

# علائم اختلال کم توجهی و بیش فعالی در کودکان زیر سن مدرسه بر اساس گزارش دهی والدین

پژوهشگران: سبحانه کوچک زاده طالمی<sup>۱\*</sup>، آسیه نمازی<sup>۲</sup>، مرجانه زرکش<sup>۳</sup>

(۱) گروه پرستاری (اطفال)، مربی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

(۲) گروه مامایی، مربی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

(۳) گروه کودکان، استادیار، بیمارستان ۱۷ شهریور، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۱/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۵/۱۴

## چکیده

**مقدمه:** اختلال بیش فعالی همراه با کم توجهی از شایعترین اختلالات روانپزشکی کودکان است. نشانه ها از دوران پیش دبستانی شروع شده و در صورت درمان نامناسب منجر به عوارض جدی می گردد.

**هدف:** این تحقیق با هدف تعیین علائم اختلال کم توجهی و بیش فعالی در کودکان زیر سن مدرسه و فراوانی آن بر اساس گزارش دهی والدین و نیز عوامل مرتبط با آن می پردازد.

**روش کار:** در این مطالعه مقطعی ۳۰۰ کودک ۳-۶ ساله مراجعه کننده به کلینیک کودکان در بیمارستان ۱۷ شهریور رشت، در طی ۸ ماه به روش در دسترس انتخاب شدند. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه پاولوری (Pavuluri) انجام شد که شامل دو بخش بود که در بخش اول اطلاعات دموگرافیک بیمار و خانواده و در بخش دوم علائم کودک قرار داشت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها، از شاخص های آمار توصیفی و آزمونهای آماری تحلیلی شامل مجذور کای و تی مستقل استفاده شد.

**نتایج:** توزیع سنی نمونه های مورد بررسی ۳-۶ سال بود که بیشترین آن (۶۰/۳٪)، کودکان ۵ ساله بودند. بیشترین نمونه ها (۵۸/۳٪) پسر بودند. فراوانی اختلال کم توجهی و بیش فعالی ۶۷/۳ درصد بود. بیشترین علامت گزارش شده توسط والدین، دو علامت سر و صدای زیاد در هنگام بازی کردن و پریدن وسط حرف دیگران و دخالت در بازی کودکان دیگر بود. یافته های آماری بین متغیرهای سن ( $p=0/004$ ) و سطح تحصیلات پدر ( $p=0/001$ )، رتبه تولد ( $p=0/001$ )، جنسیت ( $p=0/001$ ) و میزان درآمد خانواده ( $p=0/005$ ) با اختلال کم توجهی و بیش فعالی ارتباط آماری معنی دار نشان داد.

**نتیجه گیری:** با توجه به فراوانی بالای علائم اختلال کم توجهی و بیش فعالی در کودکان مورد بررسی، ارزیابی دقیق علائم، آگاه سازی والدین و اولیای مدرسه در این خصوص پیشنهاد می گردد.

**کلید واژه ها:** اختلال کمبود توجه همراه با پر فعالیتی، کودکان پیش دبستانی، والدین

## مقدمه

بیش از ۵۰ درصد مراجعین به درمانگاههای روانپزشکی کودکان را تشکیل می دهند. مطالعات انجام شده در ایران شیوع این اختلال را ۳-۶ درصد نشان می دهد (۸/۷) و در تحقیقی شیوع در کودکانهای شهر تبریز ۱۰/۳ درصد گزارش گردیده است (۹). علت اصلی این اختلال ناشناخته بوده و ترکیبی از عوامل ژنتیک، زیست شناختی، محیطی، روانی-اجتماعی، روان شناختی، نوروشیمیایی و عوامل مربوط به تغذیه در ایجاد آن دخالت دارد (۱۰).

بر اساس مطالعات بروز این بیماری در پسران اول خانواده شایعتر بوده همچنین خطر ابتلا به این بیماری و نیز سایر اختلالات روانی مثل اختلال رفتاری مخرب،

اختلال کم توجهی و بیش فعالی (ADHD) (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) از شایعترین مشکلات روانپزشکی می باشد که نشانه های آن در چرخه زندگی از دوران پیش دبستانی شروع و گاهی تا بزرگسالی ادامه می یابد (۱-۳). شیوع این اختلال در سنین قبل از مدرسه بین ۲-۳/۱۹ درصد بوده (۴) و میزان شیوع آن در ایالات متحده ۲۶-۲۰ درصد گزارش شده است (۵). شیوع این اختلال در پسران بیش از دختران است و در برخی از مطالعات این نسبت از ۲ تا ۹ برابر اعلام شده است (۶). همچنین این بیماری ۳۳ درصد از مراجعان به مراکز کاردرمانی ذهنی در ایران را به خود اختصاص داده و

خود بهترین و مؤثرترین شیوه در پیشگیری از وقوع بسیاری از اختلالات رفتاری و مشکلات یادگیری در اینگونه کودکان و دانش آموزان خواهد بود(۹).

