

مقاله پژوهشی اصیل**بار اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی در جمعیت ایرانی در سال ۱۳۸۲****دکتر بهنوش دشتی^۱**

پژوهشکده علوم شناختی

دکتر فرید ابوالحسنی

معاونت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سیدرضا مجدزاده

دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر جواد علاقبندراد

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه

علوم پزشکی تهران

دکتر حسن افتخار

دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

هدف: اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی (ADHD) از اختلالات شایع روانپزشکی اطفال می‌باشد که با توجه به جمعیت جوان کشور ایران، می‌تواند ناتوانی قابل ملاحظه‌ای ایجاد نماید. از میان شاخص‌های تندرستی، DALY (سال‌های زندگی تعدیل‌شده برحسب ناتوانی) برای ارزیابی و مقایسه مشکلات و نیازهای بهداشتی ناشی از اختلالات مختلف، مقیاسی کارآمد است که با محاسبه آن می‌توان بار ناتوانی ناشی از بیماری‌های مختلف را در جامعه مقایسه کرد. **روش:** DALY برای ADHD، بر اساس اطلاعات مربوط به بروز، شیوع، بهبود و مرگ‌ومیر فردی و با بهره‌گیری از اطلاعات جمعیت‌شناسی میانه سال ۱۳۸۲ محاسبه شد. برای سنجش هماهنگی اطلاعات خام و انجام محاسبات نهایی از نرم‌افزار DisMod II استفاده شد و در نهایت، YLD (سال‌های زندگی همراه با ناتوانی) به عنوان مقدار برابر با DALY در این اختلال محاسبه گردید. **یافته‌ها:** YLD در افراد مذکر ۱۵/۷ و در افراد مؤنث ۶/۷ به دست آمد. سال‌های زندگی تعدیل‌شده برحسب ناتوانی در دو جنس و در کلیه سنین ۲۲/۴ محاسبه شد. در تحلیل حساسیت با پیش‌فرض عدم بهبود اختلال پس از دوران بلوغ، DALY ۳۱/۹ به دست آمد که نشان می‌دهد مقدار ۲۲/۴، برآورد حداقلی از بار ناتوانی اختلال است. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد ADHD عامل بخش قابل‌توجهی از بار اختلالات روانی در کلیه سنین و به‌ویژه در دوران کودکی و نوجوانی است.

کلیدواژه: اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی، بار بیماری، سال‌های زندگی تعدیل‌شده برحسب ناتوانی (DALY)

مقدمه

در دهه‌های اخیر شاهد تغییرات چشمگیر نیازهای بهداشتی جوامع مختلف بوده‌ایم. این تغییرات از یک سو باعث افزایش طول عمر انسان‌ها شده و از سوی دیگر به بالا رفتن شیوع ناتوانی حاصل از بیماری‌های مزمن گوناگون منجر شده است، لذا آن‌را «انتقال اپیدمیولوژیک» نامیده‌اند. ابعاد وسیع این پدیده در تمام جوامع بشری، به‌ویژه کشورهای در حال توسعه، مشکلات جدی و قابل

تعمقی در مقابل برنامه‌ریزان سیستم‌های بهداشت و سلامت قرار داده است. شناخت دقیق وضعیت موجود، همواره از الزامات برنامه‌ریزی در هر سیستمی است که شامل ارزیابی کیفی و کمی مشکلات، اقدامات در حال انجام و در نهایت، اثرگذاری این اقدامات می‌باشد. آمار و شاخص‌های مختلف تندرستی اطلاعات ارزشمندی درباره این گونه ارزیابی‌ها در اختیار برنامه‌ریزان قرار می‌دهد.

شاخص‌های کلی تندرستی، از تلفیق اطلاعات مربوط به مرگ‌ومیر و عوارض غیرکشنده به دست می‌آید و می‌تواند وضعیت

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان ولعصر، بالاتر از زرتشت شرقی، کوچه پزشک‌پور، پلاک ۱۷.
Email: dashti@ir.icss.org

(مانوزا^{۱۳}، کلین^{۱۴}، بسلر^{۱۵}، مالوری^{۱۶} و لاپادولا^{۱۷}، ۱۹۹۳، ۱۹۹۸)، رفتارهای پرخطر جنسی (بارکلی^{۱۸}، گوورمون^{۱۹} و آناستاپولس^{۲۰}، ۱۹۹۳)، ارتکاب جرایم مختلف (مانوزا و کلین، ۱۹۹۹) و شیوع بیشتر تصادفات (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۳؛ ویس^{۲۱}، هیچمن^{۲۲}، میلری^{۲۳} و پرلمن^{۲۴}، ۱۹۸۵).

