

## ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه تشخیص اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه

کریم سواری<sup>۱</sup>

### چکیده

زمینه: کودکان از لحاظ فعالیت‌های حرکتی با یکدیگر تفاوت داشته و به نظر می‌رسد که بعضی از آنان بیش‌فعال باشند بطوری که هرگز از حرکات زائد و غیر هدفمند باز نمی‌ایستند لذا نیاز به ابزار مناسب و دقیق تشخیص دارند. هدف: هدف این تحقیق ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه تشخیص اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه بود. روش: مریمان کودکان آموزش و پرورش استثنایی و والدین دارای کودک بیش‌فعال شهر اهواز جامعه آماری تحقیق جاری را تشکیل داده اند که از بین آنان ۱۰۰ نفر (۵۴ والد و ۴۶ مری) به شکل تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه محقق ساخته (تحلیل عاملی اکتشافی) بدست آمد. یافته‌ها: تحلیل عوامل اکتشافی نشان داد که پرسش‌نامه تشخیص اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه از ۳۵ ماده و پنج عامل با عنوان نقص حافظه و توجه (۹ ماده)، مسئولیت‌پذیری و سازماندهی (۹ ماده)، حرکات غیر هدفمند (۸ ماده)، همکاری با دیگران (۵ ماده) و تکانشوری (۴ ماده) تشکیل شده است. پرسش‌نامه فوق‌الذکر از پایایی نسبتاً خوبی (آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۰، عامل اول ۰/۸۵، عامل دوم ۰/۷۲، عامل سوم ۰/۸۱، عامل چهارم ۰/۶۸، و عامل پنجم ۰/۶۵) برخوردار است. برای تعیین روایی آزمون از چک لیست رفتار بزرگسال بارکلی و مورفی (۱۹۹۸) استفاده شد و مقدار ضریب همبستگی آن ۰/۲۹۵ برآورد گردید که در سطح ۰/۰۰۳ < p معنی دار است که این نشان از روایی نسبتاً خوب پرسش‌نامه تحلیل عاملی شده است. بحث و نتیجه‌گیری: این پرسش‌نامه توانایی تشخیص اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه را داشته و از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است.

واژگان کلیدی: ساخت و اعتباریابی، اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه

## مقدمه

انسان‌ها بنا بر عادت و به مقتضای نحوه زندگی خود، معمولاً به عده‌ای از چیزها بیشتر توجه می‌کنند چنانکه راننده اتومبیل معمولاً در چهار راهها به چراغ‌های قرمز توجه می‌کند. به عبارتی اگر چند نفر با هم به گردش بروند هر کس ممکن است بنا بر عادت و به مقتضای ذوق و حرفه خود به یک جنبه از آنچه همه می‌بینند توجه خاص داشته باشد. مثلاً عالم طبیعی به انواع سنگ و درخت و نقاش زیبایی منظره، توجهِش را جلب می‌کند. افراد برای اینکه یاد بگیرند بایستی توجه کنند. زیرا توجه و دقت پیش‌بینی‌کننده یادگیری می‌باشد. بنابراین توجه<sup>۱</sup> یکی از فرایندهای عمده ذهنی است که در توانایی ایجاد تعامل و ارتباط با محیط اطراف افراد تأثیرگذار بوده و در زندگی آنان نقش بسزائی دارد. از طرفی توجه و دقت یکی از عوامل موثر بر یادگیری، پیشرفت و تعامل افراد با یکدیگر است (الزیات<sup>۲</sup> ۱۹۹۸؛ هالاهان، لایود، کافمن، ویس و مارتینز<sup>۳</sup> ۲۰۰۵).

اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه<sup>۴</sup> یکی از شایع‌ترین اختلالات رایج روانپزشکی دوران کودکی و نوجوانی است که مورد توجه بسیاری از پژوهشگران می‌باشد (کاپلان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). پژوهش‌های بین‌المللی نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه در بین کودکان و نوجوانان ۳ تا ۵ درصد است و از کشوری به کشور دیگر بر حسب روش انتخاب نمونه و ابزار مورد استفاده متفاوت است (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۶</sup> ۱۹۹۴؛ سیسالم<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱؛ الحامد<sup>۸</sup> ۲۰۰۲؛ جو، هاندن و هاردن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴؛ دیویدسون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۸؛ صالحی، نواح و جعفر<sup>۱۱</sup> ۲۰۱۱). در بررسی‌های دیگر میزان شیوع آن توسط

1. attention
2. Alzayat
3. Hallahan, Lioyed, Kauffman, Weis & Martinez
4. attention- deficit/hyperactivity disorder
5. Kaplan
6. american psychiatric association
7. Sisalem
8. Alhamed
9. Jou, Handen & Hardan
10. Davidson

پژوهشگرانی همچون براون، فریمن، پرین، استین، آملر و فلدمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) ۱ تا ۱۴ درصد و برخی دیگر نیز مانند بایدرمن<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) ۵ تا ۱۰ درصد برآورد شد. پولانسیک، دی لیما، بایدرمن و رود<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) میزان شیوع آن را ۵ تا ۲۰ درصد و لوبی<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) نیز ۳ الی ۷ درصد را گزارش دادند.

اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه یک الگوی رفتاری است که در دوران کودکی ظاهر می شود و با نقص شدید در توجه، تکانش و پرتحرکی بروز می کند (گاتلیب و گاتلیب<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). زمانی این اختلال یک بیماری دوران کودکی تلقی می شود که تأثیر اندکی بر عملکرد دوره بزرگسالی بگذارد، در حالی که تحقیقات اخیر نشان داده اند که تعداد زیادی از اینگونه کودکان در طول زندگی شان اثراتی از مهارگیستی، تکانشگری، بهم ریختگی، بی توجهی و بی ثباتی هیجانی را تجربه می کنند (تیتز<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸). بررسی های دیگری نیز نشان می دهد که وجود اختلال بیش فعالی در افراد مبتلا به آن می تواند به حس بهزیستی، خودارزشی، آرامش، سلامتی و عملکرد روانشناختی آنان آسیب برساند (هچمن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰؛ کاگهیل<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ رایلی، کاگهیل، فورست، لورنزو، لارستون و اسپیل<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). عوامل زیادی در این اختلال موثرند از جمله مسائل ژنتیکی (راملز، فرانک، جرتز، هارتمن و باتلار<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰؛ رونالد و هاکسترا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۱).

به منظور تعریف و تشخیص کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه نشانه های متعددی توسط صاحب نظران ارائه شده است. در این خصوص دیلز<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۳)

1. Brown , Freeman, Perrin, Stein, Amler & Feldman
2. Biederman
3. de Lima, Horta, Biederman, & Rohde
4. Looby
5. Gotlieb & Gotlieb
6. Teeter
7. Hechtman
8. Coghill
9. Riley, Coghill , Forrest , Lorenzo, Ralston & Spiel
10. Franke, Geurts, Hartman, & Buitelaar
11. Ronald & Hoekstra
12. Dills

معتقد است که ضعف توجه و فعالیت افراطی از ویژگی‌های اینگونه کودکان است. الوفقی<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) اختلال بیش‌فعالی را رفتاری غیر نرمال و فعالیتی مستمر دانسته و از ویژگی‌های بارز آن نداشتن هدف و تغییر مکرر فعالیتها می‌باشد. وی تکرار پذیری، تغییر و عدم مشاهده آن اختلال در کودکان طبیعی، شروع قبل از ۷ سالگی، گذشت حداقل ۶ ماه و عدم داشتن ارتباط آن با اختلال ذهنی، جسمی و هیجانی از نشانه‌های اختلال در رفتار می‌داند. همچنین کردند، ساتن، کولکانری، شولاپوروالا و شاه<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) طی مطالعه‌ای روی ۵۰ کودک به این نتیجه رسیدند که ۹۶ درصد آنان در نوشتن، توجه و ریاضی مشکل داشته و ۶۸ درصد آنان دارای اختلال بیش‌فعالی و ۶۰ درصد آنان از مشکلات خواندن رنج می‌برند. در همین راستا پژوهشگرانی همچون اردلان، فرهود و شاه محمدی (۱۳۸۰) معتقدند که عدم توجه به مخاطب، اشتباهات مکرر در انجام تکالیف درسی و شغلی، مشکلات سازماندهی، رفتاری، حواسپرتی، فراموشکاری و اجتناب از کارهای ذهنی از بارزترین ویژگی‌های کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه است. مشکلات توجه و تمرکز و سیستم حرکتی، تکانشگری، به هم ریختگی، عدم تحمل استرس، تغییرات هیجانی و خلقی و اختلال در روابط بین فردی (تیتز، ۱۹۹۸) اشکال در برنامه ریزی، تکمیل و به پایان رساندن تکالیف، انجام دادن به موقع وظایف کاری، گوش دادن به صحبت‌های دیگران، حفظ توجه هنگام خواندن، تصمیم‌گیری با فکر (وندز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵) ناپایداری عاطفی، عصبانیت‌های ناگهانی و شدید، پاسخهای هیجانی شدید، آشفتگی در انجام کارها، بی‌ثباتی در روابط بین فردی، ناکامی شغلی و تحصیلی، سوء مصرف الکل و پاسخهای غیرمعمول به روان‌درمانی از جمله ویژگی‌های دیگر افراد مبتلا به این اختلال است (کاپلان و سادوک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

تشخیص اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه یک تشخیص بالینی است و مصاحبه با

