فصلنامه مددکاری اجتماعی
و
بهزیستی اجتماعی

آیا شیوع و شدت نشانه‌های ADHD در دختران کمتر از پسران است؟ بررسی نقش اختلال‌های همبود

مهدی عبداله‌زاده رافی[1]

دوره ۲
شماره ۱
سال ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: یکی از اختلال‌های رشدی عصبی شایع در دوره‌ی کودکی، اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) است. شیوع این اختلال در پسران و دختران بسیار متفاوت گزارش شده است که ممکن است وجود اختلال‌های همبود در این زمینه نقش ایفا کند. هدف پژوهش حاضر بررسی شیوع و شدت ADHD با و بدون اختلال‌های همبود در کودکان دختر و پسر است.

روش: در این پژوهش توصیفی تحلیلی، ۴۵۴ دختر و پسر پایه اول و دوم دبستان شرکت داشتند که به‌صورت خوشه‌ای از بین مدارس شهر ملایر انتخاب شدند. از چک‌لیست رفتاری کودک و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که ۵،۹ درصد شرکت‌کنندگان در پژوهش مبتلا به ADHD بودند. شیوع بدون همبود ADHD ۲،۴ درصد بود. تفاوت آماری معناداری در شیوع ADHD با و بدون همبودی در دختران و پسران مشاهده نشد ($p<0،05$). همچنین، شدت نشانه‌های ADHD در دختران و پسران مبتلا به ADHD متفاوت نبود ($p<0،05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد وجود اختلال‌های هیجانی همبود با ADHD در دختران، می‌تواند در برآورد کمتر ADHD در این گروه نقش داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال‌های رشدی عصبی، ADHD، همبودی، چک‌لیست رفتاری کودک

۱. استادیار دانشگاه ملایر

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

مقدمه

اختلال‌های رفتاری کودکان، به دلیل نمود بیرونی‌شان، خیلی زود از سوی والدین و معلمان مورد توجه قرار می‌گیرند. یکی از جدی‌ترین اختلال‌های رفتاری در دوره کودکی، اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی[1] است که اختلالی عصبی‌رشدی است و مشخصه‌های آن بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری پایدار و مداوم است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[2]، ۲۰۱۳).

توجه به ADHD دوره‌ی کودکی مهم است زیرا این اختلال با پیامدهای منفی کوتاه‌مدت و بلندمدتی از قبیل مشکلات تحصیلی (اگنیو-بلایز، ۲۰۱۶)، مشکل در روابط اجتماعی (مکنزی[3]، ۲۰۱۹؛ نیمیر[4] و همکاران، ۲۰۰۸) و مشکلات مرتبط با سلامت (راموساولازاگاستی[5] و همکاران، ۲۰۱۳؛ نایگ، ۲۰۱۳) همراه است و برخلاف تصورهای قبلی که آن را غالباً اختلالی مربوط به دوره کودکی فرض می‌کردند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰)، مشخص شده است که در اغلب موارد، نشانه‌های اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی در دوره‌ی کودکی، با افزایش سن از بین نمی‌رود و به دوره‌های رشدی بعدی (نوجوانی و بزرگسالی) گسترش می‌یابد، گرچه ممکن است شدت برخی از نشانه‌ها کم یا زیاد شوند (استالر و فارائون[6]، ۲۰۰۶؛ اگنیو-بلایز[7]، ۲۰۱۶؛ کلاین[8] و همکاران، ۲۰۱۲).

در مورد هر اختلالی از جمله اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، به‌منظور برنامه‌ریزی برای اقدامات بعدی، مشخص شدن شیوع بسیار مهم است. بااین‌حال، در مورد شیوع اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی تفاوت‌های زیادی در مطالعات به چشم می‌خورد. برای مثال، مطالعات گوناگون شیوع این اختلال در دوره‌ی کودکی را از ۲ تا ۱۰ درصد گزارش کرده‌اند (العمور و ثابت[9]، ۲۰۱۴؛ شارما[10] و همکاران، ۲۰۲۰؛ توماس، سندرز، دواست، بلر و گلاسزیو[11]، ۲۰۱۵؛ ولراچ[12] و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعاتی که روی کودکان ایرانی صورت گرفته است نیز شیوع این اختلال را بین ۳ تا ۱۶ درصد گزارش کرده‌اند (بهرامی، یوسفی، بهرامی، فراضی و بهرامی، ۱۳۹۵؛ شهیم، مهرانگیز و یوسفی، ۱۳۸۶؛

1. attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)
2. American Psychiatric Association
3. Mackenzie
4. Nijmeijer
5. Ramos Olazagasti
6. Staller, & Faraone
7. Agnew-Blais
8. Klein
9. Elumour, & Thabet
10. Sharma
11. Thoma, Sanders, Doust, Beller, & Glasziou
12. Wolraich

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

زارع بهرام‌آبادی و گنجی، ۱۳۹۳؛ نامداری، نظری، طراحی، محمدی، ۱۳۸۷؛ یادگاری، سایه میری، عضدی، سایه میری و مدارا، ۲۰۱۸). در مطالعه شهیم، مهرانگیز و یوسفی (۱۳۸۶) مشخص شد که بیشترین شیوع این اختلال (۱۰،۳%)، مربوط به کودکان ۷ ساله است.

همچنین، در راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی ـ ویرایش پنجم (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) بیان شده است که پسران بیش از دختران به ADHD مبتلا می‌شوند. برخی از پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که پسران ۲ تا ۴ برابر دختران به ADHD مبتلا می‌شوند (باورمیستر[1] و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسپنسر، بیدرمن و میک[2]، ۲۰۰۷؛ هاس، هولینگ، کورث و شلک[3]، ۲۰۰۸).

دلیل متفاوتی برای شیوع بیشتر اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی در پسران ذکر شده است. برخی معتقدند که بیشتر تحقیقات در زمینه ADHD بر پسران متمرکز هستند و توجه کمتری در این زمینه به دخترها شده است و ممکن است نشانه‌های ADHD در دختران متفاوت از پسران باشد (سلوبودین، داویدوویچ[4]، ۲۰۱۹؛ کراوفورد[5]، ۲۰۰۳). همچنین، برای اینکه دختران مبتلا به ADHD تشخیص داده شوند باید شدت نشانه‌ها در آن‌ها بیشتر باشد (راکلیج[6]، ۲۰۱۰). درعین‌حال، برخی دیگر به تمایل کمتر برای شناسایی و گزارش اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی در دختران اشاره کرده‌اند (مش و ولف[7]، ۲۰۱۶). اگر این تبیین را بپذیریم، چرا چنین اتفاقی رخ می‌دهد؟ برخی از نشانه‌های اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی با نشانه‌های برخی از اختلال‌های هیجانی همپوشانی دارد. برای مثال، هم در اضطراب و هم در اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی نشانه‌هایی از قبیل بی‌قراری، ناتوانی در تداوم توجه و زودرنجی دیده می‌شود. فراموش‌کاری، مشکل در تمرکز و تصمیم‌گیری در اختلال‌های خلقی نیز مشاهده می‌شوند. آیا این احتمال وجود دارد که حضور اختلال‌های همبود، در شیوع کمتر اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی دختران نسبت به پسران نقش داشته باشد؟

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی ـ تحلیلی است. جامعه پژوهش را تمامی دانش آموزان پسر و دختر پایه اول و دوم دبستان شهر ملایر تشکیل می‌داد که به‌صورت خوشه‌ای، ۴۵۴ کودک انتخاب شدند. میانگین سنی آن‌ها ۷،۱۱ با انحراف معیار ۰،۵۸۲ بود. ۱۷۲ نفر از مشارکت‌کنندگان پسر و ۲۷۸ دختر بودند. ۲۵۸ نفر (۵۶،۶%) در پایه اول و ۱۹۸ نفر (۴۳،۴%) در پایه دوم مشغول به تحصیل بودند.