بر اساس نتایج اکثر مطالعات، این بیماری در اوایل کودکی بروز می‌نماید و تا هفت سالگی برخی از علائم آن قابل مشاهده است؛ این مسأله به‌ویژه در مورد علائم طیف بیش‌فعالی صدق می‌کند (اپل‌گیت^{۲۵} و هارت^{۲۶}، ۱۹۹۷).

برخی علائم ADHD، به‌ویژه علائم بیش‌فعالی به مرور زمان از بین می‌روند، اما علائم ناشی از مشکلات تمرکزی عمدتاً دایمی‌اند و در تمام طول عمر، فرد را به‌گونه‌ای درگیر می‌کنند (بیدرمن^{۲۷}، میک^{۲۸} و فاراون^{۲۹}، ۲۰۰۰).

به‌طور کلی ADHD را نمی‌توان اختلالی دوره‌ای دانست، بلکه مانند بسیاری از اختلالات رشدی دیگر مزمن و پایدار است (کلر^{۳۰} و همکاران، ۱۹۹۲).

در سال‌های اخیر مطالعات متعددی به بررسی بار مالی، فردی، خانوادگی و اجتماعی ADHD پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که هزینه سالیانه این بیماران به وضوح بیشتر از گروه مقایسه می‌باشد. به‌عنوان مثال، هزینه مراقبت‌های پزشکی مبتلایان به این اختلال سالانه ۴۹۲۹ تا ۵۶۵۱ دلار، در مقابل ۱۴۷۳ تا ۲۷۷۱ دلار برای گروه کنترل بوده است. همچنین نشان داده شده است که هزینه پنهان مشکلات ADHD و پیامدهای آن مانند هزینه‌های مربوط به جرایم، از دست دادن شغل و غیره، بار مالی قابل توجهی در پی دارد (ماتزا^{۳۱}، پراساد^{۳۲} و پارامور^{۳۳}، ۲۰۰۵).

فعالی سلامت جامعه تحت بررسی را در قالب یک عدد بیان کند (فیلد^۱ و گلد^۲، ۱۹۹۸).

«سال‌های زندگی تعدیل‌شده برحسب ناتوانی»^۳ (DALY) که از ترکیب دو شاخص «سال‌های ازدست‌رفته عمر»^۴ (YLL) و سال‌های سپری‌شده با ناتوانی^۵ (YLD) به‌دست می‌آید، مقیاسی کارآمد برای ارزیابی و مقایسه مشکلات و نیازهای بهداشتی ناشی از اختلالات مختلف است (ابوالحسنی، ۱۳۸۳). برای برآورد میزان ازدست رفتن زندگی سالم به دلیل بیماری‌های غیرکشنده باید بتوان تخمینی از بروز مشکل در دوره زمانی مشخص به‌دست آورد. سال‌های از دست رفته زندگی سالم در هر اختلال، از ضرب کردن متوسط دوره بیماری در وزنی که نشانه شدت بیماری و در واقع میزان از دست رفتن زندگی سالم است (که با نظر متخصصان و مردم تعیین می‌شود) به‌دست می‌آید (موری^۶ و لوپز^۷، ۱۹۹۶).

شایان ذکر است که بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت از ارزیابی جامع مرگ و ناتوانی ناشی از بیماری‌ها و صدمات و عوامل خطر در سال ۱۹۹۰ و برآورد آن تا سال ۲۰۲۰، بیماری‌های روانی از زمره بیماری‌های اصلی و ناتوان‌کننده می‌باشد، ولی طبق نتایج این مطالعه شدت این بیماری‌ها به‌طور معنی‌دار کمتر از میزان واقعی برآورد می‌شود (موری و لوپز، ۱۹۹۶).

در این میان طبیعتاً بیماری‌های روانی اطفال با توجه به احتمال باقی‌ماندن تا بزرگسالی و طولانی بودن دوره بیماری، در صورت شیوع زیاد از اهمیت بالایی برخوردار است. شیوع اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی^۸ (ADHD) در مطالعه اسکهل^۹ و شواب-استون^{۱۰} (۲۰۰۰) از مرور ۱۹ مطالعه، بین ۱/۹ تا ۱۴/۴ درصد به‌دست آمده است. سایر مطالعات در جوامع دیگر نیز شیوع بالایی را برای این اختلال نشان داده‌اند.

