

بررسی عوامل خطر ساز در ابتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه

*دکتر کتایون خوشابی^۱، دکتر آمنه ستاره فروزان^۲، شهرام مرادی^۳، دکتر پروانه محمدخانی^۴

چکیده

هدف: با توجه به اهمیت بالینی اختلال بیش فعالی / کمبود توجه به عنوان یکی از شایع ترین اختلالات رفتاری در کودکان و تأثیر آن در سیستم خانواده در پژوهش حاضر به بررسی عوامل خطر ساز در ابتلا به این اختلال پرداخته می شود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع تحلیلی مقایسه‌ای بوده و آزمودنی‌های پژوهش حاضر را ۱۹۲ کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی / کمبود توجه که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس در یک دوره زمانی دو ساله (ابتدای سال ۸۲ تا انتهای سال ۸۳) به مرکز روانپزشکی اطفال ارجاع شده بودند و تشخیص اختلال بیش فعالی / کمبود توجه بر اساس معیارهای DSM-IV توسط دو روانپزشک کودک در آنها مسجل شده بود (گروه آزمایش) و ۲۱۰ کودک جامعه عادی که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از مدارس و مهدهای کودک شهر تهران انتخاب شده و از لحاظ متغیرهای پژوهش با گروه آزمایش هم‌تاسازی شده بودند (گروه کنترل)، تشکیل می دادند. داده‌های پژوهش با کمک روش‌های توصیفی مانند فراوانی و درصد و نیز استفاده از روش‌های آمار استنباطی نظیر χ^2 و P مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میزان بروز این اختلال در پسران از دختران بیشتر است ($P=0/0001$) و $\chi^2=33/8$ ، میزان بروز ADHD در فرزندان والدین دارای نسبت خویشاوندی از فرزندان والدین غیرخویشاوند دارند بیشتر است ($P=0/03$ و $\chi^2=4/95$)، میزان بروز اختلال ADHD در کودکانی که سابقه ابتلا به اختلال بیش فعالی در والدین و بستگان آنها وجود دارد بیشتر از کودکانی است که سابقه ابتلا به اختلال بیش فعالی در والدین و بستگان آنها وجود ندارد ($P=0/0001$) و $\chi^2=26/88$ ، میزان بروز اختلال ADHD در کودکان والدینی که دارای سابقه بیماری‌های روانی می‌باشند بسیار بیشتر از کودکان والدینی است که سابقه بیماری‌های روانی ندارند ($P=0/0001$) و $\chi^2=9/83$ ، در نهایت میزان بروز اختلال ADHD در فرزندان اول و دوم بسیار بیشتر از فرزندان سوم و بالاتر است ($P=0/0001$ و $\chi^2=23/41$).

نتیجه‌گیری: پسر بودن، ازدواج خویشاوندی، سابقه ابتلا به اختلال بیش فعالی در والدین و بستگان، سابقه بیماری‌های روانی در والدین و فرزند اول و دوم بودن از عوامل خطر ساز مهم در بروز ADHD می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: عوامل خطر ساز / اختلال بیش فعالی - کمبود توجه / اختلالات رفتاری / روانپزشکی اطفال

- ۱- فلوشیپ روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی
- ۴- دکترای روانشناسی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۳/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۶/۶

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانپزشکی
تلفن: ۲۲۴۲۹۷۲۶

* E-mail: kkhushabi@yahoo.com



مقدمه

اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه^۱ (ADHD) مجموعه‌ای از علائم است که با پرتحرکی و رفتارهای تکانه‌ای و محدودیت میزان توجه که منجر به اختلال تمرکز می‌شود قابل تشخیص است. برای تشخیص‌گذاری، علائم باید حداقل شش ماه دوام داشته باشد و نخستین بار بعد از سه‌سالگی و قبل از هفت‌سالگی شروع شده باشد. اختلال دارای سه نوع بیش‌فعالی - تکانشگری، کمبود توجه و تمرکز و نوع مختلط می‌باشد. همان‌طور که از نام این انواع مشخص است در نوع اول علائم مربوط به پرتحرکی و رفتارهای تکانه‌ای تابلوی بالینی اختلال را تشکیل داده، در نوع دوم فقط اختلال توجه و تمرکز وجود دارد و در نوع سوم هم علائم پرتحرکی و هم اختلال توجه و تمرکز وجود دارد. نوع مختلط یا ترکیبی شایع‌ترین و نوع همراه با کمبود توجه و تمرکز نادرترین انواع اختلال را تشکیل می‌دهند (۱).

