



## Driving an intervention model for the treatment of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults by referring to the grounded theory

Mahboubeh Moradi SiahAfshadi<sup>1</sup>, Shole Amiri<sup>2</sup>, Hooshang Talebi<sup>3</sup>

1. Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. E-mail: [m.moradi@edu.ui.ac.ir](mailto:m.moradi@edu.ui.ac.ir)
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. E-mail: [s.amiri@edu.ui.ac.ir](mailto:s.amiri@edu.ui.ac.ir)
3. Professor, Department of Statistic, Faculty of Mathematics and Statistics, Isfahan University, Isfahan, Iran. E-mail: [h-talebi@sci.ui.ac.ir](mailto:h-talebi@sci.ui.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article history:**  
Received 29 August 2022  
Received in revised form  
03 October 2022  
Accepted 08 November  
2022  
Published Online 21 April  
2023

**Keywords:**  
Attention Deficit/  
Hyperactivity Disorder,  
Adults,  
Treatment Model,  
Grounded Theory

### ABSTRACT

**Background:** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adulthood is one of the most complex disorders known in recent years, and the improvement of the symptoms of ADHD has been treated only by relying on medication. The lack of comprehensive and complete treatment with long-term effectiveness in this age is one of the weak points of the scientific field. But the question is, what are the problems of an adult with ADHD for which a suitable treatment can be found?

**Aims:** The present study aimed to derive an intervention model for treating adult problems with ADHD.

**Methods:** This qualitative study was conducted using the grounded theory approach. The study population was adults with ADHD, professionals, and all relevant scientific sources, who were selected based on purposive sampling. The primary data have been coded and then the codes were categorized and aggregated into more complete categories. Coding was done in three types including open, axial, and selective levels in the patient, expert, and resource directions.

**Results:** Through the interviews with each participant, experts, and scientific texts, selection codes were obtained, respectively. Finally, by merging three categories of codes extracted from participants, experts, and scientific sources, the eight categories appeared as the main problem of adults with ADHD. Based on the identified problems, therapeutic strategies including cognitive rehabilitation, emotion regulation training, metacognition, motivational interviewing, correct social communication training, sleep/wake cycle regulation, and daily physical activity were proposed intervention model.

**Conclusion:** A multidimensional approach should be adopted for effective treatment in the field of ADHD in adults. The intervention model extracted in this study can be considered an effective treatment by researchers in the field of therapy.

**Citation:** Moradi SiahAfshadi, M., Amiri, Sh., & Talebi, H. (2023). Driving an intervention model for the treatment of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults by referring to the grounded theory. *Journal of Psychological Science*, 22(122), 265-292. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1806-fa.html>

*Journal of Psychological Science*, Vol. 22, No. 122, May, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.122.265](https://doi.org/10.52547/JPS.22.122.265)



✉ **Corresponding Author:** Shole Amiri, Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

E-mail: [s.amiri@edu.ui.ac.ir](mailto:s.amiri@edu.ui.ac.ir), Tel: (+98) 31-37935467

## Extended Abstract

### Introduction

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) continues into adulthood in 50% of affected patients (Faraone, Biederman, & Mick, 2006; Hashemi malekshah, Alizadeh, Rezayi, & Asgari, 2022). According to the guidelines for mental disorders, the first line of treatment is usually pharmacological interventions (Gentile, Bhatt, Kari, & Johnson, 2022). Medicines will never provide permanent symptom relief for the ADHD person, but at the time of use, they can reduce the severity of the symptoms to some extent, and as a result, the person will be able to organize his life. To effectively treat ADHD, some studies have pointed to the effectiveness of medication and behavioral therapy or cognitive behavioral therapy (Adesman, 2003; Huang et al., 2022). By referring to previous studies, a list of problems can be found, including executive function failure (Zhang et al., 2021), memory problems (Alderson et al., 2013), and emotional (Beheshti, Chavanon, & Christiansen, 2020) and motivational problems (Morsink et al., 2021), which have even been introduced as the core of the problems of a person with ADHD. These dimensions are among the cases that do not have a place in the current common treatments, and there is hope for recovery only by relying on medication; while, it can face the treatment process with a serious problem. The problems of a person with ADHD are so diverse and extensive that medicine alone cannot answer them. Alongside the mentioned deficits, in the study of Schein et al. (2022), it is also pointed out that the lack of comprehensive and complete treatment is currently one of the problems in the field of ADHD in adults. In other words, the absence of a treatment that covers all aspects of the problems of adults suffering from the disorder and also has lasting effectiveness is a scientific vacuum. Standard treatments for ADHD in adults should involve medication, education, skills training, and psychological counseling. A combination of these could be the most effective treatment. These treatments can help manage many symptoms of ADHD. Therefore, the main aim of this study was to provide an intervention model to

improve the problems of a person suffering from ADHD based on the grounded theory. Regarding achieving this aim, the following questions are raised: 1) What exactly are the problems of an adult with ADHD? and 2) what type of treatment can cover all aspects of these problems?

### Method

The research was conducted using the qualitative data approach of the grounded theory. The population includes all accessible scientific sources in the field of adult ADHD in the last ten years, the opinions of professionals, and the perspective of patients themselves. The sampling method in this study was targeted until the saturation limit was reached, which included a total of 19 patients with ADHD, five specialists, and all available sources and studies accessible from 2012 to 2022, which include 18 Persian and English books, 20 Persian articles and 236 English language articles. In the validation section of the compiled intervention package, the opinion of experts other than the professionals who participated in the data collection phase was considered. The tools include BAARS-IV, DIVA-2, Semi-structured in-depth interviews for professionals and ADHD people, google scholar, PUBMED, scienceDirect, SAGE, SID, Magiran and, Irandoc.

### Results

Through the interview with the patients, 166 open codes were obtained, which finally end up with eight categories at the selective codes level after categorization after two stages. These eight categories included: problems in observing order, ineffective cognitive ability, emotional problems, defective motivation, problematic social relations, disability to issue appropriate behavior, activity, and sleep problems. In the interview with the experts, after three stages of categorizing and purifying the obtained data, at last, seven code categories were identified, which were cognitive, emotional, social, and job problems, difficulty in higher-level cognitive processes, motivational problems, and comorbidity

disorders. After reviewing the texts and scientific resources available in the period of 2012-2022 and after coding in three stages, 11 code categories were obtained. The codes were: problems in sleeping, poor

performance, cognitive, emotional, motivational, physical problems, dependencies, problematic social relations, problems in order, low quality of life, and comorbid disorders.

**Table 1. An intervention model to improve the problems identified in a person suffering from ADHD**

strategy	Description of the strategy	Required duration
1 Cognitive rehabilitation	including improving the range of attention, selective attention, intermittent attention, continuous attention, short-term memory, working memory, emotional memory, problem-solving, information processing speed, decision making, cognitive flexibility	At least seven sessions of 120 minutes
2 Emotion regulation training	It includes training simple and high-r level emotions, emotion recognition, physiological signs of emotion in the body, understanding the cause of emotions, acceptance of emotion, self-compassion and avoiding self-judgment, control, and moderation of emotion.	At least three sessions of 120 minutes
3 Metacognition training	including organization, planning, targeted time management, review and re-evaluation, identification of obstacles and problems, brainstorming solutions, and decision making	At least two sessions of 120 minutes
4 Motivational interview	It includes calling out one's life path, identifying the gap, and creating a commitment and roadmap to fill the gap	At least one session of 120 minutes
5 Teaching correct social communication	It includes teaching various dimensions, useful tools, individual/group, gender differences, taking a point of view of others, specifying the goal, identifying the goals of others, identifying obstacles, and distinguishing the problems of unhealthy communication.	At least two sessions of 120 minutes
6 Adjust sleep/wake cycle	including the use of sleep/wake cycle regulation applications	Duration of at least three months
7 Regulate physical activity	including the use of applications for adjusting physical activity and heart rhythm and breathing	Duration of at least three months
8 Coaching	including methods and guiding strategies based on the coaching method	Duration of at least three months

It should be noted that the validity of the intervention model that emerged from the database study was evaluated with the help of the rater's agreement coefficient. For this purpose, each expert (except for the professionals who were interviewed during the problem identification phase) commented on each of the strategies in the prepared package, and according to their opinion, the prepared package has the necessary validity to implement the intervention.

