Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 3/ No. 3/ Autumn 2016
Page: 1-11

The Prevalence of Attention Deficit – Hyperactivity Disorder and related factors, among elementary school student in Kamyaran city in 2014-2015.

Mitra Bahrami[1], Fayegh Yousefi[2], Afshin Bahrami[3], Erfan Farazi[4], Ali Bahrami[5]

1. Msc in health education, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical sciences, Sanandaj, Iran.(Corsponding Authore)
2. PhD in child psychology , Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
3. Msc Student in Human Genetics, Tarbiat Modares University, Tehran,Iran.
4. GP, Kurdistan University of Medical Sciences, sanandaj, Iran.
5. BSc in Educational Sciences, Department of Education Kamyaran, Iran.

Abstract

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common behavioral disorder in childhood. The aim of this study was to investigate the prevalence of ADHD among elementary school student in the Kamyaran.

Methods: The study was a cross – sectional and the sample size was 384. The method sampling was stratified random. Child Symptom Inventory were used to collect information. Data was analyzed by SPSS16 software and T-test and Chi-square test.

Results: The overall prevalence of ADHD among students was (6.7%), HD was 9.8% and AD was 8.3%. There was a significant relationship between Gender, Grade, and Education level of Father and Mother with ADHD, AD and HD (P<0/05). There was not significant relationship between the Father's jobs, Mother's job, Birth rank and History of addiction in the family with ADHD, AD and HD (P>0/05).

Conclusion: The rate of disorder in this study was moderate. Given the importance of students mental health as the Building future of the country is necessary to more precise identification, early detection, Treatment and providing consulting services among the students.

Key words: Students, Attention Deficit – Hyeractivity Disorder, Primary school

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-10-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.3.4.7]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال سوم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۵
صفحات: ۱۱-۱

بررسی شیوع اختلال نقص توجه - بیش فعالی و عوامل مرتبط با آن در بین دانش‌آموزان دبستانی شهر کامیاران در سال تحصیلی ۱۳۹۳- ۱۳۹۴

میترا بهرامی[۱]، فایق یوسفی[۲]، افشین بهرامی[۳]، عرفان فراضی[۴]، علی بهرامی[۵]

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.(مولف مسول)

۲- دکترای روانشناسی کودک، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد ژنتیک انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۴- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۵- کارشناس علوم تربیتی، آموزش و پرورش شهرستان کامیاران، ایران.

چکیده

مقدمه و هدف: اختلال بیش فعالی و کمبود توجه (ADHD) از شایعترین اختلالهای رفتاری در دوران کودکی است. هدف این پژوهش بررسی میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در دانش‌آموزان دبستانی شهر کامیاران بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع مطالعه توصیفی- مقطعی بود و حجم نمونه ۳۸۴ نفر بود. روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه علایم مرضی کودکان بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS16 و آزمون‌های آماری t-test و کای‌اسکویر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: شیوع کلی ADHD در بین دانش‌آموزان شرکت کننده در این مطالعه ۶٫۷٪، شیوع اختلال HD ، ۹٫۸٪ و شیوع اختلال AD ، ۸٫۳٪ می‌باشد. بین جنسیت، پایه‌ی تحصیلی و سطح تحصیلات پدر و مادر با اختلال ADHD، AD و HD ارتباط معنی‌داری وجود داشت (P<0/05). بین شغل پدر، شغل مادر، چندمین فرزند خانواده بودن و سابقه‌ی اعتیاد در خانواده و وجود اختلال‌های ADHD، AD و HD رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت (P>0/05).

نتیجه‌گیری: میزان این اختلال در این مطالعه در حد متوسط بود. با توجه به اهمیت سطح سلامت روانی دانش‌آموزان به عنوان آینده سازان کشور، ضرورت شناسایی دقیق‌تر، تشخیص به موقع و درمان و ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای در بین این دانش‌آموزان دیده می‌شود.

کلید واژه‌ها: دانش‌آموزان، اختلال بیش فعالی- کمبود توجه، دبستان

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-10-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.3.4.7]

مقدمه

اختلال بیش فعالی و کمبود توجه [1](ADHD) یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی و بیماریهای شناختی و رفتاری کودکان سنین مدرسه است (ووریچ[2]، ۱۹۹۶). اختلال بیش فعالی و کمبود توجه (ADHD) یک اختلال روانپزشکی است که شامل نشانه‌هایی همچون نقص توجه، بیش فعالی و رفتار تکانشگری است. طبق تعریف این اختلال در سن ۷ سالگی و اغلب قبل از سن ۵ سالگی شروع می‌شود و ممکن است تا دوره نوجوانی و حتی تا بزرگسالی ادامه پیدا کند و این اختلال روی مسائل آموزشی و شغلی افراد تأثیر منفی خواهد گذاشت (فیتزگرالد[3] ۲۰۰۷).

