مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره شانزدهم/ تابستان ۱۳۹۰/ ۵۴-۴۵

مقایسه شیوع اختلال ADHD (نقص توجه، بیش فعالی – تکانشگری، ترکیبی) در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۸۹- ۱۳۸۸

بهمن صالحی[۱]، شیرین مرادی[۲]، سمیه ابراهیمی[۲]، محمد رفیعی[۳]

۱- دانشیار، گروه روان پزشکی، بیمارستان شهید هاشمی سنجانی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران (مؤلف مسؤول)، تلفن: ۳ -۲۷۲۴۵۲۰- ۰۸۶۱

basalehi@yahoo.com

۲- کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران

۳-دانشیار، گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

چکیده

زمینه و هدف: هدف از اجرای پژوهش حاضر مقایسه شیوع اختلال ADHD[1] (نقص توجه، بیش فعالی - تکانشگری، ترکیبی) در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی ناحیه یک شهرستان اراک بوده است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است که به صورت مقطعی بر روی ۲۰۰۰ دانش‌آموز مقطع ابتدایی انجام گردید. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و جهت جمع‌آوری داده‌ها از آزمون هوشی ماتریس‌های پیش رونده ریون (جهت بررسی هوش دانش‌آموزان)، پرسشنامه کانرز[۲] (دو فرم معلم و والدین) جهت بررسی اختلال ADHD، چک لیست شرح حال کودک (جهت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیکی دانش‌آموزان) و پرسشنامه تشخیصی K-SADS-E[3] (جهت شناسایی هر چه دقیق‌تر اختلال ADHD) استفاده شده است. همچنین، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روشهای تحلیل آماری مربع- کا (جهت تعیین رابطه بین متغیرهای کیفی) و رگرسیون لجستیک (جهت بدست آوردن O.R.[4] یا نسبت شانس هر یک از عوامل) و با کمک نرم افزار SPSS 15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: از ۲۰۰۰ دانش‌آموزی که در این مطالعه شرکت داشتند، ۱۶۸ نفر آنها به یکی از انواع اختلال ADHD مبتلا بودند و یافته‌های حاصل از بررسی‌های انجام شده بر روی آنها نشان دادند که شیوع اختلال نقص توجه، ۲/۳ درصد (۱/۶ درصد در پسران و ۲/۹ درصد در دختران) شیوع اختلال بیش فعالی- تکانشگری، ۳/۵ درصد (۳/۹ درصد در پسران و ۲/۹ درصد در دختران) و شیوع اختلال ترکیبی، ۲/۷ درصد (۴ درصد در پسران و ۱/۳ درصد در دختران) بوده است؛ و بین شیوع اختلال ADHD و هر یک از متغیرهای: جنسیت ($p<۰/۰۰۱$)، پایه تحصیلی ($p<۰/۰۲۷$) و میزان درآمد ماهیانه خانواده مبتلایان به اختلال ADHD رابطه معناداری وجود داشته است ($p<۰/۰۱۹$). اما بین میزان تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، سکونت در مناطق آلوده با فلزات سنگین، و نوع سکونت دانش‌آموزان با اختلال ADHD رابطه معناداری وجود نداشته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، به اداره آموزش و پرورش هر ناحیه توصیه می‌شود که با ارائه آموزش‌های ضمن خدمت به معلمان و همچنین آموزش والدین در خصوص شناسائی به موقع کودکان مبتلا به اختلال ADHD و ارجاع آنها جهت درمان، از شدت علایم و ایجاد مشکلات تحصیلی بعدی جلوگیری نمود.

کلید واژه‌ها: اختلال نقص توجه، اختلال بیش فعالی- تکانشگری، اختلال ترکیبی، دانش‌آموزان ابتدایی، مقیاس درجه‌بندی کانرز (والدین و معلمین)

وصول مقاله: ۸۹/۳/۱ اصلاحیه نهایی: ۹۰/۱/۱۴ پذیرش مقاله: ۹۰/۲/۲۵

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
2. Conner's Parents or Teacher Rating Scale for ADHD
3. Kiddy-Schizophrenia Affective Disorder Scale
4. Odd Ratio

