



مقاله اصلی

بررسی شیوع اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کودکان سنین قبل از دبستان شهر مشهد در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱

دکتر ابراهیم عبداللهیان^۱، دکتر محمدتقی شاکری^۲، دکتر ایرج وثوق^۳

^۱دانشیار روانپزشکی، ^۲استادیار گروه پزشکی اجتماعی، ^۳دستیار روانپزشکی - بیمارستان روانپزشکی ابن سینا مشهد

خلاصه

مقدمه: اختلال نقص توجه - بیش فعالی^۱ یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی در کودکان است که در صورت عدم درمان مناسب می تواند منجر به عوارض و صدمات جبران ناپذیری در بزرگسالی از جمله کاهش عملکرد تحصیلی و اعتماد به نفس، اختلال در روابط با دیگران و نیز افسردگی، اضطراب و نهایتاً سوء مصرف شود لذا با توجه به اهمیت موضوع، این مطالعه با هدف بررسی میزان شیوع اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کودکان پیش دبستانی، مهدکودک های تحت پوشش سازمان بهزیستی مشهد و ارتباط بین شیوع این اختلال با فصل، تولد، رتبه تولد، نوع زایمان و جنسیت کودک انجام گرفت.

روش کار: برای انجام این تحقیق از پرسشنامه ۱۰ عنوانی کانرز با خط برش ۱۵ (میانگین نمرات مربی و والدین) استفاده شد که از ۱۲۷۵ نفر نمونه انتخاب شده، تعداد ۱۰۸۹ نفر از مجموع ۳۴ مهدکودک (۲۰٪ مهدکودک های شهر مشهد) که به صورت تصادفی در ده منطقه شهری مشهد انتخاب شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. برای تعیین حجم نمونه در این پژوهش میزان شیوع اختلال مورد نظر $p=0/10$ در نظر گرفته شد. این نسبت از مطالعه سال ۱۳۷۶ دکتر طلایی بدست آمده بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از بسته نرم افزاری SPSS استفاده شد.

نتایج: از مجموع ۱۰۸۹ نفر تعداد ۱۳۳ نفر حداقل نمره لازم (بالای ۱۵) را کسب کرده اند و شیوع کلی $12/3 \pm 2/12$ با حد اطمینان ۹۵٪ بدست آمد که شیوع در پسران ۱۸/۱ درصد و شیوع در دختران ۶/۷ درصد بدست آمد. در ضمن بین فصل تولد و شیوع اختلال بیش فعالی و نقص توجه ارتباط معنی داری یافت نشد ولی شیوع این اختلال به طور معنی داری در پسران بیشتر از دختران است ($M/F=3/1$).

نتیجه گیری: شیوع کلی بیش فعالی و نقص توجه در این مطالعه $12/3 \pm 2/12$ بود که تنها ارتباط معنادار آن با جنسیت بود.

واژه های کلیدی: میزان شیوع، اختلال بیش فعالی و نقص توجه، کودکان پیش دبستانی

مقدمه

این اختلال یک معضل طولانی مدت می باشد که

علائم اساسی خود را در طول دوره زندگی، از دوران قبل از مدرسه تا سنین بلوغ نشان می دهد تظاهرات بیماری در حین رشد از دوران قبل از مدرسه تا بزرگسالی ممکن

اختلال نقص توجه و بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان است به طوری که علت مراجعه در ۵۰٪ کلینیک های روانپزشکی اطفال می باشد (۹،۲،۱).

^۱ ADHD: Attention Dificit Hyper Activity Disorder

بی توجه و ADHD نوع عمدتاً بیش فعال و تکانشگر تقسیم می کند (۳).