اختلال (ADHD) حدود ۸ تا ۱۲ درصد از کودکان جهان را در برگرفته است (فاراوون[4] ۱۹۹۴؛ فاران ۲۰۰۴) در مرور سیستماتیک بعمل آمده توسط پولانزیک و همکارانش شیوع جهانی این اختلال ۵/۲۹٪ اعلام شده است (پولانزیک[5] ۲۰۰۷). همچنین مطالعات انجام شده در کشور ایران نشان از شیوع ۱۰ تا ۱۲ درصدی این اختلال در بین کودکان ایرانی دارد (عربی، ۲۰۱۰؛ علی مرادی، ۲۰۰۸؛ غنی‌زاده، ۲۰۰۸). عبداللهیان و همکاران (۲۰۰۴) در شهر مشهد و شهیم و همکاران (۲۰۰۷) در شهر شیراز شیوع کلی این اختلال را به ترتیب ۱۲/۳ و ۵- ۸/۵ درصد گزارش کرده‌اند. یوسفی (۱۳۷۷) در مطالعه خود در خصوص اختلال نقص توجه و بیش فعالی، گزارش کرده است که ۹ درصد از دانش‌آموزان شهر سنندج اختلال ADHD دارند.

بر اساس آخرین طبقه‌بندی تشخیصی و راهنمایی اختلالات روانپزشکی انجمن روان پزشکان آمریکا نشانه‌هایی همچون بی‌توجهی، اشتباه مکرر در انجام تکالیف، حواس‌پرتی،گوش ندادن به خواسته‌های معلم، پریدن وسط حرف دیگران، اشکال در انجام تکالیف و نظم‌بندی تکالیف، بی‌علاقگی به درس و انجام تکالیف مدرسه، گم کردن اشیا و لوازم مدرسه مانند کتاب و مداد و سریع حواس‌پرت شدن با هر محرک بیرونی از نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش فعالی (ADHD) محسوب می‌شود (فیتزگرالد۲۰۰۷).

اختلال نقص توجه همراه بیش فعالی باعث افت تحصیلی در بین دانش‌آموزان مخصوصاً دانش‌آموزان مقطع ابتدائی می‌شود (سادینو[6] ، ۲۰۰۷)، طوری که بر اساس نظر پژوهشگران، ۹ تا ۸۰ درصد از کودکان دارای AHDH دارای مشکلات تحصیلی و افت تحصیلی هستند. همچنین افت تحصیل یکی از دلایلی است که باعث اختلالات روانپزشکی، مخصوصاً افسردگی در بین دانش‌آموزان می‌شود (فراجد[7]، ۲۰۰۸). این اختلال با مشکلاتی در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، سلامت روان پایین و سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین همراه است (دیویدس[8] ، ۲۰۰۵). نتایج تحقیقات گسترده‌ای در اروپا نشان داد که والدین این کودکان گزارش کردند که این اختلال تاثیر مهمی بر خود کودک و خانواده داشته و کار در مدرسه، روابط با همسالان و روابط خانوادگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (کوئیل[9]، ۲۰۰۸). فارن و بیدرمن (۲۰۰۰) در پژوهشی سابقه ی شکست تحصیلی و مشکلات هیجانی از قبیل اضطراب و افسردگی را در نوجوانان ADHD گزارش کرده‌اند.

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
2. Wolraich
3. Fitzgerald
4. Faraone
5. Polanczyk
6. Saudino
7. Frojd
8. Davids
9. Coghill

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-10-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.3.4.7]

این اختلال می‌تواند از کودکی تا بزرگسالی تداوم داشته باشد. مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که در ۴۰ تا ۶۰ درصد از کودکان مبتلا به ADHD علائم اختلال تا بزرگسالی پایدار می‌مانند و این اختلال زندگی بزرگسالی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد (لارا[10]، ۲۰۰۹؛ فاران، ۲۰۰۶؛ کسلر[11]، ۲۰۰۶). (۲۱-۲۳).

آگاهی از میزان سلامت روانی دانش‌آموزان می‌تواند، نقش مهمی در برنامه‌ریزیهای لازم برای کاهش اختلالات و بالا بردن سلامت روانی آنها داشته باشد. همچنین می‌توان از عوارض و پیامدهای ناشی از کاهش سلامت روانی در دانش‌آموزان که نیروی اقتصادی، انسانی و قشر جوان، فعال و آینده ساز کشور هستند، جلوگیری کرد. پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع اختلال نقص توجه – بیش فعالی (ADHD) و عوامل مرتبط با آن در بین دانش‌آموزان دبستانی شهرستان کامیاران انجام شد.

