شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در بین دانش‌آموزان سال سوم ابتدایی شهرستان رشت در سال تحصیلی۸۷ -۱۳۸۶

سروش بخشی[۱]، وحید نجاتی[۲*]، سارا رضایی[۱]، عیسی حکمتی[۳]

۱- گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۲- گروه علوم شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی ۳- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

* نویسنده مسؤول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده روان‌شناسی بالینی، تلفن: ۰۹۱۲۱۸۸۸۰۶۲

پست الکترونیک: vhdnedjati@yahoo.com

دریافت: ۸۹/۸/۲۳ پذیرش: ۹۰/۴/۲

چکیده

مقدمه: *این پژوهش با هدف بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در بین دانش‌آموزان سال سوم ابتدایی شهرستان رشت در سال تحصیلی ۸۷ -۱۳۸۶ انجام گرفت.*

روش کار: *در این مطالعه توصیفی، ۲۰۰ دانش‌آموز از بین مدارس ابتدایی شهر رشت به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و پس از تکمیل فرم معلم و والدین پرسشنامه کانرز توسط معلم‌ها و والدین شرکت‌کنندگان، داده‌های به دست آمده با بهره‌گیری از آزمون خی‌دو تجزیه و تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *به دلیل عدم همکاری برخی از والدین در فرآیند پژوهش، پرسشنامه‌های ۱۹ نفر از شرکت‌کنندگان طی فرآیند پژوهش از پژوهش کنار گذاشته شدند و سپس داده‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که طبق گزارش معلم‌ها، ۲۶ نفر (۱۴/۴٪) و طبق گزارش والدین، ۳۲ نفر (۱۷/۶۷٪) و برحسب گزارش هر دو، ۱۴ نفر (۷/۷٪) به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مبتلا هستند. همچنین نتایج به دست آمده نشان داد که از نظر معلم‌ها، والدین و هردو آن‌ها، تفاوت معناداری (در سطح $p<0/05$) بین پسران و دختران از نظر ابتلا به این اختلال وجود ندارد.*

نتیجه‌گیری: *میزان شیوع گزارش شده توسط والدین، معلم‌ها و هر دو در مقایسه با مطالعات پیشین نسبتاً بالا می‌باشد که دلیل احتمالی آن انتخاب نمونه از پایه تحصیلی سوم می‌باشد.*

گل‌واژگان: *اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، شیوع‌شناسی، پرسشنامه کانرز*

مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی[۱] به عنوان الگوی تکراری بیش‌فعالی، تکانش‌گری و بی‌توجهی توصیف شده است که غالباً قبل از هفت سالگی شروع می‌شود و شدیدتر از آن است که قابل اسناد به رشد طبیعی باشد (۱). تخمین زده شده است که این اختلال در ایالات متحده ۵ -۳/۵٪ از کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). در واقع طبق نتایج مرکز کنترل بیماری‌ها در ایالات متحده، تقریباً ۴/۴ میلیون نفر از کودکان ۱۷ -۴ ساله تشخیص این اختلال را دریافت کرده‌اند (۳). پژوهش‌های دهه‌های اخیر (۴) حاکی از این هستند که این اختلال، به ویژه مشکل بی‌توجهی اغلب تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. مطالعه لارا[۲] و همکاران (۵) حاکی از این است که تقریباً ۵۰٪ از کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی ملاک‌های کامل اختلال را در

[1] Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder

[2] Lara

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

بزرگسالی نیز نشان می‌دهند. مطابق متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR)، برخی از نشانه‌ها قبل از هفت سالگی ظاهر می‌شوند؛ هر چند در بعضی از کودکان، سال‌ها پس از ظهور نشانه‌ها، تشخیص گذاشته می‌شود و برخی از نشانه‌ها باید دست کم در دو محیط (مانند مدرسه و خانه) وجود داشته باشند (۱). البته نشانه‌ها در محیط‌هایی که برای کودک جدید و ناشناخته باشند، غالباً آشکار نیستند و این متخصصان را وا می‌دارد که قبل از تشخیص، آن‌ها را مورد مشاهده و مصاحبه بالینی قرار دهند و به کسب اطلاعات از والدین اکتفا نکنند (۶).

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، مشابه دیگر وضعیت‌های روان‌پزشکی، تشخیصی بالینی بدون استفاده از آزمون‌های عینی آزمایشگاهی است؛ گرچه گاهی آزمون‌های عملکرد پیوسته (ابزارهایی رایانه‌ای برای ارزیابی توجه و تکانش‌گری)، به عنوان بخشی از ارزیابی بالینی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته‌اند، آن‌ها فاقد حساسیت و ویژگی کافی هستند. بنابراین مقیاس‌های درجه‌بندی معلم‌ها و والدین یا مصاحبه در مورد رفتار کودکان طی شش ماه گذشته، به عنوان روش تشخیصی در دسترس بسیار مهمی به شمار می‌رود (۷).