با توجه به مشکلات ذکر شده ناشی از این اختلال، توجه به این بیماری و آگاهی از وضعیت آن در کشور و تدوین برنامه ای برای آگاهی دادن به والدین و اولیای مدرسه و شناخت سریع و به موقع بیماران، از اولویت های مهم بهداشتی و درمانی هر کشور می باشد. از این رو تحقیق حاضر بر آن است تا نمایی از وضعیت این اختلال را در کودکان زیر سن مدرسه ارائه نماید، با توجه به انجام تحقیقات اندک انجام شده در این مورد و در این محدوده سنی خصوصاً در استان گیلان و عدم وجود اطلاعات کافی در مورد این مشکل، موجب شد این تحقیق با هدف تعیین علائم اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی در کودکان بر اساس گزارش دهی والدین در مرکز آموزشی-درمانی ۱۷ شهریور رشت انجام شود.

### روش کار

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی است و بر روی ۳۰۰ کودک زیر سن مدرسه (۶-۳ سال) در طی سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۰ صورت گرفته است. حجم نمونه با استفاده از مطالعات مرادی و همکاران(۹) و با استفاده از فرمول کوکران با  $d=0/05$ ،  $p=0/05$  و درصد اطمینان ۹۵ (۳۰۰) نفر تعیین گردید. نمونه ها در کلینیک کودکان بیمارستان ۱۷ شهریور رشت به مدت ۸ ماه به روش در دسترس انتخاب شدند. به این شکل که پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایتنامه آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، فرم جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه ای که از قبل روایی و پایایی آن مورد تأیید بوده است و نسخه فارسی آن در مطالعه مرادی و همکاران(۹) اعتبارسنجی گردیده، توسط والدین برای کودکان تکمیل شد. این پرسشنامه توسط پاولوری(Pavuluri) و همکاران او در سال ۱۹۹۸ برای سنجش علائم اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی کودکان پیش دبستانی تهیه شده است. پرسشنامه متشکل از دو بخش بوده که در بخش اول اطلاعات دموگرافیک بیمار و خانواده شامل: مشخصات

اضطراب و افسردگی در سایر فرزندان خانواده دارای کودک ADHD افزایش می یابد. از طرفی احتمال کسب نمرات ضعیف تر در آزمونهای پیشرفت تحصیلی در این افراد نسبت به سایر کودکان بیشتر است، و بررسی ها شواهدی از افت تحصیلی را در آنها نشان می دهند(۱۱). اهمیت شناخت و درمان به موقع کودکان مبتلا به این بیماری به دلیل بالاتر بودن خطراتی مانند بزهکاری، حادثه پذیری و سوء مصرف مواد در این کودکان است. از سوی دیگر برخی از اختلالات روانپزشکی مثل اختلالات دو قطبی رابطه نزدیکی با ADHD دارند(۱۱،۱۲).

با اینکه بعضی از نشانه های این اختلال قبل از ۷ سالگی ظاهر می شود، ولی بیماری معمولاً بعد از اینکه رفتار کودکان باعث ایجاد مشکلاتی در مدرسه و مکانهای دیگر شد، تشخیص داده می شود(۱۳،۱۴).

به راحتی می توان تصور کرد که وجوه رفتاری متعدد اختلالی پایدار چون ADHD می تواند به افسردگی مادران، اضطراب و احساس محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم لیاقت در امر تربیت فرزند، وابستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، روابط منفی تر این کودکان با خواهران و برادرانشان، بالا رفتن سطح تنش در خانواده، بالاتر بودن میزان طلاق و از هم گسیختگی روابط خانوادگی در خانواده های کودکان ADHD منجر شود(۱۵). تقریباً در یک چهارم کودکان زیر سن مدرسه، اختلالات رفتاری دیده می شود که اگر شدید بوده و در روابط اجتماعی کودک مشکلاتی ایجاد کند، در صورت عدم درمان تا مراحل بعدی زندگی ادامه خواهد یافت. حدود ۶۷ درصد از کودکان مبتلا به ADHD علائم آن را اولین بار در دوران زیر سن مدرسه نشان می دهند، در حالیکه اکثر مطالعات مربوط به این بیماری در کودکان سن مدرسه انجام شده و تعداد مطالعات انجام شده در کودکان زیر سن مدرسه محدود است(۹). در همین مطالعات محدود، میزان شیوع این مشکل در مقطع زیر سن مدرسه ۲-۹/۶ درصد و اوج شروع سنی آن بین ۴-۳ سالگی گزارش شده است(۱۶). بدون شک این در حالی است که تشخیص هرچه سریعتر این اختلال و انجام اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه،

شماره ۱ آورده شده است. در ارتباط با بررسی فراوانی اختلال کم توجهی و بیش فعالی در کودکان مراجعه کننده به مرکز آموزشی-درمانی ۱۷ شهریور رشت بر اساس گزارش دهی والدین، نتایج بدست آمده در این تحقیق نشان داد که فراوانی علائم اختلال ۶۷/۳ درصد بود. بررسی فراوانی علائم اختلال کم توجهی و بیش فعالی نشانگر آن است که بیشترین علامت گزارش شده توسط والدین، دو علامت انجام کارهای خطرناک در اثر بی احتیاطی و سر و صدای زیاد در هنگام بازی و تغییر مکرر فعالیتها و بازیها بود. همچنین کمترین علائم گزارش شده، ناتوانی در پیگیری آموزش و حواس پرتی در اثر محرکهای بیرونی بود (جدول شماره ۲).