روش بررسی

روش انجام مطالعه بررسی مقطعی (Cross sectional) بود. جامعه مورد مطالعه شامل تمام دانش-آموزان مقطع ابتدایی شهرستان کامیاران بود و حجم نمونه ۳۸۴ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای (Stratified random sampling) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS16 استفاده شد. برای محاسبه اهداف توصیفی از میزان و درصد استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل متغیرهای اسمی و رتبه‌ایی از کای سکوار و برای آنالیز بین متغیرها و نمرات خام ADHD از T-test گروههای مستقل استفاده شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا با اداره آموزش و پرورش شهر کامیاران هماهنگی‌های لازم بعمل آمد. نمونه‌ها از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که تعداد ۸ مدرسه از بین مدارس ابتدایی به صورت تصادفی انتخاب شد و به نسبت تعداد دانش‌آموز هر مدرسه، نسبت نمونه مشخص شد همچنین تعداد نمونه‌ها بر اساس نسبت دختر و پسر در هر مدرسه مشخص شدند. در نهایت نمونه‌ها از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در هر مدرسه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه علایم مرضی کودکان (Child Symptom Inventory) بود. این پرسشنامه بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV توسط پروفسور اسپرافگین، لانی و گادو در دانشگاه استونی بروک در سال ۱۹۹۴ تدوین شده است. این پرسشنامه، دارای دو چک لیست والد و معلم است. چک لیست والد ، ۹۷ سؤال دارد و ۱۷ اختلال را می سنجد و چک لیست معلم با ۷۷ سؤال، ۱۳ اختلال را مورد سنجش قرار می‌دهد که ۱۸ سوال آن مربوط به ارزیابی ADHD است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در دانشگاه استونی بروک به تأیید رسیده است. در ایران نیز ضریب پایایی ابزار با روش آزمون مجدد محاسبه شده است. در چک لیست والد (r=96) که در رابطه با چک لیست معلم (r=93) بوده است. اعتبار صوری پرسشنامه که براساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV می‌باشد توسط اساتید روان پزشکی و روان شناسی انستیتو روان پزشکی تهران تأیید شده است (قهاری، ۱۳۷۵). جهت تعیین درجه اعتبار، همبستگی بین داده‌های مرحله اول فرم معلم، با نتایج داده‌های مرحله اول فرم والد محاسبه شد که برابر ۰/۸۹ می‌باشد که با ۹۵ درصد اطمینان و ۵ درصد خطا اعتبار چک لیست تایید شد (قهاری، ۱۳۷۵). ۱۸ سوال این پرسشنامه مربوط به سنجش اختلال بیش

10. Lara
11. Kessler

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-10-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.3.4.7]

فعالی کمبود توجه می‌باشد که ۹ سوال اول مربوط به سنجش اختلال بیش فعالی (HD) و ۹ سوال دوم مربوط به سنجش اختلال کمبود توجه (AD) می‌باشد. سوال‌ها به صورت پرسش‌هایی با مقیاس جوابگویی ۴ گزینه‌ای لیکرت هستند که جواب آنها از بین گزینه‌های " هرگز" ، "گاهی اوقات" ، "غالبا" و " بیشتر اوقات" انتخاب می‌شوند. در نهایت، پرشسنامه CSI-4 فرم معلم به معلمین مربوطه داده شد که در مورد نمونه‌های انتخابی پر کنند. بعد از پر کردن پرسشنامه‌ها توسط معلمین، پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر جمع‌آوری می‌شدند و جهت آنالیز داده‌ها وارد نرم افزار SPSS شدند.

یافته‌ها

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که شیوع کلی ADHD (اختلال بیش فعالی-نقص توجه) در بین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این مطالعه ۶٫۷٪ می‌باشد. همچنین نتایج حاکی از شیوع ۹٫۸٪ اختلال نوع HD (بیش فعالی تکانشگری) و شیوع ۸٫۳٪ اختلال AD (کاستی و نقص توجه) می‌باشد.

