

شیوع اختلال کاهش تمرکز، بیش‌فعالی (ADHD) در خانواده‌های ساکن شهرک‌های سازمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۵

دکتر ناهید اعرابی^۱، دکتر فرهاد شفیقی^۱، *دکتر شاهین قره‌خانی^۲

تاریخ اعلام وصول: ۸۹/۱/۱۸

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۹/۴/۲۲

چکیده

سابقه و هدف: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) یا بیماری کاهش تمرکز/ بیش‌فعالی بیماری است مختص دوران کودکان و نوجوانان که وی را در حالت ناتوانی و عقب مانده از نظر روابط اجتماعی نگه می‌دارد. این مطالعه با هدف تعیین شیوع اختلال کاهش تمرکز، بیش‌فعالی (ADHD) در خانواده‌های ساکن شهرک‌های سازمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۵ صورت گرفته است. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی (Cross Sectional) در ۳۲۷ نفر کودک زیر ۱۴ سال پرسنل کارکنان یکی از سازمان‌های دولتی که خانواده آنان در شهر تهران ساکن هستند؛ صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه کانزر و فرم ثبت مشخصات کودک بود که بعد از مراجعه به منازل منتخب توسط پرسشگران تکمیل می‌گردید و نتایج توسط نرم افزار SPSS۱۴ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی کودکان مورد بررسی ۸/۵ سال، معدل درسی ۱۹/۱ از ۲۰ نمره، تعداد هموالیدین ۱/۳ نفر بودند. ۱۲/۶٪ از کودکان مورد بررسی دارای معیارهای ADHD بر اساس پرسشنامه کانزر بودند. ۸۹/۸٪ دارای معیار مخالفت جویی، ۸۸/۸٪ دارای معیار اختلال شناختی و ۷۹/۵٪ دارای معیار بیش‌فعالی بودند. این اختلال در کودکان مورد بررسی دارای رابطه ضعیفی مثبتی با تعداد هموالیدین بود (کمتر از ۵٪) همچنین معدل درسی کودکان مبتلا نیز کمتر از سایرین بود ($P < ۰/۰۵$). همچنین در این مطالعه فراوانی ابتلا به این اختلال در کودکان دختر بیشتر از پسران بود.

بحث و نتیجه‌گیری: بطور کلی فراوانی اختلال ADHD در این مطالعه با سایر مطالعات مطابق است همچنین در تحلیل کیفی مشخص شد که مبتلایان به این اختلال دارای معدل درسی پایین‌تر، تعداد هم والد بالاتر و جنسیت مونث بودند که این مورد آخر-جنسیت- با یافته‌های قبلی مغایرت دارد.

کلمات کلیدی: روان‌شناسی، اختلال نقص تمرکز همراه بیش‌فعالی، شناخت، توجه

مقدمه

از نظر اجتماعی نگه می‌دارد. این بیماری اگر چه به طور عمده پسران را تحت تاثیر قرار می‌دهد اما در دختران نیز مشاهده شده است. والدین غالباً از عهده چنین فرزندان برنمی‌آیند و فرزندان نیز درحال تقلا کردن به حال خود رها می‌شوند. این بیماری با یکی یا بیشتر از این علائم خود را نشان می‌دهد: کاهش توجه،

یا بیماری کاهش تمرکز ناشی از بیش‌فعالی بیماری است که علی‌رغم مشخص شدن زمینه‌های ژنتیکی آن (۳-۱) هنوز به خوبی شناخته نشده است. این بیماری کودکان و نوجوانان را در حالت ناتوانی و عقب مانده

۱- استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پزشکی، گروه اطفال و نوزادان، مرکز آموزشی و درمانی ۵۰۶

۲- استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پزشکی، گروه اعصاب و روان، مرکز آموزشی و درمانی ۵۰۶

۳- پژوهشگر، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، شبکه بهداشت و درمان کرج، مرکز درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد امید نو (*نویسنده مسؤل)

تلفن: ۰۹۱۲۵۳۶۸۹۰۷ آدرس الکترونیک: Shahin.gharahkhani@yahoo.com

یافته‌های نورو سایکولوژیکال نیز نشان‌دهنده آنست که رفتارهای ناشی از ADHD از کاهش مهارت واکنش، تاخیر در مخالفت و تاخیر در عملکرد فردی با اختلال در شیار عرضی لوب فرونتال مرتبط باشد. این نتیجه‌گیری ناشی از بررسی‌های مقایسه‌ای بر روی MRI این بیماران حاصل شده است. این بیماری یک بیماری نورو بیولوژیک است که در اوایل دوران کودکی بطور تیبیک قبل از ۷ سالگی بروز کرده و حداقل ۶ ماه ادامه دارد و مشکلاتی در اعتماد به نفس و مهارت‌های اجتماعی افراد ایجاد می‌نماید (۱۵).

