

اختلال نقص توجه-بیش فعالی، کندی زمان شناختی و ترومای کودک آزاری:

یک مطالعه مقایسه ای در زنان و مردان

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Sluggish Cognitive Tempo and Child Abuse Trauma: A Comparative Case- Study among Men and Women

Narges Karimi*

MA of general psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. nargeskarimi3636@gmail.com

Dr. Mahnaz Shahgholian

Assistant Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

نرگس کریمی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

دکتر مهناز شاهقلیان

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

Abstract

The aim of this study was to compare attention deficit hyperactivity disorder, Sluggish cognitive tempo, and child abuse trauma in men and women. The study population included men and women in Isfahan in 1400 who were in the age range of 18 to 60 years and had access to cyberspace, from which 1066 people were selected as a sample. Then, 40 participants who had a score higher than 12 in the denial component of the child abuse questionnaire were excluded from the analysis. With this action, the number of participants reached 1026 people. Participants were then divided into two groups of women (766) and men (260) and then women and men were compared in terms of dependent variables. The instruments of this study included Barkley Adult ADHD Rating Scale (BAARS)(2011) and the Child Trauma Questionnaire (CTQ)(2003). The obtained data were analyzed using descriptive indices and one-way analysis of variance using SPSS-23 software. The results showed that the mean of Attention Deficit Hyperactivity Disorder ($P < 0.001$), Sluggish cognitive tempo ($P = 0.019$), and child abuse trauma ($P < 0.001$) were significantly higher in women than men. It is concluded that there is a difference between women and men with attention deficit hyperactivity disorder, Sluggish cognitive tempo, and child abuse trauma.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Sluggish Cognitive Tempo, Child Abuse trauma, Men and Women.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اختلال نقص توجه-بیش فعالی، کندی زمان شناختی و ترومای کودک آزاری در زنان و مردان بود. جامعه پژوهش شامل زنان و مردان شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود که در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال بودند و به فضای مجازی دسترسی داشتند که از بین آنها به صورت در دسترس ۱۰۶۶ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس ۴۰ شرکت کننده که در مؤلفه انکار پرسشنامه کودک آزاری دارای نمره بالاتر از ۱۲ بودند از تحلیل کنار گذاشته شدند. با این اقدام تعداد شرکت کننده ها به ۱۰۲۶ نفر رسید. سپس شرکت کننده ها به دو گروه زنان (۷۶۶ نفر) و مردان (۲۶۰ نفر) تقسیم شدند و سپس زنان و مردان از نظر متغیرهای وابسته مورد مقایسه قرار گرفتند. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس درجه بندی ADHD بزرگسالان بارکلی (BAARS) (۲۰۱۱) و پرسشنامه ضربه کودکی (CTQ) (۲۰۰۳) بود. داده های بدست آمده با استفاده از شاخص های توصیفی و تحلیل واریانس یک راهه و با استفاده از نرم افزار SPSS-23 تجزیه و تحلیل شد. یافته ها نشان داد که میانگین اختلال نقص توجه-بیش فعالی ($P < 0.001$)، کندی زمان شناختی ($P = 0.019$) و کودک آزاری ($P < 0.001$) بطور معناداری در زنان بیشتر از مردان است. نتیجه گرفته می شود که در زنان به نسبت مردان در ابتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی، کندی زمان شناختی و کودک آزاری تفاوت وجود دارد.

واژه های کلیدی: اختلال نقص توجه-بیش فعالی، کندی زمان شناختی، کودک آزاری، زنان و مردان.

ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۱

پذیرش: آبان ۱۴۰۰

دریافت: مهر ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

اختلال نقص توجه-بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات عصب رشدی در میان کودکان و نوجوانان است که تقریباً ۵ تا ۱۲ درصد از کودکان و نوجوانان را در سراسر جهان شامل می شود و با نقص در توجه، بیش فعالی و تکانشگری مشخص می شود (کوینتر^۱ و

همکاران، ۲۰۱۸). علایم اختلال نقص توجه-بیش فعالی تا بزرگسالی می تواند ادامه داشته باشد با این حال این علایم در بزرگسالی متمایز از کودکی تجربه می شوند، بطور مثال بیش فعالی در بزرگسالی بصورت احساس بی قراری درونی تجربه می شود و نقص توجه بصورت مشکل در تکمیل کارهای روزمره، به خاطر سپردن کارها و... تجربه خواهد شد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳). در کودکی نسبت شیوع اختلال نقص توجه-بیش فعالی در میان پسران سه برابر بیشتر از دختران است (ویلکات^۲، ۲۰۱۲) اما در بزرگسالی این نسبت تغییر می کند تا جایی که تقریباً شیوع در میان مردان و زنان برابر می شود (ویلیامسون^۳ و جانستون^۴، ۲۰۱۵). دلیل شیوع بیشتر اختلال نقص توجه-بیش فعالی در مردان نسبت به زنان را تمایل بیشتر مردان برای نشان دادن سطوح بالاتری از رفتارهای بیرونی و تکانشی می دانند که در نتیجه باعث تشخیص و ارجاع آنان در سنین پایین تر می شود (ویلکات، ۲۰۲۱؛ مارتل^۵، ۲۰۱۳) با این حال نتایج مطالعه موری^۶ و همکارانش (۲۰۱۸) نشان داد با وجود آن که مردان در دوران کودکی تمایل بیشتری برای نشان دادن علایم بیش فعالی و تکانشگری از خود دارند، زنان در دوران نوجوانی اولیه بخصوص دوره بلوغ زودرس علایم بیشتری از بیش فعالی و تکانشگری را از خود نشان می دهند که در نتیجه به دلیل سن بالای شروع علایم در زنان به احتمال بیشتری ممکن است زنان نسبت به مردان تشخیص نگیرند.

