

همه‌گیرشناسی اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه و اختلال سلوک در دانش‌آموزان دبستانی شهر سیرجان

دکتر حسن ضیاء‌الدینی^{*}، دکتر ناهید شفیق‌زاده^{**}

چکیده

مقدمه: نظر به پیامدهای زیانبار بیش‌فعالی در زندگی اجتماعی و فردی، این پژوهش با هدف همه‌گیرشناسی اختلال بیش‌فعالی و اختلال سلوک در کودکان دبستانی ۷ تا ۱۱ ساله شهرستان سیرجان انجام شد.

مواد و روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی و جامعه پژوهش، دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر سیرجان در سال تحصیلی ۱۳۷۸-۷۹ بودند. آزمودنی‌ها را ۳۲۲ پسر و ۳۳۴ دختر تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای-تصادفی انجام شد. داده‌ها به کمک پرسش‌نامه راتر گردآوری و به کمک آزمون آماری^۱، تحلیل واریانس و آزمون t تحلیل شدند.

یافته‌ها: اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه در هر دو پرسش‌نامه آموزگار و پرسش‌نامه والدین در پسران ۸۶٪ و در دختران ۷۷٪ بود. پرسش‌نامه والدین راتر میزان اختلال سلوک را در دختران ۸۷٪ و در پسران ۱۳۱٪ نشان داد. تفاوت میزان شیوع در دو جنس از نظر آماری معنی‌دار بود. نتایج به‌دست آمده از پرسش‌نامه آموزگار نیز میزان اختلال سلوک را در دختران ۱۹٪ و در پسران ۲۹٪ نشان داد.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه و اختلال سلوک در دانش‌آموزان دبستانی مورد بررسی بالاست و با یافته‌های سایر بررسی‌ها هم‌سویی دارد.

:

می‌شود. این اختلال می‌تواند پیامدهای زیانباری در زندگی اجتماعی و فردی داشته باشد. در زمینه میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه، آمارهای متفاوتی گزارش شده است. در بررسی

اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه^۱ (ADHD) یک نشانگان شایع بالینی است که با محدودیت در استمرار توجه یا بی‌توجهی، تکانشگری^۲ و بیش‌فعالی مشخص

* روانپزشک، دانشیار و مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، بیمارستان شهید بهشتی (نویسنده مسئول).

E-mail: h_ziaaddini@yahoo.com

** روانپزشک، کرمان، خیابان پروین اعتصامی، بیمارستان حضرت فاطمه (ع)، امور درمانگاه‌ها.

1- Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

2- impulsiveness

همه‌گیرشناسی راتر^۱، تیزارد^۲ و ویتمور^۳ (۱۹۷۰) که در جزیره ایل‌آوویت^۴ انگلستان انجام شد، در میان ۲۱۹۹ کودک ۱۰ و ۱۱ ساله، تنها یک در دو هزار اختلال بیش‌فعالی گزارش شد. در تجدیدنظر سوم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی^۵ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۷) (DSM-III-R) میزان شیوع این اختلال ۳ تا ۵ درصد برآورد شده است. به‌نظر می‌رسد این آمار بیشتر متکی بر تجارب بالینی است تا بررسی‌های همه‌گیرشناسی. هنگامی که بررسی‌ها با مصاحبه بالینی ساختاریافته و ارزیابی آموزگاران و یا پدران و مادران انجام شده، شیوع بیشتر بوده است. برای نمونه، در بررسی شکیم^۶ و همکاران (۱۹۸۵) شیوع ۱۴٪ بوده است. در بررسی تیلور^۷، تورلی^۸ و جیلز^۹ (۱۹۹۱) ۱۷٪ پسران دبستانی، مبتلا به این اختلال گزارش شده‌اند. زاتماری^{۱۰}، اوفورد^{۱۱} و بویل^{۱۲} (۱۹۸۹a) شیوع ADHD را در پسران ۹٪ و در دختران ۳/۳٪ گزارش نمودند. میزان شیوع این اختلال برپایه معیارهای DSM-IV بین ۱۵٪ تا ۵۷٪ بیشتر از میزان مشخص شده در تجدیدنظر سوم DSM می‌باشد (سادوک^{۱۳} و سادوک، ۲۰۰۰).

