



همه گیر شناسی اختلالهای رفتاری ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد

جهانشیر توکلی زاده^{*}، دکتر جعفر بوالهیری^{**}، دکتر امیر هوشنگ مهریار^{***}، دکتر محمود دژکام^{****}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان شیوع اختلالهای رفتاری ایدایی و کمبود توجه در دو مرحله بر روی ۴۰۰ دانش آموز دبستانی (۲۰۲ پسر، ۱۹۸ دختر) شهر گناباد انجام شد که در آن از پرسشنامه‌های "آموزگاران" و "پدران و مادران" (CSI-4) به عنوان ابزار غربالگری استفاده گردید. در مرحله نخست (بررسی مقدماتی)، متن فارسی پرسشنامه‌ها توسط تنی چند از متخصصان ارزیابی و اصلاح شد سپس توسط مادران و آموزگاران ۱۰۰ دانش آموز تکمیل شد. آنگاه صد کودک مزبور توسط روانپزشک مصاحبه و پرسشنامه مربوط به والدین توسط روانپزشک برای آنها تکمیل گردید. سپس با مقایسه تشخیص روانپزشک با نتایج پرسشنامه‌ها "حساسیت" و "ویژگی" آزمونها براساس بهترین نقطه برش برای هر اختلال رفتاری ایدایی تعیین شد. نتایج داده‌های این مرحله نشان داد که به کارگیری هر دو چک لیست با نقاط برش تعیین شده از قابلیت غربالگری مناسبی برخوردار است. در مرحله دوم، دو فرم پرسشنامه توسط مادران و آموزگاران ۳۰۰ دانش آموز دیگر که به طور تصادفی انتخاب شده بودند تکمیل گردید. با استفاده از نتایج کل نمونه، میزان شیوع اختلالهای مورد نظر تعیین شد. نتایج نشان داد که ۱۷ درصد از افراد مورد بررسی دچار اختلالهای رفتاری ایدایی و کمبود توجه هستند. اختلال بیش فعالی - کمبود توجه با ۹ درصد از شایعترین اختلالها بود. همچنین بین میزان شیوع اختلالهای رفتاری ایدایی و کمبود توجه و عوامل جمعیت شناختی جنسیت، پایه تحصیلی، سن، وضعیت اجتماعی - اقتصادی پدر و مادر، وضعیت تحصیلی، سابقه اختلالهای روانپزشکی پدر و مادر و برادران و خواهران دانش آموز ارتباط معنی داری وجود داشت.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۴۰

کلید واژه: همه گیر شناسی^(۱)، اختلالهای رفتاری ایدایی و کمبود توجه، گناباد، پرسشنامه 4 - CSI

- * کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
- ** روانپزشک و عضو هیئت علمی. خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
- *** روانشناس بالینی و عضو هیئت علمی مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، تهران، نیاوران، خیابان شهید مختار عسگری.
- **** روانشناس بالینی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، بیمارستان امام حسین (ع)، بخش روانپزشکی.

اختلالهای رفتار ایذایی و کمبود توجه از شایعترین اختلالهای روانی کودک بوده و مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی فراوانی ایجاد می‌کند. کودکان مبتلا به این اختلالها، خانواده‌ها، آموزشگاهها و اجتماع را با مسائل گوناگونی روبرو می‌کنند؛ و آنها را در برابر آشفتگیهای روانی - اجتماعی دوران نوجوانی و جوانی نیز آسیب‌پذیر می‌سازند. در میان این اختلالها تنها اختلال بیش فعالی - کمبود توجه^(۱) نزدیک به یک سوم تا نیمی از بیماران سرپایی درمانگاههای روانپزشکی کودک را به خود اختصاص داده است (مانوزا^(۲) و همکاران، ۱۹۹۱)، تا آنجا که گروهی از نویسندگان، آن را یکی از شایعترین علل ارجاع به پزشک خانواده، پزشک کودکان، متخصص مغز و اعصاب و درمانگاههای روانپزشکی کودک می‌دانند. ۶ تا ۹ درصد کودکان سنین مدرسه از این اختلال رنج می‌برند. اختلال سلوک^(۳) نیز یکی از مشکلات بزرگ کودکان بوده و مبتلایان به آن با آنکه دارای هوش متوسط هستند، با مشکلات تحصیلی فراوانی روبه رو بوده و بسیاری از آنها دچار سایر ناراحتیهای روانی نیز می‌باشند (شاچار و واشموت^(۴)، ۱۹۹۰ ب). این اختلال در برخی موارد با ناتوانیهای دوره بزرگسالی در ارتباط بوده (رابینز^(۵)، ۱۹۶۶، ۱۹۷۴ به نقل از راس^(۶)، ۱۳۷۰) دارای سیر و پیش آگهی خوبی نیست (ایزر، اشمیت و ورنر^(۷)، ۱۹۹۰). اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای^(۸) نیز به عنوان یکی از اختلالهای روانپزشکی کودک گسترده‌ای از اختلال سلوک تا بهنجاری را در بر می‌گیرد (شاچار و واشموت، ۱۹۹۰ ب) و معمولاً با اختلالهای یادگیری و هیجانی همراه می‌باشد. بر پایه برآورد سازمان جهانی بهداشت^(۹) (۱۳۶۸) یک سوم جمعیت جهان را کودکان تشکیل می‌دهند و بیش از ۸۰ درصد آنها در کشورهای رو به رشد زندگی می‌کنند. با توجه به جمعیت در معرض خطر، همچنین میزان شیوع اختلالهای یاد شده که در بسیاری از موارد، ممکن است از سالهای نخست دبستان آغاز شود، توجه هر چه بیشتر به این اختلالها در کودکان به ویژه

دانش‌آموزان ضروری است.

بازنگری بررسیهای همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که میزان شیوع^(۱۰) انواع اختلالهای رفتار ایذایی و کمبود توجه در پژوهشهای گوناگون متفاوت است. برای نمونه میزان شیوع اختلال بیش فعالی همراه با کمبود توجه از ۱ درصد تا ۲۰ درصد (راتر^(۱۱)، ۱۹۸۲ به نقل از باتیا^(۱۲) و همکاران، ۱۹۹۱)، اختلال سلوک در پسران و دختران زیر ۱۸ سال به ترتیب از ۶ تا ۱۶ درصد و ۲ تا ۹ درصد و اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای بین ۱۲ تا ۱۶ درصد (انجمن روانپزشکی امریکا، ۱۹۹۴) در نوسان بوده است.