کندی زمان شناختی که با رویکردازی بیش از حد، هوشیاری متناقض، سردرگمی ذهنی و مه آلودگی ذهنی، کندی در رفتار و تفکر، بی حالی، خواب آلودگی و خواب بیش از حد مشخص می شود (بکر و همکاران، ۲۰۱۶)، مدت زیادی نیست شناخته شده است و هنوز ابهامات زیادی درباره آن وجود دارد، بطوری که در ابتدا گمان می شد نوعی از اختلال نقص توجه-بیش فعالی از نوع غالباً بی توجه است (بکر، مارشال، مک برنت، ۲۰۱۴) زیرا در آزمایش هایی که در ابتدا انجام گرفت رابطه بسیار قوی بین کندی زمان شناختی با اختلال نقص توجه-بیش فعالی از نوع غالباً بی توجه گزارش شد ولی در تجزیه و تحلیل های دقیق تری که انجام گرفت مشخص شد افرادی که مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی از نوع غالباً بی توجه هستند؛ علائم کندی زمان شناختی را از خود نشان نمی دهند و در نتیجه کندی زمان شناختی از اختلال نقص توجه-بیش فعالی از نوع غالباً بی توجه متمایز است (فریک و همکاران، ۱۹۹۴). با توجه به شباهت علایم کندی زمان شناختی با اختلال نقص توجه-بیش فعالی از نوع غالباً بی توجه و با توجه به آن که زنان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی به نسبت مردان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی، در طول عمرشان بیشتر تمایل دارند علایم نقص توجه را از خود نشان دهند (هینشاو^۷ و همکاران، ۲۰۰۶) با این حال مطالعات اندکی به تفاوت های جنسیتی در کندی زمان شناختی پرداخته اند. بطور مثال نتایج یک مطالعه نشان داد که کندی زمان شناختی با نرخ بالای رفتارهای خودکشی همراه است و زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می کنند و یا افکار خودکشی دارند (بکر^۸، هولدوی^۹، لوب^{۱۰}، ۲۰۱۸). یافته های مطالعه ای دیگر نشان داد دانشجویانی که سطح بالاتری از کندی زمان شناختی را دارا هستند، سطح بالاتری از افسردگی، اضطراب، اختلال نقص توجه-بیش فعالی، ناتوانی هیجانی و ناسازگاری اجتماعی دارند، با این حال به تفاوت های جنسیتی توجه نشد (بکر و همکاران، ۲۰۱۷).

علاوه بر آن، کندی زمان شناختی با تجربه کودک آزاری رابطه دارد. بطور مثال نتایج یک مطالعه نشان داد علایم کندی زمان شناختی می تواند با تجربه کودک آزاری در کودکان رابطه داشته باشد (موسیقیارو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعه ای دیگر نشان داد جو احساسی منفی بین والدین با یکدیگر و والدین با کودک، رابطه کندی زمان شناختی با نقص توجه و علایم افسردگی را تقویت می کند (فردریک^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۸). زنان بیشتر از مردان پس از تجربه کودک آزاری تمایل دارند درباره تجربیات کودک آزاری خود با دوستان یا خانواده خود صحبت کنند و آنان را در جریان بگذارند (اوکر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین تجربه کودک آزاری می تواند سلامت روان زنان را بیشتر از مردان تحت تاثیر قرار دهد. بطور مثال نتایج مطالعه ای نشان داد پسران و دخترانی که تجربه کودک آزاری از نوع غفلت عاطفی

