

عوامل مساعد کننده اختلال کمبود توجه توأم با بیش فعالی در کودکان دبستانی مدارس دولتی شهر اراک

اکرم بیاتی^{*}، سقراط فقیه زاده[§]، ابوالفضل رهگوی^p

چکیده

اختلال کمبود توجه توأم با بیش فعالی معمولترین اختلال رفتاری مشاهده شده در گروه سنی کودکان دبستانی می باشد.

مطالعه کنونی یک مطالعه توصیفی تحلیلی (مورد - شاهده) است که با هدف تعیین عوامل مساعد کننده اختلال کمبود توجه توأم با بیش فعالی در کودکان دبستانی مدارس دولتی شهر اراک انجام شد. این مطالعه با روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای بر روی ۸۲ دانش آموز دچار اختلال (گروه مورد) و ۸۰ دانش آموز سالم (گروه شاهد) که بصورت کاملاً تصادفی از بین دانش آموزان مدارس دولتی و ابتدایی شهر اراک انتخاب شدند صورت گرفت. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه مخصوص معلمان کانرز و برگه مصاحبه مخصوص والدین است. بعد از جمع آوری اطلاعات، نتایج با روشهای آماری مجذور کای - فیشرو t تست و با $P < 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج بیانگر آن بود که:

اکثر کودکان دچار اختلال در رده سنی ۱۰-۱۲ سال قرار دارند و تعداد پسران دچار اختلال بیشتر از دختران است و اکثر این کودکان از نظر فاکتورهای وزن پایین هنگام تولد، رتبه تولد (فرزند اول بودن) میزان تحصیلات پدر، محیط خانوادگی نامساعد، مورد تنبیه والدین قرار گرفتن، سابقه جدایی طولانی مدت از والدین یا اعضاء خانواده، سابقه بیماری شدید جسمی یا روانی والدین، سابقه وجود اختلال در سایر اعضاء خانواده، درگیری قانونی پدر یا مادر، وضعیت اشتغال پدر، غیبت طولانی مدت پدر از منزل به علت اشتغال و تغییر شغل پدر - اختلاف معنی دار آماری با $P < 0.05$ وجود داشت.

بنابراین به نظر می رسد که فاکتورهای فوق الذکر عوامل مساعد کننده این اختلال هستند که با توجه به آزمونهای آماری از مهمترین آنها می توان وجود تاریخچه خانوادگی اختلالات رفتاری و محیط خانوادگی نامساعد را ذکر نمود.

کل واژگان: عوامل مساعد کننده اختلال کمبود توجه توأم با بیش فعالی، کودکان دبستانی

* عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

§ عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس تهران

p عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

آمارهای ارایه شده دلالت بر شیوع بالای اختلالات رفتاری کودکان دارند. در میان کودکان زیر ۱۸ سال که $\frac{1}{3}$ جمعیت ایالات متحده را تشکیل می‌دهند، تخمین زده می‌شود که ۱۲ تا ۱۵ درصد این کودکان نیازمند دریافت نوعی از خدمات بهداشت روانی هستند (۱).

در این میان Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) معمولترین اختلال رفتاری مشاهده شده در گروه سنی کودکان دبستانی می‌باشد و به میزان ۳ تا ۱۰ درصد در میان کودکان سن دبستانی رواج دارد (۲). متأسفانه آمار دقیقی در ایران وجود ندارد، اما اگر پایین‌ترین رقم گزارش شده، یعنی وجود ۲ درصد اختلالات رفتاری را برای جمعیت مدرسه‌ای ایران بپذیریم در حدود حداقل سیصد هزار دانش‌آموز با مشکلات رفتاری خواهیم داشت که به کمک‌های جدی نیاز دارند تا بتوانند مسایل و مشکلات یا تضادهای عاطفی خویش را حل کرده و تعادل لازم را بدست آورند، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ۷۰ تا ۸۰ درصد افرادی که در کودکی دچار ADHD بوده‌اند مشکلات مهمی را در نوجوانی دارند (۳).

