

بررسی میزان شیوع و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان

دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در مدارس سما در استان خراسان جنوبی

دکتر حمید علی زاده / دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

چکیده

پژوهش زمینه‌یابی حاضر به دنبال بررسی میزان شیوع و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مدارس سما در استان خراسان جنوبی بود. تعداد کل جامعه دانش‌آموزان ۱۳۸۴ نفر، شامل ۸۸۱ پسر و ۵۰۳ دختر بود. از این تعداد ۷۵۶ پسر و ۳۸۳ دختر ساکن بیرجند و ۱۲۵ پسر و ۱۲۰ دختر ساکن فردوس بودند. در این پژوهش از پرسشنامه‌ای که بر اساس معیارهای تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تهیه شده، استفاده شده است. تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مدارس سما خراسان جنوبی ۶/۵۷ درصد (نوع بی توجه ۲/۸۲ درصد، نوع بیش‌فعال - تکانشگر ۲/۸۲ درصد، نوع مرکب ۱/۸ درصد است. بر این اساس، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که شیوع این اختلال در میان دانش‌آموزان مدارس سما در حد قابل ملاحظه‌ای است و این موضوع باید در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و ارائه خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی مد نظر قرار بگیرد.

مقدمه

۳ تا ۵ درصد کودکان، دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی هستند و ۲۰ تا ۳۰ درصد این تعداد، فقط نارسایی توجه دارند، بدون آنکه علائم تکانشگری یا بیش‌فعالی داشته باشند. گزارش‌های متعدد (بارکلی، ۱۹۹۸؛ علیزاده، ۱۳۸۳، ۱۳۸۴؛ علیزاده، بهمنی و مفیدی، ۱۳۸۷) نشان می‌دهد که مهمترین ویژگی‌های این دانش‌آموزان عبارتند از: ناتوانی در انجام و تمام کردن تکالیف مدرسه، ضعف شدید در سازمان‌دهی، ناتوانی در حفظ و نگاه داشتن توجه، گوش نکردن یا پیروی نکردن از دستورها. همچنین، ۲۰ تا ۶۰ درصد نوجوانان دارای این اختلال دچار مشکلات اجتماعی هستند، در حالی که در نوجوانان بدون این اختلال، این موارد فقط ۳ تا ۴ درصد است. البته همبودی اختلال سلوک را با اختلال نارسایی توجه /

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۲، اختلال عصبی رشدی/تحولی است که با سه ویژگی اصلی یعنی نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانش‌گری توصیف می‌شود و بر ۳ تا ۷ درصد از کودکان اثر می‌گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اگرچه در سال‌های گذشته این باور غلط وجود داشت که این اختلال از سال‌های بعد از نوجوانی بهبود می‌یابد ولی امروز این واقعیت آشکار شده است که این اختلال در بیش از ۵۰ تا ۷۵ درصد موارد تا دوران بزرگسالی ادامه خواهد یافت (والندر و هوبرت^۳، ۱۹۸۵). شایویتز و شایویتز^۴ (۱۹۸۸) معتقدند که حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از دانش‌آموزان، به این اختلال مبتلا هستند. گلداستین و گلداستین^۵ (۱۹۹۸) نیز می‌نویسند که حدود

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی رابطه معناداری وجود داشت (بیاتی و همکاران، ۱۳۷۹ به نقل از آرمیون، ۱۳۸۶).

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، با مشکلات متعدد تحصیلی، تکرار پایه، ترک مدرسه و نیز مشکلات مربوط به روابط خانوادگی و ارتباطات دوستانه ضعیف، مشکلات خلقی، سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین و نقض قانون همراه است (داویدس و گاستیر، ۲۰۰۵). کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی معمولاً قبل از مدرسه کمتر شناسایی می‌شوند و بیشتر، وقتی که به محیط آموزشی - اجتماعی مدرسه پای می‌گذارند، مورد توجه و شناسایی قرار می‌گیرند. این کودکان در مدرسه و در تحصیل مشکلات متعددی دارند که لازم است مورد توجه و درمان قرار بگیرند. این امر بدون شناسایی و برآورد صحیح از میزان شیوع امکان‌پذیر نیست. بر این اساس، پژوهش حاضر در صدد است تا میزان شیوع و ویژگی‌های جمعیت شناختی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در جمعیت دانش‌آموزان مدارس سما در خراسان جنوبی را مورد بررسی قرار دهد.

