

## بررسی میزان شیوع و ویژگی‌های جمعیت شناختی بزرگسالان دارای اختلال نارسایی توجه، بیش‌فعالی در سطح شهر مشهد

فرشته امیرزاده گرو<sup>1\*</sup>، علی مشهدی<sup>2</sup>، ایمان الله بیگدلی<sup>3</sup>

1- دانشجوی کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

2- دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

3- دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی شیوع نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی و ویژگی‌های جمعیت شناختی آنان در بزرگسالان سطح شهر مشهد صورت گرفت. روش پژوهش از نوع توصیفی-پیمایشی بود و جامعه آماری کلیه بزرگسالان زن و مرد شهر مشهد بین سنین 18 تا 59 سال بودند و نمونه‌ای شامل 879 نفر (445 زن و 434 مرد) بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌ای انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه مقیاس درجه بندی ADHD بزرگسالان بارکلی (BAARS) جمع‌آوری شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استفاده از نمرات Z انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که 36 نفر (4/1 درصد) دارای علائم مرضی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی (ADHD) می‌باشند. در شاخص نارسایی توجه 56 نفر (6/4 درصد)، فزون کنشی 62 نفر (7/1 درصد) و تکانشگری 61 نفر (6/9 درصد) از بزرگسالان دارای نشانه‌های مرضی این اختلال می‌باشند. به عبارت دیگر، تعداد 36 نفر (4/1 درصد) مشتمل بر 19 زن (4/4 درصد) و 17 مرد (3/8 درصد) از این بزرگسالان براساس نمره کلی مقیاس درجه بندی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بزرگسالان دارای نشانه‌های تشخیصی این اختلال بودند. میزان شیوع ADHD در آزمودنی‌ها به تفکیک سطح تحصیلات نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم (25 نفر، 69/4 درصد) می‌باشد و شیوع این اختلال براساس گروه سنی نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی ADHD مربوط به گروه سنی 50-59 سال (15 نفر، 41/7 درصد) می‌باشد. بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که شیوع این اختلال در میان بزرگسالان در حد قابل ملاحظه‌ای است و این موضوع باید در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و ارائه خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی مد نظر قرار بگیرد و اهمیت ضرورت پیشگیری و اعمال برنامه‌های درمانی را برای این اختلال یادآوری می‌کند.

کلمات کلیدی: اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، تکانشگری، شیوع، ویژگی‌های جمعیت شناختی، بزرگسالان

اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی (ADHD)، یکی از شایع‌ترین اختلال‌های تحولی-عصب شناختی تشخیص داده شده در دوران کودکی (گوپتا و کار، ۲۰۰۹ نقل از دادستان، دل آذر و علیپور، ۱۳۸۹) و متداول‌ترین اختلال روانی مزمن تشخیص داده نشده در بزرگسالان است و از این جهت که گسترده‌ترین اختلال روانی مطالعه شده در کودکان و موضوعی بحث برانگیز بوده از دیگر اختلال‌ها متمایز است. در سال‌های اخیر با فهم این که این اختلال، اختلالی مربوط به طول عمر است علاقه به مطالعه آن در همه گروه‌های سنی افزایش پیدا کرده است (ولریچ، ۲۰۰۶). به نقل از بسطامی کتولی، (۱۳۹۳). اختلال ADHD یک نشانگان عصب تحولی است که ریشه در دوران کودکی دارد، این نشانگان شامل نارسایی توجه، فزون کنشی و زود انگیختگی می‌باشد که نامناسب با سطح تحولی فرد است (میلر و هینشاو، ۲۰۱۴). این اختلال همبندی بالایی با اختلال‌هایی نظیر ناتوانی هوشی تحولی، اختلال‌های طیف اوتیسم، اختلال‌های یادگیری، اختلال‌های زبانی بیانی و اختلال‌های حرکتی دارد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلال ADHD از نظر تاریخی تصور می‌شود که اختلالی مختص کودکان است و مدت‌ها اختلال دوران کودکی پنداشته می‌شد که منجر به تاخیر رشد کنترل تکانه می‌گردد و در نوجوانی از بین می‌رود اما فقط در چند دهه‌ی گذشته بوده که ADHD در بالغین شناخته شده و به طور موفقیت آمیزی درمان شده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷، ویاندت و دوپل، ۲۰۰۸). در واقع این اختلال در ۵۰ تا ۸۰ درصد موارد تا نوجوانی و در ۳۰ تا ۵۰ درصد موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (فیشر و همکاران، ۱۹۹۰؛ بارکلی و همکاران، ۲۰۰۸). همان‌طور که تخمین زده شده است، نیمی از کودکان مبتلا به ADHD به آشکار کردن علائم در بزرگسالی ادامه می‌دهند (هرمس و همکاران، ۲۰۰۴). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد نشانه‌های فزون کنشی/تکانشگری در بزرگسالی کاهش می‌یابد، اما نشانه‌های نارسایی توجه معمولاً تا بزرگسالی پایدارتر بوده و حتی ممکن است افزایش یابد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ مورفی، بارکلی و بوش، ۲۰۰۲). در واقع این اختلال را نمی‌توان اختلال دوره‌ای دانست بلکه، مانند بسیاری از اختلالات تحولی دیگر فراگیر و پایدار است. تحقیقات نشان می‌دهد که نشانه‌های فزون کنشی در بیش از ۶۵ تا ۷۰ درصد کودکان تا بزرگسالی تداوم دارد و حتی ممکن است در برخی افراد بالغ برای اولین بار تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی مطرح شود (بیدرمان، فاراوان و میک، ۲۰۰۶). این نشانه‌ها در طول زمان تغییر می‌کنند (بارکلی، ۲۰۰۸). برآورد‌ها نشان می‌دهند که ۳۰ تا ۸۰٪ از افرادی که در دوران کودکی دارای اختلال ADHD تشخیص داده شده‌اند، به چالش با برخی از نشانه‌ها ادامه می‌دهند و در دوران بزرگسالی نیاز به درمان دارند (هاردمن، درو و اگن، ۱۳۸۹، ۲۰۰۵).