1. Alwaqfi
2. Karande, Satan, Kulkanri, Sholapurwala, Chitre & Shah
3. Wender
4. Kaplan & Sadock

والدین اولین قدم در فرایند ارزیابی آن است. والدین علایم این نوع اختلال را در دختران نسبت به پسران کمتر تشخیص می دهند زیرا معمولاً پسرها زودتر به کلینیک‌ها ارجاع داده می شوند (کاپلان، ۲۰۰۳). انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰) برای تشخیص اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه دو ماده (۲ا و ۲ب) را مطرح کردند. طبق ماده های فوق کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه بایستی حداقل ۶ نشانه رفتاری زیر برای یک دوره زمانی حداقل ۶ ماه را نشان دهد: شکست در توجه به جزئیات و یا چرخیدن ابلهانه، مشکل حفظ توجه موقع کار روی تکلیف، مشکل در گوش دادن به صحبت‌های دیگران، شکست در پیگیری دستورات، مشکل در سازماندهی تکالیف و فعالیت‌ها، اجتناب از تکالیف فکری و ذهنی، گم کردن اشیاء، ابزارها و مواد، حواس پرتی سریع و فراموشی فعالیت‌های روزانه، اضطراب و خستگی در حرکات بدن، جابجایی‌های مکرر، دویدن و بالا رفتن از مبل، مشکلات بازی، کندی فعالیت‌های اوقات فراغت، بیش فعالی، پرحرفی، پاسخ‌های تکانشی، مشکلات صحبت در سرصف، پریدن در حرف‌های دیگران و مداخله در بحث آنان بدون اجازه.

امروزه در برخی از کشورها ابزارهایی وجود دارد که به کمک آنها می توان در مدارس مطالعات غربالگری را انجام داد و کودکان دارای پیش آگهی منفی و دارای اختلال یاد شده را تشخیص داد. نخستین نقطه تشخیص زمانی است که والدین و معلم احساس کنند کودک آنان غیر عادی است و باید برای او کاری کرد. بنابراین علیرغم وجود آزمون‌های متعدد برای تشخیص این اختلال اما فرایند ارزیابی چنین کودکانی مستلزم طراحی و ساخت ابزارهای تخصصی و تشخیصی جدیدی است و اگر قرار باشد که آن اختلال کاملاً و دقیق‌تر تشخیص داده شود و در جهت درمان آن اقداماتی صورت گیرد نیازمند ساخت یک ابزار مناسب و مطابق با دنیای جدید باشد. بنابراین با استناد به این مقدمه هدف از تحقیق جاری ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه ای برای تشخیص اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه است.

### فرضیه‌های تحقیق

در تحقیق جاری فرضیه‌های زیر به محک آزمایش گذاشته شد.

پرسش‌نامه تشخیص اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه تحلیل‌عاملی شده از پایایی کافی برخوردار است.

پرسش‌نامه تشخیص اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه تحلیل‌عاملی شده از روایی کافی برخوردار است.

### روش

والدین دارای کودک بیش‌فعال و مربیان مهدکودک‌های شاغل در مراکز ارجاع کودکان یاد شده در شهراواز جامعه آماری تحقیق جاری را تشکیل داده‌اند. در این تحقیق از دو نوع نمونه‌گیری مجزا استفاده شد. در ابتدا برای ساخت مقدماتی پرسش‌نامه ۳۵ نفر (۲۵ والد و ۱۰ مربی) به صورت تصادفی انتخاب شدند. و در مرحله پایانی از بین مدارس موجود ۶ مدرسه و از بین مربیان مهدکودک‌ها و والدین کودکان بیش‌فعال آن مدارس در شهر اهواز ۱۰۰ نفر (۴۶ نفر مربی و ۵۴ والد) به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شد. به منظور تشخیص کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در ابتدا ۲۵ والد دارای کودک بیش‌فعال و ۱۰ مربی شاغل در مهد و مراکز ارجاع کودکان بیش‌فعال به صورت تصادفی انتخاب و از هر دو گروه خواسته شد که نشانه‌های کودکان مبتلا به بیش‌فعالی را در یک برگ سفید یادداشت کنند. پس از جمع‌آوری پاسخ‌های آنان تعدادی از نشانه‌های کودکان بیش‌فعال استخراج شد. در همین راستا و به منظور تکمیل و غنی‌ساختن اطلاعات فوق‌الذکر به نتایج تحقیقات انجام شده و دیگر پرسش‌نامه‌های خارجی مراجعه و تعدادی از نشانه‌های آنان نیز شناسایی و به جمع نشانه‌های یاد شده اضافه شد. نشانه‌های جمع شده مربوط به اختلال یاد شده در اختیار ۲۱ نفر (۱۰ والد، ۵ مربی، ۲ روانپزشک و ۴ استاد دانشگاه) قرار گرفت و در برخی از آن نشانه‌ها اصلاحات صوری، ادبی و حتی محتوایی صورت گرفت.

