجم هر یک از پایه‌های ابتدایی بر اساس جنس، به گونه‌ای انتخاب شدند که متناسب با جامعه اصلی پژوهش باشند. در مرحله مقدماتی با مراجعه به هر مدرسه،

جنبه مشترک تمام مطالعات مذکور بیانگر شیوع نسبتاً بالا ADHD در کودکان دبستانی است. تفاوت‌هایی که در مورد میزان ADHD در کشورهای مختلف گزارش شده است، احتمالاً به دلیل روش‌های مختلف تشخیص است نه تفاوت جلوه‌ها یا علائم بالینی این اختلال. با وجود اینکه فراوانی این اختلال در پسران بیشتر از دختران و دامنه آن از ۳ به ۱ تا ۱۰ به ۱ می‌باشد، ولیکن یک علت مهم ناتوانی روانپزشکی در دخترها محسوب می‌شود، در حالی که شیوع واقعی این اختلال در دخترها دقیق نیست ولی احتمالاً اندک نیز نیست (۱۲). در مورد همبودی ADHD با اختلالات روانپزشکی تحقیقات طولی متعددی صورت گرفته است. منیازا و همکارانش در یک مطالعه طولی ۱۰۱ پسر دارای اختلال پرجنب و جوشی را با کودکان بدون اختلال مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که شایع‌ترین اختلالات همراه در این کودکان عبارتند از: اختلالات رفتاری، اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، استفاده از مواد بدون الکل، ماری‌جوآنا و کوکائین و داروهای روان‌گردان و اعتیاد به مواد شهیم و همکارانش ۵۱ بزرگسال با ADHD (مراجعه‌کنندگان کلینیکی) از نظر همبودی اختلالات روانی را مورد بررسی قرار دادند و میزان بالایی از اختلالات همراه را در این گروه پیدا کردند. (۱۳).

بیدرمن و همکارانش در سال ۱۹۹۱ در پژوهشی بر روی ۸۴ بزرگسال با ADHD (ارجاعی به کلینیک)، ۳۶ بزرگسال با ADHD (عدم ارجاع به کلینیک) و ۲۰۷ بزرگسال بدون ADHD به این نتیجه رسیدند که گروه ADHD دامنه بالایی از اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال رفتاری، افسردگی، اضطراب و سوءمصرف مواد و پی‌آمد آن استفاده فراوان از مواد روان‌گردان به ویژه در بین مردان و آزمودنی‌هایی که از لحاظ اجتماعی و اقتصادی در طبقه پایینی قرار داشتند را اعلام کردند. این نتایج اهمیت تشخیص ADHD در بزرگسالی را مورد تأکید قرار می‌دهد. همچنین با توجه به شایع بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال دو قطبی و ADHD برخی مطالعات تداعی معنی‌داری بین دوره منیک اختلال دو قطبی و ADHD بدست آوردند (۱۴).

در ایران حبرانی و همکارانش در سال ۱۳۸۲ در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شایع‌ترین اختلالات همراه در جمعیت مبتلا

آموزشی در پاسخ دادن به سؤالات آن چندان تأثیر ندارد. سؤالات مطرح شده در ماتریس‌ها همه از یک نوع‌اند و همگی الگوهایی از تصاویر را نشان می‌دهند که بر اساس منطق خاصی تنظیم شده‌اند. آزمون ریون برای کودکان بالاتر از ۹ سال، ۶۰ سؤال دارد و زمان اجرای آن ۴۵ دقیقه است؛ که به هر پاسخ درست در این آزمون، یک نمره داده می‌شود و سپس مجموع نمرات خام آزمودنی با در نظر گرفتن سن وی از روی جدول هنجار به هوشبهر انحرافی با میانگین ۱۰۰ و انحراف معیار ۱۵ تبدیل می‌شود. شایان توجه است که پایایی این آزمون ۰/۸۰ و همبستگی آن با آزمون وکسلر ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۶).

ب: پرسشنامه کانرز فرم والدین:

پرسشنامه کانرز (فرم والدین) که توسط کانرز و همکارانش در سال ۱۹۹۹ استاندارد شده است، دارای دو نسخه ۹۳ ماده‌ای و ۴۸ ماده‌ای است که در پژوهش حاضر از نسخه ۴۸ ماده‌ای آن استفاده شده است. این نسخه از پرسشنامه کانرز که به ارزیابی ۵ عامل (سلوک، روان تنی - تکانشگری، بیش‌فعالی، اضطراب و مشکلات یادگیری) می‌پردازد، دارای ۴ گزینه است و از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و نمرات هر ماده به نمرات ۱ تا میانگین ۵۰ انحراف استاندارد ۱۰ تبدیل می‌شوند که اگر نمرات ۱، ۲ انحراف بالاتر از میانگین باشند، بیانگر وجود مشکل در فرد می‌باشند (۱۷). شایان ذکر است که اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط مؤسسه علوم شناختی، ۰/۸۵ گزارش شده است (۸).