پرسش‌های پژوهش

۱. میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در بین دانش‌آموزان مدارس سما در خراسان جنوبی به چه میزان است؟
۲. آیا شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در دو جنس متفاوت است؟
۳. میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در هر یک از مقاطع به چه میزان است؟
۴. آیا با افزایش سن، میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی کاهش می‌یابد؟

بیش فعالی نباید نادیده گرفت (علیزاده، ۱۳۸۳). گزارش‌ها نشان می‌دهند که ۳۵ درصد نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، دست کم یک بار از مدرسه اخراج شده‌اند و این درصدها در نوجوانان عادی، ۸ تا ۱۰ درصد است. گزارش شده که ۸۰ درصد کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، دست کم یک سال عقب ماندگی تحصیلی دارند. این یافته تأیید می‌کند که نشانه‌های ثانویه‌ی این اختلال، در دوره‌ی نوجوانی همچنان در کنار نشانه‌های اولیه وجود دارند و به پیچیدگی‌های آن می‌افزایند (گلداستین و گلداستین، ۱۹۹۸).

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی،
اختلال عصبی رشدی/ تحولی است که با سه
ویژگی اصلی یعنی نارسایی توجه، بیش فعالی
و تکانش‌گری توصیف می‌شود و بر ۳ تا ۷
درصد از کودکان اثر می‌گذارد

در یک مطالعه توصیفی تحلیلی که با هدف تعیین عوامل مساعد کننده اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی در کودکان دبستانی مدارس دولتی شهر اراک انجام شده بیشتر کودکان دارای اختلال، در رده سنی ۱۰-۱۲ سال قرار داشتند و تعداد پسران دارای اختلال بیشتر از دختران بود. بین عوامل وزن پایین هنگام تولد، رتبه تولد (فرزند اول بودن)، میزان تحصیلات پدر، محیط خانوادگی نامساعد، مورد تنبیه والدین قرار گرفتن، سابقه جدایی طولانی مدت از والدین یا اعضا خانواده، سابقه بیماری شدید جسمی یا روانی والدین، سابقه وجود اختلال در سایر اعضا خانواده، درگیری قانونی پدر یا مادر، وضعیت اشتغال پدر، غیبت طولانی مدت پدر از منزل به علت اشتغال و تغییر شغل پدر با

روش

مقوله بی توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری را می‌سنجد. حداکثر نمره در این آزمون (۱۸) و حداقل نمره (۰) است. بر طبق ملاک‌های مندرج در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) زمانی کودک مبتلا به اختلال است که شش ملاک از نه ملاک تعریف شده برای بیش‌فعالی - تکانشگری را برای مدت ۶ ماه دارا باشد. دانش‌آموزانی که وضعیت نمره آنها منطبق با این ملاک‌ها بودند به عنوان دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی انتخاب گردیدند.

روش‌های تحلیل آماری: جهت تحلیل داده‌های حاصل از آزمون‌های ارائه شده به معلمان و اطلاعات حاصل از پرسشنامه شرح حال از آمار توصیفی (میانگین، میانه، درصد، انحراف معیار و خطای استاندارد میانگین) و آمار استنباطی (آزمون خی دو و ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شده است.

یافته‌ها

توزیع فراوانی دانش‌آموزان نمونه مورد مطالعه به تفکیک جنسیت و مقطع تحصیلی در شهر بیرجند و فردوس به شرح جدول (۱) می‌باشد.

