



۱۳۸۷ / ۱۲ / ۲۳

۹۵۵۲۴



دانشگاه علامہ طباطبائی  
دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته سنجش و اندازه گیری

موضوع

ساخت و استاندارد کردن مقیاس تشخیصی اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در دانشجویان  
دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۸۷-۸۶

استاد راهنما

دکتر علی دلاور

استاد مشاور

دکتر حمید علیزاده

استاد داور

دکتر محمد رضا محمدی

پژوهشگر

فاطمه میری اسکندری

زمستان ۱۳۸۶

اداره اطلاعات و مناسبات  
شعبه اسناد و کتابخانه

۱۳۸۷ / ۲ / ۲۳

۹۵۵۲۴

بی حسنا

## چکیده

هدف از این پژوهش ساخت و استاندارد کردن مقیاس تشخیصی بیش فعالی بزرگسالان در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد است. برای این منظور ابتدا مبانی نظری و پژوهش های پیشین مطالعه شد. سپس بر اساس حیطة های سازه ی مذکور که از مطالعه ی منابع به دست آمده بود، برای طراحی پرسشنامه اقدام شد. پس از بررسی صوری و محتوایی سؤالات ساخته شده در ارتباط با هر یک از خرده آزمون ها و حذف سؤالات نامناسب از آن ، در مجموع ۳۳ سؤال برای اجرای نهایی بر روی گروهی متشکل از ۵۰۰ نفر که با روش نمونه گیری سیستماتیک انتخاب شده بودند، اجرا شد. پس از اجرا ، سؤالات قبل از استفاده در تحلیل عاملی با شرط همبستگی کمتر از ۰/۳ بانمره ی کل غربال شد که ۲ سؤال در این مرحله حذف و ۳۱ سؤال برای تحلیل نهایی باقی ماند. سپس با توجه به معنی داری بودن آزمون کرویت بارتلت (۰/۰۰۱) و مقدار  $KMO$  که برابر ۰/۹۲ بود تحلیل عاملی با روش مولفه های اصلی انجام شد. درصد واریانس تبیین شده هم در مجموع حاکی از وجود ۳ عامل برای تحلیل بود. پس از چرخش عامل ها توسط چرخش واریماکس معلوم شد که سؤالات در ۳ مؤلفه، تکانشگری، کمبود توجه، بیش فعالی بیشترین بار عاملی را دارند و این عامل ها دقیقاً همان عواملی بودند که در مبانی نظری بر آنها تأکید شده بود. بنابراین اعتبار عاملی آزمون مورد تأیید قرار گرفت. برای آگاهی از پایایی آزمون محقق ساخته پرسشنامه بعد از دو هفته مجدداً روی یک گروه ۵۰ نفری اجرا شد. نتایج همبستگی بین اجرای اول و دوم در سه عامل به ترتیب ۰/۸۵ ، ۰/۸۰ ، ۰/۷۵ به دست آمد پس از تجزیه و تحلیل داده ها، تعیین هنجار، نقطه برش و شدت اختلال، پرسشنامه مذکور بر روی ۳۰ نفر از افراد دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی جهت تشخیص افتراقی اجرا گردید نقطه برش برای این آزمون با توجه به انحراف استاندارد و آزمون حساسیت ویژگی نمره ۳۲ در نظر گرفته شد با توجه به نقطه برش درصد شیوع اختلال ۴/۶ به دست آمد که این مقدار با منابع بالینی همخوان است.

کلید واژه: اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، استاندارد کردن، روایی، پایایی

تقدیم به

خانواده عزیزم به ویژه پدر و مادر گرامیم

و

همه کسانی که دوستشان دارم

## تقدیر و تشکر

با سپاس فراوان از استاد عزیز و ارجمند جناب آقای دکتر علی دلاور که در این پژوهش صمیمانه و صبورانه راهنمای من بودند و با تشکر فراوان از همراهی و همکاری بی دریغ استاد عزیز و گرامی جناب آقای دکتر حمید علیزاده که در این تحقیق مرا یاری رساندند و با سپاس فراوان از آقای دکتر محمد رضا محمدی که زحمت داوری این پایان نامه را پذیرفتند. برای این بزرگواران موفقیت و شادکامی در تمامی مراحل زندگی را از خداوند متعال خواستارم.