همچنین^(۱) در مقاله خود، عوامل مؤثر در آسیب پذیری کودکان دچار ADHD را در سه حیطه مرتبط به هم که شامل: عوامل مربوط به خود کودک (خلق و خو، هوش و...) عوامل خانوادگی و عوامل مربوط به محیط اجتماعی و فیزیکی ذکر می‌کند (۴). در مطالعه‌ای که توسط سونوگابارک^(۲) و دیگران ۱۹۹۴ در مورد مشکلات رفتاری همراه با بیش فعالی در کودکان سنین قبل از دبستان انجام شد، نتوانستند ارتباط معنی داری بین وضعیت اجتماعی، اقتصادی خانواده و مشکلات رفتاری کودکان بیابند (۵).

سیلور^(۳) ۱۹۹۲ نیز اظهار می‌دارد که مطالعات

انجام شده، ارتباط معنی داری بین ADHD و متغیرهایی مانند: رتبه تولد، تعداد خواهر و برادرها، میزان درآمد خانواده، سن مادر، سطح تحصیلات والدین نشان نداده‌اند. او کودکان دچار این اختلال را بیشتر متعلق به خانواده‌های تک والدی (که پدر غایب می‌باشد) و دارای وضعیت نامناسب اجتماعی و ارتباطات مختل خانوادگی می‌داند (۶). منابع اخیر از جمله وندروشادر در این رابطه معتقدند که در بروز و پایداری ADHD عوامل اجتماعی - اقتصادی تأثیر دارند و والدین این کودکان مشکلاتی از قبیل الکسیم، رفتار ضد اجتماعی و اختلالات خلقی را دارا می‌باشند. لذا مطالعه کنونی با هدف تعیین عوامل مساعد کننده ADHD در کودکان دبستانی مدارس دولتی شهر اراک انجام شد.

و فرضیات پژوهشی به شرح ذیل می‌باشند:

- ۱- عوامل فردی در ایجاد ADHD در کودکان دبستانی تأثیر دارند.
- ۲- عوامل خانوادگی در ایجاد ADHD در کودکان دبستانی تأثیر دارند.
- ۳- عوامل اجتماعی، اقتصادی در ایجاد ADHD در کودکان دبستانی تأثیر دارند.

مواد و روشها

پژوهش کنونی یک مطالعه توصیفی، تحلیلی (مورد - شاهی) می‌باشد. نمونه‌های پژوهشی را دو گروه از کودکان سن دبستان تشکیل داده‌اند (گروه اول کودکان دچار اختلال ADHD و گروه دوم کودکان سالم).

روش نمونه‌گیری بصورت تصادفی خوشه‌ای بود، یعنی ابتدا نمونه‌ای از مدارس دخترانه و

1- Hetchman

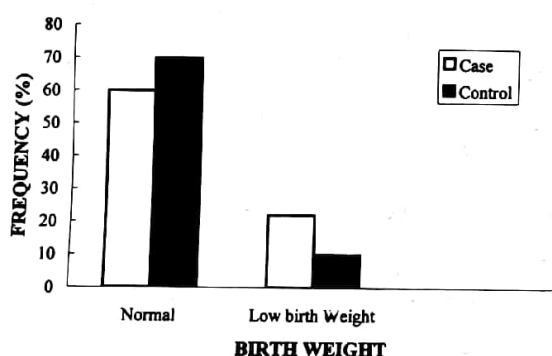
2- Sonogabarke

3- Silver

نتایج

پس از گردآوری اطلاعات، کلیه یافته‌ها براساس استفاده از آزمونهای آماری مجذور کای، فیشر، تست و با $P < 0.05$ مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج پژوهشی نشان داد که:

در رابطه با فرضیه اول پژوهش (تأثیر عوامل فردی)، یافته‌ها بیانگر این بود که با وجود تفاوت آماری معنی‌دار در میانگین سنی کودکان گروه مورد و شاهد، بیشتر کودکان دچار اختلال در رده سنی ۱۰-۱۲ سال قرار دارند. تعداد پسران دچار اختلال (۵۴/۹٪) و در گروه شاهد ۸۷/۵٪ می‌باشد که مطابق آزمون آماری مجذور کای بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار وجود دارد (شکل ۱). بیشترین درصد فراوانی واحدهای مورد پژوهش در گروه دچار اختلال در رده تحصیلی سوم دبستان (۲۲٪) و کمترین فراوانی در رده چهارم دبستان (۱۷/۱٪) می‌باشد.



