

## میزان شیوع اختلال کمبود توجه و بیش فعالی در کودکان دبستانی شیراز

دکتر محمد جواد علیشاهی\*، غلامرضا ده بزرگی\*\*، دکتر بهرام دهقان\*\*\*

\* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی  
\*\* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی  
\*\*\* متخصص اعصاب و روان

### چکیده

اختلال کمبود توجه و بیش فعالی (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) شایعترین اختلال روانپزشکی کودکان در سنین مدرسه می باشد. بدلیل شیوع بالای این اختلال در کشورهای غربی و تاثیر آن بر عملکرد کلی فرد، این پژوهش با هدف بررسی شیوع ADHD در کودکان ۶-۱۱ ساله دبستانی شهر شیراز انجام پذیرفت.

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۰ در نواحی چهارگانه آموزش و پرورش بر روی ۲۱۸۲ نفر دانش آموز (۱۰۸۳ پسر، ۱۰۹۹ دختر) با روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی صورت گرفت. اطلاعات ابتدا از طریق پرسشنامه تشخیصی غربالگر بر اساس مقیاس ۱۸ نشانه ای DSM-IV در تشخیص ADHD تدوین شده و سپس ارزیابی بالینی نهائی دانش آموزان به همراه والدین آنها بوسیله مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV حاصل شده است.

یافته ها نشان داد که بر اساس ارزیابی اولیه با پرسشنامه و ارزیابی نهائی بوسیله مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV شیوع کلی اختلال کمبود توجه و بیش فعالی ۵/۸٪ بوده که شامل ۱/۱٪ زیر گروه بدون توجه، ۰/۴۵٪ زیر گروه بیش فعال تکانشگر و ۴/۲٪ زیر گروه مرکب می باشد. همچنین از نظر ابتلا به ADHD بین پسرها (۸/۴۹٪) و دخترها (۳/۱۸٪) تفاوت معنی داری وجود دارد. ( $P < ۰/۰۰۱$ ) عملکرد تحصیلی این افراد نیز بر اساس معدل نمرات درسی آنها در مقایسه با گروه شاهد تفاوت معنی داری نشان داد ( $P < ۰/۰۰۱$ ) که در افراد مبتلا پائین تر بوده است. نمره انضباط گروه مبتلا به این اختلال نیز تفاوت معنی داری با گروه شاهد داشته است ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و آنها نمره کمتری دریافت نموده اند.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال کمبود توجه و بیش فعالی در دانش آموزان دبستانی و پیامدها و عوارض نامطلوب آن، توصیه می شود برنامه هائی در جهت شناسائی و درمان زودرس این اختلال در جهت اعتدالی بهداشت روانی این گروه از دانش آموزان ارائه گردد. (مجله

طیب شرق، سال پنجم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۲، ص ۶۱ تا ۶۷)

**کلواژه ها:** اختلال کمبود توجه و بیش فعالی، همه گیرشناسی، دانش آموزان، دبستان، روانپزشکی کودکان

### مقدمه

همه گیرشناسی نشان داده است که این اختلال در کودکان و نوجوانان شایع است و یکی از شایعترین اختلالات روانی کودکان است که به سرویس های ارائه خدمات بهداشت روانی کودکان ارجاع می شود.<sup>(۱)</sup> میزان فعالیت و توجه در جمعیت

اختلال کمبود توجه همراه با بیش فعالی شایعترین اختلال روانپزشکی در کودکان سنین مدرسه است. شروع علائم در کودکان مبتلا، با بیش فعالی نامتناسب با سطح رشد، بی توجهی، مشکلات تحصیلی و تکانشگری همراه است.<sup>(۱)</sup> داده های متعدد

در نظر گرفتن مشکلات فوق الذکر، انجام این پژوهش در بعدی وسیع تر از پژوهش های قبلی ضروری به نظر می رسید.

### روش کار

پژوهش حاضر مطالعه ای همه گیرشناسی است که بصورت مقطعی - توصیفی در سال ۱۳۸۰ به بررسی میزان شیوع اختلال کمبود توجه و بیش فعالی در کودکان ۶ تا ۱۱ ساله دبستانی شهر شیراز پرداخته است.

جامعه آماری مورد مطالعه، دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر شیراز بوده است. در سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰، تعداد کل دانش آموزان دبستانی شهر شیراز، ۱۳۰۲۰۳ نفر بوده که از این تعداد ۱۲۰۳۸۵ نفر در مدارس دولتی و ۹۸۸۱ نفر در مدارس غیرانتفاعی به تحصیل مشغول بوده اند.