همچنین از تمامی دوستانم به ویژه زینب برات پور، نرگس یعقوبی و اکرم عنابستانی که در این تحقیق یاریگر من بوده‌اند، سپاسگزارم.

## فهرست مطالب»

شماره صفحه	عنوان
	فصل اول: چارچوب تحقیق
۲	۱-۱- مقدمه
۴	۱-۲- بیان مسأله
۵	۱-۳- سؤالات پژوهش
۶	۱-۴- اهمیت و ضرورت پژوهش
۷	۱-۵- اهداف پژوهش
۸	۱-۶- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها
۸	۱-۶-۱- تعاریف نظری
۹	۱-۶-۲- تعاریف عملیاتی
۱۱	فصل دوم: پیشینه پژوهش
۱۲	۲-۱- پیشینه تاریخی اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی
۱۵	۲-۲- تعریف اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی
۱۷	۲-۳- تشخیص
۲۰	۲-۴- سبب شناسی
۲۲	۲-۵- نظریه های زیست شناختی (بیولوژیک)
۲۲	۲-۵-۱- فرضیه ژنتیک
۲۴	۲-۵-۲- نظریه نقص جسمانی
۲۴	۲-۵-۳- فرضیه اختلال در ترشح انتقال دهنده های عصبی
۲۵	۲-۵-۴- فرضیه آلرژیک
۲۶	۲-۵-۵- فرضیه تحت آستانه ای
۲۷	۲-۶- نظریه های درون روانی
۲۷	۲-۶-۱- فرضیه کم توجهی
۲۸	۲-۶-۲- فرضیه بیش فعالی
۲۸	۲-۶-۳- فرضیه تکانشگری
۲۹	۲-۶-۴- فرضیه نقص در پیروی کردن مقررات
۳۰	۲-۷- نظریه سیستم ها
۳۱	۲-۸- شیوع بیش فعالی
۳۳	۲-۹- تشخیص افتراقی

۳۴	۲-۱۰- ختلالات همراه با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی
۳۴	۲-۱۰-۱- اختلال سلوک و اختلال ضد اجتماعی
۳۵	۲-۱۰-۲- اختلالات اضطراب
۳۶	۲-۱۰-۳- اختلالات خلق
۳۶	۲-۱۰-۴- اختلالات افسردگی
۳۷	۲-۱۰-۵- اختلالات تیک و توره
۳۷	۲- ۱۱- مشکلات اجتماعی و اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی
۳۷	۲-۱۱-۱- اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و مواد مخدر
۳۸	۲-۱۱-۲- اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و مشروبات الکلی
۳۹	۲-۱۱-۳- اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و سیگار
۳۹	۲-۱۱-۴- اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و جرایم جنسی
۳۹	۲-۱۱-۵- اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و حوادث رانندگی
۴۰	۲-۱۲- اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و مشکلات آموزش
۴۰	۲-۱۳-درمان
۴۰	۲-۱۳-۱- دارو درمانی
۴۵	۲-۱۳-۲- روان درمانی
۴۶	۲-۱۴- تعریف اندازه گیری
۴۶	۲-۱۵- تعریف آزمون روانی
۴۹	۲- ۱۶- ویژگی های اصلی آزمون
۴۹	۲-۱۶-۱- پایایی
۵۰	۲-۱۶-۱-۱- بازآزمایی
۵۱	۲-۱۶-۱-۲- اعتبار آزمونهای همتا
۵۱	۲-۱۶-۱-۳- روش دو نیمه کردن
۵۲	۲-۱۶-۱-۴- روش کودر - ریچاردسون
۵۳	۲-۱۶-۱-۵- ضریب آلفا
۵۴	۲-۱۷-روایی
۵۵	۲-۱۷-۱-روایی محتوایی
۵۶	۲-۱۷-۲-روایی ملاکی
۵۸	۲-۱۷-۳-روایی سازه
۵۹	۲-۱۸-استاندارد کردن
۶۱	۱۲-۱۹-نقد آزمون ها