شکل ۱- درصد فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وزن هنگام تولد واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مورد و شاهد

در رابطه با فرضیه دوم پژوهش (تأثیر عوامل خانوادگی)، با مقایسه میانگین‌های سن مادر و تعداد فرزندان خانواده و سن پدر براساس آزمون ۲ بین دو گروه تفاوت آمار معنی‌دار مشاهده نشد. از

پسرانه دولتی انتخاب شدند و سپس در داخل خوشه دبستان دانش آموزان گروه مورد براساس معیارهای تعریف شده انتخاب و دانش آموزان گروه شاهد نیز از میان دانش آموزان همان کلاسهای گروه مورد بصورت تصادفی انتخاب شدند. نهایتاً ۱۶۲ دانش آموز ۸۲ نفر در گروه مورد و ۸۰ نفر در گروه شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارتند از:

- الف) مشخصات گروه مورد
 - وجود اختلال ADHD براساس پرسشنامه مخصوص معلمین کانرز
 - ب) مشخصات مشترک گروه شاهد
 - همگونی با گروه مورد از نظر سن - جنس و محیط پژوهش
 - ج) مشخصات مشترک دو گروه
 - عدم وجود سابقه بیماری روانی براساس پرسشنامه والدین و پرونده بهداشتی
 - عدم ابتلا به بیماریهایی از قبیل صرع، آنسفالیت، تیروئید و... براساس پرسشنامه والدین و پرونده بهداشتی
 - تحصیل در مدارس ابتدایی روزانه و دولتی شهر اراک

در این پژوهش، پرسشنامه مخصوص معلمین کانرز و برگه مصاحبه از پیش ساخته‌ای استفاده شد که دارای ۳۴ سؤال و در ۳ بخش مربوط به عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی و براساس منابع موجود در کتب و مقالات تهیه شده بود.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS و در راستای اهداف پژوهشی از روشهای آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد.

مورد در سطح ابتدایی و به میزان ۳۷٪ و در گروه شاهد در سطح زیر دیپلم و به میزان ۲۸/۱۸٪ می باشد که مطابق آزمون مجذور کای بین دو گروه تفاوت معنی دار مشاهده می گردد ($P < 0.05$). از نظر وضعیت محیط خانوادگی، ۳۲/۹٪ کودکان گروه مورد از محیط خانوادگی ناآرام برخوردار هستند در حالیکه در گروه شاهد ۵٪ خانواده ها چنین وضعیتی دارند (جدول شماره ۲) و مطابق آزمون کای بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار $P < 0.001$ وجود بحرانهای مهم در خانواده $P < 0.05$ ، سابقه

نظر وضعیت سرپرستی خانواده با وجود اینکه سرپرستی توسط یکی از والدین در گروه مورد ۶/۱٪ و در گروه شاهد ۱/۳٪ بود، اما مطابق آزمون آمار مجذور کای بین دو گروه تفاوت آماری مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

از نظر وضعیت تأهل پدر و مادر نیز مطابق آزمون دقیق فیشر، همچنین از نظر سطح تحصیلات مادر مطابق آزمون مجذور کای بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار مشاهده نشد. اما از نظر سطح تحصیلات پدر، بیشترین درصد فراوانی در گروه

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب سرپرستی خانواده در دو گروه مورد و شاهد

وضعیت سرپرستی	فراوانی	مورد		شاهد		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
توسط والدین		۷۲	۸۷/۸	۷۸	۹۷/۴	۱۵۰	۹۲/۵۹
فقط پدر یا مادر		۵	۶/۱	۱	۱/۳	۶	۳/۷۰
سایر افراد		۵	۶/۱	۱	۱/۳	۶	۳/۷۰
جمع		۸۲	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۱۶۲	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب وضعیت محیط خانوادگی در دو گروه مورد و شاهد

وضعیت سرپرستی	فراوانی	مورد		شاهد		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آرام		۲۱	۲۵/۶	۴۱	۵۱/۳	۶۲	۳۸/۳
نسبتاً آرام		۲۹	۳۵/۴	۳۵	۴۳/۷	۶۴	۳۹/۵
نا آرام		۲۷	۳۲/۹	۴	۵/۰	۳۱	۱۹/۱
بسیار ناآرام		۵	۶/۱	۰	۰/۰	۵	۳/۱
جمع		۸۲	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۱۶۲	۱۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب وجود تغییر شغل پدر در دو گروه مورد و شاهد

وضعیت سرپرستی	گروه	مورد		شاهد		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۲۹	۳۵/۸	۱۶	۲۰/۰	۴۵	۲۸/۰	
غیر	۵۲	۶۴/۲	۶۴	۸۰/۰	۱۱۶	۷۲/۰	
جمع	۸۱	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۱۶۱	۱۰۰	

دو گروه وجود دارد.

