مقاله پژوهشی

بررسی همبودی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با مشکلات برون نمودی و درون نمودی کودکان

دکتر میرمحمود میرنسب[1]

تاریخ دریافت 89/8/25، تاریخ پذیرش 89/12/3

چکیده

پیش زمینه و هدف: اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی به عنوان شایع‌ترین اختلال عصبی رفتاری دوره کودکی شناخته شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی همبودی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (ADHD) کودکان با اختلال‌های برون نمودی - درون نمودی بر اساس تک بررسی‌های مبتنی بر نظام سنجش آخنباخ صورت گرفته است.

مواد و روش کار: بدین منظور، بعد از اطمینان از تشخیص روانپزشکی اختلال، اطلاعات جامعی بر اساس فرم پرسش‌نامه DSM-IV (از نظر والدین و معلمان)، مقیاس‌های درجه‌بندی کانرز (فرم‌های والدین و معلم)، فرم تاریخچه دوره کودکی گلدشتاین گردآوری شد و ۱۵ آزمودنی از نمونه‌های بالینی جهت مطالعه از نوع تک بررسی انتخاب شدند. از فرم‌های مختلف نظام سنجش آخنباخ، نتایج حاصل از اجرای سیاهه رفتاری کودک (مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM-IV) برای بررسی میزان اختلالات گزارش شدند.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از این مطالعه، حاکی از همبودی بالای اختلال نارسایی توجه /فزون کنشی با اختلالات برون نمودی و درون نمودی است. همبودی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی با اختلال رفتار مهار یافته، تضادورزی و پرخاشگری به‌خصوص حایز اهمیت بوده است.

بحث و نتیجه گیری: یافته‌های این مطالعه، مرتبط با یافته‌های قبلی در زمینه همبودی مورد بحث قرار گرفته‌اند. این مطالعه دلالت‌ها و استلزام‌هایی برای بررسی همبودی در سطح بزرگ مقیاس و مبتنی بر تشخیص‌های روانپزشکی دارد. علاوه بر آن لزوم توجه به اختلالات همبود در تشخیص و اتخاذ راهبردهای درمانگری اختلال نارسایی توجه /فزون کنشی مورد تأکید قرار گرفته است.

کلید واژه‌ها: اختلال‌های همبود، اختلال‌های برون نمود و درون نمود، اختلال نارسایی توجه /فزون کنشی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره اول، ص ۶۱-۵۳، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه علوم تربیتی، تلفن: ۰۴۱۱-۳۳۹۲۰۷۱

mirnasab2006@gmail.com

مقدمه

از حیث پیشینه آسیب‌شناختی، توصیف علمی اختلالی که امروزه آن را به عنوان نارسایی توجه / فزون کنشی می‌شناسیم با در نظر گرفتن نوسان‌هایی که در مفهوم سازی از این اختلال صورت گرفته است گستره یک قرن را درنوردیده است. به طور کلی می‌توان گفت یک حرکت تحولی در جبهه پزشکی با تبیین نشانه‌های آسیب دیدگی مغزی شروع شده و بعدها مفهوم سازی‌های روان‌شناختی و اجتماعی نیز برای این اختلال ارائه گردیده است.

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی به عنوان شایع‌ترین اختلال عصبی رفتاری دوره کودکی شناخته شده است (۱)، این اختلال، الگوی پایداری از بی‌توجهی و یا فزون کنشی و برانگیختگی است که از آنچه معمولاً در کودکان با سن تحول مشابه دیده می‌شود شدیدتر و شایع‌تر می‌باشد. برای مطرح کردن تشخیص آن لازم است برخی از نشانه‌های این اختلال قبل از سن هفت سالگی ظاهر شوند (هر چند بسیاری از موارد آن، سال‌ها پس از بروز نشانه‌ها تشخیص داده می‌شوند). اختلال باید حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و عملکرد فرد بسته به طراز تحول، در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی مختل شده باشد. این اختلال در حضور اختلال فراگیر تحول یا اسکیزوفرنی و یا سایراختلال‌های روان تنی دیگر نباید مطرح شود؛ در عین حال، یک اختلال روانی دیگر توجیه بهتری برای آن نباشد (۲).

[1] استادیار روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تبریز

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

مطالعات انجام شده در زمینه همه‌گیری‌شناسی ADHD[1]، درجات شیوع متفاوتی را برای این اختلال گزارش کرده‌اند. انجمن روان‌پزشکی آمریکا، با یک ملاک محافظه کارانه‌تری، درجه شیوع ۳ تا ۵ درصد در کل جمعیت مدرسه را مطرح کرده است. بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی واجد سه نشانه اصلی بی‌توجهی، فزون کنشی و تکانشگری است. افزون بر آن، میزان غلبه هر یک از خوشه‌های نشانه‌ای نیز به تشخیص سه ریخت اصلی از این اختلال منجر شده است: ریخت غلبه با بی‌توجهی، ریخت غلبه با فزون کنشی- برانگیختگی و ریخت مختلط (۳).