میزان شیوع اختلال سلوک در بررسی راتر و همکاران (۱۹۷۰) ۴٪ و در بررسی راتر، کو^{۱۴}، توپلینگ^{۱۵}، برگر^{۱۶} و یول^{۱۷} (۱۹۷۵) در شهر لندن ۸٪ گزارش شده است. در کانادا بر پایه بررسی آفرل^{۱۸}، بویل^{۱۹} و ریسین^{۲۰} (۱۹۸۹) ۲/۶٪ دختران ۴ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال سلوک و ۳/۷٪ پسرها و ۱/۲٪ دخترها دچار نوع مختلط (اختلال سلوک و ADHD) بوده‌اند.

در جمعیت عمومی شیوع این اختلال بین ۱/۵٪ تا ۳/۴٪ گزارش شده است. برپایه شیوه نمونه‌گیری، تعریف بیماری و ابزار سنجش، شیوع این اختلال بین یک تا ۱۶ درصد و نسبت مرد به زن سه به یک تا پنج به یک گزارش شده است. بیشترین میزان شیوع در پایان دوره کودکی و سال‌های آغازین دوره نوجوانی است (سیتینر^{۲۱}، ۲۰۰۰). مبتلایان به اختلال سلوک با علایمی هم‌چون بی‌رحمی به حیوانات و مردم، تخریب

اموال، فریب‌کاری، دروغ‌گویی، دزدی و تجاوز به حقوق دیگران مشخص می‌شوند و دچار مشکلات اجتماعی و تحصیلی می‌گردند. در سال‌های نوجوانی بیش از ۶۲٪ آنها نیاز به مداخله درمانی می‌یابند (ارلز^{۲۲}، ۱۹۹۵). در ایران بررسی‌های اندکی برای ارزیابی همه‌گیرشناسی این اختلال انجام شده است. در بررسی توکلی‌زاده (۱۳۷۶) که در میان دانش‌آموزان دبستانی شهرگناباد با پرسش‌نامه SCL-90^{۲۳} انجام شده است، ۱۷٪ از جمعیت مورد بررسی مبتلا به رفتار ایذایی و کمبود توجه بوده‌اند. اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه با شیوع ۹٪، از شایع‌ترین اختلال‌ها بوده است. در بررسی دیگری که در دانش‌آموزان شهر تهران برپایه پرسش‌نامه کانرز انجام شد، نشان داده شده که این ابزار نیز می‌تواند ADHD را بسنجد (صالح‌مجتهد، ۱۳۷۳). در بررسی سلیمی (۱۳۷۷) اختلال سلوک در دختران در حال افزایش گزارش شده است. بررسی یادشده در دانش‌آموزان ۱۴-۱۱ ساله جنوب لندن، ۱۰٪ کل دانش‌آموزان (۸/۹٪ دختران و ۱۲/۷٪ پسران) را دچار اختلال سلوک گزارش نموده است (کانل^{۲۴}، ایروین^{۲۵} و رودنی^{۲۶}، ۱۹۸۲).

این بررسی با هدف تعیین میزان شیوع ADHD و اختلال سلوک در کودکان دبستانی ۱۱-۷ ساله شهرستان سیرجان انجام شده است.

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش همه دانش‌آموزان (۱۱-۷ ساله)

1- Rutter	2- Tizard
3- Witmore	4- Isle of Wight
5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-3rd Revised	6- Shekim
7- Taylor	8- Thorley
9- Giles	10- Szatmari
11- Offord	12- Boyle
13- Sadock	14- Co
15- Tupling	16- Berger
17-Yule	18- Offerel
19- Boyle	20- Racin
21- Sitiner	22- Earls
23- Symptom Check List-90	24- Connell
25- Irvine	26- Rodney

دبستان‌های شهر سیرجان در سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸ بودند. شمار دانش‌آموزان دبستانی این شهر ۱۸۶۲۶ نفر بود. ۷۷۰ دانش‌آموز (۳۸۵ دختر و ۳۸۵ پسر) با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای- تصادفی، از میان پسران و دختران و از گروه‌های اقتصادی- اجتماعی طبقه بالا، متوسط و پایین انتخاب شدند. در این پژوهش هر خوشه شامل یک دبستان بود و آزمودنی‌ها به صورت تصادفی و به کمک دفتر ثبت‌نام دبستان انتخاب شدند.

