

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



مقاله نویسی علوم انسانی



اصول تنظیم قراردادها



آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقاله

فراوانی و شدت انواع تروما با علائم اصلی ADHD در کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه /**بیش فعالی**مهرناز دادخواه^{۱*}، هاجر ثابتی^۲^۱؟؟؟، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند، مرند، ایران**چکیده**

اختلال نقص توجه / بیش فعالی شایع‌ترین اختلال روانی است که کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از این پژوهش بررسی فراوانی و شدت انواع تروما با علائم اصلی ADHD در کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه بیش فعالی بود. شرکت‌کنندگان تعداد ۹۶ نفر کودک بودند که به‌صورت در دسترس از میان کلیه کودکان دارای اختلال نقص توجه بیش فعالی کلینیک روان‌پزشکی کودک و نوجوان، با تشخیص روان‌پزشک کودک و نوجوان انتخاب شدند. این پژوهش از نوع غیرآزمایشی بود و ابزارهای مورداستفاده در پژوهش فرم کوتاه و تجدیدنظر شده‌ی مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین و پرسشنامه شدت تروما بودند. نتایج نشان داد فراوانی انواع تروما در سه نوع فرعی اختلال بیش فعالی-کم توجهی متفاوت بود. با توجه به تأثیرات عظیمی که تروما روی منابع انسانی و مالی دارد، بی‌شک مطالعه و پژوهش در مورد تروما، یکی از نیازهای کاربردی انسان امروزی محسوب می‌شود.

کلید واژه‌ها: تروما؛ اختلال نقص توجه بیش فعالی؛ کودکان بیش فعالی؛ علائم اصلی ADHD**مقدمه**

اختلال نقص توجه / بیش فعالی (ADHD)، یک اختلال عصبی رشدی مزمن با وراثت پذیری بالاست و شایع‌ترین اختلال روانی است که کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (موسسه ملی بهداشت روان^۱، ۲۰۱۱؛ آکادمی اطفال آمریکا (کمیته نقص توجه / بیش فعالی)^۲، ۲۰۱۱؛ دیکمن و همکاران، ۱۹۹۳) مطالعه‌ای که اخیراً توسط مراکز کنترل بیماری انجام شد نشان داد که حدود ۹/۵ درصد از کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۷ ساله از این اختلال رنج می‌برند (ویزر، بیتسکو، دنلیسون، پرون و بلومبرگ، ۲۰۱۰).

تروما یکی از بزرگترین مشکلات هر جامعه‌ای با هر وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی محسوب می‌شود و یکی از علل اصلی مرگ و میر، بستری و ناتوانی در سراسر جهان و در تمام گروه‌های سنی است (لوسیرو و ماتوکس، ۱۸۹۸). از عوامل خطرزا برای تروماهای متوسط تا شدید می‌توان به عوامل فردی و محیطی اشاره کرد (وارد، وندر، ریمهر، ۲۰۰۰). از جمله عوامل فردی می‌توان به سن، جنسیت، کشور، محل تولد فرد، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و همچنین میزان آسیب‌های روانی فرد مانند ابتلا به اختلالات مصرف مواد و سوء مصرف الکل و سایر اختلالات روانپزشکی اشاره کرد (زامبون، ۲۰۰۶). مدتی است که پژوهشگران به وجود ارتباط بین ADHD و افزایش خطر آسیب و تروما شک کرده‌اند (هور، ۲۰۰۳).