پژوهشگران و متخصصان بالینی در تشخیص این اختلال، اغلب بر گزارشات معلمان تکیه می‌کنند، چرا که اعتقاد بر این است که آن‌ها درک بهتری از رفتارهای روزانه کودک دارند. دلیل این که اطلاعات معلم‌ها در مقایسه با والدین ارزش و اعتبار بیشتری در تشخیص این اختلال دارد این است که معلم‌ها غالباً شناخت و درک مناسبی از رفتارهای متناسب با دوره تحولی کودک دارند (۸). با این حال، پژوهشگران اجتماعی بر این اعتقادند که گزارش معلمان ممکن است تحت تأثیر عواملی مثل تعداد نفرات کلاس، آموزش و تجربیات آن‌ها، و شیوه و نگرش انضباطی باشد که این عوامل می‌توانند تحت عنوان «میزان انطباق»[3] بین کودک، معلم، محیط و خانواده مفهوم‌سازی شوند (۹). اگرچه اغلب تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بر اساس ملاک‌های DSM-IV صورت می‌گیرد، اما استفاده از آن‌ها مشکلات ظریفی دارد که در مطالعات شیوع‌شناسی باید به آن توجه شود. مثلاً DSM-IV مشخص نکرده است که چگونه این گزارش‌های متفاوت والدین و معلمان بایستی با همدیگر تلفیق شوند (۷). میتیس[4] و همکاران (۱۰) در یک مطالعه در زمینه هماهنگی گزارش‌های والد و معلم، به این نتیجه دست یافتند که تشخیص‌هایی که فقط بر اساس گزارش یکی از منابع (معلم یا والد) صورت گرفته بود، غالباً یا بی‌توجهی غالب بود و یا بیش‌فعالی و نه تشخیص نوع مرکب. با این حال، اگر گزارش هر دو، حاکی از وجود اختلال بود، تشخیص رایج نوع مرکب بود و در این حالت نوع بی‌توجهی یا بیش‌فعالی خیلی کم بود. یکی از مشکلات رایج در مطالعات شیوع‌شناسی، تمایز بین وضعیت روان‌پزشکی و اختلال همزمان است. در کل مطالعات شیوع‌شناسی می‌توانند حضور یا فقدان نشانه‌ها و آسیب‌هایی را مشخص کنند که تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی را توجیه می‌کنند. با این حال، پژوهش‌های متعددی در زمینه مشکلات همزمان این کودکان انجام گرفته است که نشانگر ضرورت شناسایی و انجام مطالعات دقیق شیوع‌شناسی جهت انجام مداخلات و پیشگیری از مشکلات همزمان و ثانوی این کودکان می‌باشد. گزارش‌ها نشان می‌دهند که کودکان مبتلا به این اختلال در معرض خطر افسردگی (۱۱ و ۱۲)، مشکلات سلوک (۱۳)، افت تحصیلی (۱۲)، سوءمصرف مواد و سیگار (۸ و ۱۴)، بزهکاری و ارتکاب جرم (۱۱ و ۱۵)، تخلفات در رانندگی و تصادفات (۱۶) قرار دارند. علاوه بر این، کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دو برابر کودکان سالم، صرف هزینه‌های پزشکی می‌کنند (۱۷).

گرچه، تخمین DSM-IV از شیوع این اختلال ۵ -۳٪ می‌باشد، و این تخمین مکرراً مورد استفاده قرار گرفته است، مستندات ضعیفی در مورد آن وجود دارد. مهم‌تر این که گزارش‌های مربوط به شیوع، حتی در ایالات متحده از ۲ تا ۲۰٪ در کودکان مدارس ابتدایی متفاوت است (۱۸). تفاوت زیاد در گزارشات شیوع‌شناسی تردیدهایی را در زیستی یا فرهنگی بودن این اختلال مطرح کرده است. اما لویس آگوستو[5] و همکاران (۱۹) در مطالعه فراتحلیل به این نتیجه دست یافتند که اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی سازه‌ای مربوط به فرهنگ نیست. این یافته، اهمیت بکارگیری روش‌های پژوهشی یکسان را در فرهنگ‌های مختلف نشان می‌دهد.