۶۳	۲-۲۰- نظریه کلاسیک اندازه گیری
۶۵	۲-۲۱- نظریه سوال - پاسخ
۶۶	۲-۲۲- مراحل ساخت آزمون های استاندارد شده
۶۹	۲-۲۳- تعداد و نوع سوال های آزمون
۷۰	۲-۲۴- روش های تجزیه و تحلیل سوالات آزمون
۷۲	۲-۲۵- توصیف ابزارهای گذشته و پژوهشهای پیشین
۷۲	۲-۲۵-۱- پژوهش های داخلی
۷۴	۲-۲۵-۲- پژوهش های خارجی
۷۸	فصل سوم: روش پژوهش
۷۹	۳-۱- طرح کلی تحقیق
۸۰	۳-۲- جامعه ی آماری
۸۰	۳-۳- روش نمونه گیری و حجم نمونه
۸۳	۳-۴- ابزار اندازه گیری
۸۴	۳-۵- نحوه اجرا و نمره گذاری
۸۵	۳-۶- پایایی
۸۶	۳-۷- روایی
۸۷	۳-۸- روش تجزیه و تحلیل داده ها
۸۸	فصل چهارم: یافته های پژوهش
۸۹	۴-۱- روش تجزیه و تحلیل داده ها
۸۹	۴-۲- یافته های توصیفی مربوط به آزمودنی ها
۹۱	۴-۳- گزینش سوالات
۹۴	۴-۴- تحلیل عاملی آزمون محقق ساخته
۹۶	۴-۴-۱- کفایت نمونه گیری
۹۷	۴-۴-۲- استخراج عوامل اولیه
۱۰۰	۴-۴-۲- ملاک کسیر
۱۰۱	۴-۴-۴- چرخش عامل ها
۱۰۵	۴-۵- نامگذاری عامل ها
۱۰۵	۴-۵-۱- عامل اول تکانشگری
۱۰۵	۴-۵-۲- عامل دوم کمبود توجه
۱۰۷	۴-۵-۳- عامل سوم بیش فعالی
۱۰۸	۴-۶- پایایی



۱۰۹	۴-۶-۱-همسانی درونی
۱۱۳	۴-۶-۲-باز آزمایی
۱۱۴	۴-۷-روایی
۱۱۵	۴-۷-۱-روایی محتوایی
۱۱۵	۴-۷-۲-روایی سازه
۱۱۵	۴-۷-۲-۱-تحلیل عاملی
۱۱۶	۴-۷-۲-۲-همسانی درونی
	۴-۸-شاخص های توصیفی نمرات مقیاس های آزمون محقق ساخته بر اساس متغیر های جمعیت شناختی
۱۱۹	
۱۲۱	۴-۹-محاسبه نقطه برش آزمون
۱۲۳	۴-۹-۱-نقطه برش براساس انحراف معیار
۱۳۵	۴-۹-۲-نقطه برش براساس آزمون حساسیت ویژگی
۱۳۶	۴-۱۰-شیوع اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در دانشجویان مورد مطالعه
۱۲۶	۴-۱۱-یافته های توصیفی مربوط به دانشجویان مبتلا اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی
۱۳۰	۴-۱۲-هنجار های آزمون
۱۳۶	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۱۳۷	۵-۱-فرایند طی شده
۱۴۱	۵-۲-محدودیت های پژوهش
۱۴۲	۵-۳-پیشنهاد ها
۱۴۴	منابع
۱۵۱	پیوست ها

## «فهرست جداول»

شماره صفحه	عنوان
۱۴	جدول: ۱-۲ تاریخچه تحول واصطلاح شناسی اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی
۱۸	جدول : ۲-۲-ملاک های تشخیصی اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی بر اساس DSM-IV
۸۲	جدول: ۳-۱- فراوانی و درصد حجم جامعه وگروه نمونه را به تفکیک جنسیت و دانشگاه محل تحصیل
۸۹	جدول ۱-۴ : توزیع فراوانی جنسیت دانشجویان مورد مطالعه
۹۰	جدول ۲-۴ : توزیع فراوانی سن دانشجویان مورد مطالعه
۹۰	جدول ۳-۴ : توزیع فراوانی میزان تحصیلات دانشجویان مورد مطالعه
۹۱	جدول ۴-۴ : توزیع فراوانی سابقه مشروطی مورد مطالعه
۹۲	جدول ۵-۴ : شاخص های همسانی درونی سؤالات آزمون محقق ساخته
۹۷	جدول ۶-۴ : نتایج آزمون KMO و آزمون کروییت بارتلت برای داده های به دست آمده از آزمودنی ها
۹۸	جدول ۷-۴ : مشخصه های آماری اولیه آزمون محقق ساخته به روش مؤلفه های اصلی
۱۰۲	جدول ۸-۴ : مشخصه های آماری برای سه عامل استخراج شده قبل از چرخش به وسیله روش مولفه اصلی
۱۰۲	جدول ۹-۴ : مشخصه های آماری برای سه عامل بعد از چرخش به وسیله روش مولفه اصلی و با استفاده از چرخش واریماکس
۱۰۳	جدول ۱۰-۴ : ماتریس سه مؤلفه استخراج شده به وسیله روش مولفه اصلی و بارهای عاملی سؤالات در هر مؤلفه بعد از چرخش

