

بررسی ارتباط بین ویژگیهای روانی - اجتماعی خانواده و بروز علایم اختلال کمبود توجه و بیش فعالی کودکان

واحد علائی^۱، آذر مرادی^۲، سکینه علیزاده^۳

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان تخصصی اعصاب و روان اردبیل

^۲ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ کارشناس ارشد آموزش بهداشت مادر و کودک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

خلاصه

مقدمه: نظریه پردازان یادگیری هیچگاه اظهار نداشته‌اند که سندرم ADHD اکتسابی است، اما روشن است که رفتارهای مربوط به این سندرم در محیط شکل می‌گیرد. طبق مطالعات صورت گرفته بین بروز علائم ADHD و عواملی مثل وجود مشکل در انسجام خانواده و نحوه تربیت فرزند، ناسازگاری زناشویی، جدایی والدین و اختلالات روان پزشکی آنها ارتباط وجود دارد. خانواده هایی که از نظر اجتماعی و اقتصادی در منزلت پایین قرار دارند، الگوهای شناختی والدین در مورد رفتار کودکان و تعداد نقل مکانها نیز رابطه معنی داری با بروز علایم ADHD در کودکان زیر سن مدرسه دارد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که به منظور بررسی ارتباط بین برخی از ویژگی های روانی - اجتماعی خانواده و بروز علایم اختلال کمبود توجه و بیش فعالی کودکان زیر سن مدرسه در مهدکودک های شهر تبریز انجام شده است. علایم ADHD براساس ملاک های DSM-III-R مورد سنجش قرار گرفته است. ۲۷۳ کودک سه تا پنج ساله از سی مهدکودک به عنوان نمونه های پژوهش به صورت تصادفی انتخاب شدند و پرسش نامه ها بطور جداگانه توسط والدین و مربیان آنها تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه، مجذور کای و آزمون T مستقل استفاده شد.

نتایج: یافته های پژوهش حاضر نشان داد که براساس گزارش والدین یا گزارش مربیان بین بروز علایم ADHD و بروز حداقل یک رویداد تنش زا ($p=0/0001$)، تولد کودک جدید ($p=0/001$)، فوت یکی از اعضای خانواده ($p=0/01$) و تشدید اختلاف والدین ($p=0/002$) ارتباط معنی داری وجود دارد. ولی ارتباط معنی داری بین علایم ADHD و تغییر محل زندگی یا تغییر مهدکودک و سن بیماری شدید یکی از اعضای خانواده یافت نشد. همچنین طبق گزارش والدین و مربیان بین ترتیب تولد، وزن هنگام تولد، جنس و سن کودک با علایم ADHD ارتباط معنی داری یافت نشد و تفاوت معنی داری بین میانگین نمره ADHD گزارش شده توسط والدین با شغل ها و تحصیلات مختلف وجود نداشت.

بحث: باتوجه به ارتباط معنی دار بین بروز علایم ADHD و بروز حداقل یک رویداد تنش زا در کودکان زیر سن مدرسه، پیشنهاد می شود تا در بررسی علایم ADHD، آسیب شناسی روانی خانواده ها نیز دقیقاً ارزیابی گردد.

واژه گان کلیدی: اختلال کمبود توجه و بیش فعالی، کودکان زیر سن مدرسه، ویژگی های روانی - اجتماعی خانواده

مقدمه

اگر مشکلات رفتاری کودکان زیر سن مدرسه از شدت کافی برخوردار بوده و کودک در روابط اجتماعی خود مشکلاتی داشته باشد تا دوره های بعدی دوران کودکی دوام

واحد علائی و همکاران
کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان تخصصی اعصاب و روان
آدرس: اردبیل، جنب مجتمع تفریحی کوثر، بیمارستان تخصصی
اعصاب و روان اردبیل (ایثار)

تلفن: ۰۴۵۱-۵۵۱۴۲۰۹۶۱۰

فاکس: ۰۴۵۱-۲۲۴۰۶۳۶

خواهد یافت (۱). یکی از این مشکلات اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD)^۱ است که میزان شیوع آن در سنین زیر مدرسه ۲ تا ۹ درصد می‌باشد (۲).