ج: پرسشنامه کانرز فرم معلم

پرسشنامه کانرز (فرم معلم) دارای دو نسخه ۲۸ ماده‌ای و ۳۹ ماده‌ای است و مکمل پرسشنامه کانرز (فرم والدین) می‌باشد. این نسخه از پرسشنامه کانرز که به ارزیابی ۶ عامل (نقص توجه - بیش‌فعالی، سلوک، افراط هیجانی، غیراجتماعی بودن، خیالبافی - بی‌توجهی، اضطراب - انفعال) می‌پردازد، دارای ۴ گزینه است و از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. میانگین و انحراف معیار این ابزار، به ترتیب عبارتند از: ۵۰ و ۱۰. این مقیاس بر پایه بررسی‌های انجام شده از روایی و اعتبار بسنده‌ای برخوردار است (۱۷). بررسی‌های انجام شده در مورد بررسی مقیاس کانرز در ایران روایی این مقیاس را در سطح مناسبی گزارش نموده‌اند (۱۸).

د: پرسشنامه K-SADS-E

جهت شناسایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ADHD (نقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری، ترکیبی) یک نسخه از پرسشنامه کانرز (فرم معلم) در اختیار معلم و یک نسخه از پرسشنامه کانرز (فرم والدین) در اختیار والدین قرار گرفت. سپس این پرسشنامه‌ها که کاملاً مجزا از یکدیگر تکمیل شده بودند، نمره‌گذاری شدند و دانش‌آموزان مشکوک به اختلال ADHD (نقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری، ترکیبی) مورد شناسایی قرار گرفتند. بعد از شناسایی این دسته از دانش‌آموزان جهت اطمینان حاصل نمودن از تشخیص کاملاً صحیح، مصاحبه‌ای با معلم و والدین این دسته از دانش‌آموزان با استفاده از پرسشنامه بیش‌فعالی K-E-SADS صورت گرفت. در مرحله بعد، دانش‌آموزانی که بیماری‌های ارگانیکی واضح داشتند (براساس تاریخچه اخذ شده از خانواده و ثبت موارد پزشکی علل ارگانیک واضح مانند اختلال بینایی و شنوایی، تشنج و اختلالات حاد یا مزمن طبی) و همچنین دانش‌آموزانی که عقب‌ماندگی ذهنی داشتند (براساس نمره اخذ شده از آزمون هوشی ریون) از مطالعه حذف شدند؛ پس از آن با در نظر گرفتن ملاکهای شمول و حذف، ۱۶۸ نفر از دانش‌آموزان جهت بررسی اختلالات همراه، وارد مرحله بعدی پژوهش که همان اجرای مصاحبه بالینی با کودک و والدین توسط روانپزشک و روان‌شناسان آموزش دیده بود، شدند (با استفاده از پرسشنامه K-SADS-E). شایان ذکر است که افراد پژوهش از طریق دعوت نامه‌ای (که در آن مختصراً درباره اختلال ADHD و اهمیت بررسی آن توضیح داده شده بود) و فرم رضایت آگاهانه که در آن به شرکت کنندگان تأکید شده بود که اطلاعات بدست آمده از آنها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و بر اختیاری بودن شرکت در پژوهش تأکید شده بود برای مصاحبه دعوت شدند.

برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر بهره گرفته شد:

الف: آزمون هوشی ماتریس‌های پیش‌رونده ریون: به منظور کنترل هوش بهر دانش‌آموزان، آزمون ریون مورد استفاده قرار گرفت. این آزمون اندکی بعد از جنگ جهانی دوم تهیه شده است؛ و فرم‌های تجدید نظر شده این آزمون جهت اندازه‌گیری هوش افراد (از کودکان پنج ساله تا بزرگسالان) در همه سطوح توانایی به کار می‌رود؛ به گونه‌ای که برخورداری از شرایط بهتر اجتماعی و

پرسش‌نامه‌هایی چون فهرست رفتاری کودکان (CBCL) در مورد سایر اختلال‌ها به دست آمده است (۲۰).