نتایج این پژوهش در ارتباط با بررسی مشخصات فردی-اجتماعی و سوابق پزشکی والدین نشان داد که میانگین سنی پدران در این بررسی  $38/42 \pm 36/22$  و محدوده آن ۲۶-۶۱ سال و میانگین سنی مادران  $33/56 \pm 32/14$  و با دامنه ۲۶-۶۱ سال بوده است. نتایج نشان داد که بین متغیرهای جنسیت کودک ( $p=0/001$ ) و سابقه ابتلاء کودک به بیماری ( $p=0/003$ ) با بروز رفتارهای کم توجهی و بیش فعالی ارتباط آماری معنی دار وجود داشته است (جدول شماره ۳).

بین متغیرهای سن مادر ( $p=0/003$ )، سن پدر ( $p=0/005$ ) و رتبه تولد ( $p=0/004$ ) با بروز علائم اختلال کم توجهی و بیش فعالی ارتباط آماری معنی داری دیده شد (جدول شماره ۴).

اما بین متغیرهای وزن هنگام تولد، تعداد افراد خانواده و مدت زمان شیردهی با بروز این اختلال، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نگردید.

در راستای تعیین ارتباط بین سوابق پزشکی کودک و فراوانی علائم اختلال کم توجهی و بیش فعالی، نتایج به دست آمده نشان داد که در ارتباط با سابقه بیماری در کودک، ۳۹/۷ درصد از آنها سابقه بیماری را ذکر کرده اند. بین فراوانی علائم اختلال کم توجهی و بیش فعالی با متغیرهای بستری شدن به علت کمبود اکسیژن در بدو تولد ( $p=0/001$ )، زردی هنگام تولد در نوزاد ( $p=0/005$ )،

فردی-اجتماعی فرد پاسخ دهنده، تاریخ تولد کودک، وزن تقریبی موقع تولد، جنس کودک، سابقه تغذیه با شیر مادر، تعداد اعضای خانواده، موقعیت کودک در خانواده، شغل پدر، سن مادر، تحصیلات مادر، رابطه خویشاوندی پدر و مادر با یکدیگر، میزان درآمد ماهانه خانواده، سابقه بیماری مادر در طول بارداری، سابقه پزشکی کودک (هایپوکسی زمان تولد و زردی)، وجود رویداد پرتنش در ۶ ماه اخیر زندگی کودک، استفاده از تنبیه بدنی در تربیت کودک توسط والدین، مصرف داروی خاصی در کودک و سابقه حساسیت غذایی آنان مورد بررسی قرار گرفته و در بخش دوم علائم قرار دارد. جواب سؤالات به صورت مقیاس چهار درجه ای لیکرت شامل: اصلاً (۰)، خیلی کم (۱)، نسبتاً (۲) و خیلی زیاد (۳) طبقه بندی شد. برای پاسخ های نسبتاً زیاد یا خیلی زیاد، امتیاز یک و برای پاسخ های اصلاً و خیلی کم، امتیاز صفر منظور شد. پس از جمع بندی امتیازات، افرادی که طبق گزارش والدین از مجموع ۱۵ علامت، نمره ۸ یا بالاتر را کسب کرده بودند، در گروه کودکان دارای علائم اختلال کم توجهی و بیش فعالی و کودکانی که نمره پایین تر از ۸ کسب کرده بودند، در گروه کودکان فاقد علائم اختلال کم توجهی و بیش فعالی طبقه بندی شدند. تجزیه و تحلیل نتایج تحت نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از شاخص های آمار توصیفی و آزمون های آمار استنباطی انجام شد. برای مقایسه علائم اختلال کم توجهی و بیش فعالی که توسط والدین گزارش شده بود از آزمون آماری تی، برای مقایسه فراوانی علائم اختلال کم توجهی و بیش فعالی در گروههای سنی و جنسی از آزمون مجذور کای، برای تعیین اختلاف میانگین نمره اختلال کم توجهی و بیش فعالی بین کودکان دختر و پسر از آزمون تی مستقل و برای تعیین ارتباط نمره اختلال کم توجهی و بیش فعالی و سن کودکان نیز از آزمون آماری تی (T) استفاده شد.

## نتایج

میانگین سن کودکان مورد بررسی  $4/64 \pm 0/82$  بود. یافته ها نشان داد که در این تحقیق ۵۸/۳ درصد واحد ها پسر بودند و سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول

میزان طلاق و از هم گسیختگی روابط خانوادگی در خانواده‌های کودکان ADHD منجر شود (۱۵،۲۲).

