

## Research Paper

# Evaluation of the prevalence of attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and related demographic factors in students in 12th class of Ardabil in the academic year 2016-2018



Mohsen Bayat<sup>1\*</sup>, Azin Narimani<sup>2</sup>, Fardad Didar<sup>3</sup>, Keyvan Soraya Taifeh Dalai<sup>4</sup> & Mohammad Sabetroo<sup>5</sup>

1. PhD student in psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. Professional doctorate student, Department of Medicine, Faculty of Medical Sciences, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.
3. Master's student in clinical psychology, Ardabil branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
4. Master's student in General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
5. Master's Degree in Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.



**Citation:** Bayat, B., Narimani, A., Didar, F., Soraya Taifeh Dalai, K. & Sabetroo, M. (2023). [Evaluation of the prevalence of attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and related demographic factors in students in 12th class of Ardabil in the academic year 2016-2018 (Persian)]. *Journal of School Psychology and Institutions*, 12 (2): 33-44. <https://doi.org/10.22098/jsp.2023.2365>

**doi:** 10.22098/jsp.2023.2365



### Article Info:

Received: 2019/07/04

Accepted: 2023/08/29

Available Online: 2023/09/20

### Key words:

Attention deficit/hyperactivity disorder; prevalence; Ardabil

## ABSTRACT

**Objective:** The purpose of this research was to investigate the prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in 12th grade students in the academic year of 2016-2017 in Ardabil city.

**Methods:** The current research method was descriptive-cross-sectional in the form of random cluster sampling and the sample size included 443 people (237 boys and 206 girls). The data collection tool was the Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ASRS) self-report scale. Data were analyzed with spss 22 and X2 test.

**Results:** The results showed that the prevalence of mixed type of disorder was 75.6% in boys and 31.6% in girls, attention deficit type was 3.79% in boys and 4.39% in girls, and hyperactive-impulsive type was 53.2% in boys and 91.91% in girls. It was 2 percent. Also, data analysis showed that there is no significant relationship between the prevalence of mixed type, hyperactive-impulsive and inattention with parents' education, birth order and economic status in both genders ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to these results, it seems that early identification of these people and their referral to clinical specialists can prevent the severity of symptoms.

## Extended Abstract

### 1. Introduction

Attention deficit is the most serious problem of adults suffering from attention deficit/hyperactivity disorder (Moradi, Khabazkhoob, Agah, Javaherforoshzadeh, Rezvan, Haeri Kermani et al., 2018). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder can have harmful consequences in academic and personal social life. As a result, this disorder makes people vulnerable to irritability, mood swings and lack of self-confidence. Also, they do not make much progress in their studies, and it seems that hyperactivity symptoms decrease with age, but attention deficit

symptoms remain (Prelud, Lowe, and Kleinhans, 2010). Finding the roots and etiology of attention deficit/hyperactivity disorder is difficult because various factors are involved in it (Daley, 2006). Although there is a lot of research on attention-deficit/hyperactivity disorder, its prevalence among adolescents and adults is still not precisely known (Braham Butt, Halty, Hah, & Hahn, Ancaster, & Schiewiters, 2016). Therefore, there is no general agreement about the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder at the global level, and the research conducted in the field of adolescents is very limited. In addition, people who suffer from this disorder, if they are not identified and treated in time, they may face problems in old age, so it seems that

### \*Corresponding Author:

Mohsen Bayat

Address: PhD student in psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Tel: +98 (990) 4283623

E-mail: [mohsen-bayatpsy@student.uma.ac.ir](mailto:mohsen-bayatpsy@student.uma.ac.ir)

considering the importance of this issue, the purpose of this study is to investigate the prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder and related demographic factors. with it in the 12th grade students of Ardabil schools in the academic year 2016-2017.

**2. Materials and Methods**

The current research was descriptive-cross-sectional. The statistical population of the research included 1864 students of the 12th grade of schools in the academic year of 2016-1397 in Ardabil city, from which 443 (237 boys and 206 girls) were selected. The following tools were used to collect data:

Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ASRS) self-report scale: This scale was created in 2003 by the World Health Organization and includes 18 items. The internal reliability coefficient of this scale is in the range of 0.63 to 0.72 and its reliability is obtained by the retest method (Pearson correlation) in the range of 0.58 to 0.77.

The implementation method was that after visiting the schools and selecting the samples, questionnaires with demographic information (level of education, gender, age, order of birth, education of parents, number of family members and economic status of the family) in groups and individually A report was prepared and finally spss 22 software was used for data analysis. Descriptive statistics were used to observe the frequencies and X2 test was used for the prevalence difference between the two sexes and related demographic factors.

**3. Results**

The Results showed that the mixed type of attention deficit/hyperactivity disorder in the studied population was 53.6%, the prevalence of which was higher in boys (6.75) than girls (6.53) and the results of the X2 test showed a significant difference between the prevalence of the type Attention deficit (X=0.086, P<0.2769) and hyperactive-impulsive type (X=0.057, P<0.2812) did not exist in both sexes. Also, the results of this test showed that between the type of attention deficit with father's education (P<0.2595, X=2.784) and mother (P<X20.591, 3.713), between the prevalence of the mixed type of attention deficit/hyperactivity disorder with father's education ( 728/3= X2292/0) and mother (2/270= X2686/0) relation between hyperactive-impulsive type with education of father (8/735= P<0/2068) and mother (P<0.2956, X=1.076) there is no significant relationship either

In addition, the highest frequency of all three types is related to the first children and the lowest frequency is related to the fourth and older children. The results of the X2 test showed that there is a relationship between the prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder of the mixed type, hyperactive-impulsive type, and the order of birth. There is no meaning.

According to Table 4, the highest frequency of attention deficit/hyperactivity disorder of the mixed type is in the middle economic class, but the results of the X2 test showed that there is a difference between the prevalence of the mixed type and the economic class (P<0.2603, X=1.856) and between the type of attention deficit and the economic status ( 949 = 1.2583, P < 0.2583) and hyperactive-impulsive type has no relationship with economic status (P < 0.2214, X = 4.472)

**Table 1. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder with economic status**

	P	X2	The economic situation					
			good (prosperous)		medium		weak	
			%	N	%	N	%	N
total abundance			24.1	106	61.2	298	8.5	38
Compound type	0.603	1.856	0.9	4	4.96	22	0.67	3
Type of attention deficit	0.853	1.949	0.45	2	3.16	14	0.45	2
Impulsive type	0.214	4.472	45	2	1.6	7	0.67	3

**4. Discussion and Conclusion**

The results of the present study showed that there is no significant difference in the prevalence of all three types of attention deficit/hyperactivity disorder among boys and girls, as well as the order of birth and parents' education. In explaining these findings, it can be said that attention deficit/hyperactivity disorder is a mental illness that is affected by various factors, and some societies may implement special educational principles for each gender, which will definitely affect the type of disorder (Ganji and Ganji, 2014). In addition, it can be stated that attention

deficit/hyperactivity disorder is among the disorders that are affected by many neuro-cognitive and biological factors. So this disorder has a biological basis. Anyone who has the biological background for it may be affected by it, although whether the first or last child is afflicted with this disorder does not have much to do with birth order (Kaplan and Sadok, 2015). On the other hand, in the explanatory discussion of the obtained results, it can be seen that most of the parents of these people are suffering from attention deficit/hyperactivity disorder or another mental disorder, that is, this disorder runs in families.