۱۸٫۸٪ (۷۲ نفر) شرکت‌کنندگان در پایه تحصیلی سوم و ۱۴٪ (۵۲ نفر) در پایه تحصیلی ششم بودند. ۱۸٫۸٪ (۷۲ نفر) از شرکت‌کنندگان در مطالعه ۹ ساله و ۱۲٫۱٪ (۴۷ نفر) از آنها ۱۲ ساله بودند. ۴۸٫۵٪ (۱۸۶ نفر) از شرکت‌کنندگان دختر و ۵۱٫۵٪ (۱۹۸ نفر) از آنها پسر بودند. ۴۸٪ (۱۸۴ نفر) از آنها فرزند دوم خانواده و ۱۱٫۷٪ (۴۵ نفر) فرزند سوم یا بیشتر خانواده بودند. شغل ۵۳٫۱٪ (۲۰۴ نفر) از پدران دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه آزاد و ۴٫۷٪ (۱۸ نفر) از آنها بیکار بودند. شغل ۷۳٫۲٪ (۲۸۱ نفر) از مادران دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه خانه‌دار و ۲۶٫۸٪ (۱۰۳ نفر) از آنها شاغل بودند. تحصیلات پدر ۴۰٫۱٪ (۱۵۴ نفر) از دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه دیپلم و ۶٫۴٪ (۲۴ نفر) از آنها بیسواد بود. تحصیلات مادر ۴۸٪ (۱۸۴ نفر) از دانش‌آموزان دیپلم و ۷٫۸٪ (۳۰ نفر) از آنها بیسواد بود. در ۸٫۸٪ (۳۴ نفر) از شرکت‌کنندگان، سابقه اعتیاد در خانواده وجود داشت.

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان اختلال ADHD، AD و HD در پسران بیشتر از دختران بود و جنس یکی از عوامل تاثیرگذار در این اختلال بود. عامل تاثیرگذار بعدی پایه تحصیلی بود. بطوریکه بیشترین میزان اختلال ADHD، AD و HD در پایه‌های اول و دوم دیده شد. و با افزایش پایه‌ی تحصیلی و به طبع افزایش سن میزان این اختلال در بین دانش‌آموزان کمتر دیده شد. در رابطه با تحصیلات پدر و مادر، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در مواردی که تحصیلات پدر و مادر کمتر بود و پدران و مادران بی‌سواد بودند میزان هر سه اختلال مورد بررسی بیشتر بود ($P<0/05$).

در رابطه با متغیرهای دیگر مورد بررسی شامل شغل پدر، شغل مادر، چندمین فرزند خانواده بودن و سابقه‌ی اعتیاد در خانواده. رابطه‌ی معنی‌داری بین این متغیرها و وجود اختلال ADHD، AD و HD در دانش‌آموزان دیده نشد ($P>0/05$). تنها نکته قابل ذکر در رابطه با این متغیرها وجود رابطه‌ی معنی‌دار بین شغل مادر و وجود اختلال AD در دانش‌آموزان بود ($P<0/05$).

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-10-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.3.4.7]

جدول ۱: متغیرهای دموگرافیکی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	متغیر	تعداد	درصد
پایه تحصیلی			
	اول	۶۶	٪۱۷
	دوم	۷۰	٪۱۸
	سوم	72	٪۱۸,۸
	چهارم	۶۴	٪۱۶,۶
	پنجم	۶۰	٪۱۵,۶
	ششم	۵۲	٪۱۴
سن			
	۷	۶۶	٪۱۷,۲
	۸	۷۲	٪۱۸,۸
	۹	۷۲	٪۱۸,۸
	۱۰	۶۷	٪۱۷,۵
	۱۱	۶۰	٪۱۵,۶
	۱۲	۴۷	٪۱۲,۱
جنسیت			
	دختر	۱۸۶	٪۴۸,۵
	پسر	۱۹۸	٪۵۱,۵
چندمین فرزند خانواده			
	اول	۱۵۵	٪۴۰,۳
	دوم	۱۸۴	٪۴۸
	سوم و بیشتر	۴۵	٪۱۱,۷
شغل پدر			
	بیکار	۱۸	٪۴,۷
	شغل دولتی	۱۶۲	٪۴۲,۲
	شغل آزاد	۲۰۴	٪۵۳,۱
شغل مادر			
	شاغل	۱۰۳	٪۲۶,۸
	خانه دار	۲۸۱	٪۷۳,۲
میزان تحصیلات پدر			
	بیسواد	۲۴	٪۶,۴
	سیکل	۸۶	٪۲۲,۳
	دیپلم	۱۶۵	٪۴۲,۹
	دانشگاهی	۱۰۹	٪۲۸,۴
میزان تحصیلات مادر			
	بیسواد	۳۰	٪۷,۸
	سیکل	۱۰۲	٪۲۶,۵
	دیپلم	۱۸۴	٪۴۸
	دانشگاهی	۶۸	٪۱۷,۷
سابقه اعتیاد در خانواده			

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-10-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.3.4.7]