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

یکی از متداول‌ترین و شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی که امروزه به دلایل گوناگونی در مرکز توجه تعداد زیادی از پژوهشگران و دانشمندان قرار گرفته است اختلال کمبود توجه/بیش فعالی است. اختلال کمبود توجه/بیش فعالی از جمله اختلالاتی است که به شکل‌های گوناگون و با نامهای متفاوتی تعریف شده است (۱). که به عنوان مثال می‌توان به تعریف بار کلی اشاره نمود که بیش فعالی را این گونه تعریف می‌نماید: بیش فعالی عبارت است از اختلالات رشدی در توجه، کنترل تکانش، بیقراری و هدایت رفتار که به طور طبیعی ایجاد می‌گردد و ناشی از اختلالات عصب- شناختی بزرگ، حسی، حرکتی یا هیجانی نیست (۲). همچنین، در رابطه با عوامل سببی اختلال ADHD، ادبیات پژوهشی بیانگر آن است که در بسیاری از موارد عوامل زیستی- وراثتی (مانند کندی فعالیت در سیستم بازدارنده مغز) درگیرند (۳). اما در کنار این عوامل می‌توان عوامل دیگری چون عوامل خانوادگی، روانی- اجتماعی، تغذیه‌ای، وزن کم زمان تولد، مصرف تنباکو توسط مادر، استرس مادر در زمان بارداری و آسیبهای جزیی را دخیل دانست (۳). علاوه بر این، در رابطه با شیوع اختلال کمبود توجه/بیش فعالی نیز گزارشهای متفاوتی ارایه شده است. به عنوان مثال، کاپلان و سادوک عنوان کردند که بیش از ۵۰ درصد مراجعین به درمانگاههای روانپزشکی کودکان و ۵-۳ درصد از کودکان سنین مدرسه را مبتلایان به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی تشکیل می‌دهند (۴). همچنین، تایلر (۵)، پیندا و همکاران (۶) و کاترین و همکارانش (۷) شیوع کلی این اختلال را به ترتیب: ۱ درصد، ۱۶/۴ درصد، ۶/۵ درصد گزارش نموده‌اند. در ایران نیز مطالعات متعددی در این رابطه صورت پذیرفته است که همگی بیانگر شیوع نسبتاً بالای این اختلال در کودکان سن دبستان و پیش دبستانی می‌باشد، که از جمله آنها می‌توان به پژوهش‌های علیشاهی و همکاران (۸) در شهر نیشابور، عبداللهیان و همکاران (۹) در شهر مشهد، شهیم و همکاران (۱۰) در شهر شیراز اشاره نمود که شیوع کلی این اختلال را به ترتیب :۵/۸ درصد، ۱۲/۳ درصد و ۸/۵-۵ درصد گزارش نموده‌اند. همچنین پژوهش‌های زیادی حاکی از آنند که ضعف در حافظه عملی، سازماندهی طرح و نقشه، توانایی‌های کلامی و مهارتهای حرکتی و عزت نفس و مقبولیت اجتماعی پایین (۱۱) و افت تحصیلی از جمله مشکلاتی هستند که کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی با آنها روبرو هستند. بنابراین، از یک سو با توجه به مطالب عنوان شده در رابطه با شیوع کلی اختلال ADHD و مشکلاتی که این قبیل کودکان با آنها روبرو هستند و از سوی دیگر، با توجه به اهمیت برنامه‌ریزی‌های لازم جهت کاهش اختلالات این قبیل کودکان و عوارض و پیامدهای منفی ناشی از کاهش سلامت روانی آنها به عنوان نیروهای جوان، فعال و آینده ساز کشور این مطالعه با هدف مقایسه شیوع اختلال ADHD (نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری، ترکیبی) در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۸۹- ۱۳۸۸ انجام گردید.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است که به صورت مقطعی بر روی نمونه‌ای متشکل از ۲۰۰۰ نفر از دانش‌آموزان دختر (۹۶۰ نفر) و پسر (۱۰۴۰ نفر) ۱۱-۷ ساله ناحیه یک آموزش و پرورش شهرستان اراک