1. Bauermeister
2. Spencer, Biederman, & Mick
3. Huss, Hölling, Kurth, & Schlack
4. Slobodin, & Davidovitch
5. Crawford
6. Rucklidge
7. Mash, & Wolfe

دوره ۲
شماره ۱
سال ۱۴۰۲

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

پس از کسب مجوزهای لازم از آموزش‌وپرورش شهر ملایر، به‌صورت خوشه‌ای ۷ مدرسه انتخاب شدند. سپس با هماهنگی با مدیر مدرسه، جلسه‌ای برای مادران دانش‌آموزان پایه اول و دوم ترتیب داده شد. در این جلسه ضمن ایراد سخنرانی در ارتباط با رشد بهنجار و نابهنجار در دوره‌ی کودکی، بر شناسایی زودهنگام مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان برای اقدامات بعدی تأکید شد. سپس هدف کلی پژوهش به مادران توضیح داده شد، از آن‌ها درخواست شد درصورتی‌که تمایل به شرکت در پژوهش دارند، ضمن تکمیل فرم رضایت آگاهانه، به چک‌لیست رفتاری کودک (آخن‌باخ و رسکورلا، ۲۰۰۲) پاسخ بدهند. به همه والدین اطمینان داده شد اطلاعات محرمانه است و هیچ فردی جز پژوهشگر به آن‌ها دسترسی نخواهد داشت. از مادران درخواست شد پس از تکمیل پرسشنامه، در روز تعیین شده برای آن مدرسه، به‌صورت انفرادی به پژوهشگر مراجعه کنند. در هنگام مراجعه، چک‌لیست رفتاری کودک بررسی می‌شد و با آن‌هایی که نمرات معیار بالای ۶۹ در مشکلات ADHD مبتنی بر DSM به دست می‌آوردند، مصاحبه بالینی برای مشکلات هیجانی و رفتاری انجام می‌شد. علاوه بر نمره معیار بالای ۶۹ در CBCL، اگر در مصاحبه‌ی بالینی هم وجود ADHD در کودک تأیید می‌شد، تشخیص ADHD گذاشته می‌شد. همچنین، برای رعایت اصول اخلاقی، برای تمامی مادرانی که کودکان آن‌ها مبتلا به ADHD تشخیص داده شدند، ۶ جلسه آموزش رفتاری برگزار شد.

داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-20 تحلیل شدند. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین، با استفاده از آزمون آماری خی دو، آزمون دقیق فیشر و آزمون t مستقل شیوع و شدت ADHD در دختران و پسران مقایسه شد.

ابزارهای سنجش

مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I)[1]: مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک ابزاری جامع استانداردشده برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV است و به‌صورت معمول در یک جلسه اجرا می‌شود (فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز[2]، ۱۹۹۷). روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I) را امینی و همکاران (۱۳۸۶) بررسی و آن را قابل‌قبول گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر صرفاً سؤالات مربوط به ADHD، سلوک، نافرمانی مقابله‌ای، اضطراب و افسردگی پرسیده شدند.

چک‌لیست رفتاری کودک (CBCL). در پژوهش حاضر از فرم والدین چک‌لیست

1. Structural Clinical Interview for Axis I Disorders
2. First, Spitzer, Gibbon, M, & Williams

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

رفتاری کودک شد. این چک‌لیست توسط آخن‌باخ و رسکورلا (۲۰۰۱) ساخته شده است. بخش مشکلات رفتاری این چک‌لیست ۱۱۳ سؤال دارد که به‌صورت ۰ (اصلاً)، ۱ (تا حدودی) و ۲ (کاملاً) نمره‌گذاری می‌شود. این چک‌لیست، ۶ خرده مقیاس‌های مبتنی بر DSM دارد (مشکل‌های عاطفی، مشکل‌های اضطرابی، مشکل‌های نارسایی توجه ـ بیش‌فعالی، مشکل‌های سلوک، مشکل‌های رفتار مقابله‌ای و مشکل‌های جسمی) که در پژوهش حاضر از آن‌ها استفاده شد (مینایی، ۱۳۸۵). در ایران، مینایی (۱۳۸۵) این چک‌لیست را به فارسی برگردانده و هنجاریابی کرده است. وی روایی چک‌لیست رفتاری کودکان را به ۳ شیوه روایی محتوایی، روایی وابسته به ملاک و روایی سازه مناسب گزارش کرده است. پایایی چک‌لیست رفتاری کودکان از طریق همسانی درونی و آزمون-باز آزمون محاسبه شده است که ضرایب همسانی درونی از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ پراکنده بوده است؛ همچنین همبستگی‌های معناداری بین مرتبه اول و دوم اجرا گزارش شده است.