These cases show that attention deficit/hyperactivity disorder is a mental illness. It is mostly an inheritance that can affect any person from any stratum of society with any level of education and has little relation with the level of education of the parents (Ganji and Ganji, 2014).

## 5. Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation steps. They were also assured of the confidentiality of their information and

could leave the study at any time and the results of the research would be made available to them if they wished.

### Funding

This research received no funding from funding organizations in the public, commercial or non-profit sectors.

### Authors' contributions

All authors participated in the design, execution and writing of all parts of this research.

### Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

## مقاله پژوهشی

## بررسی شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در دانش‌آموزان کلاس دوازدهم شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۷

محسن بیات<sup>۱\*</sup>، آذین نریمانی<sup>۲</sup>، فرداد دیدار<sup>۳</sup>، کیوان ثریا طایفه دلانی<sup>۴</sup> و محمد ثابت رو<sup>۵</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
۲. زبیدنت اطفال، گروه پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
۵. کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

## چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پایه دوازدهم در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۹۷ شهر اردبیل انجام شد.

**روش‌ها:** روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بود و حجم نمونه نیز شامل ۴۴۳ نفر بود (۲۳۷ پسر و ۲۰۶ دختر). ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس خود گزارشی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان (ASRS) بود. داده‌ها با Spss 22 و آزمون X2 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد شیوع نوع مرکب اختلال در پسران ۶/۷۵ درصد و در دختران ۶/۳۱ درصد، نوع نقص توجه پسران ۳/۷۹ درصد و دختران ۴/۳۹ درصد و نوع بیش‌فعال-تکانشگر پسران ۲/۵۳ درصد و دختران ۲/۹۱ درصد بود. همچنین تحلیل داده‌ها نشان داد بین شیوع نوع مرکب، بیش‌فعال-تکانشگر و کم توجه با تحصیلات والدین، ترتیب تولد و وضعیت اقتصادی در هر دو جنس رابطه معناداری وجود ندارد ( $P > 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به این نتایج به نظر می‌رسد شناسایی زود هنگام این افراد و ارجاع آن‌ها به متخصصان بالینی می‌تواند از شدت یافتن علائم جلوگیری کند.

## اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۰۷

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹

## کلیدواژه‌ها:

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی؛ شیوع؛ اردبیل

## مقدمه

کنند، از کارهایی که نیاز به سازمان‌دهی دارد اجتناب می‌کنند و اکثر اوقات اموال خود را گم می‌کنند (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). برای تشخیص گذاشتن، نشانه‌ها باید مزمن باشند، ۶ ماه دوام داشته باشند و قبل از ۱۲ سالگی وجود داشته باشند (انجمن روان‌شناسی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). نقص توجه جدی‌ترین مشکل افراد بزرگسال مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است و مهم‌ترین قسمت مشکل توجه این افراد توجه پایدار است.

یکی از اختلالات رایج دوران کودکی و نوجوانی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup> است. ویژگی اصلی این اختلال رفتارهایی است که از نظر اجتماعی مختل کننده هستند (گنجی و گنجی، ۱۳۹۴). اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به سه زیرگروه تقسیم می‌شود: نوع بیش‌فعال-تکانشگر، نقص توجه و مرکب. افراد مبتلا به نوع بیش‌فعال-تکانشگری دائماً در حالت بی‌قراری و دچار تنش درونی هستند. آن‌ها بدون فکر کردن ناگهان شروع به انجام دادن کاری می‌کنند، صبر و تحمل ندارند و حرف دیگران را قطع می‌کنند. افراد مبتلا به نوع نقص توجه به جزئیات کارها توجه نمی‌کنند، نمی‌توانند تمرکز

\* نویسنده مسئول:

محسن بیات

نشانی: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

تلفن: ۴۲۸۳۶۲۳ (۹۹۰) ۹۸+

پست الکترونیکی: mohsen-bayatpsy@student.uma.ac.ir

1. attention deficit / hyperactivity disorder
2. Kaplan & Sadock
3. American Psychological association

## روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

خطر این اختلال تشدید می‌یابد. تحقیقات نشان دادند که مغز افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به طور متوسط ۳/۲ درصد از مغز افراد عادی کوچک تر است و مناطقی که کوچک تر از سایر نقاط مغز هستند، عبارت‌اند از: لوب پیشانی و گیجگاهی. عوامل دیگری که در سبب‌شناسی این اختلال وجود دارند عبارت‌اند از: نابهنجاری‌هایی در مغز، انتقال دهنده‌هایی مثل دوپامین، عوامل پیش از تولد، مواد سمی در محیط و نوع تعامل والد-فرزند (گنجی و گنجی، ۱۳۹۴).

با وجود اینکه تحقیقات زیادی در مورد اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی وجود دارد، اما هنوز میزان شیوع آن در بین نوجوانان و بزرگسالان به طور دقیق مشخص نیست (براهام بات، هالتی، هاه و هان، آنکاستری و اسپویترز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). میزان شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بر حسب کشور، فرهنگ، جامعه و روش تحقیقی که به کار می‌رود، متفاوت است (دن فرانسیسکو، مارانو، کالدرونی، موگینی، توماس، دی ترانی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). شیوع این اختلال در سطح جهانی ۵/۲۹ درصد است (اسمیت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷) و میزان شیوع این اختلال در کودکان ۵ درصد و در بزرگسالان ۲/۵ درصد است (کاپلان و سادوک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالان انگلستان ۲/۵ درصد گزارش شده است (سیمون، زوبور، بالینت و میزاروس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). تحقیق جامعی در آمریکا نشان داد که میزان شیوع این اختلال در بزرگسالان ۴/۴ درصد است (کسلر<sup>۶</sup>، آدلر، بارکلی، بیدرمن، کانرز، دکلر و همکاران، ۲۰۰۶). میزان شیوع این اختلال در کشورهای سوئد ۵ درصد (ولندر، ولس، فلدمن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶)، تونس ۹/۹۴ درصد (کیماکم، ابادی، موالا، یاج، هادجاکم، واهلی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) و فرانسه ۳۳/۱۳ درصد (رومو، ریموند، کافیس، کوتابگ، پلنتی، باز<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) گزارش شده است. پژوهشی نیز در ترکیه به این نتیجه دست یافت که میزان شیوع این اختلال ۸ درصد است (زورلو، آنلی، کاکلوز، زینسیر، بابیر و لسیلدیر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵).

