



## Self-reported prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in women of Malayer city

Mahdi AbdollahzadehRafi<sup>1</sup> | Javad Karimi<sup>2</sup>

DOR: 20.1001.1.26454955.1403.19.67.6.7

### Abstract

**Aim.** The aim of the present study was to investigate the prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder based on self-report in women of Malayer city. **Method.** The method of this research was descriptive.

The research population consisted of all the female of Malayer city, and 2,633 people were selected from this population. Data collection was done using the Connors (1999) adult ADHD self-report scale.

Chi-square statistical test was used to analyze the data. Analysis was done with SPSS-22 statistical software. **Findings.** The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in women aged 19 to 40 years was 8.2%, and attention deficit disorder was more common (9.6%) than hyperactivity disorder (7.4%). Also, with increasing age, the prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in women decreases.

**Conclusion.** Attention deficit/hyperactivity disorder has a high prevalence in women, therefore, it is necessary to pay attention to this disorder and plan for its treatment.

**Keywords:** Behavioral disorder; Attention deficit disorder; Hyperactivity disorder.

Research Paper

Received:  
16 July 2023

Revise:  
02 December 2023

Accepted:  
12 February 2024

Publication:  
12 February 2024

P.P: 129-143

ISSN: 2645-4955  
E-ISSN: 2645-5269



1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Malayer University, Malayer, Iran. rafi.mehdi@gmail.com
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Malayer University, Malayer, Iran.

**Cite this Paper:** AbdollahzadehRafi'M & Karimi'J. Self-reported prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in women of Malayer city. The Women and Families Cultural-Educational, 67(2), 129–143.

**Publisher:** Imam Hussein University

© **Authors**



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).



مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۲۵  
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۹/۱۱  
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۳  
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۱/۲۳  
صص: ۱۴۳-۱۲۹

شابا چاپی: ۴۹۵۵-۲۶۴۵  
الکترونیکی: ۵۲۶۹-۲۶۴۵



شیوع اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی مبتنی بر خودگزارشی در زنان شهرستان ملایر

مهدی عبدالله‌زاده‌رافی<sup>۱</sup> | جواد کریمی<sup>۲</sup>

چکیده

**هدف.** هدف پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مبتنی بر خودگزارشی در زنان شهرستان ملایر بود.

**روش.** روش این پژوهش توصیفی بود. جامعه پژوهش حاضر را تمامی زنان شهرستان ملایر تشکیل داده بود که از این جامعه به‌صورت در دسترس، ۲۶۳۳ فرد انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس خودگزارشی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز (۱۹۹۹) انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری خی‌دو استفاده شد. تجزیه و تحلیل با نرم‌افزار آماری SPSS-22 انجام شد.

**یافته‌ها.** یافته‌ها نشان داد که شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در زنان ۱۹ تا ۴۰ سال ۸/۲ درصد بود و اختلال نقص توجه با ۹/۶ درصد شایع‌تر از اختلال بیش‌فعالی (۷/۴٪) بود. همچنین، با افزایش سن از شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در زنان کاسته می‌شود.

**نتیجه‌گیری.** اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در زنان جوان از شیوع بالایی برخوردار است به همین خاطر، توجه به این اختلال و برنامه‌ریزی برای درمان آن ضروری است. **کلیدواژه‌ها:** اختلال رفتاری؛ اختلال نقص توجه؛ اختلال بیش‌فعالی.

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران  
rafi.mehdi@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

**استناد:** عبدالله‌زاده رافی، مهدی؛ کریمی، جواد. شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مبتنی بر خودگزارشی در زنان شهرستان ملایر؛ فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده، ۶۷(۲)، ۱۴۳-۱۲۹. **DOR: 20.1001.1.26454955.1403.19.67.6.7**

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع) © نویسنده‌گان



این مقاله تحت لیسانس آفرینندگی مردمی (Creative Commons License- CC BY) در دسترس شما قرار گرفته است.

## مقدمه

نیمی از جمعیت یک جامعه را زنان تشکیل می‌دهند. آنها نقش مستقیم و غیرمستقیم انکارناپذیری در بالندگی جامعه دارند؛ به‌ویژه در دوره جوانی (بین ۱۹ تا ۴۰ سالگی) نقش آنها در فرزندآوری و فرزندپروری حیاتی است. با این حال به‌مانند مردان، آنها نیز ممکن است دچار برخی از اختلال‌های روان‌شناختی شوند که مانع ایفای مناسب نقش‌هایشان شود. یکی از این اختلال‌ها، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup> است که به‌عنوان یک اختلال عصب تحولی<sup>۲</sup> تعریف شده است و شامل نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانش‌گری است که با سطح رشدی فرد تناسبی ندارد و در اکثر فعالیت‌های زندگی وی نقص ایجاد می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۲۲).