علت دقیق اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی هنوز شناخته نشده است، ولی عوامل متعددی در علت‌شناسی این اختلال مطرح شده‌اند که به نظر می‌رسد هر کدام می‌توانند در بروز نشانه‌های اختلال سهیم باشند. بسیاری از علل مطرح شده جنبه زیست‌شناختی دارند و یا این‌که بر کنشوری زیست‌شناختی تأثیر می‌گذارند. در تاریخچه ADHD، نخست «آسیب‌دیدگی مغزی» به عنوان علت اصلی اختلال مطرح شد ولی بعداً معلوم شد که در بسیاری از کودکان فزون‌کنش، نشانه‌های آسیب‌دیدگی مغزی دیده نمی‌شود و اصطلاح «نارسا کنشوری مغزی» این اختلال را بهتر توصیف می‌کند. اما آسیب‌دیدگی و نارساکنشوری مغزی نیز فقط بخشی از علل ADHD را توضیح می‌دهند و به نظر می‌رسد عوامل دیگری مانند عوامل محیطی، سموم محیطی، تغذیه و عوامل بیوشیمیایی مغز و غیره در بروز نشانه‌های این اختلال دخیل باشند (۴).

مجادله مداومی مبنی بر این‌که آیا ADHD یک اختلال است یا طیفی از اختلال‌های مختلف را در بر می‌گیرد مطرح بوده است (۵). این مجادله در درجه اول از پیچیدگی ماهیت ADHD نشأت گرفته است. افزون بر آن، با توجه به این‌که همبودی اختلال‌های روانپزشکی با سایر اختلالات یکی از موضوعات مهم در مفهوم سازی، تشخیص و درمان آن‌هاست، وجود اختلال‌های همبود و توأم، مطالعه آن را به چالشی اساسی برای پژوهشگران مبدل ساخته است. اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی به عنوان یکی از اختلالات شایع روانپزشکی کودکان با انواع اختلال‌ها همبودی دارد. در پیشینه پژوهشی اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، همبودی این اختلال با اختلال رفتار مهاریافته و تضادورزی چالشی (۷،۶). اختلال‌های اضطرابی (۸،۹) اختلال‌های خلقی و افسردگی (۱۰،۱۱). مصرف مواد (۱۲،۱۳) اختلال‌های یادگیری (۱۴) و برخی از اختلال‌های دیگر گزارش شده است.

بیشترین میزان همبودی اختلال‌های روانی و رفتاری با ADHD، برای اختلال رفتار مهاریافته و تضادورزی چالشی و سایر اختلال‌های اغتشاش‌گرایانه گزارش شده است. برآوردهای پژوهشگران نشان داده است که ۳۵ تا ۷۰ درصد کودکان واجد ADHD به تضادورزی چالشی و ۳۰ تا ۵۰ درصد آنان به اختلال رفتار مهاریافته مبتلا می‌شوند (۱۵). میزان همبودی، بسته به نمونه تحقیق تا حدودی تغییر می‌یابد، به‌طوری که می‌توان گفت درجه همبودی در نمونه‌های بالینی در مقایسه با نمونه‌های اجتماع محور بیشتر است (۱۶)، اما در هر حال، درجه همبودی ADHD با اختلال رفتار مهاریافته و تضادورزی چالشی در مقایسه با سایر اختلال‌های روانی بیشتر است.

به دلیل وجود رابطه قوی بین ADHD، اختلال رفتار مهاریافته و تضادورزی چالشی این سوال مطرح شده است که آیا آن‌ها نشانه‌های یک اختلال واحد هستند و یا این‌که هر یک اختلال‌های جداگانه‌ای می‌باشند؟ (۱۶). برخی از مطالعات همه‌گیری‌شناختی نشان داده‌اند که این اختلال‌ها خوشه‌های نشانه‌ای متمایز و ویژگی‌های جداگانه‌ای دارند و صرفاً با وجود یک رابطه قوی بین آن‌ها نمی‌توان این اختلال را به عنوان نشانه‌های یک اختلال واحد در نظر گرفت (۱۶). مطالعات تحلیل عوامل هم نشان داده‌اند که با وجود همپوشی‌های زیاد بین اختلال رفتار مهاریافته و ADHD، آن‌ها دو نشان‌گان متمایز هستند (۱۷).

در پژوهش‌های انجام شده، این نکته تأیید شده است که کودکان واجد ADHD در مخاطره برای بروز اختلال‌های یادگیری خاص هستند. آنان در زمینه خواندن، ریاضیات، املاء و حوزه‌های تحصیلی دیگر دچار اختلال هستند و این به دلیل هوش پایین آنان نیست. بر اساس نتایج برخی از مطالعات همه‌گیری‌شناختی، گزارش شده است که ۹ تا ۱۱ درصد به ADHD توأم با ناتوانی یادگیری مبتلا هستند. در جمعیت‌های بالینی این میزان بالاتر است و ۲۰ تا ۵۰ درصد مطرح شده است (۱۵).