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

که از جامعه آماری ۲۱۳۹۵ دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۸۹- ۱۳۸۸ انتخاب شده بود، انجام شده است. در این پژوهش جهت انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده شده است، و شیوه انتخاب نیز بدین صورت بودکه از بین مدارس موجود در لیست آموزش و پرورش ناحیه یک شهرستان اراک، ۱۵ دبستان (۳۵ کلاس دخترانه و ۴۵ کلاس پسرانه) به صورت تصادفی انتخاب گردیده و در هر دبستان با توجه به سنوات تحصیلی آن دبستان، نمونه‌گیری به صورت تصادفی از پایه اول تا پنجم انجام شده است. همچنین، اجرای این پژوهش در دو مرحله مقدماتی و اصلی صورت پذیرفت، بدین ترتیب که در مرحله مقدماتی، در ابتدا با مراجعه به هر مدرسه جهت شناسایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ADHD (نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری، ترکیبی) یک نسخه از پرسشنامه کانرز (فرم معلم) در اختیار معلم و یک نسخه از پرسشنامه کانرز (فرم والدین) در اختیار والدین قرارگرفت. سپس این پرسشنامه‌ها که کاملاً مجزا از یکدیگر تکمیل شده بودند، نمره‌گذاری شدند و دانش‌آموزان مشکوک به اختلال ADHD (نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری، ترکیبی) مورد شناسایی قرار گرفتند. بعد از شناسایی این دسته از دانش‌آموزان جهت اطمینان حاصل نمودن از تشخیص کاملاً صحیح، مصاحبه‌ای با معلمین و والدین این دسته از دانش‌آموزان با استفاده از پرسشنامه K-SADS-E صورت گرفت و در پایان، دانش‌آموزانی که بیماریهای ارگانیک واضحی داشتند (براساس تاریخچه اخذ شده از خانواده و ثبت موارد پزشکی علل ارگانیک واضح مانند اختلالات بینایی، شنوایی، تشنج و اختلالات حاد یا مزمن طبی) و همچنین دانش‌آموزانی که عقب ماندگی ذهنی داشتند (براساس نمره اخذ شده از آزمون هوشی ریون) از مطالعه حذف شدند. در مرحله اصلی، ۱۶۸ نفر از دانش‌آموزانی که ملاکهای ADHD و ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و با حضور والدین خود توسط روانپزشک و روان شناسان آموزش دیده مجدداً تحت مصاحبه بالینی قرار گرفتند. علیرغم توضیحات زیاد و ضرورت داشتن اطلاعات دموگرافیک و تاکید بر رعایت اصل رازداری، از بین ۱۶۸ خانواده این دانش‌آموزان به دلایل مختلف که عنوان نکردند فقط ۱۳۷ نفر از والدین چک لیست اطلاعات دموگرافیک را به طور کامل پر نمودند و عملاً ۳۱ مورد از والدین به این دلیل از مطالعه خارج شدند. پس از اجرای تمامی مراحل فوق، داده‌های جمع‌آوری شده جهت مقایسه شیوع اختلالADHD (نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری، ترکیبی) در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی با استفاده از روشهای تحلیل آماری مربع-کا جهت تعیین رابطه بین متغیرهای کیفی و رگرسیون لجستیک (جهت بدست آوردن نسبت شانس.O.R) هر یک از عوامل و با استفاده از نرم افزار SPSS 15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ضمناً ابزارهای به کار رفته در این پژوهش جهت گردآوری داده‌های مورد نیاز عبارت بودند از:

۱- آزمون هوشی ماتریس‌های پیش رونده ریون: این آزمون اندکی بعد از جنگ جهانی دوم تهیه شده است، 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 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

که براساس منطق خاصی تنظیم شده‌اند، آزمون ریون برای کودکان بالاتر از ۹ سال، ۶۰ سوال 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. قابل ذکر است که پایایی این آزمون ۰/۸۰ و همبستگی آن با آزمون وکسلر ۰/۷۶ گزارش شده است (۱۲).

۲- پرسشنامه کانرز فرم والدین (CPRS-48): 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، بیش فعالی، اضطراب و مشکلات یادگیری) می‌پردازد دارای ۴ گزینه است و از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و نمرات هر ماده به نمرات t با میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰ تبدیل می‌شوند که اگر نمرات t ، ۲ انحراف بالاتر از میانگین باشند، بیانگر وجود مشکل در فرد می‌باشند (۱۳). شایان ذکر است که اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط مؤسسه علوم شناختی، ۰/۸۵ گزارش شده است (۱۴).

۳-پرسشنامه کانرز فرم معلم (CTRS-28): 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- بیش فعالی، سلوک، افراط هیجانی، غیر اجتماعی 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 و۱۰. این مقیاس بر پایه بررسیهای انجام شده از روایی و اعتبار بسنده‌ای برخوردار است (٤).

۴- پرسشنامهK-SADS-E: این پرسشنامه یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته مبتنی برDSM-IV و DSM-III-R (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- تجدید نظر شده متنی- نسخه سوم و چهارم)[1] است و برای ارزیابی اختلالاتی چون افسردگی اساسی، دیس تایمی، مانیا، هیپومانیا، سیکلوتایمی، اسکیزوفرنی، اسکیزوفرنی فرم، سایکوز واکنشی گذرا، پانیک، آگورافوبیا، اضطراب جدایی، فوبی ساده، فوبی اجتماعی، اضطراب مفرط، وسواس فکری- عملی، نقص توجه- بیش فعالی، سلوک، نافرمانی مقابله‌ای، شب ادراری، 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 در افراد ۱۸-۶ ساله به کار می‌رود (۱۵). پرسشنامه K-SADS-E توسط مصاحبه با والدین و کودک تکمیل می‌گردد و نهایتاً به خلاصه‌ای منجر می‌شود که دربرگیرنده تمام منابع اطلاعات (والدین، کودک، مدرسه، پرونده و غیره) است. بیشتر موارد در این پرسشنامه از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند (۱۵). یادآوری می‌شودکه این پرسشنامه، ویژگی بالا ولی احتمالاً حساسیت پایینی دارد و علی رغم 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

1- Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders 3 and 4 th Ed.Text Revision

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

نیست، می‌توان به روایی و پایایی گزارش شده در منابع خارجی استناد نمود (۱۶). در منابع خارجی پایائی تشخیصی این پرسشنامه بین گزارشگران و به روش بازآزمائی برای اختلال‌های گوناگون خوب تا عالی (۶۴٪ تا۹۱٪ برای تشخیص فعلی) گزارش شده است (۱۷). در کلیه موارد تحقیق، بیانیه‌های اخلاقی هلسینکی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک رعایت و $P< 0.05$ به عنوان سطح معناداری در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

از بین ۲۰۰۰ دانش‌آموز دوره ابتدائی دختر و پسر ناحیه یک آموزش و پرورش اراک شرکت‌کننده در این پژوهش در مرحله اول ۱۶۸ نفر دارای یکی از انواع ADHD شناخته شدند، که فراوانی اختلال ADHD (نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری، ترکیبی) در هر پنج پایه تحصیلی مقطع ابتدایی و به تفکیک جنسیت، نشان دادند که فراوانی اختلال نقص توجه در پایه اول ابتدایی بیشتر از سایر پایه‌ها و در بین دختران بیشتر از پسران بوده است و فراوانی اختلال بیش فعالی- تکانشگری در پایه دوم ابتدایی بیشتر از سایر پایه‌ها و در بین پسران بیشتر از دختران بوده است. همچنین در پایه پنجم ابتدایی، فراوانی اختلال ترکیبی بیشتر از سایر پایه‌ها و در بین پسران بیشتر از دختران بوده است (جدول۱). یافته‌های بدست آمده بیانگر این است که اکثر مبتلایان به اختلال نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری و ترکیبی به ترتیب به خانواده‌هایی تعلق داشته‌اند که شغل پدر: کارمند، کارگر و آزاد بوده است، و اکثریت مبتلایان به اختلال ADHD (نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری، ترکیبی) نیز به خانواده‌هایی تعلق داشته‌اندکه مادر، خانه‌دار بوده است (جدول ۲). همچنین، این یافته‌ها نشان دادند که اکثر مبتلایان به اختلال ADHD (نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری، ترکیبی) به خانواده‌هایی تعلق داشته‌اند که تحصیلات پدر و مادر در سطح ابتدایی بوده است (جدول ۳). علاوه بر این، با توجه به یافته‌های موجود باید اذعان نمود که اکثر مبتلایان به اختلال نقص توجه در منازل اجاره‌ای سکونت داشته‌اند و در بین خانواده‌هایی زندگی می‌نموده‌اندکه درآمد ماهیانه آنها بین صد تا دویست هزار تومان بوده است، اما اکثر مبتلایان به اختلال بیش فعالی- تکانشگری در منازل شخصی و در بین خانواده‌هایی با درآمد ماهیانه دویست تا سیصد هزار تومان زندگی می‌نموده‌اند. همچنین اکثر مبتلایان به اختلال ترکیبی در منازل شخصی زندگی می‌نموده‌اند و متعلق به خانواده‌هایی با درآمد ماهیانه چهارصد تا پانصد هزار تومان بوده‌اند (جداول ۴ و ۵). قابل ذکر است که در بررسی رابطه بین متغیرهای نامبرده با اختلال ADHD (نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری، ترکیبی) یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که هیچ رابطه معناداری بین متغیرهای شغل پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر، نوع سکونت با اختلال ADHD وجود نداشته است. اما بین اختلال ADHD و هر یک از متغیرهای پایه تحصیلی ($P<۰/۰۲۷$ و $O.R.=۱/۴۵$ با حدود اطمینان ۱/۴۴ و ۱/۴۶ برای پایه تحصیلی اول به دوم)، جنسیت با $P<۰/۰۰۱$ و $O.R=۱/۳۲$ (با حدود اطمینان ۹۵٪ بین۲/۳۹۱ و ۱/۲۴۸) نسبت شیوع ADHD در پسران به دختران) و میزان درآمد ماهیانه خانواده با $P<۰/۰۱۹$ رابطه معناداری وجود داشته است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۱: فراوانی و در صد اختلالاتADHD بر اساس پایه تحصیلی و جنسیت در دانش آموزان مقطع ابتدائی ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸

اختلالات	نقص توجه				بیش فعالی - تکانشگری				ترکیبی			
جنسیت	پسر N=۱۰۴۰		دختر N=۹۶۰		پسر N=۱۰۴۰		دختر N=۹۶۰		پسر N=۱۰۴۰		دختر N=۹۶۰	
پایه تحصیلی	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اول ابتدایی	۵	٪۰/۴۸	۷	٪۰/۷۳	۳	٪۰/۲۸	۰	٪۰	۴	٪۰/۳۸	۳	٪۰/۳۱
دوم ابتدایی	۳	٪۰/۲۸	۳	٪۰/۳۱	۱۴	٪۱/۳۵	۹	٪۰/۹۴	۹	٪۰/۸۶	۱	٪۰/۱۰
سوم ابتدایی	۵	٪۰/۴۸	۶	٪۰/۶۲	۷	٪۰/۶۷	۵	٪۰/۵۲	۹	٪۰/۸۶	۳	٪ ۰/۳۱
چهارم ابتدایی	۴	٪۰/۳۸	۳	٪../۳۱	۶	٪۰/۵۸	۸	٪۰/۸۳	۹	٪۰/۸۶	۲	٪۰/۲
پنجم ابتدایی	۰		۹	٪۰/۹۴	۱۱	٪۱/۰۶	۶	٪۰/۶۲	۱۱	٪۱/۰۶	۳	٪ ۰/۳۱
جمع کل	۱۷	٪۱/۶	۲۸	٪۲/۹	۴۱	٪۳/۹	۲۸	٪۲/۹	۴۲	٪۳	۱۲	٪۱/۳

× درصدهای ذکر شده مربوط به ۱۶۸ دانش‌آموز دارای ADHD مورد مطالعه می‌باشند.

جدول ۲: فراوانی و درصد اختلالات ADHD بر اساس شغل پدر و شغل مادر در دانش‌آموزان مقطع ابتدائی ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸

اختلالات	نقص توجه				بیش فعالی - تکانشگری				ترکیبی			
والدین	پدر		مادر		پدر		مادر		پدر		مادر	
شغل	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کارمند	۱۱	٪۸/۰۲	۰	٪۰	۱۷	٪۱۲/۴۰	۲	٪۱/۴۵	۱۶	٪۱۱/۶۷	۱	٪۰/۷۲
آزاد	۱۰	٪۷/۲۹	۲	٪۱/۴۵	۱۴	٪۰/۲۱	۰	٪۰	۱۸	٪۱۳/۱۳	۱	٪۰/۷۲
کارگر	۸	٪۵/۸۳	۰	٪۰	۲۲	٪۱۶/۰۵	۱	٪۰/۷۲	۱۲	٪۸/۷۵	۱	٪۰/۷۲
بیکار	۵	٪۳/۶۴	–	–	۳	٪۲/۱۸	–	–	۱	٪۰/۷۲	–	–
خانه دار	–	–	۳۲	٪۲۳/۳۵	–	–	۵۳	٪۳۸/۶۸	–	–	۴۴	٪۳۲/۱۱
جمع کل	۳۴	٪۲۴/۸	۳۴	٪۲۴/۸	۵۶	٪۴۰/۸۵	۵۶	٪۴۰/۸۵	۴۷	٪۳۴/۲۷	۴۷	٪۳۴/۲۷

×درصدهای ذکر شده مربوط به ۱۳۷ نفروالدین دانش‌آموزان دارای ADHD مورد مطالعه می‌باشند.

جدول ۳: فراوانی و درصد اختلالاتADHD بر اساس میزان تحصیلات پدر و مادر در دانش‌آموزان مقطع ابتدائی ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸

اختلالات	نقص توجه				بیش فعالی - تکانشگری				ترکیبی			
والدین	پدر		مادر		پدر		مادر		پدر		مادر	
میزان تحصیلات	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بالاتر از لیسانس	۱	٪۰/۷۲	۰	٪۰	۰	٪۰	۰	٪۰	۱	٪۰/۷۲	۰	٪۰
لیسانس	۵	٪۳/۶۴	۱	٪۰/۷۲	۸	٪۵/۸۳	۵	٪۳/۶۴	۹	٪۶/۲۶	۳	٪۲/۱۸
دیپلم	۹	٪۶/۵۶	۱۱	٪۸/۰۲	۱۴	٪۰/۲۱	۱۴	٪۰/۲۱	۱۲	٪۸/۷۵	۱۳	٪۹/۴۸