تا قبل از دهه ۱۹۹۰ بیشتر توجه‌ها معطوف به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دوره کودکی بود اما برخی مطالعات طولی آشکار ساختند که برخی از نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دوره کودکی به بزرگسالی نیز گسترش می‌یابند (هارتمن، لارسون، واس، بلاتو، لیوتزکی، سولبرگ و ریف<sup>۴</sup>، ۲۰۲۳)؛ پس از آن، برای نخستین بار اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دوره بزرگسالی به‌عنوان یک دسته تشخیصی رسمی در نسخه چهارم کتاب راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی<sup>۵</sup> گنجانده شد (لاندون و لانتز<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱) و پژوهشگران علاقه بیشتری به بررسی این اختلال در بزرگسالان نشان دادند. با این حال، به‌مانند دوره کودکی، این اختلال بیشتر در مردان مورد توجه قرار گرفته و در زنان توجه پژوهشی کافی دریافت نکرده است (کرونیس-توسکانو<sup>۷</sup>، ۲۰۲۲؛ هینشو، ناگویان، آگردی و روزنتال<sup>۸</sup>، ۲۰۲۲). این در حالی است که گزارش‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهند تفاوت شیوع این اختلال در زنان و مردان کمتر از چیزی است که پیش از این گزارش می‌شد (فهیم، اکرم، اکرم، خان، سیدکیو و مجید<sup>۹</sup>، ۲۰۲۲؛ لاندون و لانتز<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱؛ واتون<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ گنجی، عسگری و ترک<sup>۱۱</sup>، ۱۳۹۰)، همچنین، به‌مانند مردان مبتلا به اختلال نقص

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Neurodevelopmental disorder
3. American Psychiatric Association (APA)
4. Hartman, C. A., Larsson, H., Vos, M., Bellato, A., Libutzki, B., Solberg, B. S & Reif, A
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
6. London, A & Landes, S
7. Chronis-Tuscano, A
8. Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A
9. Faheem, M., Akram, W., Akram, H., Khan, M. A., Siddiqui, F. A., & Majeed, I
10. Wootton, R. E

توجه/بیش‌فعالی، زنان مبتلا نیز پیامدهای نامطلوب مرتبط با این اختلال، از جمله نقص‌های جسمی و سلامت روان، مشکلات در روابط، مشکلات در زندگی زناشویی، مشکلات تحصیلی، عدم اشتغال، ازدواج ناموفق، درگیر شدن در اعمال مجرمانه، سوء‌مصرف مواد و آسیب به خود را تجربه می‌کنند (اوستگلن، اسکرام، هاویک و لاندرولد<sup>۱</sup>، ۲۰۲۳؛ گیناپ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ یانگ و هینشو، ۲۰۲۳؛ تریبک، بوهرمر، وایتکوک و کوئیج، ۲۰۲۳؛ فهیم و همکاران، ۲۰۲۲؛ سونگ، ژا، یانگ، ژانگ، لی و رودان<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱؛ انکر، گینسبرگ و هیر<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱) و حتی در مقایسه با مردان مبتلا، آنها نقص‌های بیشتری در کارکرد اجتماعی دارند (فهیم و همکاران، ۲۰۲۲). با این حال، در مقایسه با مردان، به دلایل مختلف از جمله وجود مشکلات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی (مارتن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ هینشو، ناگویان، اگردی و روزنتال، ۲۰۲۲)، توانایی بیشتر در استفاده از راهبردهای انطباقی و کمتر بودن رفتارهای اخلاک‌گر در زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (فهیم و همکاران، ۲۰۲۲؛ تریبک، بوهرمر، وایتکوک و کوئیج<sup>۶</sup>، ۲۰۲۳؛ هینشو، ناگویان، اگردی و روزنتال، ۲۰۲۲)، این اختلال در آنها کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و تشخیص داده می‌شود. بنابراین، به‌منظور برنامه‌ریزی‌های بعدی، نیاز است این اختلال به‌ویژه شیوع آن در زنان بیشتر مدنظر قرار گیرد.

شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالان، با توجه به نمونه مورد بررسی، حجم نمونه، ابزارهای استفاده شده و حتی زمان انجام مطالعه، متفاوت گزارش شده است (واتون و همکاران، ۲۰۲۲). برای نمونه، برخی از پژوهشگران شیوع این اختلال را در زنان جوان ۱۳ درصد گزارش کرده‌اند (یانز-تلز، ویلاسنور-والادز، پریتو-کرونا و سوپرت-راولوی<sup>۷</sup>، ۲۰۲۱). در پژوهشی با نمونه بزرگتر، شیوع این اختلال در زنان ۱۸ تا ۶۵ سال، ۳/۵۷ درصد گزارش شده است (لاندون و لانتز، ۲۰۲۱). در یک پژوهش دیگر که از دختر بچه‌ها تا زنان مسن را شامل می‌شد، شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ۷/۷۶ بود (سونگ و همکاران، ۲۰۲۱). در ایران نیز تلاش‌هایی برای بررسی شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در زنان بزرگسال صورت گرفته است و شیوع آن بین ۳/۷ و ۸/۹