به خوبی ثابت شده است که بیش از ۵۰٪ بیماران مبتلا به ADHD، سایر اختلالات روانی رانیز دارند. در مطالعه‌ای که در کره انجام گرفت مشخص شد که ۶۶/۷٪ از این بیماران در گروه مختلط قرار می‌گیرند، ۲۱٪ در گروه کم تمرکز، ۱٪ در گروه بیش فعال بدون کنترل و ۱۱/۴٪ نیز در گروه غیر اختصاصی قرار گرفتند. ۷۶/۲٪ از این بیماران دارای یک بیماری همراه نیز بودند و اختلالات اضطرابی ۳۳/۳٪، (ODD: Oppositional Defiant Disorder) ۵۰/۵٪ و اختلالات خلقی ۱۴/۳٪ از این بیماری‌ها را تشکیل می‌داد. (۱۶).

در مطالعه گذشته نگر دیگری که در بیمارستان سیریراج تایلند انجام شد رابطه بین وزن کم حین تولد و ابتلا به ADHD بررسی شد و در این بررسی مشخص گردید که تعداد کودکان با وزن کم حین تولد در بین مبتلایان به ADHD ۳/۶ برابر گروه کنترل است. همچنین سایر فاکتورهای همراه عبارت بودند از مشکلات و عوارض بارداری $OR=17/4$ ، استرس‌ها و فشارهای احساسی $OR=2/99$ ، عوارض بعد از نوزادی $OR=3/26$ و سابقه خانوادگی ADHD $OR=3/6$ و در این مطالعه عوامل یاد شده به عنوان عوامل خطر ADHD مطرح شده‌اند (۱۷).

مطالعات قبلی نشان داده است که کودکان ADHD اغلب دچار نقصان چشمگیر تلاش در زمینه تکالیف مهم حافظه‌ای اند این در حالیست که تکالیفی که از روی عادت انجام می‌شوند مشکلی ندارند. تا اینجا مطالعات بر روی حافظه آشکار تمرکز داشتند اما در مطالعه دکتر بوردن و همکارش در دانشگاه دیترویت امریکا کارایی هر دو نوع حافظه آشکار و ضمنی در کودکان از سنین ۷-۱۴ سالگی مبتلا و غیر مبتلا بررسی شد و بررسی این نتایج نشان داد که حافظه آشکار (حافظه لحظه‌ای و شناختی) و در جنبه‌های ادراکی حافظه ضمنی (تکمیل تسلسل کلمات و تشخیص عکسهای قطعه قطعه

بیش فعالی و بی‌ارادگی. چنین کودکانی اغلب در تمرکز دچار نقص اند، بی‌قرار هستند و سخنان دیگران را قطع می‌کنند و قادر به کنترل اعمال خود نمی‌باشند. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های شناختی و رفتاری کودکان سنین مدرسه است (۴)، در حال حاضر بهترین اقدام برای پیشگیری از عوارض این بیماری و اختلالات بعدی آن تشخیص صحیح و درمان این بیماری است که بسیاری از اختلالات و بیماری‌های بعدی از جمله اختلالات رشد ذهنی، آسیب‌های جسمی (۵)، عقب ماندگی‌های درسی و حتی سوء مصرف مواد (۶) را پیشگیری می‌نماید و در این رابطه با توجه به اینکه اطلاعات کلی و دقیقی در دسترس نیست بررسی اپیدمیولوژیک درباره فراوانی این بیماری و عوامل مرتبط با آن کمک شایانی به تصمیم‌گیری‌های بعدی بالینی می‌نماید (۱۲-۷).

در مرور سیستماتیک و آنالیز متارگرسیون بعمل آمده توسط پولانزیک و همکارانش اگرچه شیوع این اختلال دارای تفاوت‌های جغرافیایی جهانی عنوان شده است ولی میانگین جهانی شیوع این اختلال ۵/۲۵٪ اعلام گردیده است (۱۳).