- جدول ۱۱-۴ : مشخصه های آماری شامل میانگین، واریانس، همبستگی اصلاح شده  
 ۱۱۰ و ضریب آلفا برای مقیاس اول (تکانشگری)
- جدول ۱۲-۴ : مشخصه های آماری شامل میانگین، واریانس، همبستگی اصلاح شده  
 ۱۱۱ و ضریب آلفا برای مقیاس دوم (کمبود توجه)
- جدول ۱۳-۴ : مشخصه های آماری شامل میانگین، واریانس، همبستگی اصلاح شده  
 ۱۱۳ و ضریب آلفا برای مقیاس سوم (بیش فعالی)
- جدول ۱۴-۴ : ضرایب پایایی با استفاده از روش بازآزمایی برای مقیاس های  
 ۱۱۳ آزمون محقق ساخته
- جدول ۱۵-۴ : همسانی درونی کلیه سؤالات آزمون محقق ساخته با استفاده  
 ۱۱۷ از ضریب آلفای کرانباخ
- جدول ۱۶-۴ : شاخص های توصیفی نمرات آزمون محقق ساخته براساس  
 ۱۱۹ متغیر جنسیت
- جدول ۱۷-۴ : شاخص های توصیفی نمرات آزمون محقق ساخته براساس متغیر سن  
 ۱۲۰
- جدول ۱۸-۴ : شاخص های توصیفی نمرات آزمون محقق ساخته براساس میزان تحصیلات  
 ۱۲۰
- جدول ۱۹-۴ : شاخص های توصیفی نمرات آزمون محقق ساخته براساس سابقه مشروطی  
 ۱۲۱
- جدول ۲۰-۴ : محاسبه نقطه ی برش برای مقیاس های آزمون محقق ساخته و کل آزمون  
 ۱۲۲
- جدول شماره ۲۱-۴: درصد شیوع نارسایی توجه / بیش فعالی در نمونه پژوهش  
 ۱۲۵
- جدول شماره ۲۲-۴ : درصد شیوع اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی در نمونه  
 پژوهش به تفکیک جنسیت  
 ۱۲۵
- جدول شماره ۲۳-۴: درصد شیوع اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی در نمونه  
 پژوهش با توجه به سن  
 ۱۲۵

- جدول شماره ۲۴-۴ : درصد شیوع اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی در نمونه پژوهش با توجه به میزان تحصیلات  
۱۲۶
- جدول شماره ۲۵-۴ : درصد شیوع اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی در نمونه پژوهش با توجه به سابقه مشروط  
۱۲۶
- جدول ۲۶-۴: توزیع فراوانی جنسیت دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی  
۱۲۶
- جدول ۲۷-۴ : توزیع فراوانی سن دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی  
۱۲۶
- جدول ۲۸-۴ : توزیع فراوانی میزان تحصیلات دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی  
۱۲۷
- جدول ۲۹-۴ : توزیع فراوانی سابقه مشروطی دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی  
۱۲۷
- جدول شماره ۳۰-۴ : مشخصه های آماری کل مقیاس در دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی  
۱۲۸
- جدول شماره ۳۱-۴ مشخصه آماری کل مقیاس به تفکیک جنسیت دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعال  
۱۲۸
- جدول شماره ۳۲-۴ : مشخصه آماری کل مقیاس به توجه به سن دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی  
۱۲۸
- جدول شماره ۳۳-۴ : مشخصه آماری کل مقیاس به با توجه به تحصیلات دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی  
۱۲۹