## Conclusion

The present study aimed to find an intervention model to solve the problems of adults suffering from ADHD. In this study, the qualitative method of the grounded theory was adopted and the problems of the person suffering from ADHD were considered from three different dimensions (opinion of the patient, expert's opinion, and related sources and studies). The obtained results were categorized into three levels: open, central, and selective. Then, a treatment strategy was presented for each identified problem. One of the dimensions of the problems of a person

with ADHD is cognitive problems. According to previous studies (Guimarães, Mariz-Elsig, & Camos, 2022) in the field of cognitive rehabilitation, using a computer-based program can be useful. The use of a computer-based program has the advantage of quickly giving a person unbiased and accurate feedback, the history of a person's activity is recorded, so it can be analyzed, and various stimuli are provided without wasting time, which adds to the appeal of this program. In improving a person's motivational level, one of the appropriate methods is motivational interviewing (Morsink et al., 2021). In the motivational interview, by recalling the person's life story and remembering the gap created in life, the patient gets the proper motivation for recovery. For the emotion regulation problem, based on the available studies, emotion regulation training in people with ADHD is associated with very favorable results (Beheshti et al., 2020). On the other hand, the problems caused by the lack of organization, order, and time management in the person suffering from ADHD are also considered another troublesome

aspect. This group of problems can be solved with the strategy of metacognitive education which according to the studies (Butzbach et al., 2021), metacognitive education can be one of the useful and effective dimensions. Another category that appeared among the problems of adults with ADHD was poor social communication, which probably developed as a side problem during the developmental period until it became a serious problem in adulthood. Appropriate social communication training at the individual and group level can reduce the social problems of the affected person (Farhangi, 2015; Cole, 2016). Problems in the field of inconsistency in the sleep/wake cycle and the amount of disproportionate activity cause the greatest damage to the person in terms of functionality. The use of movement exercises and a regular exercise program along with the use of smartwatches to control sleep and wake time can be very useful in this regard. Since adults with ADHD are facing identified problems, therefore, a complementary and interventional coaching program along with all strategies can be very useful (Prevatt & Levrini, 2015). Among the limitations of this study, it should be mentioned that it is difficult and even impossible to access some of the available scientific resources and texts. In this regard, it is suggested that if the sources are accessible, the codes extracted from the studies should be revised. It is also suggested to use this therapeutic strategy to reduce the problems of adults with symptoms of ADHD.

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** The authors extracted this article from the Ph.D. dissertation of the first author, which was approved under No. IR.UI.REC.1399.100 in the faculty of education and psychology, University of Isfahan, Isfahan.

**Funding:** This study has no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the senior author, the second author was the supervisor and the third author was the advisor.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** We sincerely thank all participants and university administrators who helped us in this study.





## استخراج الگوی مداخله‌ای برای درمان علائم اختلال کمبود توجه/فزون کنشی بزرگسالان با مراجعه به روش داده بنیاد

محبوبه مرادی سیاه‌افشادی<sup>۱</sup>، شعله امیری<sup>۲</sup>، هوشنگ طالبی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳. استاد، گروه آمار، دانشکده ریاضی و آمار، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

**زمینه:** اختلال کمبود توجه/فزون کنشی در دوره بزرگسالی یکی از پیچیده‌ترین اختلالات در سال‌های اخیر شناخته شده و بهبود نشانه‌های اختلال، تنها با اتکا به مصرف دارو هدف درمانی قرار گرفته است. فقدان درمان جامع و کامل با اثربخشی طولانی در این دوره سنی، یکی از نقاط ضعف این حیطه علمی، به‌شمار می‌رود. اما سؤال این است که مشکلات بزرگسال مبتلا به اختلال چیست که درمان مناسب بتوان برای آن یافت؟

### نوع مقاله:

پژوهشی

### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۰۷

بازنگری: ۱۴۰۱/۰۷/۱۱

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۱۷

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۲/۰۱

### کلیدواژه‌ها:

اختلال کمبود توجه/فزون کنشی، الگوی مداخله، بزرگسالان، داده بنیاد.

**هدف:** هدف استخراج الگوی مداخله برای درمان مشکلات بزرگسال مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون کنشی بود. **روش:** این مطالعه براساس رویکرد کیفی و با روی آورد داده بنیاد انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه بزرگسالان مبتلا به اختلال، متخصصین و تمام منابع علمی مرتبط بود، که بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌های اولیه، کدگذاری و سپس کدها مقوله‌بندی و به رده‌های کامل‌تر تجمیع شدند. کدگذاری در سه سطح باز، محوری و انتخابی در سه راستای شرکت‌کنندگان، متخصص و منابع صورت گرفت.

**یافته‌ها:** در مصاحبه با شرکت‌کنندگان ۸ کد انتخابی، در مصاحبه با متخصصین ۷ کد انتخابی و در بررسی متون علمی ۱۱ کد انتخابی به دست آمد. در نهایت با ادغام سه دسته کد مستخرج از شرکت‌کنندگان، متخصصین و منابع علمی تعداد ۸ مقوله به‌عنوان مشکلات اصلی فرد بزرگسال مبتلا ظاهر شد. براساس مشکلات شناسایی شده، راهبردهای درمانی شامل: بازتوانی شناختی، آموزش تنظیم هیجان، فراشناخت، مصاحبه انگیزشی، آموزش ارتباط اجتماعی صحیح، تنظیم چرخه خواب/بیداری و فعالیت فیزیکی روزانه به‌عنوان الگوی مداخله پیشنهادی در نظر گرفته شد.

**نتیجه‌گیری:** برای یک درمان مؤثر در زمینه اختلال کمبود توجه/فزون کنشی بزرگسالان، باید رویکرد چند بعدی اتخاذ نمود. الگوی مداخله‌ای مستخرج در این مطالعه می‌تواند به‌عنوان یک درمان مؤثر مدنظر پژوهشگران حیطه درمانی قرار گیرد.

**استناد:** مرادی سیاه‌افشادی، محبوبه؛ امیری، شعله؛ و طالبی، هوشنگ (۱۴۰۲). استخراج الگوی مداخله‌ای برای درمان علائم اختلال کمبود توجه/فزون کنشی بزرگسالان با مراجعه به روش داده بنیاد، مجله علوم روانشناختی، دوره بیست‌ودوم، شماره ۱۲۲، ۲۶۵-۲۹۲.

**مجله علوم روانشناختی**، دوره بیست‌ودوم، شماره ۱۲۲، بهار (اردیبهشت) ۱۴۰۲.



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: شعله امیری، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. رایانامه: [s.amiri@edu.ui.ac.ir](mailto:s.amiri@edu.ui.ac.ir)

تلفن: ۰۳۱۳۷۹۳۵۴۶۷

## مقدمه

اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی<sup>۱</sup> با شروع از دوران کودکی در ۵۰ درصد بیماران مبتلا، تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند (فاراتون، بیدرمن و مایک، ۲۰۰۶؛ هاشمی‌ملکشاه، علیزاده، رضایی و عسگری، ۱۴۰۱). شیوع اختلال در بزرگسالان بین ۳ تا ۱۶/۵ درصد تخمین زده شده است (پولانزیک، سالوم، سوگایا، کایه و رود، ۲۰۱۵؛ گینسبرگ، کویترو، آناند، کاسیلاس و آپادها، ۲۰۱۴؛ مرادی سیاه‌افشادی، امیری و طالبی، ۱۴۰۱). این اختلال عموماً در راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی با علائم نارسایی در توجه، تکانشگری و فزون‌کنشی (۲۰۲۲) و اخیراً کندی زمان شناختی<sup>۲</sup> (بارکلی، ویلکات و جکوبسن، ۲۰۲۲؛ علیزاده، ۱۳۸۴) معرفی شده است. معمولاً دشواری‌های متعددی در زندگی یک فرد بالغ ایجاد و عملکرد روزمره وی را تا حد زیادی تخریب می‌نماید (بصیری، هادیان‌فرد، رحیمی و افلاک‌سیر، ۱۴۰۰). به عنوان مثال موجب هزینه‌های اضافی و گزاف شده و یا باعث بروز اختلالات و مشکلات همایند دیگری از جمله استرس برای خود فرد مبتلا و حتی خانواده وی، مصائب در زمینه‌های تحصیلی (باتزیچ و همکاران، ۲۰۲۱) و کاری (بیدرمن، ۲۰۰۵)، تغییر شغل زیاد، نابه‌سامانی در درس‌ساز، رانندگی پرخطر و رفتارهای مخاطره‌آمیز (دی‌لاپنا، پن، تای و آلیسو، ۲۰۲۰)، می‌شود. از سوی دیگر اختلال درمان نشده در طول زندگی، اضافه‌بار و سختی‌های مرتبط با روابط اجتماعی (فرهنگی، ۱۳۹۵؛ کول، ۱۳۷۶)، نیز به همراه خواهد داشت. به عنوان مثال تحقیقی نشان داده والدین مبتلا به اختلال مشکلات جدی در امور مرتبط با زندگی متأهلی و نگهداری از کودکان‌شان دارند (ویس و همکاران، ۲۰۱۲). یا طی پژوهش دیگری، کارکنان مبتلا به اختلال، بین ۳۵ الی ۴۰ روز بیشتر از هم‌تایان عادی، غیبت از کار داشته‌اند (پولانزیک و همکاران، ۲۰۱۵).