1 American Psychiatric Association

2 Willcutt

3 Williamson

4 Johnston

5 Martel

6 Murray

7 Hinshaw

8 Becker

9 Holdaway

10 Luebbe

11 Musicaro

12 Fredrick

13 Okur

آن را داشته‌اند به یک اندازه علایم بیرونی سازی^۱ از خود نشان دادند با این حال پس از تجربه کودک آزاری از نوع عاطفی، دختران نسبت به پسران از سلامت روان و بهزیستی روان پایین‌تری برخوردار بودند (هاگبورگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان می‌دهد کودکان پسر بیشتر در معرض خشونت خانگی قرار می‌گیرند با این حال کودکان دختر بیشتر مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند و بیشتر ممکن است توسط پرستار یا مراقب خود مورد سوء استفاده قرار بگیرند. همچنین دختران نسبت به پسران پس از تجربه کودک آزاری، علایم بالاتری از افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و علایم تجزیه‌ای را از خود نشان می‌دهند (وامسر-نانی^۳، چری^۴، ۲۰۱۸). با توجه به آن که مطالعات نشان می‌دهند تفاوت‌های جنسیتی در میزان شیوع اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در کودکی نقش دارد، با این حال به تفاوت‌های جنسیتی و عوامل موثر بر آن در بزرگسالی کمتر پرداخته شده است. از جمله عوامل محیطی و موثر در اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی میتوان به نقش تجربه کودک آزاری اشاره کرد بطوری که اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی می‌تواند پیامد تجربه کودک آزاری باشد و یا می‌تواند یک عامل خطر اولیه برای تجربه انواع کودک آزاری و بدرفتاری در آینده با کودک باشد (گول^۵، گورکان^۶، ۲۰۱۶؛ اویانگ^۷ و همکاران، ۲۰۰۸؛ راکلیج^۸ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ساری گوکتین^۹ و همکاران، ۲۰۱۶) همچنین تجربه کودک آزاری و اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی میتواند با علایم کندی زمان شناختی در آینده رابطه داشته باشد. باتوجه به آن که کندی زمان شناختی می‌تواند با افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و در آخر خودکشی در بزرگسالی همراه باشد که خسارت‌های جبران‌ناپذیری برای فرد و جامعه به همراه خواهد داشت، با این حال مطالعات اندکی به تفاوت‌های جنسیتی در این اختلال پرداخته‌اند، بنابراین شناخت دقیق‌تر از تفاوت‌های جنسیتی در اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، کندی زمان شناختی و کودک آزاری در زنان و مردان بزرگسال امری انکارناپذیر است که می‌تواند به پیشگیری و درمان موثرتر کمک کند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، کندی زمان شناختی و ترومای کودک آزاری در میان زنان و مردان شهر اصفهان انجام شد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش شامل افراد در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود که به فضای مجازی دسترسی داشتند. روش نمونه‌گیری بصورت نمونه‌گیری در دسترس بود، به این صورت که لینک پرسشنامه در فضای مجازی (تلگرام، واتس‌آپ و اینستاگرام) نشر داده شد و از افراد خواسته شد در صورت تمایل و اگر در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال هستند، پرسشنامه را تکمیل کنند، با این حال در صفحه دوم پرسشنامه سوالات جمعیت شناختی مثل سن، وضعیت تاهل، جنسیت و تحصیلات شرکت‌کنندگان قرار گرفت که آزمودنی‌ها به آن پاسخ دادند. ۱۰۶۶ نفر در پژوهش شرکت کردند که ابتدا ۴۰ شرکت‌کننده که در مؤلفه انکار پرسشنامه کودک‌آزاری دارای نمره بالاتر از ۱۲ بودند از تحلیل کنار گذاشته شدند. با این اقدام تعداد شرکت‌کننده‌ها به ۱۰۲۶ نفر رسید. سپس شرکت‌کننده‌ها به دو گروه زنان (۷۶۶ نفر) و مردان (۲۶۰ نفر) تقسیم شدند و سپس زنان و مردان از نظر متغیرهای وابسته مورد مقایسه قرار گرفتند. معیار ورود شامل کلیه شهروندان شهر اصفهان بود که به فضای مجازی دسترسی داشتند و در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال بودند و قادر به پاسخگویی پرسشنامه از طریق گوشی همراه خود بودند و معیار خروج شامل افرادی بود که در مؤلفه انکار پرسشنامه ضربه کودک‌آزاری دارای نمره بالاتر از ۱۲ بودند. ملاحظات اخلاقی به این شرح می‌باشد که پرسشنامه‌ها بصورت مجازی و در سامانه پرسال بارگذاری شد و شرکت‌کنندگان پس از پاسخگویی به تمامی سوالات و در صورت تمایل می‌توانستند پاسخ‌هایشان را برای پژوهشگر ارسال کنند. همچنین پژوهشگر در صفحه اول پرسشنامه ضمن آن که مطرح کرد اطلاعات شرکت‌کنندگان کاملاً محرمانه می‌ماند و فقط در راستای اهداف پژوهش از آن استفاده می‌شود، شرح مختصری از هدف پژوهش را برای شرکت‌کنندگان

1 externalizing symptoms
2 Hagborg
3 Wamser-Nanney
4 Cherry
5 Gul
6 Gurkan
7 Ouyang
8 Rucklidge
9 Sari Gokten

عنوان کرد و از آنان خواسته شد در صورت تمایل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند. داده های بدست آمده با استفاده از شاخص های توصیفی و تحلیل واریانس یک راهه و با استفاده از نرم افزار SPSS-23 تجزیه و تحلیل شد.