همچنین در مطالعه حاضر نسبت فراوانی در پسران (۵۸/۳٪) بیش از دختران (۴۱/۷٪) می باشد که مطالعات دیگری نیز نشان دهنده شیوع بیشتر در پسران است (۷،۲۳). مطالعه ای که در کشورمان در کودکان سنین قبل از دبستان شهر مشهد انجام شده است شیوع در پسران ۱۸/۱ درصد و در دختران ۶/۷ درصد بدست آمد (۱۱)، که در مطالعه حاضر این ارتباط از نظر آماری معنی دار بود. در این مطالعه شیوع این اختلال در کودکان پنج ساله بیشتر بود، که با یافته‌های مرادی و همکاران مطابقت دارد (۹)، اما در مطالعات دیگری اوج شیوع سنی این اختلال بین ۳-۴ درصد گزارش شده است (۹) و نیز در مطالعه ای در کشورمان، ارتباط معنی داری بین سن و اختلال بیش‌فعالی و کم توجهی به دست نیامده است (۲۴).

در بررسی ارتباط بین این اختلال و رتبه تولد، نتایج نشان داد که فراوانی در فرزندان اول خانواده شایعتر است که این ارتباط از نظر آماری معنی دار بود و این نتیجه در مطالعات دیگری نیز به اثبات رسیده است (۱۱)، همچنین در مطالعه ای دیده شد که فراوانی در خانواده‌های تک فرزند از همه کمتر و در خانواده‌های ۶ نفره از همه بیشتر است (۱/۵٪ در مقابل ۷/۵٪)، که در تجزیه و تحلیل نهایی اختلاف معنی داری مشاهده نشد (۲۵)، و در مطالعه عبدالهیان و همکاران نیز این نتایج تأیید گردید (۱۱).

در این مطالعه بین اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی و مواردی همچون شغل مادر، نسبت والدین، وزن هنگام تولد، مدت زمان شیردهی، بیماری مادر در دوران بارداری و تعداد اعضاء خانواده ارتباط آماری معنی دار مشاهده نگردید، که نتایج مطالعه شعبانی و همکاران اخوان کرباسی و همکاران مشابه نتایج ما می باشد (۲۴، ۲۵). نتایج نشان داد که بین اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی و سن پدر و سن مادر، ارتباط آماری معنی دار بود. چنانچه میانگین سنی پدران و مادران در کودکان مبتلا پایین تر بوده است. در مطالعات کریستین و شعبانی

بستری شدن به علت ترومای سر و گردن ( $p=0/002$ ) و بستری شدن در بیمارستان به علت مسمومیت‌ها ( $p=0/003$ ) ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد (جدول شماره ۵).

به طور کلی، رفتارهای کم توجهی و بیش‌فعالی در کودکان بیماری که به علت‌های مختلف در بیمارستان بستری شده بودند، بیشتر دیده شد. اگرچه یافته‌های این پژوهش ارتباط آماری معنی داری بین مصرف دارو در کودک و تب و تشنج، با فراوانی علائم اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی نشان نداد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصله در این پژوهش حاکی از فراوانی بالای علائم اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی با استفاده از گزارش دهی والدین بوده است. در پژوهشی که توسط خوشابی، روی دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران انجام شد، شیوع حدود ۳-۶ درصد تخمین زده شد (۱۷). در پژوهش کاراک (Charach)، این شیوع به میزان ۵/۲۹ درصد گزارش گردید (۱۸). در پژوهش کایلاک (Caylak) که در کودکان سن پیش از مدرسه و دوران ابتدایی انجام گردید شیوع کمتر از ۳ درصد گزارش گردید (۱۴). همچنین شیوع بیش‌فعالی و کم توجهی در کودکان مقطع آمادگی شهر تهران ۱۱ درصد برآورد گردید که از این تعداد ۶۰ درصد پسر بودند (۱۹) و در مطالعات مشابه نیز شیوع ۲-۴۰ درصد مشاهده شد (۲۱، ۲۰، ۶). میزان فراوانی علائم اختلال بیش‌فعالی و کم توجهی در این مطالعه از نتایج سایر مطالعات انجام گرفته در کشور بالاتر بوده است. ممکن است این یافته به علت آن باشد که در مطالعه حاضر والدین مورد پرسش قرار گرفته و نتایج بر اساس معاینات خود کودک بیان نشده است.