نتایج:

توزیع فراوانی و فراوانی نسبی گروه‌های مورد مطالعه (نقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری، ترکیبی) بر پایه جنس در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. نتایج نشان دادند فراوانی اختلال نقص توجه در پایه اول ابتدایی بیشتر از سایر پایه‌های مقطع ابتدایی و در بین دختران (۷ نفر، ۲۵٪) بیشتر از پسران (۵ نفر، ۲۹/۴٪) بوده است؛ اما کمترین فراوانی اختلال نقص توجه در پایه دوم ابتدایی و در بین دانش‌آموزان دختر و پسر با اختلال نقص توجه تفاوتی دیده نمی‌شود. همچنین، فراوانی اختلال بیش‌فعالی - تکانشگری در پایه دوم ابتدایی بیشتر از سایر پایه‌های مقطع ابتدایی و در بین پسران (۱۴ نفر، ۳۴/۱٪) بیشتر از دختران (۹ نفر، ۳۲/۱٪) بوده است و کمترین فراوانی اختلال بیش‌فعالی - تکانشگری در پایه اول ابتدایی و در بین پسران (۳ نفر، ۷/۳٪) و در بین دختران مشاهده نشده است. علاوه بر این، فراوانی اختلال ترکیبی در پایه پنجم ابتدایی بیشتر از سایر پایه‌های مقطع ابتدایی و در بین پسران (۱۱ نفر، ۲۶/۲٪) بیشتر از دختران (۳ نفر، ۲۵٪) بوده است. کمترین فراوانی اختلال ترکیبی در پایه اول ابتدایی و در بین پسران (۴ نفر، ۹/۵٪) و در بین دختران (۳ نفر، ۲۵٪) مشاهده شده است.

در جدول شماره ۲، یافته‌های به دست آمده از آزمون فرضیه‌های پژوهش نشان داده شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد، شایع‌ترین اختلال همراه در دانش‌آموزان دختر با نقص توجه را اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (۸ نفر، ۴۰٪) و در دانش‌آموزان پسر با نقص توجه را تیک، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، وسواس فکری - عملی) هر کدام (۱ نفر) می‌باشد. همچنین اختلالات (سلوک، سایکوز، فوبی اجتماعی و مانیک) در دختران با اختلال نقص توجه و اختلالات (سلوک، سایکوز، شب‌ادراری، افسردگی، فوبی اجتماعی و مانیک) در پسران با اختلال نقص توجه مشاهده نشد.

این پرسشنامه یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته مبتنی بر DSM-IV و DSM-III-TR است و برای ارزیابی وجود اختلال (چه فعلی و چه قبلی) در افراد ۱۸-۶ ساله به کار می‌رود (۱۵). این پرسشنامه برای ارزیابی اختلالاتی چون افسردگی اساسی، دیس‌تایمی، مانیا، هیپومانیا، سیکلوتایمی، اسکیزوفرنی، اسکیزوفرنی فرم، سایکوز واکنشی گذرا، پانیک، آگورافوبیا، اضطراب جدایی، فوبی ساده، فوبی اجتماعی، اضطراب مفرط، وسواس فکری - عملی، نقص توجه - بیش‌فعالی، سلوک، نافرمانی مقابله‌ای، شب‌ادراری، بی‌اختیاری مدفوع، بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی، تیک گذرا، تیک حرکتی، تیک صوتی، توره، سوء مصرف مواد، سوء مصرف الکل، استرس پس از رویداد آسیب‌زا، اختلالات دو قطبی و اختلالات سازگاری به کار می‌رود.

پرسشنامه K-SADS-E توسط مصاحبه‌با والدین و کودک تکمیل می‌گردد و نهایتاً به خلاصه‌ای منجر می‌شود که در برگیرنده تمام منابع اطلاعات (والدین، کودک، مدرسه، پرونده و غیره) است. بیشتر موارد در این پرسشنامه از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند؛ بدین ترتیب که صفر نشان‌دهنده آن است که اطلاعات کافی نیستند، نمره یک نشان‌دهنده آن است که علایم وجود ندارند، نمره دو نشان‌دهنده سطوح زیر آستانه‌ای علایم است و نمره سه نشان‌دهنده معیار آستانه‌ای است. موارد باقی‌مانده در این پرسشنامه نیز از صفر (بیانگر فقدان اطلاعات) تا دو (وجود علایم) نمره‌گذاری می‌شوند (۱۹). شایان ذکر است که این پرسشنامه، ویژگی بالا ولی احتمالاً حساسیت پایینی دارد و علی‌رغم آن که ابزار فوق در ایران از نظر روایی و پایایی مورد ارزیابی قرار نگرفته است ولی با توجه به این که وابسته به فرهنگ نیست، می‌توان به روایی و پایایی گزارش شده در منابع خارجی استناد نمود (۱۲). پایایی تشخیصی بین گزارشگران و به روش بازآزمایی برای اختلال‌های گوناگون خوب تا عالی (۹۱٪ - ۶۴٪ برای تشخیص فعلی. ۱-۵۱٪ برای تشخیص طول عمر گزارش شده است. ضریب همبستگی درونی این ابزار با در نظر گرفتن ابزارهایی چون بک، همیلتون و کواکس برای تشخیص افسردگی اساسی به ترتیب (۹۰٪، ۸۲٪ و ۸۹٪) می‌باشد. ارقام مشابهی در مقایسه یافته‌های این ابزار با

