رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱، شماره پیاپی ۷۰، فروردین ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(1), 2022

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

نرگس کریمی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
دکتر مهناز شاهقلیان
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اختلال نقص توجه-بیش فعالی، کندی زمان شناختی و ترومای کودک آزاری در زنان و مردان بود. جامعهٔ 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 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 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 درجه‌بندی ADHD بزرگسالان بارکلی (BAARS) (۲۰۱۱) و پرسشنامهٔ 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. یافته‌ها نشان داد که میانگین اختلال نقص توجه-بیش فعالی ($P<۰/۰۰۱$)، کندی زمان شناختی ($P=۰/۰۱۹$) و کودک آزاری ($P<۰/۰۰۱$) 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.

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

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.

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.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : مهر ۱۴۰۰** | **پذیرش: آبان ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۱**

مقدمه

اختلال نقص توجه-بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات عصب رشدی در میان کودکان و نوجوانان است که تقریبا 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[1] و

1 Quintero

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.15.2]

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 خاصر سپردن کارها و... تجربه خواهد شد (انجمن روانپزشکی امریکا[1]،۲۰۱۳). در کودکی نسبت شیوع اختلال نقص توجه-بیش فعالی در میان پسران سه برابر بیشتر از دختران است (ویلکات[2]،۲۰۱۲) اما در بزرگسالی این نسبت تغییر می کند تا جایی که تقریبا شیوع در میان مردان و زنان برابر می شود (ویلیامسون[3] و جانستون[4]،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[5]،۲۰۱۳) با این حال نتایج مطالعه موری[6] 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 رؤیاپردازی بیش‌ازحد، هوشیاری متناقض، سردرگمی ذهنی و مه آلودگی ذهنی، کندی در رفتار و تفکر، بی‌حالی، خواب‌آلودگی و خواب بیش‌ازحد مشخص می‌شود(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-بیش‌فعالی از نوع غالباً بی‌توجه است (بکر، مارشال، مک برنت،۲۰۱۴) زیرا در آزمایش‌هایی که در ابتدا انجام گرفت رابطه بسیار قوی بین کندی زمان شناختی با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی از نوع غالباً بی‌توجه گزارش شد ولی در تجزیه‌وتحلیل‌های دقیق‌تری که انجام گرفت مشخص شد افرادی که مبتلابه اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی از نوع غالباً بی‌توجه هستند؛ علائم کندی زمان شناختی را از خود نشان نمی‌دهند و در نتیجه کندی زمان شناختی از اختلال نقص توجه-بیش فعالی از نوع غالبا بی توجه متمایز است (فریک و همکاران،۱۹۹۴). با توجه به شباهت علایم کندی زمان شناختی با اختلال نقص توجه-بیش فعالی از نوع غالبا 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[7] 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[8]، هولدوی[9]، لوب[10]، 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، ناتنظیمی 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[11] 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[12] 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[13] 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.15.2]

آن را داشته اند به یک اندازه علایم بیرونی سازی[1] 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 پایین تری برخوردار بودند (هاگبورگ[2]و همکاران،۲۰۱۷). نتایج مطالعه ای دیگر نشان می دهد کودکان پسر بیشتر در معرض خشونت خانگی قرار می گیرند با این حال کودکان دختر بیشتر مورد سوء استفاده جنسی قرار می گیرند 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 تجزیه ای را از خود نشان می دهند (وامسر-نانی[3]، چری[4]،۲۰۱۸).