پژوهشی در ایران نیز در بین دانش‌آموزان شهر ساری به این نتیجه

- Dehili, Prevatt & Coffman
- conduct disorder
- antisocial personality disorder
- Perold, Louw & Kleynhans
- Daley
- Brahmbhatt, Hilty, Hah, Han, Angkustsiri, & Schweitzer
- Donfrancesco, Marano, Calderoni, Mugnaini, Thomas, Di Trani
- Smith
- Simon, Czobor, Bálint, Mészáros & Bitter
- Kessler, Adler, Barkley, Biederman, Conners & Demler
- Wellander, Wells & eldman
- Khemakhem, Ayadi, Moalla, Yaich, Hadjakem & Walha
- Romo, Rémond, Coeffec, Kotbagi, Plantey & Boz
- Zorlu, Unlu, Cakaloz, Zencir, Buber & Isildar

توجه پایدار به فرد کمک می‌کند تا عوامل مزاحم و پرت‌کننده‌ای تمرکز را کنترل کند و به یک محرک مشخص پاسخ دهد (مرادی، خبازخوب، آگاه، جواهر فروش زاده، رضوان، حائری کرمانی و همکاران، ۱۳۸۸). به علت اینکه این افراد در تمرکز، تکانشگری و مشکل در سازمان‌دهی فعالیت‌های روزمره نقص دارند در عملکرد خود نسبت به همسالان تفاوت نشان می‌دهند (دهلی، پرویت و کافمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). شکست در تحصیل و روابط بین فردی باعث کاهش عزت نفس و کاهش بازده کارکرد این افراد می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌تواند پیامدهای زیان باری در زندگی اجتماعی تحصیلی و فردی داشته باشد. حدود نیمی (۵۰ درصد) از این اختلال تا دوران جوانی و بزرگسالی پا برجای می‌ماند و احتمال دارد خطر ابتلاء به اختلال سلوک<sup>۲</sup> را افزایش دهد. همچنین حدود نیمی از این اختلال با اختلال سلوک نیز همبودی دارد و اگر این علائم به موقع شناسایی و درمان نشوند امکان دارد این افراد دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در آینده به اختلال شخصیت ضداجتماعی<sup>۳</sup> نیز دچار شوند که در صورت بروز چنین حادثه‌ای درمان این اختلال بسیار سخت می‌شود و حتی افراد به سمت اختلالات مرتبط با مواد گرایش پیدا می‌کنند (گنجی و گنجی، ۱۳۹۴). در نتیجه این اختلال باعث می‌شود افراد در مقابل تحریک‌پذیری، نوسانات خلق و عدم اعتماد بنفس آسیب‌پذیر باشند. همچنین در تحصیلات خود پیشرفت چندانی کسب نمی‌کنند که این خود عامل درگیری آن‌ها با معلمان و مسئولان مدارس می‌شود. به نظر می‌رسد با افزایش سن علائم بیش‌فعالی کاهش می‌یابد، اما علائم نقص توجه همچنان باقی می‌مانند (پرلود، لوی و کلین هانز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). افراد مبتلا به نوع نقص توجه بیشتر از نظر تحصیلی مشکل دارند، درحالی‌که افراد مبتلا به نوع بیش‌فعال-تکانشگری بیشتر از طرف دوستان طرد می‌شوند و تعداد تصادفات آن‌ها بالا است. این موارد باعث می‌شوند که این افراد از جامعه و شغل خود طرد شوند، انگشت‌نما شوند و مورد بی‌اعتنایی قرار گیرند و در نتیجه باعث می‌شود که این افراد رفتار مناسب اجتماعی نداشته باشند (گنجی و گنجی، ۱۳۹۴).

ریشه‌یابی و سبب‌شناسی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دشوار است؛ زیرا عوامل گوناگونی در آن دخیل هستند (دالی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). پژوهش‌های انجام شده درباره دوقلوها نشان می‌دهد ۶۰ تا ۹۰ درصد این اختلال ژنتیکی است و تأثیر محیط بر این اختلال ضعیف است. اما آنچه به ارث می‌رسد آسیب‌پذیری است و در صورت بروز عوامل

**بزرگ‌سالان<sup>۱</sup> (ASRS):** این مقیاس که در سال ۲۰۰۳ توسط سازمان بهداشت جهانی ایجاد شد و شامل ۱۸ گویه است. این پرسشنامه برای ارزیابی‌های سریع و برای غربال‌گری‌های گروهی و انفرادی ساخته شده است. ۹ گویه اول نقص توجه و ۹ گویه دوم بیش‌فعالی-تکانشگری را می‌سنجند و در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از هرگز (صفر) تا اغلب اوقات (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل بین ۰ تا ۱۶ عدم ابتلاء، ۱۷ تا ۲۳ در دامنه احتمال ابتلاء و نمرات ۲۴ و بالاتر مبتلا بودن به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را نشان می‌دهد (مختاری، ربیعی و سلیمی، ۱۳۹۴). بررسی‌های اعتباری یابی ASRS حاکی از اعتبار و پایایی بالای این مقیاس است و ضریب اعتبار درونی این مقیاس در مطالعه خارجی که بر روی ۹۰۸۳ نفر شرکت بزرگ‌سال انجام شد در دامنه ۰/۶۳ تا ۰/۷۲ و اعتبار آن به روش بازآزمایی (همستگی پیرسون) در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۷۷ برآورد شده است. این مقیاس دارای حساسیت ۸۷ درصدی است و تاکنون در ۲۸ کشور از جمله در کانادا، آمریکا، ژاپن و فرانسه اعتباریابی شده است (کسلر، آدلر، گرابر، سالراوات، اسپینسر و ون برانت، ۲۰۰۷). در هنجار یابی که توسط مختاری و همکاران (۱۳۹۴) بر روی ۳۴۰ نفر ایرانی در شهر مشهد در بازه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ ساله انجام شد نتایج نشان داد این مقیاس با پرسشنامه اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه کانرز بزرگ‌سالان رابطه همزمان دارد ( $r=0.67$  و  $p=0.01$ ) و پایایی این مقیاس به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است (مختاری و همکاران، ۱۳۹۴).

**روش اجرا:** اجرا بدین صورت بود که پس از کسب مجوز و هماهنگی‌های لازم از اداره کل آموزش و پرورش استان اردبیل، لیست تمام مدارس دوره دوم (دبیرستان) اخذ شد و بعد از مراجعه به مدارس و انتخاب نمونه‌ها، پرسشنامه‌ها همراه با اطلاعات جمعیت شناختی (پایه تحصیلی، جنسیت، سن، ترتیب تولد، تحصیلات پدر و مادر، تعداد اعضای خانواده و وضعیت اقتصادی خانواده) به صورت گروهی و خود گزارشی اجراء شدند. تقسیم‌بندی وضعیت اقتصادی بدین صورت است که خانواد‌های دارای آمد ماهانه ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ (ده میلیون ریال) به عنوان ضعیف (فقیر)، خانواد‌های دارای درآمد بین ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ (ده میلیون ریال) تا ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ (سی میلیون ریال) متوسط و خانواد‌های دارای درآمد بیشتر از ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ (سی میلیون ریال) به عنوان مرفه محسوب شدند. از بین ۵۲۰ پرسشنامه توزیع شده (۲۶۰ عدد برای پسران و ۲۶۰ برای دختران) ۴۴۳ پرسشنامه بعد از کنار

دست یافت که شیوع این اختلال در بین نوجوانان دبیرستانی ۱۴/۲ درصد است و تفاوت معناداری بین دو جنس وجود ندارد (شفاعت، تیرگری، دانشپور، حاجیان و خادم‌لو، ۱۳۹۲). همچنین تحقیقی در بین دانشجویان علوم پزشکی زاهدان نشان داد که شیوع نوع بی توجه ۷/۱۱ درصد، نوع بیش فعال ۱۲ درصد و نوع تکانشگر ۲/۱۳ درصد بود (لشکری پور، عرب گل و بخشانی، ۱۳۸۸).

بنابراین، توافق کلی در مورد میزان شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در سطح جهانی وجود ندارد و تحقیقات انجام شده در حوزه نوجوانان بسیار محدود است و میزان شیوع این اختلال در سطح کشوری نیز به طور دقیق مشخص نیست. همچنین اکثر تحقیقات انجام شده در کشور ایران مربوط به کودکان و گروه سنی پایین است و اطلاعات کاملی درباره میزان شیوع این اختلال در نوجوانان در دسترس نیست. علاوه بر این افرادی که مبتلا به این اختلال هستند اگر به موقع شناسایی و درمان نشوند ممکن است در بزرگ‌سالی با مشکلاتی مواجه شوند. پس به نظر می‌رسد شناسایی این گروه از افراد و معرفی آن‌ها به درمانگران بالینی به بهبود علائم کمک می‌کند و از شدت یافتن علائم جلوگیری می‌کند. با توجه به اهمیت این موضوع هدف پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در دانش‌آموزان کلاس دوازدهم مدارس شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۶ بود.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بود.

**جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه آماری پژوهش شامل ۱۸۶۴ نفر دانش‌آموز کلاس دوازدهم مدارس سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۷ شهر اردبیل بودند که از بین آنها (۴۴۳) (۲۳۷ پسر و ۲۰۶ دختر) نفر انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری حاضر از نوع خوشه‌ای تصادفی بود. هر ناحیه شهر اردبیل دارای چهار مدرسه پسرانه و چهار مدرسه دخترانه بود که از هر ناحیه شهر اردبیل ۳ مدرسه دخترانه و ۳ مدرسه پسرانه انتخاب شدند. سپس از بین سه کلاس پایه دوازدهم (انسانی، تجربی و ریاضی) ۲ کلاس به صورت تصادفی ساده انتخاب شده و هر دو کلاس در تحقیق قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، عدم ابتلا به بیماری‌های مشخص (حاد-مزمن)، پایه دوازدهم بودن و عدم فوت والدین. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: ابتلاء به بیماری‌های مزمن، عدم رضایت آگاهانه. جهت گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

**مقیاس خود گزارشی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی**

1. adult ADHD self-report scale

2. Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer & Van Brunt



## روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن از آزمون  $X^2$  استفاده شد.

## یافته‌ها

جمعیت مورد مطالعه شامل ۴۴۳ دانش‌آموز بود که ۲۳۷ نفر پسر (۵۳/۷ درصد) و ۲۰۶ نفر دختر (۴۶/۵ درصد) بودند.

گذاشتن داده‌های گم شده یا عدم درج اطلاعات جمعیت شناختی باقی ماندند (۲۳۷ پسر و ۲۰۶ دختر).

برای تجزیه تحلیل داده از نرم افزار spss 22 استفاده گردید. برای مشاهده فراوانی‌ها از آمار توصیفی و برای تفاوت شیوع در دو جنس

جدول ۱. توزیع فراوانی شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به تفکیک جنسیت

	جمع کل				دختر		پسر	
	P	X2	%	N	%	N	%	N
نوع مرکب	۰/۸۲۵	۰/۰۳۵	۶/۵۳	۲۹	۶/۳۱	۱۳	۶/۷۵	۱۶
نوع نقص توجه	۰/۷۶۹	۰/۰۸۶	۴/۰۹	۱۸	۴/۳۹	۹	۳/۷۹	۹
نوع تکانشگر	۰/۸۱۲	۰/۰۵۷	۲/۷۲	۱۲	۲/۹۱	۶	۲/۵۳	۶

بین شیوع نوع نقص توجه ( $X^2=۰/۰۸۶, P>۰/۷۶۹$ ) و نوع بیش فعال-تکانشگری ( $X^2=۰/۰۵۷, P>۰/۸۱۲$ ) در دو جنس وجود نداشت.

مطابق جدول ۱ فراوانی نوع مرکب اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در جامعه مورد بررسی ۶/۵۳ درصد بود که فراوانی آن در پسران (۶/۷۵) بیشتر از دختران (۶/۵۳) بود و نتایج آزمون  $X^2$  نشان داد این تفاوت معنادار نیست ( $X^2=۰/۰۳۵, P>۰/۸۲۵$ ). همچنین تفاوت معناداری

جدول ۲. فراوانی شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با میزان تحصیلات والدین

