

## Research Paper: Prevalence of Comorbidity Behavioral Disorders in Children With Attention Deficit Hyperactivity

Mahsa Sattari<sup>1</sup>, \*Seyed Ali Hosseini<sup>2</sup>, Mehdi Rassafiani<sup>2</sup>, Mohammad Javad Mahmoudi Gharaei<sup>3</sup>, Akbar Biglarian<sup>4</sup>, Najmeh Tarkesh Esfahani<sup>4</sup>

1. Department of Occupational Therapy, School of Paramedical & Health, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.
2. Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Psychology, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Citation:** Sattari M, Hosseini SA, Rassafiani M, Mahmoudi Gharaei MJ, Biglarian A, Tarkesh Esfahani N. [Prevalence of Comorbidity Behavioral Disorders in Children With Attention Deficit Hyperactivity (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2017; 18(1):25-32. <https://doi.org/10.21859/jrehab-180125>

 <https://doi.org/10.21859/jrehab-180125>

Received: 19 Oct. 2016  
Accepted: 29 Jan. 2017

### ABSTRACT

**Objective** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common psychiatric disorders among children referred to treatment centers that caused problems in their personal and social lives. Thus, this study aimed to investigate the prevalence of behavioral problems in children with ADHD.

**Methods & Materials** This descriptive-analytical study included 278 children (aged 7-11 years) with ADHD who were referred to the Children's Medical Center and Clinic of Psychiatry, Atiyeh during 30-03-2012 to 20-04-2012. The behavioral problems of children who were diagnosed with ADHD by psychiatrists were assessed using Child Symptom Inventory (CSI-4). SPSS19 was used to describe and analyze data.

**Results** Based on the results, most visitors were boys, and AD in the girls and combined ADHD in the boys had the highest frequency. No significant relationship was found between gender and type of disorder. Most of the children reported only one behavioral disorder such as confrontational behavior, specific phobia, generalized anxiety disorder, separation anxiety and dysthymia.

**Conclusion** The prevalence of inventory disorders in the three types of ADHD varied according to age and sex. Statistically significant differences were observed between the three types of ADHD, confrontational disorder (4000.0), and anxiety (0.02).

#### Keywords:

Attention deficit hyperactivity disorder, Comorbidity, Behavioral problems

#### \* Corresponding Author:

Seyed Ali Hosseini, PhD

Address: Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Evin, Daneshjou Blvd., Koudakyar St., Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22180036

E-Mail: alihosse@gmail.com

## بررسی میزان همبودی اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی

مهسا ستاری<sup>۱</sup>، سید علی حسینی<sup>۲</sup>، مهدی رصافیانی<sup>۳</sup>، محمدجواد محمودی قرایی<sup>۴</sup>، اکبر بیگلریان<sup>۵</sup>، نجمه ترکش اصفهانی<sup>۶</sup>

۱- گروه کاردرمانی، دانشکده بهداشت و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، زنجان، ایران.

۲- گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

۴- گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

### حکده

**هدف:** اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در بین کودکان مراجع‌کننده به مراکز درمانی محسوب می‌شود که به بروز مشکلاتی در زندگی اجتماعی و فردی منجر خواهد شد. این پژوهش با هدف بررسی مشکلات رفتاری شایع در کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی انجام شده است.

**روش بررسی:** این مطالعه توصیفی تحلیلی روی ۲۷۸ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی هفت تا یازده سال انجام شد که از اردیبهشت تا بهمن ۱۳۹۱ به مرکز طبی کودکان و کلینیک اعصاب و روان آتیه مراجعه کرده بودند. به والدین کودکانی که براساس ملاک‌های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) و با تشخیص روان‌پزشک به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مبتلا بودند، برای بررسی اختلالات رفتاری همراه پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-۴) ارائه شد. برای توصیف و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از نسخه نوزدهم نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

**یافته‌ها:** براساس نتایج به‌دست‌آمده بیشتر مراجع‌کنندگان از گروه پسران بودند و نقص توجه غالب در دختران و نوع ترکیبی در پسران بیشترین فراوانی را داشت. در هیچ‌یک از اختلالات رابطه معناداری بین جنسیت و نوع اختلال مشاهده نشد. بیشتر آزمودنی‌ها از نظر تعداد اختلال همراه تک‌اختلال بودند. در مقایسه نسبت شیوع اختلالات همراه در سه گروه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی رفتار مقابله‌جویانه (۰/۰۰۰۴) و اضطراب منتشر (۰/۰۲) بیشترین میزان را داشت.

**نتیجه‌گیری:** شیوع اختلالات همراه در سه گروه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی براساس سن و جنس متفاوت بود و بین همبودی این سه نوع اختلال و اختلالات همراه (اختلال رفتار مقابله‌جویانه و اضطراب منتشر) تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

تاریخ دریافت: ۲۸ مهر ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۱۰ بهمن ۱۳۹۵

### کلیدواژه‌ها:

نقص توجه و بیش‌فعالی، مشکلات رفتاری، همبودی

### مقدمه

۳. عمدتاً بیش‌فعال و تکانشگر.<sup>۵</sup> نسبت شیوع این اختلال در پسران بیشتر از دختران است [۱].