در رابطه با شیوع این اختلال درصد‌های متفاوتی گزارش شده است. برای مثال برخی پژوهشگران اظهار می‌دارند که ADHD به طور تقریبی در ۳ تا ۷ درصد کودکان مدرسه‌رو و ۵ درصد بزرگسالان رخ می‌دهد (جاردین و لوبی و ایرلیوان، ۲۰۱۱؛ ویدنت و دی پاول، ۲۰۱۳). پژوهش دیگر گزارش می‌کنند که ADHD در ۴ تا ۸ درصد کودکان مدرسه‌رو و ۳ تا ۵ درصد بزرگسالان رخ می‌دهد (کوچ، ۲۰۱۲). در DSM-IV-TR نشان می‌دهد که ۳ تا ۷ درصد کودکان مدرسه‌رو و ۲ تا ۴ درصد از جمعیت بزرگسالان مبتلا به ADHD هستند و در نهایت DSM 5 بیان می‌کند که ۵ درصد کودکان و ۵/۲ درصد بزرگسالان مبتلا به ADHD می‌باشند. نسبت جنسیتی این اختلال در دختران به پسران در جامعه تقریباً ۱ به ۱ و در موارد بالینی بین ۶ به ۱ تا ۹ به ۱ است (راسموسن و لواندر، ۲۰۰۹) اگرچه تشخیص این اختلال دوران کودکی در پسران بیش از دختران است، اما، در بزرگسالی در زنان و مردان مساوی است (بیدرمان و همکاران، ۲۰۰۹؛ سیمون و همکاران، ۲۰۰۹) اما این نسبت در DSM 5 در دوره کودکی، پسران ۲ برابر دختران و در بزرگسالی مردان ۱/۶ برابر زنان بیان شده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در ایران تحقیقات اندکی در رابطه با شیوع ADHD کودک و بزرگسال انجام شده است. در پژوهش که در تبریز انجام شد میزان شیوع ADHD بزرگسال در

جمعیت مورد بررسی 5/5% نشان داده شد. مردان نسبت به زنان شانس بیشتری برای ابتلا به اختلال ADHD بزرگسالی (4% در برابر 1/5%) نشان دادند (امیری و همکاران، 1389).

علائم این اختلال شامل شکست خوردن در توجه دقیق به جزئیات، دشواری در حفظ توجه در بازی یا تکلیف، گوش ندادن هنگامی که مستقیم با آن‌ها صحبت می‌شود، دشواری در دنبال کردن دستورالعمل‌ها، دشواری در سازمان دهی وظایف و فعالیت‌ها، وول خوردن، ناتوانی در شرکت آرام در فعالیت‌های لذت بخش، صحبت کردن بیش از اندازه و علائم دیگری که در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌ها روانی (DSM 5) همانند ویرایش چهارم آن در 3 ریخت فرعی برای ADHD مشخص شده است: ریخت فرعی با غلبه علائم نارسایی توجه، ریخت فرعی با غلبه علائم فزون کنشی/تکانشگری و یک ریخت فرعی ترکیبی (انجمن روان پزشکی آمریکا، 2013).