با توجه به آن که مطالعات نشان می دهند تفاوت های جنسیتی در میزان شیوع اختلال نقص توجه-بیش فعالی در کودکی نقش دارد، با این حال به تفاوت های جنسیتی و عوامل موثر بر آن در بزرگسالی کمتر پرداخته شده است. از جمله عوامل محیطی و موثر در اختلال نقص توجه-بیش فعالی میتوان به نقش تجربه کودک آزاری اشاره کرد بطوری که اختلال نقص توجه-بیش فعالی می تواند پیامد تجربه کودک آزاری باشد و یا می تواند یک عامل خطر اولیه برای تجربه انواع کودک آزاری و بدرفتاری در آینده با کودک باشد (گول[5]،گورکان[6]،۲۰۱۶؛ اویانگ[7] و همکاران، ۲۰۰۸؛ راکلیج[8] و همکاران، ۲۰۰۶؛ ساری گوکتن[9] و همکاران،۲۰۱۶) همچنین تجربه کودک آزاری و اختلال نقص توجه-بیش فعالی میتواند با علایم کندی زمان شناختی در آینده رابطه داشته باشد. باتوجه به آن که کندی زمان شناختی می تواند با افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و در اخر خودکشی در بزرگسالی همراه باشد که خسارت های جبران ناپذیری برای فرد و جامعه به همراه خواهد داشت، با این حال مطالعات اندکی به تفاوت های جنسیتی در این اختلال پرداخته اند، بنابراین شناخت دقیق تر از تفاوت های جنسیتی در اختلال نقص توجه-بیش فعالی، کندی زمان شناختی و کودک آزاری در زنان و مردان بزرگسال امری انکارناپذیر است که می تواند به پیشگیری و درمان موثرتر کمک کند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اختلال نقص توجه-بیش فعالی، کندی زمان شناختی و ترومای کودک آزاری در میان زنان و مردان شهر اصفهان انجام شد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه ای 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 نمونه گیری بصورت نمونه گیری در دسترس بود، به این صورت که لینک پرسشنامه در فضای مجازی (تلگرام، واتس اپ 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 شرکت کنندگان قرار گرفت که آزمودنی ها 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 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. 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 کودکی دارای نمره بالاتر از ۱۲ بودند. ملاحظات اخلاقی به این شرح می باشد که پرسشنامه ها بصورت مجازی و در سامانه پرسال بارگذاری شد و شرکت کنندگان پس از پاسخگویی به تمامی سوالات و درصورت تمایل می توانستند پاسخ هایشان را برای پژوهشگر ارسال کنند. همچنین پژوهشگر در صفحه اول پرسشنامه ضمن آن که مطرح کرد اطلاعات شرکت کنندگان کاملا محرمانه می ماند و فقط در راستای اهداف پژوهش از آن استفاده می شود، شرح مختصری از هدف پژوهش را برای شرکت کنندگان

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.15.2]

عنوان کرد و از آنان خواسته شد درصورت 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 درجه‌بندی اختلال نقص توجه-بیش فعالی بزرگسالان بارکلی[1](BAARS): این مقیای یک ابزار خود گزارشی برای افراد ۱۸ تا ۷۰ سال به بالا است که شامل چهارمین ویرایش مقیاس درجه‌بندی ADHD بزرگسالان است و توسط بارکلی (۲۰۱۱) ساخته شده است که دارای ۳۰ سؤال با ۴ خورده مقیاس می‌باشد که عبارت‌اند 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 موقعیت‌های گوناگون است. نحوه پاسخ‌دهی به این مقیاس بر اساس طیف چهاردرجه‌ای لیکرت هرگز (۱) و همیشه (۴) می‌باشد. پس از تکمیل آن یک نمره کلی که از جمع جبری ۱۸ سؤال اول است به دست می‌آید (به‌جز سؤالات مربوط به خرده مقیاس کندی زمان شناختی) و همچنین برای خرده مقیاس‌ها ۴ نمره به دست می‌آید. برای به دست آوردن نمره تعداد نشانه‌های اختلال نقص توجه-بیش فعالی از جمع جبری تعداد سؤال‌هایی که پاسخ اغلب یا همیشه داشته‌اند استفاده می‌شود البته به‌جز سؤال‌های مربوط به مقیاس کندی زمان شناختی. صرف نظر از سن، برای خورده 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 به‌طورمعمول ۵ تا ۷ دقیقه طول می‌کشد(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 گزارش‌شده است که تمامی این ضرایب در سطح معناداری ۰.۰۰۱ معنادار است (بارکلی،۲۰۱۱). در فرم فارسی مقیاس درجه‌بندی اختلال نقص توجه-بیش فعالی بزرگسالان بارکلی ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌های نارسایی توجه ۰/۸۲، فزون کنشی ۰/۷۲، تکانش گری ۰/۷۰ و کندی زمان شناختی ۰/۸۳ گزارش‌شده 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 می‌باشد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد الگوی پنج عاملی مقیاس درجه‌بندی اختلال نقص توجه-بیش فعالی بزرگسالان بارکلی در جامعه ایرانی برازش خوبی دارد در نتیجه مقیاس درجه‌بندی 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 گویه‌های 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[2](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 قابل‌اجراست. این مقیاس دارای ۲۵ سؤال است که در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (برای هرگز عدد ۱ و برای همیشه عدد ۵) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه پنج حوزه تجارب آسیب‌زا را که شامل سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت فیزیکی و غفلت هیجانی است را پوشش می‌دهد. دامنه نمره‌ها برای هرکدام 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 گزارش‌شده است. روایی همزمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان ضربه کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین[3] و همکاران،۲۰۰۳). در ایران ابراهیمی و همکارانش (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ را برای مقیاس‌های غفلت هیجانی و فیزیکی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (ابراهیمی، دژکام، صغات الاسلام، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه کودک‌آزاری برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