با توجه به اینکه تاکنون پژوهش‌های مشابهی در دانشگاه علوم پزشکی صورت نگرفته، چنانچه پژوهش حاضر نشان دهد کودکان دارای اختلال نقص توجه بیش فعالی مستعد تروما هستند، در مرحله بعدی پژوهش برای ایمن‌سازی منازل و مدارس که این کودکان در آنها به سر

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: dadkhan.me@gmail.com

1National Institute of Mental Health

2American Academy of Pediatrics Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

فراوانی و شدت انواع تروما با علائم اصلی ADHD در کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه بیش فعالی

می برند باید تدابیری اندیشید و با توجه به اینکه تروما با حوادث جاده ای مرتبط است ، این پژوهش می تواند زمینه ساز تحقیقات دیگرشده و موجب غنای دانش می شود و به شکل گرفتن تحقیقات و نظریات جدید در این حوزه کمک می نماید .
بنابراین با توجه به مطالعات اندک در این زمینه و نیاز به تحقیقات بیشتر برای پی بردن به نقش این اختلال در آسیب های ترومایی کودکان ، پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سوال است که آیا فراوانی و شدت تروما بر اساس علائم اصلی اختلال بیش فعالی نقص توجه متفاوت است؟

روش

شرکت کنندگان

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان دارای اختلال نقص توجه بیش فعالی بود. از این جامعه نمونه ای به تعداد ۹۶ کودک با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از کلینیک روانپزشکی کودک و نوجوان، با تشخیص روانپزشک کودک و نوجوان انتخاب شد.

ابزار

۱) فرم کوتاه و تجدید نظرشدهی مقیاس درجه بندی کانرز والدین (CPRS-R): این پرسشنامه توسط کانرز و همکاران در سال ۱۹۹۹ برای کودکان و نوجوانان و برای محدوده سنی ۳ الی ۱۷ سال طراحی شده است و شامل ۲۷ عبارت می باشد که در یک مقیاس چهار درجه ای (۰= هرگز الی ۳= خیلی زیاد) نمره گذاری می شود.

۲) پرسشنامه شدت تروما: این پرسشنامه توسط تانر، باهیوان و بنی (۲۰۰۸) برای سنجش شدت تروما طراحی شده است و شدت آسیب را در پنج حوزه افتادن ساده، مربوط به ورزش، افتادن از ارتفاع بیش از ۲ متر، آسیب های ناشی از حوادث رانندگی و سایر موارد تقسیم بندی شده اندازه گیری می کند. نحوه نمره گذاری بدین صورت هست که شدت آسیب در هر حوزه در ۶ درجه از بدون آسیب جدی تا آسیب منجر به بیهوشی تقسیم بندی شده است.

شیوه اجرا

جهت اجرای طرح ابتدا نمونه مورد نظر از کودکان که طبق نظر روانپزشک کودک و نوجوان دارای اختلال نقص توجه بیش فعالی تشخیص داده شده بودند و بر اساس معیارهای ورود، از کلینیک های روانپزشکی کودک و نوجوان دانشگاه علوم پزشکی تبریز انتخاب شدند. سپس پرسشنامه های پژوهش ارائه شد و داده های به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

دامنه سنی افراد مطالعه شده در پژوهش حاضر از ۳ سال تا ۱۲ سال متغیر بوده و از میانگین ۷/۷۲ و انحراف استاندارد ۳/۰۷ برخوردار بود. از ۹۶ نفر شرکت کننده، ۷۴ نفر پسر و ۲۲ نفر دختر بودند.

جدول ۱

فراوانی تعداد شرکت کنندگان از نظر نوع بیش فعالی

نوع بیش فعالی	فراوانی	درصد فراوانی مطلق	درصد فراوانی تراکمی
نوع بی توجه	۱۹	۱۹/۸	۱۹/۸
نوع بیش فعال-تکانشگر	۲۴	۲۵	۴۴/۸
نوع ترکیبی	۵۳	۵۵	۱۰۰

همانگونه که در جدول مشاهده می شود، از ۹۶ نفر شرکت کننده در پژوهش، ۱۹ نفر (۱۹/۸ درصد) دارای بیش فعالی از نوع بی توجه، ۲۴ نفر (۲۵ درصد) دارای بیش فعالی از نوع تکانشگر و ۵۳ نفر (۵۵ درصد) دارای بیش فعالی نوع ترکیبی بودند. نتیجه آزمون خی دو جهت مقایسه فراوانی در سه نوع بیش فعالی نشان داد فراوانی نوع بی توجه، بیش فعال و ترکیبی بین کودکان متفاوت است. در بین پنج نوع تروما، فراوانی بدون آسیب جدی و منجر به زخم سطحی پوست بیش از سایرین است.