بر اساس راهنمای مرتبط با مداخله، خط اول درمان این اختلال، معمولاً مداخلات دارویی بوده است (جتیل، بات، کاری و جانسون، ۲۰۲۲). داروها هیچ‌گاه تسکین دائمی علائم را برای فرد مبتلا ایجاد نمی‌کند، اما در زمان مصرف می‌تواند تاحدی شدت نشانه‌ها را کاهش داده (وایتهد، نومن و دونیگر، ۲۰۲۲) و به تبع آن، فرد با فروکش کردن برخی از علائم (به عنوان مثال بهبود توجه و تمرکز، تکانشگری کمتر و جنب‌جوش

متناسب‌تر)، به زندگی خود سر و سامان می‌دهد. به دلیل عوارض جانبی نشأت گرفته از مصرف دارو، به توصیه متخصصان وجود دوره‌های بدون مصرف، به شدت توصیه می‌گردد که از بین آن‌ها می‌بایست به ایجاد تحمل<sup>۳</sup> نسبت به دارو و کاهش اثر ناشی از تحمل، از دست دادن اشتها، دربرخی موارد بی‌قراری، مشکلات خواب، تحریک‌پذیری، بدخلقی، سردرد، دل‌پیچه، تپش قلب و فشار خون بالا اشاره کرد (هاندلن و سومیا، ۲۰۲۲). از سوی دیگر با مصرف دارو فرد مبتلا در مورد مدیریت و کنترل مشکلات خود آموزشی دریافت نمی‌کند، صرفاً در طی مدت مصرف دارو به دلیل تسکین موقت علائم تا حدی وضعیت ملایم‌تر پیش می‌رود و زمانی که به هر دلیل مصرف دارو قطع شود، تمام مشکلات قبلی به قوت خود باقی خواهند ماند. علاوه‌براین و مهم‌تر از سایر عوارض، دارو نه تنها نمی‌تواند درمان کاملی محسوب گردد بلکه نمی‌تواند تمام ابعاد مشکلات فرد مبتلا را پوشش دهد. داروهای موجود در عرصه طب، صرفاً تا حدی توجه و تکانشگری را بهبود می‌بخشد. این درحالی است که امروز تحقیقات مستحکمی از جمله مطالعه بارکلی (۲۰۲۱) به این مسأله اشاره کرده که: "شناختن اختلال کمبود توجه. فزون‌کنشی صرفاً به عنوان اختلالی در حیطه نقص توجه و فزون‌کنشی مانند این است که اختلال طیف اوتیسم را به عنوان مشکل بال‌بال زدن معرفی کنیم". مصرف دارو جهت درمان اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی به‌خصوص در بزرگسالی نمی‌تواند تمام ابعاد زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار دهد و بار مشکلات ناشی از اختلال را کاهش دهد. در واقع مشکلات فرد مبتلا به اختلال به حدی متنوع و گسترده است که دارو به تنهایی نمی‌تواند آن‌ها را پاسخگو باشد. درمان‌های استاندارد اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی در بزرگسالان باید شامل دارو، آموزش مهارت‌ها و مشاوره روانشناختی باشد و ترکیبی از اینها می‌تواند مؤثرترین درمان باشد. این درمان‌ها می‌توانند به مدیریت بسیاری از علائم اختلال کمک کنند.

در راستای درمان مؤثر اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، برخی مطالعات به اثربخشی دارو و رفتاردرمانی (برای مثال آدسمان، ۲۰۰۳) و برخی دیگر به درمان شناختی رفتاری با مصرف دارو توصیه نموده‌اند (هونگ و همکاران، ۲۰۲۲). در مطالعات داخلی نیز اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم اختلال در نمونه دانشجوی بررسی شده و نتایج حاکی از اثربخشی

3. tolerance

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. Sluggish Cognitive Tempo (SCT)

داده و به‌عنوان درمان جامع بتواند تمام مشکلات ناشی از اختلال را به صورت مؤثر، بهبود بخشد. همان‌طور که در مطالعه اسپین و همکاران (۲۰۲۲)، پریوات و لورینی (۲۰۱۵)، گوئی‌مارائس، ماریز-السیچ و کاموس (۲۰۲۲)، لاکونت و هارتانگ (۲۰۱۸) نیز به این نکته مهم اشاره شده است که فقدان درمان جامع و کامل در حال حاضر یکی از معضلات حیطة اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی بزرگسالان است. بنابراین هدف کلی این مطالعه ارائه الگوی مداخله‌ای، جهت بهبود مشکلات فرد مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی مبتنی بر نظریه داده بنیاد در نظر گرفته شد. در خصوص دستیابی به این هدف سؤالات زیر مطرح است:

۱) مشکلات فرد بزرگسال مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی دقیقاً چیست؟

۲) چه نوع درمانی می‌تواند تمام جوانب این مشکلات را پوشش دهد؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد کیفی و به‌روش نظریه برخاسته از داده‌ها یا داده‌بنیاد<sup>۱</sup> انجام شد. عناصر کلیدی روش داده‌بنیاد شامل نمونه‌گیری نظری<sup>۲</sup>، اشباع نظری<sup>۳</sup>، مقایسه ثابت<sup>۴</sup>، کدگذاری باز<sup>۵</sup>، محوری<sup>۶</sup> و انتخابی<sup>۷</sup> (هسته‌ای) است (کوربین و اشتراوس، ۱۹۹۰). نمونه‌گیری نظری به این صورت است که در حین جمع‌آوری داده‌ها تحلیل هم صورت می‌گیرد. جیل (۲۰۲۰) نمونه‌گیری نظری را این‌گونه تعریف کرد که "جمع‌آوری داده از نمونه به‌صورت همزمان با پایش داده‌ها و تحلیل و کدگذاری آن‌ها صورت می‌گیرد تا در صورت نیاز برای تولید نظریه، داده‌های مناسب از جامعه‌ی مدنظر انتخاب شده و به فرایند تولید نظریه کمک کند". معمولاً نمونه‌گیری در مطالعات داده‌بنیاد بر اساس کفایت نظری صورت می‌گیرد. یعنی جمع‌آوری داده تا جایی پیش می‌رود که بر اساس مقوله‌های ظاهر شده در روند جمع‌آوری داده‌ها، دیگر داده جدیدی حاصل نشود. به این مسأله اشباع نظری نیز گفته می‌شود. در سطح ابتدایی (باز)، وظیفه اصلی محقق یادداشت کردن هر نوع عبارتی است که مرتبط با هدف مطالعه شناخته

مداخله بر علائم اختلال، اضطراب، افسردگی و عزت‌نفس دانشجویان مبتلا به اختلال بوده است (خیرجو، قره‌داغی، جعفری روشن و حرفه‌دوست، ۱۳۹۷). اما سایر جنبه‌های مشکلات دانشجوی مبتلا به اختلال مدنظر قرار داده نشده است. مطالعات دیگری هم به بررسی تأثیر مداخلات نوروتراپی بر بهبود وضعیت نوسانات امواج مغزی در افراد مبتلا پرداخته‌اند (مدنی، حیدری‌نسب، یعقوبی و رستمی، ۱۳۹۴؛ انزیکه-جیبرت، اسمیت، گارسیایمینتا و آرنز، ۲۰۱۹). در یکی از این مطالعات به وضوح بیان شده است که درمان نوروفیدبک در کنار بازتوانی شناختی و درمان شناختی رفتاری فقط می‌تواند کمبود توجه و تمرکز را بهبود بخشد (مدنی و همکاران، ۱۳۹۴). در مطالعه مروری دیگر در این راستا، عدم توافق بالینی و پژوهشی در این زمینه بیان شده است (انزیکه-جیبرت و همکاران، ۲۰۱۹).