از دیگر ویژگی‌های اختلال ADHD فراگیری (مانند: حضور اختلال‌ها در 2 موقعیت یا بیشتر) و درجه اختلال (مانند: شواهد آشکار برای اختلال در کنش‌وری اجتماعی، تحصیلی یا شغلی) می‌باشد (مادوکس و وینستید، 2008). نشانه‌های ADHD جلوه‌های رفتاری مرتبط با این اختلال هستند. آن‌ها فعالیت‌هایی اند که توسط کسانی که دارای این اختلال هستند آشکار می‌شوند (مانند: بی‌توجهی، حواسپرتی، پاسخ‌دهی تکانشی، فزون کنشی و کنش‌های اجرایی ضعیف). در مقابل، اختلال‌ها برای فرد، پیامدهای این جلوه‌های شناختی-رفتاری هستند. نشانه‌ها فعالیت‌های (شناختی-رفتاری) شخص و اختلال‌ها پیامدهای این نشانه‌ها هستند (بارکلی، مورفی و فیشر، 2008). این بزرگسالانی که دارای سابقه اختلال ADHD در کودکی هستند، از اختلال‌های روانی بیشتری رنج می‌برند (فای‌یاد و همکاران، 2006) و مشکلات بیشتری در عملکرد شغلی، اجتماعی، روانی و آموزشی و مهارت‌های اجتماعی دارند (گینسبرگ و همکاران، 2010). بزرگسالان مبتلا به ADHD وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین‌تر، دشواری‌های شغلی بیشتر و تغییرات شغلی بیشتری داشتند. بارکلی نیز اظهار می‌دارد که: بزرگسالان مبتلا به ADHD مشکلاتی را در زمینه‌های مدیریت پول، رانندگی، پیروی از قانون (رفتار ضد اجتماعی)، مصرف مفرط مواد یا وابستگی یا سوءمصرف آشکار، مدیریت رفتار و فرزند پروری، اداره خانواده، حفظ سلامتی و حتی کارکرد جنسی (بارکلی و همکاران، 2008) و رانندگی ایمن (وا، 2014) را شامل می‌شود.

با توجه به پیامدهای منفی این اختلال در جنبه‌های مختلف زندگی بزرگسالان و ضرورت شناسایی آنان و شروع مداخلات درمانی برای کاهش این پیامدها و این که تشخیص نادرست این اختلال پیامدهای زیانباری به بار می‌آورد و همچنین اندک بودن پژوهش‌های انجام شده در مورد میزان شیوع این اختلال در جمعیت بزرگسالان در سطح بین‌المللی و به خصوص در ایران، پژوهش حاضر در ادامه پژوهش‌های قبلی به بررسی میزان شیوع نشانه‌های اختلال مذکور و ویژگی‌های جمعیت شناختی آن می‌پردازد. بنابراین سوالات اصلی مطالعه حاضر این است که:

1. میزان شیوع نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در بین بزرگسالان شهر مشهد چگونه است؟
2. میزان شیوع هر یک از مولفه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در بزرگسالان چقدر است؟
3. میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در زنان و مردان چقدر است؟
4. میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در هر یک سطوح تحصیلی به چه میزان است؟
5. میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در هر یک از گروه‌های سنی چگونه است؟

## روش تحقیق

روش تحقیق با توجه به ماهیت وهدف پژوهش، روش توصیفی- پیمایشی(زمینه یابی)انتخاب گردید. پژوهش توصیفی شامل مجموعه روش هایی است که هدف آن ها توصیف کردن شرایط یا پدیده های مورد بررسی است. این پژوهش از روش پیمایشی استفاده شده است. روش تحقیق پیمایشی(زمینه یابی) برای بررسی توزیع ویژگی های یک جامعه آماری به کار می رود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بزرگسالان زن و مرد شهرستان مشهد بین سنین 18 تا 59 سال را تشکیل می دهند و نمونه آماری با توجه به طرح پژوهش پیمایشی و اهداف پژوهش مبتنی بر بررسی شیوع شناسی در سطح شهر مشهد، در این پژوهش 1000 بزرگسال که شامل 500 زن و 500 مرد در چهار طبقه سنی مختلف (18-29، 30-39، 40-49 و 50-59)، از هر طبقه و جنسیت 125 نفر، از 5 منطقه مختلف شهر مشهد می باشند که با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای طبقه ای تصادفی در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه نهایی بعد از کنار گذاشتن 122 پرسشنامه مخدوش به 879 پرسشنامه تقلیل یافت که شامل 445 زن و 434 مرد می باشد.