تشخیص ADHD یک تشخیص بالینی است و مصاحبه با والدین اولین قدم در فرآیند ارزیابی است. اگر منبع اختلال سه منبع والدین، پزشک و معلمین با هم باشند، شیوع اختلال کمتر از حالتی است که منبع تشخیص اختلال هر یک از ۳ منبع به طور مجزا باشند (۱۰، ۴، ۱). والدین عمدتاً علائم ADHD را در دختران نسبت به پسران کمتر تشخیص می دهند (۳). اصولاً پسرها زودتر به کلینیک ارجاع می شوند (۱، ۳).

در مطالعات نشان داده شده که رفتارهای مقابله جویانه در دخترها کمتر از پسران است. به عبارت دیگر علامت عمده در دختران حواسپرتی است در صورتی که پسران بیشتر به علت بیش فعالی ارجاع می شوند (۳).

اختلال در پسرهای اول خانواده شایع تر است و در همشیره‌های افراد مبتلا به ADHD خطر ابتلا به این بیماری و نیز سایر اختلالات مثل اختلال رفتاری مخرب، اختلالات اضطرابی و افسردگی بالاست. همشیره‌های کودکان مبتلا به ADHD احتمالاً در آزمون‌های پیشرفت تحصیلی نسبت به سایر کودکان نمرات ضعیف‌تری کسب می کنند و شواهدی از شکست تحصیلی نشان می دهند (۱، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸).

اتیولوژی ADHD ناشناخته است و تنها یک عامل اتیولوژیک در ایجاد آن نقش ندارد. بلکه در ایجاد اختلال احتمالاً هم عوامل روانی - اجتماعی و هم عوامل بیولوژیک نقش دارند (۱، ۳، ۴).

از جمله عوامل اتیولوژیک می توان به عوامل ژنتیک، آسیب‌های جزئی و نامحسوس (احتمالی) مغز، کاهش جریان خون در منطقه پره فرونتال، هسته دم دار بزرگتر در مبتلایان به ADHD و سایر مشکلات بیولوژیک و فیزیولوژیک در مغز، عوامل محیطی و تغذیه‌ای نظیر سندرم جنین الکلی، عوامل اکتسابی نظیر وزن کم هنگام تولد، عوامل اکتسابی نظیر وزن کم هنگام

است تغییر کند. گاهی علائم باقیمانده حتی در بزرگسالی نیز وجود دارد (۱).

DSM-IV TR شیوع بیش فعالی و نقص توجه را در کودکان سن مدرسه ۷-۳٪ ذکر می کند در حالی که ICD-10 آنرا ۱/۷٪ ذکر می کند (۳).

شیوع بالای ADHD که جمعیت وسیعی از کودکان و نوجوانان را شامل می شود یک مسئله مهم بهداشت روانی جامعه محسوب می شود. این بیماری با زندگی کودک در خانواده، مدرسه و اجتماع تداخل می کند به طوری که ناتوانی‌های کودک می تواند حتی تا سنین بلوغ تداوم یابد و موارد عدم درمان کودک را برای آسیب‌پذیری اجتماعی و روانپزشکی در سالهای بعد زندگی مستعد می کند (۹). اهمیت درمان کودکان مبتلا به ADHD با بالاتر بودن خطر بزهکاری، حادثه‌پذیری و سوء مصرف مواد در این کودکان بارزتر می شود (۷، ۳). از سوی دیگر برخی اختلالات روانپزشکی مثل اختلالات دوقطبی رابطه نزدیکی با ADHD دارد (۱، ۳، ۱۹).

ADHD شایع‌ترین اختلال روانی در بین کودکان مدرسه می باشد که برای تشخیص، طول مدت بیماری حداقل ۶ ماه باید طول کشیده باشد. علائم این بیماری باید قبل از ۷ سالگی شروع شده باشد و در دو موقعیت خانه و مدرسه در کارکرد کودک تداخل ایجاد کند. سایر خصوصیات مشخص کننده ADHD، میدان توجه کوتاه و حواس پرتی سریع است.