این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان است که مطالعات همه‌گیرشناسی میزان شیوع آن را در جمعیت‌های عمومی از ۴ تا ۱۲ درصد در کودکان برآورد نموده‌اند (۲). شیوع این اختلال در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است که با مطالعات خارجی همخوانی دارد (۳). اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه اختلال مقاومی است که نشانه‌های آن در چرخه زندگی از دوران کودکی شروع و گاه تا بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. این اختلال بر عملکرد فرد در زندگی خانوادگی تا مسائل تحصیلی و روابط اجتماعی تأثیر می‌گذارد. عدم تشخیص و درمان این اختلال موجب ایجاد مشکلات آسیب‌شناختی جدی در زندگی فرد می‌شود (۴).

در سال‌های اخیر پژوهش‌های متعددی به منظور شناخت ماهیت این اختلال انجام شده است و مطالعات در سطوح مختلف خانوادگی و ژنتیکی شواهدی از نقش عوامل وراثتی را در این اختلال فراهم نموده‌اند (۵).

اگر چه پژوهش‌ها درباره خانواده کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه دارای سابقه بیست و پنج ساله می‌باشد، با این حال خاطرنشان شده است که نقش عوامل خانوادگی در ابتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه کمتر مورد توجه قرار گرفته است و بسیاری از سئوالات در مورد خصوصیات خانوادگی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی هنوز بدون پاسخ باقی مانده است (۵).

رویکرد آسیب‌شناختی تحولی، تعدادی از عواملی را که با بروز اختلال معینی در ارتباط می‌باشد مورد توجه قرار می‌دهد که در اصطلاح به آنها عوامل خطر ساز گفته می‌شود. در مورد اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه تعدادی از عوامل به عنوان خطر ساز شناخته شده‌اند. به عنوان مثال استورمونت - اسپورگین و زنتال (۱۹۹۶) کودکان مراجعه‌کننده به

کلینیک‌های درمانی را که تشخیص اختلال بیش‌فعالی دریافت کرده بودند با کودکان عادی مقایسه کردند. نتایج نشان داد که خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی با خانواده‌های کودکان عادی در پاره‌ای موارد (مانند سابقه بیماری روانی در والدین، ترتیب تولد و...) دارای تفاوت معنادار می‌باشند (۶). بیدرمن و همکاران (۱۹۸۷) و فاراون و همکاران (۱۹۹۵) گزارش دادند که شیوع اختلالات روانی در خویشاوندان پسران مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در مقایسه با کودکان سالم بیشتر می‌باشد (۸، ۷). پرین و لات (۱۹۹۶) میزان بالای اختلالات اضطرابی را در خویشاوندان زن کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی گزارش نمودند (۹).

علاوه بر این فاراون و همکاران (۱۹۹۴) و بیدرمن و همکاران (۱۹۹۵) میزان بالای اختلال بیش‌فعالی را در خویشاوندان کودکان مبتلا به این اختلال گزارش نمودند (۱۱، ۱۰) و روکیچ و کاپلان (۱۹۹۷) میزان بالای اختلال را در والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه مشاهده کردند (۱۲). مطالعات مشابه موارد ذکر شده در نمونه‌های ایرانی تاکنون انجام نشده، به همین دلیل بر آن شدیم ضمن انجام پژوهش در این زمینه به مشخص شدن نمای بالینی این اختلال در ساختار جمعیتی ایران کمک نمائیم. هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که عوامل خطر ساز در ابتلا به این اختلال کدامند.