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

ابتدایی	۱۸	٪۱۳/۱۳	۲۰	٪۱۴/۵۸	۳۱	٪۲۲/۶۲	۳۲	٪۲۳/۳۵	۲۲	٪۱۶/۰۵	۳۰	٪۲۱/۸۹
بیسواد	۱	٪۰/۷۲	۲	٪۱/۴۵	۳	٪۲/۱۸	۵	٪۳/۶۴	۳	٪۲/۱۸	۱	٪۰/۷۲
جمع کل	۳۴	٪۲۴/۸	۳۴	٪۲۴/۸	۵۶	٪۰/۸۵	۵۶	٪۰/۸۵	۴۷	٪۴/۲۷	۴۷	٪۳۴/۲۷

× در صدهای ذکر شده مربوط به ۱۳۷نفروالدین دانش آموزان دارای ADHD مورد مطالعه می‌باشند.

جدول ۴: فراوانی و درصد اختلالات ADHD بر اساس نوع سکونت در دانش‌آموزان مقطع ابتدائی ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸

اختلالات	نقص توجه		بیش فعالی - تکانشگری		ترکیبی	
نوع سکونت	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
شخصی	۱۲	٪۸/۷۵	۲۹	٪۲۱/۱۶	۲۶	٪۱۸/۹۷
اجاره ای	۲۲	٪۱۶/۰۵	۲۶	٪۱۸/۹۷	۲۰	٪۱۴/۵۹
رهنی	۰	٪۰	۱	٪۰/۷۲	۱	٪۰/۷۲
جمع کل	۳۴	٪۲۴/۸۰	۵۶	٪۴۰/۸۵	۴۷	٪۳۴/۲۷

× درصدهای ذکر شده مربوط به ۱۳۷ نفر والدین دانش‌آموزان دارای ADHD مورد مطالعه می‌باشند.

جدول ۵: فراوانی و درصد اختلالات ADHD بر اساس میزان درآمد ماهیانه خانواده در دانش‌آموزان مقطع ابتدائی ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸

	نقص توجه		بیش فعالی - تکانشگری		ترکیبی	
میزان درآمد	فراوانی	در صد	فراوانی	در صد	فراوانی	در صد
۲۰۰- ۱۰۰ هزار تومان	۱۱	٪۸/۰۲	۱۱	٪۸/۰۲	۵	٪۵
۳۰۰ - ۲۰۰ هزار تومان	۷	٪۵/۱۰	۲۰	٪۱۴/۵۸	۸	٪۵/۸۳
۴۰۰ - ۳۰۰ هزار تومان	۹	٪۶/۵۶	۶	٪۴/۳۷	۱۰	٪۷/۲۹
۵۰۰- ۴۰۰ هزار تومان	۴	٪۲/۹۱	۱۲	٪۸/۷۵	۱۸	٪۱۳/۱۳
بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان	۳	٪۲/۱۸	۷	٪۵/۱۰	۶	٪۴/۳۷
جمع کل	۳۴	٪۲۴/۸۰	۵۶	٪۴۰/۸۵	۴۷	٪۳۴/۲۷

×درصدهای ذکر شده مربوط به ۱۳۷ نفر والدین دانش‌آموزان دارای ADHD مورد مطالعه می‌باشند.

بحث

با توجه به یافته‌های به دست آمده در پژوهش حاضر می‌توان چنین عنوان نمود که: شیوع کلی اختلال ADHD (نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری، ترکیبی) در بین دانش‌آموزان دختر و پسر (۱۱-۷ ساله) مشغول به تحصیل در ناحیه یک آموزش و پرورش شهرستان اراک در سال تحصیلی۸۹ - ۱۳۸۸، از ۲/۳ درصد تا ۳/۵ درصد متفاوت بوده است، این در حالی است که شیوع اختلال نقص توجه، ۲/۳ درصد (۱/۶ درصد در پسران و ۲/۹ درصد در دختران) شیوع اختلال بیش فعالی- تکانشگری، ۳/۵ درصد (۳/۹ درصد در پسران و ۲/۹ درصد در دختران) شیوع اختلال ترکیبی، ۲/۷ درصد (۳