نکته مهم دیگر این است که معمولاً پیشینه‌های تحقیقاتی در این راستا، مداخلات ساختارمند را مؤثرتر از روان‌درمانی‌های تحلیلی دانسته‌اند. چون معتقدند فرد مبتلا به اختلال، به واسطه رنج بردن از علائم، سوژه مناسبی برای درمان‌های بدون ساختار نیست (به‌عنوان مثال هونگ و همکاران، ۲۰۲۲). از طرفی با مراجعه به مطالعات همبسته‌های اختلال، فهرستی از مشکلات را می‌توان یافت که اتفاقاً در تحقیقات زیادی هم مورد تأیید واقع شده‌اند، از جمله نارسایی کنش‌وری اجرایی (اقبال، امیری و مهرابی، ۱۴۰۰؛ استوینسون، ویتمون، برنهایت، لیوسی و استوینسون، ۲۰۰۲؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۲۱)، مشکلات حافظه (اندرسون و همکاران، ۲۰۱۳؛ نظری، قدسی و ابراهیم‌پور، ۱۴۰۰) و مشکلات هیجانی که به‌عنوان هسته محوری مشکلات فرد دارای اختلال حتی معرفی شده است (بهشتی، چاوآن و کریستیانسن، ۲۰۲۰) و مشکلات انگیزشی (مورسینیک و همکاران، ۲۰۲۲). این ابعاد از جمله مواردی است که در درمان‌های رایج فعلی جایگاهی نداشته و صرفاً با اتکا به مصرف دارو امید به بهبودی آن وجود دارد؛ درحالی‌که می‌تواند روند درمانی را با مشکل جدی روبه‌رو نماید. بنابراین یکی از چالش‌های پیش‌رو این است که در درمان افراد مبتلا، چه نوع درمانی می‌بایست به کار گرفت که خلاء موجود در این زمینه را پوشش

5. open coding

6. axial

7. selective

1. grounded theory

2. theoretical sampling

3. theoretical saturation

4. constant comparison

شود. در سطح محوری کدهای باز با یکدیگر مقایسه شده و موارد مشابه در یک مقوله قرار می‌گیرند. در سطح انتخابی (هسته‌ای) کدهای سطح دوم مجدداً مورد مقایسه ثابت قرار می‌گیرند و موارد تا جایی در یک دسته قرار می‌گیرند که تمام کدهای سطح محوری نتوانند در دو سطح قرار گیرند و تنها یک مقوله دربرگیرنده آن‌ها باشد. در این سطح ممکن است چند مقوله محوری سطح دوم با یکدیگر تلفیق شده و کد سطح بالاتری که دربرگیرنده همه آن موارد باشد را ایجاد نماید (چارمز، ۲۰۰۶).

نمونه مطالعه در مجموع شامل ۱۹ بیمار مبتلا به اختلال، ۵ متخصص و تمامی منابع و مطالعات موجود قابل دسترسی از سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۲ که شامل ۱۸ کتاب فارسی و انگلیسی، ۲۰ مقاله فارسی و ۲۳۶ مقاله انگلیسی زبان است). جامعه شامل تمامی منابع و متون قابل دسترسی در زمینه اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی بزرگسالان در ده سال اخیر، نظر متخصصین با حوزه کاری مرتبط با اختلال و خود بیماران بوده است. لازم به ذکر است که فرآیند جمع‌آوری داده برای این مطالعه حدوداً ۱۲ ماه به طول انجامید. به منظور جلوگیری از هرگونه سوگیری در تداخل نظر محققین اصلی با دستیابی به هدف مطالعه، کدگذاری ابتدایی توسط دستیاران محققین که همه دانشجویان کارشناسی روانشناسی بودند و اطلاعی از روند تحقیق نداشتند به صورت دستی و با یادداشت برداری انجام گرفت و کدگذاری سطح دوم و سوم توسط محققین اصلی مطالعه انجام شد. در بخش اعتبارسنجی بسته مداخله‌ای تدوین شده نیز، نظر متخصصین دیگری غیر از افراد صاحب‌نظری که در مرحله جمع‌آوری داده شرکت کرده بودند، مدنظر قرار گرفت. ملاک‌های ورودی مطالعه برای هر سوی نمونه، در ادامه ذکر شده است. در قسمت نمونه افراد مبتلا به اختلال ملاک‌های ورودی شامل: (۱) محرز شدن اختلال با کمک پرسشنامه‌های غربالگری و مصاحبه ساختاریافته اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، (۲) دانشجو بودن در یکی از دانشگاه‌های شهر اصفهان، ایران، (۳) عدم مصرف داروی کاهنده علائم اختلال از ۲ ماه قبل از اجرای این مطالعه بود. در قسمت متخصصین ملاک ورود شامل برخورداری از تخصص لازم در زمینه اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، داشتن دکتری روانشناسی یا روان‌پزشکی، انجام کار بالینی حداقل ۵ سال بر روی مراجعان مذکور در نظر گرفته شد. در نهایت

برای قسمت پیشینه ملاک‌ها شامل: (۱) مرتبط با اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی بزرگسالان باشد، (۲) در بازه زمانی ۲۰۲۲-۲۰۱۲ انجام گرفته باشد و (۳) متن مطالعه قابل دسترس باشد. جهت دسترسی به نمونه دانشجویان مبتلا به اختلال، ابتدا طی یک فرآیند غربالگری گسترده در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ با معرفی رسمی از طرف دانشگاه مبداء پژوهش و کسب اجازه از سوی دانشگاه‌های شهر اصفهان، ایران، تعداد ۱۳۶۸ دانشجو با پرسشنامه مورد غربالگری قرار گرفتند. سپس از بین آن‌ها تعداد ۲۸۰ نفر با احتمال ابتلا به اختلال، شناسایی شدند که همه این افراد از فرآیند مطالعه آگاهی یافته و در نهایت از بین آن‌ها تعداد ۱۸۶ نفر مایل به ادامه همکاری در مطالعه بودند. به منظور اطمینان از ملاک‌های ورودی، از هر فرد پیش از شروع، مصاحبه تشخیصی دقیق انجام می‌گرفت. جهت دسترسی به متخصصین با مراجعه به پایگاه‌های اطلاع‌رسانی و سابقه اساتید و پزشکان، صاحب‌نظران انتخاب شدند.

### ب) ابزار

پرسشنامه اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی بارکلی ویراست چهارم<sup>۱</sup> (BAARS-IV): این ابزار برای افراد بالای ۱۸ سال و برای شناسایی افراد مبتلا به اختلال به کار می‌رود. ابزار چهار خرده‌مقیاس کمبود توجه (۹ سؤال)، فزون‌کنشی (۶ سؤال)، تکانشگری (۳ سؤال) و کندی زمان شناختی (۹ سؤال) دارد. تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی تأییدی<sup>۲</sup> و تحلیل - پرسش<sup>۳</sup> این پرسشنامه به زبان انگلیسی در مطالعه لینچ (۲۰۱۷) مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه اصلی برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس کمبود توجه، فزون‌کنشی، تکانشگری و کندی زمان شناختی به ترتیب ۰/۹، ۰/۷۷، ۰/۸۰، و ۰/۸۱ گزارش شده و همچنین نقطه برش ۳۹ جهت احتمال ابتلا به اختلال تعیین شده است (بارکلی، ۲۰۱۱). در مطالعه با نمونه ایرانی نیز ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷ تا ۰/۸۶ گزارش شد. همچنین تحلیل عاملی همگرا پرسشنامه با مقیاس کانرز مورد بررسی قرار گرفته و به عنوان پرسشنامه با اعتبار بالا در نظر گرفته شد (صادقی، صادقی بازرگان و امیری، ۲۰۱۷). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۵ و ضریب پایایی تصنیفی نیز

3. item response theory

1. Barkley Adult ADHD Rating Scale fourth edition (BAARS-IV)

2. confirmatory factor analysis



۰/۸۷ بوده است. همچنین ضریب آلفای کمبود توجه ۰/۸۴، فزون‌کنشی ۰/۸۶، تک‌انگشری ۰/۸۵ و کندی‌زمان‌شناختی ۰/۸۴ بود.

مصاحبه تشخیصی دیو-۲ (DIVA2): مصاحبه تشخیصی جهت مشخص شدن اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی بزرگسالان تألیف شده است (کویچ و فرانکن، ۲۰۱۰). ابزار از سه قسمت مجزا برای بررسی علائم تشکیل شده که قسمت اول به بررسی نشانه‌های کمبود توجه، بخش دوم مربوط به فزون‌کنشی/تک‌انگشری و بخش سوم مربوط به سن شروع علائم است. برای هر علامت نمونه مثال‌هایی وجود دارد که بر اساس میزان پاسخ مثبت فرد به مثال‌ها شدت اختلال را نیز می‌توان تخمین زد. به عنوان مثال یکی از گویه‌ها به این صورت است که: "آیا شما اغلب در توجه دقیق به جزئیات مشکل دارید، یا اشتباهات بی‌دقتی در زمان کار یا انجام سایر کارها دارید؟ و در طول دوران کودکی وضعیت چگونه بود؟" مثال برای دوران بزرگسالی: همراه با اشتباهات بی‌دقتی، کند کار کردن برای جلوگیری از اشتباه، نخواندن با دقت دستورالعمل‌ها، مشکل در کار کردن با جزئیات، نیازمند زمان زیاد برای تطبیق دقیق جزئیات، کارکردن خیلی سریع و با بی‌دقتی‌های فراوان. وجود علائم در ۶ حوزه یا بیشتر برای تشخیص کافی است و بالین‌گر می‌تواند تداوم علائم در طول زندگی را نیز بررسی و مشخص کند. این ابزار دقت تشخیصی ۱۰۰٪ برای استفاده در نمونه بزرگسال در مقایسه با مصاحبه تشخیصی کانرز<sup>۱</sup> دارد (راموس-کوئیروگا و همکاران، ۲۰۱۹) و به همین دلیل در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. مصاحبه عمیق نیمه‌ساختار یافته محقق ساخته ویژه بیماران: جهت بررسی مشکلات و علائم دقیق فرد مبتلا به اختلال، سؤالاتی در مورد اینکه چه مشکلاتی برای فرد مبتلا وجود دارد و تاکنون با چه دردسرها و دشواری‌هایی روبه‌رو بوده‌اند، تهیه و استفاده شد.