اطلاعات معتبری در زمینه پراکندگی جمعیت‌شناختی این اختلال در دسترس نیست، اما اکثر مطالعات گزارش کرده‌اند که این اختلال در پسرها بیشتر از دخترها مشاهده می‌شود (۱۳ و ۲۲ -۲۰). همچنین میزان شیوع بالا در بین شهرنشین‌ها در مقایسه با غیر شهرنشین‌ها گزارش شده است (۹). فیاد[6] و همکاران نیز (۲۳) گزارش کردند که شیوع آن

[3] Goodness of fit
[4] Mitis
[5] Luis Augusto
[6] Fayyad

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

در کشورهای ثروتمند و درآمد بالا بیشتر از کشورهای فقیر است. علاوه بر این، عوامل خانوادگی مثل تعداد فرزندان، سابقه ابتلای والدین به اختلالات روان‌پزشکی (۲۲) وزن پایین به هنگام تولد (۲۴) و دیگر عوامل نیز می‌توانند در بروز این اختلال نقش داشته باشند. پژوهش‌های متعددی در زمینه شیوع این اختلال چه در داخل و چه در خارج از کشور صورت گرفته است که در کل نتایج متفاوتی به دست آمده است. ولادیسلا و همکاران (۱۳) در مطالعه‌ای بر روی نوجوانان اروپای شمالی و روسیه به این نتیجه دست یافتند که دامنه شیوع از ۳/۳٪ تا ۳۵٪ متفاوت است. فیاد و همکاران (۲۳) نیز در بررسی شیوع این اختلال در کشورهای آمریکایی، اروپایی و خاورمیانه، شیوع آن را ۳/۴٪ گزارش کردند که بین ۱/۲ تا ۷/۳ متغیر است.

در ایران نیز چندین پژوهش، میزان شیوع این اختلال را در شهرهای مختلف مورد بررسی قرار داده و نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند. توکلی‌زاده و همکاران (۲۵) شیوع این اختلال را در دانش‌آموزان ابتدایی شهرستان گناباد ۱۷٪ برآورد کرده‌اند. شعبانی و یادگاری (۱۸) شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی را بر اساس دیدگاه والدین ۹/۱٪ و بر اساس دیدگاه معلمان ۱۲/۲٪ و بر اساس دیدگاه هر دو (محیط خانه و مدرسه) ۴/۹٪ برآورد کرده‌اند. مقدم و همکاران (۲۶)، شیوع آن را در دانش‌آموزان شهرستان قروه مورد بررسی قرار داده‌اند که ۸/۴٪ برای بیش‌فعالی و ۴/۲٪ را برای نقص توجه گزارش کرده‌اند، اما خوشابی و همکاران (۲۲) شیوع بیش‌فعالی و نقص توجه را در کودکان استان ایلام به ترتیب ۲٪ و ۰/۹٪ برآورد کرده‌اند. در پژوهشی دیگر، نامداری و همکاران (۲۷)، میزان شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی را در کودکان دبستانی خرم آباد ۳/۱۷٪ گزارش کردند که از این میزان ۴۰٪ نوع بی‌توجه، ۳۳/۳ نوع بیش‌فعال و ۲۶/۶ نوع ترکیبی بودند. علوی و همکاران (۲۸) نیز در مطالعه‌ای دیگر، میزان شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی را در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله تهرانی ۸/۶٪ گزارش کردند.

با توجه به مطالب مذکور، هدف اصلی این مطالعه، بررسی شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در بین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر رشت بود.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی می‌باشد. جامعه پژوهش را کلیه دانش‌آموزان سال سوم ابتدایی مشغول به تحصیل در سال ۸۷ -۱۳۸۶ شهر رشت تشکیل می‌دادند، که ۲۰۰ نفر از بین آن‌ها به عنوان نمونه انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. البته ۱۹ نفر از دانش‌آموزان طی فرآیند پژوهش به دلیل عدم همکاری، از پژوهش کنار گذاشته شدند. روش نمونه‌گیری مورد استفاده تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. بدین صورت که از بین دو ناحیه شهر رشت، ده دبستان به صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس از هر دبستان، دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها توسط معلم‌ها و والدین درباره دانش‌آموزان آن کلاس‌ها تکمیل گردید.