۳۵/۸٪ پدران در گروه مورد و ۲۰٪ پدران در گروه شاهد تغییر شغل داشته‌اند (جدول شماره ۳). میانگین دفعات تغییر شغل در پدران گروه مورد ۸۴٪ با انحراف معیار ۱/۲۶ و در گروه شاهد ۳۰٪ با انحراف معیار ۰/۶۸ می‌باشد که مطابق آزمون آماری t از نظر میانگین دفعات تغییر شغل بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری

بهاتیا و همکارانش طی مطالعه‌ای دریافتند که شیوع اختلال کمبود توجه توأم با بیش فعالی با افزایش سن افزایش می‌یابد (۷). در حالیکه در پژوهش دیگری که در سال ۱۳۷۰ در مجتمع‌های شبانه روزی کشورمان توسط حاتمی انجام شد، اذعان داشت که انواع اختلالات رفتاری در سنین پایین بیش از سنین بالاتر دبستانی بوده است (۸). در پژوهش فعلی با توجه به اینکه مقطع تحصیلی به عنوان عامل همگونی دو گروه مورد استفاده قرار گرفت تفاوت آماری معنی‌داری بین توزیع سنی دو گروه مشاهده نشد. اما کودکان دچار اختلال در رده سنی بالاتری نسبت به گروه کودکان سالم قرار داشتند و به علت اینکه این کودکان نسبت به گروه شاهد بیشتر مردود شده بودند ۲/۷٪ کودکان گروه مورد در رده سنی ۱۴-۱۳ سال قرار داشتند. جیمز و تیلور در مطالعات خود نسبت شیوع

وجود اختلال رفتاری در سایر اعضای خانواده $P<0.05$ بین کودکان گروه مورد و شاهد مطابق آزمون آماری مجذور کای تفاوت آماری معنی‌دار وجود دارد. ۲۶/۸٪ خواهران و برادران کودکان گروه مورد دارای علایم اختلال در منزل بوده‌اند در حالیکه در کودکان گروه شاهد ۵/۱٪ خواهران و برادرانشان دارای علایمی از اختلال بوده‌اند.

در رابطه با عوامل اجتماعی، اقتصادی یافته‌ها بیانگر آن هستند که بین دو گروه مورد مطالعه از نظر عواملی چون متوسط درآمد ماهیانه خانواده، منطقه سکونت، نوع مسکن، وضعیت اشتغال مادر، تفاوت آماری معنی‌دار وجود ندارد در مورد منطقه سکونت واحدهای مورد پژوهش از آنجا که این عامل به عنوان عاملی جهت همگون نمودن دو گروه در نظر گرفته شد تفاوت بین دو گروه مشاهده نشد اما یافته‌ها نمایانگر آن است که بیشترین توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه در مناطق پایین شهر سکونت دارند (در گروه دچار اختلال ۵۱/۳٪ و درصد کمتری از کودکان دچار اختلال در منطقه بالای شهر سکنی داشتند) (۲۰/۷٪).

مطابق آزمون آماری مجذور کای بین دو گروه مورد مطالعه از نظر عواملی مانند درگیری اعضای خانواده با قانون ($P<0.05$)، عضو درگیر با قانون ($P<0.05$)، وضعیت اشتغال پدر ($P<0.05$)، غیبت طولانی پدر از منزل بعلت اشتغال ($P<0.05$) و وجود تغییر شغل پدر ($P<0.05$) تفاوت معنی‌دار آماری بین

اختلال را با نسبت پسر به دختر ۳/۳۸ به ۱ برآورد نمودند (۹) اما در این پژوهش با توجه به اینکه جنس نیز به عنوان عامل همگن نمودن دو گروه در نظر گرفته شد تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد اما با توجه به نتایج درصد بیشتری از پسران دچار اختلال بودند (۵۴/۹٪ پسران در مقابل ۴۵/۱٪ در دختران).

در این پژوهش بین وزن هنگام تولد دو گروه تفاوت آماری معنی دار وجود داشت که بیانگر تأثیر وزن پایین هنگام تولد در بروز اختلال است. اسزاتماری و همکارانش نیز در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که وزن پایین هنگام تولد عامل خطر جدی ایجاد این اختلال می‌باشد (۱).