نتایج سایر بررسیها به شرح زیر است. برای اختلال بیش فعالی - کمبود توجه، (آندرسون^(۱۳) و همکاران، ۱۹۸۷؛ بیرد^(۱۴) و همکاران، ۱۹۸۸؛ سافر و کراجر^(۱۵)، ۱۹۸۸؛ شی ویتز و شی ویتز^(۱۶)، ۱۹۸۸؛ به نقل از بیدرمن^(۱۷)، ۱۹۹۰) ۶ تا ۹ درصد کودکان دبستانی؛ ۱۰٪ در بررسی زاتماری و همکاران (۱۹۸۹)، به نقل از شاچار و واشموت، ۱۹۹۰) ۱۰٪ کودکان دبستانی؛ در گزارش آگوست^(۱۸) و همکاران، (۱۹۹۲)، ۳/۴٪ جمعیت کلی دبستان بوده است. برای اختلال سلوک: راتر و همکاران (۱۹۷۵)، به نقل از گراهام^(۱۹)، ۱۳۷۲) ۳٪ در جزیره وایت و ۶ درصد در لندن؛ افورد^(۲۰) و همکاران (۱۹۹۱)، ۱۹۸۷، به نقل از تیلور^(۲۱)، (۱۹۹۴) ۵/۵٪؛ فوم بون^(۲۲)

- 1- attention deficit / hyperactivity disorder
- 2- Mannuzza
- 3- conduct disorder
- 4- Schachar & Wachsmt
- 5- Robbins
- 6- Ross
- 7- Esser, Schmidt & Woerner
- 8- oppositional defiant disorder
- 9- World Health Organization
- 10- prevalence
- 11- Rutter
- 12- Bhatia
- 13- Anderson
- 14- Bird
- 15- Safer & Krager
- 16- Shaywitz & Shaywitz
- 17- Biederman
- 18- August
- 19- Graham
- 20- Offord
- 21- Taylor
- 22- Fombonne

(۱۹۹۴) در کودکان ۸ تا ۱۱ ساله ۶/۵ درصد گزارش نمودند. افورد و همکاران (۱۹۸۷)، به نقل از بارکر^(۱)، (۱۹۸۸) در پسران و دختران ۴ تا ۱۱ ساله به ترتیب ۶/۵٪ و ۱/۸٪ گزارش نمودند.

هنگامی که تشخیص این اختلالات با مصاحبه‌های نظام‌دار پدر و مادر و آموزگار یا مقیاسهای درجه‌بندی انجام می‌گیرد میزان شیوع بالاتری نشان داده می‌شود از جمله شکیم^(۲) و همکاران (۱۹۸۵) و زاتاماری و همکاران (۱۹۸۹)، به نقل از تیلور، (۱۹۹۴)، به ترتیب ۱۴٪ و ۱۹٪ برآورد کرده‌اند. این برآوردها ممکن است تحت تأثیر تعریف اختلال، جمعیت نمونه، ابزارها و روشهای مورد استفاده، دامنه سنی، خصوصیات جمعیت شناختی و ملاکهای تشخیصی از یک بررسی تا بررسی دیگر تفاوت کند. بررسیهای انجام شده در زمینه شیوع این اختلالات در ایران بسیار محدود می‌باشد، در بررسی دژکام (۱۳۷۱) میزان شیوع اختلال سلوک در کلاسهای چهارم و پنجم به ترتیب ۱۳٪ و ۱۰/۵٪ و در بررسی محمد رومی‌پور (۱۳۷۴) شیوع اختلالات سلوکی و هیجانی در کودکان دبستانی ۱۹/۸٪ گزارش گردیده است.

هدف کلی این پژوهش بررسی میزان شیوع اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد بود. بررسی اهداف اختصاصی زیر نیز مورد توجه قرار گرفته است:

- ۱- بررسی شایعترین اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه در جامعه مورد بررسی
- ۲- بررسی رابطه بین عوامل جمعیت شناختی^(۳) و اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان.

روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای پیمایشی^(۴) است. جامعه آماری این پژوهش را ۳۷۸۳ نفر (۱۸۷۹ پسر و ۱۹۰۴ دختر) دانش‌آموز سنین ۷ تا ۱۲ سال شهر گناباد

تشکیل داده‌اند که در ۲۲ دبستان (۱۱ دبستان پسرانه، ۱۱ دبستان دخترانه) مشغول تحصیل می‌باشند. نمونه مورد بررسی را ۴۰۰ نفر (۲۰۲ پسر و ۱۹۸ دختر) تشکیل می‌دادند که به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی^(۵) از بین همه دانش‌آموزان دبستانی سطح شهر گناباد برگزیده شدند (جدول ۱). ابتدا فهرستی از همه دبستانهای شهر (پسرانه و دخترانه) همراه با آمار دقیق آنها در سطوح مختلف تحصیلی تهیه شد. سطوح مختلف تحصیلی اول تا پنجم هر دبستان به عنوان ۵ طبقه در نظر گرفته شد و برآورد حجم نمونه از طریق کمترین تعداد مورد نیاز در کوچکترین طبقه (تعداد دانش‌آموزان سال سوم تحصیلی) انجام گرفت. تعداد نمونه در هر طبقه با تقسیم تعداد دانش‌آموزان هر طبقه بر تعداد دانش‌آموزان جامعه آماری $(\frac{400}{3783} \text{ یا } \frac{1}{9.5})$ به دست آمد. ابزار پژوهش:

۱- پرسشنامه "سی. اس. آی - ۴" (گروه عبارات ای.، بی.، سی.، سی.^(۶))

پرسشنامه سی. اس. آی، ابزاری برای غربالگری شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی کودکان است که عبارتهای آن براساس ملاکهای تشخیصی "دی. اس. ام.^(۷)" تدوین شده است. نخستین فرم آن با نام "سیاه سلوک^(۸)" در سال ۱۹۸۴ توسط اسپرافکین^(۹)، لانی و گادو^(۱۰) براساس طبقه‌بندی DSM-III تهیه گردید. بعدها به دنبال طبقه‌بندی تجدید نظر شده DSM-III فرم "سی. اس. آی - ۳" ساخته شد. فرم نهایی یا "سی. اس. آی - ۴" در سال ۱۹۹۴ بر اساس چاپ چهارم DSM با تغییرات اندکی نسبت به فرمهای پیشین توسط گادو و اسپرافکین

- | | |
|---|-------------|
| 1- Barker | 2- Schekim |
| 3- demographic | 4- survey |
| 5- stratified random sampling | |
| 6- Child Symptom Inventories-4 (CSI - 4), A, B, C | |
| 7- DSM (Diagnostic and Statistical Manual) | |
| 8- Slug Checklist | 9- Sprafkin |
| 10- Gadow | |

(۱۹۹۴) در کودکان ۸ تا ۱۱ ساله ۶/۵ درصد گزارش نمودند. افورد و همکاران (۱۹۸۷)، به نقل از بارکر^(۱)، (۱۹۸۸) در پسران و دختران ۴ تا ۱۱ ساله به ترتیب ۶/۵٪ و ۱/۸٪ گزارش نمودند.