در پژوهش‌های متعدد، همبودی ADHD و انواع اختلال‌های خلقی مورد بررسی قرار گرفته است؛ نتایج حاصل نشان می‌دهد که ADHD با افسردگی مهاد، اختلال دوقطبی و انواع دیگر اختلال‌های خلق رابطه دارد (۱۸،۱۹). علاوه بر آن، رابطه اختلال‌های اضطرابی و ADHD در کودکان و بزرگسالان، در پژوهش‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۹). برخی از برآورده‌های حاصل نشان داده‌اند که حدود ۲۵ تا ۳۰ درصد کودکان واجد ADHD ، چه در نمونه‌های بالینی و چه در نمونه‌های اجتماع محور به اختلال اضطرابی مبتلا هستند (۵،۲۰،۲۱). این دسته از کودکان ترس، نگرانی و سایر ناراحتی‌های مربوط به اضطراب را از خود نشان می‌دهند. آنان فزون‌کنشی و

[1] Attention deficit hyperactivity disorder(ADHD)

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

برانگیختگی کم‌تری را در مقایسه با آنچه که معمولاً در افراد واجد ADHD ملاحظه می‌شود بروز می‌دهند و ممکن است مشکلات رفتار مهاریافته کم‌تری داشته باشند. اما این کودکان در تکالیف‌شناختی ضعیف‌تر از سایر کودکان عمل می‌کنند و ممکن است به مداخلات درمانگری هم پاسخ متفاوتی بدهند (۱۵).

پژوهش‌های انجام شده در طی چند سال گذشته نشان داده‌اند که ADHD گاهی با مصرف مواد در کودکان و نوجوانان نیز رابطه دارد (۱۲،۲۲). تعدادی از پژوهش‌های اخیر، این مساله را مورد بررسی قرار داده‌اند که آیا مصرف داروهای محرک در دوره کودکی خطر مصرف مواد را در نوجوانی و بزرگسالی افزایش می‌دهد (مولینا و پلهام، ۲۰۰۳؛ واگنر، ۲۰۰۴). در مواردی نیز این موضوع مورد بررسی واقع شده که آیا نشانه‌های اختلال رفتار مهاریافته می‌تواند رابطه بین ADHD و مصرف مواد را توجیه کند، به عبارت دیگر آیا اختلال رفتار مهاریافته می‌تواند نقش متغیر میانجی را در ارتباط بین ADHD و مصرف مواد ایفا کند (۱۲،۲۳). در مورد این مسأله که آیا نشانه‌های ADHD کودکی، مصرف مواد در بزرگسالی و نوجوانی را پیش‌بینی می‌کند پژوهش‌های زیادی انجام شده است، اما نتایج پژوهش‌ها همسو نیستند (۲۴،۲۵). به نظر می‌رسد که عوامل فرهنگی، نوع مواد مورد استفاده، نوع و شدت نشانه‌های ADHD و وجود یا عدم وجود شرایط همبود، این ناهمسویی را توجیه می‌کنند.

علاوه بر اختلال‌های همبود اصلی که توضیح داده شدند، در پژوهش‌های دیگر، همبودی این اختلال (ADHD) با اختلال‌هایی مانند: اختلال ژیل دولاتورت (۲۶)، نشان‌گان آسپرگر (۲۷)؛ صرع (۲۸). لکنت زبان (۲۹)، رفتار ضداجتماعی (۳۰) مورد مطالعه قرار گرفته است.

در پیشینه پژوهشی، رابطه این اختلال با برخی از شرایط طبی نیز مورد توجه واقع شده است که از آن جمله می‌توان به نشان‌گان ویلیامز، آسم، ناشنوایی، نشان‌گان X شکننده، اختلال‌های خوردن، کارکرد غده تیروئید و... اشاره کرد (۴).

در مجموع، می‌توان گفت بر اساس مطالعات انجام شده، ADHD با برخی از اختلال‌های برون‌نمود و درون‌نمود رابطه دارد. پژوهش حاضر به بررسی اختلال‌های برون نمودی و درون نمودی در اختلال نارسایی توجه /افزون کنشی بر اساس تک بررسی‌های مبتنی بر نظام سنجش آخنباخ پرداخته است.

مواد و روش کار

افراد شرکت کننده

با توجه به این‌که، مطالعه حاضر بخشی از یک مطالعه تفصیلی و تعمق یافته از نوع تک بررسی بوده است روش پژوهش از نوع توصیفی می‌باشد. در این پژوهش، با استفاده از یک طرح تک بررسی به مطالعه مشکلات درون نمودی و برون نمودی همبود با اختلال نارسایی توجه /افزون کنشی پرداخته شده است. بدین منظور ۱۵ آزمودنی با تشخیص روانپزشک برای اختلال نارسایی توجه /افزون کنشی از نظر وجود مشکلات درون نمودی و برون نمودی همبود مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. افراد مورد مطالعه، دانش‌آموزان پسر در دامنه سنی ۷ تا ۱۳ سال بودند، که با کسب رضایت کتبی والدین و اطمینان از تشخیص ADHD پس از ارجاع روانپزشک در طرح پژوهش وارد شدند.

ابزار

افزون بر تشخیص روانپزشکی اختلال، از فرم پرسش‌نامه DSM-IV (از نظر والدین و معلمان) و مقیاس‌های درجه‌بندی کانرز (فرم‌های والدین و معلم) نیز برای تشخیص استفاده شده است.