اختلال بیش‌فعالی و کم توجهی می تواند به افسردگی مادران، اضطراب و احساس محدودیت در اجرای نقش والدینی، احساس عدم شایستگی در امر تربیت فرزند، وابستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، روابط منفی تر این کودکان با خواهران و برادرانشان نسبت به سایر کودکان، بالا رفتن سطح تنش در خانواده، بالاتر بودن

مطالعه حاضر نشان داد که در کودکان مورد بررسی ما علائم اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی از فراوانی بالایی برخوردار است، لذا با توجه به آمار بالای بدست آمده از رفتارهای ADHD، تأسیس کلینیک‌های ADHD در شهرهای بزرگ، تشکیل گروه‌هایی از پرستاران جهت غربالگری به موقع بیماران و نیز ارزیابی دقیق علائم اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی و آسیب-شناسی روانی خانواده‌ها پیشنهاد می‌شود، زیرا نتایج مطالعات نشان داده است که توجه به تشخیص و مداخلات زود هنگام می‌تواند رویکردی مؤثر در درمان این اختلال در کودکان پیش دبستانی باشد (۲۸). با توجه به تنوع فرهنگی و جغرافیایی کشور، محدودیت نمونه انتخاب شده، انجام این پژوهش در سایر مناطق کشور پیشنهاد می‌گردد.

#### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همه کودکان و والدین آنها که در انجام این پژوهش با ما همکاری نمودند، قدردانی می‌شود. این پژوهش با تصویب و حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت اجرا گردیده است که بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی و پرسنل محترم این حوزه تشکر می‌نمائیم.

همکاران شیوع در وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، بیشتر بوده است (۲۴،۲۳) و این نتایج در مطالعه اخوان کرباسی و همکاران نیز تأیید گردید (۲۵). همچنین در مطالعه غفاری نژاد ارتباطی با شغل والد حاصل نشد (۲۶). اما بین متغیرهای تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، نسبت فامیلی والدین، تعداد افراد خانواده و وضعیت شیردهی ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد، که این نتایج در مطالعه شعبانی و همکاران نیز تأیید گردید (۲۴).

در مطالعه ما، بیشترین علامت گزارش شده توسط والدین، دو علامت (انجام کارهای خطرناک در اثر بی احتیاطی و سر و صدای زیاد در هنگام بازی و تغییر مکرر فعالیتها و بازی‌ها) بود، همچنین کمترین علائم گزارش شده، ناتوانی در پیگیری آموزش و حواس پرتی در اثر محرکهای بیرونی بود، که این نتایج در مطالعه مرادی و همکاران نیز در کشورمان تأیید گردید (۹).

نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر نشان داد که در ارتباط با سابقه بیماری در کودک ۳۹/۷ درصد از آنها سابقه بیماری را ذکر می‌کردند. بین فراوانی اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی با متغیرهای بستری شدن به علت کمبود اکسیژن در بدو تولد، زردی هنگام تولد در نوزاد، بستری شدن به علت ترومای سر و گردن و بستری شدن در بیمارستان به علت مسمومیتها ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. به طور کلی، فراوانی این اختلال در کودکان بیماری که به علت‌های مختلف در بیمارستان بستری شده بودند، بیشتر بود. یافته‌های این پژوهش ارتباط آماری معنی‌داری بین مصرف دارو در کودک و تب و تشنج، با فراوانی اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی نشان نداد و در مطالعه صالحی و همکاران نیز بین اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی و بیماریهای همراه رابطه‌ای دیده نشد (۲۷).

با توجه به اینکه میزان علائم نشان دهنده اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی در کودکان مورد بررسی ما بالا بوده و با قطعیت نمی‌توانیم وجود قطعی بیماری در این کودکان را مورد نظر قرار دهیم، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش دیگری با ابزارهای دقیقتر جهت تشخیص قطعی بیماری انجام شود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه براساس خصوصیات دموگرافیک

درصد	فراوانی	مشخصات	
۴۱/۷	۱۲۵	دختر	جنسیت
۵۸/۳	۱۷۵	پسر	
۱۰۰	۳۰۰	جمع کل	
۸۸/۷	۲۶۶	شیرمادر	وضعیت شیردهی
۱۱	۳۳	شیر خشک	
۳	۱	توأم	
۱۰۰	۳۰۰	جمع کل	
۱۱/۷	۳۵	کارمند	شغل پدر
۹	۲۷	کارگر	
۶۲/۳	۱۸۷	آزاد	
۷	۵۲	سایر	
۱۰۰	۳۰۰	جمع کل	
۳/۴	۱۳	بی سواد	تحصیلات پدر
۷۸	۲۳۴	زیردیپلم	
۱۷/۷	۵۳	دانشگاهی	
۱۰۰	۳۰۰	جمع کل	
۹۴	۲۸۲	خانه دار	شغل مادر
۶	۱۸	شاغل	
۱۰۰	۳۰۰	جمع کل	
۳/۳	۱۰	بی سواد	سواد مادر
۸۴/۶	۲۵۴	زیردیپلم-دیپلم	
۱۲	۳۶	دانشگاهی	
۱۰۰	۳۰۰	جمع کل	
۳/۳	۱۰	مثبت	سابقه بیماری مادر
۹۶/۷	۲۹۰	منفی	
۱۰۰	۳۰۰	جمع کل	
۱۷/۳	۵۲	مثبت	نسبت خانوادگی
۸۲/۷	۲۴۸	منفی	
۱۰۰	۳۰۰	جمع کل	
۳/۳	۱۰	مثبت	سابقه بیماری مادر
۱۴/۷	۴۴	۳	توزیع سنی ۴/۶۴ ± ۰/۸۲
۲۰/۳	۶۲	۴	
۶۰/۳	۱۸۱	۵	
۴/۷	۱۴	۶	
۱۰۰	۳۰۰	جمع کل	
۶۲/۳	۱۸۷	فرزند اول	رتبه تولد
۲۶	۷۸	فرزند دوم	
۹	۲۷	فرزند سوم	
۲/۷	۸	فرزند چهارم و بالاتر	
۱۰۰	۳۰۰	جمع کل	