هنگامی که تشخیص این اختلالات با مصاحبه‌های نظام‌دار پدر و مادر و آموزگار یا مقیاسهای درجه‌بندی انجام می‌گیرد میزان شیوع بالاتری نشان داده می‌شود از جمله شکیم^(۲) و همکاران (۱۹۸۵) و زاتاماری و همکاران (۱۹۸۹)، به نقل از تیلور، (۱۹۹۴)، به ترتیب ۱۴٪ و ۱۹٪ برآورد کرده‌اند. این برآوردها ممکن است تحت تأثیر تعریف اختلال، جمعیت نمونه، ابزارها و روشهای مورد استفاده، دامنه سنی، خصوصیات جمعیت شناختی و ملاکهای تشخیصی از یک بررسی تا بررسی دیگر تفاوت کند. بررسیهای انجام شده در زمینه شیوع این اختلالات در ایران بسیار محدود می‌باشد، در بررسی دژکام (۱۳۷۱) میزان شیوع اختلال سلوک در کلاسهای چهارم و پنجم به ترتیب ۱۳٪ و ۱۰/۵٪ و در بررسی محمد رومی‌پور (۱۳۷۴) شیوع اختلالات سلوکی و هیجانی در کودکان دبستانی ۱۹/۸٪ گزارش گردیده است.

هدف کلی این پژوهش بررسی میزان شیوع اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد بود. بررسی اهداف اختصاصی زیر نیز مورد توجه قرار گرفته است:

- ۱- بررسی شایعترین اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه در جامعه مورد بررسی
- ۲- بررسی رابطه بین عوامل جمعیت شناختی^(۳) و اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان.

روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای پیمایشی^(۴) است. جامعه آماری این پژوهش را ۳۷۸۳ نفر (۱۸۷۹ پسر و ۱۹۰۴ دختر) دانش‌آموز سنین ۷ تا ۱۲ سال شهر گناباد

تشکیل داده‌اند که در ۲۲ دبستان (۱۱ دبستان پسرانه، ۱۱ دبستان دخترانه) مشغول تحصیل می‌باشند. نمونه مورد بررسی را ۴۰۰ نفر (۲۰۲ پسر و ۱۹۸ دختر) تشکیل می‌دادند که به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی^(۵) از بین همه دانش‌آموزان دبستانی سطح شهر گناباد برگزیده شدند (جدول ۱). ابتدا فهرستی از همه دبستانهای شهر (پسرانه و دخترانه) همراه با آمار دقیق آنها در سطوح مختلف تحصیلی تهیه شد. سطوح مختلف تحصیلی اول تا پنجم هر دبستان به عنوان ۵ طبقه در نظر گرفته شد و برآورد حجم نمونه از طریق کمترین تعداد مورد نیاز در کوچکترین طبقه (تعداد دانش‌آموزان سال سوم تحصیلی) انجام گرفت. تعداد نمونه در هر طبقه با تقسیم تعداد دانش‌آموزان هر طبقه بر تعداد دانش‌آموزان جامعه آماری $(\frac{400}{3783} \text{ یا } \frac{1}{9.5})$ به دست آمد. ابزار پژوهش:

۱- پرسشنامه "سی. اس. آی - ۴" (گروه عبارات ای. بی. سی. سی.^(۶))

پرسشنامه سی. اس. آی، ابزاری برای غربالگری شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی کودکان است که عبارتهای آن براساس ملاکهای تشخیصی "دی. اس. ام.^(۷)" تدوین شده است. نخستین فرم آن با نام "سیاه سلوک^(۸)" در سال ۱۹۸۴ توسط اسپرافکین^(۹)، لانی و گادو^(۱۰) براساس طبقه‌بندی DSM-III تهیه گردید. بعدها به دنبال طبقه‌بندی تجدید نظر شده DSM-III فرم "سی. اس. آی - ۳" ساخته شد. فرم نهایی یا "سی. اس. آی - ۴" در سال ۱۹۹۴ بر اساس چاپ چهارم DSM با تغییرات اندکی نسبت به فرمهای پیشین توسط گادو و اسپرافکین

- | | |
|---|-------------|
| 1- Barker | 2- Schekim |
| 3- demographic | 4- survey |
| 5- stratified random sampling | |
| 6- Child Symptom Inventories-4 (CSI - 4), A, B, C | |
| 7- DSM (Diagnostic and Statistical Manual) | |
| 8- Slug Checklist | 9- Sprafkin |
| 10- Gadow | |

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش برحسب پایه تحصیلی، سن، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، وضعیت مسکن، ترتیب تولد، وضعیت تحصیل، سابقه اختلال روانی در پدر و مادر، سابقه اختلال روانی در برادران و خواهران

متغیرهای جمعیت شناختی	پسر		دختر		کل	
	فراوانی	%	فراوانی	%	فراوانی	%
پایه تحصیلی						
اول	۳۸	۱۸/۸	۴۰	۲۰/۲	۷۸	۱۹/۵
دوم	۴۰	۱۹/۸	۴۰	۲۰/۲	۸۰	۲۰
سوم	۳۸	۱۸/۸	۳۶	۱۸/۲	۷۴	۱۸/۵
چهارم	۴۴	۲۱/۸	۴۲	۲۱/۲	۸۶	۲۱/۵
پنجم	۴۲	۲۰/۸	۴۰	۲۰/۲	۸۲	۲۰/۵
سن						
۷ سال	۳۶	۱۷/۸	۳۶	۱۸/۲	۷۲	۱۸
۸ سال	۴۰	۱۹/۸	۴۲	۲۱/۲	۸۲	۲۰/۵
۹ سال	۳۲	۱۵/۸	۳۴	۱۷/۲	۶۶	۱۶/۵
۱۰ سال	۴۴	۲۱/۸	۴۴	۲۲/۲	۸۸	۲۲
۱۱ سال	۴۴	۲۱/۸	۴۰	۲۰/۲	۸۴	۲۱
۱۲ سال	۶	۳	۲	۱	۸	۲
وضعیت اجتماعی - اقتصادی						
خیلی پایین	۱۴	۶/۹	۱۴	۷/۱	۲۸	۷
پایین	۶۰	۲۹/۷	۵۰	۲۵/۲	۱۱۰	۲۷/۵
متوسط	۱۱۰	۵۴/۵	۱۰۰	۵۰/۵	۲۱۰	۵۲/۵
بالا	۱۴	۶/۹	۲۲	۱۱/۱	۳۶	۹
خیلی بالا	۴	۲	۱۲	۶/۱	۱۶	۴
وضعیت مسکن خانواده						
منزل شخصی	۱۶۶	۸۲/۲	۱۶۲	۸۱/۸	۳۲۸	۸۲
منزل غیر شخصی	۳۶	۱۷/۸	۳۶	۱۸/۲	۷۲	۱۸
ترتیب تولد						
فرزند اول	۳۶	۱۷/۸	۶۸	۳۴/۳	۱۰۴	۲۶
فرزند دوم	۴۲	۲۰/۸	۴۴	۲۲/۲	۸۶	۲۱/۵
فرزند سوم	۳۶	۱۷/۸	۴۰	۲۰/۲	۷۶	۱۹
فرزند چهارم و بالاتر	۸۸	۴۳/۶	۴۶	۲۳/۲	۱۳۴	۳۳/۵
وضعیت تحصیلی						
خیلی ضعیف	۶	۳	۴	۲	۱۰	۲/۵
ضعیف	۱۸	۸/۹	۶	۳/۱	۲۴	۶
متوسط	۴۲	۲۰/۸	۲۰	۱۰/۱	۶۲	۱۵/۵
خوب	۶۶	۳۲/۷	۴۸	۲۴/۲	۱۱۴	۲۸/۵
عالی	۷۰	۳۴/۶	۱۲۰	۶۰/۶	۱۹۰	۴۷/۵
سابقه اختلال روانپزشکی والدین						
بلی	۲۸	۱۳/۹	۱۴	۷/۱	۴۲	۱۰/۵
خیر	۱۷۴	۸۶/۱	۱۸۴	۹۲/۹	۳۵۸	۸۹/۵
سابقه اختلال روانپزشکی برادران و خواهران						
بلی	۱۴	۶/۹	۴	۲	۱۸	۴/۵
خیر	۱۸۸	۹۳/۱	۱۹۴	۹۸	۳۸۲	۹۵/۵