شهر شیراز دارای ۴ ناحیه آموزش و پرورش می باشد که از هر ناحیه ۴ دبستان پسرانه و دخترانه و از هر دبستان یک کلاس در هر مقطع تحصیلی به شیوه نمونه گیری خوشه ای تصادفی و با در نظر گرفتن نسبت پراکندگی دانش آموزان در مدارس دولتی و غیرانتفاعی انتخاب گردید، بنابراین در پژوهش حاضر ۱۶ مدرسه، ۸۰ کلاس درس، ۲۱۸۳ دانش آموز (۱۰۸۳ پسر و ۱۰۹۹ دختر) و ۸۰ معلم شرکت داشته اند.

جهت جمع آوری اطلاعات در مرحله نخست از مقیاس ۱۸ نشانه ای DSM-IV در تشخیص اختلال کمبود توجه و بیش فعالی که توسط معلمینی که به مدت ۱۲ ساعت آموزشهای لازم را دیده بودند نمره گزاری می گردید، استفاده شد. شدت نشانه های ۱۸ گانه ADHD بر اساس ملاکهای طبقه بندی تشخیصی DSM-IV در یک مقیاس صفر (هیچ وقت) تا سه (همیشه) ارزیابی گردیدند. دانش آموزانی که حداقل شش نشانه از هر یک از زیر گروههای بدون توجه و بیش فعال-تکانشگر را با مقیاس شدت ۳ (همیشه) داشتند، در مرحله اول واجد احتمالی تشخیص ADHD تلقی شدند و جهت تائید تشخیص نهائی به درمانگاه فوق تخصصی کودکان و نوجوانان

عمومی دارای یک طیف است، مرز بین بیش فعالی و فعالیت زیاد طبیعی در کشورهای مختلف بوسیله معیارهای تشخیصی مختلفی ترسیم شده است. در انگلستان معیارهای تشخیصی سختگیرانه ای برای بیش فعالی وضع شده است که تنها موارد شدید اختلال را اندازه گیری می کند و بر آن اساس حدود ۰/۱ درصد کودکان به این اختلال مبتلا بوده اند.<sup>(۳)</sup> در کشور آمریکا معیارهای تشخیصی وسیع تری وضع گردیده و بر آن اساس شیوع اختلال کمبود توجه و بیش فعالی از ۲ درصد تا ۲۰ درصد در کودکان پیش از مدرسه متغیر بوده است لیکن آمار ۳ درصد تا ۵ درصد در بین بچه های مدارس ابتدایی معتبرتر است. همچنین شیوع این اختلال در پسرها با نسبت سه به یک و یا پنج به یک بیشتر از دخترها می باشد.<sup>(۴)</sup>

شیوع اختلال کمبود توجه همراه با بیش فعالی در ایران نیز بالا بوده است. بنحوی که توکلی زاده و بوالهری در پژوهش خویش شیوع کلی این اختلال را ۹ درصد اعلام نموده اند.<sup>(۵)</sup> یوسفی و فائق شیوع کلی این اختلال را ۶/۲ درصد و در ارزیابی مجدد بالینی ۵/۵ درصد گزارش کرده اند.<sup>(۶)</sup>

از سوی دیگر این اختلال با علائمی چون نداشتن تاب مقاومت در مقابل ناکامی، کج خلقی، ریاست مآبی، لجاجت، اصرار در برآورده شدن خواسته ها، بی ثباتی خلق، ضعف روحیه، ملالت، طرد شدن از سوی همسالان و عزت نفس پائین، افت تحصیلی و ... همراه است و ممکن است موجب اشکال در روابط بین فردی با همسالان و دیگران و از طرف دیگر موجب واکنش خانواده و معلمین نیز گردد. این اختلال معمولاً به تعارض با مسئولان مدرسه و اعضای خانواده منجر می گردد به نحوی که این کودکان دچار احساس سرخوردگی و بی ارزشی می گردند بویژه به دلیل تغییرپذیری علائم در این افراد، والدین گاه فکر می کنند که کلیه رفتارهای مزاحم کودک عمدی است.<sup>(۷)</sup>

با توجه به شیوع بالای اختلال و سیر و پیش آگهی آن و با

بخش روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز دعوت شدند. به دلیل استقبال اولیای آموزش و پرورش، مدیران مدارس و معلمان و بنا به پیشنهاد آنها، علاوه بر آموزش اولیه ۸۰ نفر از معلمان که در ارتباط با ارزیابی اولیه همکاری مستقیم داشتند، برای کلیه معلمان و مدیران مدارس شرکت کننده در طرح، این آموزش ها تکرار گردید و در تکمیل پرسشنامه ها همکاری خوبی از خود نشان دادند.