ADHD در کودکان، همراه با افزایش فراوانی سایر اختلالات روانی در سالهای بعد خواهد بود. همچنین افزایش میزان سایر اختلالات، از جمله: اختلالات رفتاری، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلالات تبدیلی، سوء مصرف مواد، اختلالات اضطرابی نیز در این کودکان در سالهای بعد دیده می‌شود. مطابق با برخی از مطالعات اخیر ۱ نفر از هر ۶ کودک سن مدرسه از ADHD و یا ADD (Attention Deficit Disorder) (اختلال کاهش تمرکز) رنج می‌برند و جالب اینکه این بیماری در ۱۰ سال گذشته در ایالات متحده افزایش ۷۰٪ داشته است. در انگلستان نیز افزایش ۳۵۰۰۰٪ افزایش در موارد ADD گزارش گردیده است و موارد گزارش شده از ۲۶۰۰ مورد در سال ۱۹۹۲ به ۹۲۰۰ مورد در سال ۱۹۹۷ افزایش داشته که این افزایش در طی ۷ سال بعد همچنان ادامه دارد و احتمالاً این رقم اکنون به نیم میلیون نفر رسیده است. این در حالی است که تنها ۷۰۰۰۰ نفر از این کودکان درمان می‌گیرند و دست کم ۱۰۰۰۰۰ نفر دیگر نیز درمان نمی‌شوند ۲/۳ این کودکان نشانه‌های این بیماری را در سالهای بعد نیز از خود نشان می‌دهند. سوء مصرف مواد در ۲۸٪ مشاهده می‌شود و در دوره کوتاه‌تری، فاصله بین سوء مصرف و اعتیاد را طی می‌کنند (۱۴).

شیوع جهانی مطابقت داشته است و فاکتورهای اقتصادی اجتماعی که در کشورهای مدرن به عنوان ریسک فاکتور عنوان شده بود در این مطالعه بی تاثیر شناخته شده است (۲۱).

در مطالعه جالب دیگری که در ژاپن بر روی کودکان در سنین پیش از دبستان صورت گرفته ارزیابی علائم ADHD از دو روش پرسش از آموزگاران و والدین صورت گرفته است که طی این مطالعه مشخص شد والدین علائم کودکان خود را بیشتر و بدتر توصیف می‌کنند. این محققین پیشنهاد می‌کنند که بررسی این بیماری براساس قضاوت والدین نامناسب است (۲۲).

برقراری امنیت روانی و حفظ سلامت جسمی و روانی پرسنل نظامی و خانواده ایشان که در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی و بهبود سلامت عملکرد سازمانی ایشان می‌گردد از اهداف تاسیس دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران می‌باشد و راه اندازی بخشهای بیمارستانی غیر مرتبط با فعالیتهای نظامی و ارائه خدمات مربوطه نیز از این اهداف نشات می‌گیرند. در همین راستا، حفظ سلامت کودکان پرسنل نظامی و همچنین پیشگیری از ابتلای ایشان به اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی نیز می‌تواند هزینه‌های مادی و معنوی بسیاری از عواقب و اثرات سوء این بیماری‌ها را در خانواده‌های این گروه خاص از جامعه کاهش بدهد که با توجه به حساسیت شغلی، نیازمند رسیدگی و توجه بیشتری نیز می‌باشند. لذا این محققین با هدف شناخت و برآورد دقیقتر بیماری ADHD در خانواده پرسنل نظامی و بررسی علل و عوامل مرتبط با آن، مطالعه حاضر را طراحی و به بررسی شیوع این بیماری جهت اقدامات مناسب و مقتضی و کاهش ریسک ابتلا به بزهکاری وابستگی به مصرف مواد را در خانواده پرسنل نظامی پرداختند.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی (Cross Sectional) است که بر روی ۳۲۷ کودک زیر ۱۴ سال پرسنل ارتش جمهوری اسلامی ایران که خانواده آنان در یکی شهرکهای ارتش در تهران در سال ۱۳۸۵ ساکن هستند به روش نمونه گیری، ساده تصادفی خوشه‌ای (Cluster Sampling) صورت گرفته است. بدین ترتیب که از بین شهرک‌ها بطور تصادفی دو شهرک انتخاب شد. در این شهرک‌ها نیز بطور تصادفی چند بلوک انتخاب گردید و در

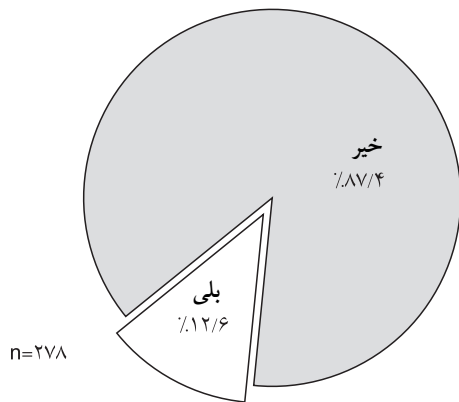
شده) به عنوان عملکرد سنی، دوره نگهداری محتویات حافظه، و علائم محرک (مثل عکسها و لغات) هر دو گروه با هم مشابهت دارد. البته مدارکی دال بر آمادگی حافظه ضمنی ادراکی در کودکان ADHD وجود ندارد. این نوع از تکالیف مفهومی تصویری که در لوب فرونتال شکل می‌گیرند تنها نوع نقصان حافظه در این کودکان است (۱۸).