جدول شماره ۱- توزیع اختلالات ADHD بر اساس پایه تحصیلی و جنسیت در دانش‌آموزان ابتدایی ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹

اختلالات	نقص توجه		بیش‌فعالی - تکانشگری				ترکیبی	
	جنسیت		پسر		دختر		دختر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اول ابتدایی	۵	۲۹/۴	۳	۷/۳	۰	۰	۴	۹/۵
دوم ابتدایی	۳	۱۷/۶	۱۴	۳۴/۸	۹	۲۲/۱	۹	۲۱/۴
سوم ابتدایی	۵	۲۹/۴	۷	۱۷/۸	۵	۱۷/۹	۹	۲۱/۴
چهارم ابتدایی	۴	۳۳/۵	۳	۱۰/۷	۶	۱۴/۶	۹	۲۱/۴
پنجم ابتدایی	۰	۰	۹	۲۲/۱	۶	۱۵/۴	۱۱	۲۶/۲
جمع کل	۱۷	۱۰۰	۴۱	۱۰۰	۲۸	۱۰۰	۴۲	۱۰۰

جدول شماره ۲- توزیع اختلالات همراه در دانش‌آموزان ابتدایی با نقص توجه دبستان‌های ناحیه یک آموزش و پرورش اراک در سال تحصیلی ۸۸-۸۹

Statistic	پسر		دختر		جنسیت	اختلالات همراه
	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی		
P-value						
۰/۶۳۶	۲/۹	۱	۰	۰	دارد	اختلال سلوک
	۹۷/۱	۳۴	۱۰۰	۲۰	ندارد	
۰/۵۹۱	۲/۸	۱	۵	۱	دارد	اختلال شب‌اندراری
	۹۷/۲	۳۵	۹۵	۱۹	ندارد	
۰/۲۳۸	۵/۶	۲	۱۵	۳	دارد	اختلال تیک
	۹۴/۴	۳۴	۸۵	۱۷	ندارد	
-	۰	۰	۰	۰	دارد	اختلال سایکور
	۱۰۰	۳۶	۱۰۰	۲۰	ندارد	
۰/۶۴۳	۲/۸	۱	۰	۰	دارد	اختلال افسردگی
	۹۷/۲	۳۵	۱۰۰	۲۰	ندارد	
۰/۲۸۱	۳۳/۳	۱۲	۴۵	۹	دارد	اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۶۶/۷	۲۴	۵۵	۱۱	ندارد	
۰/۶۴۳	۲/۸	۱	۰	۰	دارد	اختلال فوبی اجتماعی
	۹۷/۲	۳۵	۱۰۰	۲۰	ندارد	
۰/۵۱۳	۱۳/۹	۵	۱۰	۲	دارد	اختلال وسواس فکری - عملی
	۸۶/۱	۳۱	۹۰	۱۸	ندارد	
-	۰	۰	۰	۰	دارد	اختلال مانیک
	۱۰۰	۳۶	۱۰۰	۲۰	ندارد	
۰/۲۸۸	۲/۸	۱	۱۰	۲	دارد	اختلال تیک - بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۹۷/۲	۳۵	۹۰	۱۸	ندارد	
۰/۶۴۹	۲/۷	۱	۰	۰	دارد	اختلال شب‌اندراری - بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۹۷/۳	۳۶	۱۰۰	۲۰	ندارد	
۰/۵۴۹	۸/۳	۳	۵	۱	دارد	اختلال وسواس - بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۹۱/۷	۳۳	۹۵	۱۹	ندارد	

جدول شماره ۳- توزیع اختلال همراه در دانش‌آموزان ابتدایی با اختلال بیش فعالی - تکانشگری ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی

۱۳۸۸-۸۹

P-value	پسر		دختر		جنسیت	اختلالات همراه
	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی		
-	۰	۰	۰	۰	دارد	اختلال سلوک
	۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۲۵	ندارد	
۰/۴۷۶	۰	۰	۸	۲	دارد	اختلال شب ادراری
	۱۰۰	۱۱	۹۲	۲۳	ندارد	
۰/۵۲۴	۹/۱	۱	۴	۱	دارد	اختلال تیک
	۹۰/۹	۱۰	۹۶	۲۴	ندارد	
-	۰	۰	۰	۰	دارد	اختلال سایکوز
	۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۲۵	ندارد	
۰/۴۷۶	۰	۰	۸	۲	دارد	اختلال افسردگی
	۱۰۰	۱۱	۹۲	۲۳	ندارد	
۰/۱۴۸	۹/۱	۱	۳۲	۸	دارد	اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۹۰/۹	۱۰	۶۸	۱۷	ندارد	
-	۰	۰	۰	۰	دارد	اختلال فوبی اجتماعی
	۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۲۵	ندارد	
۰/۵۲۴	۹/۱	۱	۴	۱	دارد	اختلال وسواس فکری- عملی
	۹۰/۹	۱۰	۹۶	۲۴	ندارد	
-	۰	۰	۰	۰	دارد	اختلال مانیک
	۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۲۵	ندارد	
۰/۶۹۴	۰	۰	۴	۱	دارد	اختلال تیک- بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۱۰۰	۱۱	۹۶	۲۴	ندارد	
۰/۶۶۷	۰	۰	۴/۳	۱	دارد	اختلال شب ادراری- بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۱۰۰	۱۱	۹۵/۷	۲۲	ندارد	
۰/۵۲۴	۹/۱	۱	۴	۱	دارد	اختلال وسواس- بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۹۰/۹	۱۰	۹۶	۲۴	ندارد	

اختلال بیش فعالی - تکانشگری در بین دختر و پسر دیده نشد (جدول شماره ۳). بر پایه یافته‌های مطالعه، شایع‌ترین اختلال همراه در دانش‌آموزان دختر نوع ترکیبی؛ اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (۳ نفر، ۳۰٪) و در دانش‌آموزان پسر نوع ترکیبی؛ اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (۹ نفر، ۲۵/۷٪) می‌باشد (جدول شماره ۴). همچنین اختلالات (سلوک، سایکوز، فوبی اجتماعی و مانیک) در دختران نوع ترکیبی و اختلالات (سایکوز، فوبی اجتماعی و مانیک) در پسران، مشاهده نشد. در هیچ یک از یافته‌های ما تفاوت معنی‌داری بین همبودی اختلالات همراه و نوع ترکیبی در بین دختر و پسر دیده نشد.

در هیچ یک از یافته‌های ما، تفاوت معنی‌داری بین همبودی اختلالات همراه و اختلال نقص توجه در بین دختر و پسر دیده نشد. در زمینه همبودی اختلال بیش فعالی - تکانشگری و اختلالات همراه دانش‌آموزان (دختر و پسر) پایه ابتدایی، شایع‌ترین اختلال همراه در دانش‌آموزان دختر؛ اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (۹ نفر، ۴۵٪) و در دانش‌آموزان پسر؛ اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (۱۲ نفر، ۳۳/۳٪) می‌باشد. همچنین اختلالات (سلوک، سایکوز، فوبی اجتماعی و مانیک) در دختران با اختلال بیش فعالی - تکانشگری و اختلالات (سایکوز و مانیک) در پسران با اختلال نقص توجه مشاهده نشد. همچنین در هیچ یک از یافته‌های ما تفاوت معنی‌داری بین همبودی اختلالات همراه و

جدول شماره ۴- توزیع اختلال همراه در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با نوع ترکیبی دبستان‌های ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی

۱۳۸۸-۸۹

P-value	پسر		دختر		جنسیت	اختلالات همراه
	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی		
.۴۶۱	۸/۶	۳	۰	۰	دارد	اختلال سلوک
	۹۱/۴	۳۲	۱۰۰	۱۰	ندارد	
.۰/۴۰۲	۱۱/۴	۴	۲۰	۲	دارد	اختلال شب‌اندراری
	۸۸/۶	۳۱	۸۰	۸	ندارد	
.۰/۳۹۹	۲/۹	۱	۱۰	۱	دارد	اختلال تیک
	۹۷/۱	۳۴	۹۰	۹	ندارد	
-	۰	۰	۰	۰	دارد	اختلال سایکور
	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۱۰	ندارد	
.۰/۳۹۹	۲/۹	۱	۱۰	۱	دارد	اختلال افسردگی
	۹۷/۱	۳۴	۹۰	۹	ندارد	
.۰/۵۳۹	۲۵/۷	۹	۳۰	۳	دارد	اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۷۴/۳	۲۶	۷۰	۷	ندارد	
-	۰	۰	۰	۰	دارد	اختلال فوبی اجتماعی
	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۱۰	ندارد	
.۰/۳۰۶	۸/۶	۳	۲۰	۲	دارد	اختلال وسواس فکری-عملی
	۹۱/۴	۳۲	۸۰	۸	ندارد	
-	۰	۰	۰	۰	دارد	اختلال مانیک
	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۱۰	ندارد	
.۰/۷۷۸	۲/۹	۱	۰	۰	دارد	اختلال تیک-بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۹۷/۱	۳۴	۱۰۰	۱۰	ندارد	
.۰/۳۹۱	۲/۸	۱	۱۰	۱	دارد	اختلال شیب‌اندراری-بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۹۷/۲	۳۵	۹۰	۹	ندارد	
.۰/۷۷۸	۲/۹	۱	۰	۰	دارد	اختلال وسواس-بی‌اعتنایی مقابله‌ای
	۹۷/۱	۳۴	۱۰۰	۱۰	ندارد	