1 BAARS
2 CTQ
3 Bernstein

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.15.2]

یافته ها

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
اختلال نقص توجه-بیش فعالی	زنان	۵۸.۹۲	۸.۰۵	-۰/۹۳	۰/۶۶
	مردان	۵۶.۰۸	۸/۷۷	-۰/۷۸	۰/۷۷
کندی زمان شناختی	زنان	۲۸/۱۱	۵/۴۰	-۰/۸۰	۰/۱۲
	مردان	۲۷/۱۹	۵/۷۷	-۰/۷۹	۰.۳۹
کودک آزاری	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-بیش فعالی، کندی زمان شناختی و کودک آزاری در گروه زنان بیشتر از گروه مردان است، ولی برای نتایج دقیق‌تر لازم است به نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه (جدول۲) 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-بیش فعالی (P=۰/۰۹۲، W=۲/۸۴)، کندی زمان شناختی (P=۰/۳۰۹، W=۱/۰۴) و کودک آزاری (P=۰/۰۶۲، W=۳/۲۹) 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-بیش فعالی، کندی زمان شناختی و کودک آزاری از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول۲. نتایج آزمون تفاوت زنان و مردان از نظر متغیرهای وابسته

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
اختلال نقص توجه-بیش فعالی	۱۵۶۶.۵۵	۱	۱۵۶۶.۵۵	۲۳.۰۸	۰.۰۰۱
کندی زمان شناختی	۱۶۶.۱۳	۱	۱۶۶.۱۳	۵.۵۱	۰.۰۱۹
کودک آزاری	۱۵۶۱/۰۸	۱	۱۵۶۱/۰۸	۱۱/۹۱	۰/۰۰۱

طبق جدول۲، بین زنان و مردان از نظر اختلال نقص توجه-بیش فعالی (P<۰/۰۰۱، F=۲۳/۰۸)، کندی زمان شناختی (P=۰/۰۱۹، F=۵/۵۱) و کودک آزاری (P<۰/۰۰۱، F=۱۱/۹۱) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در واقع، میانگین اختلال نقص توجه-بیش فعالی 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 کودک آزاری در گروه زنان به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مردان است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.15.2]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اختلال نقص توجه-بیش فعالی، کندی زمان شناختی و کودک آزاری در زنان و مردان بود. یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد میانگین اختلال نقص توجه-بیش فعالی در زنان بطور معناداری بیشتر از مردان است. یافته های پژوهش حاضر همسو با یافته های موری و همکاران(۲۰۱۸) و ناهمسو با یافته های پژوهش ویلیامسون و جانستون (۲۰۱۵) بود. یافته های پژوهش ویلیامسون و جانستون (۲۰۱۵) نشان داد شیوع اختلال نقص توجه-بیش فعالی در بزرگسالی در زنان و مردان تقریبا برابر است با این حال یافته های پژوهش حاضر ناهمسو با این یافته بود. در تبیین یافته های پژوهش حاضر می توان به نقش کودک آزاری اشاره کرد. کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی به دلیل رفتارهای تکانشی و بیش فعالی 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 می تواند باعث تشدید علایم نقص توجه-بیش فعالی در کودک شود که این خود واکنش های منفی محیطی و کودک آزاری بیشتر را فرا می خواند. در این میان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی ممکن است علاوه بر تجربه کودک ازاری از نوع جسمی یا غفلت های عاطفی که تجربه می کنند انواع دیگر کودک ازاری مثل کودک آزاری جنسی را نیز تجربه کنند که در این میان معمولا در اکثر فرهنگ ها کودکان دختر بیشتر از کودکان پسر مورد سواستفاده و کودک ازاری از نوع جنسی ان قرار می گیرند که این خود باعث تشدید بیشتر علایم نقص توجه-بیش فعالی در دختران خواهد شد.