یافته‌های پژوهش

با توجه به جدول ۱، از ۴۵۴ کودک بررسی شده، ۵,۹ درصد مبتلا به ADHD بودند. شیوع ADHD بدون همبودی در کل نمونه ۲,۴، در پسران ۲,۹ و در دختران ۲,۱ بود. وقتی شیوع ADHD بدون همبود در نظر گرفته می‌شود، پسران ۰,۷۲ برابر دختران مبتلا به ADHD هستند. در کل، ۵,۸ درصد پسران و ۶ درصد دختران مبتلا به ADHD هستند. شیوع ADHD در دختران و پسران تفاوت آماری معناداری ندارد (x۲=۰,۰۰۹, p=۰,۹۲۵).

با توجه به جدول ۴۰,۷ درصد کودکان مبتلا به ADHD، اختلال همبود نداشته‌اند. در ۵۰ درصد پسران و ۶۴,۷ درصد دختران مبتلا به ADHD، اختلال‌های همبود مشاهده می‌شود. در شیوع همراه با همبود، دختران ۰,۷۴ برابر پسران مبتلا به ADHD هستند گرچه این تفاوت از نظر آماری معناداری نیست (x۲=۰,۰۶۰, p=۰,۸۰۷). در پسران مبتلا به ADHD دارای اختلال همبود، ۵۰ درصد اختلال‌های همبود از نوع اختلال‌های هیجانی هستند درحالی‌که ۷۲,۵ درصد دختران مبتلا به ADHD، دارای اختلال‌های هیجانی نیز هستند. بااین‌حال، با توجه به نتایج آزمون دقیق فیشر، به لحاظ نوع اختلال همبود (رفتاری یا هیجانی)، تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود ندارد (p=۰,۶۰۰).

دوره ۲
شماره ۱
سال ۱۴۰۲

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

جدول ۱. شیوع همبود و غیرهمبود ADHD در کودکان پایه اول و دوم دبستان با توجه به جنسیت

نوع اختلال	جنسیت				کل	
	پسر		دختر			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کاستی توجه/بیش‌فعالی	۵	۲،۹	۶	۲،۱	۱۱	۲،۴
کاستی توجه/بیش‌فعالی+سلوک	۱	۰،۶	۱	۰،۴	۳	۰،۷
کاستی توجه/بیش‌فعالی+نافرمانی مقابله‌ای	۱	۰،۶	۰	۰	۱	۰،۲
کاستی توجه/بیش‌فعالی+اضطراب	۰	۰	۱	۰،۴	۱	۰،۲
کاستی توجه/بیش‌فعالی+جسمانی‌سازی شده	۰	۰	۱	۰،۴	۱	۰،۲
کاستی توجه/بیش‌فعالی+سلوک+نافرمانی مقابله‌ای	۲	۱،۲	۰	۰	۲	۰،۴
کاستی توجه/بیش‌فعالی+نافرمانی مقابله‌ای+افسردگی	۰	۰	۲	۰،۷	۲	۰،۴
کاستی توجه/بیش‌فعالی+نافرمانی مقابله‌ای+جسمانی‌سازی شده	۰	۰	۱	۰،۴	۱	۰،۲
کاستی توجه/بیش‌فعالی+سلوک+نافرمانی مقابله‌ای+اضطراب	۰	۰	۱	۰،۴	۱	۰،۲
کاستی توجه/بیش‌فعالی+سلوک+نافرمانی مقابله‌ای+افسردگی	۱	۰،۶	۱	۰،۴	۲	۰،۴
کاستی توجه/بیش‌فعالی+نافرمانی مقابله‌ای+افسردگی+جسمانی‌سازی شده	۰	۰	۱	۰،۴	۱	۰،۲
کاستی توجه/بیش‌فعالی+سلوک+نافرمانی مقابله‌ای+افسردگی+جسمانی‌سازی شده	۰	۰	۲	۰،۷	۲	۰،۴