- جدول شماره ۳۴-۴ : مشخصه آماری کل مقیاس به با توجه به سابقه مشروطی
- ۱۲۹ دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه /بیش فعالی
- جدول شماره ۳۵-۴ : آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت مقایسه توزیع نمرات
- ۱۲۹ دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه /بیش فعال
- جدول ۳۶-۴ : نمرات خام و هنجار شده آزمودنی ها در نمره کل مقیاس
- ۱۳۲
- جدول ۳۷-۴ : نمرات خام و هنجار شده آزمودنی ها درمقیاس تکانشگری
- ۱۳۳
- جدول ۳۸-۴ : نمرات خام و هنجار شده آزمودنی ها درمقیاس کمبود توجه
- ۱۳۴
- جدول ۳۹-۴ : نمرات خام و هنجار شده آزمودنی ها درمقیاس بیش فعالی
- ۱۳۵

# فصل اول

## چار چوب پژوهش

## ۱-۱- مقدمه

نخست آنکه این اختلال جزء شایعترین اختلالات دوران کودکی یا نوجوانی است، برای بسیاری از دانش آموزان مشکل های قابل توجهی ایجاد می کند و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی، خانوادگی آنها در بزرگسالی، بر عملکرد شغلی زناشویی آنها تاثیر می گذارد. دوم، سبب شناسی و درمان این اختلال هنوز به طور کامل مشخص نشده است. سوم، به نظرمی رسد شناخت بهتر اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی<sup>۱</sup>، به شناخت بهتر بسیاری دیگر از اختلال های همبود، همچون اختلال سلوک، اختلال ستیزشی و ناتوانی یادگیری کمک می کند (گیلبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳، به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳).

اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی یک اختلال روانپزشکی پیچیده است که نه تنها بر فرد بلکه بر سیستم یکپارچه و گسترده خانواده تاثیر می گذارد. هرچند سبب شناسی این اختلال بر پایه عوامل زیستی - عصبی قرار گرفته است (شاپیرو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی تنها در درون سیستم خانواده

---

۱. Attention Dificit – Hyperactivity Disord

۲. Gillberg

۳. Shapiro

مشکل ایجاد می کند بلکه فرد مبتلا در کارکردهای تحصیلی، اجتماعی، و شغل اش مشکلاتی را تجربه خواهد کرد (اورت و اورت<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹).

۳ تا ۶ درصد از بزرگسالان جامعه دچار این اختلال هستند که سبب کاهش موفقیت های فردی و پایین آمدن و موقعیت های اجتماعی در مقایسه با هوش آنان و چشمداشت های کلی می شود (بیدرمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۳، به نقل از بارکلی ۲۰۰۵). اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی درمان قطعی ندارد، اما مداخلات با اهمیت هستند که می تواند تجربیات زندگی افراد مبتلا را طبیعی و نیز سیستم خانواده را پایدارتر سازند. امروزه دیگر در مورد شیوع زیاد و مشکلاتی که این اختلال ایجاد می کند، بحث و تردید چندانی وجود ندارد، و مشخص شده است که در هر کشور، هزاران و بلکه میلیون ها کودک بر اثر این اختلال، به مشکل های فروانی دچارند (علیزاده، ۱۳۸۳).

با عنایت به اینکه پرسشنامه ها یکی از رایجترین شیوه های جمع آوری داده ها و ارزیابی اختلالات می باشد و با توجه به ضرورت پژوهش در زمینه، لذا برای شناسایی و پیشگیری به موقع بیماری ها نیاز به پرسشنامه می باشد. به همین جهت بسیاری از روانشناسان بر ساخت و هنجاریابی پرسشنامه هایی در زمینه های شخصیتی، بالینی، هوشی و جز آن تاکید ورزیده اند (فیرس، ۱۹۷۷، ترجمه فیروز بخت، ۱۳۷۸).