1. Austgulen, A., Skram, N. K. G., Haavik, J., & Lundervold, A. J
2. Ginapp
3. Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan
4. Anker, E., Ginsberg, Y., & Heir, T
5. Martin, J
6. Ter Beek, L. S., Böhmer, M. N., Wittekoek, M. E., & Kooij, J. J. S
7. Yáñez-Téllez, M. G., Villaseñor-Valadez, V. D., Prieto-Corona, B., & Seubert-Ravelo, A. N

درصد گزارش شده است (امیری، قریشی‌زاده، جنگ‌گو، صادقی و صفی‌خانلو، ۱۳۸۹؛ عربگل، حیاتی و حدید، ۱۳۸۳؛ گنجی، عسگری و ترک، ۱۳۹۰؛ ظهیرالدین، آدینه، راجزی اصفهانی و احمدی، ۱۳۹۶).

به نظر می‌رسد آمارهای مربوط به شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بزرگسالان باید به‌روزرسانی شوند زیرا پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که شیوع این اختلال در بزرگسالان رو به افزایش است (هوانگ، وانگ، هوا<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰؛ چانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ باچمن، فلیپسن و هافمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). برای مثال، با توجه به داده‌های مرکز ملی آمارهای سلامت<sup>۴</sup>، در سال ۲۰۰۷ شیوع این اختلال در افراد ۱۸ تا ۶۴ سال، ۳/۴۱ درصد بوده است در حالی که در سال ۲۰۱۲، به ۴/۲۵ درصد افزایش یافته است (لاندون و لانتز، ۲۰۲۱). به همین خاطر، در سرتاسر دنیا از جمله در ایران، آمارهای قدیمی در مورد شیوع این اختلال ممکن است نشان‌دهنده وضعیت فعلی آن نباشد. علاوه بر این، پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در بزرگسالان سنین مختلف متفاوت است (واس و هارتمن<sup>۵</sup>، ۲۰۲۲؛ سونگ و همکاران، ۲۰۲۱؛ لاندون و لانتز، ۲۰۲۱).

با این حال، در ایران در این زمینه پژوهش منسجمی انجام نشده است زیرا اکثر پژوهش‌هایی که انجام شده، یک گروه سنی محدود را بررسی کرده‌اند. برای مثال، پژوهش عربگل، حیاتی و حدید (۱۳۸۳) گنجی عسگری و ترک (۱۳۹۰) و ظهیرالدین، آدینه، راجزی اصفهانی و احمدی (۱۳۹۶) روی دانشجویان انجام شده است. به دلیل کوچک بودن حجم نمونه پژوهش‌های گذشته (عربگل، حیاتی و حدید، ۱۳۸۳؛ گنجی عسگری و ترک، ۱۳۹۰؛ ظهیرالدین، آدینه، راجزی اصفهانی و احمدی، ۱۳۹۶)، امکان مقایسه سنین مختلف در دوره جوانی وجود نداشته است که پژوهش حاضر سعی کرده است با انتخاب یک نمونه بزرگ این مشکل را حل کند. با توجه به این مطالب، پژوهش حاضر درصدد است تا به این سؤال پاسخ دهد در حاضر، شیوع کلی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و شیوع آن در گستره سال‌های جوانی در زنان چگونه است؟

1. Huang, C. L. C., Wang, J. J., & Ho, C. H
2. Chung, W
3. Bachmann, C. J., Philipsen, A., & Hoffmann, F
4. National Center for Health Statistics (NCHS)
5. Vos, M., & Hartman, C. A

## روش پژوهش

پژوهش حاضر در دسته مطالعات توصیفی قرار دارد. جامعه آن را تمامی زنان شهرستان ملایر که در دامنه سنی ۱۹ تا ۴۰ سال قرار داشتند، تشکیل داده بود. از این جامعه به صورت در دسترس، ۲۶۳۳ فرد انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه جنسیت و قرار داشتن در دامنه سنی ۱۹ تا ۴۰ سال بود. مردان و افراد زیر ۱۹ سال و بالای ۴۰ سال که پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده بودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. برای گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و مقیاس خودگزارش‌دهی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالی (کانرز، ارهارت و اسپارو، ۱۹۹۹) استفاده شد. با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی اطلاعاتی از قبیل جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل فرد به صورت خودگزارش‌دهی گردآوری شد.