طبق مطالعات صورت گرفته بین بروز علائم ADHD و عواملی مثل وجود مشکل در انسجام خانواده و نحوه تربیت فرزند، مادرانی که دائماً در خانه هستند، ناسازگاری خانوادگی، جدایی والدین و اختلالات روان پزشکی آنها ارتباط وجود دارد (۳).

همچنین در افراد مذکر، خانواده‌هایی که از نظر اجتماعی و اقتصادی در منزلت پایین قرار دارند، کودکان شهرنشین و کودکانی که دارای مادرانی با مدارک بسیار پایین یا خیلی بالا هستند نسبت به سایر افراد شایع است (۴). الگوهای شناختی والدین در مورد رفتار کودکان، کاهش خود اثربخشی والدین^۲ (۵)، تعداد نقل مکانها (تغییر مهد کودک یا محل خانه) و خشونت مادر نیز رابطه معنی‌داری با بروز علائم ADHD در کودکان زیر سن مدرسه دارد (۶).

بر اساس تحقیقات انجام شده، کودکان مبتلا به ADHD در مقایسه با گروه کنترل دارای مادرانی با دوره‌های افسردگی اساسی و یا علائم اضطراب در طی یک سال گذشته بودند و پدران آنها نیز سابقه ADHD را گزارش می‌کردند. کودکانی که علاوه بر ADHD سایر مشکلات رفتاری مانند اختلال سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای داشته‌اند، دارای والدینی با مسائل روانی و اختلال اضطراب عمومی بودند. در بررسی روابط متقابل کودک - والدین ثابت شده است که والدین کودکان مبتلا به ADHD برای کنترل تکانش فرزند خود دستورات زیادی می‌دهند و از تشویق و تنبیه بیشتری استفاده می‌کنند (۷).

بر اساس مطالعات انجام شده ۳۸ درصد کودکان مبتلا به ADHD متعلق به خانواده‌هایی است که در آنجا الکل مصرف می‌شود و ۱۰ درصد از خانواده‌ها نیز مشکل نیز مشکل قانونی دارند (۸). یکی از عوامل بروز ADHD وجود اضطراب در کودکان خردسال است. بر اساس تحقیقات انجام شده، کودکان غالباً علائم اضطراب را برون‌سازی کرده و به صورت علائم جسمانی نشان می‌دهند (۷).

از علل روان شناختی دیگر ADHD ناکامی و ترس است. ناکامی مانند اختلال حسی (شنوایی یا بینایی)، مشکلات ارتباطی و تکلم، فقدان والدین سازگار، عدم سازگاری با محیط درس، ترس ناشی از تهدید فیزیکی یا زبانی کودک در محیط خانه و مدرسه، کودک‌آزاری زبانی، عاطفی، فیزیکی و یا جنسی، خشونت در تلویزیون و ترس‌های غیرطبیعی می‌تواند باعث بروز علائم ADHD در کودک شود (۸).

نظریه پردازان یادگیری هیچگاه به‌طور خاص اظهار نداشته‌اند که سندرم ADHD اکتسابی است. اما روشن است که رفتارهای مربوط به این سندرم در محیط شکل می‌گیرد و باقی می‌ماند. شواهدی در دست است که نشان می‌دهد کودکان طبقه‌های پایین اجتماعی بیشتر در معرض خطر بیش‌فعالی قرار می‌گیرند. این موضوع ممکن است با احتمال خطر آسیب‌های زیستی در میان طبقه کم‌درآمد، ازهم پاشیدگی و فقدان سازمان خوب در خانه در ارتباط باشد. کودکان اگر در وضعیت دشوار و درگیری فراوان قرار گیرند از سطح توجهشان کاسته می‌شود. همچنین نظم و تربیت در ساعت صرف غذا، خواندن کتاب برای کودک، بازی‌های نشسته، در تماس بودن با ضابطه و نظم و با نظارت بزرگترها و رفتارهایی از این قبیل می‌تواند برای کودکان مهم باشد (۹).