دارد	دارد	۳۴	٪۸٫۸
ندارد	ندارد	۳۵۰	٪۹۱٫۲

جدول ۲ : توزیع فراوانی اختلال ADHD ، AD ، HD

اختلال	فراوانی	درصد
HD (بیش فعالی تکانشگری)	۳۸	٪۹٫۸
AD (کاستی توجه)	۳۲	٪۸٫۳
ADHD (نوع ترکیبی)	۲۶	٪۶٫۷

جدول ۳: توزیع فراوانی اختلال ADHD ، AD و HD و ارتباط آنها با متغیرهای دموگرافیکی در بین دانش‌آموزان

متغیر	ADHD			AD			HD		
	تعداد	درصد	P-value	تعداد	درصد	P-value	تعداد	درصد	P-value
جنسیت									
دختر	۹	٪۳۴٫۶	۰/۰۰۳	۱۲	٪۳۷٫۵	۰/۰۰۴	۱۴	٪۳۶٫۸	۰/۰۰۳
پسر	۱۷	٪۶۵٫۴		۲۰	٪۶۲٫۵		۲۴	٪۶۳٫۲	
پایه تحصیلی									
اول	۶	٪۲۳٫۱		۸	٪۲۵		۸	٪۲۱٫۱	
دوم	۵	٪۱۹٫۲		۸	٪۲۵		۹	٪۲۳٫۶	
سوم	۴	٪۱۵٫۴	۰/۰۴	۴	٪۱۲٫۵	۰/۰۳	۷	٪۱۸٫۴	۰/۰۴
چهارم	۴	٪۱۵٫۴		۵	٪۱۵٫۶		۵	٪۱۳٫۲	
پنجم	۳	٪۱۱٫۵		۳	٪۹٫۴		۵	٪۱۳٫۲	
ششم	۴	٪۱۵٫۴		۴	٪۱۲٫۵		۴	٪۱۰٫۵	
تحصیلات پدر									
بی سواد	۱۰	٪۳۸٫۵		۱۲	٪۳۷٫۶		۱۴	٪۳۶٫۸	
سیکل	۶	٪۲۳٫۱	۰/۰۳	۸	٪۲۵	۰/۰۲	۱۰	٪۲۶٫۳	۰/۰۴
دیپام	۵	٪۱۹٫۲		۷	٪۲۱٫۸		۸	٪۲۱٫۱	
دانشگاهی	۵	٪۱۹٫۲		۵	٪۱۵٫۶		۶	٪۱۵٫۸	
تحصیلات مادر									
بی سواد	۹	٪۳۴٫۶		۱۱	٪۳۴٫۴		۱۲	٪۳۱٫۵	
سیکل	۹	٪۳۴٫۶	۰/۰۱	۹	٪۲۸٫۲	۰/۰۴	۱۱	٪۲۹	۰/۰۴
دیپام	۵	٪۱۹٫۲		۷	٪۲۱٫۸		۸	٪۲۱٫۱	
دانشگاهی	۳	٪۱۱٫۵		۵	٪۱۵٫۶		۷	٪۱۸٫۴	
شغل پدر									
بیکار	۱۰	٪۳۸٫۵		۱۲	٪۳۷٫۶		۱۵	٪۳۹٫۵	
شغل دولتی	۹	٪۳۴٫۶	۰/۰۶	۱۰	٪۳۱٫۲	۰/۰۵	۱۲	٪۳۱٫۵	۰/۰۵
شغل آزاد	۷	٪۲۶٫۹		۱۰	٪۳۱٫۲		۱۱	٪۲۹	
شغل مادر									
شاغل	۱۴	٪۵۳٫۹		۲۲	٪۶۸٫۸		۱۸	٪۴۷٫۴	

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-10-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.3.4.7]

خانه دار	۱۲	٪۴۶,۱	۰/۰۶	۱۰	٪۳۱,۲	۰/۰۱	۲۰	٪۵۲,۶	۰/۰۶
چندمین فرزند خانواده									
اول	۹	٪۳۴,۶		۱۲	٪۳۷,۵		۱۳	٪۳۴,۳	
دوم	۸	٪۳۰,۸	۰/۱۷	۱۰	٪۳۱,۲۵	۰/۱۵	۱۱	٪۲۸,۹	۰/۱۱
سوم و بیشتر	۹	٪۳۴,۶		۱۰	٪۳۱,۲۵		۱۴	٪۳۶,۸	
سابقه اعتیاد در خانواده									
دارد	۱۱	٪۴۲,۴	۰/۰۷	۱۴	٪۴۳,۸	۰/۰۸	۱۸	٪۴۷,۴	۰/۲۱
ندارد	۱۵	٪۵۷,۶		۱۸	٪۵۶,۲		۲۰	٪۵۲,۶	