مطالعات مختلف باقی‌ماندن اختلال را در دوران پس از بلوغ و بزرگسالی بین چهار تا ۷/۵ درصد گزارش کرده‌اند (اپشتین^{۱۱} و کوری^{۱۲}، ۲۰۰۴)؛ لذا امروزه ADHD صرفاً بیماری دوران کودکی محسوب نمی‌شود.

مبتلایان به این بیماری در سطوح شناختی، رفتاری و هیجانی دچار پیامدهای متعددی می‌شوند؛ نظیر ضعف تحصیلی، مشکلات شغلی، احتمال بیشتر بروز رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد

1- Field	2- Gold
3- Disability Adjusted Life Years	4- Years of Lost Life
5- Years of Life with Disability	6- Murrey
7- Lopez	
8- attention deficit hyperactivity disorder	9- Scahill
10- Schwab – Stone	11- Epstein
12- Corry	13- Mannuzza
14- Klein	15- Bessler
16- Mallory	17- Lapadula
18- Barkley	19- Guevermont
20- Anastapoulos	21- Weiss
22- Heachtman	23- Milray
24- Perlman	25- Applegate
26- Hart	27- Biederman
28- Mick	29- Faraone
30- Keller	31- Matza
32- Prasad	33- Paramour

طی چند سال اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران همگام با سایر کشورها به محاسبه بار بیماری‌های مختلف پرداخته است که با توجه به اهمیت مشکلات و بیماری‌های روانی، محاسبه شاخص سال‌های سپری شده با ناتوانی در مورد اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی می‌تواند در تعیین اولویت‌های سیستم بهداشت روان کشور و به‌ویژه بیماری‌های روانی شایع دوران خردسالی نقش ویژه‌ای داشته باشد.

مطالعات کشورهای دیگر نیز موجود نبود. لذا محاسبه بار بیماری از روی پیامدهای نهایی میسر نبود و در نتیجه در مدل بیماری محاسبه بار بیماری، ADHD به‌عنوان یک اختلال کلی با سه زیرنوع کم‌توجه^۲ (IA)، بیش‌فعال - تکانشگر^۳ (HI) و ترکیبی^۴ (CT) در نظر گرفته شد و اطلاعات اپیدمیولوژیک آنها به تفکیک استخراج گردید. اهمیت پیامدها در تعیین بار ناتوانی هر یک از زیرنوع‌ها نیز مورد توجه قرار گرفت.

روش

مطالعه حاضر نوعی پژوهش گذشته‌نگر بود که با استفاده از اطلاعات موجود به محاسبه شاخص DALY برای ADHD پرداخت. برای محاسبه بار اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی مراحل زیر به ترتیب انجام شد:

۱- جست‌جوی دانش موجود در مورد بیماری

برای درک بهتر و عمیق‌تر بیماری، منابع مختلف شامل کتاب‌های مرجع و مقالات خارجی و داخلی بررسی و در موارد ابهام و یا مورد اختلاف، با متخصصان روان‌پزشکی کودک و نوجوان گفت‌وگو و از آنها کسب نظر شد.

۲- ساختن مدل بیماری^۱

برای ساختن مدل دینامیک ADHD، از الگوی کلی مدل بیماری‌های هاروارد استفاده شد. این مدل با تغییرات جزئی، در نرم‌افزار DisMode-II به کار گرفته شده است. در این مدل، بیماری با میزان بروز مشخصی در جمعیت عمومی ظاهر می‌گردد. میزان مرگ‌ومیر مستقیم بیماری صفر در نظر گرفته شد، لذا میزان مشخصی از مبتلایان بهبود می‌یابند و عده‌ای دیگر تا پایان عمر بیمار باقی می‌مانند. مرگ‌ومیر مبتلایان به علل دیگری به‌جز ADHD مربوط می‌باشد که این علل برای جمعیت عمومی مشابه جمعیت مبتلا به اختلال است.

در برنامه کشوری محاسبه بار بیماری‌ها، بار ناشی از اغلب پیامدهای بیماری به‌طور جداگانه محاسبه شده است. لذا محاسبه YLD ناشی از ADHD از روی پیامدها موجب محاسبه دوباره بار این مشکلات می‌گشت. از سوی دیگر، اطلاعات مربوط به شیوع و بروز هر یک از پیامدها نه فقط در مطالعات داخلی بلکه در

۳- بررسی منابع و استخراج شاخص‌های اپیدمیولوژیک

برای محاسبه YLD با رویکرد مبتنی بر بروز^۵، اطلاعات اپیدمیولوژیک مورد نیاز عبارتند از: بروز ناتوانی، مدت زمان ناتوانی، سن شروع و توزیع سنی و جنسیتی زیرگروه‌های بیماری در هر یک از موارد یاد شده.