جهت گردآوری داده‌ها، ابتدا پرسشنامه‌ها در گوگل فرم طراحی شد، سپس لینک پرسشنامه‌ها به همراه یک توضیح مقدماتی در مورد پژوهش از طریق فضای مجازی (گروه‌های درسی، کانال‌های دانشجویی و کانال‌های دانشگاه) برای دانشجویان دانشگاه ملایر ارسال شد. از دانشجویان دختر درخواست شد که در صورت تمایل و رضایت، هم خودشان پرسشنامه را تکمیل کنند و هم لینک را در اختیار آشنایان مؤنثشان قرار دهند. داده‌ها در بهمن‌ماه سال ۱۴۰۱ گردآوری شدند. علاوه بر رضایت آگاهانه و حضور داوطلبانه در پژوهش، تکمیل پرسشنامه‌ها نیازی به افشای اطلاعاتی هویتی نداشت. همچنین، شرکت‌کنندگان قادر بودند از تکمیل پرسشنامه‌ها انصراف بدهند. پس از گردآوری داده‌ها، برای تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، مطابق با دستورالعمل مقیاس خودگزارش‌دهی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالی کانرز (کانرز، ارهارت و اسپارو، ۱۹۹۹) نمره خام همه شرکت‌کنندگان در پژوهش به نمرات استاندارد T تبدیل شد و افرادی که نمره T آنها بالای ۶۵ (نقطه برش مقیاس) قرار داشت، به عنوان دچار اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در نظر گرفته شدند (داوری آشتیانی، جزایری، عرب گل، رازجویان و خادمی، ۱۳۹۳). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری خی دو استفاده شد. تجزیه و تحلیل با نرم‌افزار آماری SPSS-22 انجام شد.

**مقیاس خودگزارش‌دهی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالی کانرز.** این مقیاس توسط کانرز، ارهارت و اسپارو (۱۹۹۹) بر مبنای راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی توسعه پیدا کرده است. هدف آن سنجش علائم بیش‌فعالی، تکانش‌گری و نقص توجه در بزرگسالان (افراد

1. Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. P

بالای ۱۸ سال) است. این مقیاس دارای ۳۰ سؤال و سه خرده مقیاس نشانگان بی‌توجهی (۹ سؤال)، نشانگان بیش‌فعالی (۹ سؤال) و شاخص اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (۱۲ سؤال) است؛ همچنین، در این مقیاس می‌توان چهار گروه نمره را محاسبه کرد: (۱) بی‌توجهی (A)، (۲) بیش‌فعالی (B)، (۳) کمبود توجه/بیش‌فعالی (A+B) و (۴) شاخص اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (داوری آشتیانی، جزایری، عرب گل، رازجویان و خادمی، ۱۳۹۳). هر سؤال این مقیاس در یک طیف ۴ گزینه‌ای (از ۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود و هر چه نمرات فرد بیشتر باشد، به معنای شدیدتر بودن نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی وی است (مقدسین و دیباج، ۱۳۹۹). سازندگان اصلی (کانرز، ارهارت و اسپارو، ۱۹۹۹) روایی سازه این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عامل تأیید کرده و پایایی خرده مقیاس‌های آن را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. داوری آشتیانی، جزایری، عرب گل، رازجویان و خادمی (۱۳۹۳) در ایران این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند. پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. همچنین، روایی سازه آن را با تمایز دو گروه مبتلا و غیر مبتلا بررسی و تأیید کرده‌اند. آنها نقطه برش پرسشنامه را نمره ۶۵ t گزارش کرده‌اند.

## یافته‌ها

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در پژوهش ۳۲/۹۱ سال با انحراف معیار ۵/۹۴ بود. اکثریت (۴۰/۸ درصد) شرکت‌کنندگان در پژوهش یا دانشجوی کارشناسی بودند یا مدرک تحصیلی‌شان کارشناسی بود. همچنین اغلب (۶۴/۹٪) آنها فاقد شغل دارای درآمد بودند. بیشتر این افراد مجرد بودند (۶۱/۶٪).

جدول ۱. آماره‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیر	سطوح متغیر	تعداد	درصد
تحصیلات	سیکل	۱۱۴	۴/۳
	دیپلم	۶۵۲	۲۴/۸
	فوق‌دیپلم	۲۲۹	۸/۷
	کارشناسی یا دانشجوی کارشناسی	۱۰۷۴	۴۰/۸
	کارشناسی ارشد یا دانشجوی کارشناسی ارشد	۴۵۴	۱۷/۲
	دکترای دانشجوی دکتری	۸۲	۳/۱
	نامشخص	۲۸	۱/۱

متغیر	سطوح متغیر	تعداد	درصد
شغل	آزاد	۲۴۳	۹/۳
	کار در بخش خصوصی	۵۴۰	۲۰/۵
	کار در بخش دولتی	۱۴۰	۵/۳
	فاقد شغل دارای درآمد	۱۷۱۰	۶۴/۹
تأهل	مجرد	۱۶۲۲	۶۱/۶
	متأهل	۷۴۱	۲۸/۱
	مطلقه	۲۴۵	۹/۳
	بیوه	۲۵	۰/۹

همان‌طور که جدول (۲) نشان می‌دهد، بدون در نظر گرفتن نوع اختلال، ۸/۲ درصد زنان ۱۹ تا ۴۰ سال دچار اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هستند. شیوع اختلال نقص توجه در این زنان بالاتر از شیوع اختلال بیش‌فعالی است (۹/۶ در برابر ۷/۴ درصد).