---

۱. Everett & Everett  
۲. Biederman



## ۲-۱- بیان مساله

تحقیقات نشان می دهد که بیش از ۷۰ درصد کودکان بیش فعال نشانه هایشان را تا بزرگسالی ادامه می دهند و حتی ممکن است در برخی از بالغین برای اولین بار تشخیص نارسایی توجه/ بیش فعالی مطرح شود. آمار نارسایی توجه/بیش فعالی بزرگسالان به اندازه کودکان صحیح نیست. اما احتمال داده می شود که ۵ تا ۱۵ درصد بزرگسالان به نوعی دچار این اختلال باشند (آدلر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

اخیراً بر خلاف آنچه تصور می شد، اعتقاد بر این است که این اختلال در بیشتر موارد با افزایش سن بر طرف نمی شود و نشانه های آن در ۸۵ درصد افراد مبتلا تا نوجوانی و در ۵۰ تا ۷۰ درصد موارد تا بزرگسالی هم ادامه می یابد. لذا احتمالاً شایع ترین اختلال روانپزشکی مزمن که در بالغین تشخیص داده نمی شود، بیش فعالی است (یان<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۶، به نقل از صرامی، ۱۳۸۴).

بیش فعالی با سه خصوصیت مهم شناخته می شود: عدم تمرکز، فعالیت زیاد واز روی انگیزه آنی و بدون فکر قبلی عمل کردن. مشکلاتی که افراد دارای نارسایی توجه/ بیش فعالی با آن روبرو هستند شامل دنبال نکردن یک مسیر زندگی و به اصطلاح از یک شاخه به شاخه دیگر پریدن، اختلال در خاطرات، عدم تمرکز، مشکلات شخصیتی، احساسی، اجتماعی، شغلی، تحصیلی (علیزاده، ۱۳۸۳). مشکلاتی که به طور مستقیم از این اختلال ناشی می شوند عبارتند از: راحت پرت شدن حواس، پرتحرکی، بی نظمی، تکانشی بودن (فقدان خویشنداری)، و نوسانات خلقی. در نتیجه این خصوصیات مشکلات و مسایل متعدد دیگری برای فرد بیش فعال ایجاد می شود (وند<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸، به نقل از صرامی، ۱۳۸۴).

---

۱. Adler  
۲. yan  
۳. Wender

با توجه به این موضوع، با تشخیص به موقع این اختلال می توان تا حد زیادی از عواقب و مشکلات بعدی جلوگیری کرده و یا آن را تا حد زیادی کاهش داد. ابزارهایی که در تشخیص این اختلال به کار می رود شامل آزمون نظام تشخیصی گوردن<sup>۱</sup> است که هم برای کودکان و هم برای بزرگسالان مناسب است، نوعی دیگر از این آزمون ها، آزمون (TOVA) نام دارد. که مانند آزمون گوردن از طریق دیدن یعنی نشان دادن تصاویر پشت سر هم عمل می کنند که در کلینیک های تخصصی سلامت روان با استفاده از رایانه به کار می می رود، هر چند با کمک به این آزمونها می توان به اطلاعات سودمندی دست یافت، اما علی رغم ظاهر علمی شان عاری از خطا نیستند (انگرشل و گلداستین<sup>۲</sup> (بیتا)، به نقل از صاحب جمعی ۱۳۸۱). از مسائل مهمی که در جامعه ماکمتر به آن توجه شده وجود ابزاری منطبق با یافت فرهنگی است، مساله ای که محقق در این تحقیق با آن روبه رو است، ساخت ابزاری مناسب جهت تشخیص اختلال بیش فعالی بزرگسالان است که بتوان به کمک آن رفتارهای مرضی را شناسایی و شدت آنها را تبیین کرد.

### ۳-۱- سوالات پژوهش

- ۱- آیا آزمون مورد نظر از پایایی لازم برخوردار است؟
- ۲- آیا آزمون مورد نظر از روایی لازم برخوردار است؟
- ۳- پرسشنامه ساخته شده دارای چه ساختار عاملی می باشد؟
- ۴- آیا نقطه برش مورد نظر موارد دارای اختلال را به درستی مطرح می کند؟