جدول ۲. فراوانی و درصد ADHD در کودکان پسر و دختر مبتلا به ADHD

نوع اختلال	جنسیت				کل	
	پسر		دختر			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کاستی توجه/بیش‌فعالی	۵	۵۰	۶	۳۵،۳	۱۱	۴۰،۷
کاستی توجه/بیش‌فعالی+سلوک	۱	۱۰	۱	۵،۹	۲	۷،۴
کاستی توجه/بیش‌فعالی+نافرمانی مقابله‌ای	۱	۱۰	۰	۰	۱	۳،۷
کاستی توجه/بیش‌فعالی+اضطراب	۰	۰	۱	۵،۹	۱	۳،۷
کاستی توجه/بیش‌فعالی+جسمانی‌سازی شده	۰	۰	۱	۵،۹	۱	۳،۷
کاستی توجه/بیش‌فعالی+سلوک+نافرمانی مقابله‌ای	۲	۲۰	۰	۰	۲	۷،۴
کاستی توجه/بیش‌فعالی+نافرمانی مقابله‌ای+افسردگی	۰	۰	۲	۱۱،۸	۲	۷،۴
کاستی توجه/بیش‌فعالی+نافرمانی مقابله‌ای+جسمانی‌سازی شده	۰	۰	۱	۵،۹	۱	۳،۷
کاستی توجه/بیش‌فعالی+سلوک+نافرمانی مقابله‌ای+اضطراب	۰	۰	۱	۵،۹	۱	۳،۷
کاستی توجه/بیش‌فعالی+سلوک+نافرمانی مقابله‌ای+افسردگی	۱	۱۰	۱	۵،۹	۲	۷،۴
کاستی توجه/بیش‌فعالی+نافرمانی مقابله‌ای+افسردگی+جسمانی‌سازی شده	۰	۰	۱	۵،۹	۱	۳،۷
کاستی توجه/بیش‌فعالی+سلوک+نافرمانی مقابله‌ای+افسردگی+جسمانی‌سازی شده	۰	۰	۲	۱۱،۸	۲	۷،۴
کل	۱۰	۱۰۰	۱۷	۱۰۰	۲۷	۱۰۰

دوره ۲
شماره ۱
سال ۱۴۰۲

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

برای اینکه مشخص شود آیا شدت نشانه‌های ADHD در دختران و پسران متفاوت است، شدت نشانه‌ها در دختران و پسران مبتلا به ADHD را مقایسه کردیم (جدول ۲) که تفاوتی آماری معناداری در شدت نشانه‌های ADHD دختران و پسران مبتلا مشاهده نشد (t=۰,۴۵۷, p=۰,۶۵۲).

جدول ۳. مقایسه شدت نشانه‌های ADHD در پسران و دختران مبتلا به ADHD

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره	مقدار احتمال
پسر	۱۰	۱۲,۶۰	۰,۸۴۳	۰,۴۵۷	۰,۶۵۲
دختر	۱۷	۱۲,۴۷	۰,۶۲۴		

دوره ۲
شماره ۱
سال ۱۴۰۲

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد شیوع ADHD در کل نمونه ۵,۹ درصد است. گرچه شیوع ADHD در مطالعات مختلف، متفاوت گزارش شده است ولی این نتایج به نتیجه‌ی برخی از فراتحلیل‌های گذشته نزدیک است. برای مثال، پولانزیک و همکاران با مرور ۳۰۳ مطالعه دریافتند که شیوع ADHD در مقیاس جهانی، ۵,۲۹ درصد بود.

یافته دیگر پژوهش نشان می‌دهد که شیوع کلی ADHD در پسران و دختران متفاوت نیست. همچنین، شیوع بدون همبود ADHD در پسران کمی بیشتر از دختران است و شیوع همراه با همبود آن در دختران کمی بیشتر از پسران است، بااین‌حال، تفاوت آماری در این زمینه وجود ندارد. این نتایج با بدنه‌ی پژوهش همسو نیست (باورمیستر و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسپنسر، بیدرمن و میک، ۲۰۰۷؛ هاس، هولینگ، کورث و شلک، ۲۰۰۸). درعین‌حال، برخی از پژوهش‌های گذشته نیز نشان می‌دهند که وقتی زیرمجموعه‌های ADHD به‌صورت مجزا در دختران و پسران مقایسه می‌شود، تفاوتی بین دختران و پسران مشاهده نمی‌شود (شهین، مهرانگیز و یوسفی، ۱۳۸۶؛ سلوبودین، داویدوویچ[1]، ۲۰۱۹). شهیم، مهرانگیز و یوسفی (۱۳۸۶) نشان داده بودند که نشانه‌های نقص توجه و بیش‌فعالی در دختران و پسران متفاوت نیست.