اختلالات هیجانی رفتاری می‌تواند به‌طور هم‌زمان با دیگر اختلالات و معلولیت‌ها از جمله نقص توجه و بیش‌فعالی نیز ظاهر شود [۲]. در این میان به‌ندرت می‌توان کودک یا نوجوانی را یافت که فقط یکی از مشکلات را داشته باشد. تشخیص افتراقی بین این اختلالات همبودی که با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مشابه است، از جمله مشکلات مدنظر در مطالعات همه‌گیرشناسی است. اختلالات رفتاری همبودی با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی شامل اختلال سلوک<sup>۶</sup>، اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۷</sup>، اختلال اضطراب منتشر<sup>۸</sup>، افسردگی و...

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD)<sup>۱</sup> یکی از گسترده‌ترین اختلالات رفتاری شناخته‌شده در کودکان سنین مدرسه است. طبق بررسی مؤسسه ملی سلامت (NIH)<sup>۲</sup> اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بر ۳ تا ۵ درصد دانش‌آموزان ابتدایی آمریکا تأثیر می‌گذارد. علائم باید قبل از هفت‌سالگی شروع شده و حداقل به مدت شش ماه طول کشیده و با اختلال در عملکرد در دو موقعیت (خانه و مدرسه) و ارتباط با هم‌بازی کودک همراه باشد. این اختلال را به سه نوع تقسیم می‌کنند: ۱. مرکب<sup>۳</sup> (بیش‌فعال و نقص توجه)؛ ۲. عمدتاً بی‌توجه<sup>۴</sup>؛

5. ADHD-PH/I

6. Conductive Disorder (CD)

7. Oppositional Defiant Disorder (ODD)

8. Generalized Anxiety Disorder (GAD)

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. National Institutes of Health

3. ADHD-C

4. ADHD-PI

\* نویسنده مسئول:

دکتر سید علی حسینی

نشانی: تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه کاردرمانی.

تلفن: ۰۰۳۶ ۲۲۱۸۰۰۳۶ (۲۱) ۹۸+

رایانامه: alihosse@gmail.com

آن است که اختلالات همراه ADHD در کودکی آغاز می‌شود و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و چنانچه تشخیص داده و درمان نشود با ناتوانی و پیش‌آگهی طولانی‌مدت و در نتیجه وجود خطر یا اختلالات روان‌پزشکی بیشتر همراه می‌شود. افزون‌براین بر پاسخ به درمان این کودکان تأثیر می‌گذارد [۶-۱۸، ۲۱]. اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی در کودکان دبستانی شیوع نسبتاً فراوانی دارد. از این‌رو لزوم شناسایی و درمان مناسب آن در سال‌های پیش از شروع مدرسه و سنین ابتدایی به‌شدت توصیه می‌شود؛ زیرا می‌تواند وضعیت تحصیلی و ارتباط کودک‌والد و کودک‌معلم و کودک‌کودک را بهبود بخشد.

به‌دلیل تنوع مشکلات مربوط به ADHD مسلماً امکان آن وجود ندارد که یک نوع مداخله درمانی یا آموزشی به‌تنهایی بتواند تمام الزامات درمانی این اختلال را پوشش دهد. مطالعات گوناگونی بیانگر تفاوت جنسی در اختلالات همراه ADHD بوده و تفاوت در تعداد ارجاعات به کلینیک‌های توانبخشی را توجیه کرده است. براین‌اساس مطالعه حاضر به‌منظور ارائه و برنامه‌ریزی مداخلات درمانی هرچه کامل‌تر و مناسب‌تر انجام شده است. بی‌توجهی به شرایط و چگونگی رشد دوران کودکی صدماتی را بر پیکره سلامت روانی جامعه به‌همراه خواهد داشت؛ زیرا رشد به‌موقع کودکان و توجه به شرایط رشدی‌شان در دوران کودکی و باروری به‌هنگامشان در بزرگسالی بر سلامت روان جامعه تأثیرگذار خواهد بود [۲۲]. از این‌رو متخصصان باید راهبردهای درمانی متعددی را در ترکیب باهم اتخاذ کنند تا هر یک جنبه متفاوتی از مشکلات روانی اجتماعی همراه این کودکان را مدنظر قرار دهد. لازمه این تصمیم‌گیری آگاهی از اختلالات شایع همراه با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان است که در این پژوهش به آن پرداخته شده است.

## روش بررسی

### جامعه و نمونه و روش نمونه‌گیری

در این مطالعه توصیفی تحلیلی جامعه آماری تحقیق سیصد نفر از دختران و پسران هفت تا یازده ساله‌ای بودند که به‌مدت هفت ماه از اردیبهشت تا بهمن ۱۳۹۱ به مرکز طبی کودکان امام‌خمینی (ره) و کلینیک اعصاب و روان آتیه مراجعه کرده بودند. به‌دلیل همکاری نکردن مراکز دولتی سطح شهر تنها دو مرکز ذکر شده آمادگی خود را برای همکاری با محققان اعلام کردند.

