

همبستگی نمرات خام پرسشنامه کانرز با خصوصیات خانوادگی در جمعیت عمومی کودکان دبستانی

دکتر مصطفی نجفی^۱، دکتر ابوالفضل خوشدل^۲، دکتر فاطمه مختاری^۳، دکتر مریم مغانی لنگرانی^{۴*}، دکتر شروین آثاری^۵

خلاصه:

سابقه و هدف: رابطه ابتلای به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی با برخی متغیرهای خانوادگی مرتبط شناخته شده است. این در حالی است که وجود همبستگی بین خصوصیات خانوادگی و نمرات خام پرسشنامه کانرز در جمعیت عمومی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به اینکه نمره بیشتر پرسشنامه کانرز به معنی احتمال بیشتر ابتلا به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه می باشد، کشف چنین رابطه ای به معنی لزوم غربالگری این اختلال در کودکان دارای برخی از خصوصیات خانوادگی خواهد بود. هدف از مطالعه حاضر، بررسی ارتباط همبستگی بین برخی متغیرهای خانوادگی و نمرات خام پرسشنامه کانرز می باشد. **مواد و روشها:** در این مطالعه مقطعی، پرسشنامه های معلمین و والدین کانرز و همچنین چک لیست متغیرهای خانوادگی به ۱۰۰۰ کودک سنین دبستانی که در سال ۱۳۸۱ به صورت تصادفی -خوشه ای از بین تمامی دبستان های شهرکرد انتخاب شده بودند، تحویل شد. از این بین، پرسشنامه های ۸۱۹ نفر بازگردانده شد.

یافته ها: طبق نتایج این تحقیق نمرات خام لااقل یکی از پرسشنامه های کانرز با رتبه تولد، سابقه مراجعه پدر به روانپزشک، غیبت طولانی پدر در خانه بدلائل شغلی، سابقه تغییر شغل پدر، شغل والدین، تحصیلات والدین، سابقه مشکلات قانونی والدین، مصرف سیگار توسط والدین و اعتیاد به مواد مخدر در والدین ارتباط همبستگی نشان داد ($p < 0/05$). ارتباط همبستگی معنی داری بین نمرات خام هیچ یک از پرسشنامه های کانرز و نمرات پایه های تحصیلی، سابقه مراجعه مادر به روانپزشک، سابقه مراجعه دیگر فرزندان به روانپزشک، سرپرستی خانواده (توسط پدر یا مادر) و زندگی مشترک والدین بدست نیامد ($p > 0/05$).

نتیجه گیری و توصیه ها: با توجه به نتایج مطالعه حاضر، غربالگری کودکان دارای رتبه تولد چهارم و بالاتر، سابقه مراجعه پدر به روانپزشک، غیبت طولانی پدر در خانه بدلائل شغلی، سابقه تغییر شغل پدر، پدر بیکار، پدر یا مادر بیسواد، سابقه مشکلات قانونی والدین، والدین سیگاری و والدین معتاد به مواد مخدر، از نظر ابتلای به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه توصیه می شود. **کلمات کلیدی:** اختلال کمبود توجه - بیش فعالی، خصوصیات خانوادگی، کودکان دبستانی

مقدمه

توجه بکار می روند (۱۰ و ۱۱). این پرسشنامه ها همچنین مقیاسی برای سنجش شدت علائم این اختلال به حساب می آیند (۱۹-۱۲). برخی متغیرهای خانوادگی از قبیل مصرف سیگار یا الکل توسط مادر (۹)، وضعیت نامطلوب اقتصادی - اجتماعی خانواده (۹)، تک والدی، فقدان خواهر یا برادر و تحصیلات پائین تر والدین (۲۰) با ابتلای به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه همراهی داشته اند (۱۱ و ۸). با وجود آنکه ارتباط بین برخی خصوصیات خانوادگی و ابتلای به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی پیش از این مشخص شده است، اما هیچ مطالعه ای که ارتباط همبستگی بین متغیرهای خانوادگی و