یافته‌های این پژوهش را به چند شکل می‌توان تفسیر کرد. اول اینکه برخی از پژوهشگران ادعا کرده بودند نشانه‌هایی که برای تشخیص ADHD به کار می‌رود، بیشتر برای تشخیص ADHD در پسران مناسب است زیرا بیشتر بر فعالیت بیش‌ازاندازه تأکید دارند (مش و ولف، ۲۰۱۶). سؤالات مبتنی بر DSM در چک‌لیست رفتاری کودک (آخن‌باخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) پر سروصدا بودن، ناتوانی در تکمیل تکلیف، حواسپرتی، مشکل در تمرکز، بی‌قراری، تکانشی بدون و حراف بودن را اندازه می‌گیرند. شاید این موارد در بین دختران و پسران مبتلا به ADHD مشترک باشند و بهتر بتوانند نشانه‌های ADHD در

1. Slobodin, & Davidovitch

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

هر دو جنسیت را نشان دهند؛ بنابراین، شاید بتوان عدم تفاوت در شیوع ADHD بین دختران و پسران مورد بررسی را به مناسب بودن ابزار نسبت داد. مورد دیگری که ممکن است در این زمینه نقش ایفا کند، دامنه‌ی سنی است. برخی از پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهند که بیشترین شیوع ADHD در ۷ سالگی است (شهیم، مهرانگیز و یوسفی، ۱۳۸۶). میانگین سنی کودکانی که در پژوهش حاضر بررسی شده‌اند ۷,۱۱ بود. شاید اگر دامنه‌ی سنی دیگری بررسی می‌شد، نتایج تفاوت می‌داشت.

درنهایت، بااینکه تفاوت یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های گذشته ممکن است ناشی از حجم نمونه، نوع نمونه مورد بررسی، دامنه سنی نمونه مورد بررسی، ابزارها و نوع مطالعه (طولی در برابر مقطعی) باشد، درعین‌حال، ممکن است همان‌طور که برخی از پژوهشگران خاطر نشان کرده‌اند (راکلیج، ۲۰۱۰) نشان‌دهنده‌ی این موضوع باشد که شیوع بیشتر اختلال ADHD در پسران و همبودی بالای این اختلال با اختلال‌های رفتاری در این گروه، احتمال دریافت برچسب ADHD در پسران را افزایش می‌دهد، درحالی‌که همبودی بالای اختلال ADHD با اختلال‌های هیجانی (اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی‌سازی شده) در دختران، می‌تواند متخصصان را ترغیب کند تا نشانه‌های را به سایر اختلال‌های نسبت بدهند تا به ADHD.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو است. اول اینکه فقط مصاحبه بالینی برای کودکانی انجام شد که نمرات معیار آن‌ها در مشکلات ADHD مبتنی بر DSM چک‌لیست رفتاری کودک بالای ۶۹ بود. درواقع، شاید اگر با تک‌تک مادران مصاحبه انجام می‌شد، شیوع ADHD بیشتر می‌بود. مورد دوم، در مصاحبه بالینی صرفاً وجود اختلال‌های هیجانی و رفتاری (ADHD، سلوک، نافرمانی مقابله‌ای، اضطراب و افسردگی) بررسی شد. سایر اختلالات عصبی‌رشدی از قبیل کم‌توانی‌ذهنی، اوتیسم و اختلال یادگیری بررسی نشد که این موارد ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشد.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شیوع همبود ADHD در دختران کمی بیش از پسران است که این مطلب ممکن است بر استفاده از برچسب ADHD در دختران اثر بگذارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، گروهی از کودکان پسر و دختر مبتلا به ADHD که اختلال‌های همبود ازجمله اختلال‌های هیجانی دارند، به چند روان‌پزشک ارجاع داده شوند و مشخص شود آیا وجود اختلال‌های هیجانی همبود می‌تواند بر تشخیص ADHD در دختران اثر بگذارد؟

منابع

۱. اخوان، کرباسی؛ 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 و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۵(۴)، ۲۹-۳۴.