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان شیوع اختلال بیش فعالی- نقص توجه (ADHD) در میان دانش-آموزان ۷ تا ۱۲ ساله شهر کامیاران ۶,۷ درصد می‌باشد. شیوع این اختلال در مطالعات مختلف میزانهای متفاوتی ذکر شده است. در مطالعه‌ی پولانزیک (۲۰۰۷) شیوع جهانی این اختلال ۵,۲۹ درصد بود، شیوع این اختلال در مطالعه کاراندی[12] (۲۰۰۵) ۶,۸ درصد، در مطالعه زارع بهرام‌آبادی (۲۰۱۴) ۸,۶ درصد در مطالعه نامداری (۲۰۰۹) ۳,۱۷ درصد و در یک مطالعه مروری که توسط ارجمندی (۲۰۱۵) انجام شده بود شیوع ۸ درصدی ADHD ذکر شده بود. شیوع اختلال نقص توجه (AD) در مطالعه ما ۸,۳ درصد بود. که این میزان در مطالعه صالحی (۱۳۹۰) ۲,۳ درصد بوده است. همچنین شیوع اختلال بیش فعالی تکانشگری (HD) در مطالعه ما ۹,۸ درصد بود. این میزان در مطالعه بهرام‌آبادی (۲۰۱۴) ۴,۲ درصد و در مطالعه نجفی (۱۳۸۸) ۶ درصد بود. از جمله دلایل وجود اختلاف در میزانهای شیوع مطالعات مختلف می‌توان به نوع تعریف اختلال، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری و هم چنین منطقه جغرافیای، معیارهای تشخیصی و ابزار گردآوری اطلاعات اشاره کرد (پولانزیک، ۲۰۰۷).

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان اختلال ADHD، AD و HD در بین پسران بیشتر از دختران است که با نتایج حاصل از مطالعات دیگر همخوانی دارد (نجفی، ۱۳۸۸؛ زارع آبادی، ۲۰۱۴؛ نامداری، ۱۳۸۷؛ صالحی، ۱۳۹۰؛ غنی زاده، ۲۰۰۸؛ داپال[13]، ۲۰۰۶). نامداری (۲۰۰۹) در مطالعه خود نشان داد که میزان اختلال ADHD در پسران ۴,۹ درصد و در دختران ۱,۵ درصد بوده است. بهرام‌آبادی (۲۰۱۴) نیز در مطالعه خود نشان داد که اختلال بیش فعالی در پسرها ۱۲,۵ درصد و در دخترها ۴,۵ درصد می‌باشد. از جمله دلایل شیوع بالاتر این اختلال در پسران نسبت به دخترانم می‌توان به این موضوع اشاره کرد که در پسران رفتارهای تهاجمی تر بیشتر دیده می‌شود و بر روی رفتارهای دختران اعمال تربیتی بیشتری دیده می-شود (نامداری، ۲۰۰۹).

نتایج مطالعه ما نشان داد که بین پایه تحصیلی دانش‌آموزان و اختلال ADHD، AD و HD رابطه معنی‌داری وجود دارد. بطوریکه میزان اختلال‌ها در پایه‌های تحصیلی اول و دوم بیشتر از بقیه‌ی پایه‌ها بود. این یافته با نتایج بعضی از مطالعات همخوان و بعضی دیگر ناهمخوان می‌باشد. همخوان با نتایج مطالعه ما، صالحی در مطالعه خود نشان داد که میزان اختلال HD و AD در پایه‌های اول و دوم بیشتر از بقیه‌ی پایه‌ها می-

12. Karande

13 Dupaul

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-10-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.3.4.7]

باشد. اما میزان اختلال ADHD در مطالعه صالحی (۱۳۹۰) در پایه‌ی پنجم بیشتر از بقیه‌ی پایه‌ها بود. در مطالعه بهرام‌آبادی (۲۰۱۴) نیز بیشترین میزان شیوع اختلال ADHD در سنین پایینتر دیده شده است. از جمله دلایل تفاوت در این نتایج ممکن است مشکلاتی باشد که در تشخیص علایم بیش فعالی از سوی والدین و معلمان وجود دارد. در مطالعات مختلف جهت تشخیص این اختلال از پرسشنامه‌های متفاوتی و از فرم-های والد یا معلم استفاده کرده‌اند که این نیز به نوبه یخود می‌تواند از دلایل متفاوت بودن نتایج باشد.