اختلال کمبود توجه - بیش فعالی شایعترین اختلال رفتاری کودکان سنین دبستان را تشکیل می دهد (۱). شیوع این اختلال در دانش آموزان دبستانی امریکا برابر ۲۰-۲۵٪ گزارش شده است (۷-۲). جنس مذکر، سن (۸)، وزن پائین هنگام تولد (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) (۹) و فاکتورهای ژنتیکی به عنوان عوامل خطرزای ابتلا به بیش فعالی - کاهش توجه شناخته شده اند.

پرسشنامه های والدین و آموزگار کانرز در بسیاری از مناطق جهان به عنوان رایج ترین ابزار غربالگری اختلال بیش فعالی - کاهش

۱- استاد یار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد، گروه روانپزشکی - فلوی فوق تخصص روانپزشکی اطفال و نوجوانان

۲- استاد یار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد، گروه اطفال

۳- پزشک عمومی

۴- دانشجوی پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی

۵- پزشک عمومی - (*نویسنده مسئول)

در این تحقیق به منظور آنالیز داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شد. نمره خام هر پرسشنامه بطور جداگانه برای دانش آموزان محاسبه گردید. سپس مقایسه میانگین نمرات خام پرسشنامه های کانرز در زیر گروه های جمعیت با خصوصیات مختلف خانوادگی با استفاده از آزمون های آماری Duncan و یا t -test independent انجام شد. $p < 0.05$ کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها:

از بین ۱۰۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۸۱۹ نفر (۸۲٪) وارد مطالعه شدند. از این تعداد ۴۳۴ نفر (۵۳٪) مذکر و ۳۸۵ نفر (۴۷٪) مونث بودند. سطح تحصیلات پدر، شغل پدر، سطح تحصیلات مادر و اعتیاد والدین به مواد مخدر از نظر آماری با نمره خام پرسشنامه کانرز معلمین ارتباط معنی داری را نشان داد ($p < 0.05$).

سطح تحصیلات پدر، شغل پدر، سابقه تغییر شغل پدر، سطح تحصیلات مادر، شغل مادر، سابقه مراجعه پدر به روانپزشک، سابقه مشکل قانونی والدین، مصرف سیگار توسط والدین و اعتیاد والدین به مواد مخدر از نظر آماری با نمره خام پرسشنامه کانرز والدین ارتباط معنی دار را نشان داد ($p < 0.05$).

سرپرستی خانواده، زندگی مشترک والدین، سابقه مراجعه مادر به روانپزشک و سابقه مراجعه دیگر فرزندان به روانپزشک از نظر آماری با نمره خام هیچ یک از پرسشنامه های کانرز ارتباط معنی داری را نشان نداد ($p > 0.05$).

میانگین نمرات هر یک از پرسشنامه های کانرز در زیر گروه های جمعیت با خصوصیات مختلف خانوادگی در جدول ۱ آورده شده است.

بحث و نتیجه گیری:

پیش از این، ارتباط متغیرهای خانوادگی کمتر با ابتلای به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه مشخص شده است (۸ و ۱۱). این متغیرها تنها شامل مصرف سیگار یا الکل توسط مادر (۹)، وضعیت نامطلوب اقتصادی - اجتماعی خانواده (۹)، تک والدی، فقدان خواهر یا برادر و تحصیلات پایین تر والدین (۲۰) بوده است. این احتمال وجود دارد که متغیرهای خانوادگی بیشتری در این زمینه قابل کشف باشند. بنابراین فرضیه، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه همبستگی بین نمرات پرسشنامه کانرز (به عنوان مقیاس اندازه گیری شدت علائم اختلال) و خصوصیات متنوع تر خانوادگی انجام شد. در این جا

نمرات پرسشنامه کانرز را در جمعیت عمومی مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. کشف چنین رابطه ای به معنی لزوم غربالگری این اختلال در کودکان دارای برخی از خصوصیات خانوادگی خواهد بود. هدف از مطالعه حاضر، بررسی ارتباط همبستگی بین برخی متغیرهای خانوادگی و نمرات خام پرسشنامه کانرز می باشد.