در مرحله دوم دانش آموزانی که در مرحله اول غربالگری واجد معیارهای تشخیصی بودند، به همراه والدین خود پس از مراجعه به درمانگاه بر اساس مصاحبه بالینی طبق ملاکهای تشخیصی DSM-IV توسط روانپزشک فوق تخصص کودکان و نوجوانان مورد ارزیابی نهائی قرار گرفتند. دانش آموزانی که در مصاحبه بالینی نیز واجد معیارهای تشخیصی لازم بودند در جمع بندی نهائی لحاظ گردیدند و آنهایی که مشکوک به تشخیص عقب ماندگی ذهنی و یا اختلالات دیگری بودند از مطالعه حذف گردیدند.

علاوه بر پرسشنامه تشخیصی و مصاحبه بالینی برای هر یک از دانش آموزان، تکمیل پرسشنامه جمعیت شناختی شامل نام، نام خانوادگی، سن، ناحیه آموزش و پرورش، نوع دبستان (دولتی، غیرانتفاعی، پسرانه و یا دخترانه)، پایه تحصیلی، تعداد کل دانش آموزان کلاس، معدل و نمره انضباط دانش آموزان انجام پذیرفت.

اطلاعات این پژوهش از طریق نرم افزار آماری SPSS با استفاده از آزمونهای آماری مربع خی و آزمون t مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

### یافته ها

بر اساس داده های پژوهش در ارزیابی مرحله اول توسط پرسشنامه و بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV، شیوع کلی اختلال کمبود توجه و بیش فعالی ۹/۵۳ درصد (۲۰۸ نفر) بود که شامل ۲/۶۵ درصد (۵۸ نفر) زیر گروه بدون توجه، ۱/۶۴

درصد (۳۶ نفر) زیر گروه بیش فعال - تکانشگر و ۵/۲۳ درصد (۱۱۴ نفر) زیر گروه مرکب بوده اند. از ۲۰۸ نفر دانش آموزانی که در مرحله اولیه بر اساس پرسشنامه غربالگری شده بودند، در ارزیابی نهائی در مرحله دوم شیوع اختلال ۵/۸۲ درصد (۱۲۷ نفر) بود که شامل ۱/۱۴ درصد (۲۵ نفر) زیر گروه بدون توجه، ۴/۴۵ درصد (۱۰ نفر) زیر گروه بیش فعال-تکانشگر و ۴/۲۱ درصد (۹۲ نفر) زیر گروه مرکب بوده است. (جدول ۱)

میزان شیوع اختلال کمبود توجه و بیش فعالی بر اساس ارزیابی نهائی از تعداد ۱۰۸۳ پسر مورد بررسی، ۸/۴۹ درصد (۹۲ نفر) و از ۱۰۹۹ دختر، ۳/۱۸ درصد (۳۵ نفر) بود که تفاوت معناداری بین میزان شیوع این اختلال در دو گروه پسران و دختران مشاهده گردید ( $X^2 = 28.1, P < 0.001$ ) و میزان شیوع آن در پسران بیشتر از دختران دیده شد.

شیوع اختلال کمبود توجه و بیش فعال بر اساس ارزیابی نهائی در کلاسهای اول ۹/۶۶ درصد (۴۰ نفر)، در کلاس دوم ۵/۵۸ درصد (۲۵ نفر)، در کلاس سوم ۵/۲۵ درصد (۲۳ نفر)، در کلاس چهارم ۴/۴۷ درصد (۲۰ نفر) و در کلاس پنجم ۴/۳۶ درصد (۱۹ نفر) بود که بین کلاسهای مختلف از نظر میزان شیوع تفاوت معنی داری وجود داشت ( $X^2 = 14.6, P < 0.005$ ) و در کلاس اول نسبت به سایر کلاسها میزان شیوع بالاتر بود.