برای دست‌یافتن به اطلاعات یاد شده لازم بود که حداقل از سه متغیر مانند میزان بروز^۶، میزان بهبود^۷، میزان کشندگی فردی^۸ (خط نسبی مرگ) به تفکیک سن و جنس تخمینی وجود داشته باشد. اما آنچه در اغلب مطالعات اپیدمیولوژیک بررسی شده است، شیوع می‌باشد.

نرم‌افزار DisMod، در صورت داشتن اطلاعات مربوط به سه شاخص شیوع، بهبود و کشندگی فردی به برآورد بروز و طول مدت بیماری کمک می‌نماید. لذا، اطلاعات مربوط به شیوع، بهبود و کشندگی فردی به عنوان ورودی نرم‌افزار DisMod، استخراج گردید.

از آنجا که به نظر می‌رسید اطلاعات پژوهش داخلی به دلیل گستره باز شیوع به‌دست آمده (۱۹/۹-۲ درصد) در مطالعه علاقبندراد و نقوی (منتشر نشده)، اعتبار کافی برای محاسبه YLD را نداشته باشد، از یافته‌های مطالعه ولرایش^۹، مانا^{۱۰}، پینوک^{۱۱}، بومگارتل^{۱۲} و براون^{۱۳} در آمریکا (۱۹۹۶) استفاده شد. شیوع کلی به‌دست آمده در این مطالعه (۱۱/۴ درصد) با مطالعات داخلی

1- disease modeling	2- inattentive
3- hyperactive- impulsive	4- combined
5- incidence-based approach	6- incidence rate
7- remission	8- case fatality
9- Volraich	10- Mannah
11- Pinnock	12- Baumgaertel
13- Brown	

به‌نوش دشتی و همکاران

(۱۹۹۶)، مقادیر زیر در نظر گرفته شد: ناتوانی ناشی از زیرنوع IA در دختر و پسر ۰/۱۶، ناتوانی ناشی از زیرنوع HI در دختر و پسر ۰/۱۴ و ناتوانی ناشی از زیرنوع CT در دختر و پسر ۰/۲. همچنین جهت توزیع یافته‌های اپیدمیولوژیک در جمعیت کشور و گروه‌های سنی مختلف، از داده‌های مطالعه جمعیت‌شناسی ملی سال ۱۳۸۲ استفاده شد که در آن آمار جمعیتی کشور در میانه سال ۱۳۸۲ ارائه شده است.

۴- ارزیابی پایایی درونی

در این مرحله، هماهنگی شاخص‌های به‌دست آمده (شامل شیوع، بهبود و کشندگی فردی) با استفاده از نرم‌افزار DisMode II مورد بررسی قرار گرفت.

۵- محاسبات بار بیماری

DALY از جمع بار ناشی از پیامدها یا اختلالات غیرکشنده و بار ناشی از مرگ زودرس محاسبه می‌گردد. اگرچه برخی پیامدها (نظیر سوء‌مصرف مواد مخدر و یا تصادفات) به‌طور غیرمستقیم می‌توانند به مرگ منجر گردند، ولی همان‌طور که قبلاً اشاره شد، در تعیین بار بیماری ADHD فقط YLD محاسبه شد. برای محاسبه YLD با اطلاعات موجود در مورد ADHD، از صفحه کاری طراحی شده در مطالعه بار جهانی بیماری‌ها (موری و لوپز، ۱۹۹۶) که در نرم‌افزار Excel طراحی شده است، استفاده شد.

۶- تحلیل حساسیت

تحلیل حساسیت^۱ به معنی بررسی این نکته است که ناتوانی به‌دست‌آمده چقدر واقعی است و با توجه به شاخص‌های متفاوت موجود یا قابل برآورد (نظیر شیوع، بروز و بهبود) حالت‌های دیگر چه مقادیری می‌توانند داشته باشند.

