

## بررسی شیوع اختلال بیش فعالی - نقص توجه در کودکان سنین قبل از دبستان شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۳۸۱-۸۲

رضانعلی قادری<sup>۱</sup> - دکتر ایرج وثوق<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف: اختلال نقص توجه - بیش فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی یا شروع در کودکی است که در صورت عدم درمان مناسب می‌تواند منجر به عوارض و صدمات جبران‌ناپذیری از جمله افت عملکرد، کاهش اعتماد به نفس، اختلال در روابط با هم‌تاها و نیز افسردگی، اضطراب و نهایتاً سوء‌مصرف شود. لذا با توجه به اهمیت موضوع بررسی میزان شیوع ADHD در کودکان پیش دبستانی مدنظر قرار گرفته شد.

بررسی میزان شیوع ADHD در کودکان قبل از دبستان مهد کودک‌های تحت پوشش سازمان بهزیستی و همچنین این مطالعه به بررسی ارتباط بین شیوع ADHD با فصل تولد، رتبه تولد، نوع زایمان و جنسیت کودک پرداخته است.

روش بررسی: برای انجام این تحقیق از پرسشنامه ۱۰۰ گانه کنترلی بدخط برش ۱۵ (میانگین نمرات مریس و والدین) استفاده شد که از ۱۲۷۵ نفر نمونه انتخاب شده، تعداد ۱۰۸۹ نفر از مجموع ۳۴ مهد کودک (۲۲۰ مهد کودک‌ها) که به صورت تصادفی در ده منطقه شهری مشهد انتخاب شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. در این پژوهش مقدار  $p=0.05$  از مطالعه سال ۱۳۷۶ دکتر طلایی بدست آمده بود، منظور گردید سپس از بسته نرم افزاری SPSS برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: از مجموع ۱۰۸۹ نفر تعداد ۱۳۳ نفر حداقل نمره لازم (بالای ۱۵) را کسب کرده‌اند و شیوع کلی ۱۲/۳۲/۱۲ با حداقل میانگین ۲۹/۵ بدست آمد که شیوع در پسران ۱۷/۱ درصد و شیوع در دختران ۶/۷ درصد بدست آمد. در ضمن بین فصل تولد و شیوع ADHD ارتباط معنی داری یافت نشد. در این مطالعه بین نوع زایمان و رتبه تولد با شیوع ADHD ارتباط معنی داری پیدا نشد ولی شیوع ADHD به طور معنی داری در پسران بیشتر از دختران است.

واژه‌گان کلیدی: میزان شیوع، اختلال بیش فعالی نقص توجه، کودکان پیش دبستانی

۱- عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (مشهد سخیاپان وکیل آباد دانشگاه علوم پزشکی (Email: Ghaderi@Yahoo.com)  
۲- دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

## مقدمه

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی یا ADHD یکی از شایع‌ترین

اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان است (۱ و ۲) به طوری که علت

مراجعه در ۵۰٪ کلینیک‌های روانپزشکی اطفال می‌باشد (۹).

این اختلال یک معضل طولانی مدت می‌باشد که علائم اساسی خود

را در طول دوره زندگی، از دوران قبل از مدرسه تا سنین بلوغ نشان می‌دهد

تظاهرات بیماری در حین رشد از دوران قبل از مدرسه تا بزرگسالی ممکن

است تغییر کند. گاهی علائم باقیمانده حتی در بزرگسالی نیز وجود دارد (TR

DSM-IV (۱). شیوع ADHD را در کودکان سن مدرسه ۳.۷٪ ذکر می‌کند در حالی

که ICD-۱۰ آن را ۱.۷٪ ذکر می‌کند (۳). شیوع بالای ADHD که پیمائیت وسیعی از

کودکان و نوجوانان را شامل می‌شود یک مسئله مهم بهداشت روانی جامعه

محسوب می‌شود. این بیماری با زندگی کودک در خانواده، مدرسه و اجتماع

تداخل می‌کند به طوری که ناتوانی‌های کودک می‌تواند حتی تا سنین بلوغ

تداوم یابد و موارد عدم درمان کودک را برای آسیب‌پذیری اجتماعی و

روانپزشکی در سالهای بعد زندگی مستعد می‌کند (۹).