۲. امینی، همایون؛ شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی؛ محمدرضا؛ کاویانی، حسین و

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

همکاران. (۱۳۸۶). روایی نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای اختلال‌های محور I در DSMIV (SCID-I). پایش، ۷(۱)، ۴۹-۵۷.
۳. بهرامی، یوسفی؛ فایق، بهرامی؛ فراضی، عرفان و بهرامی، علی. (۱۳۹۵). بررسی شیوع اختلال نقص توجه–بیش‌فعالی و عوامل مرتبط با آن در بین دانش آموزان دبستانی شهر کامیاران در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴. فصلنامه علمی پژوهشی شناخت، ۳(۳)، ۱-۱۱.
۴. زارع بهرام‌آبادی، مهدی و گنجی، کامران. (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی و همبودی آن با اختلال یادگیری در دانش آموزان دبستانی. ناتوانی‌های یادگیری، ۴، ۲۵-۴۳.
۵. شهیم، سیما؛ مهرانگیز، لیلا و یوسفی، فریده. (۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کودکان دبستانی. مجله بیماری‌های کودکان ایران، ۱۷، ۲۱۱-۲۱۶.
۶. گلی، غزال. (۱۳۸۸). بررسی شیوع اختلال بیش‌فعال و کمبود توجه
۷. مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخن‌باخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱، ۵۲۹-۵۵۸.
۸. نامداری، پریسا؛ نظری، هدایت؛ طراحی، محمدجواد و محمدی، محمدرضا. (۱۳۸۷). میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان دبستانی شهر خرم‌آباد. یافته، ۱۰(۴)، ۴۴-۴۹.

1. Achenbach, T. M. & Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment. Burlington, VT: Aseba.
2. Agnew-Blais, J. C. Polanczyk, G. V. Danese, A. Wertz, J. Moffitt, T. E. & Arseneault, L. (2016). Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/ hyperactivity disorder in young adulthood. JAMA psychiatry, 73(7), 713-720.
3. American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. Bahrami, M. Yousefi, F. Bahrami, A. Farazi, E. & Bahrami, A. (2016). The Prevalence of Attention Deficit–Hyperactivity Disorder and related factors, among elementary school student in Kamyaran city in 2014-2015. Shenakht journal of psychology & psychiatry, 3(3), 1-11.
6. Bauermeister, J. J. Shrout, P. E. Chávez, L. Rubio-Stipec, M. Ramírez, R. Padilla, L. .. & Canino, G. (2007). ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48(8), 831-839.
7. Beauchaine, T. P. Hinshaw, S. P. & Pang, K. L. (2010). Comorbidity of attention-deficit/ hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. Clinical Psychology: Science and Practice, 17(4), 327-336.
8. Crawford, N. (2003). ADHD, A Women's Issue. Monitor on Psychology, 34(2), 28.
9. Elumour, I. & Thabet, A. A. (2014). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder among a school-based sample of palestinian children in the gaza strip. The Arab Journal of Psychiatry, 44(1446), 1-24.
10. First, M. B. Spitzer, R. L. Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1997). Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I DisordersAPA. Washington, DC.
11. Ginsburg, G. S. Grover, R. L. & Ialongo, N. (2005). Parenting behaviors among anxious and non-anxious mothers: Relation with concurrent and long-term child out-