1. Attention Deficit / Hyperactivity-Disorders

2. Self-efficacy

مواد و روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که به منظور بررسی ارتباط بین برخی از ویژگی های روانی-اجتماعی خانواده و بروز علایم اختلال کمبود توجه و بیش فعالی کودکان زیرسن مدرسه در مهدکودک های شهر تبریز انجام شده است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل کودکان زیرسن مدرسه (۳ تا ۵ سال) بود که در مهدکودک های شهر تبریز حداقل به مدت ۶ ماه تحت تعلیم و تربیت بودند.

در این پژوهش بعد از کسب اطلاع از تعداد کودکان زیر سن مدرسه در مهدکودک های زیر نظر اداره بهزیستی، نمونه گیری بصورت تصادفی طبقه ای انجام شد که طی آن ابتدا از میان یکصد و هشتاد و یک کودک، سی و دو نفر، سنی مهدکودک به صورت تصادفی انتخاب شد و سپس براساس جدول اعداد تصادفی از بین مهدکودک های انتخاب شده، سیصد و بیست و یک کودک ۳ تا ۵ ساله به عنوان نمونه های نهایی پژوهش انتخاب شدند.

این کودکان در یکی از مراکز مهدکودک شهر تبریز، حداقل به مدت ۶ ماه و روزانه یک شیفت کاری مشغول یادگیری برنامه های مهدکودک بودند که برای فراهم ساختن شرایط فوق نمونه گیری در اواخر سال انجام شد.

این کودکان براساس مندرجات پرونده کودک و نظر پزشک معاینه کننده، سابقه هیچ نوع تشخیص روان پزشکی مانند اختلال فراگیر رشد و یا اختلالات روانی شناخته شده، مصرف داروهای روانگردان و اختلال شدید (حسی- حرکتی) نداشتند در غیر این صورت از نمونه ها حذف شدند.

محیط پژوهش ۳۱ مهدکودک خصوصی، خودکفا (مهدکودک های اداره ها) و دولتی وابسته به

سازمان بهزیستی شهر تبریز که به طور تصادفی انتخاب شدند، محیط پژوهش را تشکیل می داد.

ابزار گردآوری داده ها، پرسش نامه دو قسمتی بود که قسمت اول مشخصات فردی و اجتماعی و قسمت دوم علائم ADHD را می سنجد و ۱۵ بیانیه داشت. پرسش نامه سنجش علائم ADHD دو نسخه داشت که هم توسط والدین کودکان (ADHD-P) و هم توسط مربیان آنها (ADHD-T) تکمیل شد.

این پرسش نامه در کشور آمریکا (۱۹۹۸) و توسط پاولوری و همکاران براساس ملاک های (DSM-III-R) تهیه شده است. قسمت اول پرسش نامه که توسط پژوهشگر ساخته شده بود، اطلاعاتی از قبیل فرد پاسخ دهنده، تاریخ تولد، وزن و جنس کودک، تعداد اعضای خانواده، رتبه تولد کودک، شغل و سن و تحصیلات والدین، رابطه خویشاوندی والدین، وضعیت درآمد، سابقه سلامت مادر و کودک، وقوع رویداد تنش زا در ۶ ماه اخیر و نوع رویداد، اعتقاد والدین به نقش خشونت در تربیت کودک، سن، تحصیلات و رشته تحصیلی مربی کودک را جمع آوری می کرد.

قسمت دوم پرسش نامه شامل ۱۵ بیانیه مربوط به سنجش علائم ADHD کودک بود که هدف آن تعیین علائم ADHD در کودکان زیرسن مدرسه طبق گزارش والدین و مربیان است.

در این پژوهش برای کسب اعتبار علمی از روش اعتبار محتوی و جهت تعیین پایایی ابزار در بخش پرسش نامه سنجش علایم ADHD از آزمون مجدد استفاده شد.