	لیسانس و بالاتر				دیپلم		زیر دیپلم		بی سواد	
	P	X2	%	N	%	N	%	N	%	N
فراوانی کل			۳۰/۷	۱۳۶	۳۴/۳	۱۵۲	۳۲/۵	۱۴۴	۲/۵	۱۱
			۱۴/۲	۶۳	۴۰	۱۷۶	۴۱/۹	۱۸۶	۴/۱	۱۸
نوع مرکب	۰/۲۹۲	۳/۷۲۸	۱/۴	۶	۲/۲	۱۰	۲/۵	۱۱	۰/۴۵	۲
	۰/۶۸۶	۲/۲۷	۰/۶۷	۳	۲/۱	۹	۳/۴	۱۵	۰/۴۵	۲
نوع نقص توجه	۰/۵۹۵	۲/۷۸۴	۰/۶۷	۳	۱/۶	۷	۱/۶	۷	۰/۲۲	۱
	۰/۵۹۱	۷/۱۳	۰/۲۲	۱	۱/۱	۵	۲/۵	۱۱	۰/۲۲	۱
نوع بیش فعال-تکانشگر	۰/۰۶۸	۸/۳۵	۱/۳۵	۶	۰	۰	۱/۱	۵	۰/۲۲	۱
	۰/۹۵۶	۱/۰۷۶	۰/۴۵	۲	۱/۴	۶	۰/۹	۴	۰	۰

با توجه به جدول ۳ بیشترین فراوانی هر سه نوع مربوط به فرزندان اول و کم‌ترین فراوانی مربوط به فرزندان چهارم و بالاتر است که نتایج آزمون  $X^2$  نشان داد بین شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع مرکب با ترتیب تولد ( $X^2=۲/۰۲۶, P>۰/۵۶۷$ ) رابطه‌ای معناداری وجود ندارد. علاوه بر این آزمون  $X^2$  نشان داد بین شیوع نوع نقص توجه با ترتیب تولد ( $X^2=۳/۰۶۲, P>۰/۳۸۲$ ) و همچنین بین شیوع نوع بیش فعال-تکانشگر با ترتیب تولد ( $X^2=۴/۹۸۲, P>۰/۱۷۳$ ) رابطه معناداری وجود ندارد.

مطابق جدول ۲ نتایج آزمون  $X^2$  معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج این آزمون نشان داد بین نوع نقص توجه با تحصیلات پدر ( $X^2=۲/۷۸۴, P>۰/۵۹۵$ ) و مادر ( $X^2=۳/۷۱۳, P>۰/۵۹۱$ ) نشان داد بین شیوع نوع مرکب اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با تحصیلات پدر ( $X^2=۳/۷۲۸, P>۰/۲۹۲$ ) و مادر ( $X^2=۲/۲۷۰, P>۰/۶۸۶$ ) رابطه‌ای و بین نوع بیش فعال-تکانشگر با تحصیلات پدر ( $X^2=۸/۳۳۵, P>۰/۰۶۸, X^2=۱/۰۷۶, P>۰/۹۵۶$ ) نیز رابطه‌ای معناداری وجود ندارد.

جدول ۳. فراوانی شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بر حسب ترتیب تولد

فرزند اول		فرزند دوم		فرزند سوم		فرزند چهارم و بالاتر			
%	N	%	N	%	N	%	N	X2	P
۵۳/۹	۲۳۹	۲۹/۷	۱۳۲	۸/۳	۳۷	۷/۹	۳۵		
۳/۸۳	۱۷	۲/۲۵	۱۰	۰/۲۲	۱	۰/۲۲	۱	۲/۰۲۶	۰/۵۶۷
۲/۰۳	۹	۱/۳۵	۶	۰/۶۷	۳	۰	۰	۳/۰۶۲	۰/۳۸۲
۲/۲۵	۱۰	۰/۲۲	۱	۰	۰	۰/۲۲	۱	۴/۹۸۲	۰/۱۷۳

مطابق جدول ۴ بیشترین فراوانی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع مرکب در طبقه اقتصادی متوسط است، اما نتایج آزمون X2 نشان داد بین شیوع نوع مرکب با طبقه اقتصادی ( $X2=1/856, P>0/603$ ) و بین نوع نقص توجه با وضعیت اقتصادی ( $X2=0/214, P>0/949$ ) رابطه‌ای ندارد.

مطابق جدول ۴ بیشترین فراوانی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع مرکب در طبقه اقتصادی متوسط است، اما نتایج آزمون X2 نشان داد بین شیوع نوع مرکب با طبقه اقتصادی ( $X2=1/856, P>0/603$ ) و بین نوع نقص توجه با وضعیت اقتصادی ( $X2=0/214, P>0/949$ ) رابطه‌ای ندارد.

جدول ۴. فراوانی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با وضعیت اقتصادی

وضعیت اقتصادی		ضعیف		متوسط		خوب (مرفه)			
%	N	%	N	%	N	%	N	X2	P
۸/۵	۳۸	۶۷/۲	۲۹۸	۱۰/۶	۱۰۶	۲۴/۱			
۰/۶۷	۳	۴/۹۶	۲۲	۰/۹	۴			۱/۸۵۶	۰/۶۰۳
۰/۴۵	۲	۳/۱۶	۱۴	۰/۴۵	۲			۱/۹۴۹	۰/۵۸۳
۰/۶۷	۳	۱/۶	۷	۰/۴۵	۲			۴/۴۷۲	۰/۲۱۴

استفاده کردند و این خود می‌تواند تبیین‌کننده تفاوت میان پژوهش آن‌ها با پژوهش حاضر باشد.

در سایر پژوهش‌های انجام شده در ایران شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شهرهای خرم‌آباد ۱۷/۳ درصد (نامداری، نظری، طراحی و محمدی، ۱۳۸۷)، یزد ۱۶/۳ درصد (اخوان‌کریاسی، گلستان، فلاح و صدر باقی، ۱۳۸۶) و اردبیل ۱۲/۶ درصد (مولوی، محمدی خالقی و ندر محمدی، ۱۳۹۷) گزارش شده است. با توجه به این موضوع که این پژوهش‌ها مربوط به کودکان است بهتر است مقایسه با احتیاط بیشتری انجام پذیرد.

در سایر نقاط جهان نیز یافته‌های متفاوتی نشان داده شده است. به عنوان مثال، میزان شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در عربستان سعودی ۳،۴ درصد (الباتی، الهدیان، النیام، المهرب، ابدلکریمی، البادی و همکاران<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷)، ترکیه ۸ درصد (زورلو و همکاران، ۲۰۱۵) در ایالات متحده ۵/۱ درصد و در آلمان ۳/۱ درصد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۶) گزارش شده است.