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

comes. Child & Family Behavior Therapy, 26(4), 23-41.
12. Hardman, M. L. Egan, M. W. & Drew, C. J. (2017). Human exceptionality: School, community, and family. Nelson Education.
13. Huss, M. Hölling, H. Kurth, B. M. & Schlack, R. (2008). How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS). European child & adolescent psychiatry, 17(1), 52-58.
14. Klein, R. G. Mannuzza, S. Olazagasti, M. A. R. Roizen, E. Hutchison, J. A. Lashua, E. C. & Castellanos, F. X. (2012). Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. Archives of general psychiatry, 69(12), 1295-1303.
15. Mackenzie, G. (2019). Understanding the Friendships of Individuals with ADHD from an Executive Function Perspective. The ADHD Report, 27(6), 1-11.
16. Manassis, K. (2007). When attention-deficit/hyperactivity disorder co-occurs with anxiety disorders: effects on treatment. Expert review of neurotherapeutics, 7(8), 981-988.
17. Mash, E. J. & Wolfe, D. A. (2016). Abnormal child psychology (6th ed.). Boston, MA: Centage Learning.
18. Nigg, J. T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. Clinical psychology review, 33(2), 215-228.
19. Nijmeijer, J. S. Minderaa, R. B. Buitelaar, J. K. Mulligan, A. Hartman, C. A. & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. Clinical psychology review, 28(4), 692-708.
20. Pliszka, S. R. (2014). Comorbid psychiatric disorders in children. In R. A. Barkley (Ed.), Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.). New York: Guilford Press.
21. Ramos Olazagasti, M. A. R. Klein, R. G. Mannuzza, S. Belsky, E. R. Hutchison, J. A. Lashua-Shriftman, E. C. & Castellanos, F. X. (2013). Does childhood attention-deficit/hyperactivity disorder predict risk-taking and medical illnesses in adulthood? Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(2), 153-162.
22. Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychiatric Clinics, 33(2), 357-373.
23. Sarkar, A. B. Kapur, M. & Kaliaperumal, V. G. (1995). The prevalence and pattern of psychological disturbance in schoolgoing middle childhood children. Nimhans Journal, 13, 33–41
24. Sarkhel, S. Sinha, V. K. Arora, M. & DeSarkar, P. (2006). Prevalence of conduct disorder in schoolchildren of Kanke. Indian journal of psychiatry, 48(3), 159.
25. Sharma, P. Gupta, R. K. Banal, R. Majeed, M. Kumari, R. Langer, B. .. & Raina, S. K. (2020). Prevalence and correlates of Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD) risk factors among school children in a rural area of North India. Journal of Family Medicine and Primary Care, 9(1), 115.
26. Simonoff, E. Pickles, A. Meyer, J. M. Silberg, J. L. Maes, H. H. Loeber, R. .. & Eaves, L. J. (1997). The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development: Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. Archives of general psychiatry, 54(9), 801-808.
27. Slobodin, O. & Davidovitch, M. (2019). Gender differences in objective and subjective measures of ADHD among clinic-referred children. Frontiers in human neuroscience, 13, 441.
28. Spencer, T. J. Biederman, J. & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. Journal of pediatric psychol-

دوره ۲
شماره ۱
سال ۱۴۰۲

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

ogy, 32(6), 631-642.
29. Staller, J. & Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls. CNS drugs, 20(2), 107-123.
30. Thomas, R. Sanders, S. Doust, J. Beller, E. & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. Pediatrics, 135(4), e994-e1001.
31. Wolraich, M. L. McKeown, R. E. Visser, S. N. Bard, D. Cuffe, S. Neas, B. .. & Beck, L. (2014). The prevalence of ADHD: Its diagnosis and treatment in four school districts across two states. Journal of Attention Disorders, 18(7), 563-575.
32. Yadegari, N. Sayehmiri, K. Azodi, M. Z. Sayehmiri, F. & Modara, F. (2018). The prevalence of attention deficient hyperactivity disorder among Iranian children: A meta-analysis. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 12(4).

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]

Is the prevalence and severity of ADHD symptoms in girls less than in boys? Investigation role of comorbid disorders

Introduction: One of the most common neurodevelopmental disorders in childhood is Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The prevalence of this disorder in boys and girls has been reported differently, which may be due to comorbid disorders. The purpose of this study was to investigate the prevalence and severity of ADHD with and without comorbidities in boys and girls.

Method: In this descriptive-analytical study, four primary and secondary elementary school girls and boys were selected through cluster sampling from schools of Malayer city. Child behavioral checklist (CBCL) and structured clinical interview were used to collect data. The results showed that 5.9% of participants had ADHD. The prevalence of ADHD without comorbid was 2.4%. There was no statistically significant difference in prevalence of ADHD with and without comorbidity in girls and boys ($p> 0.05$). Also, the severity of ADHD symptoms in girls and boys with ADHD was not different ($p> 0.05$).

Conclusion: It seems that the existence of comorbid emotional disorders with ADHD in girls may contribute to the lower estimation of ADHD in this group.

Keywords: Neurodevelopmental Disorders, ADHD, Comorbidity, Child Behavior Checklist

دوره ۲
شماره ۱
سال ۱۴۰۲

[Downloaded from swasw.socialwork.ir on 2026-11-17]