یکی از موارد ابهام در این مطالعه، بهبود ADHD و فروکش کردن بیماری پس از دوره نوجوانی بود. تا کنون مطالعه‌ای که به بررسی سیر بیماری در تمام طول زندگی و پس از دوران بلوغ پرداخته باشد، صورت نگرفته است و لذا سیر بهبود پس از

هماهنگ و قابل مقایسه بود. علاوه بر شیوع کلی، شیوع هر یک از زیرگروه‌ها نیز محاسبه شد (IA=۵/۴، HI=۲/۴، CT=۳/۶). یافته‌های این مطالعه دارای اعتبار مطلوبی می‌باشد و در منابع روان‌پزشکی اطفال نظیر منبع لوئیس^۱ (۲۰۰۲) مورد اشاره قرار گرفته است.

طبق یافته‌های همین مطالعه، نسبت شیوع اختلال در پسرها به دخترها در زیرگروه کم‌توجه دو به یک و در دو زیرگروه بیش‌فعال-تکانشگر و ترکیبی سه به یک می‌باشد. با توجه به نسبت‌های فوق، شیوع اختلال در دخترها و پسرها به‌دست آمد و با استفاده از سیر میزان بهبود، در گروه‌های سنی توزیع شد.

شاخص دیگر مورد نیاز میزان بهبود بود. هیچ‌یک از مطالعات داخلی به بررسی بهبود بیماری پرداخته‌اند و مطالعات بین‌المللی مرتبط نیز اندک است. جامع‌ترین مطالعه درباره بهبود و نوع علائم به‌وسیله بیدرمن و همکاران (۲۰۰۰) انجام شده است. اطلاعات مربوط به بهبود به تفکیک زیرنوع‌ها، از این مطالعه استخراج گردید و در جداول مربوط به اطلاعات ورودی نرم‌افزار DisMod قرار داده شد. ذکر این نکته لازم است که میزان بهبود در این مطالعه (که تنها مطالعه یافت شده بود) فقط برای بیماران مذکر محاسبه شده است. لذا با توجه به عدم دسترسی به اطلاعات کافی در مورد دختران، با پیش‌فرض مساوی بودن میزان بهبود در دو گروه، محاسبات صورت گرفت. شاخص سوم مورد نیاز، میزان مرگ و میر فردی بود. با توجه به اینکه ADHD، مرگ و میر مستقیمی به‌دنبال ندارد، میزان مرگ و میر صفر فرض شد.

وزن ناتوانی از دیگر اطلاعات مورد نیاز برای محاسبه YLD است ولی در اغلب مطالعات، روان‌پزشکی اطفال به‌عنوان یک ماده کلی در نظر گرفته شده و بار ADHD به‌طور اختصاصی محاسبه نگردیده است.

به‌منظور برآورد بار ناتوانی سه زیرنوع ADHD برای مطالعه حاضر، جلسه‌ای با حضور اساتید و صاحب‌نظران روان‌پزشکی اطفال برگزار شد و در آن با مقایسه ناتوانی حاصل از ADHD با مقادیر برآورد شده در مطالعه هلند (ملس^۲، اسینک-بوت^۳، کرمرز^۴ و هویمان^۵، ۲۰۰۰) و نیز ناتوانی ناشی از سایر بیماری‌های روان‌پزشکی برآورد شده در مطالعه بانک جهانی (موری و لوپز،

1- Lewis
3- Essink-Bot
5- Hoeymans

2- Melse
4- Kramers
6- sensitivity analysis

دوره نوجوانی معلوم نمی‌باشد. در این مطالعه برای تعیین بار اصلی ناشی از اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی با نظر اساتید این رشته این‌گونه در نظر گرفته شد که سیر بهبود علائم در دوران زندگی نظیر اواخر دوران بلوغ می‌باشد و به عبارت دیگر میزان بهبود پس از ۱۹ سالگی ثابت می‌ماند. اما حالت دیگر می‌تواند این باشد که بهبود بیماری کلاً تا پایان بلوغ طول می‌کشد و پس از آن علائم و شدت اختلال تا پایان عمر به‌طور ثابت باقی می‌ماند و از این رو میزان بهبود پس از ۱۹ سالگی صفر خواهد شد. با این فرض، یک بار تمام مراحل محاسبه YLD با میزان‌های بهبود جدید انجام گرفت و برای تحلیل حساسیت، میزان YLD به‌دست آمده با این روش با روش اصلی مقایسه شد.