روش بررسی

پژوهش حاضر از آن‌جا که به مقایسه کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی با کودکان عادی می‌پردازد از نوع تحلیلی مقایسه‌ای می‌باشد. آزمودنی‌های پژوهش حاضر را ۱۹۲ کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه تشکیل می‌دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از کودکانی که در یک دوره زمانی دو ساله به مرکز روانپزشکی کودک ارجاع شده بودند و تشخیص بالینی اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه را بر اساس معیارهای DSM-IV توسط دو روانپزشک کودک دریافت کرده بودند (گروه آزمایش) انتخاب شدند. علاوه بر این، ۲۱۰ کودک نیز از جامعه عادی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از مدارس مقطع ابتدایی و مهدهای کودک شهر تهران انتخاب شدند (گروه کنترل) و از لحاظ متغیرهای پژوهش با گروه آزمایش همساز می‌شدند. از کلیه والدین کودکان دو گروه رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید. به منظور تحلیل نتایج از روش‌های آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد و نیز از روش‌های آمار استنباطی مانند خی دو استفاده گردید.



یافته‌ها

جدول ۱- نسبت گروه آزمایش و کنترل بر حسب جنسیت

گروه کنترل		گروه آزمایش		جنسیت
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۵۴/۳	۱۱۴	۷۹/۷	۱۵۳	پسر
۴۵/۷	۹۶	۲۰/۳	۳۹	دختر
۱۰۰	۲۱۰	۱۰۰	۱۹۲	کل

($\chi^2=33/8$ و $P=0/001$)

همان‌طور که در جدول (۱) دیده می‌شود فراوانی پسران در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می‌باشد. نتیجه آزمون χ^2 دو نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان جنسیت در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. جدول ۲- نسبت گروه آزمایش و کنترل بر حسب خویشاوند بودن والدین

گروه کنترل		گروه آزمایش		خویشاوند بودن والدین
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۳/۸	۵۰	۳۴/۶	۶۶	دارای نسبت خویشاوندی
۷۶/۲	۱۶۰	۶۵/۴	۱۲۶	بدون نسبت خویشاوندی
۱۰۰	۲۱۰	۱۰۰	۱۹۲	کل

($\chi^2=4/95$ و $P=0/3$)

همان‌طور که در جدول (۲) دیده می‌شود فراوانی نسبت خویشاوند بودن والدین در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می‌باشد. نتیجه آزمون χ^2 دو نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان خویشاوند بودن والدین در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد.

جدول ۳- نسبت گروه آزمایش و کنترل بر حسب سابقه اختلال ADHD در والدین

گروه کنترل		گروه آزمایش		سابقه اختلال ADHD در والدین
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳/۱	۷	۲۰/۲	۳۹	والدین دارای سابقه ADHD
۹۶/۹	۲۰۳	۷۹/۷	۱۵۳	والدین بدون سابقه ADHD
۱۰۰	۲۱۰	۱۰۰	۱۹۲	کل

($\chi^2=26/88$ و $P=0/001$)

همان‌گونه که در جدول (۳) دیده می‌شود فراوانی سابقه اختلال ADHD در والدین گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می‌باشد. نتیجه آزمون χ^2 دو نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان سابقه اختلال

ADHD در والدین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد.

جدول ۴- نسبت گروه آزمایش و کنترل بر حسب سابقه اختلال ADHD در بستگان

گروه کنترل		گروه آزمایش		سابقه اختلال ADHD در بستگان
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲/۹	۶	۱۷/۷	۳۴	بستگان دارای سابقه ADHD
۹۷/۱	۲۰۴	۸۲/۳	۱۵۸	بستگان بدون سابقه ADHD
۱۰۰	۲۱۰	۱۰۰	۱۹۲	کل

($\chi^2=29/53$ و $P=0/001$)

همان‌طور که در جدول (۴) دیده می‌شود فراوانی سابقه اختلال ADHD در بستگان گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می‌باشد. نتیجه آزمون χ^2 دو نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان سابقه اختلال ADHD در بستگان دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد.