علاوه بر آن، به منظور گردآوری اطلاعات جامعی از افراد شرکت‌کننده، نخست فرم تاریخچه دوره کودکی از گلدشتاین و گلدشتاین اقتباس و به فارسی ترجمه شد. سپس برای والدین کودکان موردنظر ارسال گردید و از آنان خواسته شد تا فرم را با دقت تکمیل کنند (اطلاعات تفصیلی مربوط به این دانش‌آموزان در مقاله اصلی ارائه شده است). فرم تاریخچه دوره کودکی، جهت گردآوری تاریخچه تحولی، رفتاری، اجتماعی و تحصیلی با تأکید بر نشانه‌های مرتبط با ADHD تهیه شده است (۴).

اما، ابزار اصلی پژوهش برای گردآوری اطلاعات در خصوص اختلال‌های درون نمودی و برون نمودی همبود، فرم‌های نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) بود. مقیاس‌های سن مدرسه این نظام سنجش، که در سال ۱۹۷۸ توسط توماس آخنباخ تهیه شده‌اند و از آن زمان تاکنون چندین بار مورد تجدید نظر قرار گرفته‌اند، مشتمل بر سه فرم می‌باشند که عبارتند از: سیاهه رفتاری کودک (CBCL)، فرم گزارش معلم (TRF) و پرسش‌نامه خودسنجی نوجوان (YSR). در این مطالعه، نتایج حاصل از اجرای سیاهه رفتاری کودک گزارش شده‌اند.

بر اساس اطلاعات ارائه شده، در زمینه روایی و پایایی فرم‌های مختلف نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) این نتیجه حاصل شده است که این فرم‌ها، ابزاری روا و پایا در سنجش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان و نوجوانان می‌باشند (۳۱). بر اساس مطالعات انجام شده توسط مینایی مشخص شد که فرم‌های مختلف CBCL، TRF و YSR از همسانی درونی بالایی برخوردار بوده‌اند، به طوری که ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های شایستگی بالا است و دامنه آن از ۰/۶۵ به ۰/۸۵ برای CBCL و

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

۰/۷۴ تا ۰/۸۸ برای YSR متفاوت است. ضرایب آلفای مقیاس سازش یافتگی کلی فرم TRF، ۰/۸۳ می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های نشان‌گانی مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM هر سه فرم (CBCL، TRF و YSR) نیز اکثراً در سطح مطلوب و رضایت‌بخش قرار دارند (۳۱).

علاوه بر آن، نتایج کوشش‌های انجام شده در جهت برآورد اعتبار آزمون- بازآزمون هر سه فرم (YSR, TRF, CBCL) نشان داد که کلیه ضرایب همبستگی در سطح P< ۰/۰۵ معنی‌دار هستند. به منظور ارائه شواهدی از روایی فرم‌های سه‌گانه (YSR, TRF, CBCL)، روایی محتوا، روایی وابسته به ملاک و روایی سازه نیز مورد بررسی واقع شده‌اند (۳۱).

یافته‌ها

نتایج حاصل از اجرای سیاهه رفتاری نظام سنجش آخنباخ نشان می‌دهد که اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با برخی از مشکلات درون نمودی و برون نمودی در کودکان همبودی دارد. گزارش والدین از این اختلالات حاکی از آن است که اختلال رفتار مهاریافته، تضادورزی و نافرمانی برای ۱۲ آزمودنی در دامنه بالینی و مرزی قرار دارد و نیازمند مداخله درمانگری جدی است.

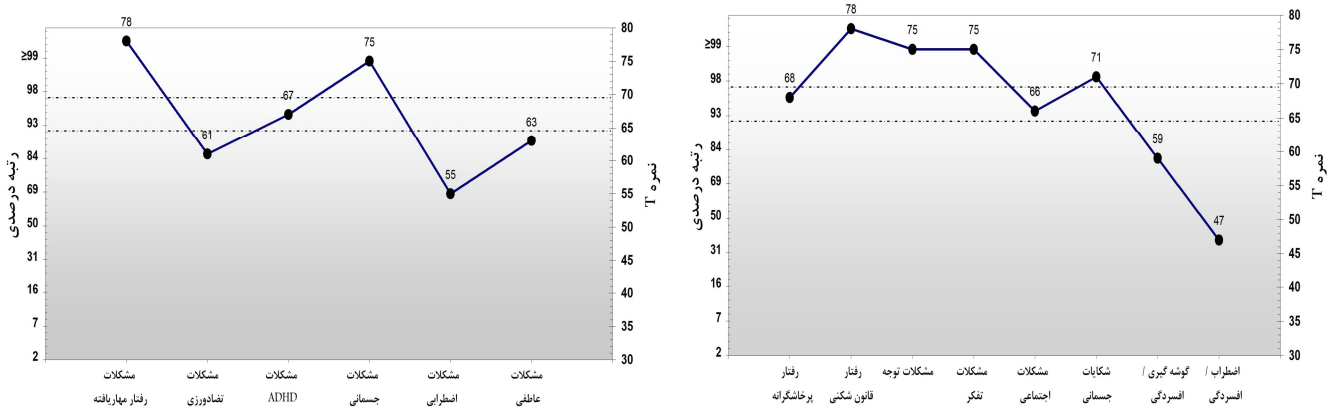
بررسی آزمودنی‌ها از نظر همبودی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با مشکلات جسمانی بر اساس سیاهه رفتاری کودک به جز برای دو شرکت کننده، برای تمام موارد در حد بالینی گزارش شده است، بنابر این اتخاذ روش درمانگری برای این اختلالات حایز اهمیت است.