جدول ۲

فراوانی انواع تروما در سه نوع بیش فعالی

نوع تروما	نوع بی توجه	نوع بیش فعال-تکانشگر	نوع ترکیبی
افتادن ساده	۱۹	۱۷	۳۸
مربوط به ورزش	۱۵	۱۳	۱۸
افتادن از ارتفاع بیش از ۲ متر	۱۰	۳	۱۴
آسیب های ناشی از حوادث رانندگی در نقش عابر پیاده	۵	۱	۱۸
آسیب های ناشی از حوادث رانندگی در نقش راننده وسایل نقلیه	۳	۱	۱۵

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود در هر سه نوع ADHD بیشترین فراوانی تروما از نوع افتادن ساده بود. در بین سه نوع ADHD نیز بیشترین فراوانی تروما در نوع ترکیبی بدست آمده است. نتیجه آزمون خی دو جهت مقایسه شدت تروما در سه نوع بیش فعالی نشان داد شدت تروما در نوع بی توجه، بیش فعال و ترکیبی بین کودکان بطورمعناداری متفاوت است و شدت تروما در نوع ترکیبی بیش از دونوع دیگر است. ($P=0.01$; $df=2$; $X^2=9.0583$)

جدول ۳

مقایسه شدت تروما در نوع بیش فعال- تکانشگر به تفکیک درجه بیش فعالی

نوع بی توجه	مقدار مشاهده شده	مقدار مورد انتظار	مقدار باقیمانده
نرمال	۱۴	۲۴	۵۳
خفیف	۱۹	۲۴	-۲۱
شدید	۳۰	۲۴	-۱۹
خیلی شدید	۳۳	۲۴	-۱۳

نتیجه آزمون خی دو جهت مقایسه شدت تروما نشان داد، شدت تروما در درجات مختلف بیش فعالی بطورمعناداری متفاوت است. ($P=0.01$; $df=3$; $X^2=15.77$)

جدول ۴

ماتریس همبستگی بین شدت تروما و سه نوع بیش فعالی

شدت تروما	نوع بی توجه	نوع بیش فعال- تکانشگر	نوع ترکیبی
	۰/۱۴	۰/۱۷ *	۰/۲۰ *

** $P<0.01$, * $P<0.05$

طبق نتایج جدول ۴ بین شدت تروما و نوع بیش فعال- تکانشگر و نوع ترکیبی در سطح ۰/۰۵ ارتباط معنادار مثبت وجود دارد، ولی بین شدت تروما و نوع بی توجه ارتباط معنادار وجود ندارد.

بحث

هدف عمده پژوهش حاضر بررسی فراوانی و شدت تروما بر اساس علائم اصلی اختلال بیش فعالی-نقص توجه بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد فراوانی انواع تروما در سه نوع فرعی اختلال بیش فعالی-نقص توجه متفاوت است. فراوانی انواع تروما در نوع ترکیبی بیش از نوع بیش فعال-تکانشگر بود و فراوانی نوع بیش فعال نیز بیش از نوع نقص توجه بود. در بین انواع تروما نیز فراوانی بدون آسیب جدی و منجر به زخم سطحی پوست بیش از سایرین بود. در سه نوع فرعی ADHD بیشترین فراوانی تروما از نوع افتادن ساده بود. همچنین بین شدت تروما و نوع بیش فعال-تکانشگر و نوع ترکیبی ارتباط معنی دار مثبت وجود دارد، به طوری که با افزایش میزان بیش فعالی از نوع تکانشگر و همچنین ترکیبی از تکانشگر و نقص توجه شدت تروما افزایش می یابد، ولی بین شدت تروما و نقص بی توجه ارتباط معنی دار وجود ندارد.