ابزار اندازه‌گیری: در این مطالعه، برای بررسی نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی کودکان، از فرم معلم و والد پرسشنامه کانرز استفاده شد. فرم معلم این پرسشنامه شامل ۳۸ گویه است و فرم والد آن ۴۸ گویه دارد. این پرسشنامه در اغلب نقاط دنیا به عنوان رایج‌ترین ابزار غربالگری و تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۹) و همچنین ابزار مناسبی برای سنجش شدت نشانه‌های آن به شمار می‌رود (۳۰). این پرسشنامه به صورت چهار گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره صفر برای هرگز، ۱ برای فقط کمی، ۲ برای زیاد و ۳ برای خیلی زیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد. در مطالعه‌ای که در ایران توسط خوشابی و همکارانش (۳۱) بر روی ۲۶۶۷ کودک دختر و پسر ۷ تا ۱۲ ساله انجام شد، با استفاده از دو روش همبستگی پیرسون و آلفای کرونباخ، همبستگی هر سؤال با کل تست و نیز اعتبار تست (α=۰/۹۳) ارزیابی شد؛ بنابراین اعتبار بالای پرسشنامه می‌تواند بیانگر این باشد که این ابزار، خصیصه‌های اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه را با دقت بالا اندازه‌گیری می‌کند. در مطالعه مذکور، میانگین معادل۲۱/۴۲ و انحراف استاندارد ۱۶/۳۸ برای پرسشنامه کانرز به دست آمد. با توجه به میانگین و انحراف استاندارد در می‌یابیم که حداکثر نمره‌ای که یک کودک بدون مشکل رفتاری ممکن است کسب کند ۳۸= ۲۱/۴۲+۱۶/۳۸ می‌باشد. همچنین فرمند و همکاران (۳۲) مطابق نظر کرونبرگر[7] و میر[8] بیان داشته‌اند که با مراجعه به پرسشنامه مقیاس والدین کانرز درمی‌یابیم که کانرز نقطه برش خاصی را برای تعیین مشکلات با اهمیت بالینی پیشنهاد نکرده است؛ ولی نمرات بالای ۶۰ را بالاتر از حد متوسط نامیده است. لذا در این پژوهش، نقطه برش ۶۰ جهت غربال کودکان دچار اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی با استناد به مطالعه خوشابی در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ استفاده شد.

[7] Kronenberger
[8] Meyer

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

نتایج

تجزیه و تحلیل آماری برای شیوع اختلال از نظر معلم‌ها، والدین و هر دو انجام گرفت. جدول ۱، اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی را نشان می‌دهد. ۹۱ پسر و ۹۰ دختر شرکت‌کنندگان این مطالعه را تشکیل می‌دادند.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر زمینه‌ای	N	میانگین	انحراف معیار
قد	۱۸۱	۱۳۵/۰۸	۶/۰۶۵
وزن	۱۸۱	۳۰/۲۱	۶/۶۶۱

جدول ۲، شیوع اختلال را براساس پرسشنامه معلم، والدین و هر دو نشان می‌دهد. مطابق مندرجات جدول ۲، از بین ۱۸۱ دانش‌آموز شرکت‌کننده،۲۶ (۱۴/۴٪) دانش‌آموز در پرسشنامه کانرز معلمین، نمره بالاتر از نقطه برش را کسب کرده‌اند و بنابراین از نظر آن‌ها به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مبتلا هستند. همچنین مندرجات جدول حاکی از آن است که از کل نمونه، ۳۲ نفر (۱۷/۶۷٪) در پرسشنامه کانرز والدین نمره بالاتر از نقطه برش را کسب کرده‌اند و از نظر والدین به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مبتلا هستند. علاوه بر این، بررسی شیوع بر حسب نظر معلم و والد (هر دو) نشان می‌دهد که از بین ۱۸۱ دانش آموز، ۱۴ نفر (۷/۷٪) به صورت مشترک، از نظر والد و معلم، نمره بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه کسب کرده‌اند و بنابراین، به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مبتلا هستند.

جدول ۲- تعداد و درصد افراد مبتلا و غیرمبتلا بر اساس گزارش معلم، والد و هر دو

	گروه	تعداد	درصد
معلم	نقص توجه/بیش‌فعالی	۲۶	۱۴/۴
	سالم	۱۵۵	۸۵/۶
	کل	۱۸۱	۱۰۰
والد	نقص توجه/بیش‌فعالی	۳۲	۱۷/۶۷
	سالم	۱۴۹	۸۲/۳۳
	کل	۱۸۱	۱۰۰
معلم و والد	نقص توجه/بیش‌فعالی	۱۴	۷/۷
	سالم	۱۶۷	۹۲/۳
	کل	۱۸۱	۱۰۰

جهت مقایسه میزان شیوع در دو جنس از آزمون کای دو استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است. جدول ۳، نشان می‌دهد که گرچه میزان شیوع بر اساس جنسیت، طبق گزارش معلم‌ها و والد- معلم متفاوت است، این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نیست. بنابراین می‌توان گفت که بین دختران و پسران در میزان شیوع اختلال تفاوت وجود ندارد.