پژوهش حاضر نشان داد که در مجموع ۱۷٪ از دانش آموزان نمونه دارای اختلال رفتار ایدایی و کمبود توجه می باشند

روی صد نفر از دانش آموزانی که برای آنان سیاهه های پدر و مادر و آموزگار تکمیل شده بود، مصاحبه روانپزشکی و تکمیل سیاهه پدر و مادر نیز انجام شد. در این مصاحبه که معمولاً با کودک همراه با پدر یا مادر وی انجام می شد، روانپزشک ضمن پاسخ دادن به سیاهه پدر و مادر، باید نتایج مصاحبه و تشخیص احتمالی خود را نیز یادداشت می کرد.

روش اجرا: این پژوهش در دو مرحله صورت گرفت: در نخستین مرحله (طرح مقدماتی) نخست اعتبار صوری سیاهه های پدر و مادر و آموزگار سی. اس. ای - ۴ از سوی گروهی از کارشناسان تأیید گردید. سپس برای بررسی چگونگی فهم و برداشت ارزیابان از عبارتهای سیاهه، فرمها در اختیار سه گروه پنج نفری از مادران گروه نمونه در سطوح تحصیلی مختلف و پنج نفر از آموزگاران که به تصادف انتخاب شده بودند قرار گرفت و در پایان اصلاحات لازم در مورد عبارتهای هر سیاهه انجام شد. آنگاه فرمهای اصلاح شده توسط مادران و آموزگاران صد دانش آموز گروه نمونه تکمیل گردید؛ همه ی کودکان یاد شده توسط روانپزشکی که از نتیجه پرسشنامه آگاهی نداشت، مورد مصاحبه روانپزشکی قرار گرفته و سیاهه پدر و مادر سی. اس. ای - ۴ در مورد آنان تکمیل گردید. پس از نمره گذاری، "حساسیت" و "ویژگی" هر سیاهه از طریق موافقت تشخیصی روانپزشک با نتایج سیاهه ها محاسبه شد و بهترین نقطه برش برای هر اختلال به دست آمد. در مرحله دوم پژوهش، سیاهه ها برای باقی مانده گروه نمونه (۳۰۰ دانش آموز) توسط پدران و مادران و

(۱۹۹۴) تهیه شد. این پرسشنامه دارای دو سیاهه پدر و مادر، و آموزگار می باشد. سیاهه پدر و مادر دارای ۱۱۲ عبارت است که ۴۱ عبارت آن (گروه عبارتهای ای. بی. و سی) مربوط به ارزیابی اختلالهای رفتار ایدایی و کمبود توجه است. در پژوهش حاضر گروه عبارتهای ای. بی و سی. در هر دو سیاهه یاد شده به کار رفته است.

بررسیهای اعتباریابی سی. اس. آی نشان دهنده اعتبار^(۱) و پایایی^(۲) نسبتاً خوب این پرسشنامه است. گریسون و کارلسون^(۳) (۱۹۹۱) در بررسی فرم تجدیدنظر شده "سی. اس. آی - ۳" حساسیت^(۴) آن را برای اختلالهای بیش فعالی - کمبود توجه، بی اعتنایی مقابله ای و سلوک به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۹۳ و ۰/۹۳ تعیین کردند. بررسیهایی که در مورد سیاهه آموزگار صورت گرفته "حساسیت" آن را برای اختلالهای یاد شده به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۵۱ و ۰/۶۲ و "ویژگی"^(۵) آن را نیز به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۱ و ۰/۹۱ تعیین کرده است (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴). بررسی مقدماتی حاضر نیز نشان داد که به کارگیری هر دو سیاهه (استفاده از هر سیاهه دارای نمره برابر یا بالاتر از نمره برش برای اختلال مورد نظر) در غربالگری موجب افزایش "حساسیت" و "ویژگی" شده تا آنجا که برای اختلالهای بیش فعالی - کمبود توجه، بی اعتنایی مقابله ای و سلوک، "حساسیت" براساس بهترین نقطه برش ۵، ۷ و ۴ به ترتیب هر اختلال ۰/۷۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ و "ویژگی" به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۹۷ تعیین شد. ضریب پایایی بازآزمایی در بررسی حاضر برای سیاهه پدر و مادر و آموزگار به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به دست آمد.

۲- مصاحبه روانی پاسخ به سیاهه پدر و مادر سی. اس. آی - ۴ (توسط روانپزشک).