در مدرسه کودکان مبتلا به این اختلال قادر به انجام تکالیف نبوده و نیازمند توجه بیشتری از سوی معلمین هستند. در خانه اغلب از والدین پیروی نمی کنند. این کودکان تکانشی عمل می کنند و دچار بی ثباتی هیجانی بوده و تحریک‌پذیر و انفجاری هستند. حدود ۷۵٪ کودکان مبتلا به ADHD، نشانه‌های رفتار پرخاشگری و نافرمانی را به طور نسبتاً ثابتی نشان می دهند. DSM-IV-T این اختلال را به انواع مرکب (بیش فعالی - نقص توجه) یا ADHD نوع عمدتاً

انتخاب و کلیه کودکان ۵ ساله این مهدکودکها مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار پژوهش در این مطالعه، پرسشنامه ۱۰ عنوانی کانرز^۲ بود که یک نسخه توسط مربی و نسخه دیگر توسط والدین تکمیل شد. پس از آن پرسشنامه‌ها تصحیح و نمره‌گذاری گردید. روش نمره‌گذاری بر اساس شدت علائم بین صفر و سه به سئوالات نمره داده شد.

به این ترتیب حداقل نمره هر پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۳۰ بود که میانگین نمرات مربی و والدین محاسبه و ملاک عمل قرار گرفت.

در این مطالعه نقطه برش برای مطرح کردن تشخیص احتمالی، ۱۵ در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل نتایج از بسته نرم‌افزاری SPSS استفاده گردیده است.

نتایج

۱- میزان شیوع کلی ADHD در این مطالعه $12/3 \pm 2\%$ بدست آمد. در این تحقیق شیوع در پسران $18/1\%$ و در دختران $6/7\%$ بدست آمد (شیوع در کودکان قبل دبستان "۵ سال"). میزان شیوع در پسران تقریباً سه برابر دختران بود. به عبارت دیگر میزان شیوع در پسران و دختران تفاوت معنی‌داری با یکدیگر داشت.

تولد، عوامل خانواده و روانی - اجتماعی اشاره کرد. بیماری‌های همزمان مثل اختلال عملکرد بی‌اعتنایی مقابله‌ای، بی‌اختیاری ادرار، اختلال وسواس جبری، تیک و توره و اختلال اضطرابی نیز ممکن است ADHD را همراهی کند (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۹).

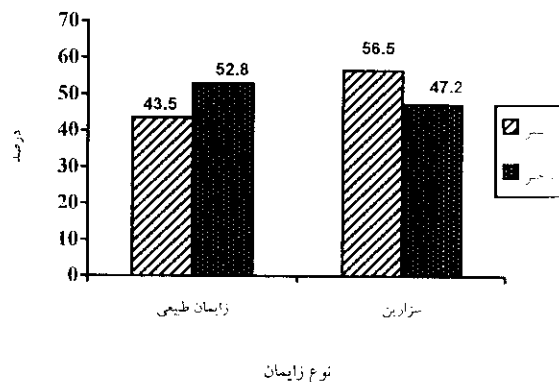
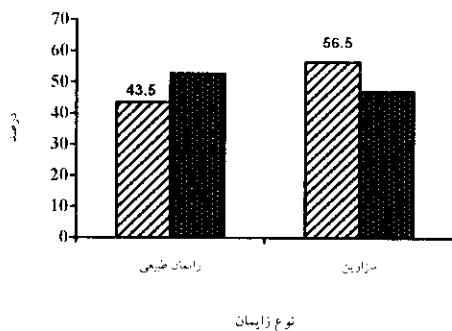
گزارش‌های شیوع بیماری در آمریکا از ۲۰-۲٪ متغیر است و در بریتانیا میزان بروز آن حدود ۱٪ ذکر شده است (۳). در مطالعات مختلف که تا سال ۲۰۰۰ انجام شده است، شیوع این اختلال را بین ۱/۹ تا ۱۱/۴ درصد برآورد کرده‌اند (۱).