میانگین و انحراف استاندارد سن نمونه دارای اختلال کمبود توجه و بیش فعالی (۸/۶۴) در ارزیابی نهائی بطور معنی داری پائین تر از گروه شاهد (۹/۰۴) بوده است. ( $t = 3.08, P < 0.002$ ) عملکرد تحصیلی افراد مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش فعالی که بر اساس محاسبه میانگین نمرات معدل آنها بدست آمده بود، در مقایسه با گروه بدون اختلال (۱۹/۱) تفاوت معنی داری نشان داد که میانگین نمرات معدل در گروه دارای اختلال کمبود توجه و بیش فعالی (۱۷/۷) پائین تر بود. ( $P < 0.001, t = 9.42$ )

در ارزیابی نهائی بین میانگین نمرات انضباط افراد واجد

ملاکهای اختلال کمبود توجه و بیش فعالی (۱۶/۵) و گروه بدون این اختلال (۱۸/۹) تفاوت معنی داری نشان داده شد ( $t = 14/2, P < 0/001$ ) که در گروه مبتلا، میانگین نمرات انضباط پائین تر بود. همچنین یافته ها نشان داد که بین مدارس دولتی و غیر انتفاعی، نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز، بین میانگین سن زیر گروههای سه گانه اختلال کمبود توجه و بیش فعالی و میانگین نمرات معدل زیر گروههای این اختلال پس از تحلیل واریانس تفاوت معنی دار آماری وجود نداشته است.

#### جدول ۱- میزان شیوع زیرگروههای اختلال کمبود توجه و بیش فعالی به تفکیک مراحل ارزیابی

| زیر گروهها            | مرحله اول بر اساس پرسشنامه | مرحله دوم بر اساس مصاحبه بالینی |
|-----------------------|----------------------------|---------------------------------|
|                       | تعداد (%)                  | تعداد (%)                       |
| گروه بدون توجه        | ۵۸<br>۲/۶۵                 | ۲۵<br>۱/۱۴                      |
| گروه بیش فعال-تکانشگر | ۳۶<br>۱/۶۴                 | ۱۰<br>۰/۴۵                      |
| گروه مرکب             | ۱۱۴<br>۵/۲۲                | ۹۲<br>۴/۲۱                      |
| جمع کل                | ۲۰۸<br>۹/۵۳                | ۱۲۷<br>۵/۸۲                     |

#### بحث

یافته ها نشان داد میزان شیوع کلی اختلال کمبود توجه و بیش فعالی در کودکان دبستان ۶ تا ۱۱ ساله شهر شیراز ۵/۸۲ درصد بوده که این میزان در پسران ۸/۴۹ درصد و در دخترها ۳/۱۸ درصد بوده است. میزان شیوع این اختلال در کودکان دبستانی شهر گناباد ۹ درصد (۹/۹٪) در پسران و ۸/۱٪ در دخترها ذکر شده است. مطالعه انجام شده بر روی ۷۱۸ کودک

دبستانی در هنگ کنگ، میزان شیوع این اختلال را یک درصد گزارش کرده و اظهار داشته که پسران ۲/۷ بار بیشتر از دخترها مبتلا بوده اند<sup>(۸)</sup> همچنین در ۱۰۷۷ دانش آموز دبستانی در منطقه Regensburg آلمان میزان شیوع کلی ۹/۶ درصد بر اساس DSM-IV تا ۱۷/۸ درصد در DSM-III گزارش شده<sup>(۹)</sup> که این نتایج با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. لیکن نتایج این مطالعه با نتایج بدست آمده از مطالعه سندنجد که شیوع این اختلال را ۵/۵ درصد ذکر نموده و تفاوت معناداری ( $P < 0/005$ ) بین سن و این اختلال، همچنین بین جنسیت و بیماری ( $P < 0/0005$ ) ذکر نموده اند، همخوانی دارد. در مطالعه ای بر روی ۲۳۲ دانش آموز که در ایتالیا جهت ارزیابی نشانه های اختلال کمبود توجه و بیش فعالی انجام گرفته، ۳/۹ درصد از دانش آموزان حداقل ۸ نشانه از نشانه های معیار A در DSM-III-R را برای تشخیص اختلال کمبود توجه و بیش فعالی داشته اند و ۶/۹ درصد از آنها علیرغم اینکه واجد معیارهای کامل تشخیصی نبوده اند، ولی بعضی از علائم را دارا بوده اند.<sup>(۱۰)</sup> یافته های مطالعه ای روی ۵۸۹ کودک ۶ ساله، میزان شیوع این اختلال را ۲/۴ تا ۴ درصد نشان داده است.<sup>(۱۱)</sup> پژوهشی بر روی ۱۰۱۳ نفر دانش آموز ۱۲ تا ۱۴ ساله برزیلی شیوع کلی این اختلال را ۵/۸ درصد بر آورد نموده است.<sup>(۳)</sup> گومز و همکاران که مطالعه خود را بر اساس مقیاسی شامل ۱۸ نشانه DSM-IV در تشخیص اختلال کمبود توجه و بیش فعالی انجام داده و گزارش نمودند که این اختلال در پسران شایعتر از دختران است.<sup>(۱۲)</sup> این مطالعات ذکر شده با پژوهش حاضر همخوانی دارند. تفاوت بین میزان شیوع در مطالعات مختلف بدلیل استفاده از ابزارهای تشخیص مختلف، حجم نمونه و دخالت عوامل جغرافیایی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مختلف در جوامع مورد مطالعه می باشد.