به دنبال اجرای طرح مقدماتی پژوهش حاضر که بر

1- validity
2- reliability
3- Grayson and Carlson
4- sensivity
5- specificity

آموزگاران در دیدارهای جداگانه‌ای در دبستانها تکمیل گردید. بنابراین به کمک تشخیص روانپزشک در گروه صد نفری و نتایج سیاهه پدران و مادران و آموزگاران در گروه سیصد نفری (موارد شناسایی شده هر اختلال در هر کدام از چک لیستها با توجه به نمره برش تعیین شده) میزان شیوع اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه مشخص شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و استخراج داده‌ها کلیه اطلاعات با استفاده از نرم افزار "اس. پی. اس" تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

پژوهش حاضر نشان داد که در مجموع ۱۷٪ از دانش‌آموزان نمونه دارای اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه می‌باشند (اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه ۹٪، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای ۴/۵٪ و اختلال سلوک ۶/۵٪). این میزان در پسران نزدیک به دو برابر دختران بود (۲۱/۸٪ پسران در برابر ۱۲/۱٪ دختران). بنابراین این میزان شیوع اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه در پسران نسبت به دختران ۱/۸ به یک می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۲- فراوانی نسبی توزیع انواع اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه برحسب جنسیت در گروه مورد بررسی

تشخیص	پسر	دختر	کل
* کلیه اختلالات رفتار، رفتار ایذایی و کمبود توجه	۲۱/۸	۱۲/۱	۱۷
اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه	۹/۹	۸/۱	۹
اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای	۵/۹	۳	۴/۵
اختلال سلوک	۸/۹	۴	۶/۵

* وجود و تشخیص جداگانه برای برخی از بیماران باعث گردیده که حاصل جمع شیوع انواع اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه از میزان شیوع کلیه اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه بیشتر شود.

با توجه به اطلاعات جدول ۳ همچنین در می‌یابیم که: الف) میزان شیوع اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه برای کل نمونه از کلاس اول تا چهارم سیری فزاینده پیدا می‌کند که این سیر در نمونه پسران چشمگیرتر است. میزان اختلال پسران در کلاس سوم به بالاترین سطح می‌رسد و پس از آن رو به کاهش می‌گذارد. در مورد دختران بیشترین میزان اختلال در کلاس دوم و کمترین میزان اختلال در کلاس اول و پنجم بوده است. ب) میزان شیوع اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه در کل نمونه در گروه سنی ۷ تا ۹ سال افزایش داشته که با بالا رفتن سن در پسران رو به افزایش بوده است؛ اما این سیر از سن ۱۰ تا ۱۱ سالگی کاهش یافته و در ۱۲ سالگی به نحو چشمگیری افزایش داشته است. بالاترین و پایینترین میزان شیوع این اختلالات به ترتیب در گروه سنی ۹ و ۷ سالگی دیده شده است. ج) میزان شیوع اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه در خانواده‌های با وضعیت اجتماعی - اقتصادی "خیلی پایین" و "پایین" بیش از سایر گروههای اجتماعی - اقتصادی بوده است که این امر در بین والدین پسران مورد بررسی مشهودتر است. اما در وضعیتهای اجتماعی - اقتصادی "متوسط" و "بالا" میزان شیوع آن کاهش یافته و در گروه اجتماعی - اقتصادی "خیلی بالا" این میزان به صفر می‌رسد.

د) میزان شیوع اختلالات موردنظر در خانواده‌هایی که دارای مسکن غیر شخصی می‌باشند در کل نمونه افزایش داشته و این افزایش در پسران چشمگیرتر است. در خانواده‌هایی که دارای مسکن شخصی هستند شیوع اختلال در دختران بیشتر است.

ه) بالاترین میزان شیوع اختلالات در کل نمونه در فرزندان چهارم به بالا افزایش یافته و این افزایش در نمونه پسران چشمگیرتر است. در حالی که در نمونه دختران بالاترین میزان شیوع در فرزند دوم خانواده دیده می‌شود، اختلالات در کل نمونه در سطح اقتصادی -

جدول ۳. توزیع فراوانی نسبی شیوع اختلالهای رفتاری ایدایی و کمبود توجه بر حسب برخی متغیرهای جمعیت شناختی

خوب	۶۶	۱۲/۱	۴۸	۱۶/۷
عالی	۷۰	۸/۶	۱۲۰	۶/۷
سابقه اختلال روانپزشکی برادران و خواهران				
بلی	۱۴	۴۲/۹	۴	۵۰
خیر	۱۸۸	۲۰/۲	۱۹۴	۱۱/۳

اجتماعی بالاترین میزان شیوع در فرزند دوم خانواده دیده می‌شود، اختلالها در کل نمونه در سطح اقتصادی - اجتماعی "خیلی پایین" و "متوسط" و "پایین" دیده می‌شود که این میزان در نمونه پسران چشمگیرتر است. در حالی که کمترین میزان شیوع به ترتیب برای کل نمونه و در پسران و دختران به تفکیک نیز در وضعیت تحصیلی "عالی" و "خوب" مشاهده می‌شود. اما در دختران بالاترین میزان به ترتیب در وضعیت تحصیلی "ضعیف" و "متوسط" دیده می‌شود.

ز) بالاترین میزان شیوع اختلالها در کل افراد مورد بررسی در خانواده‌های با سابقه اختلال روانی دیده شده است. همچنین انجام آزمون آماری "خی دو" نشان داد که بین ابتلاء به اختلال رفتار ایدایی و کمبود توجه و متغیرهای جمعیت شناختی، چون جنسیت، سن، پایه تحصیلی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی پدر و مادر و سابقه اختلال روانی در خانواده رابطه معنی داری وجود دارد. اما بین ابتلاء به اختلال رفتار ایدایی و کمبود توجه با مسکن خانواده و ترتیب تولد رابطه معنی داری دیده نشد.

بحث در نتایج

بررسیهای انجام شده در جهان میزان شیوع اختلالهای رفتار ایدایی و کمبود توجه را بسیار متفاوت گزارش نموده‌اند. برای نمونه در این پژوهشها شیوع اختلال بیش فعالی - کمبود توجه بسته به ملاکهای تشخیصی به کار رفته، جمعیت کودکان مورد بررسی، روشهای پژوهش و

متغیرها	پسر		دختر	
	تعداد نمونه	درصد بیمار	تعداد نمونه	درصد بیمار
پایه تحصیلی				
اول	۳۸	۵/۳	۴۰	۵
دوم	۴۰	۲۰	۴۰	۲۰
سوم	۳۸	۳۱/۶	۳۶	۱۱/۱
چهارم	۴۴	۲۷/۳	۴۲	۱۹
پنجم	۴۲	۲۳/۸	۴۰	۵
سن				
۷ سال	۳۶	۵/۶	۳۶	۵/۶
۸ سال	۴۰	۱۵	۴۲	۱۹
۹ سال	۳۲	۳۱/۳	۳۴	۱۱/۸
۱۰ سال	۴۴	۱۸/۲	۴۴	۱۸/۲
۱۱ سال	۴۴	۲۷/۳	۴۰	۵
۱۲ سال	۶	۱۰۰	۲۰	۰
وضعیت اجتماعی - اقتصادی والدین				
خیلی پایین	۱۴	۵۷/۱	۱۴	۰
پایین	۶۰	۲۳/۳	۵۰	۲۰
متوسط	۱۱۰	۱۸/۲	۱۰۰	۱۰
بالا	۱۴	۱۴/۳	۲۲	۱۸/۲
خیلی بالا	۴	۰	۱۲	۰
وضعیت مسکن خانواده				
منزل شخصی	۱۶۶	۱۹/۳	۱۶۲	۱۲/۳
منزل غیر شخصی	۳۶	۳۳/۳	۳۶	۱۱/۱
ترتیب تولد				
فرزند اول	۳۶	۲۲/۲	۶۸	۱۱/۸
فرزند دوم	۴۲	۱۹	۴۴	۱۳/۶
فرزند سوم	۳۶	۲۲/۲	۴۰	۱۰
فرزند چهارم و بالاتر	۸۸	۲۲/۷	۴۶	۱۳
وضعیت تحصیلی				
خیلی ضعیف	۶	۱۰۰	۴	۰
ضعیف	۱۸	۳۳/۳	۶	۳۳/۳
متوسط	۴۲	۴۲/۹	۲۰	۳۰