مطالعات اخیر که در بانکوک انجام شد، شیوع آن ۶/۷٪ بوده است در مطالعه دیگری که در کلمبیا انجام شد، شیوع کلی اختلال ۱۶/۴ درصد (شیوع در پسران $19/8\%$ و در دختران $12/3\%$) ذکر شده است (۱۴، ۱۵).

مطالعاتی که روی پسران در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ در گناباد و مشهد انجام شده است، شیوع ADHD را به ترتیب ۹ و ۱۵ درصد ذکر کرده‌اند (۱۸).

روش کار

این مطالعه توصیفی در سال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۲ در شهر مشهد انجام شده است. محیط پژوهش شامل ۱۵۵ مهد کودک تحت پوشش سازمان بهزیستی اعم از دولتی و خصوصی شهر مشهد بوده است. جامعه آماری در این پژوهش کودکان ۵ ساله یعنی مقطع پیش‌دبستانی بوده‌اند. حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعات مشابه بر اساس محاسبات آماری محاسبه شده ۱۲۷۵ نفر تعیین گردید. نمونه برداری در این مطالعه یک مرحله ای انجام شد. با توجه به گستردگی شهر مشهد و تمرکز بیشتر مهدکودکهای خصوصی در برخی از قسمتهای شهر مشهد و با عنایت به تفاوت‌های زیاد در مناطق مختلف شهر مشهد نمونه برداری طبقه ای پیشنهاد گردید. بین ۱۵۵ مهدکودک ۳۴ مهدکودک به روش نمونه‌برداری متناسب با حجم از مناطق ده گانه شهرداری

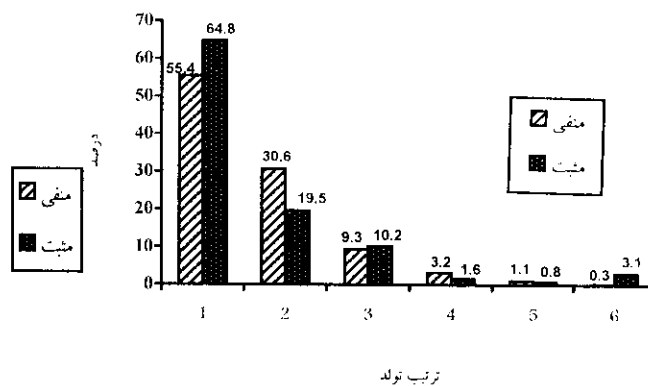
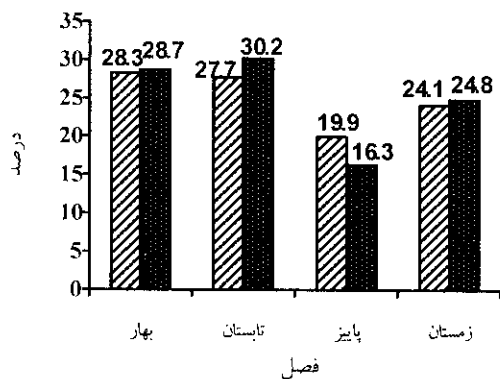


نمودار ۳- توزیع فراوانی کودکان مبتلا به ADHD بر حسب نوع و روش زایمان

نمودار ۱- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب جنس

۴- رابطه ای بین فصل تولد و ابتلا به ADHD وجود ندارد. به عبارت دیگر میزان شیوع ADHD در فصول مختلف سال تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارد.

۲- تفاوت معنی داری بین شیوع ADHD و ترتیب تولد وجود ندارد. (منظور از ترتیب تولد، تولد فرزند اول، دوم و ...)



نمودار ۴- توزیع فراوانی تولد کودکان مورد مطالعه در فصول مختلف سال

نمودار ۲- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب ترتیب تولد

۳- آزمون کای دو نشان داد رابطه ای بین نوع زایمان و میزان ابتلا به ADHD وجود ندارد. یعنی شیوع بیش فعالی در کودکانی که با روش زایمان طبیعی یا سزارین به دنیا آمده اند تفاوت معنی داری ندارد.