جدول ۳- مقایسه شیوع اختلال نقص توجه بر حسب جنسیت بر اساس گزارش معلم، والد و هر دو

	جنسیت	مبتلا	غیرمبتلا	کل	کای دو	درجات ازادی	p
معلم							
	پسر	۱۴	۷۷	۹۱	۰/۲۸	۱	۰/۵۹
	دختر	۱۲	۷۸	۹۰			
	کل	۲۶	۱۵۵	۱۸۱			
والد							
	پسر	۱۶	۷۵	۹۱	۰/۰۰	۱	۱/۰۰
	دختر	۱۶	۷۴	۹۰			
	کل	۳۲	۱۴۹	۱۸۱			
هر دو (معلم- والد)							
	پسر	۶	۸۵	۹۱	۲/۵۱	۱	۰/۱۱
	دختر	۸	۸۲	۹۰			
	کل	۱۴	۱۶۷	۱۸۱			

بحث

هدف مطالعه حاضر، بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در بین دانش‌آموزان پایه سوم ابتدایی شهر رشت بود. برای دستیابی به هدف پژوهش، کودکان از نظر ابتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از دید معلم‌ها، والدین و هر دو مورد بررسی قرار گرفتند. بدین صورت که اگر کودکی در پرسشنامه کانرز معلم، نمره‌ای بالاتر از نقطه برش کسب کرده بود، تشخیص اختلال از نظر معلم و اگر در پرسشنامه والد، نمره بالاتر کسب کرده بود، تشخیص از نظر والد و در صورتی که در هر دو نمره بالاتر را کسب می‌کرد، از نظر هر دو، تشخیص اختلال دریافت می‌کرد؛ اما اگر در یکی نمره بالاتر و در دیگری نمره پایین‌تر از نقطه برش کسب می‌کرد، کنار گذاشته می‌شد. نتایج به دست آمده نشان داد که میزان شیوع، طبق گزارش معلم‌ها، والدین و هر دو، به ترتیب برابر با ۱۴/۴، ۱۷/۶۷ و ۷/۷ درصد می‌باشد که در مقایسه با تخمین DSM-IV از شیوع این اختلال (۵ -۳٪)، این میزان شیوع نسبتاً بالاست. این نتیجه با برخی یافته‌های مطالعات داخلی و خارجی ناهمسو می‌باشد. مک گوی، ایکوارت و دوپوال[9] (۳۳) میزان شیوع نقص توجه/ بیش‌فعالی را ۸ -۳٪ برآورد کرده‌اند. پژوهش شعبانی و همکاران (۱۸) نشان داد که میزان شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی متوسط بوده و طبق گزارش والدین، معلمان و هر دو به ترتیب برابر ۹/۱، ۱۲/۲ و ۴/۹ می‌باشد. همچنین خوشابی و همکاران (۲۲) و غیاثی و همکاران (۲۱) با هدف بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان، از پرسشنامه راتر فرم معلم برای بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری استفاده نموده بودند. مطالعه نخست میزان نقص توجه و حواس پرتی را برابر ۰/۹٪ و بیش‌فعالی را ۲٪ در هر دو جنس و مطالعه دوم میزان شیوع این

[9] McGoey, Eckert & Dupual

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

اختلال را در پسران ۱/۰۲ و در هر دو جنس ۱/۸۵٪ گزارش کردند. گرچه شیوع اختلال، با توجه به هر سه گزارش (والدین، معلمان و هر دو) بالا است، اما در واقع بیشترین میزان شیوع در مطالعه حاضر، به گزارش والدین مربوط می‌شود و این بدان معناست که والدین بیشتر از معلمان رفتارهای کودکان خود را نابهنجار می‌بینند. این یافته با برخی یافته‌های مطالعات پیشین ناهمسو است. مثلاً شعبانی و یادگاری (۱۸) به این نتیجه دست یافتند که شیوع این اختلال از نظر والدین ۹/۱٪ بوده است، در حالی که از نظر معلمان ۱۲/۲ بوده است. در مطالعه دیگری که توسط شهیم و همکاران (۳۴) انجام گرفت، نتایجی به دست آمد که یافته‌های مطالعه حاضر تا حدودی با آن همسو می‌باشند. وی گزارش کرده است که ۵/۲٪ نمونه دارای اختلال نقص توجه، ۵٪ بیش‌فعالی تکانش‌گری و ۸/۵٪ دارای نوع مرکب بودند.