جدول ۲. شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در زنان ۱۹ تا ۴۰ سال

متغیر	مبتلا		بدون ابتلا	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی	۲۱۶	۸/۲	۲۴۱۹	۹۱/۸
اختلال بیش‌فعالی	۱۹۵	۷/۴	۲۴۴۰	۹۲/۶
اختلال نقص توجه	۲۵۳	۹/۶	۲۳۸۲	۹۰/۴
شاخص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی	۱۹۸	۷/۵	۲۳۸۲	۹۰/۴

با توجه به جدول (۳)، شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با توجه به سن متفاوت است ( $p < 0/01$ ). به‌طوری‌که کمترین میزان شیوع این اختلال (۵/۸ درصد) مربوط به گروه سنی بالای ۳۵ سال و بیشترین میزان (۱۲/۱ درصد) مربوط به افراد زیر ۲۵ سال است ( $p = 0/001$ ).

جدول ۳. شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در زنان سنین مختلف

متغیر	سن	بدون ابتلا		مبتلا		آزمون‌های دو	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	مقدار احتمال	آماره
اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی	زیر ۲۵ سال	۳۴۳	۸۷/۹	۴۷۴	۱۲/۱	۰/۰۰۱	۲۶/۲۱



شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مبتنی بر خود گزارشی در زنان شهرستان ملایر

متغیر	سن	بدون ابتلا		مبتلا		آزمون خبی دو	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	آماره	مقدار احتمال
اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی	۲۶ تا ۳۰ سال	۳۶۵	۸۸/۸	۴۶	۱۱/۲		
	۳۱ تا ۳۵ سال	۶۴۹	۹۲/۳	۵۴	۷/۷		
	۳۶ تا ۴۰ سال	۱۰۳۵	۹۴/۲	۶۴	۵/۸		
اختلال بیش‌فعالی	زیر ۲۵ سال	۳۵۲	۹۰/۳	۳۸	۹/۷	۰/۰۰۱	۱۸/۳۸
	۲۶ تا ۳۰ سال	۳۶۷	۸۹/۳	۴۴	۱۰/۷		
	۳۱ تا ۳۵ سال	۶۵۱	۹۲/۶	۵۲	۷/۴		
	۳۶ تا ۴۰ سال	۱۰۴۳	۹۴/۹	۵۶	۵/۱		
اختلال نقص توجه	زیر ۲۵ سال	۳۳۴	۸۵/۶	۵۶	۱۴/۴	۰/۰۰۱	۱۶/۸۸
	۲۶ تا ۳۰ سال	۳۶۴	۸۸/۶	۴۷	۱۱/۴		
	۳۱ تا ۳۵ سال	۶۴۶	۹۱/۹	۵۷	۸/۱		
	۳۶ تا ۴۰ سال	۱۰۱۱	۹۲	۸۸	۸		
شاخص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی	زیر ۲۵ سال	۳۴۸	۸۹/۲	۴۲	۱۰/۸	۰/۰۰۱	۲۲/۱۱
	۲۶ تا ۳۰ سال	۳۶۵	۸۸/۸	۴۶	۱۱/۲		

متغیر	سن	بدون ابتلا		مبتلا		آزمون خی دو	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	آماره	مقدار احتمال
شاخص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی	۳۱ تا ۳۵ سال	۶۵۸	۹۳/۶	۴۵	۶/۴	۲۲/۱۱	۰/۰۰۱
	۳۶ تا ۴۰ سال	۱۰۳۹	۹۴/۵	۶۰	۵/۵		

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در زنان جوان ۸/۲ درصد است. پژوهش‌های قبلی که در ایران با استفاده از مقیاس کانرز (۱۹۹۹) به بررسی شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالی پرداخته‌اند، آمارهای متنوعی را گزارش کرده‌اند. برای مثال، عربگل، حیاتی و حدید (۱۳۸۳) در بررسی خود دریافتند که ۷/۸ درصد دختران دانشجو دچار نقص توجه هستند. ظهیرالدین و همکارانش (۱۳۹۶) نیز با بررسی ۲۳۰ دانشجو که ۵۷ درصد آنها دختر بودند دریافتند که ۸/۹ درصد نمونه آنها دچار اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است. در پژوهش گنجی، عسگری و ترک (۱۳۹۰) نیز مشخص شد که شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در دانشجویان دختر ۷ درصد است. در فراتحلیلی که هومن و گنجی (۱۳۹۱) روی ۱۰ پژوهش انجام شده در ایران انجام دادند دریافتند که ۶/۷۶ درصد بزرگسالان مورد بررسی (بدون تفکیک جنسیت) دچار اختلال کاستی توجه بیش‌فعالی بوده‌اند.