ابزار سنجش

مقیاس درجه بندی اختلال نقص توجه-بیش فعالی بزرگسالان بارکلی^۱(BAARS): این مقیاس یک ابزار خود گزارشی برای افراد ۱۸ تا ۷۰ سال به بالا است که شامل چهارمین ویرایش مقیاس درجه بندی ADHD بزرگسالان است و توسط بارکلی (۲۰۱۱) ساخته شده است که دارای ۳۰ سؤال با ۴ خورده مقیاس می باشد که عبارتند از نارسایی توجه (۹ سؤال)، فزون کنشی (۵ سؤال)، تکانشگری (۴ سؤال) و کندی زمان شناختی (۹ سؤال) علاوه بر این حاوی سه سؤال پایانی برای بررسی سن شروع و چگونگی کنش وری در موقعیت های گوناگون است. نحوه پاسخ دهی به این مقیاس بر اساس طیف چهاردرجه ای لیکرت هرگز (۱) و همیشه (۴) می باشد. پس از تکمیل آن یک نمره کلی که از جمع جبری ۱۸ سؤال اول است به دست می آید (به جز سؤالات مربوط به خرده مقیاس کندی زمان شناختی) و همچنین برای خرده مقیاس ها ۴ نمره به دست می آید. برای به دست آوردن نمره تعداد نشانه های اختلال نقص توجه-بیش فعالی از جمع جبری تعداد سؤالی که پاسخ اغلب یا همیشه داشته اند استفاده می شود البته به جز سؤالی که مربوط به مقیاس کندی زمان شناختی است. صرف نظر از سن، برای خرده مقیاس های نقص توجه و یا بیش فعالی - تکانشگری داشتن ۳ یا تعداد بیشتری از جواب های اغلب یا همیشه به منزله قرار داشتن در صدک ۹۳ یا بالاتر از آن است که از نظر بالینی قابل توجه است و فرد تشخیص می گیرد. همچنین برای نمره کلی اختلال نقص توجه-بیش فعالی داشتن ۵ یا تعداد بیشتری از جواب های اغلب یا همیشه به منزله قرار داشتن در صدک ۹۳ یا بالاتر از آن است که از نظر بالینی قابل توجه است و فرد تشخیص می گیرد. برای خرده مقیاس کندی زمان شناختی نیز داشتن ۴ یا تعداد بیشتری از جواب های اغلب یا همیشه به منزله قرار داشتن در صدک ۹۳ یا بالاتر از آن است که از نظر بالینی قابل توجه است و فرد تشخیص می گیرد. اجرای این مقیاس به طور معمول ۵ تا ۷ دقیقه طول می کشد (بارکلی، ۲۰۱۱). بارکلی (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس نارسایی توجه ۰/۹۰، برای فزون کنشی ۰/۷۷ و برای تکانش گری ۰/۸۰ گزارش کرده است. ضریب اعتباربازمایی برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس نارسایی توجه ۰/۶۶، فزون کنشی ۰/۷۲ و تکانش گری ۰/۷۶ گزارش شده است که تمامی این ضرایب در سطح معناداری ۰/۰۰۱ معنادار است (بارکلی، ۲۰۱۱). در فرم فارسی مقیاس درجه بندی اختلال نقص توجه-بیش فعالی بزرگسالان بارکلی ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس های نارسایی توجه ۰/۸۲، فزون کنشی ۰/۷۲، تکانش گری ۰/۷۰ و کندی زمان شناختی ۰/۸۳ گزارش شده است. ضرایب همبستگی با نمره کلی مقیاس برای نارسایی توجه ۰/۸۷، فزون کنشی ۰/۸۰، تکانش گری ۰/۷۴ و کندی شناختی ۰/۶۸ می باشد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد الگوی پنج عاملی مقیاس درجه بندی اختلال نقص توجه-بیش فعالی بزرگسالان بارکلی در جامعه ایرانی برازش خوبی دارد در نتیجه مقیاس درجه بندی اختلال نقص توجه-بیش فعالی بزرگسالان بارکلی اعتبار و روایی لازم را برای استفاده در این پژوهش دارا می باشد (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ کل گویه های پرسشنامه اختلال نقص توجه-بیش فعالی برابر با ۰/۹۱، و برای مؤلفه کندی زمان شناختی برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه ضربه کودکی^۲(CTQ): این مقیاس توسط برنستاین و همکارانش (۲۰۰۳) به منظور سنجش ضربه و ترومای دوران کودکی ساخته شد که برای دامنه سنی ۱۲ سال به بالا قابل اجراست. این مقیاس دارای ۲۵ سؤال است که در طیف ۵ درجه ای لیکرت (برای هرگز عدد ۱ و برای همیشه عدد ۵) نمره گذاری می شود. این پرسشنامه پنج حوزه تجارب آسیب زا را که شامل سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت فیزیکی و غفلت هیجانی است را پوشش می دهد. دامنه نمره ها برای هر کدام از زیرمقیاس ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس غفلت هیجانی ۰/۹۱ و غفلت فیزیکی ۰/۷۸ گزارش شده است. روایی همزمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان ضربه کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران ابراهیمی و همکارانش (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ را برای مقیاس های غفلت هیجانی و فیزیکی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۱ گزارش کرده اند (ابراهیمی، دژکام، صغات الاسلام، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه کودک آزاری برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