ویلسون و همکارش در مطالعه دیگری در دانشگاه کلمبیا، اشاره می‌کنند که در سالهای اخیر همراهی ADHD و اختلالات سوء مصرف مواد در افراد میانسال و مسترها نیز مشاهده می‌گردد تا آنجا که از ADHD به عنوان فاکتور مهم پاتوژنز سوء مصرف و ادامه آن نام می‌برند و حتی عنوان می‌کنند که درمان ADHD در دوران کودکی این افراد می‌توانست از ابتلا آنان به سوء مصرف در دوران میان سالی پیشگیری کند. بعلاوه درمان ADHD در سنین میانسالی و احتمالاً بزرگسالی در این افراد حتی احتمال عود را نیز کاهش می‌دهد (۱۹). گارسیاپرز و همکارانش نیز در مقاله دیگری از اسپانیا به بررسی علامت شناسی این بیماری بر مبنای سن پرداختند و ۱۵۶ کودک ارجاعی به مراکز اعصاب کودکان جهت تایید تشخیص ADHD را در یک دوره ۶ ساله بررسی نمودند. ۱۰۲ نمونه مبتلا شامل ۵۳٪ از انواع ترکیبی، ۲۶٪ دچار نوع کاهش توجه و ۲۰ درصد بیش فعال بودند. کاهش کارایی درسی در مدرسه در گروه سنی ۱۵-۱۲ سال به ۷۵٪ می‌رسید و همین درصد اختلال رفتاری در این گروه از کودکان ملاحظه گردید. ۲۳٪ اختلال بی‌اعتنائی و ۲۶٪ به اختلال بدگمانی مبتلا بودند و از سن ۹ سالگی به بعد ۶۰٪ از آنها اختلال رفتاری داشتند. تا ۱۲ سالگی آنها افزایش روان تحریکی را نشان می‌دادند و بعد از آن نسبت ترک تحصیل به سایر بیماران مرکز و گروه تحت درمان بیش از ۴۰٪ بود. این مطالعه درمان را از سن ۵ سالگی قبل از شروع سن مدرسه در پیشگیری از بسیاری از اختلالات سنین ۶ سالگی موثر می‌داند (۲۰).

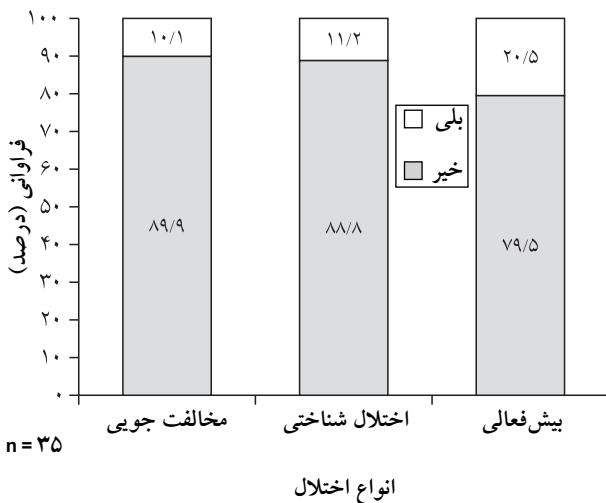
در مطالعه‌ای که کاشالا و همکارانش درکنگو جهت برآورد شیوع ADHD انجام دادند و نمونه گیری بر مبنای ۱۸ آیتم بر گرفته از معیارهای DSM-IV بود و توسط والدین کودکان پر می‌شد. شیوع علائم ADHD ۶٪ حاصل شد که این مقدار در کودکان با مشکلات سلامت خانوادگی، سنین کمتر در حین ورود به مدرسه، شرایط تغذیه‌ای خوب و مدارس مناطق محروم بیشتر بود. البته شیوع با