جدول شماره ۲: بررسی فراوانی اختلال کمبود توجه و بیش فعالی مطابق گزارش والدین

علائم اختلال توجه و بیش فعالی	اصلاً	خیلی کم	نسبتاً زیاد	خیلی زیاد
۱- حرکت بدون هدف دست‌ها و پاها	۵۴	۸۹	۸۷	۷۰
۲- رعایت نکردن نوبت	۳۲	۱۰۴	۱۰۸	۵۶
۳- ناتوانی در پیگیری آموزش	۷۷	۱۱۴	۷۴	۳۵
۴- حواس پرتی در اثر محرک‌های بیرونی	۵۲	۹۴	۱۰۴	۵۰
۵- پیچ و تاب خوردن در حالت نشسته	۳۴	۵۵	۴۹	۱۶۲
۶- سروصدای در هنگام انجام بازی‌ها	۳۳	۵۵	۳۸	۱۷۴
۷- ناتمام گذاشتن بازیها و فعالیت	۴۳	۵۵	۷۷	۱۲۵
۸- گوش ندادن به صحبت به علت بی توجهی	۴۵	۸۹	۱۱۱	۵۵
۹- کم کردن لوازم شخصی	۴۱	۸۰	۱۰۶	۷۳
۱۰- سر پا بودن در اکثر موقعیت‌ها	۵۱	۵۶	۸۳	۱۱۰
۱۱- انجام کارهای خطرناک در اثر بی احتیاطی	۴۵	۴۲	۳۷	۱۷۶
۱۲- قطع صحبت یا مداخله در کار دیگران	۳۱	۳۷	۵۹	۱۷۳
۱۳- اشتباهات مکرر در اثر بی دقتی	۳۴	۵۷	۶۴	۱۴۵
۱۴- غالباً در حال حرکت بودن	۳۷	۴۹	۵۷	۱۵۷
۱۵- پر حرفی	۳۴	۵۰	۵۸	۱۵۸

جدول شماره ۳: بررسی ارتباط عوامل دموگرافیک با بروز اختلال کم توجهی و بیش فعالی

سطح معناداری	بروز ADHD		عوامل دموگرافیک	
	مثبت (درصد)	منفی (درصد)		
۰/۰۰۱	۱۳۲ (۷۵/۴)	۴۳ (۲۴/۶)	جنسیت	مذکر
	۷۰ (۵۶)	۵۵ (۴۴)		مؤنث
۰/۰۰۳	۹۲ (۷۷/۳)	۲۷ (۲۷/۷)	سابقه ابتلا کودک به بیماری	دارد
	۱۱۰ (۶۰/۸)	۷۱ (۳۹/۲)		ندارد

جدول شماره ۴: بررسی اختلاف میانگین برخی عوامل دموگرافیک با بروز اختلال کمبود توجه و بیش فعالی

سطح معناداری	آزمون تی مستقل	منفی		مثبت		بروز ADHD / مشخصات دموگرافیک
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۵	۲/۸۶	۷/۴۵	۳۸/۴۲	۵/۵۶	۳۶/۲۲	سن پدر
۰/۰۳	۲/۰۹	۶/۰۷	۳۳/۵۶	۵/۱۹	۳۲/۱۴	سن مادر
۰/۰۴	۲/۰۶	۱/۱۱	۱/۶۹	۰/۷۰	۱/۴۸	رتبه تولد

جدول شماره ۵: فراوانی علائم اختلال کمبود توجه و بیش فعالی براساس علت بستری کودکان مورد بررسی

نتیجه آزمون	منفی		مثبت		بروز ADHD	موارد بستری
	فراوانی (درصد)	میانگین	فراوانی (درصد)	میانگین		
p=۰/۰۰۱	(۵/۴) ۲	(۹۴/۶) ۳۵	(۶۳/۵) ۱۶۷	(۸۱/۲) ۵۶	مثبت	هایپوکسی زمان تولد
	(۳۶/۵) ۹۶	(۹۳/۳) ۳۵	(۶۳/۲) ۱۴۶	(۷۹/۲) ۱۹	منفی	
p=۰/۰۰۵	(۱۸/۸) ۱۳	(۸۱/۲) ۵۶	(۶۳/۲) ۱۴۶	(۶۳/۲) ۱۴۶	مثبت	زردی
	(۳۶/۸) ۸۷	(۸۱/۲) ۵۶	(۶۳/۲) ۱۴۶	(۶۳/۲) ۱۴۶	منفی	
p=۰/۱۹	(۲۰/۸) ۵	(۷۹/۲) ۱۹	(۶۶/۳) ۱۸۳	(۶۶/۳) ۱۸۳	مثبت	تب و تشنج
	(۳۳/۷) ۹۳	(۷۹/۲) ۱۹	(۶۶/۳) ۱۸۳	(۶۶/۳) ۱۸۳	منفی	
p=۰/۰۰۲	(۱۳/۷) ۷	(۸۶/۳) ۴۴	(۶۳/۵) ۱۵۸	(۸۶/۳) ۴۴	مثبت	بستری به علت ترومای سر و گردن
	(۳۶/۵) ۹۱	(۸۶/۳) ۴۴	(۶۳/۵) ۱۵۸	(۸۶/۳) ۴۴	منفی	
p=۰/۰۰۳	(۱۶/۷) ۱۰	(۸۳/۳) ۵۰	(۶۳/۳) ۱۵۲	(۸۳/۳) ۵۰	مثبت	بستری در بیمارستان به علت مسمومیت
	(۳۶/۷) ۸۸	(۸۳/۳) ۵۰	(۶۳/۳) ۱۵۲	(۸۳/۳) ۵۰	منفی	



## References

- 1- Koosha M, Soleymani R, Mehrabadi A. Knowledge attitude and performance of primary school teachers dealing with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*.2011;80 (20):26-33. Persian.
- 2- Khushabi K, Mirabzadeh A, Moradi Sh, Gilani Pour M. There view of constitutional and other risk factors in attention deficit and hyperactivity disorder children. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences & Health Services*.2007;14(2):11-15.Persian.
- 3- Scott L H. The etiology of attention deficit hyperactivity disorder: imaging evidence for neonatal hypoxic-ischemia. *Health sciences journal*.2009; 5(1):637-650.
- 4- Tashakori A, Afkhandeh R. Prevalence of ADHD symptoms among male preschoolers based on different informants in Ahvazcity of Iran. *Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences*.2011;10:1-4.Persian.
- 5- Herhani P, Abdollahian E, Behdani F, Vosoogh I, Javanbakht A. The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in preschool-age children in Mashhad,north-east of Iran. *Arch Iranian Med*. 2007;10 (2):147-151.Persian.
- 6- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry, behavioral clinical psychiatry.10<sup>th</sup> ed.Philadelphia: Lippincott,Williams & Wilkins; 2007:1206-17.
- 7- Kliegman R, Stanton B, Geme J, Schor N,Behrman R. Nelson textbook of pediatrics.19th ed.USA: Saunders;2011.p. 108-112.
- 8- Alagheband Rad J, Raufi F. Relation, attention, deficit and hyperactivity disorder with learning disorder in 7-12 age boys. *Andishehva Raftar*. 2001;6(2,3):32-36.Persian.
- 9- Moradi A, Mohammadalizadeh S, Alai V, Fakhari A, Asadollahi M. Signattention deficithyperactivity disorder in preschool age children on base parents reported in kindergardens. *Daneshvar journal*. 2006;12(57):47-54.Persian.
- 10- Castellons FX. Towar a pathophysiology of attention deficit/hyperactivity. *Clinical pediatr*.2008;(36):370-383.
- 11- Abdollahian E, Shakeri M, Vosough E. The prevalence of attention deficit and hyperactivity disorderin preschool-age children in Mashhad,north-east of Iran. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Science*. 2004;47(84):275-280.Persian.
- 12- Lange K, Reichl S, Lange K, Toucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2010 Dec;2(4):241-55. doi: 10.1007/s12402-010-0045-8. Epub 2010 Nov 30.
- 13- Mirzaiyan B, Ahadi H, Pashasharifi H, Azad H. Effect training control skills in children to mothers on decrease attention deficit and hyperactivity disorder signs and mother'sdepression. *Knowledge and research journal in psychology*.2007; 29(1):81-102. Persian.
- 14- Caylak E. Biochemical and genetic analyses of childhood attention deficithyperactivity disorder. *AM J Med Genet Part*. 2012;13(7):613-627.
- 15- Hooshvar P, Behnia F, Khoushabi K, Mirzai H, Rahgozar M. Effect group training parents in children with attention deficit hyperactivity disorder on behavioral disorder.*Tavanbakhshi journal*. 2010;10(3):24-30.Persian.
- 16- Conner DF. Preschool attention deficit-hyper activity disorder: are view o prevalence diagnosis neurobiology and stimulant. *Dev Behar pediatr*.2002;10(2):41-59.
- 17- Khoushabi K, Pour etemad H, Mohammadi M, Houman A, Biglarian A, Towfigh N. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and other co existing disorder among school students in Tehran.Tehran: universityof social welfare and rehabilitation sciences; 2002. Persian.
- 18- Charach A. Children with attention deficit hyperactivity disorder: epidemiology, comorbidity and assessment. *Encyclopedia on early childhood development*. 2010; Canada: Centre of Excellence for Early Childhood Development.2015.Available from: <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/659/children-with-attention-deficit-hyperactivity-disorder-epidemiology-comorbidity-and-assessment.pdf>
- 19- Ardalan G, Farhood D, Shahmohammadi D. Assessmentattention deficit hyperactivity disorder in preschool age. *Iranian journal of pediatric*.2001;12(4):53-56.Persian.
- 20- Meftagh D, Mohammadi N, Ghanizadeh A, Rahimi C, Najimi A. Comparison of the effectiveness of different treatment methods in children'sattentiondeficit hyperactivity disorders. *Journal of Isfahan Medical School*.2011; 29(148):965-978.Persian.
- 21- Vaziri Esfarjani Sh. Appointment prevalence attentiondeficit hyperactivity disorder and relation with some factors in Ahvaz student. *International Congress on Pediatrics & Congress on Pediatrics Nursing 2009 Oct*; p.315.Persian.
- 22- Malek A, Amiri Sh, Sadegfard M, Abdi S, Amini S. Associated factors with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD):A case control study. *Arch Iran Med*.2012;15(9):560-563. Persian.
- 23- Christine B M. Prevalence of prescribed attention-deficit hyperactivity disorder medications and diagnosis among Canadian preschoolers and school-age children:1994-2007. *Can Journal Psychiatry*.2012;10(5):93-101.
- 24- Shabani M.YadgariA. Assessment prevalence attention deficit hyperactivity disorder in school age, Zanjan. *Medical Science*.2006;13(51):42-48. Persian.
- 25- Akhavan Karbasi S, Golestan M, Fallah R, Sadrebafghi M. Assessmentattention deficit hyperactivity disorder in the children. *Journal of Shahid SadoughiYazd*. 2008;15(4):29-34. Persian.
- 26- Ghaffarinejad A. Assessment prevalence attention deficit hyperactivity disorder in school age,Kerman city. *Congress on Health Children Zanjan 2000 Oct 18-20*; p.38.Persian.
- 27- Salehi B, Ebrahimi S, Moradi S. Comparison psychiatry co morbidity in female and male primary school children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Arak university of Medical Science*.2010;16(1):49-59.Persian.
- 28- Shooshtari M, Malekpour M, Abedi A, Ahromi . Effect training on children's concentration play in attention deficit hyperactivity disorder.*Isfahan University of Medical Science Journal*.2012;13(2):17-27.Persian.