1 BAARS

2 CTQ

3 Bernstein

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۶۶ زن و ۲۶۰ مرد شرکت داشتند. از نظر تحصیلات، در گروه زنان ۱۵۵ نفر (۲۰/۲) درصد کارشناسی ارشد و دکتری، ۲۶۳ نفر (۳۴/۳) درصد کارشناسی، و ۳۴۸ نفر (۷۴/۷) درصد پائین‌تر از کارشناسی بودند و در گروه مردان ۴۸ نفر (۱۸/۵) درصد کارشناسی ارشد و دکتری، ۷۴ نفر (۲۸/۵) درصد کارشناسی، و ۱۳۸ نفر (۵۳/۱) درصد پایین‌تر از کارشناسی بودند. از نظر وضعیت تاهل نیز در گروه زنان ۵ نفر (۰/۷) درصد در وضعیت فوت همسر، ۱۵ نفر (۲) درصد در وضعیت متارکه، ۳۲۵ نفر (۴۲/۴) درصد متاهل و ۴۲۱ نفر (۵۵) درصد مجرد بودند و در گروه مردان ۲ نفر (۰/۸) درصد در وضعیت متارکه، ۶۵ نفر (۲۵) درصد متاهل و ۱۹۳ نفر (۷۴/۲) درصد مجرد بودند. میانگین (و انحراف استاندارد) سن در گروه زنان ۲۸/۷۲ (۹/۳۰) سال و در گروه مردان ۲۹ (۱۰/۴۰) سال بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

| گروه | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کشیدگی |
|-------|---------|------------------|-------|--------|
| زنان | ۵۸.۹۲ | ۸.۰۵ | -۰/۹۳ | ۰/۶۶ |
| مردان | ۵۶.۰۸ | ۸/۷۷ | -۰/۷۸ | ۰/۷۷ |
| زنان | ۲۸/۱۱ | ۵/۴۰ | -۰/۸۰ | ۰/۱۲ |
| مردان | ۲۷/۱۹ | ۵/۷۷ | -۰/۷۹ | ۰/۳۹ |
| زنان | ۱۱۴.۵۶ | ۱۰.۸۰ | -۱/۷۰ | ۱/۵۷ |
| مردان | ۱۱۱/۷۲ | ۱۳.۱۸ | -۱/۹۴ | ۱.۵۳ |

طبق جدول ۱، در سطح توصیفی میانگین هر سه متغیر اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، کندی زمان شناختی و کودک‌آزاری در گروه زنان بیشتر از گروه مردان است، ولی برای نتایج دقیق‌تر لازم است به نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه (جدول ۲) مراجعه شود. علاوه بر این، مقادیر چولگی متغیرها در بازه ۱/۹۴- تا ۰/۷۸-، و مقادیر کشیدگی آن‌ها در بازه ۰/۱۲ تا ۱/۵۷ قرار دارد، که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع این متغیرها در هر دو گروه زنان و مردان است.

برای ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس خطاها از آزمون لون استفاده شد. آماره آزمون لون برای هیچ یک از متغیرهای اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی ($W=۲/۸۴, P=۰/۰۹۲$)، کندی زمان شناختی ($W=۱/۰۴, P=۰/۳۰۹$) و کودک‌آزاری ($W=۳/۲۹, P=۰/۰۶۲$) معنادار نشد که نشان می‌دهد مفروضه یکسانی واریانس خطاها رعایت شده است.

برای آزمون تفاوت دو گروه زنان و مردان از نظر اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، کندی زمان شناختی و کودک‌آزاری از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تفاوت زنان و مردان از نظر متغیرهای وابسته

| مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری |
|---------------|------------|-----------------|-------|----------|
| ۱۵۶۶.۵۵ | ۱ | ۱۵۶۶.۵۵ | ۲۳.۰۸ | ۰.۰۰۱ |
| ۱۶۶.۱۳ | ۱ | ۱۶۶.۱۳ | ۵.۵۱ | ۰.۰۱۹ |
| ۱۵۶۱/۰۸ | ۱ | ۱۵۶۱/۰۸ | ۱۱/۹۱ | ۰/۰۰۱ |

طبق جدول ۲، بین زنان و مردان از نظر اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی ($F=۲۳/۰۸, P<۰/۰۰۱$)، کندی زمان شناختی ($P=۰/۰۱۹$) و کودک‌آزاری ($F=۱۱/۹۱, P<۰/۰۰۱$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در واقع، میانگین اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در گروه زنان به طوری معنی‌داری از گروه مردان بیشتر است. همچنین، میانگین کندی زمان شناختی نیز در گروه زنان به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مردان است. علاوه بر این، میانگین کودک‌آزاری در گروه زنان به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مردان است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، کندی زمان شناختی و کودک آزاری در زنان و مردان بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد میانگین اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در زنان بطور معناداری بیشتر از مردان است. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های موری و همکاران (۲۰۱۸) و ناهمسو با یافته‌های پژوهش ویلیامسون و جانستون (۲۰۱۵) بود. یافته‌های پژوهش ویلیامسون و جانستون (۲۰۱۵) نشان داد شیوع اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در بزرگسالی در زنان و مردان تقریباً برابر است با این حال یافته‌های پژوهش حاضر ناهمسو با این یافته بود. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به نقش کودک آزاری اشاره کرد. کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی به دلیل رفتارهای تکانشی و بیش‌فعالی ممکن است بیشتر از سایر کودکان مورد بدرفتاری قرار گیرند همچنین این کودکان به دلیل نقص در توجه و ناتوانی در رعایت کردن نوبت ممکن است در مدرسه نسبت به سایر کودکان دیگر بیشتر مورد تنبیه یا طرد اجتماعی قرار گیرند. تجربه تنبیه، غفلت، بدرفتاری و اذیت و آزار در کودکان می‌تواند باعث تشدید علائم نقص توجه-بیش‌فعالی در کودک شود که این خود واکنش‌های منفی محیطی و کودک آزاری بیشتر را فرا می‌خواند. در این میان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی ممکن است علاوه بر تجربه کودک آزاری از نوع جسمی یا غفلت‌های عاطفی که تجربه می‌کنند انواع دیگر کودک آزاری مثل کودک آزاری جنسی را نیز تجربه کنند که در این میان معمولاً در اکثر فرهنگ‌ها کودکان دختر بیشتر از کودکان پسر مورد سواستفاده و کودک آزاری از نوع جنسی آن قرار می‌گیرند که این خود باعث تشدید بیشتر علائم نقص توجه-بیش‌فعالی در دختران خواهد شد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد میانگین کندی زمان شناختی در زنان بطور معناداری بیشتر از مردان است. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های بکر، هولدوی، لوب (۲۰۱۸) بود. در تبیین این یافته‌ها نیز می‌توان به نقش کودک آزاری و اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی اشاره کرد. مطالعات نشان می‌دهند کندی زمان شناختی با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی و کودک آزاری رابطه دارد (بکر و همکاران، ۲۰۱۷؛ موسیقیارو و همکاران، ۲۰۲۰؛ فردریک و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به آنکه در اکثر جوامع دختران بیشتر از پسران مورد کودک آزاری بخصوص از نوع جنسی قرار می‌گیرند و زنان بیشتر از مردان ممکن است در کودکی تشخیص اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی که یک عامل خطر برای کودک آزاری است را دریافت نکنند. در نتیجه عدم تشخیص زود به هنگام اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در کودکان دختر و احتمال بیشتر بدرفتاری و انواع کودک آزاری در دختران به نسبت پسران می‌تواند آسیب‌های روانی بیشتر و شدیدتری را در بزرگسالی در زنان به نسبت مردان ایجاد کند. بنظر می‌رسد کندی زمان شناختی یکی از آسیب‌های شناختی است که می‌تواند در قربانیان کودک آزاری بیشتر رخ دهد و با توجه به آن که افراد با کندی زمان شناختی معمولاً افسردگی، اضطراب و افکار و اقدام به خودکشی شدیدی دارند، می‌توانند آسیب‌های جدی برای جامعه متحمل شوند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد میانگین ترومای کودک آزاری در زنان بطور معناداری بیشتر از مردان است. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های سانجیووی و همکاران (۲۰۱۸)، وامسر-نانی، چری (۲۰۱۸)، هاگبورگ و همکاران (۲۰۱۷) بود. یکی از عوامل مهم و تاثیرگذار بر کودک آزاری بافت فرهنگی است که کودک در آن پرورش یافته است. بطور مثال پژوهش‌های بوکیه^۱ (۲۰۰۹) و پلامر^۲ و نجیوگونا^۳ (۲۰۰۹) نشان می‌دهد چگونه در جوامع سنتی و مردسالارانه وجود باورها و افسانه‌های تجاوز که خشونت علیه کودکان را نفی می‌کند، می‌تواند مانع از درک درست کودک آزاری در این جوامع شود. همچنین در این جوامع سنتی و جمع‌گرا، مفهوم شرم جمعی خیلی قوی به چشم می‌خورد به طوری که قربانی کودک آزاری به دلیل ترس از رسوایی خانواده اقدام به افشای کودک آزاری نخواهد کرد که این خود می‌تواند منجر به تجربه‌های مکرر کودک آزاری در قربانی شود. در این میان هنگامی که در جوامع ارزش‌هایی مثل پاکدامنی زنان اهمیت داشته باشد و جامعه فرد قربانی سواستفاده جنسی را متحمل جرمه‌های سنگین مثل طرد اجتماعی، سنگسار و جرمه‌های سنگین دیگر کند باعث می‌شود زنان بیشتر از مردان مورد سواستفاده جنسی قرار بگیرند و به دنبال آن برای ترس از رسوایی سکوت کنند. بطور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد تفاوت معناداری بین زنان و مردان شهر اصفهان از نظر اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، کندی زمان شناختی و ترومای کودک آزاری وجود دارد. با توجه به یافته‌های این پژوهش اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، کندی زمان شناختی