پسرها از نظر ریسک میزان شیوع ADHD تفاوت معناداری نداشته است که این مسئله نیز در مطالعات مختلف گزارش نشده است. در این مطالعه نیز بدین ترتیب تولد و شیوع ADHD تفاوت معناداری پیدا نشد و این در حالی است که در برخی مطالعات ذکر شده که ADHD در فرزندان اول پسر شایع تر است (۳).

بر اساس این مطالعه نمی‌توان قضاوت کرد که میزان شیوع در نقاط مختلف شهری تفاوت دارد یا خیر که این به خاطر تفاوت در سطح سواد والدین در پر کردن پرسشنامه و حساسیت مربیان مهد کودک‌ها می‌باشد. در مطالعات مختلف نیز ذکر شده است که به نظر نمی‌رسد وضعیت اقتصادی - اجتماعی نقشی در بروز ADHD داشته باشد. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌گردد که:

- ۱- چون شیوع ADHD افزایش یافته است تأسیس کلینیک ADHD در شهرهای بزرگ دیگر ضروری است.
- ۲- جهت شناسایی، پیگیری و درمان بیماران نسبت به ادغام طرح ADHD در نظام شبکه بهداشتی - درمانی کشور اقدام لازم انجام گیرد.
- ۳- گروه‌های خودیاری ADHD برای والدین و کودکان و نیز بزرگسالان مبتلا تشکیل شود.
- ۴- از آنجا که ADHD و عوارضی مثل کناره‌گیری، کاهش اعتماد به نفس، اختلالات رفتاری مثل لجبازی و اختلالات سلوک همراه است. غربالگری ADHD با استفاده از اندکس ۱۰ عنوانی Conner's به عنوان ابزار غربالگری توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری مسئول سازمان بهزیستی به خصوص معاونت محترم پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و مدیران محترم مهدکودک‌ها که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصله که حاکی از میزان شیوع $12 \pm 2/12\%$ به احتمال 95% می‌باشد که با توجه به متدولوژی قابل تعمیم به کل جامعه آماری مورد نظر یعنی کودکان ۵ ساله شهر مشهد می‌باشد. نتایج این مطالعه با مطالعات انجام شده در سالهای اخیر تقریباً مشابه می‌باشد (۱۴،۱۵،۱۶،۱۸) در جدول زیر نتایج مطالعات اخیر جهت مقایسه و اهمیت موضوع نشان داده شده است لذا این موضوع نشان می‌دهد که با توجه به شیوع بالای بیماری می‌بایست در جهت شناسایی و درمان و پیگیری عوارض اقدام لازم انجام شود.

جدول ۱- شیوع ADHD در کشورهای دیگر

محقق	ADD (درصد)	ADHD (درصد)
آندرسون و همکاران ۱۹۸۷	۶/۷	۵/۷
کاستلو همکاران ۱۹۸۸	۲/۲	۲/۰۰
زاتماری و همکاران ۱۹۸۹	-	۶/۳
ولوز همکاران ۱۹۸۹	۱۲/۶	-
چانسون و همکاران ۱۹۹۵	-	۷/۴
کاستلو همکاران ۱۹۹۶	-	۱/۹
شافرو همکاران ۱۹۹۶	-	۴/۱
ورلیش و همکاران ۱۹۹۶	-	۱۱/۴
دکتر طلایی ۱۹۹۷	-	۱۵
کوهن و همکاران ۲۰۰۰	-	۹/۵
بنجاسونت و همکاران ۲۰۰۲	-	۶/۵
لوپرا و همکاران ۲۰۰۳	-	۱۶/۴
منتی ال و همکاران ۲۰۰۳	-	۱۰/۱۵
DSM-IV-TR ۲۰۰۳	-	۳-۷
ICD-10	-	۱/۷