یافته‌ها

بار ADHD به تفکیک گروه‌های سنی و جنسیت محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۱ آورده شده است. محاسبه بار ADHD در این مطالعه بر اساس حاصل جمع YLD سه زیرگروه کم‌تمرکز، بیش‌فعال و تکانشگر و ترکیبی انجام شد. YLD هر یک از زیرگروه‌ها نیز با جمع کردن YLD گروه‌های سنی مختلف دو جنس به دست آمد. YLD برای هر یک از زیرگروه‌ها عبارت بود از: برای IA

۳۲۸/۸۷ (۹/۹ در ۱۰۰۰ نفر)؛ برای HI، ۱۳۶/۵۲۲ (۴/۱ در ۱۰۰۰ نفر) و برای CT، ۲۷۶/۲۵۵ (۸/۴ در ۱۰۰۰ نفر). سال‌های توأم با ناتوانی برای کل جمعیت در این مطالعه ۷۴۱/۶۴۷ سال (۲۲/۴ در ۱۰۰۰ نفر) به‌دست آمد. همان‌گونه که پیش از این ذکر شد، از آنجا که مرگ‌ومیر مستقیمی به ADHD منتسب نیست، مقدار YLD محاسبه‌شده با DALYs برابر می‌باشد. توضیح این نکته لازم است که YLD به‌دست آمده، با در نظر گرفتن سایر بهبودهای یکسان در سال‌های پس از نوجوانی (که برابر با آخرین میزان گزارش شده در سال‌های نوجوانی می‌باشد) محاسبه شده است.

به‌منظور تحلیل حساسیت شاخص به‌دست آمده، با فرض نداشتن بهبود پس از دوره نوجوانی نیز بار بیماری محاسبه شد. بار زیرگروه‌ها با پیش‌فرض مذکور عبارت‌اند از:

YLD زیرگروه IA، ۵۵۳/۷۹۲ (۱۶/۸ در ۱۰۰۰ نفر)؛ YLD زیرگروه HI، ۱۵۴/۴۲۲ (۴/۶ در ۱۰۰۰ نفر) و YLD زیرگروه CT، ۳۴۶/۴۱ (۱۰/۵ در ۱۰۰۰ نفر).

کل YLD ناشی از ADHD در حالت یادشده، ۱۰۵۴/۶۲۴ (۳۱/۹ در ۱۰۰۰ نفر) می‌باشد (جدول ۲). همان‌گونه که مشاهده می‌شود، YLD به‌دست آمده در تمام زیرگروه‌ها و نیز بار کلی محاسبه‌شده در حالت اصلی کمتر از حالت دوم می‌باشد.

جدول ۱- سال‌های از دست‌رفته به دلیل زندگی توأم با ناتوانی (YLD) برای ADHD به تفکیک جنسیت

نوع اختلال	سال‌های از دست‌رفته به دلیل زندگی توأم با ناتوانی (YLD)		سال‌های از دست‌رفته به دلیل زندگی توأم با ناتوانی در ۱۰۰۰ نفر (YLD/۱۰۰۰)	
	مذکر	مؤنث	کل	مؤنث
اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی	۵۲۷/۳۳۱	۲۱۷/۳۱۶	۷۴۱/۶۴۶	۲۲/۴
زیرگروه کم‌توجهی	۲۰۷/۶۶۳	۱۲۱/۲۰۷	۳۲۸/۸۷	۹/۹
زیرگروه بیش‌فعال - تکانشگر	۱۰۷/۷۰۱	۲۸/۸۲۱	۱۳۶/۵۲۲	۴/۴۱
زیرگروه ترکیبی	۲۰۸/۹۶۷	۶۷/۲۸۸	۲۷۶/۲۵۵	۸/۴

به‌نوش دشتی و همکاران

جدول ۲- سال‌های از دست رفته به دلیل زندگی توأم با ناتوانی (YLD) برای ADHD به تفکیک جنسیت و زیرگروه؛ با پیش‌فرض عدم بهبود پس از نوجوانی (به‌منظور تحلیل حساسیت)

نوع اختلال	سال‌های از دست رفته به دلیل زندگی توأم با ناتوانی (YLD)			سال‌های از دست رفته به دلیل زندگی توأم با ناتوانی در ۱۰۰۰ نفر (YLD/۱۰۰۰)		
	مذکر	مؤنث	کل	مذکر	مؤنث	کل
اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی	۷۴۸۰/۷۱	۳۰۵/۹۱۷	۱۰۵۴/۶۲۴	۲۲/۵	۹/۴	۳۱/۹
زیرگروه کم‌توجه	۳۷۲/۰۰۷	۱۸۱/۷۸۵	۵۵۳/۷۹۲	۱۱/۲	۵/۶	۱۶/۸
زیرگروه بیش‌فعال- تکانشگر	۱۱۷/۱۴۲	۳۷/۲۸	۱۵۴/۴۲۲	۳/۵	۱/۱	۴/۶
زیرگروه ترکیبی	۲۵۹/۵۴۹	۸۶/۸۵۲	۳۴۶/۴۱	۷/۸	۲/۷	۱۰/۵