1 Boakye

2 Plummer

3 Njuguna

و ترومای کودک آزاری در زنان بیشتر از مردان می‌باشد که با توجه به آن که زنان بیشتر از مردان پس از تجربه کودک آزاری ممکن است سلامت روان پایین تری را تجربه کنند و از طرفی تجربه کودک آزاری و عدم تشخیص زودبهنگام اختلال نقص توجه-بیش فعالی بخصوص در دختران، می‌تواند زمینه ساز بروز علایم کندی زمان شناختی در آینده باشد لذا تشخیص و درمان زودبهنگام اختلال نقص توجه-بیش فعالی امری ضروری تلقی می‌شود چرا که تجربه کودک آزاری و عدم تشخیص زودبهنگام اختلال نقص توجه-بیش فعالی و بروز علایم کندی زمان شناختی می‌تواند در نهایت منجر به افسردگی، کناره‌گیری اجتماعی و خودکشی در فرد شود که آسیب‌های جبران‌ناپذیر و هزینه‌های سنگینی را برای خانواده و اجتماع به همراه خواهد داشت.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر نمونه‌گیری دردسترس و هدفمند و عدم هم‌تاسازی دو گروه زنان و مردان براساس متغیرهای مداخله‌گر می‌باشد که تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. علاوه بر آن می‌توان به محدود بودن دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال و نمونه‌گیری در شهر اصفهان اشاره کرد که تعمیم نتایج را به سایر گروه‌های سنی و جوامع دیگر با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین در این پژوهش برای سنجش کودک آزاری، اختلال نقص توجه-بیش فعالی و کندی زمان شناختی از پرسشنامه استفاده شد که با توجه به نقش فرهنگ و عدم تمایل برخی افراد جامعه برای افشای تجربه کودک آزاری خود به دلایل گوناگون اجتماعی و شخصی، ممکن است در نحوه پاسخ‌دهی آنان سوگیری وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده به منظور بررسی اعتبار پژوهش حاضر، پژوهش‌هایی مشابه با پژوهش حاضر انجام دهند و پژوهش حاضر را در فرهنگ‌ها و جوامع دیگر و در سنین مختلف اجرا کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود درمانگران و پژوهشگران به تفاوت‌های جنسیتی و نقش فرهنگ در تجربه کودک آزاری، اختلال نقص توجه-بیش فعالی و کندی زمان شناختی بیشتر دقت داشته باشند همچنین باید در نظر داشت که کودکان دختر مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی نسبت به همسالان پسر خود کمتر تمایل دارند رفتارهای تکانشی و بیش‌فعالی از خود نشان دهند که این نباید دلیل بر حذف کودکان دختر از تشخیص باشد.

منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله؛ دژکام، محمود؛ ثقه‌الاسلام، طاهره. ترومای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال نوزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۲، ۲۸۲-۲۷۵.*
- مشهدی، علی؛ حسینی، جعفر؛ حمزه‌لو، محمد؛ میردورقی، فاطمه، حسین زاده ملکی، زهرا. (۱۳۹۰). شیوع اختلال نارسای توجهِ افزون‌کنشی (ADHD) در دانشجویان جدیدالورود (۱۳۹۰) دانشگاه فردوسی مشهد، طرح پژوهشی، دفتر مشاوره و سلامت سازمان امور دانشجویان وزارت علوم تحقیقات و فناوری.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Barkley, R. A. (2011). *Deficits in executive functioning scale (BDEFS)*. New York: Guilford Press.
- Becker, S. P., Leopold, D. R., Burns, G. L., Jarrett, M. A., Langberg, J. M., Marshall, S. A., McBurnett, K., Waschbusch, D. A., & Willcutt, E. G. (2016). The internal, external, and diagnostic validity of sluggish cognitive tempo: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55, 163–178. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.12.006>.
- Becker, S. P., Marshall, S. A. & McBurnett, K. (2014). Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: An historical overview and introduction to the special section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42,1–6. doi:10.1007/s10802-013-9825-x.
- Becker, S.P., Garner, A.A., Tamm, L., Antonini, T.N., Epstein, J.N. (2017): Honing in on the Social Difficulties Associated With Sluggish Cognitive Tempo in Children: Withdrawal, Peer Ignoring, and Low Engagement, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, DOI: 10.1080/15374416.2017.1286595
- Becker, S.P., Holdaway, A.S., Luebke, A.M. (2018). Suicidal Behaviors in College Students: Frequency, Sex Differences, and Mental Health Correlates Including Sluggish Cognitive Tempo. *Journal of Adolescent Health*. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.013>.
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*, 27(2): 169-90.
- Boakye, K. E. (2009). Culture and nondisclosure of child sexual abuse in Ghana: A theoretical and empirical exploration. *Law & Social Inquiry*, 34(4), 951–979. doi:10.1111/j.1747-4469.2009.01170.x.
- Faraone SV, Biederman J, Mick E. (2006) The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*.36:159–65.