همچنین در این مطالعه نسبت جنس پسران به دختران (M/F) ۳ به ۱ بدست آمد که نتایج با مطالعات انجام شده مختلف می‌شود (۳، ۱۶، ۱۷). در مطالعه بین فضل تولد و شیوع ADHD دیده نشد. در حالی که حداقل در یک مطالعه گزارش شده که ADHD در متولدین سپتامبر (شهریور ماه) بیشتر است (۱۷). مطابق این مطالعه تفاوت معناداری بین روش زایمان و میزان شیوع ADHD یافت نشد همچنین نوع زایمان در دخترها و

References:

- 1- Kaplan, Sadock.: Comprehensive textbook of psychiatry, 7th ed. Philadelphia. L. W. W. COM, 2000; 2679-93.
- 2- Smalley, et al: Familial clustering of symptoms and disruptive behavior in multiplex familial with ADHD, JAACAP, 2000; 39(9): 1135 -1143.
- 3- Kaplan, Sadock: Synopsis of psychiatry. 9th ed. Philadelphia, L. W. W. COM, 2003; 1223-1230, 1116-1121.
- 4- Biederman et al: Further evidence for family-genetic risk factor of ADHD. Arch. Gen. Psychiatry, 1992; 49(9): 728-738.
- 5- Biederman J., Faraone S.V., Keenak, Family-genetic and psychosocial risk factors in DSMIII-ADD, JAACAP, 1992; 29: 526-533. 6- Faraone, Biederman.: Genetics of ADHD, J. of child, adolescent psychiatry north American, 1994; 3: 285-301.
- 7- Schachar R., Wachsmulh R.: Hyperactivity and parental psychopathology, J. child psychology. Psychiatry, 1990; 31: 381- 392.
- 8- Dulcan et al.: Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescents and adults with ADHD, JAACAP, 1997; 36: 10 suppl: 85S-121S.
- 9- Cantwell,: Attention deficit disorder, A review of the past 10 years, JAACAP, 1996; 35(8): 978-1092.
- 10- Wiener, Textbook of child. Adolescent psychiatry. 2nd ed. Washington D.C., AACAP, 1997; 389.
- 11- Semrad, Clikman, Margaret, et al: Comorbidity between ADHD and learning disability, 1AACAAP, 1992; (31): 439- 448.
- 12- Biederman, et al: Comorbidity of ADHD with conduct, depression, anxiety and other disorders, Am. J. Psychiatry, 1991; 148(50): 564-577.
- 13- Bird, Heter R., et al: The comorbidity of ADHD in a community sample of children age 6 through 16, J of child and family studies, 1994; 3(4): 365-378.
- 14- Pineda D.A., Lopera F., Palalcio J.D., Ramire Z.D., Henao G.C.: Prevalance estimations of ADHD: differential diagnosis and comorbidities in a Colombian Samples. Int J Neurosci, Jan 2003; 113(1):49-71.
- 15- Benjasuwantep B., Ruangfaraganon N., Visudhiphan P.: Prevalence and clinical characteristics of ADHD among primary school students Bangkok, J. Med Assoc Thai, Nov 2002; 85, 4 (Suppl),: 1232.
- 16- Montiel-Nava C., Pena J.A., Montief-Barbelol,: Epidemiological data about ADHD in a sample of Marabino children. Rev neural. Nov 2003; 37(9): 815-9.
- 17- Mick E., Biderman J., Farone SV.: Is season of birth a risk factor for children? J AM Acad Adolesc.Psychiatry; Nov 1996; 35(11): 1470.

۱۸- طلایی، علی. «بررسی شیوع ADHD در دانش آموزان پسر کلاس اول و دوم شهر مشهد». پایان نامه جهت اخذ درجه دکتری در رشته پزشکی. دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۶.

۱۹- حبرانی. پریا. «تعیین الگوی ابتلا به اختلالات روانپزشکی بر اساس DSM-IV در خانواده کودکان مبتلا به ADHD. مراجعه کننده به بیمارستان روزبه (۱۳۸۱)». پایان نامه جهت اخذ درجه فوق تخصص در رشته روانپزشکی کودکان.