جدول ۵- نسبت گروه آزمایش و کنترل بر حسب سابقه بیماری روانی در والدین

گروه کنترل		گروه آزمایش		سابقه بیماری روانی در والدین
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۴/۸	۸	۱۲	۲۳	دارای سابقه بیماری روانی
۹۶/۲	۲۰۲	۸۸	۱۶۹	بدون سابقه بیماری روانی
۱۰۰	۲۱۰	۱۰۰	۱۹۲	کل

($\chi^2=9/83$ و $P=0/001$)

همان‌طور که در جدول (۵) دیده می‌شود فراوانی سابقه اختلال روانی در والدین گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می‌باشد. نتیجه آزمون χ^2 دو نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان سابقه بیماری روانی والدین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد.

جدول ۶- نسبت گروه آزمایش و کنترل بر حسب شیوع اختلال ADHD

در چندمین فرزند خانواده

گروه کنترل		گروه آزمایش		فرزند چندم
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳۰/۵	۶۴	۴۳/۶	۸۴	فرزند اول
۲۹/۵	۶۲	۴۸/۷	۷۴	فرزند دوم
۴۰	۸۴	۱۷/۷	۳۴	فرزند سوم و بالاتر
۱۰۰	۲۱۰	۱۰۰	۱۹۲	کل

($\chi^2=23/41$ و $P=0/001$)

همان‌گونه که در جدول (۶) دیده می‌شود فراوانی فرزند اول و دوم بودن



بیش فعال، نشان دهنده نقش مهم عوامل بیولوژیک در بیش فعالی است (۱۳).
این تصویر پدیدارشناختی از نتایج این پژوهش منعکس کننده نقش قوی و مهم عوامل زیست شناختی در ابتلای به اختلال ADHD می باشد.

نتیجه گیری

با توجه به تفاوت های متغیرهای فوق در گروه آزمایش با گروه کنترل نتایج تحقیق حاکی از نقش عوامل پسر بودن، داشتن نسبت خویشاوندی در والدین، سابقه ابتلا به اختلال ADHD در والدین و بستگان، سابقه بیماری روانی در والدین و فرزند اول و دوم بودن به عنوان عوامل خطر ساز در ابتلا به اختلال ADHD می باشد که کودک را در آینده به عنوان یک بچه بیش فعال نیازمند دریافت کمک می کند.

محدودیت ها

طولانی بودن مدت تحقیق، استفاده از نمونه های در دسترس به جای نمونه گیری تصادفی و عدم همکاری بعضی از والدین در پرکردن پرسش نامه برخی از محدودیت های این تحقیق بود.

پیشنهادات

با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر سابقه اختلال بیش فعالی و سایر اختلالات روانشناختی در والدین کودکان دارای اختلال، برنامه ریزی های بهداشت روان در سطوح مختلف چه در سطح کلان و چه در سطح خرد بایستی دربرگیرنده کودک مبتلا و خانواده آن به عنوان سیستم درگیر اختلال باشد.

تشکر و قدردانی

در این جا محققین بر خود لازم می دانند که از همکاری مدیران محترم مدارس ابتدایی و مهد های کودک شهر تهران، پرسنل محترم مرکز اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان پویا و خانواده های آنها که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می باشد. نتیجه آزمون خی دو نشان می دهد که تفاوت معناداری میان شیوع اختلال ADHD در چندمین فرزند خانواده بودن در گروه آزمایش و کنترل وجود دارد.

بحث

نتایج این تحقیق با پژوهش استورمونت - اسپورگین و زنتال (۱۹۹۶) در این زمینه که بین کودکان مبتلا به اختلال ADHD و کودکان عادی از لحاظ سابقه بیماری روانی در والدین، ترتیب تولد و اختلال روانی در بستگان تفاوت معناداری وجود دارد هماهنگ و منطبق است (۶).
همچنین نتایج این پژوهش با تحقیق بیدرمن و همکاران (۱۹۸۷) و فاراون و همکاران (۱۹۹۵) که در آن شیوع اختلالات روانی در خویشاوندان پسران مبتلا به اختلال ADHD در مقایسه با کودکان سالم بیشتر بود همخوانی دارد (۸، ۷).