اهمیت درمان کودکان مبتلا به ADHD با بالاتر بودن خطر بزهکاری،

حادثه‌پذیری و سوء مصرف مواد در این کودکان بارزتر می‌شود (۷ و ۳).

از سوی دیگر برخی اختلالات دیگر روانپزشکی مثل اختلالات دوقطبی

رابطه نزدیکی با ADHD دارد (۱۰ و ۳).

ADHD شایع‌ترین اختلال روانی در بین کودکان مدرسه می‌باشد و برای

تشخیص، طول مدت بیماری حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد. همچنین علائم

باید قبل از ۷ سالگی شروع شده باشد و در دو موقعیت خانه و مدرسه در

کارکرد کودک تداخل ایجاد کند. سایر خصوصیات مشخص‌کننده ADHD،

میدان توجه کوتاه و حواس پرتی سریع است. در مدرسه کودکان مبتلا به این

اختلال قادر به انجام تکالیف نبوده و نیازمند توجه بیشتری از سوی معلمین

هستند. در خانه اغلب از والدین پیروی نمی‌کنند. این کودکان تکانشی عمل

می‌کنند و دچار بی‌ثباتی هیجانی بوده و تحریک‌پذیر و انفجاری هستند.

حدود ۷۵٪ کودکان مبتلا به ADHD، نشانه‌های رفتار پرخاشگری و نافرمانی را

نشان می‌دهند. DSM-IV-TR، د. اجازه می‌دهد که اختلال را به

انواع مرکب (بیش‌فعالی - نقص توجه) یا ADHD نوع عمدتاً بی‌توجه و ADHD

نوع عمدتاً بیش‌فعال و تکانشگر تقسیم‌بندی کنیم (۳).

تشخیص ADHD یک تشخیص بالینی است و مصاحبه با والدین اولین

قدم در فرآیند ارزیابی است. اگر منبع اختلال سه منبع والدین پزشک و معلمین

با هم باشند، شیوع اختلال کمتر از حالتی است که منبع تشخیص اختلال هر

یک از ۳ منبع به طور مجزا باشند (۱۰، ۴ و ۱).

والدین عمدتاً علائم ADHD را در دختران نسبت به پسران کمتر تشخیص می دهند (۳). اصولاً پسرها زودتر به کلینیک ارجاع می شوند (۱ و ۳). در مطالعات نشان داده شده که رفتارهای مقابله جویانه در دخترها کمتر از پسران است. به عبارت دیگر علامت عمده در دختران حواسپرتی است در صورتی که پسران بیشتر به علت بیش فعالی ارجاع می شوند (۳).

اختلال در پسرهای اول خانواده شایع تر است و در همشیرهای افراد مبتلا به ADHD خطر ابتلا به این بیماری و نیز سایر اختلالات مثل اختلال رفتاری مخرب، اختلالات اضطرابی و افسردگی بالاست. همشیرهای کودکان مبتلا به ADHD احتمالاً در آزمونهای پیشرفت تحصیلی نسبت به سایر کودکان نمرات ضعیف تری کسب می کنند و شواهدی از شکست تحصیلی نشان می دهند (۱، ۳، ۵، ۶ و ۸).

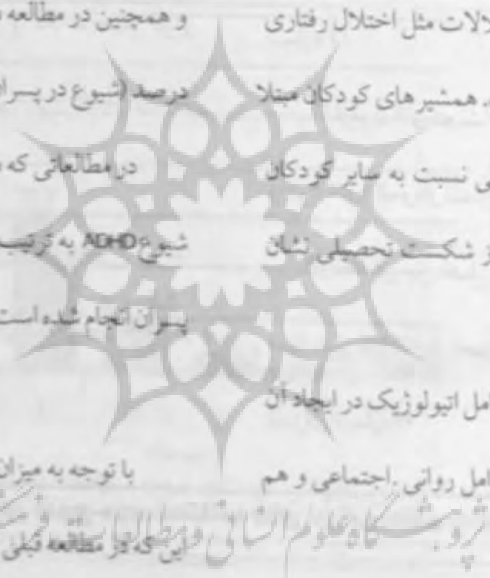
اتیولوژی ADHD ناشناخته است و تنها یک عامل اتیولوژیک در ایجاد آن نقش ندارد. بلکه در ایجاد اختلال احتمالاً هم عوامل روانی، اجتماعی و هم عوامل بیولوژیک نقش دارند (۳، ۱ و ۴). از جمله عوامل اتیولوژیک می توان به عوامل ژنتیک، آسیب های جریانی در مغز، کاهش جریان خون در منطقه پره فرونتال، هسته دم نامحسوس (احتمالی) مغز، کاهش جریان خون در منطقه پره فرونتال، هسته دم دار بزرگتر در مبتلایان به ADHD و سایر مشکلات بیولوژیک و فیزیولوژیک در مغز، عوامل محیطی و تغذیه ای نظیر سندرم جنین الکلی، عوامل اکتسابی نظیر وزن کم هنگام تولد، عوامل اکتسابی نظیر وزن کم هنگام تولد، عوامل خانوادگی و روانی، اجتماعی اشاره کرد. بیماری های همزمان مثل اختلال عملکرد