حجم نمونه براساس جدول کرجسی مورگان، به‌صورتی تعیین شد که با جامعه اصلی پژوهش متناسب باشد. نمونه‌گیری شامل همه کودکانی بود که در مدت‌زمان اجرای پژوهش بنا به تشخیص روان‌پزشک به نقص توجه و اختلال بیش‌فعالی مبتلا بودند (۲۱۴ نفر از مرکز طبی کودکان و ۸۶ نفر از کلینیک آتیه). سپس با هر یک از والدین کودکان مصاحبه‌ای حضوری ترتیب داده و از آنان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. در رضایت‌نامه به‌اختصار درباره هدف مطالعه توضیح داده و بر محرمانه‌ماندن تأکید شده بود.

است. در بسیاری از موارد این اختلالات در کودک تا سن مدرسه شناسایی نمی‌شود که این افراد در مقایسه با همسالانشان در جنبه‌های مهم زندگی و تعاملات اجتماعی‌شان دچار محدودیت‌هایی می‌شوند [۳، ۴، ۱۰]. البته در مطالعه صالحی و همکارانش (۲۰۱۲) تفاوت معناداری بین همبودی ADHD و اختلالات همراه مانند سلوک، بی‌اختیاری ادرار، سایکوز، افسردگی، مانیک و وسواس فکری عملی مشاهده نشد [۵].

اختلالات رفتاری هیجانی شرایطی است که در آن پاسخ‌های هیجانی و رفتاری با هنجارهای فرهنگی و سنی و قومی تفاوت داشته باشد؛ به‌طوری‌که بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در اجتماع و سازگاری در محیط کار وی تأثیر منفی می‌گذارد. این اختلالات باید براساس اطلاعات حاصل از منابع مختلف درباره کارکردهای هیجانی و رفتاری کودک شناسایی شود و حداقل در دو موقعیت متفاوت (مدرسه و خانه) بروز کند [۶، ۷].

تاکنون طبقه‌بندی‌های مختلفی از اختلالات رفتاری ارائه شده است و برخی از محققان اختلالات رفتاری را به دو دسته بزرگ تقسیم کرده‌اند: ۱. اختلالات رفتاری درونی‌سازی<sup>۱</sup> از قبیل اضطراب و افسردگی که از دنیای درون فرد نشئت می‌گیرد و با تعارض‌های روانی و هیجانی همراه است؛ ۲. اختلالات رفتاری برونی‌سازی<sup>۲</sup> که مشتمل بر موضوعات مرتبط با مشکلات فرد با دیگران است [۸، ۹]. در مطالعه مشهدی و همکارانش (۲۰۱۱) نیز درصد چشمگیری از شرکت‌کنندگان حداقل به یک اختلال همراه دچار بودند که اختلال اضطرابی و ایدئایی بیشترین درصد گزارش را داشتند [۱۱].

همچنین اثرهای منفی اختلالات رفتاری بر عملکرد تحصیلی اجتماعی کودکان احتمال ابتلا به بیماری‌های روان را در بزرگسالی افزایش می‌دهد [۱۲، ۱۳] و هزینه‌های هنگفتی برای خانواده و اجتماع به‌همراه دارد [۱۴]. مطالعات نشان داده است که والدین این کودکان به‌دلیل نشناختن دقیق اختلال و نداشتن آگاهی لازم بیشتر در معرض افسردگی شدید و پرخاشگری و نگرش منفی هستند [۱۵]. درباره خود کودک نیز معلمان و هم‌کلاسی‌ها آن‌ها را طرد می‌کنند و بدین‌ترتیب فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می‌یابد [۱۶]. اخیراً توجه به مشکلات روان‌شناختی کودکان روبه‌افزایش است؛ چراکه شناسایی موارد و بررسی نوع و شدت و توزیع مشکلات سلامت روان و اختلالات کودکان می‌تواند در ارزیابی میزان شیوع آشفتگی‌های روان‌شناختی و تعیین سیر فعلی آن‌ها و تحول فرضیات سبب‌شناسی آن‌ها استفاده شود [۱۳].

درباره همراهی ADHD با اختلالات روان‌پزشکی تحقیقات متعددی انجام شده است. علت همبودی اختلالات روانی با ADHD هنوز کاملاً شناخته نشده است؛ اما اطلاعات دردسترس گویای

9. Internalizing Behavior Disorders  
10. Externalizing Behavior Disorders

تنظیم شده است. این اختلالات عبارت است از: اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلال لجبازی نافرمانی، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، اختلال رشدی فراگیر، درخودماندگی، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات دفع.