برای اجرای پژوهش، پس از تعیین حجم نمونه فهرست دبستان‌های ابتدایی تهیه و به دو گروه پسر و دختر و سه گروه اقتصادی- اجتماعی بالا، متوسط و پایین تقسیم گردیدند. دبستان‌های غیرانتفاعی و شاهد در گروه طبقه بالا، دبستان‌های مرکز شهر در طبقه متوسط و دبستان‌های حاشیه شهر جزء گروه اقتصادی- اجتماعی پایین به شمار آمدند. پس از جلسه توجیهی برای آموزگاران، پدران و مادران، پرسش‌نامه به یکی از مسئولین دبستان‌ها داده می‌شد که با انتخاب تصادفی افراد مورد بررسی، توسط پدران و مادران و آموزگاران آنها تکمیل گردد. از ۷۷۰ پرسش‌نامه توزیع شده، ۶۵۶ پرسش‌نامه تکمیل گردید و عودت داده شد (۳۲۲ پسر و ۳۳۴ دختر). میزان پاسخگویی ۸۵٪ بود. آزمودنی‌ها پس از گردآوری داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات پدر و مادر و وضعیت اقتصادی- اجتماعی به کمک پرسش‌نامه رفتاری کودکان راتر^۱ ارزیابی شدند. این پرسش‌نامه یک ابزار غربالگری و دارای دو پرسش‌نامه پدران و مادران (فرم A) و آموزگار (فرم B) می‌باشد (توکلی‌زاده، ۱۳۷۵).

در این پرسش‌نامه معیارهای مورد نظر DSM-III-R درباره برخی اختلال‌های رفتاری کودکان مانند آزار دیگر کودکان، تخریب اموال خود و دیگران، نافرمانی و دروغ‌گویی، دزدی و دعوا منظور شده است (فروع‌الدین عدل، ۱۳۷۲).

فرم A (پدران و مادران) دارای ۳۱ عبارت دربردارنده اطلاعاتی مربوط به تندرستی و عادت‌ها و ۱۸ عبارت دیگر می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای دو نمره فرعی و یک نمره کلی است و آن را پدران و مادران و در صورت نبود هیچ‌یک از آنها، یکی از بستگان آنها برپایه شناخت خود از کودک تکمیل می‌کنند. فرم B (آموزگار) پرسش‌نامه راتر که توسط آموزگاران تکمیل می‌گردد دارای ۳۶ عبارت و دو مقیاس فرعی (مقیاس اختلال هیجانی و مقیاس اختلال سلوک) است. در بررسی حاضر کسانی که نمره ۹ یا بیشتر از پرسش‌نامه آموزگار و یا ۱۳ و بیشتر از پرسش‌نامه پدران و مادران به دست آوردند، دارای اختلال رفتاری به شمار آمدند.

بیش‌فعالی بر پایه سه جمله در هر یک از پرسش‌نامه‌ها (بی‌قراری، ول خوردن- بی‌قراری^۲، ناتوانی در تمرکز روی چیزی بیش از چند لحظه) که بخشی از زیرمجموعه نمره‌های اختلال سلوک یا هیجانی نبوده‌اند محاسبه گردید. کودکانی که سه مورد یا بیشتر را در هر دو پرسش‌نامه کسب کردند بیش‌فعال فراگیر^۳ به شمار آمدند. پایایی و روایی این پرسش‌نامه در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفته است (احسان‌منش، ۱۳۷۲؛ محمد رومزپور، ۱۳۷۴). داده‌ها به کمک آزمون آماری^۲، مونت‌کارلو، تحلیل واریانس و آزمون t تحلیل گردید.