از سوی والدین ۲۰ بوده است و بیش از ۵۵٪ افراد مورد بررسی این مطالعه از نمره معدل تحصیلی بالایی برخوردار بودند. اغلب کودکان مورد بررسی در این مطالعه کودکان پسر بودند (۵۵/۴٪) و همچنین بیشتر پاسخ دهندگان به پرسش‌نامه‌های این طرح مادران بودند. (۷۹/۵٪). این مطالعه نشان می‌دهد که ۱۲/۶٪ کودکان مورد بررسی دارای معیارهای ابتلا به اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی ADHD بودند (نمودار-۱) و بیشتر کودکان مورد بررسی دارای معیارهای ابتلا به ADHD مبتلا به معیار مخالفت جویی (۸۹/۹٪) و سپس اختلالات شناختی بودند (۸۸/۸٪). (نمودار-۲)

بر اساس آزمون t-statistic بین دو جنس پسر و دختر در اکثر شاخصهای ADHD تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. مخالفت جویی، اختلال بیش‌فعالی و بطور کلی ADHD در دختران از امتیاز



نمودار ۱- فراوانی ابتلا به اختلال ADHD در فرزندان ساکن شهرک‌های سازمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۵



نمودار ۲- فراوانی اختلالات بیش‌فعالی، شناختی و مخالفت جویی فرزندان ساکن شهرک‌های سازمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۵

بلوکهای انتخابی هم بطور تصادفی چند خانه انتخاب شد. از این میان ۲۷۸ نفر دارای پرسشنامه تکمیل شده و قابل بررسی بودند. این مطالعه با استفاده از فرم ثبت اطلاعاتی مشخصات کودک و پرسش‌نامه کانزر (Conser) مختص والدین که توسط مرکز مطالعات علوم شناختی از نظر پایایی و روایی، روایی سنجی گردیده است؛ صورت گرفت. همچنین نتایج این پرسش‌نامه‌ها به صورت خام به مرکز فوق تحویل و بعد از بررسی و به هر پرسش‌نامه‌ای نمره‌ای از نظر کسب معیارهای ADHD داده شد. نمرات مذکور توسط مرکز مطالعات علوم شناختی بدست آمده و در اختیار این محققین قرار گرفته است. این نمرات هم بصورت خام و هم بصورت کیفی در آنالیز این طرح مورد استفاده قرار گرفت. در آنالیز نمرات خام از آزمون پارامتریک Independent T Student و از روس همبستگی سنجی استفاده گردید. سپس جهت کیفی کردن نتایج طرح نمونه‌های بدست آمده براساس عدد ۶۵ و ۶۵ به بالا به دو گروه مبتلا (دارای نمرات بالای ۶۵ در هر معیار و معیار کلی) و سالم (دارای نمره کمتر از ۶۵ در هر معیار و معیار کلی) تقسیم و از آزمون کیفی کای دو برای بررسی نتایج طرح استفاده گردید. همچنین نتایج پرسش‌نامه به صورت ۴ نمره برای ۳ زیر معیار (۱ مخالفت جویی، ۲ اختلال شناختی، ۳ اختلال بیش‌فعالی) و یک نمره معیار کلی اختلال نقص تمرکز و بیش‌فعالی ADHD بدست آمده که هر سه زیر معیار و معیار کلی هم بصورت کمی و هم بصورت کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده‌های این طرح از طریق پرسش‌نامه از والدین کودکان اخذ گردید به این ترتیب که از مجموع شهرک‌های نظامی سطح شهر تهران ۲ شهرک انتخاب و از بین بلوکهای آن تعدادی انتخاب و با مراجعه به درب منازل؛ این پرسش‌نامه‌ها توسط مصاحبه‌گر جهت تکمیل به خانواده این کودکان ارائه می‌گردید. داده‌های بدست آمده پس از اینکه توسط نرم‌افزار SPSS۱۴ وارد رایانه شدند توسط همین نرم‌افزار با استفاده از آمار توصیفی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

توزیع فراوانی سنی کودکان مورد بررسی در این مطالعه توزیع نرمال برخوردار نبود گروه‌های سنی ۴ و ۱۴ سال از فراوانی بیشتری برخوردار بودند. همچنین بیشتر نمرات معدل درسی اعلام شده

سه زیر گروه فوق؛ شایع‌ترین اختلال در کودکان مورد بررسی، اختلال بیش‌فعالی و سپس اختلالات شناختی و مخالفت جویی می‌باشد. متأسفانه در این زمینه منابع قابل استنادی برای مقایسه وجود نداشت ولی با توجه به این که اصولاً کودکان در ابتدای مسیر تکامل و رشد شناختی خود می‌باشند و قاعدتاً در این سنین اختلالات شناختی ایشان نیز در ابتدای شکل‌گیری می‌باشد، کمتر شایع بودن این متغیر نیز می‌بایست مورد انتظار باشد. همچنین بر اساس این تئوری شاید بتوان بیش‌فعالی را بر اختلالات شناختی مقدم دانست و شاید بتوان این فرضیه را نیز مطرح نمود که شاید اصولاً بیش‌فعالی علت و یا یکی از علل اختلالات شناختی این کودکان نیز باشد.