بی اعتنایی مقابله ای، بی اختیاری ادرار، اختلال وسواس جبری، تیک و توره و اختلال اضطرابی نیز ممکن است ADHD را همراهی کند (۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۹). گزارش های شیوع بیماری در آمریکا از ۲۲،۲۰٪ متغیر است و در بریتانیا میزان بروز آن حدود ۱٪ ذکر شده است (۳). در مطالعات مختلف که تا سال ۲۰۰۰ انجام شده است، شیوع این اختلال را بین ۷۹ تا ۱۷۴ درصد برآورد کرده اند (۱).

اما در مطالعات اخیر (۱۴ و ۱۵) که در بانکوک انجام شد، شیوع آن ۶۶/۵٪ بود و همچنین در مطالعه دیگری که در کلمبیا انجام شد، شیوع کلی اختلال ۱۶/۴ درصد (شیوع در پسران ۱۹/۸٪ و در دختران ۱۲/۳٪) ذکر شده است. در مطالعاتی که در سال های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ در کتاباد و مشهد انجام شد، شیوع ADHD به ترتیب ۹ و ۱۵ درصد ذکر شده است که هر دو مطالعه ای روی پسران انجام شده است (۸).

## روش بررسی:

با توجه به میزان شیوع بالای ADHD در مطالعات مختلف با عنایت به جامع آماري مورد مطالعه شامل ۱۵۵ کودکستان از مناطق ده گانه شهر مشهد می باشد. کودکان مورد مطالعه در مقطع پیش دبستانی یعنی ۵ سال بوده اند و حجم نمونه محاسبه شده با استفاده از روش های آماری ۱۲۷۵ نفر تعیین گردید. نمونه برداری در تاریخ اسفند ماه ۱۳۸۱ انجام شد و از بین ۱۵۵



## نتایج

۱. میزان شیوع کلی ADHD در این مطالعه ۱۲/۳۲/۱۲ بدست آمد.

در این تحقیق شیوع در پسران ۱۷/۱٪ و در دختران ۶/۷٪ بدست آمد و میزان شیوع در پسران تقریباً سه برابر دختران بود. به عبارت دیگر میزان شیوع در پسران و دختران تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارد. (نمودار شماره ۱)

۲. تفاوت معنی‌داری بین شیوع ADHD و ترتیب تولد وجود ندارد. (نمودار

شماره ۲)

۳. آزمون کای دو نشان داد رابطه‌ای بین نوع زایمان و میزان ابتلا به ADHD

وجود ندارد. (نمودار شماره ۳)

۴. رابطه‌ای بین فصل تولد و ابتلا به ADHD وجود ندارد. به عبارت دیگر

میزان شیوع ADHD در فصول مختلف سال تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارد.

(نمودار شماره ۴)

مهد کودک ۳۴ مهد کودک به تصادف انتخاب و کلیه کودکان ۵ ساله واجد

شرایط در مطالعه وارد شدند.

ابزار پژوهش در این مطالعه، پرسشنامه ۱۰ عنوانی Conners بود که یک

نسخه توسط مربی و نسخه دیگر توسط والدین تکمیل شد. پس از آن پرسشنامه‌ها تصحیح و نمره‌گذاری شد. روش نمره‌گذاری بر اساس شدت علائم بین صفر و سه به سئوال‌ها نمره داده شد.