پژوهش حاضر نشان داد که ۸/۴۹ درصد از پسران و ۳/۱۸ درصد از دختران واجد تشخیص اختلال کمبود توجه و بیش

اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی در مقایسه با بقیه دانش‌آموزان نمره معدل یا عملکرد تحصیلی پایین‌تری داشته‌اند و این تفاوت در حد معنی‌داری بوده است ( $P < 0.001$ ) که با گزارش بام‌گارتل مبنی بر بالا بودن میزان مشکلات تحصیلی در افراد مبتلا به این اختلال، همخوانی دارد. به علاوه نمرات انضباط دانش‌آموزان دارای اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی بطور معنی‌داری پایین‌تر از نمرات انضباط سایر دانش‌آموزان بوده است ( $P < 0.001$ ) که بیانگر مشکلات رفتاری در این گروه از کودکان است. بام‌گارتل نیز مشکلات رفتاری را در بیش از ۸۰ درصد موارد از این کودکان ذکر کرده است.

با توجه به اینکه میزان شیوع اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی نسبتاً بالاست و درمان این کودکان چند بعدی بوده و همکاری خانواده آنها، آموزگاران، مربیان بهداشت و مدیران مدارس در درمان آنها اجتناب‌ناپذیر است، لذا ارائه آموزشهای کافی در زمینه بهداشت روانی و آشنایی با اختلالات روانی شایع در کودکان سنین مدرسه به مدیران و آموزگاران محترم، زمینه تشخیص زودرس، ارجاع مناسب و همکاری مدارس در تامین سلامت روانی دانش‌آموزان را فراهم خواهد ساخت.

### سپاسگزاری

بدینوسیله از اداره آموزش و پرورش استان فارس و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه شیراز که در انجام این مطالعه کمال همکاری را داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

فعالی بودند که نشان‌دهنده تفاوت معنی‌داری بین فراوانی اختلال در دو جنس می‌باشد ( $P < 0.001$ ) این نتایج با گزارش DSM-IV که این اختلال را در پسران به نسبت ۳ به ۱ شایع‌تر از دختران می‌داند همخوانی دارد. در مطالعه کلمبیا ۱۹/۸ درصد از پسران و ۱۲/۳ درصد از دختران واجد معیارهای لازم برای تشخیص این اختلال بودند.<sup>(۱۳)</sup> ساندبرگ و همکاران نیز در پژوهش خود ذکر نمودند که میزان شیوع در پسران به مراتب شایع‌تر از دختران می‌باشد.<sup>(۱۴)</sup> توکلی زاده و یوسفی جنسیت را مهمترین عامل خطر معرفی کرده و خاطر نشان کردند نشانه‌های اختلال رفتاری در پسران جدی‌تر و شدیدتر از دختران بوده است. گمان می‌رود تأثیرات هورمونی و نقش خانواده از نظر آزادی بیشتر به پسران و در مقابل ایجاد محدودیت‌های بیشتر برای دختران در افزایش شیوع این اختلال در پسران تأثیر گذار بوده است.<sup>(۶)</sup>

در مقایسه میزان فراوانی اختلال بین کلاسهای مختلف اول تا پنجم دبستان، یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین کلاسهای مختلف وجود دارد و بالاترین میزان در کلاس اول بوده و بتدریج در کلاس دوم تا پنجم کاهش یافته است، ( $P < 0.005$ ) این امر شاید بدلیل اولین سال ورود به مدرسه و قرار گرفتن در یک محیط سازماندهی شده و افزایش تکالیف آموزشی و محدودیت‌ها، اشکال در انطباق کودک با محیط جدید و معلم و اولیا مدرسه باشد.