بر حسب این که کدام یک از نمره‌های اختلال سلوک (خشونت، نافرمانی، ضداجتماعی) و یا اختلال نوروتیک (مضطرب بودن، دل‌گیری و احساس بدبختی، ترس مرضی، شکایت‌های بدنی) غالب بوده‌اند، در گروه اختلال سلوک یا اختلال هیجانی قرار می‌گرفتند. کسانی که نمره بالاتر از نقطه برش آوردند ولی نمره اختلال سلوک و هیجانی مساوی داشتند، اختلال نامتمایز نامیده شدند.

1- Rutter Children's Behavior Questionnaire
2- squirmy-fidgety
3- pervasive hyperactive

میانگین سن آزمودنی‌ها $9/05 \pm 1/43$ سال بود. $50/9\%$ آزمودنی‌ها را دختران و بقیه را پسران تشکیل می‌دادند. تفاوت سنی میان دو گروه دختر و پسر معنی‌دار نبود.

شاخص‌های مرکزی، پراکندگی میانگین نمره‌های پرسش‌نامه راتر و نمره‌های انواع اختلال‌های سنجیده شده، در جدول ۱ آورده شده است.

میزان اختلال سلوک برپایه پرسش‌نامه پدران و مادران، در دختران $8/7\%$ و در پسران $13/1\%$ بود. آزمون آماری t تفاوت دو نمره را معنی‌دار نشان داد ($p < 0/05$, $df = 2$, $\chi^2 = 3/6$). به بیان دیگر اختلال سلوک برپایه پرسش‌نامه والدین در پسران بیش از دختران بود (جدول ۲).

پرسش‌نامه آموزگاران میزان اختلال سلوک را در دختران $19/5\%$ و در پسران $29/3\%$ نشان داد. در این پرسش‌نامه نیز اختلال سلوک در پسران بیشتر بود (جدول ۳).

بر اساس پرسش‌نامه والدین، $7/5\%$ دختران و $6/9\%$ پسران به اختلال هیجانی و $2/1\%$ دختران و 5% پسران به اختلال نامتمايز مبتلا بودند. بر پایه پرسش‌نامه آموزگار، 6% دختران و $4/7\%$ پسران مبتلا به اختلال هیجانی و $2/1\%$ دختران و $3/7\%$ پسران مبتلا به اختلال نامتمايز

بودند. بررسی تفاوت در دو جنس به کمک آزمون آماری χ^2 (جدول‌های ۲ و ۳). $p < 0/01$ ، $df = 2$ ، $\chi^2 = 0/05$ ،

ADHD برپایه پرسش‌نامه والدین، در پسران $24/8\%$ و در دختران $18/5\%$ و برپایه پرسش‌نامه آموزگار، در دختران $27/5\%$ و در پسران $37/8\%$ دیده شد. مواردی از ADHD که هم در پرسش‌نامه آموزگار و هم در پرسش‌نامه والدین گزارش شد، در پسران $8/6\%$ و در دختران $7/78\%$ بود. از این نظر تفاوت معنی‌داری در دو جنس دیده نشد (جدول ۴).

ارتباط معنی‌داری بین ADHD و اختلال سلوک با وضعیت اقتصادی-اجتماعی دیده نشد. هم‌چنین بین شغل پدر و اختلال‌های یادشده، تفاوت معنی‌دار نبود، اما همبستگی بین این دو اختلال با میزان تحصیلات مادران معنی‌دار بود ($\chi^2 = 27/3$, $df = 15$, $p < 0/05$). بین درصد اختلال سلوک و اختلال هیجانی و تحصیلات مادر همبستگی و ارتباط معنی‌داری در پرسش‌نامه آموزگار دیده نشد، ولی بین فراوانی اختلال‌های سلوک و هیجانی و میزان تحصیلات در پرسش‌نامه والدین ارتباط معنی‌دار بود ($\chi^2 = 35/3$, $df = 15$, $p < 0/05$). در پرسش‌نامه آموزگار بین تحصیلات پدر و اختلال‌های سلوک و هیجانی تحلیل واریانس تفاوت میان گروه‌ها را معنی‌دار نشان داد ($p < 0/05$).