منابع کسب اطلاعات، از یک تا ۲۰٪ متغیر بوده است (باتیا و همکاران، ۱۹۹۱)، هر چند رقم محتاطانه حدود ۳٪ تا ۵٪ کودکان دبستانی می‌باشد (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸)، در عین حال نتایج پژوهش‌های زیادی نیز در تأیید یافته‌های پژوهش حاضر است (راتر، ۱۹۷۵، به نقل از گراهام، ۱۹۸۶؛ زاتماری، افورد و بویل، ۱۹۸۹، به نقل از شاپار و واشموت، ۱۹۹۰؛ شی ویتز، ۱۹۸۸، به نقل از بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۰؛ فوم بون، ۱۹۹۴). در بین پژوهش‌های یاد شده، پژوهش زاتماری، افورد و بویل (۱۹۸۹)، میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه را در کودکان دبستانی ۱۰٪ گزارش نموده (به نقل از شاپار و واشموت، ۱۹۹۰) و پژوهش فوم بون که همانند پژوهش حاضر میزان شیوع اختلال سلوک را ۶/۵٪ ذکر می‌کند. همان‌گونه که یادآوری شد، شایعترین اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه در پژوهش حاضر، اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه می‌باشد (۹٪). برخی بررسیها نیز اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه راحتی به عنوان یکی از اختلالهای شایع روانپزشکی (زاتماری، افورد و بویل، ۱۹۸۹، به نقل از شاپار و واشموت، ۱۹۹۰) و گروهی آن را شایعترین علت ارجاع به پزشک خانواده، پزشک کودکان، متخصص مغز و اعصاب و درمانگاههای روانپزشکی کودک معرفی نموده‌اند (هوسی^(۱) و همکاران، ۱۹۷۲؛ ساندبرگ^(۲) و همکاران، ۱۹۸۰؛ آندوسون و همکاران، ۱۹۸۷، به نقل از بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۱).

باید یادآور شد که در بررسیهای گوناگون، میزان شیوع این اختلال تحت تأثیر برخی ویژگیهای جمعیت شناختی، تعریف اختلال، نمونه مورد بررسی، ابزارها، روشهای مورد استفاده و معیارهای تشخیصی نوسان یافته است. به همین دلیل میزان شیوع این اختلالها بسیار متفاوت گزارش شده است. متغیرهای یاد شده در یافته‌های پژوهش حاضر نیز بی‌تأثیر نبوده ولی با توجه به این مطلب که نقاط برش سیاه‌های به کار برده شده بر پایه

همان معیار تشخیصی DSM-IV بوده، یافته‌های پژوهش از اطمینان نسبی برخوردار است.

پژوهش حاضر همانند بسیاری از پژوهشهای انجام شده در دنیا (راتر، ۱۹۷۵؛ گلاو^(۳)، ۱۹۸۱؛ راس و راس، ۱۹۸۲؛ بویل و همکاران، ۱۹۸۷؛ مک‌گی^(۴) و همکاران، ۱۹۸۷؛ افورد و همکاران، ۱۹۸۷، ۱۹۹۱؛ تیلور و همکاران، ۱۹۹۲، به نقل از تیلور، ۱۹۴۴؛ گویتته^(۵) و همکاران، ۱۹۷۸) نشان داد که میزان شیوع اختلالهای رفتار ایذایی و کمبود توجه در پسران بیش از دختران است (۲۱/۸٪ در برابر ۱۲/۱٪).

ویلیامز^(۶) و همکاران (۱۹۹۰) در بررسی خود جنسیت را به عنوان مهمترین عامل خطر معرفی کردند به شکلی که در آن اختلالهای بیرون ریز^(۷) (اختلالهای ایذایی) در میان پسران و اختلالهای درون ریز^(۸) در میان دختران شایعتر بود. در بسیاری از این اختلالها از جمله اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه تصویر بالینی در پسران و دختران متفاوت بود. نشانه‌های اختلال رفتاری در پسران جدی‌تر و شدیدتر از دختران بوده است. در دختران نیز نارساییهای شناختی، اختلالهای اضطرابی، افسردگی و اعتماد به نفس پایینتر بارز بوده است. این امر سبب می‌شود که کودکان با رفتار آزار دهنده بیش از کودکانی که رفتار آزار دهنده ندارند برای درمان ارجاع شوند (به نقل از بیدرمن و همکاران، ۱۹۴۴). در بررسی افورد و همکاران (۱۹۸۷) تغییر مشخصی در نسبت جنسیت اختلالهای روانی از دوره پیش نوجوانی به نوجوانی وجود دارد. در طی نخستین دهه زندگی، نسبت فراوانی پسران به دختران ۳ و ۴ به ۱ بوده است. به اعتقاد ایرلز^(۹) (۱۹۸۷) بروز بیشتر اختلال کمبود توجه و

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1- Huessy | 2- Sandberg |
| 3- Glow | 4- Mc Gee |
| 5- Goyette | 6- Williams |
| 7- externalizing disorders | 8- internalizing disorders |
| 9- Earls | |

اختلال سلوک در پسران در دوره پیش نوجوانی و بروز بالای اضطراب و افسردگی و اختلالهای جسمی در دختران نوجوان، بازتابی از آسیب پذیریهایی مربوط به جنسیت با منشاء زیستی یا اجتماعی می باشد (ایرلز، ۱۹۸۹). بنابر این میزان شیوع بالای اختلال رفتار ایدایی و کمبود توجه پسران را نسبت به دختران می توان به تفاوت های آنان در فراوانی، سن شروع و اشکال بالینی متفاوت اختلال، رفتار تهاجمی پسران، اعمال نظارت و کنترل تربیتی بیشتر بر دختران نسبت داد.