۱. Gordon diagnostic system

۲. Goldstein

## ۴-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش

یکی از مهمترین مسائل و مشکلات جهان امروز در جوامع گوناگون، نابهنجاری های رفتاری و روانی و روش های مقابله با آنهاست. تردیدی نیست که مساله بهداشت روانی، پیشگیری و درمان اختلالات و نابهنجاری های رفتاری، روزه روز اهمیت بیشتری در جهان کنونی می یابد. از آنجایی که شیوع این اختلال بالا است، مشکلات فروانی را سبب می شود از قبیل؛ مشکلاتی که در درون خانواده ایجاد می شود و خانواده را که رکن اصلی پرورشی است درگیر می سازد و علاوه بر این که بهداشت روانی افراد خانواده را مختل می کند، و این امر می تواند بر کیفیت بهداشت روانی افراد بیشتری از جامعه و نهایتاً به درجاتی بر کل جامعه تأثیر منفی بگذارد. با عدم کنترل علایم رفتاری، این افراد که به آسیب های اجتماعی حساسترند، ممکن است به افراد دارای مشکلات اجتماعی (بزهکاری، اعتیاد و غیره) تبدیل شوند که بار سنگینی را بر هزینه های فرهنگی و اقتصادی جامعه تحمیل می کنند.

تحقیقات نشان می دهد کاهش فراوانی بیش فعالی در سنین بالابه معنای بهبود این اختلال نیست، بلکه این اختلال ممکن است تغییر شکل داده و خود رادر قالب دیگر رفتارهای مرضی نشان دهد (مک کن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). در هر فرد بالغی که مشکلاتی وجود داشته باشد از قبیل؛ تکانشی بودن (فقدان خویشنداری)، راحت پرت شدن حواس، روابط بین فردی مختل و یا هرگاه عملکرد شغلی یک فرد به میزان قابل توجهی از توانایی های هوشی و استعداد او کمتر باشد، باید فکر تشخیص نارسایی توجه/ بیش فعالی بود. لذا ضروری است که پزشکان و مشاورین با خصوصیات بیش فعالی در بزرگسالان آشنا باشند. بنابراین ساختن پرسشنامه ای که این اختلال را تشخیص دهد، آن را از حوزه اختلالات مشابه تفکیک کند ضروری است.

---

۱. Mc can

ساختن چنین ابزاری مستلزم در نظر گرفتن هنجارهای فرهنگی و تشخیص رفتارهای پذیرفته شده مطابق با عرف جامعه است، ممکن است یک رفتار در یک جامعه به عنوان رفتار معمول پذیرفته شود در حالی که همان در فرهنگ دیگری مرضی و نابهنجار تلقی شود. همچنین استفاده از آزمون های متناسب با بافت فرهنگی باعث تشخیص دقیق تر افراد و تعیین جایگاه آنها در پیوستار ویژگی مورد نظر یا همان روایی می شود که هدف نهایی آزمون سازی است.

ملاک های تشخیصی اختلالات رفتاری که در کشور ما مورد استفاده می شود، اغلب ترجمه ای از ملاک های رفتار سایر کشورها است بنابراین، وجود ابزاری مناسب با بافت فرهنگی به عنوان یک نیاز پایه، مهمترین ضرورت مساله مورد بحث است. تشخیص به موقع و صحیح، عواقب مطلوب و تشخیص بر مبنای ابزارهایی که از پایایی و روایی لازم برخوردار نیستند عواقب جبران ناپذیری نه تنها برای فرد بلکه برای جامعه به دنبال خواهد داشت و ابزارهای از قبیل پرسشنامه به دلیل سهولت کاربرد، امکان تشخیص سریعتر را فراهم می کنند که در پی آن روند درمان تسریع خواهد شد.

پرسشنامه های استاندارد و مقیاس های درجه بندی، به ویژه در ارزشیابی نشانه های نارسایی توجه / بیش فعالی مفید هستند، زیرا راجع به شدید یا حاد بودن رفتار از مشاهده کننده ای به مشاهده کننده دیگر عقاید متفاوتی وجود دارد که منعکس کننده حوصله ی مشاهده کننده برای رفتار معین می باشد. همچنین ممکن است رفتار کودک هر روز تغییر کند؛ بنابراین پرسشنامه تهیه به ما اطمینان می دهد که همه افراد در حال گزارش دادن هستند و بر اساس همان اطلاعات نیز مقایسه های به عمل می آورند (فریدمن<sup>۱</sup> و دوپال<sup>۲</sup>، بیستا، ترجمه صدرالسادات و محمدی، ۱۳۸۱). بنابراین با توجه به شیوع این اختلال و عدم وجود ابزاری مناسب، ضرورت اجرای پژوهش حاضر احساس می شود.

---

۱. Fridman

۲. Doyal