جدول ۱- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی سن، نمره پرسش‌نامه راتر پدران و مادران و آموزگار و نمره بیش‌فعالی این پرسش‌نامه‌ها

متغیر	میانگین	میانه	نما	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
سن	9/05	9	10	1/43	7	11
نمره راتر پدران و مادران	17/28	16	13	4/47	13	35
نمره راتر آموزگار	16/91	15	15	6/76	9	35
نمره بیش‌فعالی در راتر پدران و مادران	3/78	3	3	1/02	3	8
نمره بیش‌فعالی در راتر آموزگار	4/66	4	3	1/68	3	9

جدول ۲- فراوانی مبتلایان به اختلال سلوک و اختلال هیجانی به تفکیک جنس و نوع اختلال در پرسش‌نامه والدین

	اختلال سلوک		اختلال هیجانی	
	فراوانی (%)	نامتمایز فراوانی (%)	فراوانی (%)	نامتمایز فراوانی (%)
دختر	۲۹ (۸/۷)	۲۵ (۷/۵)	۷ (۲/۱)	۰/۰۵
پسر	۴۲ (۱۳/۱)	۲۲ (۶/۹)	۱۶ (۵/۰)	N.S.

جدول ۳- فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب نوع اختلال و جنس در پرسش‌نامه آموزگار

	اختلال سلوک		اختلال هیجانی	
	فراوانی (%)	نامتمایز فراوانی (%)	فراوانی (%)	نامتمایز فراوانی (%)
دختر	۶۵ (۱۹/۵)	۲۰ (۶/۰)	۷ (۲/۱)	۰/۰۱
پسر	۹۴ (۲۹/۳)	۱۵ (۴/۷)	۱۲ (۳/۷)	

جدول ۴- مقایسه فراوانی نسبی اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه بر حسب جنس

وضعیت ابتلاء	فراوانی نسبی	
	پسر فراوانی (%)	دختر فراوانی (%)
دارد	۲۸ (۸/۷)	۲۶ (۷/۸)
ندارد	۲۹۴ (۹۱/۳)	۳۰۸ (۹۲/۲)
جمع	۳۲۲ (۱۰۰)	۳۳۴ (۱۰۰)

و ابزار سنجش دانست. در ایران نیز بررسی‌های انجام شده میزان شیوع این اختلال را متفاوت گزارش کرده‌اند. توکلی‌زاده و همکاران (۱۳۷۹) در شهر گناباد با بهره‌گیری از پرسش‌نامه SCL-90، ۱۷٪ از جمعیت مورد بررسی، فارسانی و شفقی (۱۳۷۷) ۷٪ از جوانان مورد بررسی در شهر کرمان و صالح مجتهد (۱۳۷۳) ۵/۸٪ نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله را در شهر تهران مبتلا به اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه^۵ گزارش نمودند.

اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه که در این بررسی ۸/۶٪ در پسران و ۷/۸٪ در دختران بود، در مقایسه با گزارش راتر و همکاران (۱۹۷۰) که یک در دوهزار گزارش شده و نیز از آنچه که در DSM-III-R (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۷) ذکر شده است (۳٪ تا ۵٪) بیشتر است ولی در مقایسه با بررسی شکیم و همکاران (۱۹۸۵) (۱۴٪) و تیلور و همکاران (۱۹۹۱) (۱۷٪) در دانش‌آموزان پسر دبستانی و زاتماری و همکاران (۱۹۸۹b) (۹٪ پسران و ۳/۳٪ دختران) و بوموگرتال^۶ و ولرایش^۷ (۱۹۹۵) (۹/۶٪) کمتر است. جدا از تغییر معیارهای تشخیصی، اگر بررسی‌های همه‌گیرشناختی دقیق‌تر جانشین تجارب بالینی شود و بررسی‌ها با مصاحبه استاندارد و ساختاریافته انجام شود، می‌تواند در بیماریابی و در نتیجه در درمان این گروه از کودکان بسیار مؤثر باشد و از عوارض دوران بزرگسالی آنها بکاهد.