به منظور استخراج عوامل تشکیل دهنده اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل عوامل نشان داد که پرسشنامه ساخته شده از ۵ عامل با عنوان نقص حافظه و توجه<sup>۱</sup> (۹ ماده)، مسئولیت پذیری و سازماندهی<sup>۲</sup> (۹ ماده)، حرکات غیر هدفمند<sup>۳</sup> (۷ ماده)، همکاری با دیگران<sup>۴</sup> (۵ ماده) و تکانشوری<sup>۵</sup> (۴ ماده) تشکیل شده است. پایایی پرسشنامه تحلیل عاملی شده از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۰، عامل اول ۰/۸۵، عامل دوم ۰/۷۲، عامل سوم ۰/۸۱، عامل چهارم ۰/۶۸ و عامل پنجم ۰/۶۵ بدست آمد. روایی آزمون یاد شده از طریق همبسته کردن با چک لیست رفتار بزرگسال بارکلی و مورفی<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) تعیین و مقدار آن ۰/۲۵۹ برآورد گردید که در سطح  $p < ۰/۰۰۳$  معنی دار است که این رقم نشان از روایی نسبتاً خوب پرسشنامه تحلیل عاملی شده است. پرسشنامه به گونه ای طراحی شد که آزمودنی‌ها بایستی به یکی از پنج گزینه هرگز (۱) بعضی اوقات (۲) اکثر اوقات (۳) و همیشه (۴) پاسخ می‌دادند. لازم به ذکر است که چک لیست رفتار بزرگسال بارکلی و مورفی (۱۹۹۸) از دو عامل به نام بی توجهی و بیش فعالی و ۱۸ ماده (هر کدام دارای ۹ ماده) تشکیل شده است و توسط سواری (۱۳۹۰) به زبان فارسی ترجمه و روی ۲۰ نفر از والدین دارای کودک بیش فعال و مربیان کودکان یاد شده به صورت آزمایشی اجراء و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ به دست آمد.

### یافته‌ها

تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار کامپیوتری SPSS<sup>۷</sup> نسخه ۱۹ صورت گرفت. نتایج آزمون‌های شاخص کفایت نمونه گیری  $KMO = ۰/۷۰$  و آزمون کرویت بارلت<sup>۹</sup>

1. memory & attention deficit
2. responsibility & organization
3. non-purposive movement
4. cooperation with others
5. impulsiveness
6. Barkley & Murphy
7. statistical package for social science
8. Kaiser meyer olkin measure of sampling adequacy
9. Bartlett test of spherity

$X^2 = 170.1/935$  ( $p < .0001$ ) بیانگر این هستند که داده‌ها برای تجزیه و تحلیل عاملی مناسب می‌باشند. برای تحلیل عاملی مقیاس اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه در آغاز از روش تحلیل مولفه‌های اصلی استفاده شد. پس از آن برای تشخیص عوامل بنیادی که زیر بنای مقیاس را تشکیل می‌دهند از روش چرخش متعامد<sup>۱</sup> (واریماکس<sup>۲</sup>) استفاده شد. تحلیل عاملی اکتشافی نشان می‌دهد که ارزش ویژه<sup>۳</sup> عامل‌های اول تا پنجم از عدد یک بالاتر می‌باشند در تحلیل عوامل این پرسش‌نامه از بارهای عاملی ۰.۴۰ به بالا استفاده شد. در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، درصد واریانس، درصد واریانس تراکمی و تعداد سوالات پرسش‌نامه اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، درصد واریانس، درصد واریانس تراکمی و تعداد سوالات اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه

عوامل	میانگین	انحراف معیار	درصد واریانس	درصد واریانس تراکمی	تعداد سوالات
اول	۲۵/۵۹	۴/۳۰	۱۴/۶۹	۱۴/۶۹	۹
دوم	۲۴/۴۲	۵/۷۱	۱۰/۳۴	۲۵/۰۴	۹
سوم	۱۷/۷۱	۴/۶۴	۹/۴۹	۳۴/۵۳	۸
چهارم	۱۳/۷۹	۱/۸۶	۶/۹۹	۴۱/۵۳	۵
پنجم	۱۰/۵۲	۲/۷۴	۶/۲۱	۴۸/۱۵	۴
جمع			۳۵		

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین (انحراف معیار) عامل اول ۲۵/۵۹ (۴/۳۰) درصد واریانس ۱۴/۶۹ و درصد واریانس تراکمی آن ۱۴/۶۹؛ میانگین (انحراف معیار) عامل دوم ۲۴/۴۲ (۵/۷۱) درصد واریانس ۱۰/۳۴ و درصد واریانس تراکمی آن ۲۵/۰۴، میانگین

1. orthogonal rotation  
2. varimax  
3. eigenvalue



(انحراف معیار) عامل سوم  $17/71$  ( $4/64$ ) درصد واریانس  $9/49$  و درصد واریانس تراکمی آن  $34/53$  می‌باشد. میانگین (انحراف معیار) عامل چهارم  $13/79$  ( $1/86$ ) درصد واریانس  $6/99$  و درصد واریانس تراکمی آن  $41/53$  می‌باشد. میانگین (انحراف معیار) عامل پنجم  $10/52$  ( $2/74$ ) درصد واریانس  $6/21$  و درصد واریانس تراکمی آن  $48/15$  می‌باشد. ضمناً پرسش‌نامه یاد شده از  $35$  ماده و پنج عامل تشکیل شده است.