یافته های این پژوهش با تحقیق پرین و لات (۱۹۹۶) که در آن میزان بالای اختلالات اضطرابی در خویشاوندان زن کودکان مبتلا به اختلال ADHD مشاهده گردید، فاراون و همکاران (۱۹۹۴) و بیدرمن و همکاران (۱۹۹۵) که میزان بالای اختلال ADHD را در خویشاوندان کودکان مبتلا به اختلال ADHD گزارش نمودند و پژوهش روکیچ و کاپلان (۱۹۹۷) که در آن میزان بالای اختلال ADHD را در والدین کودکان مبتلا به اختلال ADHD مشاهده نمودند هماهنگ و منطبق می باشد (۹-۱۲).

یکی از نظریات مهم در زمینه سیر تکامل و ایجاد الگوهای بیش فعالی، بر اهمیت ارتباط میان عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی با تظاهرات آتی بیش فعالی تأکید می کند. اگرچه سایر نظریه ها بر تأثیر عوامل محیطی تأکید بیشتری دارند (به عنوان مثال، نحوه برخورد خانواده با خصوصیات شخصیتی و فردی کودک). در اغلب متون مربوط به بیش فعالی چنین بیان شده است که کودکان بیش فعال از لحاظ عوامل بیولوژیک با سایر همسالان خود تفاوت دارند. گزارش ادی و همکاران (۱۹۹۹) در خصوص افزایش موارد رفتارهای بیش فعالی بین والدین کودکان

منابع:

- 1- Kaplan H, Sadock B. C 39, Sadock B, Sadock V. Comprehensive textbook of psychiatry eight edition, New York, Lippincott Wilkins & Wilkins, 2005. p3183- 3204.
- 2- Mark A S, Nichols M, Blasey C. Girls with ADHD and associated behavioral problems: Patterns of comorbidity. North American Journal of Psychology 2002; 4: 143-149.
- ۳- خوشابی، ک. پوراعتماد، ح. بررسی میزان شیوع اختلال بیش فعالی / کمبود توجه و اختلالات همراه آن در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران. ۱۳۸۱
- ۴- کراتچویل، توماس و همکاران (۱۳۷۸). روانشناسی بالینی کودک (ترجمه نائینیان و همکاران). تهران: انتشارات رشد.
- 5- Johnston C, Mash E J. Families of children with attention-deficit hyperactivity disorder: Review and recommend actions for future research. Children Child and Family Psychology Review 2001; 4: 183-207.
- 6- Stormont-Spyrgin M, Zental S. Child rearing practices associated with aggression in youth and without ADHD: An expletory study. International Journal of Disability, Development and Education 1996; 43: 135-146.
- 7- Biederman J, Munir K, Knee D, et al. High rate of affective disorder in probands with attention deficit and in their relative: A controlled family study. American Journal of Psychiatry 1987; 144: 330-333.
- 8- Faraone S V, Biederman J, Chen W, Millberger S. Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Gender psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. Journal of Abnormal



Psychology 1995;104: 334-345.

9- Perrin S, Last C. Relationship between ADHD and anxiety in a boy: Results from a family study. Journal of the American Academy of Children Adolescent Psychiatry 1996; 35: 988-996.

10- Faraone S V, Biederman J, Milberger S. An expletory study of ADHD among second degree relatives, 7 ADHD children. Biological Psychiatry 1994; 35: 398-402.

11- Biederman J, Milberger S, Faraone S, et al. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with Attention-Deficit

Hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Children Adolescent Psychiatry 1995; 34: 1445-1503.

12- Rucklidge J J, Kaplan B J. Psychological functioning of women identified in adulthood with a mentioned and deficit/ hyperactivity disorder. Journal of Attention Disorders 1996; 2: 167-176.

13- Eddy LS, Toro TJ, Salamero BM, Castro FJ, Cruz HM. Attention Deficit hyperactivity disorder. A survey to evaluate risk factors, associated factors and prenatal child rearing behavior. An Esp Pediatr 1999; 50 (2): 145-150.