ابزارها: برای گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر با توجه به سوالات پژوهش، از پرسشنامه چهارمین ویرایش مقیاس درجه بندی ADHD بزرگسالان بارکلی استفاده شده است. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است که دارای 30 سوال بوده و برای افراد 18 تا 70 سال به بالا قابل اجرا است. در این ابزار، از طریق 27 سؤال، چهار خرده مقیاس مورد سنجش قرار می گیرند که عبارتند از: نارسایی توجه (9 سوال)، فزون کنشی (5 سوال)، تکانشگری (4 سوال) و کندی زمان شناختی (9 سوال). بررسی سن شروع نشانه های اختلال و چگونگی کنش وری در موقعیت ای گوناگون از طریق سه سؤال پایانی انجام می شود. نحوه پاسخ دهی به سوالات، مبتنی بر طیف لیکرت چهار درجه ای (هرگز تا همیشه) می باشد. با تکمیل BAARS-IV، یک نمره کل که از جمع جبری 18 سوال اول حاصل می شود؛ و 4 نمره مربوط به خرده مقیاس ها به دست می آید. به عبارتی در محاسبه نمره کل مقیاس، سوالات مربوط به مؤلفه کندی زمان شناختی لحاظ نمی شوند. همچنین از جمع جبری تعداد سؤال هایی که پاسخ اغلب یا همیشه داشته اند (بجز سوال های مربوط به خرده مقیاس کندی زمان شناختی)، نمره تعداد نشانه های ADHD نیز حاصل می گردد. اجرای این مقیاس به طور معمول 5 تا 7 دقیقه به طول می انجامد. بارکلی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را 0/91 و برای خرده مقیاس نارسایی توجه، فزون کنشی و تکانشگری به ترتیب 0/90، 0/77، 0/80 گزارش نموده است. ضریب اعتبار بازآزمایی نیز برای کل مقیاس 0/75 و برای خرده مقیاس نارسایی توجه، فزون کنشی و تکانشگری به ترتیب 0/66، 0/72 و 0/76 گزارش شده است (بارکلی، 2011). برای فرم فارسی مقیاس BAARS نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس 0/86 و برای خرده مقیاس نارسایی توجه، فزون کنشی، تکانشگری و کندی زمان شناختی به ترتیب 0/82، 0/72، 0/70 و 0/83 گزارش شده است (مشهدی و همکاران، 1390). تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی و استفاده از نمرات Z انجام گرفت.

### یافته‌ها

در پاسخ به سوال یک و به منظور بررسی میزان شیوع (فروانی و درصد) ADHD در بین بزرگسالان، ابتدا نمره-های خام آنان در سوالات مربوط به اختلال ADHD به نمرات استاندارد (Z) تبدیل شد. در مرحله بعد با مد نظر قرار دادن آزمون یک دامنه و سطح معناداری 95% بر اساس تعریف تابع مبتنی بر بالا بودن نمرات استاندارد از 1/64، افراد دارای علائم مرضی در ADHD مشخص شد که نتایج آن در پی خواهد آمد.

جدول 2. میزان شیوع ADHD در آزمودنیها (N=879)

گروه/شاخص آماری	فراوانی	درصد
اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی (ADHD)	36	4/1%

داده‌های جدول 1 نشان می‌دهد که از بین 879 نفر شرکت کننده در پژوهش، 36 نفر (4/1 درصد) دارای علائم مرضی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی (ADHD) می‌باشند. همچنین این نتایج نشان می‌دهد 843 نفر (95/90 درصد) نیز هیچکدام از علائم مرضی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی را نشان نداده و گروه بهنجار به شمار می‌روند.

در پاسخ به سوال دو و بررسی میزان شیوع هر یک از مولفه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، جدول 2 فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌ها در هر خرده مقیاس و مولفه ADHD و همچنین کل مقیاس ADHD بزرگسالان ارائه شده است. از بین سه نشانه اصلی ADHD، فزون کنشی بالاترین فراوانی و درصد فراوانی را به خود اختصاص داده است.

جدول 2. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌ها و کل مقیاس ADHD

متغیر	فراوانی	درصد
نارسایی توجه	56	6/4
فزون کنشی	62	7/1
تکانشگری	61	6/9
نمره کل ADHD	36	0/4

در پاسخ به سوالات سوم، چهارم و پنجم به منظور بررسی شیوع ADHD در آزمودنی‌ها با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی از شاخص‌های توصیفی (فراوانی و درصد) مربوط به تعداد افراد ADHD و بهنجار استفاده شد.

جدول 3. میزان شیوع ADHD در آزمودنیها به تفکیک جنسیت

گروه/ شاخص آماری	جنسیت	فراوانی	درصد
اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (ADHD)	زن	19	4/4%
	مرد	17	3/8%
بهنجار	زن	415	95/62%
	مرد	428	96/18%

داده‌های جدول 3 نشان می‌دهد که از بین 434 زن و 445 مرد شرکت‌کننده در پژوهش، 19 زن (4/4 درصد) و 17 مرد (3/8 درصد) دارای علائم مرضی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (ADHD) می‌باشند. همچنین نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد 415 زن (95/62 درصد) و 428 مرد (96/18 درصد) نیز علائم مرضی هیچکدام از اختلالات را نشان نداده و وضعیت بهنجار دارند.

جدول 4. میزان شیوع ADHD در آزمودنیها به تفکیک سطح تحصیلات

گروه/ شاخص آماری	تحصیلات	فراوانی	درصد
اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (ADHD)	زیر دیپلم و دیپلم	25	69/4%
	فوق دیپلم	4	11/1%
	لیسانس	7	19/4%
	فوق لیسانس و بالاتر	-	-
بهنجار	زیر دیپلم و دیپلم	340	43/70%
	فوق دیپلم	175	22/49%
	لیسانس	265	34/06%
	فوق لیسانس و بالاتر	63	8/10%

داده‌های جدول 4 نشان می‌دهد که از بین شرکت‌کنندگان در پژوهش، برای علائم مرضی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (ADHD) بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم (25 نفر، 69/4 درصد) و کمترین

فراوانی مربوط به افراد دارای فوق لیسانس و بالاتر می‌باشد که هیچ فردی شامل این مقطع تحصیلی نمی‌باشد. همچنین نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد افراد با تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم بیشترین فراوانی را در گروه بهنجار یا بدون علائم مرضی نیز شامل می‌شدند (340 نفر، 43/70 درصد).

جدول 5. میزان شیوع ADHD در آزمودنیها به تفکیک گروه سنی

گروه/ شاخص آماری	گروه سنی	فراوانی	درصد
اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (ADHD)	18-29 سال	8	22/2%
	30-39 سال	6	16/7%
	40-49 سال	7	19/4%
	50-59 سال	15	41/7%
بهنجار	18-29 سال	227	26/93%
	30-39 سال	220	26/10%
	40-49 سال	205	24/32%
	50-59 سال	191	22/66%

داده‌های جدول 5 نشان می‌دهد که از بین شرکت کنندگان در پژوهش، برای علائم مرضی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (ADHD) بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی 59-50 سال (15 نفر، 41/7 درصد) و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی 39-30 سال (6 نفر، 16/7 درصد) می‌باشد. همچنین نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد گروه سنی 29-18 سال (227 نفر، 26/93 درصد) بیشترین فراوانی و گروه سنی 59-50 سال (191 نفر، 22/66 درصد) کمترین فراوانی را در گروه بهنجار یا بدون علائم مرضی شامل می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه در گذشته اعتقاد بر این بود که ADHD اختلالی خاص دوره کودکی است؛ اما در سال‌های اخیر مطالعات متعدد نشان می‌دهد که علائم این اختلال، از جمله نارسایی توجه و تکانشگری تا دوران بزرگسالی نیز تداوم می‌یابد. این پژوهش با هدف بررسی میزان شیوع نشانه‌های این اختلال و بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد دارای اختلال در بزرگسالان 18 تا 59 سال سطح شهر مشهد صورت گرفت. نتایج نشان داد که 36 نفر (4/1 درصد) دارای علائم مرضی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (ADHD) می‌باشند و در شاخص نشانه‌های نارسایی توجه 56 نفر (6/4 درصد)، فزون کنشی 62 نفر (7/1 درصد) و تکانشگری 61 نفر (6/9 درصد) از بزرگسالان دارای نشانه‌های مرضی این اختلال می‌باشند و شیوع این اختلال بر اساس گروه سنی نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی ADHD مربوط به گروه سنی 59-50 سال (15 نفر، 41/7 درصد) می‌باشد. در نتیجه نشانه‌های این اختلال، همچون نشانه نارسایی توجه، فزون کنشی و تکانشگری تا بزرگسالی و تا آخر عمر ادامه می‌یابد و پایدار می‌ماند. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین، بیانگر شیوع بالای اختلال ADHD در بین بزرگسالان می‌باشد. نتایج حاصل شده این پژوهش همسو با پژوهش میردورقی و همکاران (1392) می‌باشد که اظهار می‌دارد در نشانه‌های نارسایی توجه 5/9 درصد، فزون کنشی 8/6 درصد و تکانشگری 5/8 درصد و شیوع کلی ADHD 6/6 درصد از دانشجویان دارای این اختلال می‌باشند. اما نتیجه این پژوهش مغایر با نتیجه سادوک و همکاران (2007) و مورفی و همکاران (2002) می‌باشد که اظهار می‌دارند که نشانه‌های فزون کنشی و تکانشگری در بزرگسالی کاهش می‌یابد، اما نشانه‌های نارسایی توجه معمولاً تا دوران بزرگسالی پایدار بوده و حتی ممکن است افزایش یابد.

پژوهش‌های بسیاری شیوع ADHD را مورد بررسی قرار داده‌اند که همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشند. از جمله پژوهش‌های هومن و گنجی (1390) که در پژوهش خود میزان شیوع کلی اختلال ADHD بزرگسال را 6/76 درصد و امیری و همکاران (1389) که در پژوهش خود میزان شیوع ADHD بزرگسال را در جمعیت مورد بررسی 5/5%

نشان دادند. همچنین آدلر و همکاران به نقل از جاردین و همکاران (2011) اظهار می‌دارند که ADHD در 5 درصد بزرگسالان رخ می‌دهد. گلدبرگ و همکاران (2009) نیز در پژوهش خود نشان دادند که 3/3 درصد بزرگسالان 65-80 ساله مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌باشند. در پژوهش‌های دیگری همچون باربازی و همکاران (2004)، فایاد و همکاران (2007)، کوپچ و همکاران (2005)، سیمون و همکاران (2009) شیوع این اختلال در بزرگسالان بین 2/5 تا 7/5 درصد برآورد شده است. کسلر و همکاران نیز شیوع ADHD را 4/4 درصد بیان می‌کند. وندر و همکاران (2001) به نقل از بیرانی و همکاران (1391) نیز شیوع این اختلال را در بزرگسالان عادی بین 1 تا 6 درصد بیان کردند. ویلنز و همکاران نیز در پژوهش خود شیوع اختلال را حدود 5% برآورد کرده‌اند. اسپنسر (2008)، براون (2009) و رامسی (2007) به نقل از پرهیزکار (1392) نیز در مطالعات همه‌گیرشناسی خود شیوع این اختلال را در افراد 18 تا 44 سال در حدود 4/4 درصد گزارش دادند ویدنت و دی پاول (2013) در پژوهش‌های خود گزارش می‌دهند که 5 درصد بزرگسالان دارای این اختلال می‌باشند. کوپچ (2013) نیز اظهار می‌کند که در 3 تا 5 درصد بزرگسالان رخ می‌دهد.

دیگر نتیجه این پژوهش اظهار می‌دارد که از بین 445 مرد و 434 زن، تعداد 36 نفر (4/1 درصد) مشتمل بر 19 زن (4/4 درصد) و 17 مرد (3/8 درصد) از این بزرگسالان بر اساس نمره کلی مقیاس درجه بندی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بزرگسالان دارای نشانه‌های تشخیصی این اختلال بودند. در نتیجه شیوع این اختلال در دو جنس تفاوت چندانی ندارند. نتیجه پژوهش حاضر همسو با برخی نتایج می‌باشد. مثلاً بیدرمان و همکاران (2004) و سیمون و همکاران (2009) بیان کردند که شیوع این اختلال در زنان و مردان بزرگسال یکسان می‌باشد و فارونه و همکاران (2000) نیز اظهار می‌دارند که این اختلال زنان و مردان را به طور یکسان تحت تاثیر قرار می‌دهد. اما نتایج حاضر همچنان مغایر با نتایج برخی پژوهش‌های دیگر نیز می‌باشد. مثلاً هومن و گنجی (1390) در پژوهش خود میزان شیوع کلی اختلال ADHD بزرگسال را در مردان 3/94 و در زنان 1/94 درصد برآورد کرده‌اند. امیری و همکاران (1389) نیز اظهار می‌دارند که مردان نسبت به زنان شانس بیشتری را برای ابتلا به اختلال ADHD بزرگسالی (4% در برابر 1/5%) دارند. ویدنت و دی پاول (2013) نیز شیوع ADHD را 2/6 درصد تا 16 درصد برای مردان و 0/54 درصد تا 3/9 درصد برای زنان گزارش می‌دهند.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر اظهار می‌دارد که میزان شیوع ADHD در آزمودنیها به تفکیک سطح تحصیلات نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم (25 نفر، 69/4 درصد) می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد که افراد مبتلا به ADHD دارای دشواری‌های تحصیلی بیشتری می‌باشند و اغلب یا موفق به ادامه تحصیل و وارد شدن در دانشگاه با کالج نمیشوند و یا اگر وارد می‌شوند نمی‌توانند آن را با موفقیت به پایان برسانند و با دشواری‌های بسیاری همراه می‌باشند. این نتیجه همسو با پژوهش شاوزیرت و همکاران (2005) می‌باشد که اظهار می‌دارد مشکلات تحصیلی، رفتاری و آموزشی از پیامدهای ADHD در این افراد می‌باشد. رمزی و همکاران نیز اظهار می‌دارند که مشکلات تحصیلی مهم‌ترین خصیصه اصلی مبتلایان به این اختلال می‌باشد که از زمان کودکی تا بزرگسالی و کالج با آنها همراه خواهد بود. راپورت و همکاران (1999) نیز اظهار می‌دارند که افراد مبتلا به ADHD سطوح پایین تری از سازگاری تحصیلی و عزت نفس را نشان می‌دهند. بارکلی (2010) نیز اظهار می‌دارد که افراد مبتلا به ADHD در معرض شکست‌های تحصیلی می‌باشند و عملکردهای شناختی و تحصیلی ضعیف تری دارند. اما نتیجه بدست آمده پژوهش حاضر مغایر با نتیجه امیری و همکاران (1389) می‌باشد. امیری در پژوهش خود اظهار می‌دارد که سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی داری با مبتلا بودن به این اختلال ندارد.

