

شیوع اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی در گروهی از دانشجویان

دکتر فریبا عربگل^۱

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر مرتضی حیاتی

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

دکتر مائده حدید

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

هدف: اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی (ADHD) در بزرگسالان به عنوان یک بیماری مهم، روز به روز بیشتر شناخته می‌شود، با این حال شیوع و عوارض آن در دانشجویان کمتر مورد توجه قرار گرفته است. هدف این مطالعه توصیفی، تخمین شیوع آن در گروهی از دانشجویان ایرانی می‌باشد. **روش:** این مطالعه از نوع مقطعی است و در آن ۴۰۹ نفر از دانشجویان خوابگاه فاطمه الزهرا (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و بعد از کنار گذاشتن ۱۶۵ نفر (بر اساس معیارهای خروج از مطالعه)، بقیه بر طبق پرسشنامه اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی کانرز که از نوع خود گزارشگری است بررسی شدند. داده‌ها با آزمون‌های کای دو و فیشر بررسی شدند. **یافته‌ها:** شیوع ADHD در جمعیت مورد مطالعه ۳/۷٪ به دست آمد (بر اساس شاخص بیش‌فعالی - کم‌توجهی) که بیشترین فراوانی (۷/۸٪) به زیر مقیاس B (بیش‌فعالی - بی‌قراری) و کمترین فراوانی (۲٪) به زیر مقیاس D (مشکلات تصور کلی از فرد) و زیر مقیاس A (کم‌توجهی - مشکل حافظه) مربوط بود. در گروه ADHD، میزان بالاتری از سابقه اختلال روانپزشکی و همچنین سابقه مصرف داروهای روانپزشکی وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد که غربالگری دانشجویان دارای این اختلال و نیز بررسی بیشتر و معرفی آنها به روانپزشک به منظور درمان ضروری باشد تا از این طریق به بهبود عملکرد و روابط آنها کمک شود.

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی^۲ (ADHD) یک الگوی رفتاری است که در کودکی ظاهر می‌شود و از نظر تکاملی با میزان نامتناسبی از عدم توجه، تکانش و پرتحرکی بروز می‌کند. زمانی این اختلال یک بیماری دوران کودکی تلقی می‌شود که تأثیر اندکی بر عملکرد دوره بزرگسالی بگذارد، در حالی که تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که تعداد زیادی از کودکان ADHD، در طول زندگی‌شان اثراتی از مهار گسیختگی، تکانشگری، به‌هم ریختگی،

بی‌توجهی و بی‌ثباتی هیجانی را تجربه می‌کنند (تیتز^۳، ۱۹۹۸). مطالعات طولی نشان داده‌اند که ADHD به دوره بزرگسالی کشیده می‌شود و برای عده زیادی که در کودکی این تشخیص را گرفته‌اند، مشکل ایجاد می‌کند (بارکلی^۴، فیشر^۵، ادلبروک^۶ و اسمالیش^۷، ۱۹۹۰؛ وندر^۸، ۱۹۹۵؛ ویس^۹ و هچمن^{۱۰}، ۱۹۹۳). ۶۶ درصد از این افراد گزارش می‌کنند که حداقل یک علامت از اختلال (مانند بی‌قراری، تمرکز ضعیف، تکانشگری و حالات

2- Attention Deficit - Hyperactivity Disorder

4- Barkley

6- Edlbrock

8- Wender

10- Hechtman

3 - Teeter

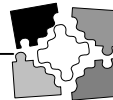
5- Fischer

7- Smallish

9- Weiss

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین، مجموعه روانپزشکی.

E-mail: faribaarab@yahoo.com



زندگی اجتماعی، ثبات روابط نزدیک و مهارت حل مسأله (پاری^۸ و همکاران، ۲۰۰۲) و نیز مفید بودن روش خود گزارشگری در تشخیص این اختلال در بزرگسالان و توصیه برخی مطالعات به بررسی این بیماری در دانشجویان (فولویلر، ۱۹۹۹) و نیز پاسخ مناسب و مؤثر درمانی (در صورت تشخیص به موقع این اختلال) ما را بر آن داشت تا به بررسی شیوع و عوامل خطر احتمالی آن در جمعیت دانشجویان یک خوابگاه بپردازیم.

روش

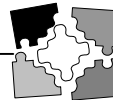
این مطالعه از نوع مقطعی^۹ توصیفی و نمونه‌گیری آن به شیوه در دسترس می‌باشد. در این بررسی دو پرسشنامه وجود دارد که فرم شماره یک به مشخصات دموگرافیک، تحصیلی و بالینی فرد می‌پردازد و فرم شماره دو شامل پرسشنامه تشخیصی کوتاه اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی بزرگسالان کانرز^{۱۱} (CAARS-S:S) (کانرز^{۱۱}، ارهارد^{۱۲} و اسپارو^{۱۳}، ۱۹۹۹) می‌باشد که هر دو به صورت خود گزارشگری و بدون ذکر نام و نام خانوادگی است. دانشجویان پس از توجیهات لازم دو فرم مذکور را تکمیل کردند و محرمانه در جعبه حاوی پرسشنامه‌های تکمیل شده انداختند. بدین ترتیب بیشترین تلاش برای کاهش سوگیری به عمل آمد. جامعه مورد بررسی شامل ۴۰۹ نفر از دانشجویان ساکن خوابگاه خواهران دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود که با نمونه‌گیری به صورت مراجعه به تک‌تک اتاق‌ها و توضیح، توزیع و جمع‌آوری فرم‌های مربوطه انتخاب شدند. معنادار بودن رابطه بین متغیرها بر اساس آزمون‌های کای‌دو^{۱۴} و فیشر^{۱۵} تعیین شد.

پرسشنامه تشخیصی کوتاه اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی بزرگسالان کانرز (CAARS-S:S) پرسشنامه‌ای است با پایایی و روایی مناسب شامل ۲۶ آیتم صفر تا سه امتیازی که در تصحیح آن از پنج زیر مقیاس زیر استفاده می‌شود (کانرز و همکاران، ۱۹۹۹).

انفجاری) را دارند. ۶۴ درصد از بی‌قراری شکایت دارند و بی‌قراری ۴۴ درصد از آنها در طی مصاحبه‌های بالینی مشهود است (ویس و هچمن، ۱۹۹۳).

بین ۷۰-۳۰ درصد کودکان مبتلا به این اختلال، در نوجوانی و بزرگسالی هم معیارهای تشخیصی DSM-IV را دارند (کلابین^۱ و مانوزا^۲، ۱۹۹۱؛ بویک^۳ و استاب^۴، ۲۰۰۰). مشکلات توجه و تمرکز و سیستم حرکتی، تکانشگری، به هم ریختگی، عدم تحمل استرس، تغییرات هیجانی و خلقی و احتمالاً اختلال در روابط بین فردی، ADHD بزرگسالان را مشخص می‌کند (تیتز، ۱۹۹۸). اختلال و مشکلات توجه در دوره بزرگسالی، به خصوص برای دانشجویان کالج، مشکل‌زا خواهد بود. افراد بالغ مبتلا به ADHD در برنامه‌ریزی، تکمیل و به پایان رساندن تکالیف، انجام دادن به موقع وظایف کاری، گوش دادن به صحبت‌های دیگران، حفظ توجه هنگام خواندن، تصمیم‌گیری با فکر و ... مشکل دارند (وندر، ۱۹۹۵). ویژگی‌های دیگر این بیماری، ناپایداری عاطفی، عصبانیت‌های ناگهانی و شدید، پاسخ‌های هیجانی شدید، آشفتنگی در انجام کارها، بی‌ثباتی در روابط بین فردی، ناکامی شغلی و تحصیلی، سوء مصرف الکل و پاسخ‌های غیرمعمول به روان‌درمانی می‌باشد (کاپلان^۵ و سادوک^۶، ۲۰۰۰). پیگیری ۱۵ ساله بیماران ADHD نشان داده است که این افراد در کار کردن به طور مستقل، انجام وظایف شغلی، به اتمام رساندن و تکمیل تکالیف و نیز در شغل خود مشکل دارند. مشکلات کاری افراد بیش‌فعال احتمالاً به دلیل پیشرفت تحصیلی پایین‌تر، مشکلات یادگیری قبلی، مشکلات تکانه‌ای بودن و ... آنهاست. علاوه بر موارد فوق، در مطالعات مختلف وضعیت ازدواج و شغل آینده مبتلایان، به این بیماری نشان داده شده است. کارکرد بزرگسالان واجد اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی ممکن است در بعضی زمینه‌ها خوب و در برخی نامطلوب باشد. با آگاهی از این موضوع، درمانگر و فرد مورد نظر می‌توانند برای تقویت توانایی‌ها و جبران ضعف در دیگر زمینه‌ها راهکارهایی پیدا کنند (تیتز، ۱۹۹۸). با توجه به وجود موارد زیادی از این بیماری در جامعه (شیوع ۳-۶٪)، به نظر می‌رسد که به دانشجویان مبتلا به این اختلال توجه کمی شده است (فولویلر^۷، ۱۹۹۹). تأثیر منفی این اختلال بر وضعیت تحصیلی و شغلی،

1- Klein
3- Bewick
5- Kaplan
7- Fulwiler
9- cross-sectional
10- Conner's Adult ADHD Rating Scale - Self report form & Subscale
11- Conners
13- Sparrow
15- Fisher's exact test
2- Mannuzza
4 - Stubbe
6- Sadock
8- Pary
12- Erhardt
14- chi-square



ADHD زیر ۶۵) از نظر میانگین سنی تفاوت معناداری وجود نداشت. ۹۱ درصد نمونه‌ها مجرد بودند که از نظر تأهل و مجرد نیز بین دو گروه تفاوت معناداری نبود. دو گروه از نظر مقطع تحصیلی نیز تفاوت آماری معناداری نداشتند.

در مجموع، ۲۱ نفر از کل نمونه‌ها گزارش کرده بودند که بر اساس تشخیص پزشک معالج قبلی، سابقه اختلال روانپزشکی داشته‌اند. در گروه ADHD، سابقه اختلال روانپزشکی به طور معناداری بیشتر از گروه مقابل بود ($X^2=7/2, p<0/03$). سابقه مصرف داروی روانپزشکی در گروه ADHD بیشتر بود و بین دو گروه از این نظر تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/006$). به دلیل آنکه مقادیر مورد انتظار در مورد متغیرهای دارو و سابقه اختلال روانپزشکی کمتر از دو بود، از آزمون فیشر استفاده شد که نتایج به تفصیل در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت فاقد و دارای اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی ($n=244$)

متغیر	با اختلال فراوانی (%)	بدون اختلال فراوانی (%)	سطح معنی‌داری
مقطع تحصیلی			
کاردانی	۳ (۳۳/۳)	۲۳ (۹/۸)	ns
کارشناسی	۵ (۵۵/۶)	۱۲۵ (۵۳/۲)	
کارشناسی ارشد	۰ (۰)	۳ (۱/۳)	
دکتر	۱ (۱۱/۱)	۸۴ (۳۵/۷)	ns
وضعیت تأهل			
متأهل	۱ (۱۱/۱)	۲۱ (۹)	ns
مجرد	۸ (۸۸/۹)	۲۱۴ (۹۱)	
سابقه قبلی اختلال روانپزشکی			
دارد	۳ (۳۳/۴)	۱۸ (۷/۶)	۰/۰۳
ندارد	۶ (۶۶/۶)	۲۱۷ (۹۲/۴)	
سابقه مصرف‌داروی روانپزشکی			
دارد	۳ (۳۳/۴)	۹ (۳/۸)	۰/۰۰۶
ندارد	۶ (۶۶/۶)	۲۲۶ (۹۶/۲)	
سابقه مصرف مواد			
دارد	۰ (۰)	۵ (۲/۱)	ns
ندارد	۹ (۱۰۰)	۲۳۰ (۹۷/۹)	

1- inattention/ memory problem
2- hyperactivity/ restlessness
3- impulsivity/ emotional lability
4- problems with self - concept
5- ADHD index

A- کم‌توجهی / مشکل حافظه^۱

B- بی‌قراری / بیش‌فعالی^۲

C- بی‌ثباتی هیجانی / تکانه‌ای بودن^۳

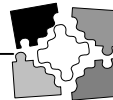
D- مشکلات با تصور کلی از خود^۴

E- شاخص بیش‌فعالی - کم‌توجهی^۵

زیر مقیاس E، مقیاسی از سطح کلی علائم مربوط به ADHD را نشان می‌دهد و از میان زیر مقیاس‌ها بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر بیماری می‌باشد. نمرات خام هر زیر مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب، به نمرات T تبدیل شده است (نمرات T در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ می‌باشد). نمرات T بالاتر از ۶۵، به لحاظ بالینی معنادار هستند و نمرات T بالاتر از ۸۰ علاوه بر آنکه شدت مشکلات و آسیب‌شناسی آن حوزه را نشان می‌دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در علائم را نیز مطرح می‌کنند (کانرز و همکاران، ۱۹۹۹). در ضمن شاخص ناهماهنگی نیز در هر فرم محاسبه می‌گردد که اگر بزرگتر یا مساوی هشت باشد، نشان‌دهنده ناهماهنگی در پاسخ‌هاست و لذا نتایج باید با احتیاط تفسیر گردد. در این مطالعه کسانی که شاخص ناهماهنگی بزرگتر یا مساوی هشت داشتند و نیز کسانی که پرسشنامه را تکمیل نکرده بودند، از مطالعه خارج شدند. ترجمه فارسی پرسشنامه CAARS-S:S در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه هنوز در ایران هنجاریابی نشده است، ولی در مطالعه ما با یک بررسی مقدماتی، روی ۲۰ نفر اجرا و روایی آن با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که رقم ۰/۸۱ به دست آمد. اعتبار محتوای آن را سه نفر فوق‌تخصص روانپزشکی کودک سنجیدند و آن را مناسب ارزیابی کردند.

یافته‌ها

از ۴۰۹ دانشجوی مورد مطالعه، ۱۶۵ نفر از مطالعه خارج شدند (۱۱۸ نفر شاخص ناهماهنگی بزرگتر یا مساوی هشت داشتند و ۴۷ نفر پرسشنامه را کامل نکرده بودند). بررسی ۲۴۴ نفر باقیمانده نشان داد که طیف سنی نمونه‌ها بین ۱۸-۳۲ سال با میانگین $21/4 \pm 2/1$ است. بین دو گروه مبتلا به ADHD (با نمره شاخص ADHD مساوی و یا بالاتر از ۶۵) و گروه بدون ADHD (نمره شاخص



آوردند و یا آن را به اتمام رسانند (مانوزا، کلایین، بسلر^۳، مالوی^۴ و لاپادولا^۵، ۱۹۹۸؛ ویس و هچمن، ۱۹۹۳؛ بارکلی و همکاران، ۱۹۹۰)، این موضوع را به ذهن متبادر می‌کند که ممکن است شیوع این بیماری در جمعیت عمومی که تحصیلات دانشگاهی ندارند بیشتر باشد و یا ممکن است گروه دانشگاهی دارای این اختلال کمتر موفق شوند تحصیلات خود را به پایان برسانند و این موضوع اهمیت تشخیص و درمان بهنگام این اختلال را مطرح می‌کند.

در میان زیرمقیاس‌های پرسشنامه مذکور، زیرمقیاس B (بیش‌فعالی - بی‌قراری) بیشترین فراوانی و زیرمقیاس A (کم‌توجهی/مشکل حافظه) کمترین فراوانی را در جمعیت مورد مطالعه دارد، در حالی که اکثر مطالعاتی که روی سیر ADHD شده، بیانگر آن است که با افزایش سن به تدریج و به وضوح علائم پرتحرکی و تکانشگری بهبود می‌یابد، اما مشکلات توجه و تمرکز باقی می‌ماند (لوئیس^۶، ۲۰۰۲). مطالعات دیگر نشان می‌دهد که ۶۴ درصد افراد بالغ دارای ADHD، از بی‌قراری شکایت دارند و ممکن است احساس بی‌قراری داشته باشند، حتی اگر این مسئله قابل مشاهده هم نباشد (ویس و هچمن، ۱۹۹۳). زیرمقیاس B بی‌قراری را نیز می‌سنجد، گرچه ممکن است فرد بیش‌فعالی واضح نداشته باشد. دیگر آنکه با توجه به اینکه تعدادی از جمعیت مورد مطالعه ما سابقه اختلال روانپزشکی و مصرف داروهای روانپزشکی و مصرف مواد را ذکر کرده‌اند، آیا ممکن است این موضوع علامت آنها را توجیه کند. در هر صورت موضوع فوق نیاز به بررسی بیشتر دارد، زیرا اساس پرسشنامه ما برای بررسی سایر اختلالات روانپزشکی، مصرف داروها و مواد مخدر گزارش خود دانشجویان بوده است که احتمالاً کامل نیست.

در مورد زیرمقیاس C (تکانه‌ای بودن - بی‌ثباتی هیجانی) که شیوع آن قابل توجه (۴/۹٪ در نمونه‌ها) بود، این نکته قابل ذکر است که تکانه‌ای بودن جدی‌ترین جنبه ADHD در طول زندگی شخص است که باعث اختلال عملکرد می‌گردد و درمان آن را نیز مشکل‌تر می‌سازد (لوئیس، ۲۰۰۲) که این خود اهمیت تشخیص و

جدول ۲- فراوانی مطلق و نسبی زیرمقیاس‌های پرسشنامه بیش‌فعالی - کم‌توجهی بزرگسالان در دانشجویان مورد مطالعه (n = ۲۴۴)

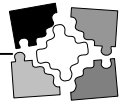
نمره > ۶۵ فراوانی (%)	نمره ≤ ۶۵ فراوانی (%)	زیرمقیاس‌های پرسشنامه کانرز بزرگسالان
۲۳۸ (۹۷/۵٪)	۶ (۲/۵٪)	(A) کم‌توجهی / مشکل حافظه
۲۲۵ (۹۲/۲٪)	۱۹ (۷/۸٪)	(B) بیش‌فعالی / بی‌قراری
۲۳۲ (۹۵/۱٪)	۱۲ (۴/۹٪)	(C) تکانه‌ای بودن / بی‌ثباتی هیجانی
۲۳۹ (۹۸٪)	۵ (۲٪)	(D) مشکلات با تصور کلی از خود
۲۳۵ (۹۶/۳٪)	۹ (۳/۷٪)	(E) شاخص بیش‌فعالی / کم‌توجهی

مجموعاً ۱۲ نفر سابقه مصرف داروی روانپزشکی شامل فلوکستین، ایمی‌پرامین، نورترپیتیلین، هالوپریدول، دیازپام، کلردیازپوکساید و پروپرانولول را گزارش کرده و پنج نفر نیز سابقه مصرف مواد (سیگار و الکل) را در دوره‌ای از زندگی خود ذکر کرده‌اند که از این نظر تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت.

در جدول ۲، فراوانی هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه CAARS نشان داده شده است. در مجموع، نه نفر (۳/۷٪) از ۲۴۴ نفر در زیرمقیاس E (شاخص بیش‌فعالی - کم‌توجهی) نمره بالاتر یا مساوی ۶۵ داشته‌اند. بیشترین فراوانی (۷/۸٪) به زیرمقیاس B (بیش‌فعالی - بی‌قراری) و کمترین فراوانی (۲٪) به زیرمقیاس D (مشکلات تصور کلی از فرد) و زیرمقیاس A (کم‌توجهی - مشکل حافظه) مربوط بود.

بحث

مطالعه حاضر، میزان نسبتاً بالایی از اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی را در جمعیت مورد مطالعه نشان می‌دهد (۳/۷٪) که با شیوع دو تا چهار درصدی ADHD بزرگسالان که در تحقیقات قبلی ذکر شده است، مشابه می‌باشد (آدلر^۱ و کوهن^۲، ۲۰۰۴)، گرچه در این مطالعه باید به این مسئله توجه داشت که ممکن است مشکل توجه و تمرکز و یا تکانشگری برای کسانی هم که پرسشنامه را کامل نکرده‌اند مطرح باشد، که در این صورت شیوع واقعی بالاتر از رقم به دست آمده می‌باشد. شیوع ADHD در جمعیت دانشگاهی و نیز تأثیر منفی این اختلال بر عملکرد آموزشی و تحصیلی افراد که باعث می‌شود کمتر به تحصیلات بالاتر روی



مطالعه به دانشجویان دختر، عدم امکان نظارت بر تکمیل فرم‌ها و عدم امکان پیگیری (به علت نداشتن مشخصات، جهت محرمانه ماندن اطلاعات)، نتایج این بررسی قابل تعمیم به کلیه دانشجویان و بزرگسالان نیست و مطالعات گسترده‌تر توصیه می‌گردد.

از سوی دیگر، از آنجا که تا کنون در کشور ما در مورد ADHD در بزرگسالان مطالعه‌ای نشده، پرسشنامه فوق نیز هنجاریابی نگردیده است و لذا نیاز است تا نمرات زیرمقیاس‌ها بر اساس وضعیت نمونه‌های ایرانی تعدیل شود، گرچه اعتبار محتوایی آن با یک مطالعه مقدماتی، از طریق روش آلفای کرونباخ به دست آمد.

بدیهی است که با توجه به شیوع بالای این اختلال در بزرگسالان و اهمیت تشخیص و درمان به هنگام آن، بررسی و مطالعات گسترده‌تر هم در جهت تعیین شیوع در جمعیت عمومی و هم در زمینه هنجاریابی پرسشنامه‌های موجود نیاز می‌باشد. از سوی دیگر، راهکارهای کاربردی مانند ارزیابی روانشناختی دانشجویان در هنگام ثبت نام اولیه، توجه بیشتر به این اختلال در مراکز مشاوره دانشگاهی و آگاه نمودن بیشتر مشاوران محترم و معرفی به موقع فرد به روانپزشک، از تأثیرات نامطلوب ADHD بزرگسالان بر زندگی شغلی، تحصیلی و خانوادگی آنها می‌کاهد.

سپاسگزاری

از کلیه دانشجویانی که با همکاری خود به انجام این پژوهش یاری رساندند، پژوهشکده علوم شناختی و مسئولین خوابگاه فاطمه الزهرا (س) سپاسگزاری می‌نمایم.

درمان را آشکار می‌کند، چرا که می‌تواند مشکلات کوچک و بزرگ روزمره و نیز مشکلاتی در ازدواج و شغل فرد ایجاد کند (همان‌جا). در این مطالعه بین سابقه قبلی اختلال روانپزشکی و مصرف داروهای روانپزشکی با نمره بالای ۶۵ در زیرمقیاس E (شاخص بیش‌فعالی - کم‌توجهی) ارتباط معنی‌داری دیده شد که این با مطالعات قبلی (مبنی بر این که بیماران ADHD در معرض اختلالات همراه متنوعی هستند) هماهنگ می‌باشد (همان‌جا) زیرا به تبع آن مصرف داروهای روانپزشکی نیز افزایش می‌یابد، اگرچه پرسشنامه‌ها برای به دست آوردن این اطلاعات مناسب نبودند و به نظر می‌رسد برای رسیدن به نظری قطعی در این مورد به پرسشنامه‌های بهتری نیاز باشد.

سوء مصرف مواد به عنوان پیامد و اختلال همراه ADHD ذکر شده است (لوئیس، ۲۰۰۲؛ وینر^۱ و دالکان^۲، ۲۰۰۴)، ولی با توجه به محدودیت نمونه و نحوه پرسشگری، مطالعه ما در این مورد نمی‌تواند قضاوت کند و از این نظر بین نمره بالای ۶۵ در زیرمقیاس E و سوء مصرف مواد رابطه معناداری دیده نشد.

ADHD می‌تواند بر روابط صمیمی فرد در حیطه ازدواج و خانواده تأثیر سوء بگذارد و به ثبات کمتر و طلاق بیشتر منجر شود (لوئیس، ۲۰۰۲)، ولی با توجه به تعداد محدود نمونه‌ها، پایین بودن میانگین سنی (۲۱/۴ سال) و درصد بالای افراد مجرد (۹۱٪) نمی‌توان در مورد مسئله فوق در جمعیت مورد مطالعه قضاوت نمود و برای چنین نتیجه‌گیری به نظر می‌رسد نمونه بیشتر و پیگیری طولانی‌تر ضروری باشد.

با توجه به تعداد محدود نمونه، استفاده از نمونه‌های غیرتصادفی و در دسترس، مشکلات و محدودیت‌های ذکر شده در معیار خروج، خود گزارشگری بودن پرسشنامه‌ها، محدود بودن

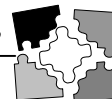
منابع

Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Clinic of North America*, 27, 187-201.

Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: An 8-year prospective follow-up study. *Journal of American Academic of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.

Bewick, C., & Stubbe, D.E. (2000). *Child and adolescent psychiatric clinic of north America*. (vol. 9, pp. 511-523). W.B. Sanders Company.

Conners, C.K., Erhardt, D., & Sparrow, E. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS) technical manual*. N. Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.



- Fulwiler, J. (1999). Psychological and academic functioning in college students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of American College Health, 47*, 181-185.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 2688-2691). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Klein, R.G., & Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: A review. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30*, 383-387.
- Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 645-665). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry, 155*, 493-498.
- Pary, R., Lewis, S., Matuschka, P.R., Rudzinskiy, P., Safi, M., & Lippmann, S. (2002). Attention deficit disorder in adults. *Annals Clinical Psychiatry, 14*, 105-111.
- Teeter, P.A. (1998). *Interventions for ADHD: Treatment in developmental context* (pp. 276-319). New York: Guilford Press.
- Weiss, G., & Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults*. New York: Guilford.
- Wender, P.H. (1995). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*. New York: Oxford University Press.
- Wiener, J.M., & Dulcan, M.K. (2004). *Textbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 485-501). Washington, DC: American Psychiatric Publishing INC.

Archive of SID