بر اساس نتایج این مطالعه دانش‌آموزان واجد تشخیص

## References

## منابع

1. Hynde GW, Semrud CM, Lorys AR, et al. Brain morphology in Developmental dyslexia and Attention Deficit Disorder With Hyperactivity. Arch Nerol 1990; 47:119-226.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7<sup>th</sup> ed. New York: Williams & Wilkins Company; 2000.2679-81.
3. Rohdel A, Biederman J, Busnello EA, et al. ADHD in a School Sample of Brazilian Adolescents: A Study of Prevalence, Co morbid Conditions, and Impairments. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38:716-22.

۴. کاپلان اچ ال، سادوک بی ج. خلاصه روانپزشکی (علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی). ترجمه رفیعی حسن و رضایی فرزین. چاپ هشتم، انتشارات ارجمند، ۱۳۷۸، جلد سوم، ص ۵۷-۵۴۵.
۵. توکلی زاده جهانشیر، بوالهری جعفر، مهریار امیر هوشنگ، دژ کام محمود. همه گیرشناسی اختلالات رفتاری ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۱ و ۲، ۱۳۷۶، ص ۴۰-۵۱.
۶. یوسفی فائق. بررسی شیوع اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی و رابطه آن با برخی ویژگیهای دموگرافیک خانواده در دانش آموزان ابتدایی شهر سنندج. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره ۳، شماره ۳، بهار ۱۳۷۸، ص ۷-۱۲.
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.150-65.
8. Wong CK, Lau JT. Psychiatric Morbidity in a Chinese Primary School in Hong Kong. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 1992; 26:459-66.
9. Baumaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of Diagnostic Criteria for Attention Deficit Disorder in a German Elementary School Sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:629-38.
10. Gallucci F, Bird HR, Beradic, et al. Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in an Italian School Sample: Findings of a Pilot Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1003; 32:1051-8.
11. Landgren M, Patterson R, Kjellman B, et al. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental Psychiatric disorders in 6 year old Children: Epidemiology and Co-morbidity. Dev Med Child Neurol 1996; 38:891-906.
12. Gomez R, Harvey J, Quick C, et al. DSM-IV ADHD: Confirmatory factor models, Prevalence, and teacher rating of Australian Primary School Children. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40:265-74.
13. Pineda D, Ardila A, Rosselli M, et al. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in 4 to 17 years old children in the general Population. J Abnorm Child Psychol 1999; 27:455-62.
14. Sandberg S. Hyper kinetic or Attention Deficit Disorder. Br J Psychiatry 1996; 169:10-7.

## ***Prevalence Rate of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among the Students of Primary Schools***

Alishahi MJ. MD\*, Dehbozorgi GH R. Ms\*\*, Dehghan B. MD\*\*\*

*Attention deficit hyperactivity disorder is the most common psychiatric disorder in school age children. Because of the high prevalence of this disorder and its effect on the individual general function, this survey has been accomplished due to ADHD prevalent rate in the fourfold educational region, private and governmental primary school students in the different educational grades in both genders in Shiraz in 2001.*

*2182 primary school students including 1082 boys and 1099 girls were selected via randomly cluster sampling method. The data of this cross-sectional research has been collected through complied questionnaire based on the 18 DSM-IV ADHD symptoms and then clinical assessment of students and their parents by a child psychiatrist. The data of this investigation has been analyzed and evaluated via SPSS software.*

*The results show that the general prevalence of ADHD has been 5.82%, which consists of 1.14% inattentive subtype, 0.45% hyperactive impulsive subtype and 4.21% combined subtype. Also the results show that there is a significant difference between boys (8.49%) and girls (3.18%) ( $P < 0.001$ ) there was a significant difference in educational function of those who were affected by ADHD and those who were not affected by this disorder ( $P < 0.001$ ) and it was lower in the suffering group. There was a significant difference in discipline grade between two groups ( $P < 0.001$ ). ADHD group received lower grades.*

*Because of the high prevalence of ADHD among primary school students and its undesirable outcome, it is recommended preventive Mental Health program.*

**KEY WORDS:** *Attention deficit hyperactivity disorder, Epidemiology, Students, primary school, pediatric psychiatry*

\* Psychiatric dept, faculty of medicine, Shiraz University of Medical Sciences and health services, Shiraz, Iran.

\*\* Clinical psychology dept, faculty of medicine, Shiraz University of Medical Sciences and health services, Shiraz, Iran.

\*\*\*Psychiatrist.