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که اختلال ADHD فقط از طریق مقیاس خودگزارشی مورد ارزیابی قرار گرفت. صرف نظر از اعتبار بسیار بالای ابزار به کار رفته در این پژوهش، همواره در اجرای مقیاس‌های خودگزارشی امکان خطا و لغزش سهوی و عمدی در کمتر یا بیشتر گزارش نمودن نشانه‌های اختلال وجود دارد. بنابر این



پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن این موضوع می‌بایست از روش‌های دیگری همچون مصاحبه و حتی مشاهده در کنار ابزار خود گزارشی جهت تشخیص اختلال ADHD استفاده نمود. پیشنهاد دیگر اینکه به دلیل همبودی دیگر اختلالات با ADHD به خصوص در سنین بالاتر، در پژوهش‌های بعدی سعی شود از ابزارهای دقیق‌تر برای تمایز با دیگر اختلالات و به خصوص مصاحبه تشخیصی استفاده شود.

## منابع

1. امیری، ش؛ قریشی زاده، م؛ جنگ گو، م؛ صادقی، ه؛ صفی خانلو، س. (1389). شیوع اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در بزرگسالان در شهر تبریز. دهمین همایش پیاپی سالیانه انجمن علمی روان‌پزشکان ایران. دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
2. بسطامی کتولی، م؛ حسنی، ج؛ مرادی، ع ر. (1393). نقش نارسایی کنش‌های اجرایی در تبیین علایم نارسایی توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی. زمستان 1393 - شماره 34 (10 صفحه - از 37 تا 46)
3. بیرامی، م؛ هاشمی، ت؛ علیزاده گورادل، ج. (1391). مقایسه نشانه‌های نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سلامت روان شناختی. 55-65.
4. پرهیزگار، ن؛ مشهدی، ع؛ صالحی فدردی، ج؛ فیاضی بردبار، م. (1392). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود کنش‌های اجرایی افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. پژوهش در سلامت روان شناختی. 55-65.
5. دادستان، پ، دل‌آذر، و علیپور، ا. (1389). کنش‌وری اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، 5، 27-38.
6. صرامی‌فروشان، پ. و هاشمی، ن. (1383). ADHD: علتی رایج برای دشواری‌های یادگیری و ناهنجاری‌های رفتاری در دانشجویان، که غالباً تشخیص داده نمی‌شود. طب و تزکیه، 53، 25-31.
7. مشهدی، ع؛ حسنی، ج؛ حمزه‌لو، م؛ میردورقی، ف و حسین‌زاده‌ملکی، ز. (1390). شیوع اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در دانشجویان جدیدالورود (1390). دانشگاه فردوسی مشهد. طرح پژوهشی وزارت علوم تحقیقات و فن‌آوری سازمان امور دانشجویان.
8. مشهدی، ع؛ حمزه‌لو، م. (1390). اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی در دانشجویان: شواهد پژوهشی درباره شیوع و پیامدهای آن. فصلنامه سلامت روان، 5، 7-13.
9. مشهدی، ع؛ حسین‌زاده‌ملکی، ز. (1390). نقش و جایگاه کنش‌های اجرایی در اختلال‌های عصب‌تحولی ADHD و ASD. اولین همایش ملی یافته‌های علوم شناختی در تعلیم و تربیت. 858-870.
10. مشهدی، ع (1390). شیوع شناسی ADHD و بررسی مقایسه‌ای علائم ADHD و کنش‌های اجرایی دانشجویان ورودی 1390 دانشگاه فردوسی مشهد. طرح پژوهشی.
11. مشهدی، علی؛ میردورقی، فاطمه؛ حسنی، جعفر؛ یعقوبی، حمید؛ حمزه‌لو، محمد؛ حسنی‌زاده‌ملکی، زهرا (1392). شیوع شناسی نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و رابطه آنها با مولفه‌های زمانی شناختی در دانشجویان، مجله تحقیقات علوم رفتاری.