سپس همبستگی بین نتایج از طریق ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد که در نسخه والدین (ADHD-P) ۰/۸۶ و در نسخه مربیان (ADHD-T) ۰/۸۹ محاسبه گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

جهت دستیابی به نتایج و یافته‌های پژوهش ابتدا پرسش نامه کدگذاری شده و سپس داده‌های جمع‌آوری شده با برنامه نرم افزاری کامپیوتری (SPSS) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی جهت تنظیم جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی برای تعیین ارتباط بین متغیرهای مورد بررسی استفاده گردید.

بدین ترتیب که برای مقایسه علائم ADHD بر حسب جنسیت و بررسی ارتباط بین رتبه تولد و رویداد تنش‌زا با علائم ADHD از آزمون آماری مجذورکای استفاده شد.

همچنین برای تعیین ارتباط بین مشخصات فردی و اجتماعی کودک با نمره ADHD، در مواردی که متغیر مستقل مانند جنسیت و وزن هنگام تولد دو حالت داشت، از آزمون T مستقل و در مواردی که متغیر مستقل مانند شغل و سطح تحصیلات والدین بیش از دو حالت داشت از آزمون آماری واریانس یکطرفه استفاده شد.

از ضریب همبستگی پیرسون نیز برای تعیین ارتباط نمره ADHD و سن کودکان استفاده شد. معیار سنجش ADHD ۱۵ علامت بود که جواب سئوالات به صورت مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت شامل: اصلاً (۰)، خیلی کم (۱)، نسبتاً زیاد (۲) و خیلی زیاد (۳) طبقه‌بندی شده بود.

برای پاسخ‌های نسبتاً زیاد یا خیلی زیاد، امتیاز یک و برای پاسخ‌های اصلاً و خیلی کم، امتیاز صفر منظور شد. (۱۴) پس از جمع‌بندی امتیازات، افرادی که طبق گزارش والدین و یا مربیان مهدکودک‌ها از مجموع ۱۵ علامت نمره ۸ یا بالاتر را کسب کرده بودند در گروه کودکان دارای علائم ADHD و کودکانی که نمره پائین‌تر از ۸ کسب کرده بودند در گروه کودکان فاقد علائم ADHD طبقه‌بندی شدند (۳).

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۷۳ کودک ۳۶ تا ۷۲ ماهه ($SE = ۰/۶$ و $X = ۵۵/۴$) با توزیع جنسی ۵۳/۸ درصد پسر و ۴۶/۲ درصد دختر شرکت داشتند که اکثریت ۷۱/۴٪ کودکان مورد پژوهش فرزنداول خانواده بوده‌اند. اکثریت مادران ۵۲٪ در گروه سنی ۳۰ تا ۳۷ قرار داشتند.

از نظر مدرک تحصیلی والدین، ۱/۱ درصد مادران بی‌سواد بودند و در بین پدران فرد بی‌سوادی وجود نداشت. ۵۳/۴ درصد از پدران و ۵۱/۳ درصد از مادران تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین در این پژوهش ۵۲/۸ درصد مادران شاغل بوده و بقیه ۴۶/۹٪ خانه‌دار بودند.

یافته‌های پژوهش در مورد ارتباط برخی از متغیرهای فردی و اجتماعی با بروز علائم ADHD در کودکان زیرسن مدرسه نشان داد که بین بروز علائم ADHD و بروز حداقل یک رویداد تنش‌زا ($p=۰/۰۰۰۱$)، تولد کودک جدید ($p=۰/۰۰۱$)، فوت یکی از اعضای خانواده ($p=۰/۰۰۲$) و تشدید اختلاف والدین ($p=۰/۰۰۲$) ارتباط معنی‌داری وجود دارد، ولی ارتباط معنی‌داری بین علائم ADHD و تغییر محل زندگی، تغییر مهدکودک و بیماری شدید یکی از اعضای خانواده یافت نشد. به این معنی که علائم ADHD در کودکانی که تولد کودک جدید، فوت یکی از اعضای خانواده و نیز تشدید اختلاف والدین را تجربه کرده بودند بیشتر از سایر کودکان گزارش شده بود.