بحث و نتیجه‌گیری:

با توجه به یافته‌های به دست آمده در پژوهش حاضر، می‌توان چنین نتیجه گرفت که شیوع کلی اختلال ADHD (نقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری، ترکیبی) در بین دانش‌آموزان دختر و پسر (۷-۱۱ ساله) مشغول به تحصیل در ناحیه یک اراک در نیمسال اول تحصیلی ۱۳۸۸، از ۲/۳ درصد تا ۳/۵ درصد متفاوت بوده است و این در حالی است که شیوع اختلال نقص توجه، ۲/۳ درصد، شیوع اختلال بیش‌فعالی - تکانشگری، ۳/۵ درصد شیوع اختلال ترکیبی، ۲/۷ درصد بوده است که این نتایج با نتایج بدست آمده از پژوهش دالی در ۲۰۰۴ و شیوع گزارش شده توسط راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - نسخه چهارم (DSM- IV - TR) که ۳ تا ۷ درصد می‌باشد و شیوع گزارش شده توسط راهنمای بین‌المللی طبقه‌بندی آماری

بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط (ICD-10) که ۱/۷ درصد می‌باشد، هماهنگی و هم‌خوانی دارد (۲۱،۲۲). اما با نتایج پژوهش‌های پیندا و همکاران (۴)، مرادی و همکاران (۸)، علی شاهی و همکاران (۲۳)، اردلان و همکاران (۲۴)، شهیم و همکاران (۱۰) و بنجاسوانتپ و همکاران (۵) که به ترتیب شیوع اختلال ADHD را ۱۶/۴ درصد، ۱۲/۵ درصد، ۱۲/۳ درصد، ۱۱ درصد، ۵ تا ۸/۵ درصد و ۶/۵ درصد گزارش نموده بودند، هم‌خوانی ندارد که شاید دلیل آن این باشد که در این پژوهش برخلاف پژوهش‌های قبلی که تنها از پرسشنامه کانرز (یک یا هر دو فرم والدین و معلم) و یا تنها از پرسشنامه K-SADS-E استفاده نموده بودند، در پژوهش ما جهت شناسایی دقیق‌تر اختلال ADHD از پرسشنامه کانرز (یک یا هر دو فرم والدین و معلم) به همراه پرسشنامه K-SADS-E استفاده شد.

بیشتر از دخترهاست (۱۵،۲۵،۲۷). اما در یافته‌های ما تفاوت معنی‌داری در بین دختر و پسر دیده نشده است. همسو نبودن یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه معنی‌دار بودن شیوع بالای اختلالات همراه، با یافته‌های مطالعات مذکور، به دلیل پایین بودن همبودی اختلالات همراه با ADHD به نظر نمی‌رسد، بلکه بیشتر نشان‌دهنده نوع جمعیت مورد مطالعه می‌باشد.

نمونه‌های این پژوهش نمونه‌های غیرارجاعی (غیر کلینیکی) بوده که با توجه به غیرارجاعی بودن، بسیاری از والدین علی‌رغم رفتار غیرطبیعی کودک حاضر به قبول مشکل کودک خود نبودند و رفتارهای کودک خود را عادی تلقی می‌کردند. در حالی که نمونه‌های ارجاعی دارای تابلوی بالینی پیچیده‌تری هستند. بعلاوه این تناقض می‌تواند بیانگر آن باشد که ما در این پژوهش سه نوع اختلال بیش‌فعالی (نقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری، ترکیبی) را از هم متمایز کردیم در حالی که در سایر مطالعات اختلال بیش‌فعالی را به طور کلی مورد بررسی قرار دادند.