اینکه شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در پژوهش حاضر کمی بیشتر از برخی از پژوهش‌های صورت گرفته در ایران به دست آمده ممکن است به خاطر تفاوت در نمونه پژوهشی و حجم نمونه باشد. اکثر پژوهش‌های گذشته روی دانشجویان انجام شده است و حجم نمونه آنها بسیار کمتر از نمونه پژوهش حاضر بوده است (عربگل، حیاتی و حدید، ۱۳۸۳؛ گنجی، عسگری و ترک، ۱۳۹۰؛ ظهیرالدین، آدینه، راجزی اصفهانی و احمدی، ۱۳۹۶). درحالی‌که پژوهش حاضر تلاش کرده است یک نمونه به نسبت بزرگ را بررسی کند و علاوه بر دانشجویان سایر زنان را نیز شامل شود. همچنین،

با توجه به کتاب راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به‌صورت کلی در بزرگسالان ۲/۵ درصد است که این میزان کمتر از چیزی است که در پژوهش حاضر به دست آمده است. علت این تفاوت می‌تواند ناشی از دو مورد باشد؛ نخست، اینکه نشانه‌هایی که در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی برای تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالی طرح شده، به شکلی شبیه نشانه‌هایی است که برای تشخیص این اختلال در دورهٔ کودکی استفاده می‌شود و با دقت قابل‌توجهی به شناسایی تمامی موارد مبتلا به این اختلال در بزرگسالی نیست (آدلر، فاراتون، اسپنسر، برگلوند، آلپرن و کسلر، ۲۰۱۷؛ کسلر و همکاران، ۲۰۱۰)؛ دوم، در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) فقط افرادی مبتلا به اختلال در نظر گرفته می‌شوند که شدت نشانه‌های آنها به‌قدری زیاد است که عملکردشان را در یکی از حوزه‌های زندگی مختل کرده است. با این حال، اکثر پژوهش‌هایی که با پرسشنامه انجام می‌شوند از جمله پژوهش حاضر، فقط وجود و شدت نشانه‌ها را در نظر می‌گیرند. به همین خاطر، شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در چنین پژوهش‌هایی (برای مثال، هوانگ، وانگ، هو، ۲۰۲۰؛ چانگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ باچمن، فلیپسن و هافمن، ۲۰۱۷؛ لاندون و لانتز، ۲۰۲۱؛ عربگل، حیاتی و حدید، ۱۳۸۳؛ گنجی، عسگری و ترک، ۱۳۹۰؛ ظهیرالدین، آدینه، راجزی اصفهانی و احمدی، ۱۳۹۶) به مراتب بالاتر از چیزی به دست می‌آید که در کتب مرجع گزارش می‌شود. در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در زنان ۱۹ تا ۴۰ سال، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از شیوع به نسبت بالایی برخوردار است که چنین چیزی ممکن است به چند دلیل رخ داده باشد؛ همان‌طور که پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند شیوع این اختلال به‌طور کلی در بزرگسالان افزایش پیدا کرده است (هوانگ، وانگ، هو، ۲۰۲۰؛ چانگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ باچمن، فلیپسن و هافمن، ۲۰۱۷؛ لاندون و لانتز، ۲۰۲۱). دلیل آن در وهله اول می‌تواند به خاطر افزایش آگاهی نسبت به این اختلال در دوره بزرگسالی باشد زیرا قبل از دهه ۱۹۹۰ تصور می‌شد که اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بیشتر در کودکان دیده می‌شود و بعد از دوره نوجوانی نشانه‌های این اختلال در اکثر افراد کاهش می‌یابد (مفیت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵)؛ درحالی‌که اکنون مشخص شده است در بسیاری از موارد نشانه‌های این اختلال از کودکی به بزرگسالی منتقل می‌شود