مواد و روشها:

این مطالعه به صورت مقطعی در دبستانهای شهرکرد در سال تحصیلی ۸۱-۸۰ انجام شد. نمونه ها شامل ۱۰۰۰ دانش آموز دبستانی بودند که به روش تصادفی - خوشه ای از کل جمعیت کودکان دبستانی شهرکرد انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، سن ۱۲-۶ سال و تحصیل در مقطع دبستان های شهرکرد بود. معیار خروج از مطالعه، بدون پاسخ بودن ۲۰٪ و یا بیشتر، از سئوالات پرسشنامه های کانرز بود.

ابزار پژوهش: ۱- چک لیست خصوصیات خانوادگی:

خصوصیات خانوادگی نمونه ها با استفاده از یک چک لیست خود ساخته، مورد بررسی قرار گرفت. تمامی سئوالات دارای دو گزینه بلی یا خیر بودند. این چک لیست توسط یکی از والدین تکمیل می گردید. خصوصیات خانوادگی مورد بررسی، شامل خصوصیات پدر (شامل سابقه مراجعه به روانپزشک، غیبت طولانی در خانه بدلیل شغلی، سابقه تغییر شغل، سطح تحصیلات و شغل)، خصوصیات مادر (شامل سابقه مراجعه به روانپزشک، سطح تحصیلات و شغل) و خصوصیات کلی خانواده (شامل سابقه مشکلات قانونی، مصرف سیگار، اعتیاد به مواد مخدر، سابقه مراجعه دیگر فرزندان به روانپزشک، سرپرستی خانواده (توسط پدر یا مادر)، زندگی مشترک والدین) بود.

۲- پرسشنامه های معلمین و والدین کانرز:

در این مطالعه، از پرسشنامه کانرز معلمین (۲۸ سئوالی) و والدین (۴۸ سئوالی) استفاده گردید (۱۳). پرسشنامه های کانرز معلمین و والدین به عنوان ابزار مناسب غربالگری (جهت جستجوی کودکان احتمالا بیمار) و همچنین سنجش شدت علائم اختلال بیش فعالی - کاهش توجه پذیرفته شده است (۱۲ و ۱۹-۱۴). این ابزارها در بسیاری از مناطق جهان به عنوان رایج ترین مقیاس اندازه گیری شدت علائم اختلال بیش فعالی - کاهش توجه بکار می روند (۱۰ و ۱۱). نمره دهی سئوالات پرسشنامه کانرز با استفاده از مقیاس ۴ نمره ای لیکرت انجام گرفت.

بیشتری نشان داده اند (۲۶) و رابطه بین فردی ضعیف تری را با فرزندشان برقرار ساخته اند (۲۷). به خصوص در مواردی که اختلالات هدایتی همراه وجود داشته باشد، اختلال بیش فعالی - کاهش توجه با افزایش سایکوپاتولوژی و استرس والدین همراه می گردد (۲۸ و ۲۵ و ۲۲). والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه در مقایسه با گروه شاهد، تطابق کمتری را از خود نشان داده اند (۲۶). گزارش شده است که ابتلای کودک به این اختلال، سیستم خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد (۲۵). کودکان مبتلا به این اختلال، خانواده ها را با مسایل گوناگونی روبرو می کنند و آنها را در برابر آشفتگیهای روانی - اجتماعی آسیب پذیر میسازند (۲۹). سطح اجتماعی - اقتصادی خانواده های دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه (در مقایسه با گروه شاهد)، نامناسب تر بوده است (۲۴). ارتباط ضعیف تر (در مقایسه با گروه شاهد) کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه، با دیگران نیز گزارش شده است (۱۱).

مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمرات کانرز کودکانی خانواده های با سابقه مثبت مراجعه والدین به روانپزشک بیشتر از دیگر کودکان بوده است. در مطالعات پیشین نیز، ارتباط برخی متغیرهای خانوادگی با سلامت ذهنی کودکان گزارش شده است (۳۰). مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه، (در مقایسه با گروه شاهد) از سلامت روانی کمتری برخوردار بوده اند (۳۰). همچنین ریسک ابتلای به افسردگی، اضطراب و گوشه گیری اجتماعی در مادران مبتلایان به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه بیشتر از دیگران گزارش شده است (۳۱). والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه استرس بیشتری را در مقایسه با گروه شاهد متحمل می شوند (۲۶). ۸۹٪ والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه از استرس رنج می برند (۳۲ و ۲۵)، ۶۴٪ آنان از رفتار کودکان خود احساس آرامش ندارند (۲۵). نمرات emotional empathy index در والدین این کودکان در مقایسه با گروه شاهد پایین تر بوده است (۲۴). تمامی این شواهد، از یافته این مطالعه مبنی بر وجود ارتباط بین نمره بیشتر پرسشنامه کانرز و سابقه مراجعه والدین به روانپزشک دفاع می کند. مطالعات توکلی زاده (۱۳۷۶)، بیاتی (۱۳۷۹)، شریف آبادی (۱۳۷۲)، استیوارت (۱۹۸۰)، هاریسون (۱۹۸۰)، شاپار (۱۹۹۰)، بیدرمن (۱۹۹۲)، باتیا (۱۹۹۱)، انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۵) نیز ناراحتی های روانی

تاکید می کنیم، که نمرات بالاتر پرسشنامه کانرز به معنی احتمال بیشتر ابتلا به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه است، و نه به معنی ابتلای به این اختلال. در واقع، این مطالعه، رابطه ای را بین متغیرهای خانوادگی و احتمال ابتلا به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه مورد بررسی قرار می دهد.

طبق نتایج این تحقیق، میانگین نمرات پرسشنامه های کانرز در خانواده هایی با خصوصیات زیر به طور معنی داری افزایش نشان می دهد: سطح تحصیلات کمتر پدر، سطح تحصیلات کمتر مادر، بی کاری یا بازنشستگی پدر، برخی مشاغل مادر، سابقه تغییر شغل پدر، دور بودن پدر به دلایل شغلی، سابقه مراجعه پدر به روانپزشک، مصرف سیگار توسط والدین، اعتیاد والدین به مواد مخدر و سابقه مشکل قانونی در والدین.

مطالعه حاضر نشان داد که دو پرسشنامه کانرز، از الگوی یکسانی از نظر همبستگی با خصوصیات خانوادگی پیروی نمی کنند. با توجه به آنکه پرسشنامه کانرز والدین و معلمین به ترتیب نگرانی های والدین و معلمین را پیرامون مشکلات رفتاری کودک می سنجد (۱۲) و هر یک بر اساس رفتار کودک در محیط های جداگانه تکمیل می گردند، عدم الگوی یکسان رابطه همبستگی مذکور مورد انتظار بود. مطالعات دیگری نیز به تفاوت نتایج حاصل از دو پرسشنامه کانرز اشاره کرده اند (۲۱).

با توجه به اینکه تا حد اطلاع نگارندگان مقاله، هیچ مطالعه ای که در جمعیت عمومی، به بررسی رابطه همبستگی نمرات خام پرسشنامه های کانرز و خصوصیات خانوادگی پرداخته باشد، یافت نشد؛ به ناچار در بحث به منظور مقایسه و توجیه یافته های نتایجمان به شواهد ارتباط خصوصیات خانوادگی و ابتلای به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه اشاره می کنیم.