بحث

به‌دست آمده، یک بار نیز YLD با در نظر گرفتن فقدان بهبود پس از دوران نوجوانی محاسبه شد. مقادیر این محاسبه در هر دو جنس و در تمام سنین و نهایتاً به‌طور کل بیشتر از فرض اول بود (۳۱/۹) در برابر (۲۲/۴). لذا مقدار $YLD=۲۲/۴$ را می‌توان حداقل برآورد ناتوانی ناشی از این اختلال دانست.

این یافته‌ها، لزوم پرداختن بیشتر به این اختلال را در سیستم بهداشتی درمانی کشور مطرح می‌نماید. گرچه آمار دقیقی در دست نیست، اما از آنجا که روان‌پزشکی کودک و نوجوان در ایران رشته‌ای بسیار جوان است، به‌نظر می‌رسد تعداد زیادی از بیماران مبتلا به این اختلال ناشناخته باقی مانده و از درمان محروم باشند.

مطالعات گیل مور^۲ و میلن^۳ (۲۰۰۱)، لورد^۴ و پیزلی^۵ (۲۰۰۰) و زوپانسیک^۶ و همکاران (۱۹۹۸) در زمینه هزینه- اثربخشی درمان ADHD، تأثیر درمان را با شاخص سال‌های زندگی تعدیل‌شده برحسب کیفیت زندگی^۷ (QALY) سنجیده‌اند و نشان داده‌اند که

این مطالعه نشان داد که بار اختلال در مردها بیشتر از زنان است (۱۵/۷) در برابر (۶/۷). بار کلی اختلال در دو جنس و در کلیه سنین در سال ۱۳۸۲ برای جمعیت ایرانی حدوداً برابر ۶۰۰ می‌باشد که این رقم با ناتوانی ناشی از افسردگی در جمعیت ایرانی (۶۰۰) در همین سال قابل مقایسه است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۲، گزارش منتشر نشده). البته بار اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی نوع ترکیبی که بیشتر مورد توجه و تشخیص روانپزشکان قرار می‌گیرد، در این مطالعه ۲۷۶/۲۵۵ بوده است. همچنین بار ناتوانی ناشی از ADHD، با سال‌های از دست‌رفته عمر ناشی از اختلالات دوقطبی در همین سال قابل مقایسه است. مقایسه بار اختلال در ایران با سایر کشورها نشان می‌دهد که ناتوانی حاصل از ADHD در کشورمان بسیار قابل توجه است. به‌عنوان مثال، در گزارش بار بیماری‌های سال ۱۹۹۶ استرالیا، YLD مربوط به ADHD ۱۲/۹۵۹ ذکر شده است (وس^۱ و همکاران، ۲۰۰۱).

در این مطالعه علاوه بر محاسبه YLD با فرض بهبود میزان ثابتی از بیماران پس از دوران بلوغ، برای تحلیل حساسیت شاخص

1- Vos
2- Gilmore
3- Milne
4- Lord
5- Paisley
6- Zupancic
7- Quality Adjusted Life Years

کرد. البته به‌منظور جلوگیری از خطای زیاد، سعی شد اطلاعاتی انتخاب شود که با اطلاعات هرچند اندک داخلی هماهنگ باشد. همچنین فقدان اطلاعات در زمینه ADHD در دوران بزرگسالی، محدودیت دیگر مطالعه بود که با تحلیل حساسیت تلاش شد این محدودیت کاهش یابد.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان‌نامه تحصیلی مدرک عالی بهداشت عمومی (MPH) بود که در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران ثبت گردیده است.