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد میانگین کندی زمان شناختی در زنان بطور معناداری بیشتر از مردان است. یافته های پژوهش حاضر همسو با یافته های بکر، هولدوی، لوب (۲۰۱۸) بود. در تبیین این یافته ها نیز می توان به نقش کودک آزاری و اختلال نقص توجه-بیش فعالی اشاره کرد. مطالعات نشان می دهند کندی زمان شناختی با اختلال نقص توجه-بیش فعالی 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 می گیرند و زنان بیشتر از مردان ممکن است در کودکی تشخیص اختلال نقص توجه-بیش فعالی که یک عامل خطر برای کودک آزاری است را دریافت نکنند. در نتیجه عدم تشخیص زود به هنگام اختلال نقص توجه-بیش فعالی در کودکان دختر و احتمال بیشتر بدرفتاری و انواع کودک آزاری در دختران به نسبت پسران می تواند آسیب های روانی بیشتر و شدیدتری را در بزرگسالی در زنان به نسبت مردان ایجاد کند. بنظر می رسد کندی زمان شناختی یکی از آسیب های شناختی است که می تواند در قربانیان کودک آزاری بیشتر رخ دهد و با توجه به آن که افراد با کندی زمان شناختی معمولا افسردگی، اضطراب و افکار و اقدام به خودکشی شدیدی دارند، می توانند آسیب های جدی برای جامعه متحمل شوند.

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد میانگین ترومای کودک آزاری در زنان بطور معناداری بیشتر از مردان است. یافته های پژوهش حاضر همسو با یافته های 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 ان پرورش یافته است. بطور مثال پژوهش های بوکیه[1] (۲۰۰۹) و پلامر[2] و نجیوگونا[3] (۲۰۰۹) نشان می دهد چگونه در جوامع سنتی و مردسالارانه وجود باورها و افسانه های تجاوز که خشونت علیه کودکان را نفی می کند، می تواند مانع از درک درست کودک ازاری در این جوامع شود. همچنین در این جوامع سنتی و جمع گرا، مفهوم شرم جمعی خیلی قوی به چشم می خورد به طوری که قربانی کودک آزاری به دلیل ترس از رسوایی خانواده اقدام به افشای کودک ازاری نخواهد کرد که این خود می تواند منجر به تجربه های مکرر کودک ازاری در قربانی شود. در این میان هنگامی که در جوامع ارزش هایی مثل پاکدامنی زنان اهمیت داشته باشد و جامعه فرد قربانی سواستفاده جنسی را متحمل جریمه های سنگین مثل طرد اجتماعی، سنگسار و جریمه های سنگین دیگر کند باعث می شود زنان بیشتر از مردان موردسواستفاده جنسی قرار بگیرند و به دنبالآن برای ترس از رسوایی سکوت کنند. بطور کلی یافته های این پژوهش نشان داد تفاوت معناداری بین زنان و مردان شهر اصفهان از نظر اختلال نقص توجه-بیش فعالی، کندی زمان شناختی و ترومای کودک آزاری وجود دارد. با توجه به یافته های این پژوهش اختلال نقص توجه-بیش فعالی، کندی زمان شناختی

1 Boakye
2 Plummer
3 Njuguna

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.15.2]

و ترومای کودک آزاری در زنان بیشتر از مردان می باشد 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، می تواند زمینه ساز بروز علایم کندی زمان شناختی در آینده باشد لذا تشخیص و درمان زودبهنگام اختلال نقص توجه-بیش فعالی امری ضروری تلقی می شود چرا که تجربه کودک آزاری و عدم تشخیص زودبهنگام اختلال نقص توجه-بیش فعالی و بروز علایم کندی زمان شناختی می تواند در نهایت منجر به افسردگی، کناره گیری اجتماعی و خودکشی در فرد شود که آسیب های جبران ناپذیر و هزینه های سنگینی را برای خانواده و اجتماع به همراه خواهد داشت.

از محدودیت های پژوهش حاضر نمونه گیری دردسترس و هدفمند و عدم همتاسازی دو گروه زنان و مردان براساس متغیرهای مداخله گر می باشد که تعمیم یافته ها را با مشکل مواجه می کند. علاوه بر آن می توان به محدود بودن دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال و نمونه گیری در شهر اصفهان اشاره کرد که تعمیم نتایج را به سایر گروه های سنی و جوامع دیگر با محدودیت مواجه می کند. 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 گونان اجتماعی و شخصی، ممکن است در نحوه پاسخ دهی آنان سوگیری وجود داشته باشد. پیشنهاد می شود پژوهش های آینده به منظور بررسی اعتبار پژوهش حاضر، پژوهش هایی مشابه با پژوهش حاضر انجام دهند و پژوهش حاضر را در فرهنگ ها و جوامع دیگر و در سنین مختلف اجرا کنند. همچنین پیشنهاد می شود درمانگران و پژوهشگران به تفاوت های 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 بیش فعالی 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؛ حسنی، جعفر؛ حمزه لو، محمد؛ میردورقی، فاطمه، حسین زاده ملکی، زهرا. (۱۳۹۰). شیوع اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی (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., Luebbe,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 Abus 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.15.2]

Fredrick,J.W., Luebbe,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.

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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.15.2]