شواهدی از تداخل ابتلای اختلال بیش فعالی - کاهش توجه در فرزند با عملکرد خانوادگی و زناشویی والدین در دست است (۲۲). روابط بین فردی در خانواده های دارای فرزندان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه (در مقایسه با گروه شاهد) از تنش بیشتر و سازماندهی کمتری برخوردار است (۲۳). والدین مبتلایان به این اختلال دارای احساس نامناسب تری نسبت به خود و فرزندشان بوده اند (۲۴). آنان در زندگی اجتماعی خود، محدودیت های ناخواسته بیشتری را گزارش کرده اند (۲۵)، نسبت به فرزندانشان رفتار منفی

شغل پدر در این تحقیق با نمرات پرسشنامه کانرز ارتباط معنی دار داشت که با یافته های بیاتی هماهنگی دارد (۳۴). تک سرپرست بودن خانواده در این تحقیق با نمرات پرسشنامه کانرز ارتباط نداشت، که در مطالعه خانم بیاتی نیز چنین بوده است (۳۴).

لازم به ذکر است که مطالعه حاضر، رابطه همبستگی (و نه علیتی) را بین خصوصیات خانوادگی و نمرات کانرز گزارش می کند. با این توصیف، نمرات بالای پرسشنامه کانرز و خصوصیات خانوادگی هر دو می توانند علت یا معلول دیگری باشند و یا محتمل است که هر دو معلول علت دیگری باشند. به منظور کشف رابطه علیتی بین احتمال ابتلای به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه، مطالعات آینده نگر با طراحی کوهورت مورد نیاز خواهد بود.

در پایان غربالگری کودکان دارای رتبه تولد چهارم و بالاتر، سابقه مراجعه پدر به روانپزشک، غیبت طولانی پدر در خانه بدلیل شغلی، سابقه تغییر شغل پدر، پدر بیکار، پدر یا مادر بیسواد، سابقه مشکلات قانونی والدین، والدین سیگاری و والدین معتاد به مواد مخدر، از نظر ابتلای به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه توصیه می شود.

والدین را از عوامل همراه با اختلال بیش فعالی - کاهش توجه دانسته اند (۳۳ و ۳۴).

در این تحقیق سابقه اختلال روانپزشکی در افراد دیگر خانواده با نمرات پرسشنامه کانرز مرتبط نبود، حال آنکه بیاتی و توکلی زاده این موضوع را در همراهی با ابتلا به اختلال بیش فعالی - کاهش توجه اختلال بیش فعالی - کاهش توجه بیان کرده اند (۳۳ و ۳۴). در این تحقیق سطح تحصیلات پدر (بیسواد) با نمرات پرسشنامه کانرز ارتباط داشته است، که توسط مطالعه بیاتی تأیید میشود (۳۴). سطح تحصیلات مادر با نمرات پرسشنامه کانرز مرتبط بود. در مطالعه خانم بیاتی ارتباط معنی داری بین تحصیلات مادر و شیوع اختلال بیش فعالی - کاهش توجه وجود نداشته است. نارسایی ها و کمبودهای آموزشی - تربیتی نیز می توانند سبب افزایش مشکل شوند. در این تحقیق وجود سابقه مشکل قانونی والدین با نمرات کانرز مرتبط بوده است، که این نتیجه توسط مطالعه بیاتی تأیید می شود (۳۴).

دور بودن پدر خانواده از منزل بعلل شغلی نیز با نمرات پرسشنامه کانرز ارتباط داشت، که با مطالعه بیاتی همخوانی دارد (۳۴). تغییر

References:

1. Taylor JF. Helping your hyperactive child. In: Taylor J.F. Effective Treatments and developing discipline and Self- esteem to helping your family adjustment. 4th edition, Philadelphia, Prima Publishing co., 1990: 524 – 532
2. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Jones J. Further evidence of an association between maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder: findings from a high-risk sample of siblings. *J Clin Child Psychol*. 1998 Oct;27(3):352-8
3. Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ransom J, O'Brien PC. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 2001 Jan 3;285(1):60-6.
4. Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics*. 2003 May;111(5 Part 2):1232-7.
5. Akhondzadeh S, Tavakolian R, Davari-Ashtiani R, Arabgol F, Amini H. Selegiline in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: a double blind and randomized trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2003 Aug;27(5):841-5.
6. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgaertel A, Brown J. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Mar;35(3):319-24.
7. Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J. Teacher reports of DSM-IV , ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Feb;40(2):241-9

8. Polsdorfer R, Risk Factors for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Available from: <http://www.swedish.org/12964.cfm>
9. MG . Low birth weight is risk factor for ADHD. (Large Case-Control Study). , May 1, 2002, J. Dev. Behav. Pediatr. 23[1]:16-22, 2002
10. Chandola CA, Robling MR, Peters TJ, Melville-Thomas G, McGuffin P. Pre- and perinatal factors and the risk of subsequent referral for hyperactivity. Child Psychol Psychiatry. 1992 Sep;33(6):1077-90.
11. Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A, Kotimaa A, Moilanen I, Thomsen PH, Olsen J, Jarvelin MR. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. Am J Psychiatry. 2003 Jun;160(6):1028-40.
12. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. J Abnorm Child Psychol. 1998 Aug;26(4):257-68.
13. Gumpel T, Wilson M, Shalev R. An item response theory analysis of the Conners Teacher's Rating Scale. J Learn Disabil. 1998 Nov-Dec;31(6):525-32.
14. Molina BS, Smith BH, Pelham WE. Factor structure and criterion validity of secondary school teacher ratings of ADHD and ODD. J Abnorm Child Psychol. 2001 Feb;29(1):71-82.
15. Weiler MD, Bellinger DK, Simmons EK, Rappaport LK, Urion DK, Mitchell WJ, Bassett NJ, Burke PJ, Marmor J, Waber D. Reliability and validity of a DSM-IV based ADHD screener. Neuropsychol Dev Cogn Sect C Child Neuropsychol. 2000 Mar;6(1):3-23.
16. Conners CK, Wells KC, Parker JD, Sitarenios G, Diamond JM, Powell JW. A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. J Abnorm Child Psychol. 1997 Dec;25(6):487-97.
17. Robin AL, Vandermay SJ. Validation of a measure for adolescent self-report of attention deficit disorder symptoms. J Dev Behav Pediatr. 1996 Aug;17(4):211-5
18. Mitsis EM, McKay KE, Schulz KP, Newcorn JH, Halperin JM. Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 Mar;39(3):308-13.
- ۱۹- کاپلان س، روان پزشکی بالینی کاپلان، اختلالات کمبود توجه، فصل سی و نهم، ترجمه پورافکاری، ن، چاپ اول، تهران، انتشارات شهر آب، ۱۳۷۵، صفحه ۳۸۹ - ۳۸۸، ۳۹۴ - ۳۹۱.
20. Harel EH, Brown WD. Attention deficit hyperactivity disorder in elementary school children in Rhode Island: associated psychosocial factors and medications used. Clin Pediatr (Phila). 2003 Jul-Aug;42(6):497-503.
21. Wolraich ML, Lambert EW, Baumgaertel A, Garcia-Tornel S, Feurer ID, Bickman L, Doffing MA. Teachers' screening for attention deficit/hyperactivity disorder: comparing multinational samples on teacher ratings of ADHD. J Abnorm Child Psychol. 2003 Aug;31(4):445-55.
22. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. Clin Child Fam Psychol Rev. 2001 Sep;4(3):183-207.
23. Satake H, Yamashita H, Yoshida K. The family psychosocial characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder with or without oppositional or conduct problems in Japan. Child Psychiatry Hum Dev. 2004 Spring;34(3):219-35.