همبودی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با مشکلات اضطرابی و مشکلات عاطفی به ترتیب برای پنج و هفت آزمودنی در حد بالینی گزارش شده است، بنابر این اتخاذ روش درمانگری برای این اختلالات حایز اهمیت است.

نتایج حاصل از اجرای فرم‌های مبتنی بر تجربه سیاهه رفتاری کودک برای تشخیص اختلالات برون نمودی و درون نمودی در این پژوهش شایان اهمیت بوده است، به طوری که مشکلات برون نمودی برای سیزده آزمودنی در دامنه بالینی و شدید قرار دارند. مشکلات درون نمودی در ۱۰ آزمودنی در حد بالینی گزارش شده و در سایر موارد نگران کننده نبوده است.

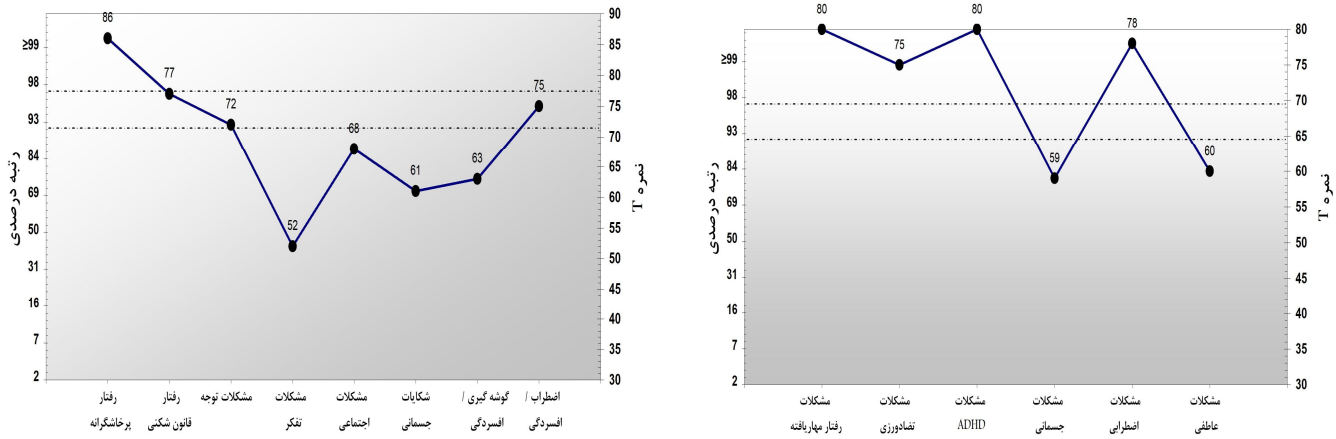
نمودارهای زیر نتایج حاصل از اجرای سیاهه رفتاری کودک را برای پنج آزمودنی پژوهش بر اساس فرم‌های مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM-IV-TR نشان می‌دهند.

همان‌طور که در نمودارهای بعدی نشان داده شده است مشکلات برون نمودی (پرخاشگری و قانون شکنی) در مقایسه با مشکلات درون نمودی همراه با مشکلات توجه در حد قابل ملاحظه‌ای دیده می‌شوند. بر اساس مقیاس‌های مبتنی بر DSM نیز هم وقوعی مشکلات رفتار مهاریافته با مشکلاتADHD حایز اهمیت می‌باشد.

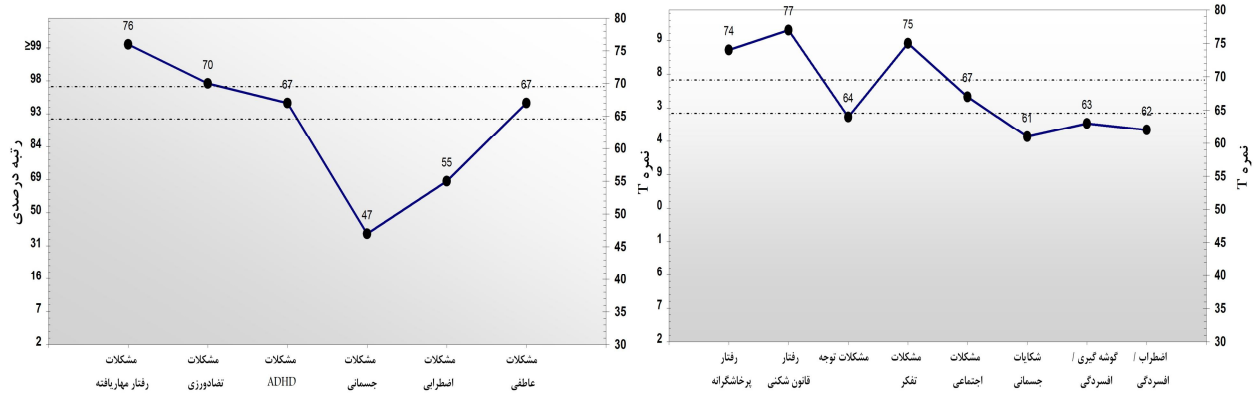


نمودارهای (۱و ۲): نیمرخ مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM برای آزمودنی اول پژوهش