در این بررسی میزان اختلال سلوک برپایه پرسش‌نامه والدین، در پسران بیشتر از دختران بود. پرسش‌نامه راتر آموزگار نیز این تفاوت معنی‌دار بود. تفاوت دو جنس در زمینه درصد میزان ADHD در پرسش‌نامه آموزگاران از نظر آماری معنی‌دار نبود. مجموع کودکانی که بنا بر دو پرسش‌نامه والدین و آموزگار دچار ADHD بودند، در پسران ۸/۶٪ و در دختران ۷/۸٪ بود که این میزان فراوانی در پسران بالاتر

اختلال سلوک در بررسی راتر و همکاران (۱۹۷۰) کمتر از بررسی حاضر گزارش گردید. میزان شیوع اختلال سلوک را کنل و همکاران (۱۹۸۲) در کودکان ۱۰ ساله کوئینزلند^۱ ۶/۷٪ و مک‌گی^۲، سیلوا^۳ و ویلیام^۴ (۱۹۸۱) در کودکان هفت ساله ۶/۹٪ گزارش کردند که با یافته‌های بررسی حاضر هم‌سویی دارند.

همان‌گونه که سیتینر (۲۰۰۰) یادآور شده‌اند، میزان شیوع از یک تا ۱۶ درصد گزارش شده است که نسبت زن به مرد نیز از یک به سه تا یک به پنج در نوسان است. شاید بتوان این اختلاف را به دلیل تعریف بیماری

1- Queensland
2- Mc Gee
3- Silva
4- William
5- attention deficit and disruptive behavior
6- Baumgartel
7- Wolraich

است. همچنین ارتباط معنی‌داری بین فراوانی ADHD و اختلال سلوک با وضعیت اقتصادی-اجتماعی به‌طور کلی و شغل پدر دیده نشد. گرچه همبستگی میان این دو اختلال و وضعیت تحصیلات پدر و مادر در پرسش‌نامه آموزگار معنی‌دار نبود، اما بین فراوانی و درصد اختلال‌های سلوک و هیجانی و مقاطع تحصیلی مادر در پرسش‌نامه والدین تفاوت معنی‌دار دیده شد. در این پرسش‌نامه، همبستگی میان تحصیلات پدر و اختلال‌های روانی نیز معنی‌دار نبود، اما در پرسش‌نامه آموزگار میان میزان تحصیلات و اختلال‌های روانی پدر و اختلال‌های سلوک و هیجانی کودکان آنها همبستگی معنی‌داری وجود داشت.

شاید بتوان گفت که آسیب‌پذیری روانی با عوامل فشارزای محیطی همبستگی معنی‌دار دارد و از این رو خانواده‌هایی که دارای تحصیلات و مشاغل پایین هستند احتمالاً دچار فشار روانی بیشتری می‌باشند، بچه‌ها را بیشتر تنبیه می‌کنند و زمانی که به حمایت آنها نیاز است کمتر در دسترس هستند. به هر روی، این احتمال نیاز به بررسی‌های گسترده‌تر را نشان می‌دهد. تفاوت در یافته‌های دو پرسش‌نامه در زمینه ADHD شاید نشان دهنده این است که آموزگاران گاهی هر حرکت کودک را بیش‌فعالی به‌شمار می‌آورند. از این رو تشخیص دقیق اختلال بر پایه مصاحبه‌های ساختاریافته مانند PACS¹ که توسط تیلور (۱۹۸۶) پیشنهاد شده می‌تواند یافته‌های دقیق‌تری به‌دست دهد. در زمینه اختلال سلوک با توجه به ارقام به‌دست آمده که بیشتر از ارقام گزارش شده در سایر بررسی‌ها می‌باشد، ضرورت بررسی و تشخیص دقیق‌تر در بررسی‌های بعدی بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV یا ICD-10 احساس می‌شود.

میزان شیوع اختلال‌های هیجانی و نامتمایز نیز از یافته‌های جنبی پژوهش بود (در پرسش‌نامه راتر والدین، دختران ۷/۵٪ و پسران ۶/۹٪ مبتلا به اختلال هیجانی و به ترتیب ۲/۵٪ و ۵٪ مبتلا به اختلال نامتمایز

بودند). در این اختلال‌ها تفاوت معنی‌داری بین دو جنس دیده شد.