به این ترتیب حداقل نمره هر پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۳۰

بود که میانگین نمرات مربی و والدین محاسبه و ملاک عمل قرار

گرفت. در جدول شماره (۱) به برخی آزمون‌های شایع جهت ارزیابی علائم روانپزشکی در کودکان اشاره شده است.

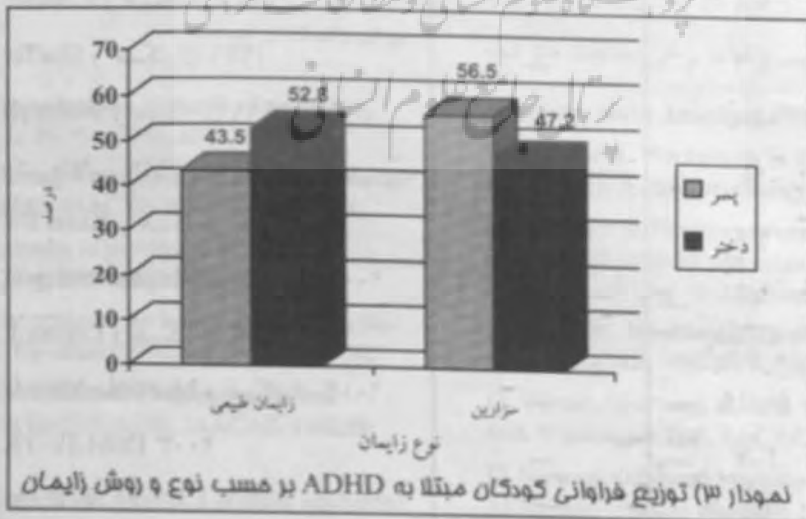
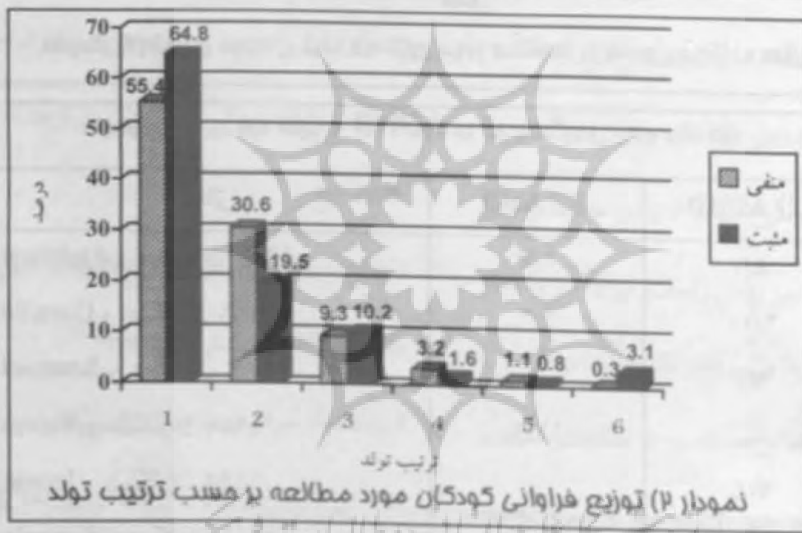
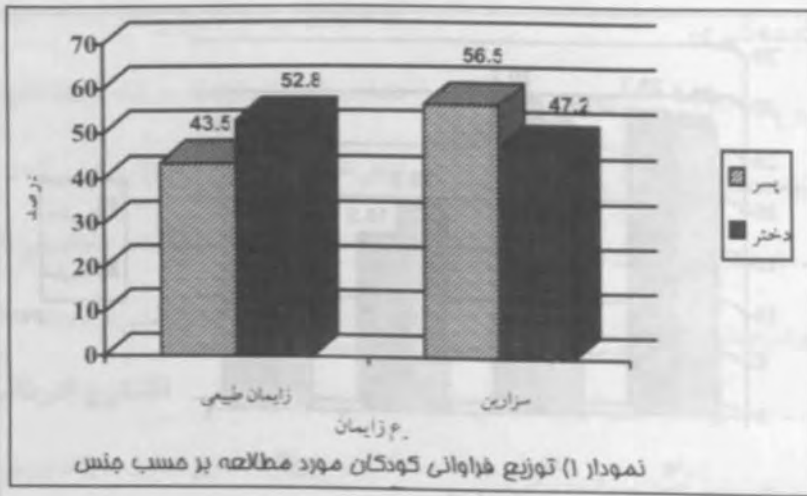
در این مطالعه نقطه برش (Cut off point) برای مطرح کردن