اما فراوانی ۱۲/۶٪ بدست آمده در این مطالعه برای اختلال ADHD از نکات قابل توجه است زیرا علی‌رغم اینکه این بیماری را از جمله شایع‌ترین بیماری‌های دوران تحصیل عنوان شده ولی در این زمینه آمارهای موجود، ارقام بسیار پایین‌تری را نشان می‌دهند (۷، ۱۴) البته تفاوت‌های فرهنگی در میزان شیوع این اختلال موثر شناخته شده است (۷) و شاید بخشی از بالاتر بودن شیوع در این مطالعه را بتوان به حساسیت بیشتر والدین (۲۲) بخصوص مادران و در نتیجه بیش‌تشخیصی (Overdiagnosis) ایشان نسبت داد. همچنین با افزایش تعداد هم‌والدین کودکان اختلال مخالفت جویی و بیش‌فعالی افزایش می‌یابد. این یافته با توجه به اینکه در این نمونه‌گیری کلیه فرزندان یک خانوار نمونه‌گیری شده‌اند می‌تواند موید زمینه‌های مستعدکننده وراثتی در ایجاد اختلال ADHD باشد. البته این روش نمونه‌گیری باعث افزایش موارد گزارش شده است که خود می‌تواند ناشی از تکرار این اختلال در یک خانواده بدلیل زمینه‌های وراثتی باشد.

بعد از کیفی کردن نتایج بدست آمده از پرسشنامه کانرز زیرگروه اختلال بیش‌فعالی و بطور کلی اختلال ADHD در دختران بطور معنی‌داری بیشتر ملاحظه می‌گردد. این یافته بر خلاف آنچه است که در سایر منابع و مطالعات آمده است. (۷، ۴) این محققین توجیهی برای این نتیجه نداشتند و شاید این موضوع را نیز بتوان به انتظارات و زمینه‌های فرهنگی خاص که در آن والدین انتظار تبعیت و آرامش بیشتری را از کودکان مونث دارند مرتبط دانست که در آن بستر گاهی حتی کمترین تحرکی از سوی کودکان دختر

بالاتری برخوردار بوده و این تفاوت در سه شاخص فوق‌الذکر دارای تفاوت معنی‌دار آماری از صفر می‌باشد. ($p < 0/05$) همچنین بین دو گروه مبتلا به ADHD و سالم از نظر میانگین معدل درسی تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد ($p < 0/05$) و این تفاوت بدین صورت است که میانگین معدل درسی مبتلایان کمتر از کودکان سالم بوده است.

آزمون همبستگی Pearson با سطح اطمینان ۹۵٪ بیانگر همبستگی تغییرات متغیر اختلال بیش‌فعالی و اختلال مخالفت جویی با تغییرات تعداد برادران و خواهران است. این همبستگی بدین صورت است که با افزایش تعداد هم‌والدین امتیاز اختلال بیش‌فعالی در این کودکان افزایش و با کاهش آن اختلال بیش‌فعالی آنان کاهش یافته است البته این همراهی از نوع بسیار ضعیف است، بدین صورت که کمتر از ۵٪ تغییرات هر یک از متغیرها همراه با تغییرات متغیر دیگر بوده است. ($p < 0/05$)

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی وضعیت آخرین معدل درسی در این مطالعه، ملاحظه می‌گردد که فراوانی معدل ۲۰ تاحدی خارج از انتظار است و تقریباً بیش از ۵۵٪ از کل این کودکان دارای معدل ۲۰ بوده‌اند و این موضع تاحدی صحت سایر پاسخها را مورد تردید قرار می‌دهد از سویی بیشتر پاسخ دهندگان مادران این کودکان بوده‌اند و شاید بتوان دلیل بالا بودن فراوانی معدل ۲۰ را تمایل مادران به بهتر نشان دادن وضعیت درسی فرزندانشان نسبت داد. اینکه تفاوت در جنسیت پاسخ‌دهنده تا چه حد بر نتایج پرسشنامه کانرز موثر است، نامشخص است، ولی انتظار می‌رود با توجه به رواسازی آن، تاثیر جنسیت والد پاسخ‌دهنده تاثیرات کمی بر نتایج بدست آمده از ارزیابی این پرسشنامه داشته باشد. همچنین نسبت جنسی کودکان مورد بررسی نیز با یکدیگر اختلاف کمی دارد که می‌توان آن را به خطای تصادفی نسبت داد.