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش به بررسی، توصیف و تحلیل شرایط موجود پرداخته می‌شود، پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی پیمایشی است و در آن از روش زمینه‌یابی استفاده می‌گردد. در این پژوهش جامعه آماری عبارت است از تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر ۶ تا ۱۸ ساله که در مدارس ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و پیش‌دانشگاهی سما در خراسان جنوبی در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸۸ مشغول به تحصیل بودند. تعداد کل دانش‌آموزان ۱۳۸۴ نفر شامل ۸۸۱ پسر و ۵۰۳ دختر است. شایان ذکر است که کل جامعه به عنوان حجم نمونه انتخاب شد (جدول شماره ۱).

ابزار: در این پژوهش از پرسشنامه‌ای که بر اساس معیارهای تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تهیه شده، استفاده شده است. اعتبار و روایی این پرسشنامه در ایران از میزان بالایی برخوردار است (کاشانی موحد، ۱۳۸۴). هدف از اجرای این آزمون گزینش افراد با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی است. این آزمون شامل ۱۸ سوال است که براساس یک مقیاس دوگزینه‌ای (بلی - خیر) درجه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه هر سه

جدول ۱- فراوانی دانش‌آموزان به تفکیک جنسیت و مقطع تحصیلی

جمع کل	جمع		دبیرستان و پیش‌دانشگاهی		راهنمایی		ابتدایی		
	فردوس	بیرجند	فردوس	بیرجند	فردوس	بیرجند	فردوس	بیرجند	
۸۸۱	۱۲۵	۷۵۶	۰	۱۱۸	۰	۱۳۴	۱۲۵	۵۰۴	پسر
۵۰۳	۱۲۰	۳۸۳	۰	۱۷۰	۰	۹۹	۱۲۰	۱۱۴	دختر
۱۳۸۴	۲۴۵	۱۱۳۹	۰	۲۸۸	۰	۲۳۳	۲۴۵	۶۱۸	جمع

جدول ۲ - فراوانی نسبی اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در کل دانش آموزان و به تفکیک جنس

جنس	با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی		بدون اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پسر	۶۷	۷۳/۶۳	۸۱۴	۶۲/۹۵
دختر	۲۴	۲۶/۳۷	۴۷۹	۳۷/۰۵

جدول ۴ - شاخص های توصیفی افراد با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی از لحاظ سن و به تفکیک جنسیت

جنس	شاخص های آماری	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
پسر		۹/۷	۲/۶۱	۰/۳۲۶
دختر		۱۰/۹۶	۳/۸۴۷	۰/۷۴۰
کل		۱۰/۰۷	۰/۰۶۳	۰/۳۲۱

به طور کلی، همان گونه که در جدول (۲) نشان داده شده است، پسران ۶۷ نفر (۷۳/۶۳ درصد) و دختران ۲۴ نفر (۲۶/۳۷ درصد) دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی هستند.

جدول ۵ - فراوانی نسبی اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در دانش آموزان پسر در رده های مختلف سنی