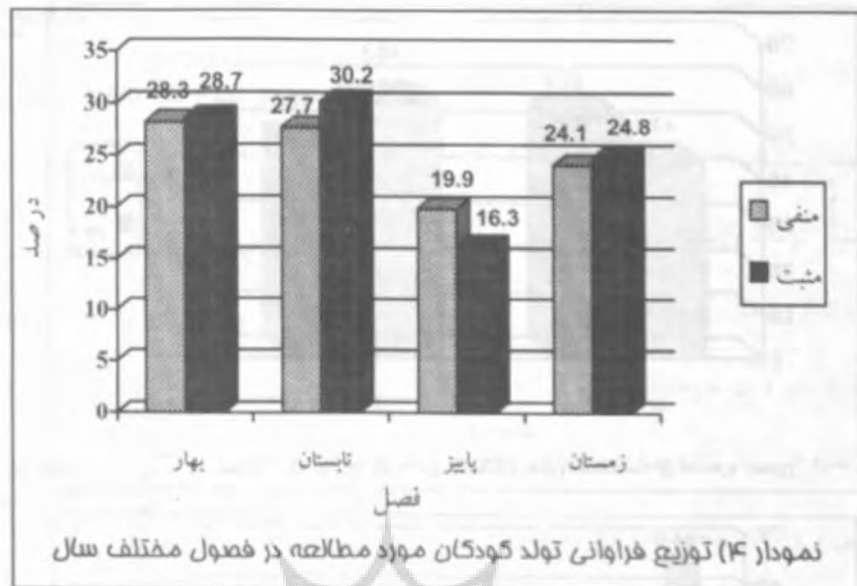
تشخیص احتمالی، ۱۵ در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل نتایج از

بسته نرم افزاری SPSS استفاده شد.

## جدول (۱) آزمونهای شایع مورد استفاده برای ارزیابی علائم روانپزشکی کودکان

۱- SNAP/SKAMP
۲- Conners Parent Rating Scales Revised
۳- Conners Teacher Rating Scales Revised (CPTRS-R)
۴- Conners- Wells Adolescent self-Report Scales
۵- ADHD Rating Sales-IV
۶- 10 Item Conners Index Questionnaire
۷- 10 Item Iowa Questionnaire
۸- Children's Depression Inventory (CDI)
۹- revised Manifest Anxiety Scales (RCMAS)





جدول (۷) برآورد شیوع ADHD در نمونه‌گیری (روی جامعه)

(%) ADHD	(%) ADD	محقق
۵/۷	۶/۷	Anderson و همکاران ۱۹۸۷
۲/۰۰	۲/۲	Costello و همکاران ۱۹۸۸
۶/۳	—	Szatmari و همکاران ۱۹۸۹
—	۱۲/۶	Velves و همکاران ۱۹۸۹
۷/۴	—	Jenson و همکاران ۱۹۹۵
۱/۹	—	Costello و همکاران ۱۹۹۶
۴/۱	—	Shaffer و همکاران ۱۹۹۶
۱۱/۴	—	Wolraich و همکاران ۱۹۹۶
۱۵	—	دکتر طلایی ۱۹۹۷
۹/۵	—	Kuhn BR و همکاران ۲۰۰۰
۶/۵	—	Benjasuwantep B و همکاران ۲۰۰۲
۱۶/۴	—	Lopera F و همکاران ۲۰۰۳
۱۰/۱۵	—	Montiel -Nava C و همکاران ۲۰۰۳
۳-۷	—	DSM-IV-TR ۲۰۰۳
۱/۷	—	ICD-۱۰