یافته های پژوهش حاضر همانند دیگر پژوهشهای انجام شده (دژکام، ۱۳۷۱؛ محمد رومزپور، ۱۳۷۴) نشان داد که بین پایه تحصیلی و ابتلاء به اختلال رفتار ایدایی رابطه معنی داری وجود دارد، که در آن بالاترین میزان شیوع اختلال، به ترتیب در پایه تحصیلی چهارم و سوم و کمترین میزان در پایه تحصیلی اول دیده شده است.

نتایج پژوهش حاضر همچون دیگر پژوهشهای انجام شده (افورد و همکاران، ۱۹۸۷، ۱۹۹۱ به نقل از تیلور، ۱۹۴۴؛ گویت و همکاران، ۱۹۷۸؛ بیرد و همکاران، ۱۹۸۸؛ ایزر، اشمیت و ورنر، ۱۹۹۰؛ باتیا و همکاران، ۱۹۹۱؛ محمد رومزپور، ۱۳۷۴) رابطه معنی داری را بین سن و ابتلاء به اختلالهای یاد شده نشان داد، که در آن بالاترین میزان شیوع اختلال به ترتیب در سنین ۱۲ و ۹ سالگی و کمترین میزان در سن ۷ سالگی مشاهده گردید. لئوبر^(۱) و همکاران (۱۹۹۱) نیز در بررسی خود نشان دادند که میزان شیوع رفتارهای جلدی ایدایی یا بزهکارانه با بالا رفتن سن کودکان افزایش می یابد. در بررسی آشنباخ و ادل براک^(۲) (۱۹۸۱) نیز این موضوع تأیید شده است. البته در پژوهش حاضر، با توجه به این که سن دانش آموزان دبستانی در دامنه ۷ تا ۱۱ سال قرار گرفته، تنها ۲٪ نمونه مورد پژوهش (موارد مردودی) را سن ۱۲ سال تشکیل می دهد.

یافته های این پژوهش همانند بسیاری از پژوهشها (راتر و همکاران، ۱۹۷۰ به نقل از شاپار و واشموت،

۱۹۹۰ ب؛ استوارت^(۳) و همکاران، ۱۹۸۰؛ افورد و همکاران، ۱۹۸۷، ۱۹۹۱ به نقل از تیلور، ۱۹۹۴، بیرد و همکاران، ۱۹۸۸؛ کاپلان و سادوک، ۱۳۶۸؛ باتیا و همکاران، ۱۹۹۱؛ مانوزا و همکاران، ۱۹۹۱؛ محمد رومزپور، ۱۳۷۴) نشان داد رابطه معنی داری بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی والدین و ابتلاء به اختلالهای رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان وجود دارد که در آن بالاترین میزان شیوع اختلال به ترتیب در وضعیت های اجتماعی - اقتصادی "خیلی پایین"، "پایین" و "متوسط" والدین گزارش شده است. گفتنی است که دانش آموزان خانواده های با وضعیت اجتماعی - اقتصادی "خیلی پایین" و "پایین" دچار مشکلات روانی - رفتاری بیشتری می شوند؛ زیرا از عوامل گوناگونی مانند آبتنی و زایمان سخت، سوء تغذیه و مسمومیتها بیشتر رنج می برند؛ که احتمال آسیب دیدگی دستگاه عصبی را افزایش می دهد (نلیگان^(۴) و همکاران، ۱۹۹۰ به نقل از باتیا و همکاران، ۱۹۹۱). معمولاً نارساییها و کمبودهای آموزشی - تربیتی نیز سبب افزایش و پیچیده تر شدن مشکل می شوند. از این رو کودکان محروم از نظر اجتماعی - اقتصادی، ناتوان از کسب موفقیت و خواسته های مادی خود از طریق مشروع، در زمینه پناه بردن به روشهای ناپسند اجتماعی برای نیل به اهداف خود تحت فشار قرار می گیرند (کاپلان و سادوک، ۱۳۶۸).

در مورد بررسی حاضر همانند برخی پژوهشهای انجام شده (برای نمونه، محمد رومزپور، ۱۳۷۴) بین داشتن اختلال رفتار ایدایی و کمبود توجه و وضعیت مسکن خانواده رابطه معنی داری دیده نشد.

نتایج این پژوهش هیچ رابطه معنی داری را بین ترتیب تولد و اختلال رفتار ایدایی و کمبود توجه نشان نداد. این

1- Loeber

2- Achenbach and Edelbrock

3- Stewart

4- Neligan

نتیجه با بررسیهای پیشین در مورد شیوع بالای این نوع اختلالها در فرزند اول مغایرت دارد (راتر و همکاران، ۱۹۷۰؛ گادا^(۱)، ۱۹۸۷ به نقل از باتیا و همکاران، ۱۹۹۱؛ باتیا و همکاران، ۱۹۹۱؛ دژکام، ۱۳۷۱، مروتی شریف آبادی، ۱۳۷۲؛ محمد رومزپور، ۱۳۷۴)، هر چند با بررسی گودمن و استونسون^(۲) همخوان است (به نقل از باتیا و همکاران، ۱۹۹۱). البته بالابودن میزان شیوع اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه در فرزند چهارم و بالاتر را نیز می‌توان ناشی از بالا بودن تعداد فرزندان و پیامدهای منفی آن دانست.

نتایج این پژوهش، ارتباط بین وضعیت تحصیلی و اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه در نمونه مورد بررسی را تأیید کرد. یافته‌ها نشان داد که بالاترین میزان شیوع اختلال به ترتیب در وضعیتهای تحصیلی "خیلی ضعیف"، "متوسط" و "ضعیف" و کمترین میزان در وضعیت تحصیلی "عالی" وجود دارد. در بسیاری از بررسیها وضعیت مشابهی برای این نوع اختلال گزارش گردیده است (راتر و همکاران، ۱۹۷۰؛ افورد و همکاران، ۱۹۷۸؛ هوگان و کویی^(۳)، ۱۹۸۴ به نقل از شاپار و واشموت، ۱۹۹۰؛ ب؛ گراهام، ۱۹۸۶؛ سمرو، کلیکمن^(۴) و همکاران، ۱۹۹۲ به نقل از بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۴؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۷۴؛ مروتی شریف آباد، ۱۳۷۲). در مورد چگونگی ارتباط بین وضعیت تحصیلی و این اختلال نظریه‌های گوناگونی وجود داد. ضعف تحصیلی در این بیماران ممکن است ناشی از علایمی مانند بی‌توجهی، تکانشگری، هیجان‌پذیری، کمبودهای شناختی و رفتارهای مقابله‌ای (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۱) و یا عوامل دیگری همچون محرومیت اجتماعی، تضعیف روحیه شخصی و پیامد کاهش انگیزه باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین سابقه ناراحتیهای روانی والدین و وجود اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان رابطه معنی‌داری وجود دارد. میزان شیوع اختلال در خانواده‌هایی که والدین آنها دارای

سابقه ناراحتیهای روانی می‌باشند تقریباً دو برابر خانواده‌هایی است که هیچ سابقه‌ای در این زمینه ندارند. بررسیهای انجام شده در این مورد، با این یافته‌ها همخوانی دارد (استورات و همکاران، ۱۹۸۰؛ ماریسون، ۱۹۸۰؛ شاپار و واشموت، ۱۹۹۰؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۲؛ باتیا و همکاران، ۱۹۹۱؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۷۴؛ مروتی شریف آباد، ۱۳۷۲).