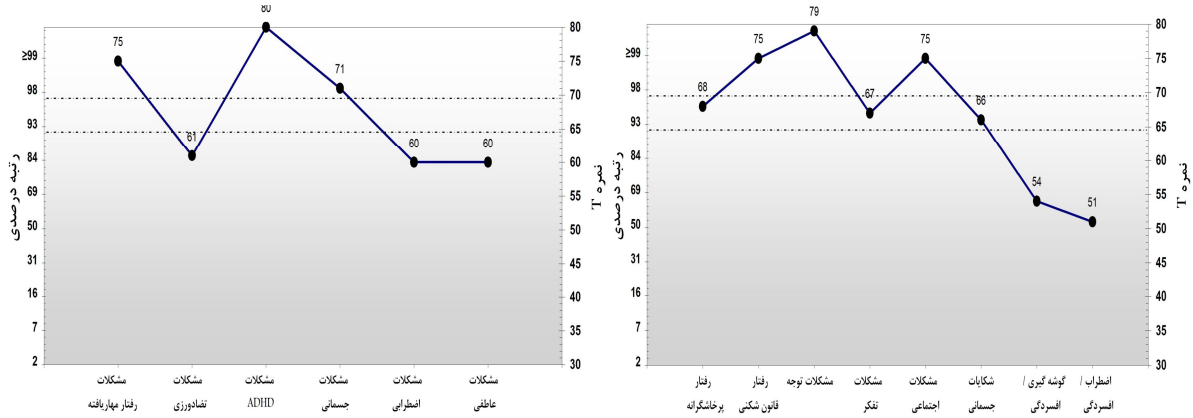
[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]



نمودارهای (۳ و ۴): نیمرخ مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM برای آزمودنی سوم پژوهش

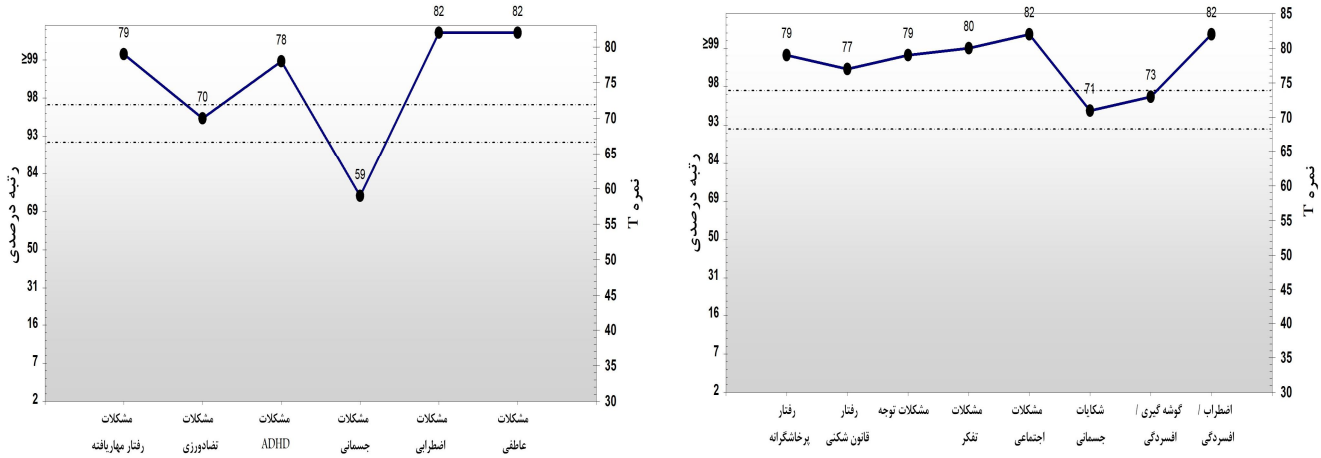


نمودار های (۵ و۶): نیمرخ مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM برای آزمودنی ششم پژوهش



نمودارهای (۷و۸): نیمرخ مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM برای آزمودنی هفتم پژوهش

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]



نمودارهای (۹و۱۰): نیم‌رخ مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM برای آزمودنی هشتم پژوهش

با ملاحظه نمودارهای مربوط به تک آزمودنی‌های این پژوهش (نمودارهای سمت چپ) می‌توان وجود مشکلات رفتار مهار یافته را بر اساس مقیاس‌های مبتنی بر DSM-IV در حد بالینی گزارش کرد که نیازمند مداخله جدی است. افزون بر آن، رفتارهای تضادورزی - هر چند به اندازه مشکلات رفتار مهاریافته نگران کننده نیستند- ولی مداخله درمانگری مناسب را در جهت کاهش نشانه‌ها لازم می‌سازند.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر، با هدف بررسی همبودی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی با سایر اختلالات رفتاری-عاطفی دوره کودکی بر اساس تک بررسی‌های بالینی تحقق یافته است. نتایج مطالعه، همبودی بالای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی را با اختلال رفتارمهاریافته و تضادورزی کودکان نشان می‌دهد که با یافته‌های قبلی جانستون و اوهان (۱۵) مطابقت دارد. علاوه بر آن، همبودی این اختلال با اختلالات اضطرابی و عاطفی کودکان نیز در حد بالا گزارش شده است که این موضوع با یافته‌های لی بلانک و مورین (۱۸)؛ آرنولد و همکاران (۸)؛ براتن و همکاران (۹) تاحدودی هماهنگ است (۱۵).