پژوهشگران و متخصصان بالینی در تشخیص این اختلال، اغلب بر گزارش‌های معلم‌ها تکیه می‌کنند. دلیل این امر آن است که معلم‌ها درک بهتری از رفتارهای روزانه کودک دارند. دلیل این که اطلاعات معلم‌ها در مقایسه با والدین ارزش و اعتبار بیشتری در تشخیص این اختلال دارد، این است که معلم‌ها غالباً شناخت و درک مناسبی از رفتارهای متناسب با دوره تحولی کودک دارند (۸). البته عواملی وجود دارد که ممکن است تأکید بر نظر معلم‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. همان طور که پژوهشگران اجتماعی نیز اشاره کرده‌اند، این عوامل شامل تعداد نفرات کلاس، شیوه و نگرش انضباطی معلمان و آموزش و تجربیات آن‌ها می‌باشد. احتمالاً در وضعیت کنونی جامعه، این عوامل، می‌توانند تأثیر مثبت‌تری بر معلمان داشته باشند، زیرا در مدارس کنونی تعداد نفرات در کلاس نسبتاً در وضعیت مطلوبی قرار دارد و اطلاعات نسبتاً خوبی به معلم‌ها در زمینه مشکلات کودکان ارایه می‌شود که به نوبه خود، بر نگرش آن‌ها تأثیر مثبتی می‌گذارد.

به دلیل تأثیر عوامل نامشخص خارجی، نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که بین دو جنس در زمینه شیوع اختلال تفاوت معناداری وجود ندارد که این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگری مانند پیندا[10] و همکاران (۳۴)، واسکونسلوس[11] (۳۵) و شعبانی و یادگاری (۱۸) ناهمخوان است. پژوهش‌های مذکور به این نتیجه دست یافته‌اند که میزان شیوع در پسرها بیشتر از دخترها است. ذکر این نکته ضروری است که این مطالعه تنها بر اساس پرسشنامه انجام گرفته است و از آنجایی که مصاحبه بالینی و تشخیصی مورد استفاده قرار نگرفته است، بیشتر جنبه غربالگری دارد. علاوه بر این، پرسشنامه کانرز بیشتر رفتارهای بیش‌فعالانه را ارزیابی کرده و کمتر به نشانه‌های نقص توجه تأکید داشته است.

نتیجه‌گیری

دلیل بالا بودن میزان شیوع از نظر والدین در مقایسه با معلم‌ها می‌تواند به تغییرات شیوه زندگی در جامعه نیز نسبت داده شود. این تغییرات (محل زندگی کوچک‌تر مثل آپارتمان)، منجر به ایجاد انتظاراتی در والدین شده است که با اقتضای سنی کودک چندان منطبق نیست و بنابراین حتی فعالیت‌های عادی کودک نیز افراطی به نظر می‌رسد. همچنین چنانچه در بالا اشاره شد، طبق نظر متخصصان، دیدگاه معلم در زمینه ابتلا به اختلال، به دلیل داشتن اطلاعات در زمینه رشد کودک مهم‌تر است و به نظر آنان بهتر است نظر معلم‌ها ملاک ابتلا قرار گیرد. اما مطابق ملاک‌های DSM-IV در زمینه تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی که اشاره به این دارد که این تشخیص زمانی گذاشته می‌شود که نشانه‌ها در دو یا بیش از دو محیط باید وجود داشته باشند (ملاک ج)، میزان شیوع بر اساس گزارش هر دو، که در مطالعه حاضر ۷/۷٪ بود، دقیق‌تر و صحیح‌تر خواهد بود، چرا که نظر معلم‌ها و والدین را به طور همزمان در نظر گرفته است که مربوط به دو محیط مدرسه و خانه می‌باشد.

علت بالا بودن میزان شیوع در مطالعه حاضر، شاید مربوط به پایه تحصیلی و سن دانش‌آموزان باشد، به طوری که برخی مطالعات گزارش می‌کنند میزان شیوع این اختلال، به ویژه نشانه‌های بیش‌فعالی، که بر خلاف نشانه‌های نقص توجه، آشکار هستند، از سال اول شروع به افزایش کرده و در سال سوم به اوج خود رسیده و پس از آن کاهش می‌یابد (۲۲ و ۳۶). درحالی که اغلب مطالعات کل کودکان دوره ابتدایی را مورد بررسی قرار داده‌اند، مطالعه حاضر فقط کودکان پایه سوم را مورد مطالعه قرار داده و به این نتیجه دست یافته است.