در مطالعه ال نعیمی (۲۰۰۱)، بویلون و همکاران (۱۹۹۷)، لیوویک و همکاران (۱۹۹۷)، مرادی و تهرانی (۱۳۸۱) سن متوسط بیماران دارای تروما حدود ۳۰ سال بود. مسئله سن نقش اصلی را هم در مورد بالا بودن بار تروما، سال های از دست رفته عمر و هم در مورد هزینه های مرگ و ناتوانی ایفا می کند و نیز حوادث ترافیکی در رأس علل سوانح قرار داشتند. به نظر می رسد در پژوهش حاضر سطحی بودن نوع تروما و نیز بیشتر بودن فراوانی از نوع افتادن ساده به دلیل سن کم شرکت کنندگان در پژوهش می باشد که دارای میانگین سنی ۷ سال بودند.

در مطالعه سلیمی و زارعی (۱۳۸۷) از میان ۱۱۴۱ بیمار مورد مطالعه ۹۵۲ نفر مرد بود. فراوان ترین مکانیسم تروما حوادث رانندگی، ۶۷۱ نفر (۵۹ درصد) با اکثریت عابری پیاده ۲۴۱ نفر (۳۶ درصد) و بعد از آن موتورسواران ۲۳۷ نفر (۳۵/۳ درصد) بودند. میانگین شدت آسیب و مدت اقامت در بیمارستان و همچنین میزان مرگ بین حوادث ترافیکی و حوادث غیرترافیکی از نظر آماری تفاوت معنی داری داشتند. در حوادث غیررانندگی، بیشترین مکانیسم آسیب، سقوط بود. شیوع بالای سقوط، به عنوان دومین علت تروما در مطالعات دیگر تأیید شده است (کامرون، زیکاس، هادی، کلارک و همپر، ۱۹۹۵). جوان تر بودن بیماران ترومایی به خصوص در کشورهای در حال توسعه ناشی از حوادث محل کار در نتیجه پایین بودن ایمنی و حوادث جاده ای می باشد (مارتین، کروس، ۱۹۹۲).

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی. نیکخو، محمدرضا، آوادیسیناس، همایاک (۱۳۸۶) تهران: انتشارات سخن.
- سلیمی، جواد و زارعی، محمدرضا. (۱۳۸۷). بررسی اپیدمیولوژیک بیماران ترومایی مراجعه کننده به بیمارستان گلستان شهر اهواز. فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی، ۲ (۷)، ۱۱۵-۱۲۰.
- مرادی، مازیار و تهرانی، آرش. (۱۳۸۱). مقایسه توانایی روشهای سنجش شدت کمی تروما در تعیین پیش آگهی بیماران. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۲۸ (۹).

AL-Naami, M. Y., Sadik, A. A., & Adam, M. A. (2001). Evaluation of truma registry data in Asir region. *Saudi Med journal*, 22(5), 438-43.

Bouillon, B., Lefering, R., Tiling, T., et al. (1997). Trauma score systems: Cologne validation study, *Trauma Injury, Infection and Critical care*, 42 (2), 652-18.

Dykman, R., Ackerman, P., & Raney, T. (1993). Assessment and characteristics of children with Attention Deficit Disorder. *Education of children with Attention Deficit Disorder*. Washington DC: U.S. Department of Education.

Martin, A., & Croce, E. (1992). Correllation of abdominal trauma index and injury. Severity score with abdominal Septic complication in penetrating and blctn trauma. *Journal of trauma*, 32 (3), 380- 388.

Visser, S. N., Bitsko, R. H., Danielson, M. L., Perou, R., & Blumberg, S. J. (2010). Increasing prevalence of parentreported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among children United States, 2003 and 2007. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59 (44), 1439-1443.

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



مقاله نویسی علوم انسانی



اصول تنظیم قراردادها



آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقاله