

بررسی مقایسه میزان بروز اختلال کم توجهی و بیش فعالی (ADHD) در میان نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آنان

بهروش حامدعلی^۱

^۱ .دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد واحد امارات

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی بررسی مقایسه میزان بروز اختلال کم توجهی و بیش فعالی (ADHD) در میان نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آنها انجام شد. در این پژوهش که از نوع مطالعه توصیفی مقطعی بود، جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی در رده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال با دارا بودن دامنه هوشی طبیعی و همتایان عادی آنها در شهر تهران می باشند. نمونه آماری به روش انتخاب در دسترس و روش تصادفی ساده انتخاب گردید. حجم نمونه ها تعداد ۵۲ نفر (۲۶ پسر و ۲۶ دختر) از نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی و ۵۲ نفر (۲۶ پسر و ۲۶ دختر) با لحاظ کردن ملاک های ورود و خروج از پژوهش از همتایان عادی آنها بودند که پس از نمونه گیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. از روش های آمار توصیفی (شامل میانگین، انحراف معیار و ...) و همچنین آمار استنباطی (آزمون تی دو نمونه مستقل) برای تجزیه و تحلیل داد ها استفاده گردید. نتایج نشان داد که ۷۱ درصد گروه نوجوانان تحت سرپرستی و ۱۴ درصد گروه نوجوانان عادی تشخیص اختلال نقص توجه و بیش فعالی را دریافت نمودند، همچنین نتایج نشان داد که نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی در مولفه های توجه و کنترل پاسخ تفاوت معناداری با یکدیگر دارند، بدین صورت که نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی نمرات پایینتری در مولفه های توجه و کنترل پاسخ اختلال کم توجهی و بیش فعالی دریافت نمودند. پیشنهاد می شود با توجه به نتایج پژوهش حاضر مداخلات درمان های شناختی و آموزش های مرتبط و مناسب با اختلال کم توجهی و بیش فعالی در مراکز شبانه روزی بهزیستی ارائه شود.

واژگان کلیدی: اختلال، کم توجهی و بیش فعالی، مراکز شبانه روزی بهزیستی، نوجوانان.

Comparing the Incidence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Adolescents Living In Welfare Boarding Centers and Their Normal Counterparts

¹ Behnoosh Hmedali.

. PHD of health psychology, Islamic Azad University, UAE branch.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the Comparing the Incidence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Adolescents Living In Welfare Boarding Centers and Their Normal Counterparts. In this cross-sectional descriptive study, the statistical population includes all adolescents living in a well-being boarding school in the age group of 15 to 18 years old with normal IQ rang and their regular counterparts in Tehran. The statistical sample was selected by convenient sampling and simple random sampling method. Sample size was 52 (26 boys and 26 girls) from adolescents living in well-being boarding centers and 52 (26 boys and 26 girls) from their normal counterparts who were selected after sampling. Descriptive statistics (including mean, standard deviation,) and inferential statistics (independent t-test) were used to analyze the data. The results showed that 71% of the under-cured and 14% of the control group received attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), The results also showed that adolescents living in well-being boarding centers and their regular counterparts in attention and response control components have a significant difference, so that adolescents living in well-being boarding centers have lower scores in attention and attention control components of attention deficit disorder And hyperactivity. It is suggested that according to the results of the present study, appropriate interventions and appropriate training with attention deficit hyperactivity disorder should be presented in well-being boarding centers.

Keywords: Adolescents, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Incidence, Welfare Boarding Centers.

مقدمه

اختلال نقص توجه و بیش فعالی ارتباط زیادی با عملکرد و پیشرفت تحصیلی ضعیف، عملکرد کاری مختل، پتانسیل بالا برای ارتکاب جرم، مصرف مواد، مشکلاتی در ارتباطات میان فردی و اختلالات روانپزشکی مانند اختلالات افسردگی و اضطرابی دارد. گرچه به موازات افزایش سن، مشکلات مربوط به تکانشگری کاهش می یابد، اما مشکلات مربوط به توجه، همچنان در بزرگسالی نیز تداوم می یابند و مشکلات بسیار ی برای فرد به همراه دارند. مطالعات طولی نشان می دهد که حدود ۷۵ درصد کودکان مبتلا در نوجوانی نیز این اختلال را به همراه دارند و در بزرگسالی این آمار به حدود ۵۰ درصد می رسد. امروزه تلاش های زیادی در همه ابعاد پیشگیری، درمانی و آموزشی در حوزه اعتیاد صورت می گیرد، اما تا حد زیادی این موضوع مورد غفلت واقع شده است که اختلال نقص توجه و بیش فعالی ارتباط زیادی با این اختلال دارد در مطالعه ای طولی ۱۰ ساله که بر ۲۶۸ کودک مبتلا در کشور ایالات متحده انجام دادند مشخص شد که این اختلال در کودکی یکی از پیش بین های قدرتمند اعتیاد در نوجوانی و بزرگسالی بود و این گروه در مقایسه با گروه کودکان عادی از میزان بیشتر مصرف سیگار و انواع مواد اعتیاد آور برخوردار بودند [11].

در سال های اخیر، به طور افزون به مشکلات روان شناختی کودکان و نوجوانان توجه شده است. درواقع، شناسایی مواردی که مشکلات بالینی دارند و بررسی نوع، شدت و توزیع مشکلات سلامت روان و اختلال های کودکان و نوجوانان، می تواند به منظور ارزیابی میزان شیوع آشفتگی های روان شناختی، تعیین روند کنونی آن ها و تحول فرضیه های سبب شناسی، به کار رود. ازجمله اختلال های رفتاری که شیوع آن در میان دانش آموزان باعث ایجاد مشکلاتی در خانواده ها، مدارس و جامعه می شود، اختلال نقص توجه/بیش فعالی است. در این زمینه همه گیرشناسی اختلال های رفتاری کودکان و نوجوانان به مثابه یکی از راهبردهای شناسایی و تشخیص اختلال های موردنظر است و بررسی شیوع آن، نقش مهمی در تدوین برنامه های جامع بهداشتی و اقدام برای پیشگیری دارد [2].

مرادی و همکاران [3] در پژوهش خود گزارش نمودند که اختلال نقص توجه و بیش فعالی در کودکان دبستانی شهر نیشابور در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۸۶ شیوع ۱۲/۵ درصدی دارد. شهیم، مهرانگیز و ویسفی [4] در شیوع ۵ تا ۸ درصدی در کودکان دبستانی (۷ تا ۱۱) سال شیرازی را گزارش نمودند. شفاعت و همکاران [5] نیز در بررسی خود که بر دانش آموزان ۱۷-۱۴ ساله دبیرستانی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۹۱ شهر ساری انجام دادند گزارش ۱۴ درصدی از شیوع این اختلال در این جمعیت ارائه دادند. نامداری و همکاران [6] نیز در بررسی خود که بر دانش آموزان مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳ در پایه های اول تا پنجم دبستانهای شهر خرم آباد انجام دادند، از شیوع ۱۷ درصدی این اختلال خبر دادند.

مطالعات زیادی در داخل کشور در شهرهای مختلف انجام شده است، که گاهی آمار متفاوتی را گزارش نموده اند که میتواند ناشی از تفاوت نوع ارزیابی ها و ملاک های ارزیابی باشد. اما جنبه مشترک تمامی این مطالعات، شیوع بالای این اختلال در گزارش های میزان شیوع اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در ایالات متحده از ۲ تا ۲۰ درصد کودکان مدارس ابتدایی متغیر است. رقم محتاطانه حدود ۳ تا ۷ درصد کودکان مدارس ابتدایی در سنین پیش از بلوغ است. انجمن روانشناسی آمریکا نیز شیوع ۵ درصدی در کودکان و ۲/۵ درصدی در بزرگسالان را گزارش نموده است [7].

شیوع اختلال ADHD در بزرگسالان از طریق مطالعات طولی که کودکان مبتلا به ADHD را تا بزرگسالی پیگیری کرده اند، به دست آمده است. نتایج چند مورد از این پژوهش های طولی نشان دادند که این اختلال عموماً در طی دوران رشد پایدار بوده و در ۳۰ تا ۷۰ درصد موارد نشانه ها تا دوران بزرگسالی نیز تداوم می یابد [8]. از اوایل دهه ۱۹۹۰ این اختلال به عنوان یک اختلال رسمی در بزرگسالان پذیرفته شد [9]، اما هنوز اطلاعات کمی درباره میزان شیوع این اختلال در بزرگسالان وجود دارد. در مطالعه ای که اخیراً با نمونه بسیار بزرگی از جمعیت بزرگسال در ایالات متحده انجام شده است، شیوع این اختلال را ۵ درصد در بزرگسالان برآورد کرده است [10]. همچنین پژوهش های مختلف میزان بروز این اختلال در بین دانشجویان را بین ۲ تا ۸ درصد برآورد کرده اند [7]. در پژوهشی که توسط عربگل، حیاتی، حدید [11] در بین دانشجویان دختر دانشگاه شهید بهشتی انجام شد میزان شیوع این اختلال را ۳٫۷ درصد برآورد کردند. همچنین در پژوهش دیگری که توسط بخشانی، رقیبی و بابایی [12] در بین دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان انجام شد میزان شیوع نشانه های نارسایی توجه ۹٫۷ درصد، فزون کنشی ۷٫۹ درصد و تکانشگری ۶٫۷ درصد برآورد شد که نشان از میزان بروز بالای این اختلال در جمعیت بزرگسال می باشد. پژوهش های کمی در دسترس می باشد که زیر گونه های این اختلال را در گروه بزرگسالان مقایسه کرده باشند، اما شواهد چندی وجود دارد که نشان می دهند نشانه های فزون کنشی/ تکانشگری معمولاً در بزرگسالان رو به کاهش گذاشته، اما نشانه های نارسایی توجه تا دوران بزرگسالی پایدار بوده و حتی ممکن است افزایش یابد [13]. پیسکا [14] سه زیر گونه این اختلال را در بین تعداد ۱۴۹ بزرگسالی که مبتلا به ADHD تشخیص داده شده بودند را بررسی کرده و دریافتند که ۵۶٪ از آنها در زیر گروه ترکیبی، ۳۷٪ در زیر گروه نارسایی توجه و فقط ۲٪ در زیر گروه فزون کنشی/ تکانشگری دسته بندی شدند.

اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در بزرگسالان غالباً با دامنه گسترده ای از مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری، خصومت ورزی، رفتارهای ضد اجتماعی، به خطر انداختن سلامت شخصی، بی احتیاطی و سرعت بالا در رانندگی، ناتوانی در مدیریت مالی و اقتصادی، رفتارهای ناهنجار جنسی، مشکلات زناشویی، فرزندپروری، مصرف مواد و داروها، سیگار و الکل [8] و اختلال ها عصب شناختی و روانپزشکی همراه است. بیش از ۸۰ درصد از افراد مبتلا به ADHD حداقل ملاکهای لازم برای تشخیص یک اختلال، بیش از ۵۰ درصد ملاکهای دو اختلال و بیش از یک سوم آنها ملاکهای سه اختلال را برآورده می کنند (بیش از ۵۰٪ از بزرگسالان مبتلا به ADHD یکی از اختلال های سوء مصرف مواد را نیز دارا می باشند [15] اختلال شخصیت ضد اجتماعی یکی از اختلال هایی است که در ۱۸ تا ۲۳ درصد از بزرگسالان مبتلا به ADHD و بخصوص در موارد همبود با اختلال سلوک در کودکی بروز می کند (سوبانسی، ۲۰۰۶). همچنین پژوهش ها نشان دادند که میزان بروز دیگر اختلال های شخصیت همچون اختلال شخصیت مرزی و شخصیت افسرده، اختلال دوقطبی، اختلال های خواب و اختلال های خوردن در بزرگسالان مبتلا به ADHD نسبت به جمعیت بالینی و عادی بیشتر می باشد [11].

۲. روش

این تحقیق بصورت یک مطالعه توصیفی مقطعی انجام شد، جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی در رده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و همتایان عادی آنها در شهر تهران می باشند. نمونه آماری به روش انتخاب در دسترس و روش تصادفی ساده انتخاب گردید. حجم نمونه ها تعداد ۵۲ نفر (۲۶ پسر و ۲۶ دختر) از نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی و ۵۲ نفر (۲۶ پسر و ۲۶ دختر) از همتایان عادی آنها می باشد. با مراجعه به مرکز بهزیستی تهران و معرفی طرح ودعوت از آنها جهت شرکت در پژوهش و گرفتن مجوز ورود

به مراکز شمیرانات، شهری، اسلام شهر و پیچ شمیران، و نهایتاً گرفتن مجوز ورود به مراکز شبانه روزی نگهداری نوجوانان بی سرپرست با مراجعه به این مراکز و دعوت از مسئولین این مراکز به شرکت در پژوهش و در نهایت دعوت از نوجوانان داوطلب این مراکز و معرفی طرح و توجیه آنان به شرکت در تحقیق و انجام آزمون های ارائه شد همچنین با مراجعه به مرکز آموزش و پرورش شهر تهران و معرفی طرح و دعوت به شرکت در پژوهش و گرفتن مجوز برای مناطق تهران به انجام آزمون های پژوهش در نوجوانان عادی اقدام گردید. در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل نتایج بدست آمده از مقایسه میانگین ها برای توصیف و از آزمون t مستقل برای استنباط داده ها استفاده شد.

ابزارهای تحقیق

تست کامپیوتری : IVA

این تست برای ارزیابی توجه و تکانشگری مورد استفاده قرار می گیرد و تمرکز آن بیشتر بر روی افراد ADHD و آنها که نقص توجه دارند است. این تست برای افراد شش سال به بالا انجام می شود. این تست یک تست کامپیوتری است که ابتدا یک آموزش دارد که مراحل و نحوه تست زدن را آموزش می دهد و بعد از آموزش اولیه تست شروع می شود و حدود ۲۰ دقیقه طول می کشد. این تست هم دیداری است و هم شنیداری. نتایج مطالعات نشان می دهد که آزمون IVA برای شناسایی اختلال در توجه، بی دقتی و تکانشگری طراحی شده، بنابراین این آزمون حساسیت کافی (۹۲٪) و قدرت پیش بینی (۸۹٪) را برای تشخیص درست ADHD در کودکان دارد. اعتبار آزمون در روش باز آزمون نشان می دهد ۲۲ مقیاس IVA با یکدیگر رابطه مستقیم دارد. به طور کلی یافته ها نشان می دهد که این آزمون از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی در بررسی توجه و دقت و تشخیص ADHD برخوردار می باشد [8].

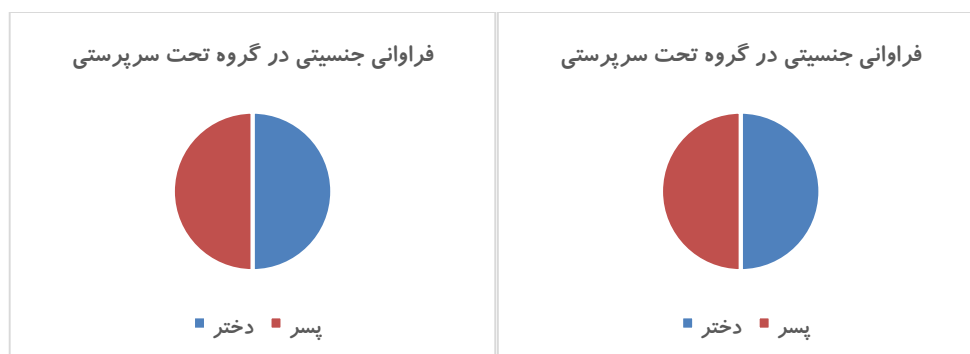
آزمون هوش و کسلر بزرگسالان :

برای گروه ۱۵ سال به بالا مناسب است و از آنجا که نمونه مورد نظر شامل دانش آموزان دختر و پسر با میانگین سنی ۱۶/۵ (کلاس دهم) است، از این آزمون هوش استفاده شده است. نحوه این آزمون به صورت فردی است و حداقل برای هر نفر نزدیک به دو ساعت به طول می انجامد. اجرای این آزمون به عهده شخص پژوهشگر بوده و اجرای این مرحله از پژوهش حدود ۲۰۰ ساعت به طول انجامیده است. آزمون هوش و کسلر بزرگسال در دو مقیاس گروه بندی شده است : هوشبهر کلامی که مواد آن برای سنجش زبان است (مثل آزمون شباهتها) و هوشبهر عملی که براساس آزمون های فرعی است. آزمون های فرعی هوش برای آن تنظیم شده اند که مهارت های خاص مثل درک واژگان، تشخیص شباهت ها و تفاوت ها، توانایی به خاطر سپردن اعداد و ساختی طرح هایی با مکعب های چوبی و رنگی را اندازه گیری می کند. آزمون های فرعی را می توان به صورت جداگانه نمره گذاری کرد. و کسلر در تدوین مقیاس های هوشی خود، هوش را چنین تعریف کرده است : استعداد کلی فرد برای انجام عملی هدفمند، تفکر منطقی و برخورد موثر با محیط. در مقیاس های و کسلر، به جای آنکه ماده ها به صورت سطوح سنی تنظیم شوند، ماده های مشابه به صورت آزمون های فرعی درآمده اند و به ترتیب دشواری صعودی در هر آزمون فرعی قرار گرفته اند. از این لحاظ در این مقیاس ها از طراحی شبیه آزمون های گروهی استفاده شده است که در آزمون هوش استنفورد - بینه مشاهده نمی شود.

در این آزمون از فرم هوش و کسلر تجدید نظر شده استفاده شده است

3. یافته ها

میانگین سنی گروه تحت سرپرستی بهزیستی ۱۶/۲۱ سال با انحراف معیار ۲/۸۶ سال بود، میانگین سنی گروه همتایان عادی نیز ۱۶/۴۳ با انحراف معیار ۲/۶۶ سال بود. میانگین نمره هوش کلی گروه تحت سرپرستی بهزیستی ۹۸/۱۹ با انحراف معیار ۸/۱۳ و میانگین نمره هوش کلی گروه همتایان عادی نیز ۱۰۴/۶۵ با انحراف معیار ۵/۶۵ بود. هر دو گروه مورد پژوهش از نظر جنسیتی برابر بودند (۲۶ پسر و ۲۶ دختر). در نمودار ۱ فراوانی جنسیتی آزمودنی ها ارائه شده است.



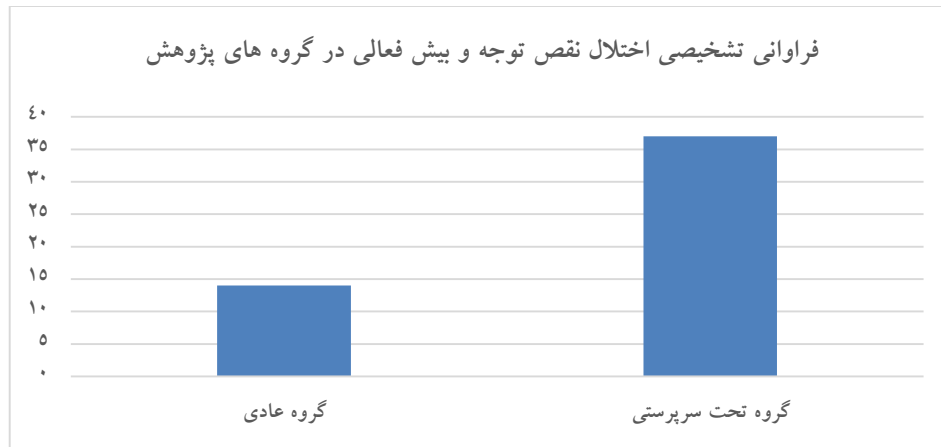
نمودار ۱: فراوانی جنسیتی در گروه های پژوهش

همچنین با توجه به ارزیابی آزمودنی ها با استفاده از آزمون IVA و بررسی ملاک های تشخیصی اختلال نقص توجه و بیش فعالی با توجه به پنجمین راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانپزشکی، در گروه تحت سرپرستی ۳۷ نفر و در گروه همتایان عادی نیز ۱۴ نفر تشخیص اختلال نقص توجه و بیش فعالی را دریافت کردند. در جدول ۱ نیز فراوانی تشخیصی در دو گروه پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱: فراوانی تشخیصی در دو گروه پژوهش

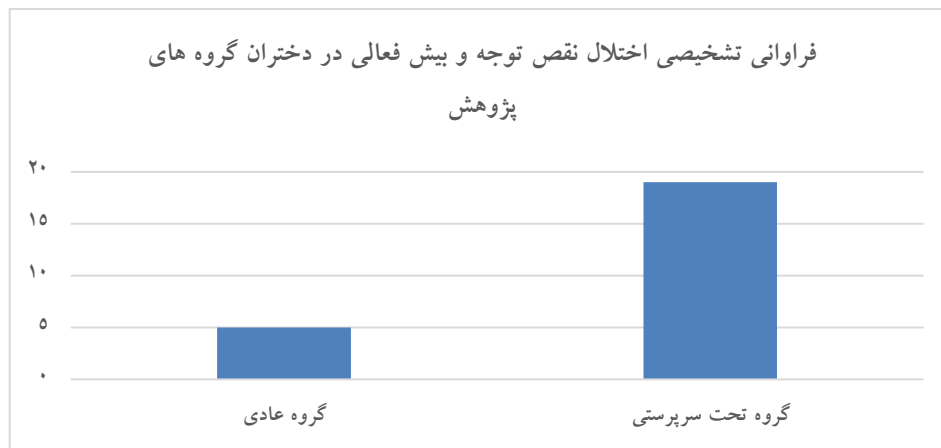
گروه عادی			گروه تحت سرپرستی		
پسران میانگین فراوانی (درصد)	دختران فراوانی (درصد)	کل آزمودنی ها فراوانی (درصد)	پسران فراوانی (درصد)	دختران فراوانی (درصد)	کل آزمودنی ها فراوانی (درصد)
(۰/۳۵)۹	(۰/۱۹)۵	(۰/۲۶)۱۴	(۰/۶۹)۱۸	(۰/۷۳)۱۹	(۰/۷۱)۳۷

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود ۷۱ درصد گروه تحت سرپرستی و ۱۴ درصد گروه تحت سرپرستی تشخیص اختلال نقص توجه و بیش فعالی را دریافت کرده اند. در نمودار های ۱ تا ۳ نیز فراوانی تشخیصی اختلال نقص توجه و بیش فعالی در گروه های پژوهش ارائه شده است.

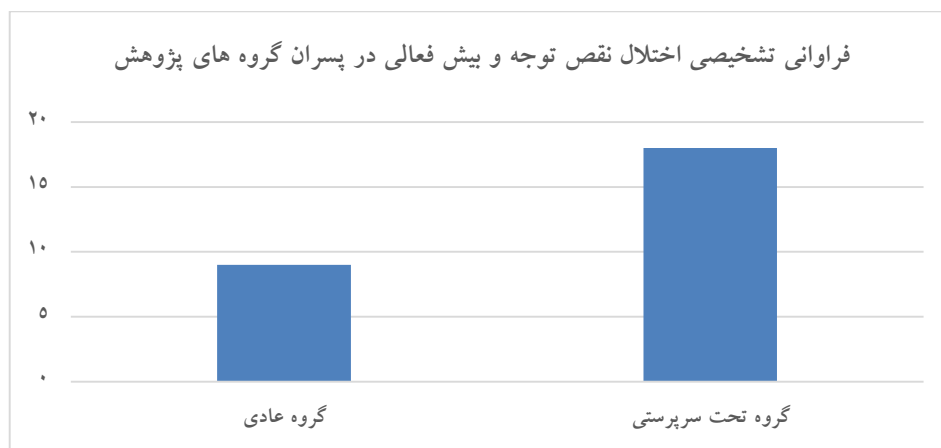


نمودار ۲: نتایج توصیفی دو گروه پژوهش در تشخیصی اختلال نقص توجه و بیش فعالی

در نمودار ۲ و ۳ نیز نتایج توصیفی فراوانی تشخیصی اختلال نقص توجه و بیش فعالی در پسران و دختران به صورت جداگانه در گروه های پژوهش ارائه شده است.



نمودار ۳: نتایج توصیفی دختران دو گروه پژوهش در تشخیصی اختلال نقص توجه و بیش فعالی



نمودار ۴: نتایج توصیفی پسران دو گروه پژوهش در تشخیصی اختلال نقص توجه و بیش فعالی

در جدول ۲ نتایج توصیفی دو گروه پژوهش در آزمون IVA ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه مورد ارزیابی

سطح معناداری	T	درجه آزادی	گروه تحت سرپرستی		گروه عادی		متغیر	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۰۱	۴/۲۱	۱۰۶	۱۰/۴۵	۹۶/۷۸	۲۵/۵۴	۱۳۸/۴۲	توجه	IVA
۰/۰۰۱	۹/۶۵	۱۰۶	۱۳/۳۵	۱۰۴/۴۳	۱۲/۵۷	۱۹۵/۷۶	کنترل پاسخ	

همانطور که مشاهده می شود دو گروه پژوهش در مولفه های آزمون IVA با یکدیگر تفاوت معناداری دارا می باشند.

۴. بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی با دامنه هوشی طبیعی در مقایسه با همتایان عادی فراوانی تشخیصی بیشتری در اختلال نقص توجه و بیش فعالی کسب نمودند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که نوجوانان ساکن مراکز بهزیستی در مقایسه با گروه عادی در مولفه های تکانشگری، بی توجه و ریخت ترکیبی، میانگین نمرات بیشتری کسب نمودند.

این مطالعه نشان داد که در جامعه ی کودکان ساکن بهزیستی اختلال کمبود توجه و بیش فعالی از شیوع بالایی برخوردار است و به طور معنی داری با کودکان عادی متفاوت می باشد. این مورد اهمیت حضور روانشناسان را در این مراکز، شناسایی زود هنگام این اختلالات در سنین پایین تر با استفاده از تست های غربالگری و در نتیجه ارجاع زود هنگام دانش آموزان برای پیگیری و درمان را مشخص میکند. با توجه به تنوع فرهنگی و جغرافیایی کشور، محدودیت نمونه ی انتخاب شده، انجام این پژوهش در سایر مناطق کشور پیشنهاد می گردد.

اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در بزرگسالان غالباً با دامنه گسترده ای از مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری، خصومت ورزی، رفتارهای ضد اجتماعی، به خطر انداختن سلامت شخصی، بی احتیاطی و سرعت بالا در رانندگی، ناتوانی در مدیریت مالی و اقتصادی، رفتارهای ناهنجار جنسی، مشکلات زناشویی، فرزندپروری، مصرف مواد و داروها، سیگار و الکل [8]. اختلال شخصیت ضد اجتماعی یکی از اختلال هایی است که در ۱۸ تا ۲۳ درصد از بزرگسالان مبتلا به ADHD و بخصوص در موارد همبود با اختلال سلوک در کودکی بروز می کند. ویانت و همکاران [17] مطالعه در مورد میزان بروز اختلال ADHD در بین زندانیان بزرگسال کشورهای مختلف را مرور کردند و این میزان را در دامنه ۲۴٪ تا ۶۴٪ برآورد کردند در مطالعه آلمان [18] دریافتند که ۴۵٪ از جمعیت زندانیان زیرگونه های مختلف ADHD را درمقایسه با ۹٫۴٪ از گروه کنترل نشان دادند. در این مطالعه دریافتند که ۸۵٫۵٪ از افراد مبتلا به ADHD اختلال همراه سوء مصرف یا وابستگی به مواد و ۳۰٫۲٪ آنها اختلال شخصیت ضد اجتماعی را دارا می باشند. نتایج این پژوهش ها نشان از میزان بروز بسیار بالای این اختلال در جمعیت زندانیان دارند.

قبلاً اعتقاد بر این بود که با بزرگ شدن این کودکان، مشکل بیش فعالی و کم توجهی در آنها حل می شود. البته این امر در درصد بسیار کمی از کودکان مصداق دارد چون حتی اگر بیش فعالی در این کودکان از بین برود، بی توجهی در بزرگسالی هم با آنها ادامه پیدا می کند و منجر به صدمات مختلفی در زندگی فردی و اجتماعی از قبیل بی ثباتی زندگی زناشویی و بی ثباتی شغلی می شود. البته این مسئله درست است که کودک ممکن است بیش فعال باشد ولی به تحصیل او لطمه ای وارد نشود. کودکان باهوش مشکلی از این نظر ندارند چون هوش خیلی زیاد آنها مشکل بی توجهی را حل می کند اما در مراتب بالاتر تحصیل بی توجهی خودش را کاملاً نشان می دهد. پس هوش یکی از مشخصه هایی است که می تواند بی توجهی را تحت پوشش قرار دهد. ولی اگر بیش فعالی درمان نشود، این عامل هم در برابر بی توجهی موثر خواهد بود [19].

اختلال نقص توجه و بیش فعالی بزرگسالان یک اختلال روانی است که به صورت اختلال در حفظ تمرکز فکری و بیش فعالی و رفتارهای تکانشی و غیرعادی بروز می کند. علایم اختلال نقص توجه و بیش فعالی در بزرگسالان می تواند به مواردی مانند روابط ناپایدار، عملکرد نامناسب کاری و تحصیلی و اعتماد به نفس پایین منجر شود. اختلال نقص توجه و بیش فعالی همیشه در اوایل دوران کودکی شروع می شود

اما در برخی موارد تا زمان بزرگسالی نیز تشخیص داده نمی شود. در گذشته تصور می شد که اختلال نقص توجه و بیش فعالی تنها محدود به دوران کودکی می شود اما اکنون دیده شده که علایم این اختلال تا دوران بزرگسالی نیز ادامه پیدا می کند. در برخی بیماران اختلال نقص توجه و بیش فعالی بزرگسالان باعث مشکلاتی می شود که با درمان بهبود می یابند [20].

منابع

- [1] Bianchini, R., Postorino, V., Grasso, R., Santoro, B., Migliore, S., Burlò, C., . Mazzone, L. (2013). Prevalence of ADHD in a sample of Italian students: A population-based study. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2543-2550. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.05.027>
- [2] Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. doi:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
- [۳] مرادی، علی،، خباز، مهدی،، آگاه، تهمینه، فروش زاده، علی . رضوان، بیژن. (۱۳۸۶). شیوع بیش فعالی - نقص توجه (ADHD) در کودکان دبستانی شهر نیشابور طی سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵. مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۱۰ (۷): ۳۷-۴۳
- [۴] سیما، شهیم،، مهرانگیز، لیلا، یوسفی، فریده (۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در کودکان دبستانی. مجله بیماری های کودکان ایران. ۱۷ (۲): ۲۱۱-۲۱۷
- [۵] شفاعت، عارفه،، تیرگری، سراج عبدالحکیم،، دانشپور، سید محمد مهدی،، حاجیان، مینا، خادمی، محمد. (۱۳۹۲). بررسی شیوع اختلال بیش فعالی و نقص توجه در دانش آموزان دبیرستان های شهرستان ساری. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران ؛ ۲۳ (۱۰۴): ۱۲-۱۸
- [۶] نامداری، پریرسا، نظری، هدایت،، طراحی، محمد جواد،، محمدی، محمدرضا. (۱۳۸۷). میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش فعالی در کودکان دبستانی شهر خرم آباد. مجله علمی پژوهشی یافته؛ ۱۰ (۴): ۴۴-۴۹
- [7] Rowland, A. S., Lesesne, C. A. & Abramovitz, A. J. (2009). The Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *mental retardation & developmental disabilities research reviews*, 8, 162-170.
- [8] Sobanski E.(2006), Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256, 26-31.
- [9] Barkley, R. A.(2006). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, third edition, New York. Guilford Press.
- [10] Barkley, R.A. Murphy.k.v, Fischer.M (2008). *ADHD in Adult*. New York. Guilford Press.
- [۱۱] عربگل، فریبا؛ حیاتی، مرتضی؛ حدید، مائده (۱۳۸۳) شیوع اختلال بیش فعالی - کم توجهی در گروهی از دانشجویان، تازه های علوم شناختی، سال ۶، شماره ۱ و ۲.
- [۱۲] بخشانی، نورمحمد؛ رقیبی، مهوش؛ بابایی، سمانه (۱۳۸۸) شیوع علائم بیش فعالی و نارسایی توجه بالغین در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان، مجله پژوهش های علوم پزشکی زاهدان.
- [13] Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 121, 65-94.
- [14] Pliszka S.R (2009) *Treating ADHD and Comorbid Disorders: Psychosocial and Psychopharmacological Interventions*. New York. Guilford Press.
- [15] Halmoy. A (2011), *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adults*, thesis for doctoral degree (Ph.D), University of Bergen.
- [۱۶] صدراالسادات سیدجلال، هوشیاری زهرا، زمانی رضا، صدراالسادات لیلا. (۱۳۸۶). تعیین مشخصات روان سنجی مقیاس درجه بندی SNAP-IV، اجرای والدین. مجله توانبخشی. ۸ (۴): ۵۹-۶۵.
- [17] Weyandt L.L, DuPaul D, (2006), ADHD in College Students. *Journal of Attention Disorders*, 10 , 9-19.
- [18] Vermeiren R (2003) Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. *Clinical Psychology Review* 23,277-318.

- [19] Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N, (2010), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder, *BMC Psychiatry*, 2010, 10,112-125.
- [20] Sadeghi Movahhed, F., & Rezaei Ghalechi, E. (2012). P-325 - Survey of adhd prevalence among college students reside in hostel of ardabil medical university. *European Psychiatry*, 27, 1.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74492-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74492-9)