تشکر و قدردانی

در پایان از ریاست سازمان آموزش و پرورش استان گیلان و مدیران و معلم‌های پایه سوم دبستان‌های عضدی، شهید فهمیده، آیین، شهید مسیبی، شهید مصطفی کریمی، نبوت، سماء، ۱۲ بهمن، معرفت نو و شهید احمد لبیب و همچنین ریاست مرکز تحقیقات اداره آموزش و پرورش استان گیلان تقدیر و تشکر می‌گردد.

[10] Pineda
[11] Vasconcelos

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

References

1- American Psychology Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Translated by Nikhkhoo MR, Avadisyans H. Tehran: Sokhan Pub; 2000: 162-174. (in Persian)

2- National Institute of Mental Health. Attention deficit hyperactivity disorder. Psychiatry 2008; 38: 308–313.

3- Center for Disease Control and Prevention. Mental health in the United States: prevalence of diagnosis and medication treatment for attention- deficit/ hyperactivity disorder. Morbidity and Mortality Weekly Report 2005; 54: 842-847.

4- Clark L, Blackwell AD, Aron AR, Danielle CT, Dowson J, Robbins TW, et al. Association between response inhibition and working memory in adult ADHD: a link to right frontal cortex pathology? Biological Psychiatry 2007; 61(12): 1395-1401.

5- Lara C, Fayyad J, Graaf R, Kesseler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, et al. Childhood Predictors of Adult Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World, Mental Health Survey Initiative. Biological Psychiatry 2009; 65:46-54.

6- Zametkin AJ, Ernst M. Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity Disorder. New England Journal of Medicine 1999; 340:40-46.

7- Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz A. The Epidemiology of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: A Public Health View. Mental Retardation and Developmental Disabilities, Research reviews 2002; 8: 162-170.

8- Barkley RA. Genetics of childhood disorders: ADHD, Part 1: the executive functions and ADHD. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2000; 39:1064-1068.

9- Rowland AS, Umbach DM, Catoe KE, Stallone L, Long S, Rabiner D, et al. Studying the Epidemiology of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Screening Method and Pilot Results. Canadian Journal of Psychiatry 2001, 46: 931-940.

10- Mitis EM, McKay KE, Schulz KP, Newcorn JH, Halperin JM. Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. Journal of American Academy of Child Adolescent psychiatry 2000, 38:308-313.

11- LeFever GB, Butterfoss FD, Vislocky NF. High Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Catalyst for Development of a School Health Coalition. Family and Community Health 1999; 22(1):38-49.

12- Kendall J, Hatton, D. Racism as a source of health disparity in families with children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Advances in Nursing Science 2002; 25(2): 22-39.

13- Vladislav R, Boris L, Roman K, Mary SS, Denis SG. ADHD symptoms and associated psychopathology in a community sample of adolescents from the European north of Russia. Journal of Attention Disorders 2008; 12(1): 54-63.

14- Molina BS, Pelham WE. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. Journal of Abnormal Psychology 2003; 112(3): 497-507.

15- Gordon JD, Moore PM. ADHD among Incarcerated Youth: An Investigation on the Congruency with ADHD Prevalence and Correlates among the General Population. American Journal of Criminal Justice 2005, 30 (1): 87-97.

16- Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K. Hyperactive children as young adults: Driving abilities, safe driving behavior and adverse driving outcomes. Accident Analysis and Prevention 2006; 39: 94-105.

17- Guevara J, Lozano P, Wickizer T, Mell L, Gephart H. Utilization and cost of health care services for Children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 2001; 108:71–78.

18- Shabani M, Yadegari A. Prevalence of ADHD among primary school students of Zanjan city. Journal of Zanjan University of Medical Science 2005; 13 (51): 42-48. (in Persian)

19- Luis Augusto R, Cláudia S, Guilherme P, Marcelo S, Silvia S. Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in a Diverse Culture: Do Research and Clinical Findings Support the Notion of a Cultural Construct for the Disorder? Biological Psychiatry 2005; 57(11): 1436-1441.

20- Cooper P, Origan FJ. Education of children with ADHD. Translated by Shariat Panahi A. Tehran: Roshd Pub; 2001:23-29. (in Persian)

21- Ghiasi N, Nazarpur F, Bakhti F, Purnajaf A, Shirini KH. Prevalence of Behavioral Disorders among school-boys & Girls in Ilam During 2005-6. Journal of Ilam University of Medical Science 2008; 16 (1): 26-32. (in Persian)

22- Khushabi K, Moradi SH, Shojaei S, Hemmati GH, Dehshiri GH, Isa Morad A. Prevalence of Behavioral Disorders among Primary school children of Ilam Province. Journal of Rehabilitation 2007; 8 (39): 28-33. (in Persian)

23- Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. British Journal of Psychiatry 2007; 190: 402-409.