نتایج حاصل از تحلیل عوامل نشان داد که از میان  $35$  ماده استخراج شده  $9$  ماده روی عامل اول،  $9$  ماده روی عامل دوم،  $8$  ماده روی عامل سوم،  $5$  ماده روی عامل چهارم و  $4$  ماده روی عامل پنجم قرار گرفتند. از آنجایی که ماده‌های عامل اول پیرامون موضوعاتی همچون حواسپرتی، فراموشی و بی‌توجهی می‌چرخند بنابراین این عامل تحت عنوان نقص حافظه و توجه نامگذاری شد. تامل در ماده‌های عامل دوم نشان از انجام وظایف محوله، سازماندهی و مسئولیت‌پذیری است، به همین دلیل عامل یاد شده به نام مسئولیت‌پذیری و سازماندهی نامگذاری شد. ماده‌های عامل سوم پیرامون موضوعاتی همچون ایجاد حرکات زائد، جابجایی‌های غیر مفید و بدون توجیه منطقی می‌چرخند بنابراین، این عامل تحت عنوان حرکات غیر هدفمند نامگذاری گردید. ماده‌های عامل چهارم پیرامون موضوعاتی همچون تشریک مساعی و توجه به دستورات دیگران به ویژه والدین و مربیان است، بنابراین عامل یاد شده به نام همکاری با دیگران نامگذاری شد و در نهایت ماده‌های عامل پنجم در مورد موضوعاتی همچون پاسخ فوری به درخواستهای کودکان و درگیری آنان با دیگران می‌باشند لذا عامل یاد شده به نام تکانشوری نامگذاری گردید. نتایج مربوط به عوامل، ماده‌ها و بار عاملی هر کدام در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. عوامل، ماده‌ها و بار عاملی هر کدام

بار عاملی	ماده	ردیف	عامل
.۷۳۳	از حواس پرتی و خیالپردازی رنج می‌برد	۱	اول نقص حافظه و توجه
.۶۹۱	در انجام وظایفش، امور مهم را فراموش می‌کند	۲	
.۶۵۸	در پیگیری دستورات شکست می‌خورد	۳	
.۶۴۲	از وظایفی که به تلاش ذهنی و تمرکز نیاز دارند اجتناب می‌کند	۴	
.۵۶۹	از سر درگمی و بهت رنج می‌برد	۵	
.۵۱۴	در اتمام فعالیت‌هایی که شروع می‌کند ناتوان است	۶	
.۵۱۰	اطلاعات آموخته شده را فراموش می‌کند	۷	
.۵۰۳	در مکانهای پرسرو صدا و شلوغ حواسش پرت می‌شود	۸	
.۴۸۹	در برنامه ریزی و سازمان دهی مشکل دارد	۹	
.۸۵۷	وظایف محوله را انجام می‌دهد	۱۰	دوم مسئولیت پذیری و سازماندهی
.۸۳۴	از کتب و نوشت افزارش درست نگهداری می‌کند	۱۱	
.۶۴۵	یک دنده و لچباز است	۱۲	
.۶۲۴	به دقت به حرف‌ها گوش می‌دهد	۱۳	
.۵۹۲	قراره‌های مهم (مثل تاریخ آزمون، گردش و...) را به یاد می‌آورد	۱۴	
.۵۷۹	آدرس و نشانی که از او سؤال می‌شود را می‌فهمد	۱۵	
.۵۶۰	متوجه زمان می‌باشد	۱۶	
.۵۵۳	در انجام وظایفش مستقل و خودکفا است	۱۷	
.۵۱۲	در زمان مقرر وظایفش را به اتمام می‌رساند	۱۸	سوم حرکات غیر هدفمند
.۵۷۸	اغلب خسته و بیقرار است	۱۹	
.۵۷۰	در منزل و دیگر جاها سرو صدا ایجاد می‌کند	۲۰	
.۵۶۳	مزاحم افراد دیگر می‌شود	۲۱	
.۵۴۶	به طور مکرر و بدون هدف از جایش بلند می‌شود و می‌نشیند	۲۲	
.۵۲۷	از روی لوازم خانه می‌پرد و از آنها بالا می‌رود	۲۳	چهارم همکاری با دیگران
.۴۹۷	رفتارهای غیر طبیعی مانند آستین جویدن انجام می‌دهد	۲۴	
.۴۸۶	اشیاء را سر جای خود نمی‌گذارد (شلخته)	۲۵	
.۴۵۴	وقتی به اطراف حرکت می‌کند بالوازم خانه تصادف و آنها را واژگون می‌سازد	۲۶	
.۷۳۸	با دیگران همکاری و تشریک مساعی می‌کند	۲۷	پنجم تکانشوری
.۶۸۹	اگر رفتار ناشایستی انجام دهد عذرخواهی می‌کند	۲۸	
.۶۴۲	برای بازی با اسباب بازی بچه‌های دیگر اجازه می‌گیرد	۲۹	
.۵۷۸	به نظافت و پاکیزگی شخصی خود اهمیت می‌دهد	۳۰	
.۵۴۳	به دستورات اطرافیان پاسخ مثبت می‌دهد	۳۱	
.۶۸۵	دوست دارد به درخواست‌هایش فوراً پاسخ داده شود	۳۲	
.۶۳۲	زیاد جیغ می‌زند و گریه می‌کند	۳۳	
.۵۸۶	با همسالان خود می‌جنگد	۳۴	
.۵۱۷	بدون تفکر در باره پیامدها، خود را درگیر فعالیت‌های خطرناک می‌کند	۳۵	

