شیوع‌شناسی نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و رابطه آن‌ها با مؤلفه کندی زمان شناختی در دانشجویان

علی مشهدی [۱]، فاطمه میردورقی [۲]، جعفر حسنی [۳]، حمید یعقوبی [۴]، محمد حمزه لو [۵]، زهرا حسین زاده ملکی [۶]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این پژوهش بررسی شیوع نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی و رابطه آن‌ها با مؤلفه کندی زمان شناختی در دانشجویان سال اول دانشگاه فردوسی مشهد بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی- مقطعی، جامعه آماری تمامی دانشجویان سال اول دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ (۳۲۷۲ نفر) بودند که به صورت سرشماری در این پژوهش شرکت داشتند و مقیاس درجه‌بندی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بزرگ‌سالان بارکلی را تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نمرات Z، آزمون خی دو و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد در شاخص نارسایی توجه ۱۹۲ نفر (۵/۹ درصد)، فزون کنشی ۲۸۱ نفر (۸/۶ درصد) و تکانش‌گری ۱۸۹ نفر (۵/۸ درصد) از این دانشجویان دارای نشانه‌های مرضی این اختلال می‌باشند. به عبارت دیگر، تعداد ۲۱۷ نفر (۶/۶ درصد) مشتمل بر ۱۰۰ دختر (۵/۱ درصد) و ۱۱۷ پسر (۹ درصد) از این دانشجویان بر اساس نمره کلی مقیاس درجه‌بندی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بزرگ‌سالان دارای نشانه‌های تشخیصی این اختلال بودند. هم‌چنین بررسی همبستگی بین نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی و مؤلفه کندی زمان شناختی نشان داد کندی زمان شناختی بیشترین همبستگی را با نشانه نارسایی توجه (r=۰/۷۳) دارد.

نتیجه‌گیری: شیوع بالای نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در بین دانشجویان، ضرورت پیشگیری و اعمال برنامه‌های درمانی را برای این اختلال نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، تکانش‌گری، کندی زمان‌شناختی، دانشجویان

ارجاع: مشهدی علی ، میردورقی فاطمه، حسنی جعفر، یعقوبی حمید، حمزه لو محمد، حسین زاده ملکی زهرا . **شیوع‌شناسی نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و رابطه آن‌ها با مؤلفه کندی زمان شناختی در دانشجویان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۱): ۱۱۱-۱۰۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۹/۰۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۰۸

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسؤول) Email Mashhadi@um.ac.ir

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۵- کارشناس ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۶- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.9.7]

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی (ADHD یا Attention Deficit\Hyperactive Disorder) یکی از رایج‌ترین اختلال‌های عصب- روان‌شناختی در کودکان و نوجوانان است. شیوع این اختلال در کودکان بین ۳ تا ۷ درصد برآورد شده و با سه نشانه اصلی نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانش‌گری مشخص می‌شود (۱)؛ این نشانه‌ها معمولاً در اوایل کودکی و به‌ویژه قبل از ۷ سالگی نمایان می‌شوند و در بیشتر موارد تا اوایل نوجوانی پایدار می‌مانند (۱).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد نشانه‌های فزون‌کنشی/ تکانش‌گری در بزرگ‌سالی کاهش می‌یابد، اما نشانه‌های نارسایی توجه معمولاً تا دوران بزرگ‌سالی پایدار بوده و حتی ممکن است افزایش یابد (۳-۲). علاوه بر این نشانه‌ها، کندی زمان شناختی (SCT یا Sluggish Cognitive Tempo) نیز که مجموعه‌ای از علایم نظیر بی‌حالی، خیال‌پردازی و کندی حرکتی می‌باشد (۴) و در سومین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM یا Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (جز علایم تشخیصی اختلال نارسایی توجه(ADD یا Attention Deficit Disorder) مطرح شده، در بزرگسالان مبتلا به ADHD با زیر نوع غلبه با نارسایی توجه مشاهده می‌شود (۵). هم‌چنین، بزرگسالانی که سابقه اختلال ADHD را در کودکی دارند، از اختلال‌های روانی بیشتری رنج می‌برند (۶) و مشکلات بیشتری در کنش‌وری شغلی، اجتماعی، روانی و آموزشی و مهارت‌های اجتماعی دارند (۷). بنابراین، این اختلال در بزرگسالان غالباً با دامنه گسترده‌ای از مشکلات رفتاری هم‌چون پرخاشگری، خصومت‌ورزی، رفتارهای ضداجتماعی، به خطر انداختن سلامت شخصی، بی‌احتیاطی و سرعت بالا در رانندگی، ناتوانی در مدیریت مالی و اقتصادی، رفتارهای پرخطر جنسی، مشکلات زناشویی و فرزندپروری، سوء مصرف مواد، دارو، سیگار و الکل و هم‌چنین اختلال‌های عصب‌شناختی و روان‌پزشکی همراه است (۸).

در زمینه شیوع این اختلال نتایج مطالعات طولی نشان می‌دهد که در پیگیری کودکان مبتلا به ADHD تا بزرگسالی، این اختلال عموماً در طی دوران تحول پایدار بوده و در ۳۰ تا ۷۰ درصد موارد نشانه‌ها تا دوران بزرگسالی نیز تداوم می‌یابد (۱۲-۸، ۲). با وجود پیشینه پژوهشی گسترده درباره ADHD بزرگسالان و تأیید این اختلال به‌عنوان یک اختلال رسمی در بزرگسالان از اوایل دهه ۱۹۹۰ (۱۳)، هنوز اطلاعات کمی درباره میزان شیوع آن وجود دارد. شیوع این اختلال در پژوهش Kessler و همکاران (۱۴) برای بزرگسالان ۴/۴ درصد؛ و در پژوهش Weyandt و DuPaul (۱۵) ۲/۶ درصد تا ۱۶درصد برای مردان و ۰/۵۴ درصد تا ۳/۹درصد برای زنان گزارش شده است.بنابراین برخلاف آن‌چه تاکنون تصور می‌شد، علایم بالینی اختلال ADHD در بزرگسالان عمدتاً از بین نمی‌رود و در آن‌ها شیوع بالایی دارد، اما غالباً درست تشخیص داده‌نمی‌شود. این اختلال به‌ویژه برای بزرگسالان دانشجو، مشکلات بسیاری را در زمینه‌های عاطفی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی ایجاد می‌نماید (۱۶).به‌طوری که این دانشجویان با مشکلات بسیاری هم‌چون ضعف در عملکرد آموزشی و اجتماعی، ناتوانی در سازگاری با زندگی دانشجویی، پایین بودن سطح کیفیت زندگی، ضعف در عملکرد روان‌شناختی و وجود دامنه گسترده‌ای از نشانه‌های اختلال‌های دیگر هم‌چون افسردگی، اضطراب، مشکلات سوء مصرف الکل، دارو و مواد و وابستگی به سیگار روبرو هستند (۲۰-۱۷).

پژوهش‌های مختلفی در خصوص میزان شیوع این اختلال در جمعیت دانشجویان انجام شده است. در این مطالعات شیوع اختلال ADHD در دانشجویان ۲ تا ۸ درصد برآورد شده است (۲۲-۲۱، ۱۸، ۱۵) . با این وجود دوپائول و همکاران (۱۸) معتقد هستند برآورد شیوع ADHD در دانشجویان با توجه به معیارهای آماری برای معناداری علایم اختلال، جنسیت و ملیت دانشجویان متفاوت است. بنابراین شیوع این اختلال در دانشجویان جوامع مختلف نیازمند بررسی‌های جداگانه می‌باشد. در همین راستا، در کشور مانیز دو پژوهش به بررسی شیوع این اختلال در دانشجویان پرداخته است. در پژوهش عربگل، حیاتی و حدید (۲۳) بر روی دانشجویان دختر دانشگاه شهید بهشتی، میزان شیوع این اختلال ۳/۷ درصد گزارش شده (بر اساس شاخص فزون کنشی- نارسایی توجه) که بیشترین فراوانی (۷/۸ درصد) به زیر مقیاس فزون

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.9.7]

کنشی و کمترین فراوانی (۲ درصد) به زیر مقیاس‌های مشکلات تصویر کلی از فرد و نارسایی توجه- مشکل حافظه مربوط می‌شد. در پژوهش بخشانی، رقیبی و بابایی (۲۴) که بر روی دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان انجام گرفت نیز میزان شیوع نشانه‌های نارسایی توجه ۹/۷ درصد، فزون کنشی ۷/۹ درصد و تکانشگری ۶/۷ درصد برآورد شده که نشان از میزان بروز بالای این اختلال در جمعیت دانشجویان مورد بررسی داشت.اما مسأله مهم دیگر که ویانت و دوپائول (۱۵) بر آن اذعان دارند، معتبر بودن ابزار به‌کار رفته جهت ارزیابی علایم اختلال ADHD و هم‌چنین بزرگ بودن حجم نمونه می‌باشد؛ در دو پژوهشی که در زمینه شیوع اختلال ADHD بر روی دانشجویان انجام شده، از فرم کوتاهِ پرسش‌نامه تشخیصیِ اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی استفاده شده که تاکنون برای جامعه ایرانی هنجاریابی نشده و اعتبار و روایی آن در دسترس نمی‌باشد؛ و هم‌چنین در این پژوهش‌ها نمونه غیر تصادفی و در دسترس با حجم کم بوده است؛ بنابراین محدودیت‌های موجود، امکان تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌کند؛ لذا پژوهش حاضر با استفاده از ابزاری معتبر جهت تشخیص ADHD به بررسی میزان شیوع نشانه‌های این اختلال و ارتباط این نشانه‌ها با مؤلفه کندی زمان شناختی در نمونه بزرگی از دانشجویان می‌پردازد تا با ارایه آماری معتبر از شیوع نشانه‌های اختلال مذکور در این دانشجویان، ضرورت شناسایی آنان و شروع مداخلات درمانی جهت کاهش پیامدهای منفی این اختلال در جنبه‌های مختلف زندگی را متذکر شود.بنابراین سؤال اصلی مطالعه حاضر این است که: شیوع اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی در بین دانشجویان سال اول دانشگاه فردوسی مشهد *چگونه است؟ و رابطه نشانه‌های این اختلال با مؤلفه کندی زمان شناختی چگونه است؟

مواد و روش‌ها

جامعه آماری این پژوهش توصیفی – مقطعی، تمامی دانشجویان سال اول دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ بودند. گروه نمونه مورد بررسی ۴۰۰۰ دانشجو بودند؛ که به شیوه سرشماری در این پژوهش شرکت داشتند. فرایند اجرای ابزار پژوهش به این صورت بود که پس از اطلاع رسانی و شروع طرح پایش سلامت دانشجویان، هر هفته اختصاص به یک دانشکده خاص داشته و دانشجویان آن دانشکده موظف بودند طبق برنامه زمان‌بندی و اعلام شده جهت تشکیل پرونده و انجام معاینات به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه نمایند. درپایان معاینات، برای رعایت اخلاق در پژوهش و جلب رضایت دانشجویان برای شرکت در پژوهش حاضر و تکمیل پرسش‌نامه مربوطه، درباره اهداف پژوهش برای آن‌ها توضیح مختصری داده شد و پس از اعلام رضایت، پرسش‌نامه بین آن‌ها توضیح شد. لازم به ذکر است فرایند پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها به‌صورت گروهی انجام شد و دانشجویان محدودیت زمانی برای پاسخ‌دهی نداشتند. در نهایت، پرسش‌نامه‌های ۷۲۸ نفر در مرحله داده کاوی به دلیل نقص از گروه نمونه حذف شدند و پرسش‌نامه‌های ۳۲۷۲ نفر باقی مانده که شامل ۱۳۰۲ پسر و ۱۹۷۰ دختر با میانگین و انحراف معیار سنی ۳/۸۴ ± ۲۱/۶۴ بودند، به عنوان گروهی که تحلیل‌های آماری لازم بر روی آن‌ها انجام شد، مد نظر قرار گرفت. ابزار پژوهش،مقیاس درجه بندی ADHD بزرگسالان بارکلی (BAARS یا Barkley Adult ADHD Rating Scale) بود. این مقیاس، نتیجه بیست سال پژوهش Barkley (۲۵) است که بر مبنای معیارهای تشخیصی ADHD در DSM-IV-TR و شواهد تجربی تنظیم شده است. این مقیاس ۲۷ سؤالی یک ابزار خودگزارشی است که برای افراد ۱۸ تا ۷۰ سال به بالا قابل اجرا است و پاسخ‌دهی به آن بر مبنای طیف لیکرت چهار درجه‌ای (هرگز تا همیشه) می‌باشد. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس است. در واقع ۲۷ سؤال این مقیاس ۳ نشانه اصلی اختلال ADHD یعنی نارسایی توجه (۹ سؤال)، فزون‌کنشی (۵ سؤال) و تکانشگری (۴ سؤال) را می‌سنجد؛ هم‌چنین ۹ سؤال دیگر این مقیاس مؤلفه کندی زمان‌شناختی را می‌سنجد.اجرای این مقیاس به طور معمول ۵ تا ۷ دقیقه طول می‌کشد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانشگری به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۷، ۰/۸۰گزارش شده است. هم‌چنین ضریب اعتبار بازآزمایی برای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.9.7]

کل مقیاس ۰/۷۵و برای خرده مقیاس نارسایی توجه، فزون کنشی و تکانشگری به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۶ گزارش شده که تمامی این ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است (۲۵). در مطالعه مشهدی و همکاران (۲۶) جهت بررسی خصوصیات روان‌سنجی فرم فارسی مقیاس BAARS از روش آلفای کرونباخ، همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره کل و تحلیل عاملی تأییدی استفاده گردید. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس نارسایی توجه، فزون کنشی، تکانشگری و کندی زمان شناختی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۲، ۰/۷۰ و ۰/۸۳ گزارش شد. هم‌چنین ضرایب همبستگی مؤلفه نارسایی توجه، فزون‌کنشی، تکانشگری و کندی زمان شناختی با نمره کلی مقیاس به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۰، ۰/۷۴ و ۰/۶۸ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد ساختار چهار عاملی مقیاس BAARS در جامعه دانشجویان ایرانی برازش دارد. بنابراین مقیاس درجه بندی ADHD بزرگسالان، اعتبار و روایی لازم برای استفاده در این پژوهش را دارا می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نمرات Z، آزمون خی دو و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات دانشجویان در خرده مقیاس‌ها و کل مقیاس ADHD بزرگسالان ارایه شده است. از بین سه نشانه اصلی ADHD، نارسایی توجه بالاترین میانگین نمره را برای دانشجویان دختر (M=۱۴/۱۲) و پسر (M= ۱۴/۹۶) به خود اختصاص داده است.

به‌منظور بررسی میزان شیوع علایم ADHD در بین دانشجویان ابتدا نمره‌های خام آنان در خرده مقیاس‌ها و کل مقیاس ADHD به نمرات استاندارد (Z) تبدیل شد. در متون تخصص روان‌سنجی برای تعیین نقطه برش استفاده از نمرات استاندارد (Z) استفاده می‌شود و مبنای نمره برش داشتن یک نمره انحراف استاندارد از میانگین می‌باشد. در مطالعه حاضر برای افزایش روایی درونی پژوهش از نمره استاندارد ۱/۶۴ استفاده شد. بر همین اساس، در مرحله بعد با مدنظر قرار دادن آزمون یک دامنه و سطح معنی‌داری ۹۵ درصد بر اساس تعریف تابع مبتنی بر بالا بودن نمرات استاندارد از ۱/۶۴، تعداد و درصد دانشجویان دارای نشانه‌های مرضی در هر یک از خرده مقیاس‌ها و نمره کل مقیاس ADHD مشخص شدند که نتایج آن در پی خواهد آمد. در جدول ۲ فراوانی و درصد افراد بهنجار (فاقد نشانه‌های مرضی) و افراد نشانه‌دار بر اساس خرده مقیاس‌های نارسایی توجه، فزون‌کنشی، تکانشگری و نمره کل مقیاس ADHD درج شده است.

در نارسایی توجه ۹۸ نفر (۷/۵ درصد) از پسران، ۹۴ نفر (۴/۸ درصد) از دختران؛ و در مجموع ۱۹۲ نفر (۵/۹ درصد) از کل دانشجویان دارای نشانه‌های مرضی هستند. در شاخص فزون‌کنشی ۱۳۶ نفر (۱۰/۴ درصد) از پسران، ۱۴۵ نفر (۷/۴ درصد) از دختران و به طور کلی ۲۸۱ نفر (۸/۶ درصد) از کل دانشجویان دارای نشانه‌های مرضی هستند. در شاخص تکانشگری ۹۱ نفر (۷درصد) از پسران، ۹۸ نفر (۵ درصد) از دختران و به‌طور کلی ۱۸۹ نفر (۵/۸ درصد) از کل دانشجویان دارای نشانه‌های مرضی هستند. هم‌چنین در نمره کل مقیاس ADHD ۱۱۷ نفر (۹ درصد) از پسران، ۱۰۰ نفر (۵/۱ درصد) از دختران و به‌طور کلی ۲۱۷ نفر (۶/۶ درصد) از کل دانشجویان دارای نشانه‌های مرضی هستند. جهت بررسی معنی‌داری تفاوت تعداد دختران و پسران در هریک از نشانه‌های اختلال ADHD از آزمون خی دو استفاده شد. نتایج نشان داد در هیچ یک از نشانه‌های نارسایی توجه، فزون کنشی و تکانشگری و هم‌چنین نمره کلی ADHD تفاوت معنی‌داری بین دختران و پسران وجود ندارد (p>۰/۰۵).

ضرایب همبستگی بین نشانه‌های اختلال ADHD و مؤلفه کندی زمان شناختی در جدول ۳ ارایه شده است. بر اساس نتایج به‌دست آمده رابطه هر سه نشانه این اختلال با مؤلفه کندی زمان شناختی معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱) ؛ در عین حال بیشترین مقدار رابطه مربوط به نشانه نارسایی توجه می‌باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌ها و کل مقیاس ADHD

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.9.7]

متغیر	دختر (n=۱۹۷۰) میانگین (انحراف‌معیار)	پسر (n=۱۳۰۲) میانگین (انحراف‌معیار)	کل(n=۳۲۷۲) میانگین (انحراف‌معیار)
نارسایی توجه	۱۴/۱۲(۳/۸۵)	۱۴/۹۶(۴/۳۸)	۱۴/۴۵(۴/۰۹)
فزون کنشی	۸/۰۶(۲/۷۷)	۸/۵۷(۲/۹۷)	۸/۲۵(۲/۸۶)
تکانشگری	۶/۱۹(۲/۱۶)	۶/۶۰(۲/۳۷)	۶/۳۵(۲/۲۵)
کندی زمان شناختی	۱۶/۲۹(۴/۸۴)	۱۶/۵۵(۵/۱۶)	۱۶/۴۰(۴/۹۷)
نمره کل	۲۸/۳۴(۷/۰۶)	۳۰/۱۲(۸/۱۸)	۲۹/۰۵(۷/۵۸)

جدول ۲. میزان شیوع نشانه‌های ADHD در دانشجویان به تفکیک جنسیت و کل نمونه

شاخص	دختر (n=۱۹۷۰)		پسر (n=۱۳۰۲)		کل(n=۳۲۷۲)	
	افراد بهنجار (فراوانی/درصد)	افراد نشانه دار (فراوانی/درصد)	افراد بهنجار (فراوانی/درصد)	افراد نشانه دار (فراوانی/درصد)	افراد بهنجار (فراوانی/درصد)	افراد نشانه دار (فراوانی/درصد)
نارسایی توجه	۱۸۷۶(۹۵/۲)	۹۴(۴/۸)	۱۲۰۴(۹۲/۵)	۹۸(۷/۵)	۳۰۸۰(۹۴/۱)	۱۹۲(۵/۹)
فزون کنشی	۱۸۲۵(۹۲/۶)	۱۴۵(۷/۴)	۱۱۶۶(۸۹/۶)	۱۳۶(۱۰/۴)	۲۹۹۱(۹۱/۴)	۲۸۱(۸/۶)
تکانشگری	۱۸۷۲(۹۵)	۹۸(۵)	۱۲۱۱(۹۳)	۹۱(۷)	۳۰۸۳(۹۴/۲)	۱۸۹(۵/۸)
نمره کل	۱۸۷۰(۹۴/۹)	۱۰۰(۵/۱)	۱۱۸۵(۹۱)	۱۱۷(۹)	۳۰۵۵(۹۳/۴)	۲۱۷(۶/۶)

جدول ۳. ضرایب همبستگی نشانه‌های اختلال ADHD و مؤلفه کندی زمان شناختی

متغیر	کندی زمان شناختی
نارسایی توجه	۰/۷۳***
فزون کنشی	۰/۴۸***
تکانشگری	۰/۴۰***

P<0.001

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 علایم این اختلال، از جمله نارسایی توجه و تکانشگری تا دوران بزرگسالی نیز تداوم می‌یابند. این پژوهش با هدف بررسی میزان شیوع نشانه‌های این اختلال در دانشجویان سال اول صورت گرفت. نتایج نشان داد که در نارسایی توجه ۵/۹ درصد، فزون‌کنشی ۸/۶ درصد، در تکانشگری ۵/۸ درصد و در نمره کلی مقیاس ADHD ۶/۶ درصد از کل دانشجویان دارای نشانه‌های مرضی هستند. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین، بیانگر شیوع بالای اختلال ADHD در بین دانشجویان می‌باشد. بخشانی و همکاران (۲۴) میزان شیوع نشانه‌های نارسایی توجه، فزون کنشی و تکانشگری را در بین دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان به ترتیب ۹/۷، ۷/۹ و ۶/۷ درصد برآورد کردند. عربگل و همکاران (۲۳) نیز میزان شیوع نارسایی توجه/فزون‌کنشی را در بین دانشجویان دختر دانشگاه شهید بهشتی ۳/۷ درصد برآورد کردند. پژوهش‌های انجام شده در کشورهای دیگر نیز میزان شیوع نشانه‌های ADHD را در دانشجویان بین ۲ تا ۱۰ درصد برآورد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.9.7]

کرده اند (۲۸-۲۷، ۲۲-۲۱). این آمارها نشان می‌دهد که ADHD و مشکلات فزون‌کنشی/تکانشگری و نارسایی توجه شیوع زیادی در بین دانشجویان دارد.

هم‌چنین مقایسه شیوع نشانه‌های مرضی در دختران و پسران دانشجو نشان داد مشکلات نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانشگری شیوع بیشتری در پسران دارد و نسبت شیوع در دو جنس تقریباً ۱ : ۱/۸ برآورد شد؛ گرچه این تفاوت در کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD از ۱ : ۳ در جمعیت عادی تا ۱ : ۹ در جمعیت بالینی برآورد شده است (۱، ۲۹)؛ اما این نسبت در بزرگسالی کاهش می‌یابد. پژوهش‌های انجام شده در خصوص شیوع ADHD در بزرگسالان نیز نسبت‌های مشابهی را برآورد می‌کند (۳۲-۳۰، ۱۴). اما لازم به ذکر است که این تفاوت در تعداد دختران و پسران برای هر سه نشانه و نمره کلی ADHD فقط در سطح آمار توصیفی می‌باشد و نتایج آزمون خی دو نشان داد این تفاوت فراوانی‌هابه لحاظ آماری معنی‌دار نیست. با این وجود، چند تبیین برای شیوع بیشتر ADHD در مردان نسبت به زنان، مطرح می‌شود. تبیین احتمالی اول این است که ممکن است ژن مرتبط با این اختلال بر روی کروموزوم X باشد و زنان به دلیل داشتن دو کروموزوم X، یک سیستم پس زمینه‌ای دارند که آنان را قادر می‌سازد تا نارساکنشی‌های مرتبط با ADHD را مهار و کنترل کنند، اما مردان به دلیل وجود کروموزوم Y از این سیستم پس زمینه‌ای محروم هستند و درصورت دریافت ژن یا ژن‌های مرتبط با ADHD به احتمال بیشتری نشانه‌های اختلال را بروز می‌دهند. تبیین دوم این است که مردان فزون‌کنشی و تکانشگری بیشتری نسبت به زنان نشان می‌دهند و این باعث می‌شود تا مشکلات بیشتری در خانه و مدرسه داشته باشند. بنابراین بیشتر برای ارزیابی ارجاع شده و بیشتر تشخیص ADHD را دریافت می‌کنند. اما زنان عمدتاً از مشکلات نارسایی توجه بیشتر رنج می‌برند و ضعف عملکرد آن‌ها ممکن است به علل دیگری هم‌چون پایین بودن ضریب هوشی نسبت داده شود، و به همین دلیل کمتر برای ارزیابی و تشخیص ارجاع می‌شوند. در مجموع، مردان به احتمال بیشتری کنش‌نمایی می‌کنند و در نتیجه بیشتر برای تشخیص ADHD و درمان آن ارجاع می‌شوند. با توجه به کاهش نشانه‌های فزون‌کنشی و تکانشگری در بزرگسالی می‌توان انتظار داشت که نسبت جنسی شیوع ADHD در بزرگسالی نسبت به دوران کودکی کاهش یابد.

دیگر یافته این پژوهش نشان داد نمرات کندی زمان شناختی رابطه معنی‌داری با نمرات سه نشانه اختلال ADHD یعنی نارسایی توجه، فزون کنشی و تکانشگری دارد. به عبارتی افراد مبتلا به اختلال ADHD با هر یک از زیر ریخت‌ها به طور معنی‌داری کندی زمان شناختی را نشان می‌دهند. اما با این وجود نمرات مؤلفه کندی زمان‌شناختی بیشترین همبستگی را با نمرات نارسایی توجه دارد. این یافته همسو با نتایج مطالعه Hartman، Willcutt، Rhee و Pennington (۳۳) می‌باشد که همبستگی قوی این مؤلفه با نارسایی توجه؛ و همبستگی ضعیف مؤلفه مذکور با فزون کنشی/ تکانشگری را گزارش کرده است. به عبارتی این یافته بیانگر آن است که افراد مبتلا به اختلال ADHD با زیر نوع نارسایی توجه نسبت به دیگر زیر نوع این اختلال، کندی زمان‌شناختی بیشتری را نشان می‌دهند. در حمایت از این یافته می‌توان گفت در DSM-III علایمی نظیر کندی، آشفتگی ذهنی، خیال‌پردازی و کم تحرکی که تحت عنوان "کندی زمان شناختی" مطرح شده‌اند، از علایم تشخیصی اختلال نارسایی توجه (ADD) می‌باشند (۵).

در مجموع با توجه به شیوع بالای نشانه‌های اختلال ADHD در دانشجویان؛ و پیامدهای منفی بسیار گسترده‌ای که این اختلال برای بزرگسالان و به ویژه دانشجویان در حوزه‌های مختلف عملکرد نظیر سلامت، روابط بین‌فردی، اشتغال، پیشرفت تحصیلی و سازگاری اجتماعی دارد (۳۴)؛ هم‌چنین به دلیل همبودی این اختلال با اختلال‌هایی هم‌چون سوءمصرف مواد (۳۵)؛ اجرای برنامه‌های جامع برای ارزیابی بالینی و سنجش نشانه‌های این اختلال در بین دانشجویان و ارایه خدمات درمانی برای افراد دارای نشانه‌های مرضی ADHD می‌تواند فواید زیادی در جهت کاهش پیامدهای ناشی از این اختلال داشته باشد.

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که اختلال ADHD فقط از طریق مقیاس خود گزارشی مورد ارزیابی قرار گرفت. صرف نظر از اعتبار بسیار بالای ابزار به کار رفته در این

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.9.7]

پژوهش، همواره در اجرای مقیاس‌های خود گزارشی امکان خطا و لغزش سهوی و عمدی در کمتر یا بیشتر گزارش نمودن نشانه‌های اختلال وجود دارد. بنابراین در پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن این موضوع می‌بایست از روش‌های دیگری همچون مصاحبه و حتی مشاهده در کنار ابزار خودگزارشی جهت تشخیص اختلال ADHD استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

ضمن تشکر از مسؤولین محترم مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه فردوسی مشهد؛ از کلیه دانشجویانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشته‌اند، کمال قدردانی را می‌نماییم.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed., text revised). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Sadock B J, Sadock V A. Kaplan & Sadok's Synapsis of psychiatry: Behavioral science/ clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. Murphy K V, Barkley R A, Bush T. Young Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Subtype Differences in Co morbidity, Educational, and Clinical History. J Nerv Ment Dis 2002; 190(3): 147-57.
4. Shepard K N. Sluggish Cognitive Tempo: A Unique Subtype of ADHD-PI or Just a Symptom? [PhD Thesis]. Austin, TX, United States: The University of Texas at Austin; 2009: 4.
5. Mc Burnett K, Pfiffner L, Frick P. Symptom Properties as a Function of ADHD Type: An Argument for Continued Study of Sluggish Cognitive Tempo. J Abnorm Child Psychol 2001; 29 (3): 207–13.
6. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. Brit J Psych 2006; 190: 402-9.
7. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. BMC Psych 2010; 10: 112-25.
8. Barkley R A, Murphy K V, Fischer M. ADHD in Adult: What science says?. New York: Guilford Press; 2008.
9. Sobanski E. Psychiatric co-morbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Psych Clin Neurosci 2006; 256: 26–31.
10. Biederman J, Mick E, Faraone S V. Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. Amer J Psych 2000; 157(5): 816–18.
11. Fasmer O B, Riise T, Eagan T M, Lund A, Dilsaver S C, Hundal I, et al. Comorbidity of Asthma With ADHD. J Atten Disord 2011; 15(7): 564 –71.
12. Matza L S, Van Brunt D L, Cates C, Murray L T. Test–Retest Reliability of Two Patient-Report Measures for Use in Adults With ADHD. J Atten Disord 2011; 15(7): 557 –63.
13. Barkley R A. Attention-deficit/ hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment.3thed.New York: Guilford Press; 2006.
14. Kessler R C, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners C K, Demler O. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication.Amer J Psych 2006; 163: 716-23.
15. Weyandt L L, DuPaul D. ADHD in College Students. J Atten Disord 2006; 10(1): 9-19.
16. Sarrami Foroushani P, Hashemi N. Common cause of ADHD and learning disorders, behavioral problems in students. J Teb & Tazkieh 2004;53: 25-31.
17. Weyandt L L, DuPaul D. ADHD in College Students: Developmental Findings. J Dev Disabil 2008; 14(4): 311-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.9.7]

18. DuPaul D, Weyandt L L, Dell S M, Varejao M. College Students With ADHD: Current Status and Future Directions. J Atten Disord 2009; 13(3): 234-50.
19. Advokat C, Lane SM, Luo C. College Students With and Without ADHD: Comparison of Self-Report of Medication Usage, Study Habits, and Academic Achievement. J of Atten Disord 2011; 15(8):656-66.
20. Alexander S J, Harrison A G. Cognitive Responses to Stress, Depression, and Anxiety and Their Relationship to ADHD Symptoms in First Year Psychology Students. J Atten Disord 2013; 17(1):29-37.
21. Tuttle J P, Scheurich N E, Ranseen J. Prevalence of ADHD Diagnosis and Nonmedical Prescription Stimulant Use in Medical Students. Academic Psych 2010; 34(3): 220-23.
22. DuPaul D, Schaughency EA, Weyandt L L, Tripp G, Kiesner J, Ota K, Stanish H. Self-Report of ADHD Symptoms in University Students: Cross-Gender and Cross National Prevalence. J Learn Disabil 2001; 34(4): 370-79.
23. Arabgol F, Hayati M, Hadid M. Prevalence of attention deficit / hyperactivity disorder in a group of students. Adv Cognit Sci 2004; 6(1-2): 73-8.
24. Bakhshani N, Raghibi M, Babaei S. Prevalence of adulthood attention deficit / hyperactivity symptoms in students of Sistan and Balouchestan University. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2011; 13(7): 18-22. [In Persian].
25. Barkley R A. Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV). New York: Guilford Press; 2011.
26. Mashhadi A, Hasani J, Hamzehlo M, Mirdoraghi F, Hossienzadeh Maleki Z. Prevalence of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in new incoming students of Ferdowsi University of Mashhad. Research Project: Department of Science, Office of Consulting and health; 2011. [In Persian].
27. Norvilitis J M, Ingersoll T, Zhang J, Jia S. Self-reported symptoms of ADHD among college students in China and the United States. J Atten Disord 2008; 11(5): 558-67.
28. Weyandt L L, Linterman I, Rice J A. Reported prevalence of attentional difficulties in a general sample of college students.J Psychopathol Behav Assess 1995; 17(3): 293-304.
29. Rucklidge J J. Gender differences in ADHD: Implications for psychosocial treatments. Neurotherapeutics 2008; 8(4), 643- 55.
30. Arnold L E. Sex differences in ADHD: Conference summary. J Abnorm Child Psychology 1996; 24(5): 555-69.
31. Park S, Cho M J, Chang S N, Jeon H J, Cho S J, Kim B S. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: Results of the Korean epidemiologic catchment area study. J Psychi Res 2011; 186: 378-83.
32. Fedele D A, Lefler E K, Hartung C M, Canu W H. Sex differences in the manifestation of ADHD in emerging adults. J Atten Disord 2012; 16(2): 109-17.
33. Hartman C A, Willcutt E G, Rhee S H, Pennington B F. The Relation Between Sluggish Cognitive Tempo and DSM-IV ADHD.J Abnorm Child Psycho 2004; 32 (5):491–503.
34. Barkley R A. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in adults: The latest assessment and treatment strategies. United State: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
35. Rooney M, Chronis-Tuscano A, Yoon Y. Substance use in college students with ADHD. J Atten Disord 2012; 16(3): 221–34.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.9.7]

The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and its association with Sluggish Cognitive Tempo in Students

Ali Mashhadi [1], Fatemeh Mirdoraghi [2], Jafar Hasani [3], Hamid Yaghoobi [4], Mohammad Hamzeloo [5], Zahra Hossainzadeh Maleki [6]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The aim of the present study was to investigate the prevalence of ADHD symptoms and its association with sluggish cognitive tempo (SCT) among freshmen of Ferdowsi University of Mashhad.

Methods and Materials: The statistical population of this descriptive cross-sectional study was all freshmen i.e. 3272 students of Ferdowsi university of Mashhad who completed the Barkley Adult ADHD Rating Scale (BAARS) by Census method. It is vital to note that the data were analyzed using Z scores, Chi-square, and Pearson correlation test.

Findings: The results proved that the prevalence of attention deficit, hyperactivity and impulsivity were 192 (5.9 percent), 281 (8.6 percent), and 189 (5.8 percent), respectively. In other words, according to total scores of BAARS, it is concluded that 217 (6.6 percent) of all university freshmen (100 females and 117 males) suffered from ADHD. In addition, the analysis of the correlation between the symptoms of hyperactivity, impulsivity and sluggish cognitive tempo showed that there was a higher correlation between attention deficit and sluggish cognitive tempo (r = 0.73).

Conclusions: The high prevalence of ADHD symptoms among students indicated the necessity of prevention and treatment programs for this disorder.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Impulsivity, Sluggish Cognitive Tempo, Student

Citation: Mashhadi A, Mirdoraghi F, Hasani J, Yaghoobi H, Hamzeloo M, Hossainzadeh Maleki Z. **The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and its association with Sluggish Cognitive Tempo in Students**. J Res Behave Sci 2014; 12(1): 103-111

Received: 28.11.2012 Accepted: 27.02.2014

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran (Corresponding Author):Email: Mashhadi@um.ac.ir
2- PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
3- Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
4- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Human Sciences, Shahed University, Tehran, Iran
5- .MSc of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
6- .MSc of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.9.7]