ملاک انتخاب طبقات تشخیصی مطرح‌شده در پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان اصولاً براساس شیوع و کاربرد آن صورت گرفته است. گروه‌بندی سؤال‌ها براساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) انجام شد. این امر یک مصاحبه منظم و کلی را تسهیل و به کاهش خطا در تشخیص نوع اختلال کمک بسزایی می‌کند؛ به‌نحوی که والدین در حدود ۱۰ تا ۱۵ دقیقه فرم را تکمیل می‌کنند. در این مطالعه شیوه نمره‌گذاری برای پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان به روش برش غربال‌کننده<sup>۱۲</sup> بود؛ به این صورت که در یک مقیاس دوامتیازی به پاسخ هرگز و بعضی اوقات نمره صفر و به پاسخ اغلب و بیشتر اوقات نمره یک داده شد. سپس از حاصل جمع نمرات هر سؤال نمره شدت به‌دست آمد و براساس نقطه برش، هر اختلال با کد یک این اختلال را داشت و هر اختلال با کد صفر این اختلال را نداشت. پس‌از آن این نمرات به نسخه نوزدهم نرم‌افزار SPSS وارد شد.

در ایران بررسی‌های انجام‌شده در زمینه پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان از میزان اعتبار ۰/۲۹ برای اختلال هراس اجتماعی تا ۰/۷۶ برای اختلال سلوک حکایت داشت. همچنین ضرایب همبستگی برای هر یک از اختلالات پرسش‌نامه مشابه مطالعات گادو و اسپرافکین بین ۰/۴۱ برای اختلال افسرده‌خویی تا ۰/۷۷ برای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، از نوع بی‌توجهی غالب گزارش شد [۲۵].

به‌وسیله پرسش‌نامه اطلاعات لازم برای انجام پژوهش مانند سن و تحصیلات پدر و مادر، سن کودک، دیگر اختلالات همراه کودک، منطقه زندگی و پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان ۴-CSI جمع‌آوری شد. برای والدینی که سواد خواندن یا نوشتن نداشتند، پرسش‌نامه به‌صورت شفاهی خوانده و تکمیل شد. کودکانی که براساس تاریخچه گرفته‌شده از خانواده و ثبت موارد پزشکی واضح به بیماری‌های ارگانیکی (مانند اختلال بینایی، شنوایی، تشنج و اختلالات حاد یا مزمن) و عقب‌ماندگی ذهنی مبتلا بودند، از مطالعه حذف شدند.

با آزمون ریون سیاه‌وسفید متغیرهای زمینه‌ای از قبیل وضعیت هوشی کنترل شد [۲۴، ۲۳] و شرکت‌کنندگانی که نمره هوشی بیشتر از نود داشتند، به فرایند مطالعه وارد شدند. از نظر تحصیلی نیز کودکان در مقطع پیش‌دبستانی یا دبستان بودند تا بررسی عملکردشان در محیط‌های آموزشی امکان‌پذیر باشد. درنهایت از ۳۰۰ نفر شرکت‌کننده اطلاعات مربوط به ۲۷۸ کودک برای تجزیه و تحلیل وارد نسخه نوزدهم نرم‌افزار SPSS شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند درصد و فراوانی و برای تعیین ارتباط بین اختلالات همراه با جنسیت آزمودنی از آزمون خی دو و برای مقایسه نسبت‌ها از آزمون نسبت استفاده شد.

ابزار

#### پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان ۴-CSI<sup>۱۱</sup> (نسخه والد)

این پرسش‌نامه مقیاس درجه‌بندی رفتار محسوب می‌شود که به‌منظور غربال اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان سنین پنج تا دوازده سال طراحی شده است. این مقیاس همانند نسخه‌های پیشین دو فرم والد و معلم دارد [۲۶، ۲۵]. فرم والد شامل ۱۱۲ سؤال است که به‌منظور غربال هجده اختلال رفتاری هیجانی

#### 12. The screening cut of score method

متغیر	دسته	تعداد	درصد	میانگین سنی
جنسیت	دختر	۹۷	۳۴/۹	۸/۶۲
	پسر	۱۸۱	۶۵/۱	۸/۵۸
کلاس	اول	۲۵	۹/۰	
	دوم	۸۸	۳۱/۷	
	سوم	۸۰	۲۸/۸	
	چهارم	۴۴	۱۵/۸	
	پنجم	۴۱	۱۴/۷	
کل		۲۷۸	۱۰۰	۸/۵۹

#### 11. Children Symptom Inventory-4 (CSI-4)

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی گروه نمونه به تفکیک جنسیت

## پرسش‌نامه اطلاعات فردی

نظر تعداد اختلالات همراه مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ).

در جدول شماره ۳ این موضوع بررسی شده است که آیا نسبت‌های اختلالات همراه در سه گروه آزمودنی باهم یکسان است یا خیر. همان‌طور که مشاهده می‌شود، همبودی اختلال رفتار مقابل‌جویانه در هر سه گروه معنادار به‌دست آمده ( $P = 0.0004$ ،  $df = 2$  و  $X^2 = 15.4$ ) که بیشترین نسبت آن به گروه مبتلا به بیش‌فعالی غالب (۵۵/۲ درصد) مرتبط بود. همبودی اختلال اضطراب منتشر در هر سه گروه معنادار به‌دست آمد ( $P = 0.02125$ ،  $df = 2$  و  $X^2 = 7.7$ ) که بیشترین نسبت آن نیز به گروه بیش‌فعالی غالب مربوط بود. به‌طور کلی نتایج به‌دست‌آمده این‌گونه نشان می‌دهد که میزان بروز اختلالات همراه در گروه مبتلا به اختلال بیش‌فعال و تکانشگر (ADHD-PH/I) بیشتر بوده است.