همچنین بین وزن هنگام تولد، اعتقاد والدین به نقش تربیتی تنبیه بدنی، جنس و سن کودک با علائم ADHD ارتباط معنی‌داری یافت نشد و از نظر میانگین نمره ADHD تفاوت معنی‌داری بین والدین با شغل‌ها و تحصیلات مختلف وجود نداشت.

عملکرد بد خانواده را به صورت رفتارهای ADHD نشان می‌دهد والدین این کودکان نیز در مقایسه با والدین کودکان سالم، دارای تنش زیاد و توانایی سازگاری کمتری بوده و مستعد احتمال بروز رفتار منفی در برخورد با فرزندشان هستند (۱۱).

علت عدم وجود اختلاف میانگین بین نمرات پسرها و دخترها را می‌توان چنین توجیه کرد که معمولاً والدین رفتارهای ADHD پسرها را سیر طبیعی رشد و تکامل کودک می‌دانند و بنابراین این رفتارها برای والدین قابل قبول است اما بروز چنین رفتارهایی را از طرف دخترها غیرطبیعی تلقی می‌کنند (۳). از طرف دیگر طبق گزارش والدین و مربیان بین سن کودک و علائم ADHD ارتباط معنی‌داری یافت نشد.

چون براساس مطالعات کال (۱۹۸۵) مدت زمان تمرکز کودکان درسه تا پنج سالگی تغییر زیادی نمی‌کند اما سطح توجه کودک در شش سالگی رشد شایانی پیدا می‌کند (۱۲). در مطالعه پاداش اصل (۱۳۷۹) که در کودکان مقطع آمادگی شهر تبریز انجام شده بود، بروز علائم ADHD غیر از نقل مکان و خشونت مادر با بقیه متغیرهای فردی و اجتماعی ارتباط معنی‌داری نداشت (۶). براساس مطالعه گیمپل و همکاران (۲۰۰۰) در کشور آمریکا ارتباط معنی‌داری بین بروز علائم ADHD و پایین بودن سطح تحصیلات والدین وجود داشت ولی چنین ارتباطی با رتبه تولد یافت نشد (۴).

یافته‌های مطالعه کادسجو و همکاران (۲۰۰۱) در کشور سوئد، که در آن رابطه معنی‌داری بین تعداد علائم ADHD با عوامل جنس و سن کودک، تعداد اعضای خانواده، رتبه تولد کودک در خانواده، نوع شغل والدین به دست نیامد، از پژوهش حاضر حمایت می‌کند (۱۳). همچنین در مطالعه‌ای که شمیم و همکاران (۱۳۷۹) در شهر شیراز با هدف بررسی روایی و پایایی آزمون شاخص نقص توجه جردن در مقطع دبستان انجام دادند،

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طبق گزارش والدین و مربیان بین ترتیب تولد کودک و علائم ADHD ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (به ترتیب $p=0/53$, $p=0/69$) و از نظر میانگین نمره ADHD بین فرزندان اول، دوم و سوم تفاوت معنی‌داری یافت نشد (به ترتیب $p=0/07$ و $p=0/9$) البته به علت اختلاف زیاد تعداد کودکان با رتبه تولد اول، دوم و سوم و چهارم ارزیابی دقیق چنین ارتباطی ممکن نیست. همچنین از نظر میانگین نمره ADHD گزارش شده توسط والدین و مربیان تفاوت معنی‌داری بین والدین با شغل‌ها و تحصیلات مختلف وجود نداشت.

بحث و بررسی یافته‌ها

پاولوری و همکاران در مروری بر مطالعات انجام شده متوجه شدند که هرگونه تغییر در ثبات خانواده و ناسازگاری والدین با بروز علائم ADHD در کودکان زیرسن مدرسه ارتباط معنی‌داری دارد (۳).

از طرف دیگر در آسیب‌شناسی روانی کودکان زیرسن مدرسه، عوامل خطرآفرین را به سه دسته تقسیم می‌کنند: دسته اول شامل مشکلات کودکان در زمینه مشکلات عاطفی، رفتاری و فیزیکی است، دسته دوم شامل موضوع برقراری رابطه کودک - والدین است.