نتایج حاصل از این پژوهش، برای بررسی اختلالات برون نمودی و درون نمودی مدنظر قرار می‌گیرند. به‌طوری‌که مشکلات درون نمودی و به‌خصوص مشکلات برون نمودی در دامنه بالینی و شدید درجه بندی شده‌اند. این یافته نیز با یافته‌های قبلی پژوهشگران درخصوص همبودی با اختلالات برون نمودی (۶،۷) مطابقت دارد.

درجه بالای همبودی اختلال نارسایی توجه /فزون کنشی با مشکلات برون نمودی دلالت‌هایی را برای خانواده‌ها و مدارس واجد این دسته از کودکان دارد. وجود مشکلات برون نمودی همراه با اختلال نارسایی توجه /فزون کنشی در محیط خانه می‌تواند موجب تعاملات منفی والدین- کودک شود و به کنترل رفتاری ضعیف نشانه‌های ADHD توسط والدین منجر گردد. بنابراین، لازم است نخست با اتخاذ یک روش درمانگری مناسب، نشانه‌های رفتار برون نمودی در کودکان کاهش یابند تا بتوان به اداره رفتارهای فزون کنشی، تکانشگری و بی‌توجهی اقدام نمود. وجود این مشکلات در مدارس نه تنها می‌تواند زمینه را برای آسیب دیدگی دانش آموزان دیگر فراهم سازد بلکه رفتار برون ریزی و پرخاشگرانه مستعد آن است که توسط دانش آموزان دیگر (بدون تشخیص اختلال) الگو قرار داده و آموخته شود. بنابراین، لازم است روان‌شناسان، مشاوران کودک و نوجوان و رفتار درمانگران در فعالیت‌های بالینی خود با این کودکان، درمان مشکلات برون نمودی را در اولویت قراردهند تا از شروع و تداوم مشکلات دیگر در بزرگسالی (مانند مشکلات رفتار ضداجتماعی) جلوگیری شود.

افزون بر نتایج حاصل از پژوهش، لازم است به برخی از محدودیت‌های آن نیز اشاره شود:

با توجه به این‌که در پژوهش حاضر، داده‌های حاصل از نمونه‌های بالینی گرفته شده‌اند و این نمونه‌ها به لحاظ ماهیت پیچیده اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی ناهمگونی زیادی دارند امکان مطالعه بزرگ مقیاس فراهم نبوده است؛ بر این اساس، مطالعه به صورت تک بررسی تحقق یافته است و یافته‌های حاصل از آن را نمی‌توان به جامعه گسترده تعمیم داد. بلکه این یافته‌ها را

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

باید به عنوان تمهیداتی برای مطالعه همبودی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با سایر اختلالات عاطفی - رفتاری دوره کودکی در سطح بزرگ مقیاس و در یک حرکت تیمی قلمداد کرد.

دراین تحقیق، از سیاهه رفتاری نظام سنجش آخنباخ جهت گردآوری اطلاعات استفاده شده است، گزارش والدین از درجه اختلالات ممکن است با تشخیص مبتنی بر مصاحبه بالینی روانپزشک مطابقت نداشته باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده برای مطالعه همبودی، تشخیص‌های روانپزشکی نیز مورد توجه قرار گیرند.

با توجه به روش‌های متفاوت مورد استفاده جهت مطالعه همبودی‌ها (پرسش‌نامه‌ها، تشخیص‌های روانپزشکی...)، گزارش‌ها مربوط به همسویی و ناهمسویی یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات قبلی نیز باید با رعایت احتیاط تفسیر گردد. در مطالعات قبلی برای گزارش همبودی‌ها غالباً از تشخیص‌های روانپزشکی استفاده شده است ولی در این مطالعه، گزارش والدین از بروز نشانه‌های اختلال بر حسب سیاهه رفتاری نظام سنجش آخنباخ مد نظر قرار گرفته است (مطالعه درجه همسویی تشخیص‌های روانپزشکی و نتایج حاصل از سیاهه رفتاری نظام سنجش آخنباخ نیز می‌تواند حایز اهمیت باشد).

افزون بر موارد مطرح شده، باید اشاره کنیم که با توجه با استفاده از نظام سنجش آخنباخ در این پژوهش، همبودی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با برخی از اختلالات مانند اختلال مصرف مواد و اختلالات یادگیری- که در پیشینه پژوهشی موضوع گزارش شده‌اند- مدنظر قرار نگرفته است. بنابراین، مطالعه همبودی این اختلالات با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در مطالعات آینده می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد.

این پژوهش، در سطح تک بررسی و با آزمودنی‌های پسر تحقق یافته است. با توجه به میزان شیوع بیشتر ADHD و اختلال‌های برون نمود در پسران، انجام این مطالعه برای این گروه منطقی به نظر می‌رسد؛ در عین حال، مطالعه همبودی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با سایر اختلالات عاطفی- رفتاری دختران را می‌توان در گستره پژوهش‌های آینده ملاحظه نمود.