1. Adler, L. A., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Berglund, P., Alperin, S., & Kessler, R. C

2. Moffitt, T. E

(چانگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کاو، سوانسون، تاپار، سبیلی، آرسنیلت، هچتمن و رود ۱ و همکاران، ۲۰۱۶)؛ همچنین، به‌تازگی برخی از پژوهشگران مدعی شده‌اند اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با شروع دوره بزرگسالی نیز وجود دارد (مفیت و همکاران، ۲۰۱۵) که پیش از این به آن توجه نمی‌شد. علاوه بر این‌ها، ممکن است تغییرات اجتماعی که در ایران به‌ویژه در دو سال اخیر (از شهریور ۱۴۰۱ به بعد) رخ داده است باعث شده باشد بازداری‌های اجتماعی در زنان جوان کاهش یافته باشد و در مقایسه با قبل، مشکلات رفتاری خود را راحت‌تر افشا کنند که البته این ادعا نیاز به پژوهش دارد. یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در زنان بالای ۳۱ سال کمتر از زنان زیر ۳۱ سال است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های قبلی همسو است (داوری آشتیانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ واس و هارتمن، ۲۰۲۲؛ سونگ، ژا، یانگ، ژانگ، لی و رودان، ۲۰۲۱؛ لاندون و لانتز، ۲۰۲۱). شاید دلیل این یافته این باشد که رشد لوب پیش‌پیشانی که نقش مهمی در کارکردهای اجرایی به‌ویژه در بازداری رفتاری دارد تا ۲۵ سالگی ادامه می‌یابد (فلدمن ۲، ۲۰۲۳)، به همین خاطر، انتظار می‌رود قبل از این سن، فرد کنترل کمتری بر رفتار و هیجانات خود داشته باشد و با افزایش سن و افزایش رشد این ناحیه از مغز، از میزان بیش‌فعالی و تکانش‌گری فرد کاسته شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که زنان با تحصیلات کمتر از سیکل در آن شرکت نداشته‌اند؛ بنابراین، این داده‌ها ممکن است در مورد آنها صادق نباشد. همچنین، نزدیک به ۷۰ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش زنان با تحصیلات دانشگاهی هستند که این موضوع می‌تواند تعمیم‌یافته‌ها به زنان فاقد تحصیلات دانشگاهی را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین، داده‌ها به روش برخط گردآوری شد که با این روش تنها زنانی می‌توانستند در پژوهش شرکت کنند که مهارت کار با اینترنت را داشتند. علاوه بر اینها، نتایج بر اساس خودگزارشی و از طریق پرسشنامه بوده و تشخیص بر آنها اطلاق نشده است. با توجه به شیوع به نسبت بالای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در زنان جوان، پیشنهاد می‌شود مسئولان وزارت بهداشت و وزارت ورزش و جوانان کشور توجه جدی به این موضوع داشته باشند و عوامل دخیل

1. Caye, A., Swanson, J., Thapar, A., Sibley, M., Arseneault, L., Hechtman, L., & Rohde, L. A
2. Feldman, R. S

در ایجاد آن را دقیق‌تر واکاوی کرده و برای درمان افرادی که در حال حاضر به این اختلال دچار هستند برنامه‌ریزی‌های همه‌جانبه‌ جدی داشته باشند.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی دانشجویان و دختران و زنانی که در این پژوهش مشارکت کردند، سپاسگزاری می‌شود.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد. همچنین، مقاله حاضر حاصل یک کار پژوهشی مستقل است که مورد تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه ملایر (IR.MALAYERU.REC.1401.016) قرار گرفته است.

## منابع

- امیری، شاهرخ، قریشی زاده، سیدمحمدعلی، جنگ گو، محمد، صادقی، همایون و صفی خانلو، سلمان. (۱۳۸۹). شیوع اختلال کمبود توجه/بیش فعالی در بزرگسالان در شهر تبریز. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*: ۱۶(۳): ۲۷۷-۲۷۷.
- داوری آشتیانی، رزیتا؛ جزایری، فرزاد؛ عرب گل، فریبا؛ رازجویان، کتایون و خادمی، مژگان. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس ارزیابی اختلال بیش فعالی / کم‌توجهی بزرگسالی کانرز (نسخه غربالگری- خودگزارشی). *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*: ۲۰(۳): ۲۴۳-۲۵۱.
- ظهیرالدین، علیرضا؛ آدینه، مینا؛ راجزی اصفهانی، سپیده و احمدی، آمنه. (۱۳۹۶). بررسی شیوع نارسایی توجه- بیش فعالی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *طب توان‌بخشی*: ۶(۴): ۲۳۱-۲۳۹.
- عربگل، فریبا؛ حیاتی، مرتضی و حدید، ملته. (۱۳۸۳). شیوع اختلال بیش فعالی - کم‌توجهی در گروهی از دانشجویان. *تازه‌های علوم شناختی*: ۶(۱ و ۲): ۷۳-۸۷.
- گنجی، کامران، عسگری، محمد و ترک، فرزانه. (۱۳۹۰). شیوع اختلال «نارسایی توجه/بیش فعالی» در دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی استان مرکزی در سال ۹۰-۱۳۸۹. *روانشناسی افراد استثنایی*: ۱(۳): ۱۰۹-۱۳۷.
- مقدسین، مریم و دیباج‌نیا، پروین. (۱۳۹۹). اعتباریابی و رواسازی مقیاس خودگزارشی ADHD بزرگسالان کانرز (CAARS-S:SV) در جمعیت ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*: ۱۸(۱): ۱۷۷-۱۹۹.
- هومن، حیدرعلی و گنجی، کامران. (۱۳۹۱). فراتحلیل مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*: ۸(۳۲): ۳۲۹-۳۴۲.
- Adler, L. A., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Berglund, P., Alperin, S., & Kessler, R. C. (2017). The structure of adult ADHD. *International journal of methods in psychiatric research*, 26(1), 50-55.
- American Psychiatric Association. (2022) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR). Washington (DC): American Psychiatric Pub.
- Anker, E., Ginsberg, Y., & Heir, T. (2021). Prevalence of criminal convictions in Norwegian adult ADHD outpatients and associations with ADHD symptom severity and emotional dysregulation. *BMC psychiatry*, 21(1): 1-8.
- Austgulen, A., Skram, N. K. G., Haavik, J., & Lundervold, A. J. (2023). Risk factors of suicidal spectrum behaviors in adults and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder—a systematic review. *BMC psychiatry*, 23(1): 612-628.
- Bachmann, C. J., Philipsen, A., & Hoffmann, F. (2017). ADHD in Germany: trends in diagnosis and pharmacotherapy: a country-wide analysis of health insurance data on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children, adolescents and adults from 2009–2014. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(9): 141-148.
- Barkley, R. A. (2015). Educational, occupational, dating and marital, and financial impairments in adults with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 314–342). The Guilford Press.