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصله که حاکی از میزان شیوع ۱۲٪ به احتمال ۹۵٪ می‌باشد که با توجه به متولوژی قابل تعمیم به کل جامعه آماری مورد نظر یعنی کودکان ۵ ساله شهر مشهد می‌باشد. نتایج این مطالعه با مطالعات انجام شده در سالهای اخیر تقریباً مشابه می‌باشد (۱۵۱۴، ۱۶۱۷) لذا این موضوع نشان دهنده این است که با توجه به شیوع بالای بیماری می‌بایست در جهت شناسایی و درمان و پیگیری عوارض اقدام لازم انجام شود. همچنین در این مطالعه نسبت جنس پسران به دختران ۳

(MF) به ۱ بدست آمد که نتایج با مطالعات انجام شده مختلف می‌شود (۱۶ و ۱۷، ۳) در مطالعه بین فصل تولد و شیوع ADHD رابطه‌ای دیده نشد. در حالی که حداقل در یک مطالعه گزارش شده که ADHD در متولدین سپتامبر (شهریور ماه) بیشتر است (۱۷) مطابق این مطالعه تفاوت معناداری بین روش زایمان و میزان شیوع ADHD یافت نشد همچنین نوع زایمان در دخترها و پسرها از نظر ریسک میزان شیوع ADHD تفاوت معناداری نداشته است که این مسئله نیز در مطالعات مختلف

گزارش نشده است. در این مطالعه نیز بدین ترتیب تولد و شیوع ADHD تفاوت معناداری پیدا نشد و این در حالیست که در برخی مطالعات ذکر شده

psychiatry north American, 1994,3: 285-301.  
 9. Schachar R, Wachsmulh R. Hyperactivity and parental psychopathology, J. child psychology. psychiatry, 1990. 31: 381- 392.  
 10. Dulcan et al. Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescents and adults with ADHD, JAACAP, 1997,36: 10 supplement. 85S-121S.  
 11. Cantwell, Attention deficit disorder, A review of the past 10 years, JAACAP, 1996,35: 8. 978- 1092.  
 12. Wiener, Text book of child. adolescent psychiatry. 2nd edition. Washington D.C. AACAP, 1997,389-411.  
 13. Semrad; Clikman; Margaret et al. Comorbidity between ADHD and learning disability. JAACAAP.1992,31 : 3,439- 448.

که ADHD در فرزندان اول پسر شایع‌تر است (۳). بر اساس این مطالعه نمی‌توان قضاوت کرد که میزان شیوع در نقاط مختلف شهری تفاوت دارد یا خیر که این به خاطر تفاوت در سطح سواد والدین در پر کردن پرسشنامه و حساسیت مربیان مهدکودک‌ها می‌باشد. در مطالعات مختلف نیز ذکر شده است که نظر نمی‌رسد وضعیت اقتصادی اجتماعی نقشی در بروز ADHD داشته باشد.

## تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری مسئول سازمان بهزیستی بخصوص معاونت محترم پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و مدیران محترم مهدکودک‌ها که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

## منابع

۱. پایان نامه. طلایی، علی، بررسی شیوع ADHD در دانش‌آموزان پسر کلاس اول و دوم شهر مشهد، دانشکده علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۶.  
 ۲. پایان نامه. جبرانی، بریا، تعیین الگوی ابتلا به اختلالات روانپزشکی بر اساس DSM در خانواده کودکان مبتلا به ADHD مراجعه کننده به بیمارستان روزبه (۱۳۸۱)، تهران، دانشگاه تهران، ۱۳۸۱.

3. Kaplan and Sadock, comprehensive textbook of psychiatry, 7th edition. Philadelphia, L. W. W. COM, 2000,2679-93.  
 4. Smalley et al. Familial clustering of symptoms and disruptive behavior in multiplex familial with ADHD, JAACAP, 2000,39:9, 1135-1143.  
 5. Kaplan and Sadock, Synopsis of psychiatry 9th edition. Philadelphia, L. W. W. COM, 2003. 1223-1230, 1116-1121.  
 6. Biederman et al. Further evidence for family -genetic risk factor of ADHD. Arch. Gen. Psychiatry.1992. vol 49(9), 728- 738.  
 7. Biederman J. Faraone SV. Keenak, Family -genetic and psychosocial risk factors in DSMIII-ADD, JAACAP. 1992,29: 526-533.  
 8. Faraone. Biederman ,Genetics of ADHD. J of child, adolescent