سپاسگزاری:

بدینوسیله از همه کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم توجهی (نقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری، ترکیبی)، والدین و آموزگاران آنها که در انجام این پژوهش با ما همکاری نمودند، قدردانی می‌شود. این پژوهش با تصویب و حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک اجرا گردیده است که بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی و پرسنل محترم این حوزه تشکر می‌نمائیم.

نتایج این پژوهش در زمینه رابطه بین اختلال ADHD (نقص توجه، بیش‌فعالی - تکانشگری، ترکیبی) با اختلالات همراه در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی نشان دادند که بین همبودی اختلال نقص توجه و اختلالات در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. همچنین، بین همبودی اختلال بیش‌فعالی - تکانشگری و اختلال ترکیبی با اختلالات همراه در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی، رابطه معنی‌داری مشاهده نشد که این یافته‌ها هماهنگ با یافته‌های حبرانی و همکارانش (۱۲) و ناهمسو با یافته‌های مطالعات دیگر است (۱۴، ۲۵، ۲۶). همچنین بر اساس یافته‌های ما در این پژوهش، شایع‌ترین اختلال همراه در کودکان ۷-۱۱ سال مبتلا به ADHD بود که، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای این یافته هماهنگ است با یافته‌های اسمالی و همکاران (۲۷) و بیدرمن و همکاران (۲۸)، اما با برخی مطالعات دیگر که اختلالات همراه ADHD را اختلال‌های اضطرابی (۱۰، ۱۲، ۱۴، ۲۷، ۲۹) و اختلال‌های خلقی گزارش کرده‌اند (۱۴، ۲۹، ۳۰) ناهمسو است. در بررسی بیدرمن، نیوکورن و اسپریچ (۲۸) نیز از اختلال‌های اضطرابی، بی‌اعتنایی مقابله‌ای، تیک، سوءمصرف مواد و اختلال‌های خلقی دوقطبی به عنوان شایع‌ترین اختلالات یاد شده است. علاوه بر این، از یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه وجود تفاوت معنی‌دار بین اختلال ADHD و اختلالات همراه در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی، می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که بین همبودی اختلال ADHD با اختلالات همراه در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بر اساس مطالعات قبلی خطر همراهی اختلالات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای در پسرها چه در نمونه‌های کلینیکی و چه در نمونه‌های جامعه

References

منابع

1. Wolraich ML, Baumgaertel A. The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder based on the new DSM-IV criteria. *Peabody Journal of Education*. 1996;71:168-186.
2. Taylor E, Sandberg S, Thorley G, Giles S. The epidemiology of childhood hyperactivity, Maudsley Monograph Series, New York: Oxford University Press; 1991:60-68.
3. Rowland AS, Umbach DM, Catoe KE, Stullone L, Long S, Rabiner D, et al. Studying the epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder: screening method and pilot results. *Can J Psychiatry*. 2001;46:931-940.
4. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GC. Prevalence estimations of attention - deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neurosci*. 2003;113:49-71.
5. Benjasuwantep B, Ruangdaraganon N, Visudhiphan P. Prevalence and clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder among primary school students in Bangkok. *J Med Assoc Thai*. 2002;85:1232-1240.
6. Leseshe CA, Visser SN, White CP. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in School-Aged Children: Association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics*. 2003;111:1232-1237.
7. Dashti B, Abolhassani F, Majdzadeh F, Alaghebandrad J, Eftekhar H. Attention deficit hyperactivity disorders in the Iranian population in 2003. *Advances in Cognitive Science*. 2006;8:49-56. [Persian]
8. Moradi A, Khabaz Khoob M, Javaherforoushzadeh A, Rezvan B, Haeri Kermani Z, Palahang S. The prevalence of attention deficit hyperactivity disorders among school children of Nishaboor-Iran during 2006. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2008;10:37-43. [Persian]
9. Tavangar H, Morovati Sharif Abad MA, Pourmovahed Z, Dehghani K. Prevalence and related factors attention deficit hyperactivity disorder in students of Yazd Primary Schools (2004). *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2008;12:20-25. [Persian]
10. Shahim S, Mehrangiz L, Yousefi F. The prevalence of attention deficit disorder hyperactivity disorder in a group of elementary school children. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2007;17:211-216.
11. Hebrani P, Abdollahian E, Behdani F, Vosough I, Javanbakht A. The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in preschool-age children in Mashhad, north-east of Iran. *Arch Iranian Med*. 2007;10:147-151.
12. Hebrani P, Behdani F. Compensating of the ADHD and comorbidity disorders in boys and girls of Mashhad. *Ofoghe Danesh Journal*. 2005;11:54-60. [Persian]
13. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:565-576.
14. Biederman J, Faraone SV, Keenak K, Steingard R, Tsuang MT. Familial association between ADHD and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1991;148:633-642.
15. Hebrani P, Alaghebandrad J, Mohammadi MR. Psychiatric disorders in families of children with attention deficit - hyperactivity. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2003;33:12-19. [Persian]
16. Alaghebandrad J, Momeni F. Correlation between attention deficit and hyperactivity disorder with learning disorder in boys with 7-12 years old. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2000;22:32-36. [Persian]
17. Hale J, How S, Dewitt M, Coury D. Discriminant Validity of the Conners' Scales for ADHD Subtypes. *Current Psychology*. 2001;20:231-249.
18. Salehmojtahed M. Review of attention disorder reduction in primary school children of Tehran base on Conner's scale. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 1999;1:87-92. [Persian]
19. Mohammadi M, Mesgrpoor B, Shahim Yazdian A. Psychological testing and psychiatric treatments for children and adolescents. Tehran: Tymorzadeh Press; 2007. [Persian]