References:

1. Teeter PA. Interventions for ADHD. New York: Guilford; 1998: 9-11.
2. Sadock BJ, Virginia Alcott Sadock MD, Synopsis of psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. (Translated book by Hasan Rafie and Khosro Sobhanian). Tehran: Arjmand press; 2003: 342-68. (Persian)
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980: 173-74.
4. Guldstein S, Guldstein M. Managing attention deficit hyperactivity disorder. New York: Wiley; 1998: 7-12.
5. Conners' CK, Jett Jl. Attention Deficit hyperactivity disorder in adults and children. (Translated book by Mirmahmoud Mirnasab). Tehran: Arjmand press; 2006: 11-12.
6. Abramowitz CS, Kosson DS, Seidenberg M. The relationship between childhood attention deficit hyperactivity disorder and conduct problems and adult Psychopathy in male inmates. Pers Individ Dif 2004; 36(5): 1031-47.
7. King S, Waschbusch D, Frankland B, Andrade B, Thurston C, McNutt L, et al. Taxonomic examination of ADHD and conduct problem comorbidity in elementary school children using cluster analyses. J Psychopathol Behav 2005; 27 (2): 77-89.
8. Arnold PD, Ickowicz. A, Chen S, Schachar R. Attention deficit hyperactivity disorder with and without obsessive - compulsive behaviours: Clinical characteristics, cognitive assessment, and risk factors. Can J Psychiatry, 2005; 50(1): 59-66.
9. Braaten EB, Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Calhon E, Cattan G, et al. Revisiting the association between attention-deficit / hyperactivity disorder and anxiety disorders: A familial risk analysis. Biol Psychiatry, 2003; 53(1): 93-99.
10. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention deficit/ hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: Data from the first 1000 STEP - BD Participants. Biol Psychiatry 2005; 57(4): 243-49.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

11. Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC. Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder in Girls: Further evidence for a familial subtype? J Affect Disorders 2001; 64(1): 19-26.
12. Molina BSG, Pelham WE. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. J Abnorm Psychol 2003; 112(3): 497-99.
13. Baron DA, Bizamcer AN, Wagner KD. The relationship of ADHD, its treatment, and substance use. J Behav Health manag 2004; 24(4), 49-53.
14. Brook V, Boaz M. Attention deficit and learning disabilites (ADHD/LD) among high school pupils in Holon (Israel). Patient Educ Couns, 2005; 58(2): 164-67.
15. Nelson RW, Israel AC. Behavior Disorders of Childhood (5th Ed). New Jersey: Prentice Hall; 2003: p 241-44.
16. Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Ontario child health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. J Child Psychol Psychiatry 1989; 30: 210-25.
17. Carlson GA, Rapport MD. Diagnistic calssification issues in attention deficit hyperactivity disorders. Psychiat Ann, 1989; 19: 576–83.
18. LeBlanc N, Morin D. Depressive symptoms and associated factors in children with attention Deficit hyperactivity disorder. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2004; 17(2): 49-55.
19. Steer RA, Ranieri WF, Kumar G, Beck AT. Beck depression inventory-II items associated with self-reported symptoms of ADHD in adult psychiatric outpatients. J Pers Assess 2003; 80 (1): 58-63.
20. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder. New York: Guilfod; 1998: 121-124.
21. Jensen P S, Martin BA, Cantwell DP. Comoridity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-IV. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(3): 1065-1075.
22. Wagner BJ. Attention deficit hyperacitivity disorder: Curent concepts and underlying mechanisms. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2000; 13(3): 113-24.
23. Flory K, Milich R, Lynam DR, Leukefeld C, Clayton R. Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: Individuals with symptoms of attention deficit / hyperactivity disorder and Conduct Disorder are Uniquely at risk. Psychol Addict Behav 2003; 17(2): 151-58.
24. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone S, Spencer T. Does attention deficit hyperactivity disorder impact the developmental courses and alcohol abuse and dependence? Biol Psychiatry 1998; 44, 269-73.
25. Pomerleau O, Downey K, Stelson F, Pomerleau C. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. J Subst Abuse 1995; 27:466-73.
26. Sheppard DM, Bradshaw JL, Purcell R, Pantelis C. Tourrete's and Comorbid Syndroms: Obsessive compulsive and attention dificit hyperactivity disorder: A common etiology? Clin Psychol Rev 1999; 19(5): 531-52.
27. Fitzgerald M, Geoffrey K. Attention- deficit/ hyperactivity disorder and asperger's syndrome? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44(3): 210-17.
28. Kinney RO, Shaywitz BA, Shaywitz SE, Sarwar M, Holahan JM. Epilepsy in children with attention deficit disorder: cognitive, behavioral and nenroanatomic indices. Pediatr Neurol 1990; 6(1): 31-37.
29. Healey EC, Reid R. ADHD and stuttering: A tutorial. J Fluency Disord 2003; 8(2): 79-93.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

30. Colledge E, Blair RJ. The relationship in children between the inattention and impulsivity components of attention deficit and hyperactivtiy disorder and psychopathic tendencies. Pers Individ Diff 2001; 30(7): 1175-187.

31. Minaei A. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. (by Thomas Achenbauch and Leslie-A Rescorla). Tehran: Special Education Organization; Research Institute for Exceptional Children; 2005: 99-114. (Persian)

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]