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

درصد در پسران و ۱/۳ درصد در دختران) بوده است. در کل میزان شیوع ADHD در پسران بیشتر از دختران دبستانی بوده و و این تفاوت با P<۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده و میزان شانس شیوع ADHD در پسران ۱/۳۲ برابر بیشتر از دختران وجود دارد (O.R=۱/۳۲ با حدود اطمینان ۹۵٪ بین ۲/۳۹۱ و ۱/۲۴۸). که این نتایج با یافته بدست آمده از پژوهش دالی و شیوع گزارش شده توسط راهنمای تشخیصی وآماری اختلالات روانی- تجدید نظر شده - نسخه چهارم (DSM- IV) که ۳ تا ۷ درصد می باشد و شیوع گزارش شده توسط راهنمای بین‌المللی طبقه‌بندی آماری بیماریها و مشکلات بهداشتی مرتبط- نسخه دهم (ICD-10)[1] که ۱/۷ درصد می‌باشد، هماهنگی و همخوانی دارد (۱۹و۱۸). اما با نتایج پژوهش‌های پیندا و همکاران (۶)، علی مرادی و همکاران (۲۰)، عبدالهیان و همکاران (۹)، اردلان و همکارانش (۲۱)، شهیم و همکاران (۱۰) و بنجاسوانتپ و همکاران (۲۲) 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، نا همخوان است. که چرایی آن را شاید بتوان اینگونه عنوان نمود که در این پژوهش برخلاف پژوهش‌های قبلی که تنها از پرسشنامه کانرز (یک یا هر دو فرم والدین و معلمین) و یا تنها از پرسشنامه K-SADS-E استفاده نموده بودند، سعی بر آن شد تا جهت شناسایی دقیق‌تر اختلال ADHD از پرسشنامه کانرز (یک یا هر دو فرم والدین و معلمین) به همراه پرسشنامه K-SADS-E استفاده شود. همچنین از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان این گونه برداشت نمود که شیوع هر یک از انواع اختلال ADHD (نقص توجه، بیش فعالی- تکانشگری، ترکیبی) در پنج پایه تحصیلی بررسی شده و در بین دو جنس دختر و پسر متفاوت بوده است، به گونه‌ای که شیوع اختلال نقص توجه در پایه اول ابتدایی بیشتر از سایر پایه‌ها و در بین دختران بیشتر از پسران بوده است، و شیوع اختلال بیش فعالی- تکانشگری در پایه دوم ابتدایی و شیوع اختلال ترکیبی در پایه پنجم ابتدایی بیشتر از سایر پایه‌ها بوده است. اما شانس وقوع ADHD در دانش‌آموزان پایه اول تحصیلی ۱/۴۵ برابر بیشتر از پایه دوم تحصیلی می‌باشد O.R.=۱/۴۵ با حدود اطمینان ۱/۴۴ و ۱/۴۶ برای پایه تحصیلی اول به دوم. همچنین شیوع این دو نوع اختلال (بیش فعالی- تکانشگری و ترکیبی) در پسران به مراتب بیشتر از دختران بوده است. که این نتایج با نتایج به دست آمده از پژوهش دوپال و همکاران، همسو و هماهنگ است (۲۳). علاوه بر این، از یافته‌های موجود در پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که اکثر کودکان دارای ADHD بررسی شده در این پژوهش متعلق به طبقات اجتماعی و اقتصادی پایین بوده‌اند، به عبارت دیگر، کودکانی که والدینشان از سطح سواد و درآمد پایین‌تری برخوردار بودند در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلال ADHD قرار داشتند که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های بیاتی و همکاران (۲۴)، امانی و همکاران (۲۵)، گیمپل و همکاران (۲۶)، رولند و همکاران (۲۷) و بیدرمن و همکاران (۲۸) همسو و هماهنگ می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل ازاین پژوهش، به اداره آموزش و پرورش هر ناحیه توصیه می‌شود که با ارائه آموزش‌های ضمن خدمت به معلمان و همچنین آموزش والدین در خصوص شناسائی به موقع کودکان مبتلا به اختلال ADHD