با توجه به اهمیت درمان زودرس اختلال‌های یادشده، به‌نظر می‌رسد بررسی یک مرحله‌ای به این شیوه پاسخ‌گویی نیازها نباشد. در سایر بررسی‌ها نیز با توجه به ارقام متفاوت شیوع این اختلال، به این نکته توجه شده است (راتر و همکاران، ۱۹۷۰؛ شکیم و همکاران، ۱۹۸۵؛ تیلور و همکاران، ۱۹۹۱). از این رو بررسی دو مرحله‌ای که در یک مرحله به‌کمک ابزارهای یادشده، سرند اولیه انجام شود و سپس با مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته ارزیابی صورت گیرد، الزامی است.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۱۱/۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۳/۶

احسان‌منش، مجتبی (۱۳۷۲). *کارورزی والدین کودکان مبتلا به اختلال سلوکی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

توکلی‌زاده، جهانشیر؛ بوالهروی، جعفر؛ مهریار، هوشنگ؛ دژکام، محمود (۱۳۷۹). همه‌گیرشناسی اختلال‌های رفتاری ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهرگناباد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۲، ۵۰-۴۰.

سلیمی، سیدحسین (۱۳۷۳). نیاز به بازنگری معیارهای طبقه‌بندی اختلال‌های سلوکی در نوجوانان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۳، ۷۵-۶۹.

صالح‌مجتهد، منیر (۱۳۷۳). بررسی میزان اختلال کاهش توجه در دانش‌آموزان پسر دبستانهای شهر تهران براساس مقیاس کانرز. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۲ و ۳، ۹۲-۸۷.

فارسانی، رجب؛ شفقی، ساسان (۱۳۷۷). *بررسی شیوع اختلال کرداری و برخی عوامل وابسته در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان شهر کرمان*. پایان‌نامه دکتری پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه کرمان.

- nal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 850-860.
- Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M., & Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas. I. Prevalence of Psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 126, 493-509.
- Rutter, M., Tizard, T., & Witmore, K. (1970). *Education, health and behavior*. London: Longman.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry (7th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shekim, W. O., Kashani, J., Beck, N., Cantwell, D., Marthin, J., Rosenberg, J., & Costell, O. A. (1985). The prevalence of attention deficit disorders in a rural Midwestern community sample of Nine-year old children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 665-770.
- Sitiner, H. (2000). Disruptive behavior disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (p.p. 2697-2698) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Ontario health study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 219-230.
- Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G., & Giles, S. (1991). The Epidemiology of childhood hyperactivities. *Maudsley monographs, no. 33*. Oxford: Oxford University Press.
- Taylor, E. (1986). *The overactive child clinics developmental medicine*, Philadelphia: The Mackeith Press.
- فروع‌الدین عدل، اصغر (۱۳۷۲). *تأثیر بکارگیری روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود اختلال رفتارهای اخلاص‌گراانه کودکان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- محمدروم‌زپور، زرین (۱۳۷۴). *بررسی پایانی و اعتبار و هنجارهای مقدماتی پرسش‌نامه رفتاری کودکان راتر (B فرم معلم) و تعیین شیوع اختلال سلوکی و هیجانی در جمعیت کودکان دبستانی اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3rd revised). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Baumgaretel, A., & Wolraich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 629-638.
- Connell, H. K., Irvine, L., & Rodney, J. (1982). The prevalence of psychiatric disorders in rural school children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 16, 43-46.
- Earls, F. (1995). Oppositional-defiant and conduct disorders. In M. Ratter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.). *Child adolescent psychiatry* (3rd. ed.) (p.p.312-313) Oxford: Blackwell Science Ltd.
- McGee, R., Silva, P., & William, S. (1981). Behavior problems in population of 7 years old children: Prevalence, stability and types of disorder: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 251-259.
- Offerel, D. R., Boyle, M. H., & Racin, Y. (1989). Ontario child health study: Correlates of disorder. *Jour-*