در این مطالعه سطح تحصیلات پدر و مادر از جمله عوامل تاثیرگذار بر اختلال ADHD ، AD و HD بود. به طوریکه هر چه میزان سواد پدر و مادر کمتر بود میزان این اختلال‌ها در دانش‌آموزان بیشتر بود. این نتیجه با مطالعه نجفی (۱۳۸۸) همخوانی دارد. نجفی در مطالعه خود نشان داد که برای هر سه اختلال ADHD ، AD و HD با افزایش سطح تحصیلات والدین میزان این اختلال‌ها کمتر می‌شد. همچنین در مطالعه علی مرادی (۲۰۰۸) نیز رابطه بین سطح تحصیلات پدر و شیوع اختلال ADHD همخوان با نتایج مطالعه ما بود و شیوع این اختلال در کودکانی که سطح تحصیلات پدر آنها بیشتر بود، کمتر مشاهده شده بود. با توجه به اینکه بالا رفتن سطح تحصیلات موجب افزایش آگاهی والدین می‌شود بنابراین بنظر می‌رسد والدینی که با سوادتر هستند نسبت به وضعیت سلامتی فرزندان خود آگاهی بیشتری دارند و احتمالاً نسبت به روشهای تربیتی و رفتاری فرزندان خود آگاه‌تر هستند و همین موضوع می‌تواند بیانگر شیوع پایین‌تر این اختلال در بین کودکانی باشد که سطح سواد والدین آنها بالاتر است.

در این مطالعه بین شغل پدر و مادر و وجود اختلال ADHD، AD و HD در دانش‌آموزان ارتباط معنی-داری دیده نشد. همخوان با نتایج مطالعه‌ی ما در مطالعه‌ی نامداری (۲۰۰۹) نیز بین متغیرهای شغل والد و میزان این اختلال‌ها تفاوت معنی‌داری دیده نشد. در مطالعه صالحی نیز بین شغل پدر و مادر و میزان این اختلال‌ها ارتباط معنی‌داری دیده نشد (صالحی، ۱۳۹۰). در مطالعه علی مرادی بین شغل پدر و وجود این اختلال ارتباط معنی‌داری دیده شد بطوریکه شیوع اختلال ADHD در کودکانی که شغل پدران آنها غیر دولتی بود تقریبا دو برابر کودکانی بود که شغل پدران آنها دولتی بود. نکته‌ی قابل ذکر در نتایج مطالعه ما این بود که با وجودی که شغل مادر از مولفه‌های تاثیرگذار بر شیوع ADHD و HD نبود اما بر میزان AD یعنی کاستی توجه تاثیرگذار بود. بطوریکه میزان این اختلال در کودکانی که مادران آنها شاغل بود بیشتر بود. این یافته ممکن است به این دلیل باشد که زنانی که شاغل هستند به دلیل مشغله کاری زیاد و هم زمان انجام وظایف خانه‌داری احتمال اینکه زمان کمتری جهت گذراندن با بچه‌هایشان را داشته باشند بیشتر است اما زنان خانه‌دار وقت آزاد بیشتری جهت کار کردن با فرزندان خود را دارند و احتمال اینکه این فرزندان اختلال نقص توجه داشته باشند، کمتر می‌شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین سابقه‌ی اعتیاد در خانواده و چندمین فرزند خانواده بودن و وجود اختلال ADHD، AD و HD در دانش‌آموزان ارتباط معنی-داری وجود ندارد. در مورد سابقه اعتیاد پدر و مادر و ابتلای فرزندان به این اختلال‌ها با توجه به عدم بررسی این عامل در سایر مطالعات امکان مقایسه کردن و نتیجه‌گیری منطقی وجود ندارد. همخوان با نتایج مطالعه ما علی مرادی در مطالعه خود به این نتیجه رسید که بین رتبه‌ی تولد (چندمین فرزند خانواده) و میزان اختلال ADHD، AD و HD رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد (علی مرادی ۲۰۰۸).

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-10-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.3.4.7]

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاریم. این پژوهش با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم‌پزشکی کردستان با شماره ثبت 14/48164 ـ 29/ 1393/10 انجام شده‌است.

References

Arabi N, Shafighi F, Gharahkhani S. (2010), The study Prevalence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Iranian army Families children who live in military town Tehran In 2006 , **JAUMS**, 8(3).

Arjmandi SH, Akikhavandi S, Sayehmiri K. (2015), Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among primary school children according to teachers and parents' report: Systematic review and meta-analysis study. **Fundamentals of Mental Health**, 213-221.

Abdollahian E, Shakeri MT, Vosoogh E. (2004), A study of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) prevalence in pre-school age children from March 2003 to June 2003 in Mashhad. **Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences.** 85: 280-275.

Coghill, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. and Buitelaar, J. (2008). Impact of Attention-Deficit/hyperactivity Disorder on the Patient and Family: Results from a European Survey, **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health,** 2:31, doi: 10.1186/1753-2000-2-31.