مصاحبه عمیق نیمه‌ساختار یافته محقق ساخته ویژه متخصصین: برای نظرسنجی از متخصصین در زمینه شناسایی مشکلات افراد مبتلا به اختلال و درمان مناسب جهت رفع مشکلات، مصاحبه نیمه‌ساختار یافته عمیق برای متخصصین نیز توسط محققین طراحی و مورد استفاده واقع گردید.

برای بررسی روایی صوری و محتوایی مصاحبه‌ها، نظر سه نفر از متخصصین مرتبط با حیطه پژوهشی جویا شد. همچنین ضریب همبستگی توافق بین نظرات این متخصصین درباره مصاحبه‌ها، برای مصاحبه با افراد مبتلا به اختلال ۰/۸۶ و مصاحبه با متخصصین ۰/۸۹ ارزیابی شد که حاکی از روایی محتوایی مطلوب مصاحبه‌ها است.

پایگاه‌های جستجو: برای دستیابی به منابع و پژوهش‌ها از سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۲ مرتبط با اختلال، از پایگاه‌های جستجو شامل: (۱) گوگل اسکولار<sup>۲</sup>، (۲) پاب‌مد<sup>۳</sup>، (۳) ساینس دایرکت<sup>۴</sup>، (۴) سیج<sup>۵</sup>، (۵) مگیران<sup>۶</sup>، (۶) اس آی دی<sup>۷</sup>، و (۷) ایرانداک<sup>۸</sup> استفاده شد.

برای اجرای مطالعه ابتدا با کسب اجازه و معرفی‌نامه از سوی دانشگاه، به همه دانشگاه‌های شهر اصفهان مراجعه شد و طی یک غربالگری اولیه با پرسشنامه دانشجویان با احتمال ابتلا شناسایی شدند. سپس از افرادی که نمره بالاتر از نقطه برش، بودند مصاحبه تشخیصی به عمل آمد و وجود اختلال محرز گردید. بعد از این مرحله از دانشجویانی که مایل به ادامه همکاری بودند، دعوت شد که در ادامه تحقیق همراه باشند و فرایند مصاحبه عمیق نیمه‌ساختار یافته محقق ساخته، انجام شد. در همین زمان متخصصین دارای ملاک‌های ورود، مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند و همزمان منابع و متون علمی نیز بررسی شدند. در ضمن اصول اخلاقی این مطالعه نیز، زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان رعایت شده است و به همه شرکت‌کنندگان اعم از بیمار و متخصص، این اطمینان داده شده که هیچ‌گونه خطری برای آن‌ها وجود نخواهد داشت و تمام حق و حقوق آن‌ها (شامل محرمانه بودن اطلاعات، حق خروج از مطالعه با تمایل و دلیل شخصی، و رعایت اصول پژوهشی) محفوظ خواهد ماند.

### یافته‌ها

جمع‌آوری داده برای این مطالعه از سه جهت بیمار مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، متخصص صاحب‌نظر و دارای شهرت در زمینه اختلال و منابع و متون موجود در این راستا بوده است. مصاحبه با هر بیمار با مصاحبه نیمه‌ساختار یافته و ۱۲۰ دقیقه به طول می‌انجامید. اشباع نظری برای

5. SAGE  
6. Magiran  
7. SID  
8. IRANDOC

1. Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)  
2. Google scholar  
3. pubmed  
4. Science Direct

روش داده‌بنیاد استفاده شد. برای کدگذاری باز از دستیاران محققین خواسته شد که طی پیاده کردن مصاحبه‌ها، واحدهای پاسخی علامت گذاری شود، و با کدهای شماره‌دار دسته‌بندی و تخلیص گردد. در این مرحله دستیاران، هیچ‌گونه اطلاعی از اینکه هدف تحقیق چه بوده، نداشتند. در این مرحله از مصاحبه بیماران تعداد ۱۶۶ کد باز حاصل و پس از مشخص شدن، توسط محققین اصلی مقاله مقوله‌بندی شدند. کدهای باز و مقوله‌های حاصل از آن‌ها در جدول ۱ آورده شده‌است.

جدول ۱ حاوی کدهای باز مصاحبه با بیماران مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی روی لینک زیر قابل دسترسی است.

جمع‌آوری داده از بیماران با تعداد ۱۹ بیمار به کفایت رسید. مصاحبه با متخصصین نیز همراه با مصاحبه نیمه‌ساختارمند و در حد ۹۰ دقیقه ادامه می‌یافت که با تعداد ۵ متخصص اشباع کدها رخ داد. درنهایت تعداد ۱۸ کتاب فارسی و انگلیسی مرتبط با اختلال در حیطه بزرگسالی، ۲۰ مقاله چاپ‌شده به زبان فارسی و ۲۳۶ مقاله چاپ‌شده به زبان انگلیسی در فاصله سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۲ مورد بررسی واقع شد.

مصاحبه با بیماران با سؤالاتی از جمله این سؤال انجام گرفت: شما در زندگی روزمره با چه مشکلاتی روبه‌رو هستید که فکر می‌کنید افراد دیگر هم سطح شما، با چنین دشواری‌هایی مواجه نیستند؟ برای تحلیل داده‌ها

جدول ۱. کد باز مصاحبه با بیماران مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی

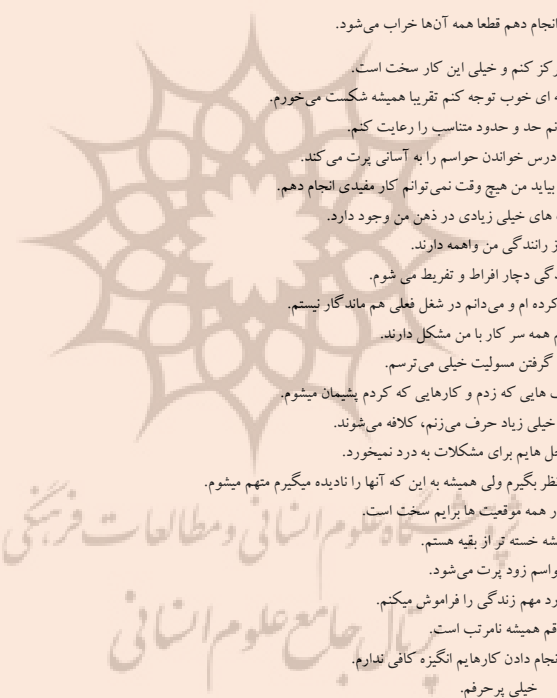
ردیف	کد باز (مستخرج از مصاحبه با بیماران توسط دستیاران محققین)	تعداد بیمارانی که به این کد اشاره کرده‌اند	مقوله متناسب (مشخص شده توسط محققین اصلی)
۱.	زمانی که باید خودم بر کار خودم به تنهایی نظارت داشته باشم تقریباً همیشه به مشکل برخورددم و در شرایط و کارهای مهم لازم است شخص دیگری بر کارهایم نظارت کند.	۶نفر	مشکل در نظارت بر خود
۲.	در انجام کارهایم منظم نیستم، معمولاً کارهایم به هم ریخته و شلخته است. اتاقم اغلب اوقات به هم ریخته است. وسایلم نامرتب است. در مدرسه دفترهایم همیشه خیلی شلوغ و درهم‌برهم بود و کسی سر در نمی‌آورد.	۹نفر	نظم نداشتن در امور
۳.	در اجرای هم‌زمان کارها مشکل دارم و وقتی چند کار با هم انجام می‌دهم همیشه خراب کاری می‌کنم.	۵نفر	دشواری در انجام هم‌زمان کارها
۴.	در نظر گرفتن زمان برای من واقعا دشوار است. اصلاً نمی‌توانم روی زمان‌بندی برنامه‌هایم بمانم. وقتی فقط می‌خواهم یک تکه کوچک از یک فیلم را ببینم ناگهان به خودم می‌آیم و می‌فهمم ۴ ساعت در حال تماشای تلویزیون بودم.	۱۳نفر	مشکل در کنترل و بازداری برنامه‌های زمان‌دار
۵.	بعضی وقتها که می‌خواهم فقط چند دقیقه فضای مجازی را چک کنم بعد به درسهایم برسم ناگهان می‌فهمم ساعتهاست در حال دیدن فضای مجازی هستم بعد هم خوابم می‌گیرد و نمی‌توانم درسهایم را انجام دهم.	۱۱نفر	عدم حفظ تمرکز در طول اجرای تکلیف
۶.	حتی زمانی که تلاش می‌کنم تمرکز را روی موضوع اصلی حفظ کنم بازهم بی‌فایده است و تمرکزم پراکنده می‌شود.	۱۴نفر	دشواری در حفظ آگاهی لازم
۷.	خیلی دقیق نمی‌توانم به صحبت‌های طولانی اطرافیانم گوش بدهم و متوجه همه صحبت‌ها به طور دقیق نمی‌شوم.	۱۵نفر	فراوشناری در امور
۸.	خیلی از مواقع انجام تکالیفم را فراموش می‌کنم و زمانی یادم می‌آید که دیگر فایده‌ای ندارد. حتی بعضی وقتها که در سایتها به دنبال مطلب می‌گردم بعد از مدتی یادم می‌رود اول از همه دنبال چی بودم.	۱۰نفر	نداشتن حد و مرز در کارها و نداشتن حد و مرز در ابراز احساسات
۹.	بارها به من گفته شده که حد و مرز در انجام کارهایم و احساساتم ندارم.	۸نفر	عدم آغازگری امور
۱۰.	در شروع کارها نمی‌دانم از کجا باید شروع کنم و برای همین همیشه به تاخیر می‌افتد.	۹نفر	مشکل بازداری و کنترل
۱۱.	به راحتی جذب مطالب غیرضروری و بی‌ارزش می‌شوم. در آن لحظه اصلاً متوجه نیستم که این کار چقدر برای من نامناسب است.	۱۱نفر	دشواری در شروع خواب
۱۲.	با خوابیدن مشکل دارم. معمولاً شبها خیلی دیر خوابم می‌برد و ساعتها طول می‌کشد تا خوابم بی‌رد.	۷نفر	بیداری زودهنگام
۱۳.	صبح زود خیلی زودتر از بقیه بیدار می‌شوم و این یک مشکل جدی شده است.	۵نفر	دشواری در کنترل ذهن و فکر
۱۴.	مغز من مثل یک ترن هوایی مدام در حال چرخیدن روی مسابیل مختلف است.	۱۱نفر	سرگردانی بین افکار و مشغولیت‌های ذهنی خیلی زیاد
۱۵.	افکار و صحبت‌ها، هم‌زمان در ذهن من فعال است انگار مغز من مثل یک کامپیوتر است که هم‌زمان هزاران پنجره در آن باز است.	۱۰نفر	عدم آینده‌نگری
۱۶.	آینده‌نگری ندارم. در بهترین حالت آینده‌نگری داشتن من این است که شارژر گوشیم همراهم باشد چون معمولاً هیچ وقت نمی‌توانم مثل دیگران آینده‌نگری داشته باشم. اصلاً تعجب می‌کنم دیگران چطور آنقدر به آینده فکر کرده‌اند.	۱۶نفر	احساس ناامیدی و شکست
۱۷.	خیلی ناراحت و ناامیدم.	۱۲نفر	عدم عملکرد صحیح مغز در زمان‌های بحرانی
۱۸.	فکر می‌کنم مغز من سر کارهای مهم قفل می‌کند. انگار مغزم بیخ می‌زند.	۱۱نفر	عدم به پایان رساندن تکالیف
۱۹.	کارهایم را نیمه تمام رها می‌کنم.	۹نفر	مشکلات در رانندگی
۲۰.	موقع رانندگی کردن خیلی دچار سانحه می‌شوم و خیلی زیاد با ماشینم به ماشین دیگران برخورد می‌کنم و تصادف دارم.	۱۰نفر	عدم کارآمدی مناسب در شغل
۲۱.	فکر می‌کنم در شغلم ناموفق هستم. مراجعین یا همکاران من همیشه می‌خواهند با دیگران کار کنند.	۱۲نفر	اهمال کاری در آغاز کردن
۲۲.	خیلی تبلی می‌کنم با اینکه می‌دانم کار دارم اما حوصله ندارم کارهایم را انجام دهم و وقت را به بطالت می‌گذرانم.	۶نفر	رعایت نکردن بهداشت با وجود آگاهی و تمایل
۲۳.	با اینکه نظافت را خیلی دوست دارم ولی نمی‌توانم وسایلم را تمیز نگه دارم مثلاً ماشینم یا موبایلم همیشه کثیف است. اخراج از کار به دلیل رعایت نکردن بهداشت.	۱۱نفر	اضطراب
۲۴.	خیلی استرس و اضطراب دارم، برای شغلم، برای ازدواج، برای ادامه تحصیل، برای داشتن روابط دوستانه، برای زندگی کردن خوب	۱۳نفر	تکانشگری
۲۵.	خیلی کارهای ناگهانی می‌کنم که بعداً خودم پشیمان می‌شوم. خیلی وقتها حرفی می‌زنم و بعد پشیمان می‌شوم.	۱۰نفر	عدم فکر کردن به عاقبت کارها
۲۶.	بعضی وقتها کارهایی انجام می‌دهم که نیاز به جرات و ریسک زیادی دارد و بعداً از کار خودم تعجب می‌کنم و فکر می‌کنم این جرات را از کجا آوردم؟	۹نفر	گم کردن وسایلم
	خیلی وسایلم را گم می‌کنم. به ترتیب فراوانی موارد گزارش شده: کلید خانه، موبایل، کلید ماشین، شناسنامه، پول، لباسهایم در کمد، دوستانم را در سفر		

ردیف	کد باز (مستخرج از مصاحبه با بیماران توسط دستیاران محققین)	تعداد بیماری‌هایی که به این کد اشاره کرده‌اند	مقوله متناسب (مشخص شده توسط محققین اصلی)
۲۷	انجام دادن کارها که به عنوان تکلیف است برایم خیلی سخت است. انگار جانم را می‌گیرند وقتی یک تکلیف انجام می‌دهم زمان مدرسه هم همینطور بودم وقتی مشق می‌نوشتیم می‌خواستیم ببریم.	۱۳ نفر	دشواری در انجام تکالیف
۲۸	وقتی از جلو مغازه ها رد می‌شوم خیلی زیاد خرید می‌کنم بعد هیچ کدام را استفاده نمی‌کنم.	۵ نفر	مشکل کنترل و بازداری
۲۹	معمولا خیلی هیجان زده‌ام. یعنی علائمی مثل تپش قلب و نا آرامی دارم.	۸ نفر	بی‌قراری زیاد
۳۰	وقتی می‌خواهم کاری را شروع کنم انقدر که کارهای متفرقه کوچک به درد نخور برای خودم می‌گذارم وقت تمام می‌شود.	۷ نفر	عدم برنامه ریزی مناسب برای شروع کارها
۳۱	از مسولیت‌پذیری می‌ترسم چون فکر می‌کنم من هیچ وقت نمی‌توانم مسولیت چیزی را به عهده بگیرم.	۵ نفر	ترس از شکست در مسولیت‌پذیری
۳۲	همیشه اضطراب دارم و کارهایی انجام می‌دهم که استرسم را کاهش می‌دهد و فکر می‌کنم مجبورم این کارها را انجام دهم.	۶ نفر	وسواس به دلیل اضطراب
۳۳	ساعت ۳ یا ۴ نصف شب فکرهای بی‌ربط در ذهنم زیاد است. مثل فکر کردن در مورد شخصیت‌های کارتونی یا فیلم‌ها یا تعداد چراغ‌ها	۸ نفر	مشکل در شروع خواب در زمان مناسب
۳۴	ساعت‌های نیمه شب انقدر انرژی دارم که نمی‌توانم بخوابم.	۵ نفر	انرژی زیاد زمان خواب
۳۵	احساس می‌کنم اصلا نمی‌توانم یک جا بنشینم و همیشه باید وول بخورم و تکان بخورم اصلا یک جا ماندن برای من خیلی سخت است.	۱۰ نفر	فعالیت حرکتی زیاد
۳۶	هر چیزی ذهن مرا به خود جذب می‌کند.	۸ نفر	حواس‌پرتی با محرک‌های جدید (عدم توانایی در حذف محرک نامربوط)
۳۷	احساس می‌کنم تمام زندگی‌ام در اشتباه بوده‌ام و می‌خواهم از اول زندگی را بسازم و این جور اشتباه نکنم.	۶ نفر	احساس پوچی و شکست
۳۸	بقیه افراد به من می‌گویند خیلی زیاد حرف می‌زنم. معمولا موضوعات به ذهن من هجوم می‌آورند. بدون اینکه بخوام جملات بعدی با موضوعات متفاوت در ذهنم می‌آیند که خیلی هم مهم هستند و باید بگویم. قبل از اینکه جمله قبلی را تمام کنم جمله بعدی از ذهنم می‌پرد انگار مغزم سرعت کار کرد بالاتری نسبت به زبانم دارد.	۱۱ نفر	پر حرفی زیاد
۳۹	دیگران از اینکه من بتوانم بهتر باشم ناامید شده‌اند. خودم هم نا امید شده‌ام. قبلا فکر می‌کردم می‌توانم تلاش کنم و اوضاع بهتر شود اما هر چه تلاش می‌کنم باز شرایط مثل قبل است.	۵ نفر	ناامیدی نسبت به بهبود شرایط
۴۰	فقط زمانی که دارو می‌خورم تا حدی خوب هستم و اوضاع بهتر است.	۱۶ نفر	شرایط بهتر در صورت مصرف دارو
۴۱	هیچ جایی به من خوش نمی‌گذرد. دلم می‌خواهد اگر جایی هستم که خوش نمی‌گذرد سریعاً ترک کنم و بروم جای دیگر، بعد که می‌روم، می‌بینم آنجا هم خوش نمی‌گذرد.	۱۴ نفر	لذت نبردن از چیزها و مکان‌هایی که برای دیگران معمولی یا لذت‌بخش است
۴۲	در تمام مسیر یک مسافر هزار بار یک آهنگ را گوش می‌دهم و بقیه از رفتار من خیلی کلافه می‌شوند.	۴ نفر	عدم ملاحظه‌نگری
۴۳	صبر کردن برایم از بیجگي خیلی سخت بود وقتی مادرم می‌گفت صبر کن اصلا نمی‌فهمیدم باید چی کار کنم و به طور یکنواخت خواسته‌ام را تکرار می‌کردم. الان هم وقتی باید منتظر چیزی بمانم واقعا برایم سخت است مثل صف غذا خریدن یا منتظر پیامک کسی بودن.	۸ نفر	دشواری در صبر
۴۴	هیچ کسی دوست ندارد با من ازدواج کند. همه روابطم برای ازدواج شکست خورده است.	۷ نفر	دشواری در ایجاد ارتباط مؤثر
۴۵	احساس میکنم همیشه غمگینم چون هیچ کسی مرا دوست ندارد و خیلی شلخته‌ام.	۶ نفر	حس دوست داشته نشدن توسط دیگران
۴۶	فکر میکنم به داروهای خیلی وابسته شده‌ام و بدون دارو هیچ وقت نمی‌توانم زندگی کنم.	۶ نفر	وابستگی به دارو
۴۷	دوست دارم خیلی موفق باشم و روابط اجتماعی موفقی داشته باشم و بدرخشم. اما در واقعیت دقیقا نقطه مقابل این هستم.	۷ نفر	شکست در برقراری روابط مناسب
۴۸	از اینکه دیگران فکر می‌کنند من یک احمق به تمام معنا هستم و نمی‌توانم از پس کارهایم بر بیایم خیلی ناراحت می‌شوم.	۸ نفر	احساس منفی درباره قضاوت دیگران از بی‌کفایتی خود
۴۹	اگر خودم به سلیقه خودم لباسم را انتخاب کنم تقریباً همیشه اشتباه می‌کنم و باید حتماً از کسی مشورت بگیرم ولی معمولاً یادم می‌رود که مشورت بگیرم و وقتی به جایی می‌روم می‌بینم لباسم مناسب نیست ناراحت می‌شوم.	۵ نفر	عدم در نظر گرفتن شرایط اجتماعی در لباس پوشیدن و آرایش ظاهری
۵۰	تقریباً هیچ وقت نمی‌توانم دستورالعمل چیزی را رعایت کنم مثلاً هیچ وقت نتوانستم با دستور آشپزی چیزی درست کنم.	۱۱ نفر	دشواری در رعایت ترتیب دستورالعمل
۵۱	فکر اینکه چقدر بچه بدی بوده‌ام و والدینم چقدر مرا تحمل کرده‌اند واقعا برایم آزاردهنده است.	۹ نفر	احساس منفی از بودن از نگاه والدین
۵۲	همیشه در جمع فکر می‌کنم حرفهایم خیلی جالب است بعد که به من می‌گویند هیچ کسی گوش نمی‌کرده چون خیلی بی‌ربط گفته‌ام، خیلی ناراحت می‌شوم.	۶ نفر	عدم در نظر گرفتن محتوای مکالمات نسبت به موقعیت
۵۳	از اینکه بارها در روابط اجتماعی شنیده‌ام که به من گفته شده واقعا وحشتناک و غیر قابل تحمل هستم خیلی واهمه دارم و به همین دلیل وارد جمع‌های جدید که مرا نمی‌شناسند، نمی‌شوم.	۵ نفر	ترس از ایجاد ارتباط جدید به دلیل قضاوت‌های منفی شدید قبلی
۵۴	نمی‌توانم تنهایی را تحمل کنم و باید حتماً در کنار دیگران باشم. وقتی تنها هستم، خیلی کلافه و سردردگم می‌شوم.	۸ نفر	عدم تحمل تنهایی
۵۵	تقریباً همیشه درک اینکه دیگران چه فکری در سر دارند برایم غیرممکن است. هیچ وقت دیگران را نمی‌فهمم. به خصوص وقتی همسرم می‌گوید چنین فکری در سر داشته من احساس می‌کنم اگر سالها هم می‌گذشت نمی‌توانستم او را بفهمم.	۸ نفر	عدم دیدگاه گیری
۵۶	با اینکه باید روز بعد ساعت ۶ صبح بیدار باشم ولی نمی‌توانم ساعت ۳ صبح بخواهم و خود را با یک کار بیخود مشغول کرده‌ام.	۱۱ نفر	مشکل در بخواب رفتن و رعایت برنامه زمانی خواب و بیداری
۵۷	خیلی کم اراده‌ام هر وقت حتی مشاور برایم برنامه‌ریزی می‌کند همیشه کارها را به تعویق می‌اندازم.	۹ نفر	اهمال کاری
۵۸	فکر می‌کنم فقط شبها می‌توانم خوب تمرکز کنم و از پس کارهایم بر بیایم اگر دنیا برعکس می‌شد و شبها همه بیدار بودند من هم عادی به نظر می‌رسیدم.	۸ نفر	کارایی عملکرد در زمان نامناسب
۵۹	خیلی غرق رویاپردازی‌هایم می‌شوم.	۹ نفر	رویاپردازی
۶۰	باید زود به زود کارهای که انجام می‌دهم را عوض کنم و گرنه حوصله‌ام به کل سر می‌رود.	۶ نفر	عدم توانایی متمرکز ماندن روی یک تکلیف
۶۱	در خواندن و به خاطر سپردن خیلی مشکل دارم و به سختی مطالب خواندنی را می‌فهمم.	۷ نفر	دشواری حفظ تمرکز در خواندن
۶۲	همیشه بدن و ذهنم بسیار خسته است به حدی که واقعا کاری نمی‌توانم انجام دهم.	۴ نفر	خستگی ذهن و جسم
۶۳	خیلی نوسان هیجان دارم. هیجانان من مدام در حال بالا و پایین رفتن است.	۸ نفر	مشکل در تنظیم هیجانان/هیجانان بسیار متغیر
۶۴	برای بیدار شدن بیست بار زنگ گوشی را روی دقیقه‌های مختلف تنظیم می‌کنم باز هم نمی‌توانم سر ساعت بیدار شوم.	۸ نفر	مشکل در بیدار شدن به موقع
۶۵	نمی‌توانم به موقع به پیغام‌هایم جواب بدهم. وقتی می‌روم سر گوشی تلفنم، هزار تا پیغام وجود دارد و من نمی‌دانم کدام را باید جواب بدهم.	۹ نفر	عدم پاسخ‌گویی به موقع
۶۶	خیلی حال خودم را نمی‌فهمم. اینکه چه احساسی دارم و دقیقا چی می‌خواهم.	۸ نفر	گیجی و سردرگمی
۶۷	وقتی عصبانی می‌شوم اصلا نمی‌توانم خودم را کنترل کنم و حتماً به صورت فیزیکی پرخاشگری نشان می‌دهم	۶ نفر	مشکل در کنترل خشم