سن	فراوانی نسبی	افراد با AD/HD		افراد بدون AD/HD		کل
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۶	پسر	۳	۱۱/۱	۲۴	۸۸/۹	۲۷
۶	دختر	۱	۵/۵	۱۷	۹۴/۵	۱۸
۷	پسر	۱۳	۸/۳	۱۴۴	۹۱/۷	۱۵۷
۷	دختر	۴	۶/۹	۵۴	۹۳/۱	۵۸
۸	پسر	۱۱	۹/۷	۱۰۲	۹۰/۳	۱۱۳
۸	دختر	۳	۶/۵	۴۳	۹۴/۵	۴۶
۹	پسر	۹	۸	۱۰۳	۹۲	۱۱۲
۹	دختر	۲	۴/۹	۳۹	۹۵/۱	۴۱
۱۰	پسر	۱۳	۹/۹	۱۱۸	۹۰/۱	۱۳۱
۱۰	دختر	۱	۲/۶	۳۷	۹۷/۴	۳۸
۱۱	پسر	۶	۶/۷	۸۳	۹۳/۳	۸۹
۱۱	دختر	۰	۰	۳۳	۱۰۰	۳۳
۱۲	پسر	۳	۶/۱	۴۶	۹۶/۷	۴۹
۱۲	دختر	۴	۱۶	۲۱	۸۴	۲۵
۱۳	پسر	۲	۴/۱	۴۷	۹۵/۹	۴۹
۱۳	دختر	۲	۵/۳	۳۶	۴۴/۷	۳۸
۱۴	پسر	۲	۵/۶	۳۴	۹۴/۴	۳۶
۱۴	دختر	۰	۰	۳۶	۱۰۰	۳۶
۱۵	پسر	۲	۴/۸	۴۰	۹۵/۲	۴۲
۱۵	دختر	۳	۸/۶	۳۲	۹۱/۴	۳۵
۱۶	پسر	۲	۷/۴	۲۵	۹۲/۶	۲۷
۱۶	دختر	۱	۲/۷	۳۶	۹۷/۳	۳۷
۱۷	پسر	۱	۳/۲	۳۰	۲۶/۸	۳۱
۱۷	دختر	۱	۲	۴۹	۹۸	۵۰
۱۸	پسر	۰	۰	۱۸	۱۰۰	۱۸
۱۸	دختر	۲	۴/۲	۴۶	۹۵/۸	۴۸
کل	پسر	۶۷	۷/۶	۸۱۴	۶۲/۴	۸۸۱
کل	دختر	۲۴	۴/۸	۴۷۹	۹۵/۲	۵۰۳
کل	کل	۹۱	۶/۶	۱۲۹۳	۹۳/۴	۱۳۸۴

جدول ۳ - فراوانی و درصد افراد

با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی به تفکیک سن

سن	شاخص های آماری	فراوانی	درصد در کل نمونه
۶		۴	۸/۹
۷		۱۷	۷/۹
۸		۱۴	۸/۸
۹		۱۱	۷/۲
۱۰		۱۴	۸/۸
۱۱		۶	۴/۹
۱۲		۷	۹/۴۵
۱۳		۴	۴/۶
۱۴		۲	۲/۸
۱۵		۵	۶/۵
۱۶		۳	۴/۷
۱۷		۲	۲/۵
۱۸		۲	۳/۰۳
کل		۹۱	۱۰۰

همان گونه که در جدول (۳) نشان داده شده است بیشترین افراد دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در سن ۷ سالگی (۱۸/۷ درصد) و کمترین آن در سنین ۱۴، ۱۷ و ۱۸ سالگی (۲/۲ درصد) مشاهده شد.

بر اساس نتایج جدول ۷، از آنجا که خی دو مشاهده شده (۲۰/۳۱۹) با درجه آزادی ۱ در سطح اطمینان ۰/۹۹ از خی دو جدول (۶/۶۳) بزرگ تر است. از این رو با ۹۹ درصد اطمینان بین میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در پسران و دختران تفاوت وجود دارد. یعنی اینکه پسران سه برابر دختران واجد این اختلال هستند.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در مدارس سما خراسان جنوبی ۶/۵۷ درصد (نوع بی توجه ۲/۸۲ درصد، نوع بیش فعال - تکانشگر ۲/۸۲ درصد، نوع مرکب ۱/۸ درصد) گزارش می‌شود. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های (گلدمن و همکاران، ۱۹۹۸ به نقل از جمشیدی، ۱۳۸۴) که میزان شیوع این اختلال را در گروه سنی ۸ تا ۱۲ سال ۶/۸ درصد و انجمن روان پزشکی آمریکا که میزان شیوع این اختلال را ۳ تا ۶ درصد گزارش کرده‌اند و با پژوهش فرانسیس (۱۹۹۳ به نقل از گلدستین، ۱۹۹۸) که میزان شیوع این اختلال ۷/۴ تا ۹/۶ درصد گزارش کرده همخوان است. همچنین رقم بدست آمده با یافته‌های پژوهش انجام شده در ایران، در شهر گناباد ۶/۱ درصد (حمیدی، ۱۳۸۵)، در مدارس ابتدایی تهران ۳ تا ۶ درصد (خوشابی و پوراعتماد، ۱۳۸۲) همخوانی دارد. همچنین با پژوهش (آرمیون، ۱۳۸۶) در روستاهای بیرجند که میزان شیوع را ۷/۱۷ درصد (نوع بی توجه ۱/۲۳ درصد، نوع بیش فعال - تکانشگر ۲/۷۵ درصد، نوع مرکب ۲/۱ درصد) گزارش شده است همخوانی دارد.