24- Najafi N, Khoshdel A, Mokhtari F, Moghani Lankarani M, Asari SH. Correlation of Raw Conners Scores and family characteristics in General Population of primary school children. Journal of Army University of Medical Scince 2004; 2 (6): 327-332. (in Persian)

25- Tavakkolizade J, Bolhari J, Mehriyar AH, Dejkam M. Demographic Study of Conduct behavior and attention deficits among primary school students of Gonabad. Journal of Andishe and Raftar 1996; 3(1 & 2): 40-51. (in Persian)

26- Moghaddam M, Yasami MT, Bina M,Abdolmaleki F, Bagheri Yazdi SA. Epidemiologic study of behavioral disorders in Primary school students of Ghorve city and Validity and Reliability of Teacher form of Rater in assessment of their behavioral disorders. Journal of Kurdisatn University of Medical Science 2002; 7 (25): 7-11. (in Persian)

27- Namdari P, Nazari H, Tarrahi MJ, Namdari P, Nazari H, Tarrahi MJ, et al. Epidemiology of ADHD in Primary school children of Khorram Abad. Journal of Lorestan Uinversity of Medical Science 2008; 10 (4): 43-48. (in Persian)

28- Alavi A, Mohammadi MR, Joushaghani N, Gharaei J. Frequency Of Psychological Disorders Among Children In Urban Areas Of Tehran. Iranian Journal of Psychiatry 2010; 5(2): 55-59. (in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

29- Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A, et al. Maternal life style factors in pregnancy risk of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder and associated behaviors: review of the current evidence. AM J Psychiatry 2003; 160 (6): 1028-1040.
30- Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners Parent Rating Scal (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. J Abnorm Child Psychol 1998; 26 (4): 257-268.
31- Khushabi K. Study of Prevalence of ADHD and comorbid disorders in primary school students of Tehran. University of Welfare and Rehabilitation: Iran, Tehran. 2002: 18-23. (in Persian)
32- Farmand A. (dissertation). Usefulness of Combined Treatment: group program of positive parental style effectiveness and pharmacotherapy on symptoms and parental style of 3-12 years children with ADHD in comparison with only one of them. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation; 2006: 81-82. (in Persian)
33- McGoey KE, Eckert TL, Dupual GJ. Early intervention for preschool-age children with ADHD: A literature review. Journal of Emotional Behavior Disorder 2002; 10(1): 14-29.
34- Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GG. Prevalence estimations of attention deficit hyperactivity disorder and differential diagnosis and comorbidities in Colombian sample. Neuroscience 2003; 113 (1): 49-71.
35- Vasconcelos MM. Attention deficit/ hyperactivity disorder prevalence in elementary school. Archive of Neuropsychiatry 2003; 61 (1): 67-73.
36- Shahim S, Mehrangiz L, Yousefi, F. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Group of Elementary School Children. Iran J Pediatr 2007; 17 (suppl 2): 211-216. (in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

Epidemiology of Attention Deficit/ Hyperactive Disorder among Third Grade Primary School Students of Rasht, 2007- 2008

Bakhshi S[1] (MSc), Najati V[2*] (PhD), Rezayi S[1] (BSc), Hekmati I[3] (MSc)

[1] *Department of Work Therapy, University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran*
[2] *Department of Cognitive Sciences, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran*
[3] *Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran*

Received: 14 Nov 2010, Accepted: 23 Jun 2011

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the prevalence of attention deficit/ hyperactivity disorder among third grade primary school students in Rasht during the academic year of 2007-2008.

Methods: A total of 200 students studying in third grade of primary school were selected using multi-stage cluster random sampling. The parents and teachers completed the Conner's Rating Scale. Data were analyzed using appropriate statistical tests.

Results: It was shown that 26 children (14.4%), 32 children (17.67%), and 14 children (7.7%) had attention deficit/ hyperactive disorder according to the teachers, parents, or both teachers and parents reports, respectively.

Conclusion: The prevalence of attention deficit/ hyperactive disorder that was reported by teachers, parents, or both of them was approximately high in comparison with the previous studies. It might be due our study sample selection in which only third grade primary school students were selected.

Key words: attention deficit/ hyperactivity disorder, epidemiology, Conner's questionnaire

Please cite this article as follows:

Bakhshi S, Najati V, Rezayi S, Hekmati I. Epidemiology of Attention Deficit/ Hyperactive Disorder among Third Grade Primary School Students of Rasht, 2007- 2008. Hakim Research Journal 2012; 14 (4): 203- 210.

*Corresponding Author: Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Evin, Tehran, Iran. Tel: +98- 912- 1888062. E-mail: vhdnedjati@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]