20. Ambrosini PJ. Historical development and present status of the Schedule for affective Disorders and Schizophrenia for school-age children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:49-58.
21. Daley KC. Update on attention deficit/hyperactivity disorder. *Curr Opin Pediatr*. 2004;16: 217-226.
22. Nikkhov M. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ianse H. 4th ed. Tehran: Sokhan Press; 2000:34-38. [Persian]
23. Alishahi MJ, Dehbozorgi GH, Dehghan B. The prevalence of attention deficit disorder and hyperactivity in children in Shirazian children. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2003;5:9-12. [Persian]
24. Ardalan G, Farhoud DD, Shah Mohammadi D. Hayperactivity, Attention and concentration deficit preschool children. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2003;4:53-56.
25. Shahrivar Z, Alagheband rad J, Shirazi A. A attention deficit hyperactivity disorder effective with mania clinical features Of children and adolescents. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2004;37:22-27. [Persian]
26. West SA, McElroy SL, Strakowski SM, Keck PE, McConville BJ. Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. *Am J Psychiatry*. 1995;152:271-273.
27. Smalley SL, Mc Gough JJ, Del, Homme M, Newdelman J, Gordon E, Kim T, et al. Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:1135-1143.
28. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*. 1991;148:564-577.
29. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Press; 2003;1116-1230.
30. Mc Gough J, Smalley SL, Mc Cracken JT, Yang M, Del Homme M, Lynn DE, et al. Psychiatric Comorbidity in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1621-1627.

Comparing psychiatric co morbidity in female and male primary school children with attention deficit hyperactivity disorder, Arak, Iran

B. Salehi, MD¹ S. Ebrahimi, MSc² S. Moradi, MSc²

Associate Professor Department of Psychiatry¹, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. Master of General Psychology², Islamic Axad University Arak Branch, Arak, Iran.

(Received 5 Jun, 2010 Accepted 1 Nov, 2010)

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was comparison of prevalence of three subtypes of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and combined type in female and male primary school children in Arak.

Methods: This cross-sectional study was carried on 2000 (960 girls and 1040 boys) students of primary schools, in Arak in 1388-1389 academic years. Intelligence Raven scale, and Canner's questionnaire (parents and teachers) were used to confirm the disorders, K-SADS-E questionnaire (Schedule for Affective disorder and Schizophrenia epidemiological version) and demographic characteristics questionnaires were completed for all cases. Data were analyzed by using Chi-Square test and logistic regression.

Results: The results show that 2.3, 3.5 and 2.7 percent of children had one of attention deficit, hyperactivity-impulsivity or combined type of disorders, respectively. The findings showed that, prevalence of hyperactivity and attention deficit disorder was decreased with age, while combined type of disorder was increased with age. The prevalence of hyperactivity and attention deficit disorders in boys and girls was not significantly different but in the combined type disorder (ADHD) this difference was significant ($P < 0.05$). Difference between girls and boys in co-morbidity of ADHD disorders (attention deficit, hyperactivity, and combined type) and psychiatry disorders (conduct, depressive, urinary incontinence, tic, schizophrenia oppositional, obsessive-compulsive, manic, social phobia), was not statistically.

Conclusion: Prevalence of the disorder subtypes was different among age groups and gender but, it was not statistically different between co-morbidity of ADHD disorders and psychiatry disorders.

Key words: Attention Deficit Disorder with Hyper Activity – Students – Comorbidity

Correspondence:
B. Salehi, MD.
Department of Psychiatry,
Shahid Hashemi Sanjani
Hospital. Arak University
of Medical Sciences.
Arak, Iran
Tel: +98 861 2724520
Email:
basalehi@yahoo.com