Davids, E. & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**, 29(6), 865-877.

Dupaul GJ, Jitendra AK, Tresco KE. (2006), Children with attention deficit hyperactivity disorder: are there gender differences in school functioning. **Academic Search Premier**. 35:297-309.

Guilherme Polanczyk, Maurício Silva de Lima, Bernardo Lessa Horta Joseph Biederman, Luis Augusto Rohde. (2007), The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis, **Am J Psychiatry**; 164:942–948).

Ghanizadeh A, (2008), Distribution of Symptoms of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in Schoolchildren of Shiraz, South of Iran, Archives **of Iranian Medicine**, 11(6): 618 – 624.

Ghahari Sharbanoo, Mehreyiar Amir Hoshang & Birashk Behrooz. (2003). To comparative prevalence of attention deficit disorders depression and anxiety in Shehed fatherless, veterans and ordinary' children in Chaloos city.Scientific ans research journal of Mazendaran University, 13(41):81-91

Fitzgerald.M, Bell Grove.M & Gill.M. (2007). Attention deficit \ Hyperactivity disorder, USA: John Willey and Sons Ltd**.**

Faraone S.V, Biederman J. (1994).Genetics of ADHD. **Journal of Child & Adolescent Psychiatry**, 3, 285- 301.

Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, et al. (2004), Metaanalysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Clin Psychopharmacol**, 24(1): 24-9.

Frojd, S.A., Nissinen, E.S., Pelkonen, M.U.I., Marttuenb, M.J., Koivisto, A.M., & Kaltiala-Heino, K. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. **Journal of Adolescence**, 31,485–498.

Faraone, S. V. & Biederman, J. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder in adults: an overview. Biol Psychiatry, 1, 48(1), 9-20.

Faraone SV, Biederman J, Mick E. (2006), The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. **Psychol Med**, 36:159–65.

Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CC, Demler O, et al. (2006), The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. **Am J Psychiatry**, 163:716–23?

Kashala E, Tylleskar T, Elgen I, Kayembe K, Sommerfelt K. (2005), Attention deficit and hyperactivity disorder among school children in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. **Afr Health Sci**. 2005 Sep; 5(3):172-81.

Karande, S. (2005). Attention deficit/hyperactivity disorder, A Review for

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-10-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.3.4.7]

Family Physicians. **Indian Journal of Medical Sciences**, 59,546-555.

Lara, C., Fayyad, J., Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. et al (2009). Childhood Predictors of Adult Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World, Mental Health Survey Initiative. **Biological Psychiatry**, 65:46-54.

Moradi A, Khabazkhoob M, Agah T, Javaherforoushzadeh A, Rezvan B, Haeri Kermani Z ,et al . (2008), The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among school children of Nishaboor – Iran during 2006. **J Gorgan Uni Med Sci.** 10 (2):37-42.

Namdari P, Nazari H, Tarrahi M J, Mohammadi M R. (2009), Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in elementary school students. **Yafteh.** 10 (4):44-49.

Najjafi Mahmmod, Follad Chang Mahbobeh, Alizadeh Hamid, Mohamadi Far Mohamad Ali (2010). The onset attention deficit and hyperactivity disorder, conduct disorder and oppositional defiant disorder among school children research on exceptional children, 9(3): 239-254.

Saudino Kimberly J. & Plomin Robert. (2007), Why are Hyperactivity and Academic Achievement Related? **Child Development**, May/June, Volume 78, Number 3, Pages 972 – 986.

Sallehi Bahman, Moradi Shirin, Abrahimi Somayeh, Rafeai Mohamad. (2001). Compare disorder ADHD (attention deficit, hyperactivity - impulsivity, combined) in male and female students of primary schools in Arak city. 3(11): 45-55.

Shahim S, Mehrangiz L, Yousefi F. (2007), Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Group of Elementary School Children. **School of Education and Psychology, Shiraz University,** Ir Iran.17: 211-216.

Zare Bahramabadi M, Ganji K.. (2014), the study of prevalence of attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and it's comorbidity with learning disorder (LD) in primary school's students. **Journal of Learning Disabilities**, Vol.3, No.4/143-150.

Wolraich ML, Baumgaertel A. (1996), The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder based on the new DSM-IV criteria. **Peabody Journal of Education**. 71(4): 168-186.

Yousefi Fayegh & Yousefi Mohamad Hossain (1998). Prevalence of ADHD and it's related factors in elementary schools in Sanandaj. Scientific journal of Kurdistan University of Medical Sciences ,3(11):12-17

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-10-27]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.3.4.7]