- Fredrick, J.W., Luebke, A.M., Mancini, K.J., Burns, G.L., Epstein, J.N., Garner, A.A., Jarrett, M.A., Becker, S.P. (2018). Family environment moderates the relation of sluggish cognitive tempo to attention-deficit/hyperactivity disorder inattention and depression. *J. Clin. Psychol.* DOI: 10.1002/jclp.22703.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Applegate, B., Kerdyck, L., Ollendick, T., Hynd, G. W., ... Waldman, I. (1994). DSM-IV field trials for the disruptive behavior disorders: symptom utility estimates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 529–539.
- Gallo, E.A.G., M.T.N., de Mola, C.L., Murray, J. (2018). Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and anxiety: A systematic review and metaanalysis. *Journal of Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.003>.
- Gul, H., & Gurkan, C. K. (2016). Child maltreatment and associated parental factors among children with ADHD: A comparative study. *Journal of Attention Disorders*, 1–11. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054716658123>.
- Hagborg, J.M., Tidefors, I., Fahlke, C. (2017). Gender differences in the association between emotional maltreatment with mental, emotional, and behavioral problems in Swedish adolescents. *Journal of Child Abuse & Neglect*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.003>.
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Sami, N., & Fargeon, S. (2006). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: Evidence for continuing cross-domain impairment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 489–499. doi:10.1037/0022-006X.74.3.489.
- Martel, M.M. (2013). Sexual selection and sex differences in the prevalence of childhood externalizing and adolescent internalizing disorders. *Psychological Bulletin*, 139, 1221–1259.
- Murray, A.L., Booth, T., Eisner, M., Auyeung, B., Murray, G., Ribeaud, D. (2018). Sex differences in ADHD trajectories across childhood and adolescence. *Journal of Developmental Science*. DOI: 10.1111/desc.12721.
- Musicaro, R.M., Ford, J., Suvak, M.K., Sposato, A., Andersen, S. (2020). Sluggish cognitive tempo and exposure to interpersonal trauma in children. *Journal of Anxiety, Stress, & Coping*. DOI: 10.1080/10615806.2019.1695124.
- Okur, P., Van der Kneep, L.M., Bogaerts, S. (2017). A Quantitative Study on Gender Differences in Disclosing Child Sexual Abuse and Reasons for Nondisclosure. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260517720732>.
- Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R., & Grosse, S. D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: A population-based study. *The Journal of Pediatrics*, 153(6), 851–856.
- Plummer, C. A., & Njuguna, W. (2009). Cultural protective and risk factors: Professional perspectives about child sexual abuse in Kenya. *Child Abuse & Neglect*, 33(8), 524–532. doi:10.1016/j.chiabu.2009.02.005.
- Quintero, J., Ramos-Quiroga, J.A., Sebastián, J.S., Montañés, F., Fernández-Jaén, A., Martínez-Raga, J., et al., 2018. Health care and societal costs of the management of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain: A descriptive analysis. *BMC Psychiatry* 18, 40. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1581-y>.
- Rucklidge, J. J., Brown, D. L., Crawford, S., & Kaplan, B. J. (2006). Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(4), 631–641.
- Sanjeevi, J., Houlihan, D., Bergstrom, K.A., Langley, M.M., Judkins, J. (2018): A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture, *Journal of Child Sexual Abuse*, DOI: 10.1080/10538712.2018.1486934.
- Sari Gokten, E., Saday Duman, N., Soylu, N., & Uzun, M. E. (2016). Effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 62, 1–9.
- Stern, A., Agnew-Blais, J., Danese, A., Fisher, H.L., Jaffee, S.R., Matthews, T., Polanczyk, G.V., Arseneault, L. (2018). Associations between abuse/neglect and ADHD from childhood to young adulthood: A prospective nationally-representative twin study. *Journal of Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.04.025>.
- Wamser-Nanney, R., Cherry, K.E. (2018). Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: Evidence of gender differences. *Journal of Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.009>.
- Willcutt, E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9, 490–499.
- Williamson, D., & Johnston, C. (2015). Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 40, 15–27.