دلایل احتمالی تفاوت و تنوع در آمارهای ارایه شده در رابطه با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی می‌تواند ناشی از اختلافاتی که در تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی وجود دارد و این که چه کسی این

همان گونه که در جدول (۵) نشان داده شده است بیشترین افراد دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در سن ۷ سالگی (۱۴/۴ درصد) و کمترین آن در سن ۱۱ سالگی (۶/۲ درصد) وجود داشتند.

سوال شماره ۱: میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در بین دانش آموزان مدارس سما چه اندازه است؟

جدول ۶- فراوانی و درصد اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی و زیر نوع ها

شاخص های آماری	فراوانی	درصد (در کل نمونه)	درصد (در افراد واجد اختلال)
بی توجه	۲۷	۱/۹۵	۲۹/۶۷
بیش فعال - تکانشگری	۳۹	۲/۸۲	۴۲/۸۶
نوع مرکب	۲۵	۱/۸	۲۷/۴۷
اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی	۹۱	۶/۵۷	۱۰۰

همان گونه که در جدول (۶) نشان داده شده است از مجموع ۵۷/۶ درصد افراد دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی، ۱/۹۵ درصد نوع بی توجه، ۲/۸۲ درصد نوع بیش فعال - تکانشگر و ۱/۸ درصد نوع مرکب این اختلال را دارا هستند.

سوال شماره ۲: آیا شیوع اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در دو جنس متفاوت است؟

جدول ۷. میزان تفاوت اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در پسران و دختران

شاخص های آماری	با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی		بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی		کل
	فراوانی مشاهده شده	درصد	فراوانی مشاهده شده	درصد	
پسر	۶۷	۷/۶	۸۱۴	۹۲/۴	۱۰۰
دختر	۲۴	۴/۸	۴۷۹	۹۵/۲	۱۰۰
کل	۹۱	۶/۵۷	۱۲۹۳	۹۳/۴۳	۱۰۰

$$\chi^2 = 6/63 \quad P < 0/001 \quad df = 1 \quad \chi^2 = 20/319 \text{ جدول}$$

(۱۳۸۰) همخوانی دارد. با توجه به یافته‌های بدست آمده جنس مذکر به عنوان یک عامل خطرزای قوی برای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مد نظر می‌باشد. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به بررسی پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، نتایج حاصل با بیشتر پژوهش‌ها همخوانی دارد.

یافته‌های این پژوهش بر شناسایی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در میان دانش‌آموزان خراسان جنوبی تاکید می‌کند. این نوع یافته‌ها را می‌توان در برنامه‌ریزی‌های مربوط به ارائه خدمات درمانی و آموزشی مد نظر قرار داد. همچنین، این پژوهش بر اهمیت بررسی شیوع انواع اختلال‌های رشدی در مدارس، از جمله مدارس سما در خراسان جنوبی و سایر استان‌ها تاکید می‌کند.

تشخیص را انجام داده (والدین، معلم، روان‌پزشک)، نحوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات، عدم وجود تعاریف عملیاتی و روشن درباره اختلال مذکور، نوع ابزاری که در تشخیص به کار رفته باشد (گلداستین و گلداستین، ۱۹۹۸).