1. Albatti, Alhedyan, Alnaeim, Almuhareb, Alabdulkarim & Albadia

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی شیوع شناسی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و عوامل جمعیتی شناختی مرتبط با آن در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۷ در بین دانش‌آموزان پسر و دختر پایه‌ای کلاس دوازدهم شهر اردبیل بود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع مرکب ۶/۵۳ درصد (۶/۷۵ درصد پسران و ۶/۳۱ درصد دختران)، از نوع نقص توجه ۴/۰۹ درصد (۳/۷۹ درصد پسران و ۴/۳۹ درصد دختران) و از نوع بیش‌فعال-تکانشگر ۲/۲۷ درصد (۲/۵۳ درصد پسران و ۲/۹۱ درصد دختران) بوده است که این نتایج با یافته‌های پژوهش شفاعت و همکاران (۱۳۹۲) که بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر ساری انجام شد و نشان داد که شیوع این اختلال ۱۴/۲ (جمع شیوع کل ۳ نوع) درصد است همخوانی دارد هر چند که در مطالعه آن‌ها از پرسشنامه کانرز فرم والدین استفاده شده بود. همچنین در مطالعه‌ای دیگری که توسط مرادی و همکاران در نیشابور (۱۳۸۷) بر روی دانش‌آموزان دبستانی انجام شد، نشان داده شد که شیوع این اختلال ۱۰/۱ درصد است، هر چند که آن‌ها از پرسشنامه کانرز فرم معلم



باشد ممکن است به آن مبتلا شود هر چند از قشر بالا یا پایین اقتصادی جامعه باشد یا فرزند اول یا آخر یعنی مبتلا شدن به این اختلال ارتباط زیادی به ترتیب تولد ندارد، بلکه مهم جنبه زیستی و عوامل خطر و آسیب هستند (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). این موارد ممکن است تبیین کنند که چرا در این تحقیق ارتباط معناداری بین این اختلال و متغیرهای ذکر شده یافت نشده است.

همچنین نتایج دیگر این تحقیق نشان داد که بین تحصیلات پدر و مادر با هر سه نوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی رابطه‌ای معناداری وجود نداشت که این نتایج با یافته‌های پژوهش صالحی، مرادی، ابراهیمی و رفیعی (۱۳۹۰) همخوانی داشت، اما با یافته‌های پژوهش مرادی و همکاران (۱۳۸۷) همخوانی نداشت. در بحث تبیین‌شناسی نتایج به دست آمده می‌توان بیان نمود که اکثر والدین این افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی یا یک اختلال روانی دیگر هستند؛ یعنی این اختلال در خانواده‌ها جریان دارد. این کودکان کنار والدینی بزرگ می‌شوند که علائم این اختلال را شدید می‌کنند و باعث ایجاد دور باطلی می‌شوند. این موارد بیان که اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی یک بیماری روانی است بیشتر ارثی که می‌تواند هر فردی از هر قشر جامعه با هر میزان از تحصیلات را تحت تأثیر قرار دهد و ارتباط چندانی با میزان تحصیلات والدین ندارد و بیشترین جنبه مهم آن آسیب‌پذیری قبلی است تا عوامل محیطی (گنجی و گنجی، ۱۳۹۴). تحقیقات نشان داده‌اند که ۷۵ درصد میزان آسیب‌پذیری به این اختلال به عوامل زیستی و عصبی مرتبط است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). در تبیین یافته‌های ناهمسو نیز می‌توان بیان نمود که این اختلال به طور کامل توسط عوامل ارثی کنترل نمی‌شود و عواملی نیز مثل فرهنگ، جامعه و شرایط محیطی نیز بر آن تأثیر دارند و نتایج متفاوت ممکن است به علت گروه متفاوت، کشور، تعداد نمونه و بافت پژوهش باشد.

به طور کل فراوانی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در پژوهش حاضر در محدوده مورد انتظار توسط سایر تحقیقات است، اما از اکثر آنها زیاد است که این تفاوت می‌تواند ناشی از نوع نمونه‌گیری، ابزار به کار برده شده و یا منبع اخذ اطلاعات باشد. با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پایه دوازدهم شهر اردبیل توجه به این گروه از افراد در مدارس و نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد و ضروری است به والدین و معلمان در خصوص شناسایی علائم این اختلال آموزش داده شود. بدیهی است که با

1. Mannuza, Klein, Bonagura, Malloy, Giampino & Addalli
2. Kaplan & Sadock

تحقیقی نیز به این نتیجه دست یافت که میزان شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در سطح جهانی ۵/۲۹ درصد است (اسمیت، ۲۰۱۷). به طور کل، مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات مختلف در سطح ایران و دنیا نشانگر شیوع متفاوت اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است که این تفاوت‌ها ممکن است به علت تفاوت‌های فرهنگی، زنتیکی، نمونه، روش نمونه‌گیری و ابزار سنجش متفاوت باشد. با اینکه انتظار می‌رود با افزایش سن میزان شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی کاهش یابد، اما باز هم شیوع بالا در سن نوجوانی مشاهده می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معناداری در میزان شیوع هر سه نوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در بین پسران و دختران وجود ندارد که این نتایج با یافته‌های شفاعت و همکاران (۱۳۹۲)، مرادی و همکاران (۱۳۸۵) و ظهیرالدین، آدینه، راجری اصفهانی و احمدی (۱۳۹۶) همخوانی دارد، اما با یافته‌های پژوهش نامداریو همکاران (۱۳۸۷) که شیوع بیشتر را در پسران نشان داد، همخوانی ندارد. در تبیین این یافته‌های می‌توان گفت اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی یک بیماری روانی است که از عوامل گوناگونی تأثیر می‌پذیرد به عنوان مثال نوع سبک تربیت والدین، فرهنگ، آموزش و پرورش و وضعیت اقتصادی بر آن تأثیر دارد. ممکن است بعضی جوامع اصول تربیتی خاصی برای هر جنس اجرا کنند که قطعاً این بر نوع بروز اختلال تأثیر خواهد گذاشت (گنجی و گنجی، ۱۳۹۴) و خود این می‌تواند تبیین‌کننده تفاوت نتایج حاضر با پژوهش‌های همسو و ناهمسو باشد.

در مطالعه حاضر بین ترتیب تولد و هر سه نوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ارتباط معناداری وجود نداشت که این با مطالعه مرادی و همکاران (۱۳۸۵) همخوانی دارد، اما با پژوهش جیدرفی، میکاییلی و بشرپور (۱۳۹۶) که شیوع بیشتر در فرزندان اول را نشان دادند همخوانی ندارد. همچنین در پژوهش حاضر آشکار شد که بین وضعیت اقتصادی با هر سه نوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در هر دو جنس رابطه‌ای معناداری وجود نداشت که این یافته با پژوهش نامداری و همکاران (۱۳۸۷) مطابقت دارد، اما با پژوهش مانز، کلین، بن‌گاردان مالوی، گامپینو و اددالی<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) مطابقت ندارد. در تبیین این یافته‌های این تحقیق می‌توان بیان نمود که اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی جزو اختلالاتی است که بسیار از عوامل عصبی-شناختی و زیستی تأثیر می‌پذیرد و اکثر بستگان درجه یک افراد مبتلا به این اختلال به یک اختلال روانی مبتلا هستند. پس این اختلال بیشتر زمینه‌زیستی دارد. هر کس که زمینه‌زیستی آن را داشته

## منابع

اخوان کرباسی، صدیقه؛ گلستان، مطهره؛ فلاح، راضیه و صدر بافقی، مهدخت. (۱۳۸۶). بررسی شیوع اختلال بیش‌فعالی، کمبود توجه و تمرکز در کودکان ۶ ساله شهر یزد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد* ۱۵(۴)، ۳۴-۲۹.