در زمینه رتبه تولد، بهاتیا و همکارانش مشاهده نمودند از بین ۴۸ کودک و نوجوان دارای اختلال رفتاری ۲۰ نفر فرزند اول هستند (۷). در اینجا نیز آزمون آمار مجذور کای بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری را نشان می‌دهد و بیشترین درصد فراوانی وجود اختلال ADHD در میان فرزندان اول خانواده می‌باشد.

تعدادی از مطالعات حکایت از نقش جدی خانواده‌های بزرگ و خانه‌های شلوغ (که متضمن عدم توجه به کودکان است) در اختلالات رفتاری می‌نمایند (۱۱). اما در این مطالعه از این نظر بین دو گروه تفاوتی وجود نداشت.

از نظر سن والدین تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد. در مطالعه فراین و همکارانش نیز تفاوت آماری معنی داری بین سن والدین دختران گروه شاهد و مورد پیدا نشد (۱۲).

آتکینز طی مطالعه سه ساله خود در مورد ۱۰۱ خانواده، وجود خانواده‌های تک والدی را از جمله عوامل دانست که در بروز مشکلات رفتاری کودکان نقش دارند (۱۲) اما در پژوهش حاضر از این نظر بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری

معنی داری مشاهده نشد.

مطالعات انجام شده تا کنون نتوانسته‌اند ارتباط بین سطح سواد والدین با اختلال مذکور را ثابت کنند اما در این پژوهش بین دو گروه مورد و شاهد از نظر سطح تحصیلات پدر تفاوت آماری معنی دار مشاهده گردید.

طبق نتایج این تحقیق وجود محیط خانوادگی نامساعد را می‌توان یکی از مهمترین عوامل مساعد کننده این اختلال بشمار آورد ($P < 0.001$) مطالعات اخیر نیز مدارکی را جهت اثبات تأثیر وضعیت محیطی زیان آور و خصوصیات از قبیل ناسازگاری والدین را فراهم نموده‌اند و بیان شده است که ارتباط خصمانه والدین در ایجاد و پایداری ADHD دخالت دارد (۱۴).

مشاهدات عملی نشان می‌دهد که از جمله شرایط نامساعد خانوادگی که در کودکان و نوجوانان ایجاد ناسازگاری می‌کند سختگیری و محدودیت شدید یا تنبیه کودکان است (۱۵). نتایج این تحقیق نیز بیانگر آن است که کودکان دچار اختلال دو برابر کودکان سالم تنبیه می‌شوند و بیشترین علت تنبیه این کودکان اذیت خواهر و برادر در منزل و درس خواندن است.

رالینز و هیکوک، یکی از عوامل مؤثر بر ایجاد این اختلال را بیماری‌های جسمی و روانی مادر می‌دانند (۱۶)، در پژوهش فعلی دو عامل جدایی طولانی مدت از پدر، مادر یا سایر اعضای خانواده و بیماری شدید والدین در کودکان دچار اختلال بیشتر از گروه کودکان سالم بود.

طبق نتایج این تحقیق، در بستگان درجه اول کودکان گروه مورد، ۴ برابر بیشتر از کودکان سالم اختلال رفتاری وجود دارد. در مطالعه باید رمن و همکاران، این اختلال در بستگان درجه اول کودکان دچار اختلال ۵ برابر بیشتر از بستگان درجه اول کودکان طبیعی بود (۱۷).

بارکلی و همکارانش، بیان کردند که ۲۰ تا ۴۰ درصد پدران کودکان بیش فعال، رفتارهای ضد اجتماعی، تاریخچه استفاده از الکل، درگیری با پلیس و توقیف شدن را داشته‌اند (۱۸). در این پژوهش وجود درگیری قانونی در اعضاء خانواده کودکان دچار اختلال ۵ برابر گروه شاهد بود. برخی از مطالعات نشان داده‌اند، کودکانی که در فقر و خانواده‌ای محقر زندگی می‌کنند اختلال در عملکرد مدرسه و اختلال رفتاری بیشتر وجود دارد (۱۹)، اما در این پژوهش تأثیر این عامل به اثبات نرسید.