12. هاردمن، مایکل ام؛ درو، کلیفورد جی و اگن، وینستون ام (2005). روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، جامعه و مدرسه و خانواده. ترجمه حمید علیزاده، کامران گنجی، مجید یوسفی لویه و فریبا یادگاری (1388). تهران: نشر دانژه

13. Adler, L., Clemow, D., Williams, D., & Durell, T. (2014). Atomoxetine Effects on Executive Function as Measured by the BRIEF-A in Young Adults with ADHD: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Plos ONE*, 9(8), e104175.

14. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed). Washington, DC, Author. Barbaresì, W., Katusic, S., Colligan, R., Weaver, A., Rothstein, H. (2009). Introduction to meta-analysis. New York: John Wiley & Sons.

15. Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). ADHD in adults: What the science says: New York: The Guilford Press.

16. Barkley, R. A., Murphy, K. R., Fischer, M. (2008). ADHD in adults: what the science says. First Edition, New York, Guilford Press.

17. Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Kuasnik, D. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1, 41-54.

18. Biederman, J., Faraone, S. V. & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159-165.

19. Biederman, J., Petty, C. R., Byrne, D., Wong, P., Wozniak, J., & Faraone, S. V. (2009). Risk for switch from unipolar to bipolar disorder in young with ADHD: A long term prospective controlled study's. *Journal of Affect Disorder*, 119 (1-3), 1621.

20. Fayyad, J., DeGraaf, R., Kessler, R. C., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., DeGirolamo, G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lepine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A. M., & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402 -409.

21. Fischer, M., Barkley, R. A., Edelbrock, C. S., & Smalish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, attention, and neuropsychological status. *Journal of Consults Clinical Psychology*, 58, 580-588.

22. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindfors N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psych* 2010; 10: 112-25.

23. Goldberg, M. C., Mostofsky, S. H., Cutting, L. E., Mahone, E. M., Astor, B. C., Denckla, M. B., & Landan, R. J. (2009). Subtle executive impairment in children with autism and children with ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(3), 279-293. Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., & Howes, M. J. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication, *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.

24. Hermens, D. F., Williams, L. M., Lazzaro, I., Whitmont, S., Melkonian, D., Gordon, E. (2004). Sex differences in adult ADHD: a double dissociation in brain activity and autonomic arousal. *Biological Psychology*, 66, 221–233.
25. Jardin, B., Looby, A., & Earleywine, M. (2011). Characteristics of College Students with Attention- Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms Who Misuse Their Medications. *Journal of American College Health*, 59(5), 373-377.
26. Kooij, J. S. (2012). *Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment*. Springer.
27. Kooij, J. J., Buitelaar, J. K., Van den Oord, E. J., Furer, J. W., Rijnders, C. A., & Hodiamont, P. P. (2005). Internal and external validity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a population-based sample of adults. *Psychology of Medicine*. 35, 817-27.
28. Murphy, K. R., Barkley, R. A., & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 190, 147-157.
29. Rasmussen, K., & Levander, S. (2009). Untreated ADHD in adults, are there sex differences in symptoms, comorbidity and impairment? *Journal of Attention Disorders*, 12 (4), 353-360.
30. Sadek, J. (2014). *Sadek Personality Difficulties Questionnaire–Adults*. In *A Clinician’s Guide to ADHD*. Springer International Publishing
31. Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/Clinical psychiatry (10th Ed.)*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
32. Sadock, B. J., & Kaplan, S. V. (2007). *Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences*. Clinical Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
33. Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W., & Bergman, A. (2005). Adjustment, social skills, and
34. self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 8(3), 109-120.
35. Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 194, 204-211.
36. Spencer, T. J. (2008.) The epidemiology of adult ADHD. *International Journal of Neuropsychiatric Medicine*, 12, 6-8.
37. Weyandt L L, DuPaul D. ADHD in College Students: Developmental Findings *J Dev Disabil* 2008; 14(4): 311-9
38. Wolraich, M. L. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Can it be Recognized and Treated in Children Younger than 5 Years? *Infants & Young Children*, 19(2), 86-93.
39. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, & Ganawarden S. Do stimulant therapy of attention – deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? *Ametanalytic review of the literature*. *Pediatrics* 2004; 111: 179-185.