1. International Classification of Diseases [and Related Health Problems]- 10 th Ed

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

و ارجاع آنها جهت درمان، از شدت علایم و ایجاد مشکلات تحصیلی بعدی جلوگیری نمود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که حمایت مالی پژوهش حاضر را به عهده داشتند و همچنین از سرکار خانم فریبا قبله کارشناس محترم پژوهش و کلیه دانش‌آموزان، والدین و آموزگارانی که در این پژوهش شرکت نموده و ما را در جهت اجرای آن یاری رساندند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Rezabeigi M. The effect of body awareness skills education on provement of children with attention deficit / hyperactivity disorder. The Journal of Exceptional & Training 2008; 76: 19-26.
2. Alizadeh H. Attention-deficit/hyperactivity disorder, Tehran: Rushed Publishing.1st ed. 2005: 32-42.
3. Vander Krol RJ, Oosterbaan SD, Weller SD, & Koning AE. Attention-deficit hyperactivity disorder. In: P.Graham (Ed), Cognitive-behavior therapy for children and families pp. Cambridge: Cambridge University Press. 1998. p. 32-44.
4. Alagheband Rad J, Moemeni F. Relation attention-deficit/hyperactivity disorder and learning disability in 7- 12 year-old boys. The Journal of Behaviour and Thought 2000; 6: 32-36.
5. Taylor E, Sandberg S, Thorley G, Giles S. The epidemiology of childhood hyperactivity Maudsley Monograph Series, 33. Oxford: Oxford Press. 1991. p. 60-68.
6. 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.
7. Catherine A. Lesesne; Susanna N. Visser, and Carla P. white Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in School-Aged Children: Association With Maternal Mental Health and Use of Health Care Resources.Am J PEDIATRICS. 2003; 111: 32-36.
8. Ali Shahi MJ, Deh Bozorgi Gh.R, Dehghan B. [Prevalence rate of attention deficit yperactivity disorder among the students of primary schools.] Tabib-E-Shargh, Journal of Zahedan University of Medical Sciences and Health Services. 2003; 1: 67-61.
9. Abdollahian E, Shakeri MT, Vosoogh E. [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. 2004; 85: 280-275.
10. Shahim S, Mehrangiz L, Yousefi F. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Group of Elementary School Children. School of Education and Psychology, Shiraz University, Ir Iran.2007; 17: 211-216.
11. Jakobson.A,Kikas.E. Cognitive Functioning in children with and without attention – deficit / hyperactivity disorder. Journal Learn Disabil 2007; 40: 194- 202.
12. Seifnaraghi M, Mirmahdi S,R.Comparison of Composing patterns of boy students with and without dyslexia and dysgraphia in Fourth and Fifth grade of Primary school in Tehran city. The Journal of Research about Exeptional Children in Tehran. 2003; 3: 87-92.
13. Saleh Mogtahed M.Evaluation of amount of attention deficit/hyperactivity disorder among students in primary grade in tehran by the conners scale. 1996;1:87-92.
14. Abedi A, Poormokhtar M, Molavi H, Arizi H, Amiri SH. Comparison of Executive Functional and Attention among Pre-School Students with neuropsychological / Developmental Learning Disabilities With Normal Students. Iranian Journal of Pediatrics 2008: 38-48.
15. Mohammadi M, Asgarpoor B, Sahimi A. Children and teenager' s Psychological and Psychopharmacological tests, Tehran: Teimoorzadeh Publishing. 2007. 1st ed. 2007: 693-743.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

16. Hebrani P, Behdani F.The comparison of Comorbidities among boys and girls with Attention-Deficit/ hyperactivity. The Journal of Gonabad Medical Sciences And Health Treating Services.2005; 12: 54-60.
17. Amborosini, P. J. Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophernia for school age children (K-SADS). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2000; 39: 49-58.
18. Daley KC. Update on attention deficit/hyperactivity disorder. Curr Opin Pediatr 2004; 16: 217-26.
19. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. 9th. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2003; pp: 1223-30, 1116-21.
20. Moradi A, Khabbaz Khub M, Agah T, Javaherforushzadeh A, Bijan R, Haezi. K, Z, Palahang S. Prevelance of attention deficit/hyperactivity disorder in preschool children of Neishabour City in 2005-2006 years. The Journal Gourgan University Medical Siences. 2008; 2: 34-43.
21. Ardalan G, Farhoud DD, Shah Mohammadi D. [Hyperactivity, attention and concentration deficit in preschool children].Iranian Journal of Pediatrics. 2003; 4: 56-53. [Persian]
22. 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:S1232-40.
23. Dupaul GJ, Jitendra AK, Tresco KE. Children with attention deficit hyperactivity disorder: are there gender differences in school functioning. Academic Search Premier. 2006; 35:297-309.
24. Bayati A, Faghihzadeh S, Rahgavi A. Aiding Factors of Attention-Deficit Disorder/ hyperactivity Among School Age Children in Arak State Primary Schools. The Journal of Rahavard Danesh.2000; 3:9-14.
25. Amani R, Khajeh Mougahi N. Comparison between Nutritional Pattern of School Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder & that of normal Subjects. Iranian Medical Sciences Journal, IR Iran. 2005; 45: 37-42.
26. Gimpel GA, Kuhn BR: Maternal report of attention deficit- hyperactivity disorder symptoms in preschool children.Child Care Health Dev. 2000; 26: 163-179.
27. Rowland AS, Umbach DM, Catoe KE. Studying the epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder: screening method and pilot results. Can J Psychiatry 2001; 46: 931-40.
28. Biederman, J., Faraone, S.V., Keenak, K., Steinjard, R., & Tsuang, M. Familial association between ADD and anxiety disorders. American Journal of Psychiatry 2005; 48, 633-642.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]