مطالعات متعدد بیانگر این نکته هستند که غیبت طولانی پدر (ترک خانواده، جدایی، خدمات نظامی طولانی) با مسایل یادگیری و رفتاری در کودکان توأم بوده‌اند (۱۶). در این مطالعه نیز با توجه به تفاوت آماری معنی‌دار بین دو گروه، می‌توان این عامل را به عنوان یکی از عوامل مساعدکننده متغیرهای مربوط به عوامل خانوادگی و از میان آنها محیط خانوادگی بعنوان مهمترین عامل ذکر نمود.

بنابراین متغیرهای مربوط به عوامل خانوادگی در بروز اختلال تأثیر بیشتری داشته‌اند که از میان آنها محیط خانوادگی نامساعد را می‌توان بعنوان مهمترین عامل ذکر نمود.

با توجه به نتایج پژوهش کودکان به عنوان گروه آسیب‌پذیر جامعه، برای رفع مشکلات آن لازمست از تمامی نیروهای آموزش دیده و واجد صلاحیت که بنوعی بتوانند در پیشگیری، درمان و ارتقاء سطح بهداشت روانی جامعه کمک کنند استفاده نمود.

- 1- Beck, C., Rawlins, R., Williams, R., Mental Health Psychiat. Nurs. Lon., Mosby Inc., 3th ed., 1993, P:717.
- 2- Wender, P., Shader, R., Manu. Psychiat. Therapeut. Lon., Little Brown Company, 2th ed., 1994, P:167.
- ۳- نادری، عزت اله، سیف نراقی، مریم، اختلالات رفتاری کودکان و روشهای اصلاح و ترمیم آن، چاپ دوم، تهران: انتشارات بدر، ۱۳۷۶، ص ۲۴.
- 4- Hechtman., Resilience and vulnerability in long term outcome of ADHD, Can. J. Psychiat., 1996, 36, 415-420.
- 5- Sonoga, Behaviour preschool and school intellectual attainment: the association of hyperactivity and conduct problems, J; Child Psychol Psychiat., 1994, 35, 5, 949-960.
- 6- Silver, L., Attention - Deficit hyperactivity disorder, Washington., D.C. Am. Psychiatric Press, 1992, 60-61.
- 7- Bhatia, M.S., J. Child. Psychol. Psychiat, 1991, 32, 2, 297-306.
- ۸- حاتمی، محمد، بررسی میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری کودکان شاهد محروم از والدین مقطع ابتدایی مستقر در مجتمع‌های شبانه روزی بنیاد شهید، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۰.
- 9- James, A. and Taylor, E. "Sex differences in the hyperkinetic syndrome of childhood", J. Child Psychol. Psychiat., 1990, 31(3), 437-447.
- 10- Szatmari, P., "Psychiatric disorders at five years among children with Birthweights, a regional perspective, Develop. med. child Neurol., 1990, 954-962
- ۱۱- سهامی، محمد ولی، "بچه بد، از دیدگاه روانپزشک کودک"، ماهنامه جامعه سالم، سال چهارم، شماره هفدهم.
- 12- Faraone, S., Stephen, V., Family - Genetic study of Girls with DSM - III Attention deficit disorders," M. J. Psychiat., 1991, 148, 1, 112-117.
- 13- Atkins, F., Children of mentally ill parents "Psychosocial Nurs., 1992, 30(8), 13-15.
- 14- Rutter, M., Taylor V., Lion, E., Child and adoltscent Psychiat, London: Black well science, 1994, 3thed , 297.
- ۱۵- نوابی نژاد، شکوه، رفتارهای بهنجار و نابهنجار در کودکان و نوجوانان و راههای پیشگیری و درمان ناهنجاریها، چاپ سوم، انتشارات انجمن اولیاء و مربیان جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۲، ص ۲۰۳.
- 16- Rawlins, R., Patricaia E., Clin. Manual Psychiat. Nurs., E., Mosby, 1993, 2th ed, 174.
- 17- Biederman. Joseph et al. Further Evidence for family- genetic risk factors in ADHD, Arch. Gen Psychiat., 1992, 49., 728-737.
- 18- Barkley, R., The adolescent out come of hyperactive children diagnosed by research criteria, J. Am. Acad.Child., 1990, 29, 4, 546-557.
- 19- Munyoblum, Michael, H., Dcid R."Single parent families: Child Psychiatric disorders and schools performance, J. Am.Acad, Child., Conce Psychiat, 1988, 27.(2) 214-219.