## بحث

با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر به‌نظر می‌رسد که شایع‌ترین اختلال همراه در بین کودکان ADHD مراجعه‌کننده به مراکز ذکرشده رفتار مقابل‌جویانه بود. بیشترین میزان فراوانی در دختران گروه تکانشگر بود و اختلال بی‌اختیاری مدفوع کمترین میزان شیوع را داشت. علاوه‌براین کمترین میزان فراوانی رفتار مقابل‌جویانه در گروه‌های مبتلا به نوع ترکیبی و تکانشگر در هر دو جنس گزارش شده بود. این در حالی است که در مطالعات گذشته رفتار مقابل‌جویانه به‌عنوان شایع‌ترین اختلال همراه در کودکان با ADHD-C گزارش شده است [۲۸-۳۲]. یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر نشان داد که همبودی اختلالات رفتار مقابل‌جویانه و اضطراب منتشر با هر سه نوع اختلال ADHD معنادار بود؛ در صورتی که در دیگر اختلالات همراه رابطه معناداری مشاهده نشد. نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر با مطالعه صالحی و همکارانش

پژوهشگران این پرسش‌نامه را به‌منظور بررسی شرایط کودک از قبیل سن، جنس، پایه تحصیلی، منطقه سکونت، سن و تحصیلات والدین و درآمدشان طراحی کرده است.

## یافته‌ها

از داده‌های حاصل از اجرای ۳۰۰ پرسش‌نامه، ۲۷۸ پرسش‌نامه (۹۰/۳۳ درصد) تجزیه و تحلیل و ۲۲ پرسش‌نامه (۹/۶۶ درصد) به‌علت ناقص بودن یا تناسب‌نداشتن حذف شدند. در جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک جنسیت نشان داده شده است. براساس نتایج ۳۴/۹ درصد از واحدهای پژوهش دانش‌آموزان دختر و ۶۵/۱ درصد دانش‌آموزان پسر بوده‌اند. بیشتر دانش‌آموزان (۳۱/۷ درصد) در مقطع دوم دبستان تحصیل می‌کردند. دانش‌آموزان در محدوده سنی شش تا یازده سال با میانگین سنی  $8 \pm 1.25$  سال قرار داشتند ( $SD = 1.25$ ).

در جدول شماره ۲ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش براساس نوع اختلال و تعداد اختلالات همراه به تفکیک جنسیت نمایش داده شده است. یافته‌های این جدول نشان می‌دهد که در بین کودکان با نقص توجه غالب (ADHD-PI)، ۳۵/۵ درصد دختر و ۶۴/۵ درصد پسر بوده‌اند. همچنین از میان کودکان با بیش‌فعالی غالب (ADHD-PH/I) ۳۰/۵ درصد دختر و ۶۹/۹ درصد پسر بوده‌اند. افزون‌براین در بین کودکان با کم‌توجهی و بیش‌فعالی (ADHD-C) ۳۲/۹ درصد دختر و ۶۷/۱ درصد پسر بوده‌اند. براساس نتایج آزمون خی دو هر هیچ‌یک از اختلالات رابطه معناداری بین جنسیت و نوع اختلال مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ). همچنین بیشتر کودکان بدون اختلال همراه بوده‌اند که در میان آن‌ها ۳۴/۶ درصد دختر و ۶۵/۴ درصد پسر بوده‌اند. براساس نتیجه آزمون من‌ویتنی اختلاف معناداری بین دختران و پسران از

جدول ۲. توزیع فراوانی واحدهای پژوهش براساس نوع اختلال و تعداد اختلالات همراه به تفکیک جنسیت

مقدار احتمال	ملاک آزمون	کل تعداد (درصد)	پسر تعداد (درصد)	دختر تعداد (درصد)	اختلال همراه	نوع اختلال
۰/۵۵۸	۰/۳۳۳*	۲۳۲(۱۰۰/۰)	۱۵۶(۶۴/۵)	۸۶(۳۵/۵)	نقص توجه غالب	
۰/۱۱۹	۲/۴۳۳*	۱۴۱(۱۰۰/۰)	۹۸(۶۹/۹)	۴۳(۳۰/۵)	بیش‌فعالی غالب	نوع اختلال
۰/۰۵۷	۳/۶۳۳*	۲۴۶(۱۰۰/۰)	۱۶۵(۶۷/۱)	۸۱(۳۲/۹)	کم‌توجهی و بیش‌فعالی	
		۸۱(۱۰۰/۰)	۵۳(۶۵/۴)	۲۸(۳۴/۶)	بدون اختلال	
		۵۴(۱۰۰/۰)	۴۰(۷۴/۱)	۱۴(۲۵/۹)	یک اختلال	
		۳۶(۱۰۰/۰)	۲۵(۶۹/۴)	۱۱(۳۰/۶)	دو اختلال	
۰/۴۱۳	۰/۸۲۶۵**	۳۴(۱۰۰/۰)	۱۵(۴۴/۱)	۱۹(۵۵/۹)	سه اختلال	تعداد اختلالات همراه
		۱۷(۱۰۰/۰)	۱۲(۷۰/۶)	۵(۲۹/۴)	چهار اختلال	
		۱۹(۱۰۰/۰)	۱۵(۷۸/۹)	۴(۲۱/۱)	پنج اختلال	
		۳۷(۱۰۰/۰)	۲۱(۵۶/۸)	۱۶(۴۳/۲)	شش اختلال و بیشتر	