تحلیل نتایج پرسشنامه کانرز، اختلال ADHD را در ۳ زیرگروه اختلال بیش‌فعالی، اختلال شناختی و مخالفت جویی و همچنین بصورت کلی ارائه می‌دهد. تحلیل اولیه این پرسشنامه ارائه‌دهنده نمرات خامی است که پس از نرم‌سازی به عنوان متغیر کمی قابل استفاده و مقایسه می‌باشد. نمودار ۲ نشان‌دهنده این است که از میان

والدین بدلیل مقایسه با سایر کودکان و یا آستانه تحمل پایین تر ایشان در تحمل فعالیت عادی کودک بدلیل جمعیت خانوار بیشتر و در نتیجه درک و گزارش شدیدتر این بیش فعالی ذکر نمود (۲۲). بطور کلی فراوانی اختلال ADHD در این مطالعه در دامنه مورد انتظار پیش بینی شده توسط سایر مطالعات است اما از بسیاری از مطالعات بالاتر است. همچنین در تحلیل کیفی مشخص شد که مبتلایان به این اختلال دارای معدل درسی پایین تر، تعداد هم والد بالاتر و جنسیت مونث بودند که این مورد آخر -جنسیت- با یافته های قبلی مغایرت دارد.

مورد انتظار نیست. البته می توان به خطای تصادفی نمونه گیری نیز اشاره نمود.

همچنین در آزمون کیفی انجام شده جهت بررسی رابطه اختلال شناختی و ADHD با معدل درسی مشخص شد معدل درسی بطور معنی داری در مبتلایان کمتر است که این یافته کاملاً مورد انتظار است و ناشی از افت عملکرد تحصیلی کودکان مبتلا می باشد. بالاتر بودن میانگین تعداد هم والدین را در بیماران مبتلا به اختلال بیش فعالی مورد بررسی این مطالعه را شاید بتوان به وجود فضای تحرک بیشتر در حضور تعدد خواهران و برادران، انتظارات نابجای

References

- 1- Qiu J, Hong Q, Chen RH, Tong ML, Zhang M, Fei L, [et al]. Gene expression profiles in the prefrontal cortex of SHR rats by cDNA microarrays. *Mol Biol Rep*. 2009 Jul 2. [Epub ahead of print]
- 2- Wei JL, Bond J, Mayo MS, Smith HJ, Reese M, Weatherly RA. Improved behavior and sleep after adenotonsillectomy in children with sleep-disordered breathing: long-term follow-up. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009 Jul;135(7): 642-6.
- 3- Joo EJ, Greenwood TA, Schork N, McKinney RA, Sadovnick AD, Remick RA, [et al]. Suggestive evidence for linkage of ADHD features in bipolar disorder to chromosome 10p14. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2009 Jul 14. [Epub ahead of print]
- 4- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder (AC0002). *Pediatrics*. 2000; 105 (5): 1158-1170.
- 5- Merrill RM, Lyon JL, Baker RK, Gren LH. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Increased Risk of Injury. *Adv Med Sci*. 2009 Jul 8:1-7. [Epub ahead of print]
- 6- Faraone, SV; Wilens, TE; Petty, C; Antshel, K; Spencer, T; Biederman, J. Substance Use among ADHD Adults: Implications of Late Onset and Subthreshold Diagnoses. *American Journal on Addictions*. 2007; 16(S1): 24 - 34
- 7- Kaplan, H; Sadock, B "Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences" 10th ed; Baltimore; Williaam&Wwilkins;2007
- 8- Niederhofer H. Attachment as a component of attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychol Rep*. 2009 Apr;104(2):645-8.
- 9- Gray KM, Upadhyaya HP. Tobacco smoking in individuals with attention-deficit hyperactivity disorder: epidemiology and pharmacological approaches to cessation. *CNS Drugs*. 2009;23(8):661-8
- 10- Halmøy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational Outcome in Adult ADHD: Impact of Symptom Profile, Comorbid Psychiatric Problems, and Treatment: A Cross-Sectional Study of 414 Clinically Diagnosed Adult ADHD Patients. *J Atten Disord*. 2009 Apr 16. [Epub ahead of print]
- 11- McAweeney M, Rogers NL, Huddleston C, Moore D, Gentile JP. Symptom Prevalence of ADHD in a Community Residential Substance Abuse Treatment Program. *J Atten Disord*. 2009 Apr 13.
- 12- Soyka M, Sievers E, Fischer-Erlewein E. [Amphetamine misuse in suspected adult ADHS syndrome]. *Gesundheitswesen*. 2009 Apr;71(4):207-9.
- 13- Polanczyk, G; De Lima, M, S; Horta, B, L; Biederman, J; Rohde, L, A.. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* 164:942-948, June 2007
- 14- EEG Spectrum International Intl, Inc. What's New in Neurofeedback. 7(2). Feb 2004. (<http://start.eegspectrum.com/Newsletter/feb2004.htm>.)
- 15- Krain AL, Castellanos FX. Brain development and ADHD. *Clin Psychol Rev*. 2006 Feb 8; [Epub ahead of print]
- 16- Byun H, Yang J, Lee M, Jang W, Yang JW, Kim JH [et al] Psychiatric comorbidity in korean children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: psychopathology according to subtype. *Yonsei Med J*. 2006 Feb 28;47(1): 113-21
- 17- Sasaluxnanon C, Kaewpornsanwan T. Risk factor of birth weight below 2, 500 grams and attention deficit hyperactivity disorder in Thai children. *J Med Assoc Thai*. 2005 Nov;88(11):1514-8.
- 18- Burden MJ, Mitchell DB. Implicit memory development in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): conceptual priming deficit? *Dev Neuropsychol*. 2005;28(3):779-807
- 19- Wilson JJ, Levin FR. Attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset substance use disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005 Oct;15(5):751-63