## Symptoms Related to Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Preschool Children based on parents report

By: Kouchakzadeh Talami S<sup>1\*</sup>, Namazi A<sup>2</sup>, Zarkesh M<sup>3</sup>

1) Department of Nursing (Pediatrics), Instructor, Rasht Branch Islamic Azad University, Rasht, Iran

2) Department of Midwifery, Instructor, Rasht Branch Islamic Azad University, Rasht, Iran

3) Department of Pediatric, Assistant Professor, 17Shahrivar Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Received: 2013/02/11

Accepted: 2013/08/05

### Abstract

**Introduction:** Attention-Deficit Hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common neurological problems throughout childhood. All symptoms start from preschool age, consequently delay on treatment could create sever complications.

**Objective:** This study has planned to determine ADHD symptoms among preschool children based on rate of recurrence by parents report.

**Methods:** this cross-sectional study were carried out for 8 months on 300 children at age of 3-6 years old who referred to children s clinic in 17 shahrivar hospital in Rasht. Data collection were carried out using Pavuluri's questionnaire method which contained two section, in the first section, demographic information of the patients and family , in the second section, children s symptoms were recorded. Date analysis performed via descriptive and analytic,  $\chi^2$  and t-student.

**Results:** In the present study the Age s distribution were between 3-6 years old which 60.3% of the symptoms were found among 5 year old children.

The boys (58.3%) were highest participant. Frequency of ADHD was 67.3%. The most symptoms reported by parents were producing high sound in the play field and jump in middle of conversation and intervention in other children play field. Statistical communication was significant, between age ( $P=0.004$ ) and father education level ( $p=0.001$ ) and between birth number ( $p=0.001$ ), sex ( $p=0.001$ ) and family s money rate ( $p=0.05$ ) with frequency ADHD. Communication wasn t between age and mother education, job, parent relative, breast feeding during.

**Conclusion:** According to the results of this study and rate of recurrences of the symptoms of ADHD between children, holding training sessions for parents and teachers is essential.

**Keywords:** Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Preschool child, Parents

\*Corresponding Author: Sobhaneh Kouchakzadeh Talami, Department of Nursing (Pediatrics), Instructor, Rasht Branch Islamic Azad University, Rasht, Iran  
Email: Skouchakzadeh@gmail.com