توانبخشی

\*آزمون خی دو، \*\*آزمون من‌ویتنی

جدول ۳. مقایسه نسبت‌های بروز اختلالات همراه در سه گروه آزمودنی

اختلال همراه	مرکب تعداد (درصد)	بی‌توجهی غالب تعداد (درصد)	بیش‌فعالی غالب تعداد (درصد)	ملاک آزمون	مقدار احتمال
رفتار مقابله‌جویانه	۹۰(۳۷/۶)	۸۳(۳۵/۳)	۷۴(۵۵/۲)	۱۵/۴۵	۰/۰۰۰۴*
اختلال سلوک	۲۰(۸/۳۰)	۱۹(۸/۰۰)	۱۹(۱۴/۱)	۴/۲۹	۰/۱۱۶۶
اضطراب منتشر	۷۵(۳۱/۳)	۷۰(۲۹/۷)	۵۸(۴۳/۲)	۷/۷۰	۰/۰۲۱۲۵*
هراس خاص	۵۳(۲۲/۱)	۴۹(۲۰/۸)	۳۵(۲۶/۱)	۱/۲۸	۰/۵۰۰۱
وسواس فکری	۲۶(۱۰/۸)	۲۲(۰۹/۳)	۱۸(۱۳/۴)	۱/۴۶	۰/۴۸۱۵
وسواس عملی	۲۶(۱۰/۸)	۲۴(۱۰/۲)	۱۷(۱۲/۶)	-/۵۴	۰/۷۶۳۱
هراس پس از سانحه	۲۹(۱۲/۱)	۲۸(۱۱/۹)	۲۳(۱۷/۱)	۲/۴۱	۰/۲۹۸۳
تیک حرکتی	۴۵(۱۸/۸)	۴۰(۱۷/۰)	۲۸(۲۰/۸)	-/۸۶	۰/۶۴۹۹
تیک صوتی	۲۶(۱۰/۸)	۲۲(۹/۳)	۱۷(۱۲/۶)	۱/۰۰	۰/۶۰۵۷
اختلال خلقی	۸(۳/۳)	۷(۲/۹)	۷(۵/۲)	۱/۳۱	۰/۵۱۷۸
افسرده‌خویی	۵۹(۲۴/۶)	۵۶(۲۳/۸)	۴۲(۳۱/۳)	۲/۷۸	۰/۲۴۹۰
اوتیسم	۲۹(۱۲/۱)	۲۷(۱۱/۴)	۲۲(۱۶/۴)	۲/۰۲	۰/۴۶۲۵
جمعیت هراسی	۴۲(۱۷/۵)	۴۲(۱۷/۸)	۲۵(۱۸/۶)	-/۰۶	۰/۹۶۵۹
اضطراب جدایی	۴۸(۲۰/۰)	۴۹(۲۰/۸)	۳۳(۲۴/۶)	۱/۱۱	۰/۵۷۱۷
شبه‌ادرازی	۲۲(۹/۲)	۲۳(۹/۷)	۱۴(۱۰/۴)	-/۱۵	۰/۹۲۵۷
بی‌اختیاری مدفوع	۷(۲/۹)	۲(۰/۴)	۶(۴/۴)	-/۶۲	۰/۷۳۳۳

\*درجه آزادی (df) برای تمامی موارد آزموده برابر دو است.

#### تواخنتنی

گروه مبتلا به اختلال بیش‌فعال و تکانشگر (ADHD-PH/I) در مقایسه با دو گروه دیگر بود. در تأیید این یافته نوکارن و همکارانش (۲۰۰۱) دریافتند که کودکان مبتلا به ADHD+ODD بیشتر تکانشگر بوده‌اند تا اینکه بی‌توجه باشند. همچنین در مطالعه آنان کودکان با اختلال اضطرابی بیشتر دچار کم‌توجهی بودند تا تکانشگری. این یافته با یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر همخوان نبود [۲۷، ۱۷].

محمداسماعیل روی روایی و پایایی پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان مطالعه‌ای انجام داد. نتایج پژوهش او نشان داد که حساسیت نسخه والد پرسش‌نامه در شناسایی اختلالات همراه بیشتر است [۲۵]. بنابراین یکی دیگر از دلایل اختلاف نتایج به‌دست‌آمده می‌تواند استفاده از نسخه والد در این پژوهش و استفاده از نسخه معلم در مطالعات قبلی باشد. علاوه‌براین دلیل دیگر تناقض بین نتایج را می‌توان تفکیک سه نوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بیان کرد؛ درحالی‌که در مطالعات گذشته به‌طور کلی بررسی شده بودند.

#### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد اختلال ADHD در بسیاری از موارد با اختلالات دیگر همبودی داشته است. براساس مطالعات انجام‌شده این امر می‌تواند به مقاومت بیشتر به روند درمانی و مواجهه با مشکلات بیشتر در زندگی روزمره اعم از عملکرد اجتماعی و مدرسه و منزل منجر شود. از این‌رو توصیه می‌شود اختلالات همراه دقیق‌تر شناسایی

(۲۰۱۲) ناهمسواست. آنان در پژوهشی همبودی اختلالات همراه در کودکان با اختلال ADHD مقطع ابتدایی شهر اراک را بررسی کرده و در هیچ‌یک از اختلالات رابطه معناداری به‌دست نیاورده بودند. علت این امر می‌تواند به جامعه بررسی‌شده مربوط باشد؛ چراکه نمونه‌های پژوهش صالحی و همکارانش غیرارجاعی بوده و در مدرسه عادی گرفته شده است. بنابراین بسیاری از والدین با وجود رفتار غیرطبیعی فرزندشان حاضر به قبول مشکل کودک خود نبوده و آن‌ها را عادی تلقی کرده و گزارش نکرده‌اند [۵]. این در حالی است که نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعه حاضر تابلوی بالینی پیچیده‌تر و از طرف روان‌پزشک تشخیص قطعی نوعی از اختلال ADHD را داشتند.

ضیاءالدینی و شفیع‌زاده (۲۰۰۶) مطالعه‌ای به‌منظور بررسی همه‌گیرشناسی ADHD و اختلال سلوک در ۶۵۶ دانش‌آموز شهر سیرجان انجام دادند. در پژوهش آن‌ها میان میزان شیوع در دو جنس دختر و پسر از نظر اختلال سلوک رابطه معناداری به‌دست آمد، هرچند میان اختلال ADHD و اختلال سلوک رابطه معناداری دیده شد [۲۲]. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش ضیاءالدینی و شفیع‌زاده مطابقت دارد. میزان شیوع معمولاً با استفاده از نمونه‌ای از جامعه برآورد می‌شود؛ چراکه امکان ارزیابی کل جامعه وجود ندارد. از این‌رو دقت در روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه در تخمین آماری می‌تواند تأثیر بسزایی داشته باشد [۲۱].

یافته دیگر پژوهش حاضر فراوانی میزان نافرمانی مقابله‌جویانه در

## References

- [1] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- [2] Tankersley M, Landrum TJ. Comorbidity of emotional and behavioral disorders. In: Lloyd JW, Kameenui EJ, Chard D, editors. Issues in Educating Students With Disabilities. Mahwah: Erlbaum; 1997.
- [3] Walker HM, Forness SR, Kauffman JM, Epstein MH, Gresham FM, Nelson CM, et al. Macro-social validation: Referencing outcomes in behavioral disorders to societal issues and problems. Behavioral Disorders. 1998; 24(1):7-18.
- [4] Yoosefi F. [Standardization of Rotter's scale to verify the behavioral and emotional problems in girls and boys of Shiraz (Persian)]. Journal of Social Sciences & Humanities of Shiraz University. 1998; (26):171-94.
- [5] Salehi B, Ebrahimi S, Moradi S. [Comparing psychiatric comorbidity in female and male primary school children with attention deficit hyperactivity disorder, Arak, Iran (Persian)]. Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2012; 16(1):49-59.
- [6] Ghojani Bonab B, Parand A, Hossein Khanzade Firoozjah AA, Movalleli G, Nemati S. [Evaluation of the onset behavior problems among primary school students in Tehran (Persian)]. Journal of Exceptional Children. 2009; 9(3):223-38.
- [7] Al-Yagon M. Comorbid LD and ADHD in childhood: socioemotional and behavioural adjustment and parents' positive and negative affect. European Journal of Special Needs Education. 2009; 24(4):371-91. doi: 10.1080/08856250903223054
- [8] Achenbach TM, Howell CT, Quay HC, Conners CK, Bates JE. National survey of problems and competencies among four-to sixteen-year-olds: Parents' reports for normative and clinical samples. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1991; 56(3):1-130. doi: 10.2307/1166156
- [9] Gadow KD, DeVincent CJ, Schneider J. Comparative study of children with ADHD only, autism spectrum disorder+ ADHD, and chronic multiple tic disorder+ ADHD. Journal of Attention Disorders. 2009; 12(5):474-85. doi: 10.1177/1087054708320404
- [10] Molagholamreza Tabasi F, Aliabadi F, Alizade Zarei M, Qorbani M, Rostami R. Survey of behavioral problems and sensory processing in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Iranian Rehabilitation Journal. 2016; 61-70.
- [11] Mashhadi A, Soltanifar A, Moharreri F, Noferasati F. [Prevalence of comorbid psychiatric disorders and its effect on the response to methylphenidate in children with ADHD (Persian)]. Pajoohande. 2011; 16(4):162-8.
- [12] Shafaat A, Tirgari-Seraj A, Daneshpoor S M M, Hajian M, Khademloo M. [Prevalence of Attention Deficit Hyper Activity Disorder in high-school students of Sari, Iran. (Persian)]. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2013; 23(104):12-18.
- [13] Pandina G, Bilder R, Harvey P, Keefe R, Aman M, Gharabawi G. Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. Biological Psychiatry. 2007; 62(3):226-34. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.036

و برای درمان مناسب آن در روند درمانی مراکز و مدارس اقدام شود.