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که از بین عامل اول (نقص حافظه و توجه) عبارت اول « از حواس پرتی و خیالپردازی رنج می‌برد » با داشتن بار عاملی ۰/۷۳۳. و عبارت پایانی آن عامل « در برنامه ریزی و سازمان دهی مشکل دارد » با داشتن بار عاملی ۰/۴۸۹. ، از بین عامل دوم (مسئولیت پذیری و سازماندهی) عبارت اول « وظایف محوله را انجام می‌دهد » با داشتن بار عاملی ۰/۸۵۷. و عبارت پایانی آن عامل « در زمان مقرر وظایفش را به اتمام می‌رساند » با داشتن بار عاملی ۰/۵۱۲. از بین عامل سوم (حرکات غیر هدفمند) عبارت اول « اغلب خسته و بیقرار است » با داشتن بار عاملی ۰/۵۷۸. و عبارت پایانی آن عامل « وقتی به اطراف حرکت می‌کند بالوازم خانه تصادف و آن‌ها را واژگون می‌سازد » با داشتن بار عاملی ۰/۴۵۴. از بین عامل چهارم (همکاری با دیگران) عبارت اول « با دیگران همکاری و تشریک مساعی می‌کند » با داشتن بار عاملی ۰/۷۳۸. و عبارت پایانی آن عامل « به دستورات اطرافیان پاسخ مثبت می‌دهد » با داشتن بار عاملی ۰/۵۴۳. و نهایتاً از بین عامل پنجم (تکانشوری) عبارت اول « دوست دارد به درخواست‌هایش فوراً پاسخ داده شود » با داشتن بار عاملی ۰/۶۸۵. و عبارت پایانی آن عامل « بدون تفکر در باره پیامدها ، خود را درگیر فعالیتهای خطرناک می‌کند » با داشتن بار عاملی ۰/۵۱۷. به ترتیب بیشترین و کمترین بار عاملی را داشتند. نتایج تحلیل این یافته با نتیجه تحلیل عاملی اکتشافی مطابقت دارد.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر ساخت و اعتباریابی آزمونی برای تشخیص اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه است. همانطوری که قبلاً گفته شد اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه اختلالی مزمن و فراگیری است که با نقص در توجه مستمر، کنترل تکانه و اشکال در نظم فعالیت حرکتی در پاسخ به نیازهای موقعیتی مشخص می‌شود. این اختلال اغلب مختل کننده است و کارکرد روانی اجتماعی کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در حدود ۶۵ درصد این کودکان، رفتار پر خاشگرانه، یا تمایل به بی‌اعتنایی مقابله‌ای نشان می‌دهند. تقریباً کودکان مبتلا دچار افت تحصیلی، اعتماد به نفس پائین، اضطراب، افسردگی و مشکلات

عمده در روابط با همسالان هستند (مانوزا، کلین، بسلر، مالوری و لاپادولا<sup>۱</sup> ۱۹۹۸).

نتایج حاصل از تحلیل عوامل اکتشافی تحقیق جاری نشان داد که آزمون اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه از ۳۵ سؤال و ۵ مولفه تشکیل شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که اولین عامل با عنوان نقص حافظه و توجه نامگذاری شد و عبارت اول «از حواس پرتی و خیالپردازی رنج می‌برد» با داشتن بار عاملی ۰/۷۳۳. و عبارت پایانی آن «در برنامه ریزی و سازمان دهی مشکل دارد» با داشتن بار عاملی ۰/۴۸۹. عامل دوم تحت عنوان مسئولیت‌پذیری و سازماندهی نامگذاری و اولین ماده آن «وظایف محوله را انجام می‌دهد» با داشتن بار عاملی ۰/۸۵۷. و عبارت پایانی آن «در زمان مقرر وظایفش را به اتمام می‌رساند» با داشتن بار عاملی ۰/۵۱۲. عامل سوم با عنوان حرکات غیر هدفمند نامگذاری و ماده اول آن «اغلب خسته و بیقرار است» با داشتن بار عاملی ۰/۵۷۸. و ماده پایانی آن «وقتی به اطراف حرکت می‌کند با لوازم خانه تصادف و آن‌ها را واژگون می‌سازد» با داشتن بار عاملی ۰/۴۵۴. عامل چهارم تحت عنوان همکاری با دیگران نامگذاری و ماده اول آن «با دیگران همکاری و تشریک مساعی می‌کند» با داشتن بار عاملی ۰/۷۳۸. و ماده پایانی آن «به دستورات اطرافیان پاسخ مثبت می‌دهد» با داشتن بار عاملی ۰/۵۴۳. و نهایتاً عامل پنجم تحت عنوان تکانشوری نامگذاری و ماده اول آن «دوست دارد به درخواست‌هایش فوراً پاسخ داده شود» با داشتن بار عاملی ۰/۶۸۵. و ماده پایانی آن «بدون تفکر در باره پیامدها، خود را درگیر فعالیتهای خطرناک می‌کند» با داشتن بار عاملی ۰/۵۱۷. به ترتیب بیشترین و کمترین بار عاملی ماده‌ها را داشتند.

همانطوریکه قبلاً اشاره شد حافظه و توجه یکی از عوامل موثر در یادگیری است. معمولاً افراد عادی به محرکات خارجی توجه می‌کنند و مهم‌ترین آن‌ها را گزینش و به حافظه می‌سپارند و نسبت به آن‌ها واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند اما کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی از درجه توجه و حافظه کمتری برخوردارند، بنابراین در تمرکز روی

1. Mannuzza, Klein, Bessler, Mallory & Lapadula

اشیاء شکست می‌خورند. در این خصوص دیلز (۲۰۰۳) معتقد است که ضعف توجه و فعالیت افراطی از ویژگی‌های اینگونه کودکان است. مسئولیت‌پذیری و سازماندهی از دیگر ویژگی‌های انسان‌های سالم و طبیعی است. به عبارت دیگر انسان سالم نسبت به رفتارهای خود را مسئول دانسته و امورات خود را سازماندهی می‌کند. زیرا نبود سازماندهی در کارها به شکست منجر می‌شود و متأسفانه این نوع رفتارها در کودکان مبتلا به این نوع اختلال دیده می‌شود. بدیهی است که فعالیت‌های انسان طبیعی بر حسب تفکر صورت می‌گیرد و به ندرت دست به کارهای خطرناک می‌زند اما کودک دارای اختلال بیش فعالی از جایی به جای دیگر جابجا شده و بدون هدف و محرک مناسب دست به اقدام می‌زند. در این خصوص الوقفی (۲۰۰۳) اختلال بیش فعالی را رفتاری غیر نرمال و فعالیتی مستمر دانسته و از ویژگی‌های بارز آن نداشتن هدف و تغییر مکرر فعالیتها می‌باشد. آنان در سنین پیش از دبستان بدون اینکه هدفی داشته باشند بدون وقفه می‌دوند، بالامی‌روند و می‌خزند. وقتی که بزرگتر می‌شوند ناتوانی مشخصی برای آرام نشستن نشان داده و به طور افراطی تمایل به بیقراری دارند. کودکانی که بیش از اندازه فعال اند مشکلاتی نیز در توجه و تمرکز دارند.

شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به چنین اختلالی لجباز بوده از همکاری با دیگران و به ویژه در زمینه کارهای درسی سرباز زده و کمتر همکاری نشان می‌دهند. زودرنجی، حساسیت و تکانشگری از مهم‌ترین ویژگی‌های کودکان بیش فعال می‌باشد. در این زمینه وندر (۱۹۹۵) و کاپلان و سادوک (۲۰۰۰) معتقدند که ناپایداری عاطفی، عصبانیت‌های ناگهانی و شدید، پاسخهای هیجانی شدید، آشفتگی در انجام کارها، بی‌ثباتی در روابط بین فردی، ناکامی شغلی و تحصیلی، سوء مصرف الکل و پاسخهای غیرمعمول به روان‌درمانی از جمله ویژگی‌های دیگر افراد مبتلا به این اختلال است.

نتایج تحقیق جاری با یافته‌های اردلان، فرهود و شاه‌محمدی (۱۳۸۰)، وندر (۱۹۹۵)، تیتز (۱۹۹۸) و کاپلان و سادوک (۲۰۰۰) در رابطه با برخی از ویژگی‌های کودکان دارای

اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه که با کمک پرسش‌نامه تحلیل عاملی شده تحقیق جاری اندازه‌گیری می‌شوند هماهنگ و همسو است. زیرا آن‌ها معتقدند که عدم توجه به مخاطب، اشتباهات مکرر در انجام تکالیف درسی و شغلی، مشکلات سازماندهی، رفتاری، حواسپرتی، فراموشکاری و اجتناب از کارهای ذهنی، مشکلات توجه و تمرکز و سیستم حرکتی، تکانشگری، به هم ریختگی، عدم تحمل استرس، تغییرات هیجانی و خلقی و اختلال در روابط بین فردی اشکال در برنامه ریزی، تکمیل و به پایان رساندن تکالیف، انجام دادن به موقع وظایف کاری، گوش دادن به صحبت‌های دیگران، حفظ توجه هنگام خواندن، تصمیم‌گیری با فکر ناپایداری عاطفی، عصبانیت‌های ناگهانی و شدید، پاسخهای هیجانی شدید، آشفتگی در انجام کارها، بی‌ثباتی در روابط بین فردی، ناکامی شغلی و تحصیلی، سوء مصرف الکل و پاسخهای غیرمعمول به روان‌درمانی از جمله ویژگی‌های دیگر افراد مبتلا به این اختلال است.