- Caye, A., Swanson, J., Thapar, A., Sibley, M., Arseneault, L., Hechtman, L., ... & Rohde, L. A. (2016). Life span studies of ADHD—conceptual challenges and predictors of persistence and outcome. *Current psychiatry reports*, 18: 1-11.
- Chronis-Tuscano, A. (2022). ADHD in girls and women: a call to action—reflections on Hinshaw et al.(2021). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4): 497-499.
- Chung, W., Jiang, S. F., Paksarian, D., Nikolaidis, A., Castellanos, F. X., Merikangas, K. R., & Milham, M. P. (2019). Trends in the prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder among adults and children of different racial and ethnic groups. *JAMA network open*, 2(11): 1-14.
- Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. P. (1999). Conners' adult ADHD rating scales (CAARS): technical manual. MHS North Tonawanda
- Faheem, M., Akram, W., Akram, H., Khan, M. A., Siddiqui, F. A., & Majeed, I. (2022). Gender-Based Differences in Prevalence and Effects of ADHD in Adults; a Systematic Review. *Asian Journal of Psychiatry*, 205-213.
- Feldman, R. S. (2023). *Development across the life span*. Texas: Pearson.
- Ginapp, C. M., Greenberg, N. R., Macdonald-Gagnon, G., Angarita, G. A., Bold, K. W., & Potenza, M. N. (2023). The experiences of adults with ADHD in interpersonal relationships and online communities: A qualitative study. *SSM-Qualitative Research in Health*, 3: 223-230.
- Hartman, C. A., Larsson, H., Vos, M., Bellato, A., Libutzki, B., Solberg, B. S., ... & Reif, A. (2023). Anxiety, mood, and substance use disorders in adult men and women with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A substantive and methodological overview. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 151: 1-18.
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4): 484-496.
- Huang, C. L. C., Wang, J. J., & Ho, C. H. (2020). Trends in incidence rates of diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) over 12 years in Taiwan: a nationwide population-based study. *Psychiatry research*, 284: 78-92.
- Kessler, R. C., Green, J. G., Adler, L. A., Barkley, R. A., Chatterji, S., Faraone, S. V., ... & Van Brunt, D. L. (2010). Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. *Archives of general psychiatry*, 67(11), 1168-1178.
- London, A. S., & Landes, S. D. (2021). Cohort change in the prevalence of ADHD among US adults: evidence of a gender-specific historical period effect. *Journal of Attention Disorders*, 25(6): 771-782.
- Martin, J., Langley, K., Cooper, M., Rouquette, O. Y., John, A., Sayal, K., ... & Thapar, A. (2023). Sex differences in ADHD diagnosis and clinical care: A national study of population healthcare records in Wales. *medRxiv*, doi.org/10.1101/2023.10.20.23297324
- Moffitt, T. E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D. W., Corcoran, D. L., Hammerle, M., ... & Caspi, A. (2015). Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 172(10): 967-977.
- Qiu, C., Lin, J. C., Shi, J. M., Chow, T., Desai, V. N., Nguyen, V. T., ... & Xiang, A. H. (2021). Association between epidural analgesia during labor and risk of autism spectrum disorders in offspring. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 76(3): 131-133.

- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of global health, 11*: 1-9.
- Ter Beek, L. S., Böhmer, M. N., Wittekoek, M. E., & Kooij, J. J. S. (2023). Lifetime ADHD symptoms highly prevalent in women with cardiovascular complaints. A cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*, doi.org/10.1007/s00737-023-01356-7
- Vos, M., & Hartman, C. A. (2022). The decreasing prevalence of ADHD across the adult lifespan confirmed. *Journal of global health, 12*: 1-4.
- Wootton, R. E., Riglin, L., Blakey, R., Agnew-Blais, J., Caye, A., Cadman, T., ... & Tilling, K. (2022). Decline in attention-deficit hyperactivity disorder traits over the life course in the general population: trajectories across five population birth cohorts spanning ages 3 to 45 years. *International Journal of Epidemiology, 51*(3): 919-930.
- Yáñez-Télez, M. G., Villaseñor-Valadez, V. D., Prieto-Corona, B., & Seubert-Ravelo, A. N. (2021). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Mexican university students. *Archivos de Neurociencias, 26*(3): 10-16.
- Yang, C. C., & Hinshaw, S. P. (2023). Associations Between Dimensional Persistence of ADHD and Adult Sleep Quality in a Prospective Study of Girls. *Journal of Attention Disorders, 27*(7): 777-785.