## محدودیت‌ها

به علت محدودیت در زمان و دسترسی به مراجعان در سالن انتظار کلینیک روان پزشکی امکان اجرای دیگر آزمون‌های تشخیصی وجود نداشت؛ آزمون‌هایی که به افزایش دقت ارزیابی کمک می‌کرد.

## پیشنهادها

بی‌تردید دوره‌های مختلف سنی و تشخیص‌های گوناگون دربردارنده ویژگی‌های متنوع روانی و شناختی و عملکردی است. براین اساس می‌توان این پژوهش را در دوره‌های سنی هشت تا سیزده سال و تشخیص‌های مختلف نیز اجرا کرد؛ چراکه مقایسه نتایج به دست آمده در بین اختلالات مختلف می‌تواند به رشد و توسعه رویکردهای درمانی و مشاوره بهتر کودکان و والدینشان و نیز پیشگیری از اختلالات بیشتر در بزرگسالی کمک کند. همچنین انجام مطالعه در حجم نمونه گسترده‌تر و در نقاط دیگر کشور به شناسایی بیشتر پراکندگی و شیوع اختلالات کمک خواهد کرد.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام و از طرح مصوب این کمیته برگرفته شده است؛ بنابراین از معاونت محترم کمیته تحقیقات دانشجویی و کارکنان محترم این حوزه تشکر می‌شود. علاوه بر این از تمامی والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و روان‌شناسان و کارکنان محترم کلینیک کودکان امام خمینی (ره) و مرکز آتیه کمال تشکر و قدردانی می‌شود که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند.

- [14] Sadeghi Amrovabady Z, Esteki M, Pishyareh E, Haghgoo HA. Effect of cranosacral therapy on students' symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2013; 11:27-33.
- [15] Valizadeh S. The effect of anger management skills training on reducing of aggression in mothers of children's with Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD). *Iranian Rehabilitation Journal*. 2010; 8(11):29-33.
- [16] Brown I, Percy ME, Felce D. A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities. Oxford: Brookes Publication; 2007.
- [17] Gershon JA. Meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2002; 5(3):143-54. doi: 10.1177/108705470200500302
- [18] Akhavan Karbasi S, Golestan M, Fallah R, Sadr Bafghi M. [Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in 6 year olds of Yazd City (Persian)]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2008; 15(4):29-34.
- [19] Hebrani P, Alaghband Rad J, Mohammadi M. [Psychiatric Disorders in Families of ADHD Children (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2003; 9(1):12-19.
- [20] Alaghbandrad J, Moumeni F. [The association between Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and learning disorder in boys aged 7-12 years old (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2000; 6(2-3):32-37.
- [21] Hemmati S, Amiri N, Teymouri R, Garib M. Co-Morbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Tourette Syndrome in child referral psychiatry clinic in Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2011; 9:63-65.
- [22] Ziaoddini H, Shafizadeh N. [The Epidemiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder in Elementary School children in the City of Sirjan (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2006;11(4):419-25.
- [23] Rajabi G. [Normalizing the Raven colour progressive matrices test on students of City Ahvaz (Persian)]. *Contemporary Psychology*. 2008; 3(1):23-32.
- [24] Kazlaskaite V, Lynn R. Two-year test-retest reliability of the colored progressive matrices. *Perceptual & Motor Skills*. 2002; 95(2):339-53. doi: 10.2466/pms.2002.95.2.354
- [25] Mohammad-Esmail E, Alipoor A. [A preliminary study of reliability and validity and to determine cut-off points of failure CSI (CSI-4) (Persian)]. *Journal of Exceptional Children*. 2002; 5:239-54.
- [26] Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J. Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(2):241-49. doi: 10.1097/00004583-200102000-00020
- [27] Newcorn JH, Halperin JM, Jensen PS, Abikoff HB, Arnold LE, Cantwell DP, et al. Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(2):137-46. doi: 10.1097/00004583-200102000-00008
- [28] Cunningham CE, Boyle MH. Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2002; 30(6):555-69. doi: 10.1023/A:1020855429085
- [29] Gillberg C, Gillberg I, Rasmussen P, Kadesjö B, Söderström H, Råstam M, et al. Co-existing disorders in ADHD –implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004; 13:80-92. doi: 10.1007/s00787-004-1008-4
- [30] Kadesjö B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2001; 42(4):487-92. doi: 10.1017/s0021963001007090
- [31] Kadesjö C, Hägglöf B, Kadesjö B, Gillberg C. Attention-deficit-hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder in 3 to 7 year old children. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2003; 45(10):693-99. doi: 10.1017/s0012162203001282
- [32] Levy F, Hay DA, Bennett KS, McStephen M. Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005; 44(4):368-76. doi: 10.1097/01.chi.0000153232.64968.c1