دسته سوم شامل شرایط نامساعد خانوادگی مانند حوادث تنش‌زا، منزلت پایین اجتماعی و اقتصادی خانواده و آسیب‌های روانی اعضای خانواده که ممکن است تأثیر منفی روی کودکان داشته باشد.

طبق مطالعه مسمان و همکاران در کشور هلند (۲۰۰۱)، وقوع حوادث تنش‌زا در دوران زیرسن مدرسه، ارتباط معنی‌داری با بروز علائم ADHD و سایر مشکلات رفتاری در دوران بعدی کودک دارد (۱۰).

براساس تئوری خانواده‌پویایی براون (۱۹۷۸) وقتی عملکرد ضعیف در روابط زناشویی وجود داشته باشد، این اختلاف روی رفتار کودک تأثیر کرده و انعکاس

در پایان لازم است مراتب امتنان و قدردانی خود را به خاطر همکاری بسیار صمیمانه اداره بهزیستی استان تبریز، مربیان و مسئولین مهد کودک‌ها و همه کودکان خوب تحت تعلیم در این مراکز و والدین آنها اعلام داریم.

ارتباطی بین بروز علائم نقص توجه و عواملی همچون تحصیلات و شغل والدین و رتبه تولد یافت نشد. از بین متغیرهای فردی و اجتماعی، آموزش پیش‌دبستانی با نقص توجه ارتباط معنی‌داری نشان داد (۱۴).

منابع

8. Kinder J: ADHD a different viewpoint I: dietary Factors. in: Cooper C, Bilton K. ADHD: research, practice and opinion. 1st ed. London: whurr publishers. 1999; p:76-86

۹- لسون رو. اسرائیل اس: اختلالات رفتاری کودکان، چاپ پنجم، ترجمه منشی طوسی م. مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۵، ۴۶۷ تا ۴۶۸.

10. Townsed MC: Nursing diagnosis in psychiatric nursing. 5th ed, Philadelphia, F.A davis co. 2001; 64-5.

11. Dupaul GJ, Mcgoey KE, Eckert TL: Preschool children with attention deficit and hyperactivity: impairments in behavioral ,social, and school functioning. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(5): 508-515.

۱۲-هربرت م: روانشناسی بالینی کودک (یادگیری اجتماعی، رشد و رفتار)، چاپ اول، ترجمه فیروز بخت م، تهران، انتشارات شناخت، ۱۳۷۸، صفحات ۴۳۱ تا ۴۳۳

13. Kadesjo C, Kadesjo B, Hagglof B, Gillberg C: ADHD in Swedish 3 to 7 years-old children. Am Acad Child Adoles Psychiatry. 2001;40(9):1021-1038.

۱۴- م س، سهرابی، ن، به‌پژوه: تبیین روایی و پایایی آزمون شاخص نقص توجه جردن برای استفاده در ایران، خلاصه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۷۹، صفحه ۴۳.

۱- داگلاس ج: مسائل رفتاری کودکان، چاپ اول، ترجمه پورافکاری ن، تبریز، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۵، صفحات ۹ تا ۲۷.

2. Conner DF : Preschool attention deficit-hyperactivity disorder: A review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. Dev Behav Pediatr. 2002; 23(1) : 41 – 59.

3. Pavuluri MN, Luk SL, Gee MR: Parent reported preschool attention deficit and hyperactivity: measurement and validity. Eurp Child Adolesc Psychiatry. 1999; 8: 126-133.

4. Gimpel GA, Kuhn BR: Maternal report of attention deficit- hyperactivity disorder symptoms in preschool children. Child Care Health Dev. 2000; 26(3): 163-179.

5. Johnston C, Mash EJ: Families of children with ADHD : reiew and recommen dation for research. Clin Child Fam Psychol Rev. 2001; 4(3); 183-207.

۶- پاداش اصل خ: بررسی رابطه میان برخی ویژگی‌های روانی - اجتماعی خانواده و بروز بیش‌فعالی در کودکان ۶ ساله شهر تبریز، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن، ۱۳۷۹. قسمت

7. White JD. Personality, temperament and ADHD: a review of the literature. Person Indiv Differ. 1999; 27:589-59.