24. Pukinskaite R. The impact of children with externalizing difficulties on their families. *Medicina (Kaunas)*. 2002;38(4):431-8.
25. Rosello B, Garcia-Castellar R, Tarraga-Minguez R, Mulas F. The role played by parents in the development and learning of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol*. 2003 Feb;36 Suppl 1:S79-84.
26. DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 May;40(5):508-15.
27. Gerdes AC, Hoza B, Pelham WE. Attention-deficit/hyperactivity disorder boys' relationships with their mothers and fathers: child, mother, and father perceptions. *Dev Psychopathol*. 2003 Spring;15(2):363-82.
28. Verhulst FC, van der Ende J. Factors associated with child mental health service use in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Jul;36(7):901-9.
29. Schachar, R. Wachmuth, R. Oppositional disorder in children: a validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. 1990;31:1089-1102
30. Knight GP, Virdin LM, Roosa M. Socialization and family correlates of mental health outcomes among Hispanic and Anglo American children: consideration of cross-ethnic scalar equivalence. *Child Dev*. 1994 Feb;65(1):212-24.
31. Norvilitis JM, Scime M, Lee JS. Courtesy stigma in mothers of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a preliminary investigation. *J Atten Disord*. 2002 Sep;6(2):61-8.
32. McCleary L. Parenting adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: analysis of the literature for social work practice. *Health Soc Work*. 2002 Nov;27(4):285-92.
- ۳۳- توکلی زاده جهانشیر، بوالهروی جعفر، مهریار امیر هوشنگ، دژکام محمود. همه گیر شناسی اختلالهای رفتاری ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد، فصلنامه اندیشه و رفتار ۹ و ۱۰، سال سوم، شماره ۱ و ۲، تابستان و پاییز ۱۳۷۶، انتشارات آبان ۵۱-۴۰.
- ۳۴- بیاتی امیر، عوامل مساعد کننده اختلال کمبود توجه توام با بیش فعالی در کودکان دبستانی مدارس دولتی شهر اراک، ره آورد دانش، سال سوم، شماره سوم، پاییز ۷۹، انتشارات مهر، ۸-۱.

Correlation of Raw Conners' Scores and Family Characteristics in General Population of Primary School Children

Najafi, N; MD¹, Khoshdel, A; MD², Mokhtari, F; MD³, Lankarani, M.M; MD⁴, * Assari, SH; MD⁵

Abstract:

Background: Although, association of attention deficit hyperactivity disorder and some family characteristics has been reported, less attention has been focused on the correlation between raw Conners' scores and family characteristics in general population. While higher raw Conners' score indicates more possibility of attention deficit hyperactivity disorder, detection of such correlation highlights the need for screening of this disorder in some families. Aim of this study was to assess the possible correlation of raw Conners' scores and family characteristics in general population of primary school children.

Materials and methods: In this cross sectional study, parent's and teacher's Conner's questionnaire and a checklist containing family variables was administered to 1000 primary school children who were randomly selected from all primary schools in Shahrekord, in 2002. 819 subjects entered the study.

Results: Raw Conners' scores were correlated with history of referral of father to psychiatrist, long absence of father from home, history of change in job of father, job of parents, educational level of parents, history of legal problems of parents, smoking of parents, drugs addiction by parents ($p < 0.05$). There were no correlation between raw Conners' scores and history of referral of mother to psychiatrist, history of referral of siblings to psychiatrist, long absence of father from home or living together of parents ($p > 0.05$).

Conclusion: According to the results of this study, screening of attention deficit hyperactivity disorder is recommended in those children whose father have history of referral to the psychiatrist, have long absence from home, with a history of change of job, or with parents with some jobs, with low educational levels, with history of legal problems, smoking or drugs addiction.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, family Characteristics, primary school children

1- Assistant of professor, Shahrekord medical science of university, psychology department.

2- Assistant of professor, Shahrekord medical science of university, pediatric department.

3- General Physician., Shahrekord medical science of university

4-medical student, Azad Tehran medical science of university

5-(*corresponding author) General physician