<http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-618-fa.html>

حسینی جلدرقی، یوسف؛ میکایلی، نیلوفر و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۶). ارتباط ترتیب تولد با دارا بودن نشانه‌های ADHD در بزرگسالان، پنجمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین. ۶(۲): ۴-۷.  
<https://civilica.com/doc/654510>

زارع بهرام آبادی، مهدی و گنجی، کامران. (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و همبودی آن با اختلال یادگیری در دانش‌آموزان دبستانی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۴)، ۴۳-۹۳-۳-۴-۲۰۲۵

شفاعت، عارفه؛ تیرگری سراج، عبدالحکیم؛ دانشپور، سید محمد؛ حاجیان، مینا و خادم‌ملو محمد. (۱۳۹۲). بررسی شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرستان ساری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۳ (۱۰۴): ۱۸-۱۲.  
[magiran.com/p1232575](http://magiran.com/p1232575)

صالحی، بهمن؛ مرادی، شیرین؛ ابراهیمی، سمیه و رفیعی، محمد. (۱۳۹۰). مقایسه شیوع اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی-تکانشگری، ترکیبی در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۶ (۲): ۵۴-۴۵.

<http://sjku.muk.ac.ir/article-1-535-fa.html>

ظهیرالدین، علرضا؛ آدینه، مینا؛ راجزی اصفهانی، سپیده و احمدی، آمنه. (۱۳۹۶). بررسی شیوع نارسایی توجه-بیش‌فعالی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *فصلنامه علمی-پژوهشی طب توانبخشی*، ۶(۴): ۲۳۱-۲۳۹.

[Doi: 10.22037/jrm.2017.110459.1306]

گنجی، مهدی و گنجی، حمزه. (۱۳۹۴). آسیب-شناسی روانی Dsm5 تهران: ساوالان

<https://www.adinehbook.com/gp/product/9647609791>

لشکری پور، کبری؛ عرب کل، فریبا و بخشانی پور، نور محمد (۱۳۸۸). بررسی شیوع علائم اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه (ADHD) بالغین در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. *سومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر*، ۱۰ (۸): ۲۴۲۴.

<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=127147>

شناسایی به موقع این اختلال می‌توان از شدت گرفتن علائم و عواقب بعدی این اختلال جلوگیری نمود.

محدودیت مهمی که در این پژوهش وجود داشت این بود که اطلاعات این پژوهش فقط از طریق پرسشنامه به دست آمده است که این ممکن است باعث سوء داوری شود، بهتر است در پژوهش‌های آینده مصاحبه با والدین صورت نیز گیرد و همچنین اطلاعات معلمان را نیز با به کار بست. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش این بود که پرسشنامه‌ها یک هفته قبل از امتحانات آخر ترم پخش شد که این خود نیز ممکن است شده باشد که میزان شیوع در این پژوهش بالا باشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش مساوی نبودن میزان دو جنس است. همچنین این نتایج مربوط به دانش‌آموزان مدارس دولتی شهر اردبیل بود، چنانچه مطالعه این اختلال در حوزه‌های وسیع‌تر و با مقایسه شیوع این اختلال در مدارس دولتی، شاهد و فنی انجام پذیرد اطلاعات دقیق‌تری به دست خواهد آمد. همچنین اگر مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در والدین این افراد انجام پذیرد نتایج جامع‌تری به دست خواهد آمد. با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در دانش‌آموزان، پیشنهاد می‌شود سازمان آموزش پرورش در زمان ثبت نام و شروع سال تحصیلی نسبت به غربالگری این افراد اقدام نماید و از متخصصان بالینی در این راستا و درمان این افراد بهره گیرد.

## ملاحظات اخلاقی

## پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

## حامی مالی

این تحقیق هیچ گونه کمک مالی از سازمان‌های تامین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

## مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

- primary care setting: A concise review. *Journal of Adolescent Health*, 59 (2), 135-143. [Doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.03.025]
- Daley, D. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. *Child Care Health Development*, 32 (2), 193-204. [Doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00572.x]
- Dehili, V. M., Prevatt, F., & Coffman, T. P. (2017). An analysis of the Barkley Deficits in Executive Functioning Scale in a college population: does it predict symptoms of ADHD better than a visual-search task?. *Journal of Attention Disorders*, 21 (7), 567-574. [Doi: 10.1177/1087054713498932]
- Donfrancesco, R., Marano, A., Calderoni, D., Mugnaini, D., Thomas, F., Di Trani, M. et al. (2015). Prevalence of severe ADHD: an epidemiological study in the Italian regions of Tuscany and Latium. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 24: 33-525. [Doi: 10.1017/S2045796014000523]
- Ganji, M., & Ganji, H. (2015). Psychosocial Dsm5 Tehran: Savalan. (Persian) <http://lrr.modares.ac.ir/article-14-2416-en.html>
- Hosseini Jabdoreghi, Y., Mikaeli, N., & Bashpour, S. (2017). Relationship between birth order and ADHD symptoms in adults, Fifth Research Conference on educational sciences and social sciences and cultural sciences, Tehran, *The Association for the Development and Promotion of Basic Sciences and Techniques*, 6(2), 4-7. (Persian) [Doi: 10.22038/IJP.2014.3749]
- Kaplan, B. J. (2016). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58 (1), 78-79. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802389/>
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... & Spencer, T. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States. *Results from the National Comorbidity Survey Replication*, 163. [Doi: 10.1176/ajp.2006.163.4.716]
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Gruber, M.J., Sarawate, C.A., Spencer, T., Van Brunt, D.L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 (2), 52-65. [Doi: 10.1002/mpr.208]
- Khemakhem, K., Ayadi, H., Moalla, Y., Yaich, S., Hadjkacem, I., Walha, A. et al. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder at schools in Sfax-Tunisia. *Tunis Med*, 93, 302-307.
- Lashkaripoor, K., Arab Total., F., Bakhshanipour, N M (2009). The prevalence of hyperactivity disorder (ADHD) in adolescents in Zahedan University of Medical Sciences. *Third Congress of High-Risk Events*, 10 (8), 24-34. (Persian).
- 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.
- محسن زاده، اعظم؛ فرهادی، علی؛ طراحي، محمد جواد و پدرام، آينور. (۱۳۸۸). بررسی شیوع انواع اختلالات خواب در کودکان دبستانی ۷-۱۲ ساله تحت مطالعه در شهر خرم آباد در سال تحصیلی ۸۶-۸۵. *مجله علمی پژوهشی یافته*، ۱۱ (۳)، ۴۹-۴۱. <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-162-fa.html>
- مختاری، حمید؛ ربیعی، مهدی و سلیمی، سید حسین. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خودسنجی بیش‌فعالی و نقص توجه بزرگسالان (ASRS). *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۲۱ (۳)، ۲۴۴-۲۵۳. [Doi:10.32598/ijpcp.27.4.1878.3]
- مرادی، علی؛ خباز خوب، مهدی؛ آگاه، تهمنه؛ جواهر فروش زاده، علی؛ رضوان، بیژن؛ حائری کرمانی، زهرا و همکاران. (۱۳۸۷). شیوع بیش‌فعالی - نقص توجه (ADHD) در کودکان دبستانی شهر نیشابور طی سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۰ (۲)، ۳۷-۴۲. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-357-fa.html>
- مولوی، پرویز؛ محمدی، محمد رضا؛ خالقی، علی و ندرمحمدی مقدم، مهریار. (۱۳۹۷). شیوع شناسی اختلالات روان‌پزشکی کودک و نوجوان در استان اردبیل: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت عمومی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۱۸ (۲)، ۲۴۰-۲۵۱. [Doi:10.29252/jarums.18.2.240]
- نامداری، پریسا؛ نظری، هدایت؛ طراحي، محمد جواد و محمدی، محمدرضا. (۱۳۸۷). میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان دبستانی شهر خرم آباد. *مجله علمی پژوهشی یافته*، ۳ (۴)، ۴۹-۴۴. <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-102-fa.html>