از آنجایی که تشخیص اختلال فوق‌الذکر کار بسیار حساس و دقیقی است لذا بایستی ابزاری ساخته شود که بتواند همه جانبه و صحیح، کار تشخیص آن را انجام دهد و به متخصصان و کارشناسان نیز کمک کند تا بتوانند با خیال راحت و اطمینان آن اختلال را تشخیص داده و به درمان آن بپردازند و این کار میسر نخواهد بود مگر با طراحی یک آزمون جدید و متناسب با شرایط زمانی و مکانی. بنابر این با توجه به شیوع بالای این اختلال در کودکان و اهمیت تشخیص و درمان به هنگام آن، هم‌درجهت تعیین شیوع و هم‌در زمینه‌های جاری پرسش‌نامه‌های موجود مطالعات گسترده‌تر مورد نیاز می‌باشد.

## منابع

- اردلان، گلایل، فرهود، داریوش و شاه محمدی، داوود (۱۳۸۰). بررسی اختلال بیش فعالی و کمبود توجه و تمرکز در کودکان مقطع پیش دبستانی (مهد کودکهای تهران). مجله بیماری‌های کودکان ایران. سال دوازدهم، شماره ۴. صص ۵۶-۵۳.
- Alhamed,H.(2002).ADHD causes & treatment .SA: Arabian academy for special education publisher.
- Alwaqfi,R.(2003).learning disability :Amman. Princes Tharwat college publication.
- Alzayat, F.(1998). Learning disability. Egypt .Dar Alnasher.
- American Psychiatric Association.(2000).Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association.(1994).Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th ed.). Washington, DC: Author.
- Barkley, R., & Murphy,K.(1998).Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Biederman,J.(2005).Attention-deficit/ hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry*, 57:1215-1220.
- Brown, R, Freeman, W., Perrin, J., Stein, M., Amler, R., & Feldman, H. (2001). Prevalence and assessment of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder in primary care settings. *Pediatrics*, 107, 43-53.
- Coghill D, Spiel G, Baldursson, G, Do'pfner M, Lorenzo M, Ralston S, & Rothenberger A.,(2006). Which factors impact on clinician-rated impairment in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(Suppl 1):30-37.
- Davidson,M.(2008).ADHD in adults.A review of the literature.*Atten Disord*;11:628-41.
- Dills,R.(2003).Diagnosis & treatment of attention deficit hyperactivity disorder *pharmacy Times* ,69,9,66.
- Gotlieb, E.M., Gotlieb, J.S., 2009. Helping adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder transition towards adulthood. *AdolescentMedicine: State of the Art Reviews* 20, 150-159.
- Hallahan,D,Lioyed,J ,Kauffman,J, Weis,M & Martinez,E.(2005).Learning disabilities. New York.Pearson Education.Inc.
- Hechtman,L.(2000).Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolescent Psychiatr Clin North Am*, 9:481-498.
- Jou,R,Handen,B & Hardan,A.(2004).Psycho stimulant treatment of adults with

- mental retardation & attention deficit hyperactivity disorder. *Australian psychiatry*. 12(4), 376-379.
- Kaplan, S. (2003). *Synopsis of psychiatry*, 9th, ed. Philadelphia. 1223-1230.
- Kaplan, S. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th, ed. Philadelphia. 2679- 93.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 2688-2691). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Karande, S., Satan, N., Kulkarni, M., Sholapurwala, P., Chitre, A. & Shah, N. (2007). Clinical & psycho educational profile of children with specific learning disability & co-occurring attention-deficit hyperactivity disorder. *Indian Journal Med-Sci*. 61(12), 639-647.
- Looby, A. (2008). Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the development of substance use disorder: valid concern or exaggerate? *Journal of American Academy Child Psychiatry*, 51(3):190-197
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Mallory, P & Lapadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. *Archives of General psychiatry*, 50, 565-576.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *The American Journal of Psychiatry* 164, 942-948.
- Riley A, Coghill D, Forrest C, Lorenzo M, Ralston S, & Spiel G. (2006). Validity of the health-related quality of life assessment in the ADORE study: Parent report form of the CHIP-CE edition. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15: S63-S71.
- Rommelse, N.N., Franke, B., Geurts, H.M., Hartman, C.A., Buitelaar, J.K. (2010a). Shared heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 19, 281-295.
- Ronald, A., Hoekstra, R.A. (2011). Autism spectrum disorders and autistic traits: a decade of new twin studies. *Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet.*, Epub ahead of print.
- Salehi, S, Noah, S & Jaafar, W. (2011). Primary school teachers perceptions about attention deficit & sense of time among ADHD children. Paper presented at the 4<sup>th</sup> International conference of cognitive science. Tehran, Iran.
- Sisalem, K. (2001). *ADHD characteristic, causes & treatment*. UAE: University book house.
- Teeter, P. (1998). *Interventions for ADHD: Treatment in developmental context* (276-319). New York: Guilford Press.
- Wender, P.H. (1995). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*. New York: Oxford University Press.