نتایج این پژوهش مانند بسیاری از پژوهشها (سافر، ۱۹۷۳ به نقل از آزاد، ۱۳۶۶؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۰، ۱۹۹۱، ۱۹۹۲؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۷۴) رابطه معنی‌داری را بین سابقه ناراحتیهای روانی برادران و خواهران دانش‌آموز و وجود اختلال رفتار ایذایی و کمبود توجه نشان داد. میزان شیوع اختلال در خانواده‌هایی که برادران و خواهران آنها دارای سابقه ناراحتیهای روانی می‌باشند تقریباً سه برابر خانواده‌هایی است که هیچ سابقه‌ای در این زمینه ندارند.

قدردانی

در پایان از اساتید محترم انستیتو روانپزشکی تهران به ویژه آقایان دکتر محمد نقی براهنی، دکتر بهروز بیرشک و از اداره آموزش و پرورش و دانشکده علوم پزشکی شهرستان گناباد، همچنین آقایان دکتر محمدعلی همتی، مهندس علی سجادی و شمس‌الدین کهانی که هر کدام به نوعی ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند سپاسگزاری می‌شود.

منابع

آزاد، حسین (۱۳۶۶). روانشناسی مرضی کودک به ضمیمه طبقه‌بندی بیماری‌های روانی بر اساس *DSM-III* و *DSM-III-R* چاپ اول. تهران: نقش جهان.

- 1- Gada
- 2- Goodman and Stevenson
- 3- Hogan and Guay
- 4- Semrud - Clikeman

- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46, 1-82.
- August, G., Ostrander, R., & Bloomquist, M. (1992). Attention deficit hyperactivity disorder: an Epidemiological screening method. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 387-96.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barker, P. (1988). *Basic child psychiatry*, 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publication.
- Bhatia, M. S., Nigam, V. R., Bohra, N., & Malik, S. C. (1991). Attention deficit disorder with hyperactivity among pediatric out patient. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 32, 297-306
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family - genetic and psychological risk factors in DSM III attention deficit disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 526-33.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-77.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Benjamin, J., & Krifcher, B. (1992). Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. *Archive of General Psychiatry*, 49, 728-38.
- Biederman, J., Faraone, S. V. Spencer, T., Willen, T., انجمن روانپزشکی آمریکا، (۱۳۷۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی. ترجمه محمدرضا نیکخواه؛ هامایاک اوادیس یانس؛ سیامک نقشبندی و همکاران. چاپ چهارم. تهران: انتشارات سخن.
- دژکام، محمود (۱۳۷۱)، بررسی میزان شیوع اختلال سلوک و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان کلاس های چهارم و پنجم ابتدایی مدارس شهر قم، خلاصه مقالات اولین سمینار سراسری بررسی علل و پیشگیری اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان، زنجان.
- راس، آلن. ا. (۱۳۷۰). اختلالات روانی کودکان. ترجمه امیر هوشنگ مهریار، تهران: انتشارات رشد.
- سازمان جهانی بهداشت، (۱۳۶۸). بهداشت روانی و رشد روانی - اجتماعی کودک. ترجمه توران محمودیان، تهران: انتشارات روز بهان.
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۱۳۶۸). خلاصه روانپزشکی. ترجمه پورافکاری، نصرت ا... جلد اول. تبریز: انتشارات ذوقی.
- گراهام، فیلیپ (۱۳۷۲). روانپزشکی کودک (رویکرد تحولی). ترجمه کوروش نامداری و کریم عسکری. اصفهان: جهاد دانشگاهی اصفهان.
- محمد رومزپور، زرین (۱۳۷۴). بررسی پایایی و اعتبار و هنجارهای مقدماتی پرسشنامه رفتاری کودکان راتر (B2 - فرم معلم) و تعیین شیوع اختلالات سلوکی و هیجانی در جمعیت کودکان دبستانی اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- مروتی شریف آباد، محمدعلی (۱۳۷۲). بررسی عوامل مؤثر بر اختلالات عاطفی - رفتاری به ویژه اختلال کردار در کودکان دبستانی جنوب شهر تهران از دیدگاه بهداشت روانی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده بهداشت و مؤسسه تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- Mick, E. & Lapay, K. A. (1994). Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactive disorder. *Journal Psychiatry Research*, 55, 13-29.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio, S. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archive of General Psychiatry*, 45, 1120-7.
- Earls, F. (1989). Epidemiology and child psychiatry: Entering the second phase. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 279-83.
- Esser, G., Schmidt, M. H., & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatry disorders in school - age children results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 31, 243-63.
- Fombonne, E. (1994). The chartres study: prevalence of psychiatric disorders among school - aged children. *British Journal Psychiatry*, 164, 69-79.
- Goyette, C. H., Conners, C. K., & Ulrich, R. F. (1978). Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Abnormal Child Psychology*, 6, 221-36.
- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories Manual*. Stony Brook: Checkmate Plus. LTD.
- Grayson, P., & Carlson, G. A. (1991). The utility of a DSM-III-R based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 30, 669-73.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bonagura, N., Malloy, P., Giampino, T. L., & Addalli, K. A. (1991). Hyperactive boys almost grown up. *Archive General Psychiatry*, 48, 77-83.
- Morrison, J. (1980). Adult psychiatric disorders in parent of hyperactive children. *American Journal of Psychiatry*, 137, 825-27.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1970). *Education, Health and Behavior*. London: Longmans.
- Schachar, R., & Wachmuth, R. (1990a). Hyperactivity and parental psychopathology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 3, 381-92.
- Schachar, R., & Wachmuth, R. (1990b). Oppositional disorder in children: a validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 31, 1089-102.
- Stewart, M. A., Deblois, C. S., & Cummings, C. (1980). Psychiatric disorder in the parents of hyperactive boys and those with conduct disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 21, 283-97.
- Taylor, E. (1994) Syndromes of attention deficit and overactivity, in M. Rutter, & E. Taylor (Eds). *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publication.
- Williams, S., Anderson, J., McGee, R., & Silva, P. A. (1990). Risk factor for behavioral and emotional disorder in preadolescent children. *Journal of American Academy of Child & Adolescence Psychiatry*, 29, 413-19.