## References:

- Akhavan Karbasi, S., Golestan, M., Fallah, R., & Sadr Bafghi, M. (2007). Prevalence of hyperactivity disorder, attention deficit disorder and concentration in 6-year-old children in Yazd. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd*, 15 (4), 29-34. (Persian) [Doi:10.47176/mjiri.35.8]
- Albatti, T. H., Alhedyan, Z, Alnaeim, N., Almuhareb, A. Alabdulkarim, J. , Albadia, R., & Alshahrani, K. (2017). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among primary school-children in Riyadh, Saudi Arabia, 2015–2016. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 4 (3), 91-94. [Doi: 10.1016/j.ijpam.2017.02.003]
- American Psychological Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5. *American Psychiatric Association Publishing*. 217-317. [Doi: 10.4103/0019-5545.117131]
- Brahmbhatt, K., Hilty, D. M. ,Hah, M., Han, J., Angkustsiri, K & Schweitzer, J. B. (2016). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder during adolescence in the

- Mohsenzadeh, A., Farhadi, A., Design, M. J., Pedram, A. (2009). The prevalence of sleep disorders in 12-12 year-old primary school children in Khorramabad city in the academic year of 86-85. *Scientific Journal of Research*, 11 (3), 41-49. (Persian)
- Mokhtari, H., Rabiei, M., Salimi, S. H. (2015). Psychometric features of the Persian version of the Hyperactivity and Adult Attention Deficit Self-Assessment (ASRS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 21 (3), 244-253. (Persian)
- Molavi P., Mohammadi M R., Khaleghi A., Nadr Mohammadi Moghaddam M. (2018). Prevalence of Child and Youth Psychiatric Disorders in Ardabil Province: A Population-Based Study. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 18(2): 251-240. (Persian) [Doi: 10.29252/jarums.18.2.240]
- Moradi, A., Good Khbaz, M., Awareness, T., Jahehr Salezadeh, A., Rezvan, Bi., Haeri Kermani, Z., & et al. (2008). Outbreak of ADHD in primary school children in Neishabour during the academic year of 2006-2007. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 10 (2), 37-42. (Persian)
- Namayari, P., Theoretical, H., Tarahe, M. J., Mohammadi, M. R. (2008). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in primary school children in Khorramabad. *Scientific Journal of Research*, 3 (4), 44-49. (Persian) [Doi:10.1080/03004430.2017.1396980]
- Perold, H. Louw, C. & Kleynhans, S. (2010). Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education*, 30 (3): 22-25. [Doi: 10.15700/saje.v30n3a364]
- Romo, L., Rémond, J. J., Coeffec, A. Kotbagi, G. Plantey, S. Boz, F. et al. (2015). Gambling and attention deficit hyperactivity disorders in a population of french students. *Journal of Gambling Studies*, 31, 1261-1272. [Doi: 1007/s10899-014-9515-9]
- Rumi, Pa., Mohammadi, M. R., Khaleg, A., & Nadr Mohammadi Moghadam, M. (2018). Prevalence of childhood and adolescent psychiatric disorders in Ardebil province: a population-based study. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 18 (2), 251-240. (Persian)
- Salehi, B., Moradi, S., Ebrahimi, S., & Rafiei, M. (2011). Comparison of the prevalence of attention deficit disorder, hyperactivity-impulsivity, combined in boys and girls of primary school of Arak district in the academic year of 1389-89. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 16 (2): 54-45. (Persian). <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-535-en.html>
- shafaith, A., Tiraghi Seraj, A H., Danshypoour, S M., Hajian, M., & Khademo M. (2013). Prevalence of hyperactivity disorder and attention deficit in high school students in Sari. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, (104), 12-18. (Persian) [Doi: 10.47176/mjiri.35.8]
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-220. [Doi: 10.1192/bjp.bp.107.048827]
- Smith, M. (2017). Hyperactive around the world? The history of ADHD in global perspective. *Social History of Medicine*, 30(4), 767-787. [Doi: 10.1093/shm/hkw127]
- Wellander, L. Wells, M. B. Feldman, I. (2016). Does Prevention Pay? Costs and potential cost-savings of school interventions targeting children with mental health problems. *Journal Mental Health Policy Econ*, 19, 91-101. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27453456/>
- Zahiruddin, A., Adineh M, Rajazi Isfahani, S., & Ahmadi, A. (2017). The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Journal of Rehabilitation Sciences*, 6 (4), 231-239. (Persian)
- Zare Bahram Abadi, M., & Ganji, K. (2014). Evaluation of prevalence of ADHD and its association with learning disabilities in elementary school students. *Learning Disabilities*, 3 (4), 43-25. (Persian) 93-3-4-2
- Zorlu, A., Unlu, G., Cakaloz, B., Zencir, M., Buber, A., & Isildar, Y. (2015). The prevalence and comorbidity rates of ADHD among school-age children in Turkey. *Journal of attention disorders*, 8(7), 79-91. [Doi: 10.1177/1087054715577991]