- 20- Garcia-Perez A, Exposito-Torreon J, Martinez-Granero MA, Quintanar-Rioja A, Bonet-Serra B. The clinical semiology of attention deficit hyperactivity disorder according to age, and the effectiveness of treatments at different ages. *J Rev Neurol*. 2005 Nov 1-15;41(9):517-24
- 21- Kashala E, Tylleskar T, Elgen I, Kayembe K, Sommerfelt K. Attention deficit and hyperactivity disorder among school children in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Afr Health Sci*. 2005 Sep;5(3):172-81.
- 22- Soma Y, Nakamura K, Oyama M, Tsuchiya Y, Yamamoto M. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms in preschool children: discrepancy between parent and teacher evaluations. *Environ Health Prev Med*. 2009 Mar;14(2):150-4.

The study Prevalence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Iranian army Families children who live in military town Tehran In 2006

Arabi N; MD¹, Shafighi F; MD¹, *Gharahkhani S³

Received: 7 Apr 2010

Accepted: 13 Jul 2010

Abstract

Background: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a disorder specific for Childhood and juvenescent that disables and retards them in social relationship. The goal of this research is study Prevalence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Iranian army Families children who live in military town Tehran In 2006

Materials and Methods: This Cross section description-analytical study was based on 327 person under 14 year old in Iranian army Families who live in Tehran military town. Data collection tools in this study was demographic form and Conser's Parents questionnaire that completed after refer to their home and then the collected data was analyzed by SPSS14 software.

Results: Mean age of the case was 8. 5 year, averages of them were 19. 1 of 20, the mean of sisters and brothers were 1. 3. 12. 6% of the cases had scale of conser's ADHD questionnaire. 89. 8% had disagreement index, 88. 8% had cognitive disorder and 79. 5% had hyperactivity indexes. ADHD in this study had a weak positive relationship with the number of brothers and sisters(Less than 5%). And also average number of the ADHD cases were less than other ($P < 0. 05$). The prevalence of disorder of daughters in this study was more than boys.

Conclusion: The prevalence of ADHD in this study is according to others also in quality analysis characterized the given had lower average, more brothers and sister and were more girl-that disagree with before finding-.

Keywords: Psychology, Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Cognition, Attention

1- Assistant professor, Aja University of Medical Sciences, Medical Faculty, Department of pediatrics, 506 Medical Center, Tehran, Iran.

2- Assistant professor, Aja University of Medical Sciences, Medical Faculty, Department of psychiatry, 506 Medical Center

3- (*Corresponding author) Researcher, Iran University of Medical Sciences, Karaj Health net work, Omideno Drug Abuse and Dependency Treatment Clinic. Tel: 09125368907 E-mail: Shahin.gharahkhani@yahoo.com