بدین‌وسیله از مساعدت همکاران گرامی در کمیته ارزیابی بیماری‌های کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به ویژه جناب آقای دکتر مازیار مرادی، سپاسگزاری می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱۱/۲۳؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۲۵

دارودرمانی بر افزایش کیفیت زندگی مؤثر است و نیز هزینه‌های درمانی، در مقایسه با هزینه عوارض بیماری کمتر می‌باشد. لذا لزوم اطلاع‌رسانی و نیز آموزش تخصصی بیشتر در این زمینه احساس می‌شود. برنامه‌ریزی آموزشی در دو بعد ارتقای آگاهی خانواده‌ها و اولیای مدارس به‌منظور شناسایی به‌موقع علائم و ارجاع بیماران، موارد تحت درمان را افزایش خواهد داد. از سوی دیگر، این آموزش‌ها می‌تواند باعث ارتقای مهارت‌های مدیریت، رویارویی با بیمار و کنترل علائم بیماری به‌وسیله والدین و معلمان شود، چرا که این گروه در کاهش ناتوانی ناشی از آن تأثیر به‌سزایی دارند. همچنین آموزش‌های تخصصی بیشتر پزشکان عمومی، روان‌پزشکان و متخصصان مغز و اعصاب به‌منظور درمان بیماری و آموزش خانواده‌ها می‌تواند عوارض و ناتوانی و نیز هزینه‌های تحمیلی ناشی از تصادفات، مصرف مواد مخدر، از دست دادن شغل، ترک تحصیل و غیره را کاهش دهد.

مهم‌ترین محدودیت این مطالعه فقدان اطلاعات اپیدمیولوژیک دقیق و معتبر داخلی بود، که محقق را به استفاده از یافته‌های مطالعات بزرگ‌تری که در کشورهای دیگر انجام یافته بود، وادار

منابع

ابوالحسنی، ف. (۱۳۸۳). مدیریت برنامه‌های تندرستی، رویکرد نظام‌دار برای ارتقاء کارآیی برنامه‌های تندرستی. تهران: انتشارات برای فردا.

Applegate, B. B., & Hart, E. L. (1996). Validity of the age of onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1211-1221.

Barkley, R. A., Guevermont, D. C., & Anastopoulos, A. D. (1993). Driving related risks and outcomes of ADHD in adolescents and young adults: A 3-5 year follow-up survey. *Pediatrics*, 92, 212-218.

Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 15, 816-818.

Epstein, J. N., & Corry, J. F. (2004). Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neuropsychology*, 18(3), 485-503.

Field, M. J., & Gold, M. R. (1998). *Summarizing population health: Directions for the development and application of population metrics*. Washington, D. C.: National Academy Press.

Gilmore, A., & Milne, R. (2001). Methylphenidate in children with hyperactivity: Review and cost-utility analysis. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 10(2), 85-94.

Keller, M. B., Lavori, P. W., & Beardslee, W. R., Wunder, J., Schwartz, C. E., Roth, J., & Biedermans J. (1992). The disruptive behavioral disorder in children and adolescents: Comorbidity and clinical course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 204-209.

Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry*. A comprehensive textbook, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Lord, J., & Paisley, S. (2000). *The clinical effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate for hyperactivity in childhood*. London: National Institute for Clinical Excellence.

Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Mallory, P., & Lapadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565-576.

Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Mallory, P., &

- Lapadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grows up. *American Journal of Psychiatry*, 155, 493-498.
- Mannuzza, S., & Klein, R. G. (1999). Adolescent and adult outcome in attention-deficit hyperactivity disorder. In: H. C. Quay & A. E. Hogay (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders*. New York: Kluwer Academic/Plenum publisher.
- Matza, L. S., Paramore, C., & Prasad, M. (2005). A review of the economic burden of ADHD. *Cost Effectiveness and Resource Allocation: CIE*, 9, 3-5.
- Melse, J. M., Essink-Bot, M. L., Kramers, P. G., & Hoeymans, N. (2000). A national burden of disease Calculation: Dutch disability- adjusted life-years. Dutch Borden of Disease Group. *American Journal of Public Health*, 90 (8), 1241-1247.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors on 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.
- Scahill, L., & Schwab-Stone, M. (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescence Psychiatric Clinics of North America*, 9, 544-555.
- Vos, T., Mathers, C., Herrman, H., Harvey, C., Guerje, O., Bui, O., Watson, N., Begg, S. (2001). The Burden of mental disorders in Victoria, 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36 (2): 53-62.
- Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled prospective 15 year follow up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24(2), 211-220.
- Wolraich, M. L., Mannah, J. N., Pinnock, T. K., & Baumgaertel, A., & Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), 319-324.
- Zupancic, J. A. F., Miller, A., Raina, P., Lee, S. K., Klassen, A., & Olsen, L. (1998). Economic evaluation of pharmaceutical and psychological/behavioral therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder. In A. Miller, S. K. Lee, & P. Raina, *A review of therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder*. Ottawa, Canada: Canadian Coordinating Office for Health and Technology Assessment.