در سوال دوم پژوهش در رابطه با تفاوت میزان شیوع در دو جنس، با بررسی پژوهش‌های صورت گرفته در این رابطه که همیشه نشان دهنده‌ی تفاوت در دو جنس بوده و با توجه به آن که اغلب اوقات این میزان در پسران بیشتر از دختران بوده، از این رو، در پژوهش حاضر نیز تفاوت معناداری در دو جنس بدست آمد. یعنی این که پسران تقریباً ۲ برابر دختران به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مبتلا هستند.

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش جمشیدی (۱۳۸۴) و حمیدی (۱۳۸۵) که در آن پسران ۲ برابر دختران به این اختلال دچار بودند و پژوهش سلیمان نژاد و همکاران

زیر نویس‌ها :

1. American psychiatric Association
2. Attention deficit/ hyperactivity disorder
3. Wallander & Hubert
4. Shaywitz & Shaywitz
5. Goldstein & Goldstein
6. Davids & Gastpar

منابع :

- آرمیون، اسماعیل. ۱۳۸۶. میزان شیوع و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در جمعیت روستایی بیرجند. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند.
- جمشیدی چناری، شمس‌اله. (۱۳۸۴). شیوع و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌جنبشی در دانش‌آموزان ابتدایی شهر زاهدان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند.
- حبرانی، پریا؛ بهدانی فاطمه. (۱۳۸۴). مقایسه اختلالات همراه در دختران و پسران مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD). مشهد: بیمارستان روانپزشکی ابن‌سینا.
- حمیدی، علی. (۱۳۸۵). میزان فراگیری و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان دوره ابتدایی با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در شهر گناباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه علامه طباطبایی.

- خوشایبی کنایون، پورا اعتماد حمیدرضا. (۱۳۸۲). شیوع اختلال در دانش آموزان دوره ابتدایی شهر تهران. تهران: معاونت. پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سلیمان نژاد، حمیرا؛ کلاتری، مهرداد؛ احمدی سیداحمد. (۱۳۸۰). بررسی همه گیرشناسی اختلال کمبود توجه بیش فعالی در دانش آموزان (۱۱-۷ سال) مدارس ابتدایی شهر ایلام. خلاصه مقالات: پایگاه علمی ایران.
- علی شاهی، محمدجواد؛ ده بزرگی، غلام رضا؛ دهقان بهرام. (۱۳۸۲). میزان شیوع اختلال کمبود توجه و بیش فعالی در کودکان دبستانی شیراز. شیراز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی. تهران: رشد.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۴). تبیین نظری اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خود کنترلی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی (۳)، ۱۷، ۳۴۸-۳۲۳.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۵). رابطه کارکردهای عصبی-شناختی اجرایی با اختلال های رشدی. فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۴، ۷۰-۵۷.
- علیزاده، ح.، بهمنی، ط.، مفیدی، ف. (۱۳۸۷). مقایسه مهارت نوشتن در دانش آموزان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و عادی پایه اول ابتدایی. فصلنامه روان شناسی و علوم تربیتی، ۱۳۴-۱۱۵.
- کاشانی موحد، آمنه. (۱۳۸۴). رابطه حافظه فعال و پایداری هیجانی دانش آموزان با و بدون اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th ed.). Washington, DC: Author.
- Alizadeh, H., & Andries, C. (2002). Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child & Family Behavior Therapy*, 24, 37-52.
- Alizadeh, H., Applequist, K. F. & Coolidge, F. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse & Neglect*. 31, 567-572.
- Barkley, R. A. (1998). Attention-deficit hyperactive disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Dauids, E., & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and border line personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 29, 865-77.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners (2nd ed.). New York: Wiley.
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (1988). Attention deficit disorder: current perspectives. In J. F. Kavanagh & T. J. Truss, Jr. (Eds.), *Learning disabilities: Proceedings of the national conference*. (pp. 369-567). New York: Parkton, MD.
- Wallander, J. L., & Hubert, N. C. (1985). Long-term prognosis for children with attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD). In B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 8) (pp. 11-137). New York: Plenum Press.