ردیف	کد باز (مستخرج از مصاحبه با بیماران توسط دستیاران محققین)	تعداد بیماری‌هایی که به این کد اشاره کرده‌اند	مقوله متناسب (مشخص شده توسط محققین اصلی)
۶۸	وقتی در حال انجام کاری هستم بخصوص وقتی هیجانی هستم فکر می‌کنم کار خوبی انجام می‌دهم ولی بعد بقیه می‌گویند کارهایم خوب نبوده است.	۷ نفر	عملکرد نامناسب با موقعیت
۶۹	همیشه وقتی به خودم می‌آیم غرق در کار به درد نخوری بوده‌ام.	۹ نفر	سرگردانی ذهنی
۷۰	همیشه ظرفشویی پر از ظرفهای کثیف و نشسته است که من وقت شستن آن‌ها را ندارم.	۱۰ نفر	مشکل در انجام کارهای روزمره در زمان مناسب
۷۱	خیلی زود خسته می‌شوم.	۹ نفر	خستگی زودهنگام
۷۲	تقریباً همیشه تاریخ‌های مهم را فراموش کرده‌ام و هیچ وقت یادم نمی‌ماند.	۱۶ نفر	فراموشی تاریخ‌های مهم
۷۳	هیچ وقت نمی‌توانم دخل و خرجم را با هم تنظیم کنم. همیشه آخر ماه پول کم می‌آورم. هربار هم تصمیم می‌گیرم ماه بعدی حواسم را جمع می‌کنم اما باز همین مساله را دارم.	۱۲ نفر	عدم تنظیم مخارج با سطح درآمد
۷۴	هیچ وقت لباس مرتب در کمند ندارم.	۱۱ نفر	عدم رعایت نظم در امور
۷۵	هیچ وقت قرار ملاقات‌هایم را سر وقت به خاطر نمی‌آورم.	۱۶ نفر	فراموشی قرار ملاقات‌ها
۷۶	در حال انجام کاری هستم ناگهان یک فکری یا یک احساسی کل برنامه‌ام را به هم می‌ریزد. بیشتر تحت تأثیر احساساتم قرار می‌گیرم.	۹ نفر	عدم حذف محرک‌های نامربوط
۷۷	همیشه کتابهای کتابخانه را دیر تحویل می‌دهم و مشمول جریمه نقدی می‌شوم.	۱۳ نفر	اهمال کاری در انجام امور تاریخ دار
۷۸	همیشه شعار "بگذار برای فردا" همه کارهای مرا خراب کرده است.	۸ نفر	به تعویق انداختن کارها
۷۹	هیچ وقت من نمی‌فهمم مطالب مهم کتاب چه هستند و چه باید بخوانم یا چه چیزی را دقیقاً‌های لایت کنم برای همین همیشه کتابهایم خیلی خط‌خطی است.	۱۳ نفر	عدم درک اولویت‌های مهم در خواندن
۸۰	وقتی شکر و کربوهیدرات مصرف می‌کنم فکر می‌کنم بهتر می‌توانم تمرکز کنم.	۶ نفر	کاستی دوپامین
۸۱	بعد از داشتن روابط جنسی تمرکز من بهتر می‌شود کارهای مهم را همیشه بعد از رابطه جنسی قرار می‌دهم. ولی وقتی رابطه جنسی ندارم کارهایم خراب می‌شود.	۷ نفر	کاستی دوپامین
۸۲	وقتی الکل مصرف می‌کنم حالم بهتر می‌شود و انگار ذهنم مرتب و منظم کار می‌کند. به الکل اعتیاد پیدا کرده‌ام.	۳ نفر	اعتیاد به الکل
۸۳	انگار عمداً دنبال سوژه برای بحث با دیگران هستم حتی وقتی هیچ سوژه‌ای وجود ندارد دنبال یک موضوع برای بحث و جدل می‌گردم و وقتی بحث راه انداختم حالم بهتر می‌شود.	۹ نفر	تخلیه هیجانی
۸۴	به تازگی در سایت‌های شرط‌بندی بازی می‌کنم و فکر می‌کنم اینجا تنها جایی است که برای من خوب است اما احساس می‌کنم کم دارم اعتیاد پیدا می‌کنم.	۴ نفر	لذت از قماربازی
۸۵	وقتی سر کلاس نشسته‌ام نمیتوانم حرف‌های استادم را دنبال کنم حتی وقتی خیلی حواسم را جمع می‌کنم که حرف‌هایم را دنبال کنم. بین صحبت‌هایم ارتباطی نمی‌فهمم.	۶ نفر	عدم دقت مداوم و مشکل در برقراری ارتباط بین مطالب
۸۶	فکر می‌کنم سرعت پردازش مطالب در ذهن من خیلی کم است.	۷ نفر	سرعت کم در پردازش اطلاعات
۸۷	خیلی وقتها در ارتباطات اجتماعی تظاهر می‌کنم که می‌فهمم.	۵ نفر	ماسکه بودن
۸۸	از زمانی که مادرم برای من برنامه ریزی نکرده است من هم موفقیتی نداشته‌ام.	۱۰ نفر	نیاز جدی به کمک در برنامه‌ریزی
۸۹	وقتی با مشکلی روبه رو می‌شوم بهترین راه حل برام فکر نکردن به آن است و این یک دردسر بزرگ شده است چون همیشه مشکل را پنهان می‌کنم.	۶ نفر	اجتناب از حل مساله
۹۰	هیچ وقت برای انجام کارهایی که به عهده من می‌گذارند انرژی ندارم.	۱۰ نفر	انرژی ناکافی
۹۱	نمی‌فهمم چطور دیگران برای گرفتن نمره خوب تلاش می‌کنند مگر اصلاً می‌شود نمره خوب هم گرفت.	۹ نفر	ناامیدی از دریافت پاداش
۹۲	مصرف مواد مخدر باعث بهتر شدن حالم می‌شود اما فکر می‌کنم دارم اعتیاد پیدا می‌کنم.	۴ نفر	اعتیاد به مواد مخدر
۹۳	یاد گرفتن مطالب همیشه برای من دشوار بود حتی زمانی که مدرسه می‌رفتم باید یکی دیگر برای من توضیح می‌داد.	۸ نفر	مشکل در یادگیری
۹۴	تقریباً همیشه خریدهای ضروری که به من سپرده شده، فراموش کرده‌ام.	۱۰ نفر	فراموشکاری در خرید لوازم ضروری
۹۵	هیچ وقت تخت و کمند من مرتب نبوده است و همیشه به خاطر این مساله سرزنش شده‌ام. حتی الان که ازدواج کرده‌ام.	۸ نفر	عدم رعایت نظم و ترتیب
۹۶	همه فکر می‌کنند من خیلی خودخواهم و این مساله مرا ناراحت می‌کند چون من خودخواه نیستم.	۶ نفر	خودخواه به نظر رسیدن
۹۷	همه روی من دست کم می‌گذارند و هیچ کسی واقعاً روی من حساب باز نمی‌کند.	۹ نفر	ناامیدی از داشتن وجهه اجتماعی فرد مسولیت پذیر
۹۸	فکر می‌کنم هیچ وقت نمی‌توانم از پس کاری دوستم بر بیایم.	۱۱ نفر	عدم اعتماد به نفس
۹۹	از اینکه این مدلی هستم احساس خجالت دارم و شرمنده‌ام.	۸ نفر	احساس شرمساری نسبت به وضعیت خود
۱۰۰	هیچ وقت هیچ یک از همکلاسی‌هایم نمی‌خواستند با من سر یک میز بنشینند. یا همیشه هم اتاقی‌هایم می‌خواستند مرا عوض کنند. چون می‌گفتند خیلی نامرتب هستم.	۱۱ نفر	عدم رعایت نظم و ترتیب
۱۰۱	هیچ وقت به کلاسهای ساعت ۸ صبح سر وقت نرسیده‌ام. چون همیشه خواب مانده‌ام.	۹ نفر	مشکل در بیداری سر وقت
۱۰۲	همه کارها را تا دقیقه نود به تاخیر می‌اندازم.	۹ نفر	تعویق تا آخرین مهلت
۱۰۳	وقتی به سفر می‌روم جمدانهای زیادی با خودم وسایلی می‌برم اما وسایلی ضروری همیشه جا می‌ماند.	۶ نفر	عدم اولویت بندی صحیح در کاربرد وسایل
۱۰۴	نمی‌توانم هیچ وقت مقررات مربوط به نظافت را رعایت کنم مثلاً پز شکم همیشه به من گفته است که باید صورت‌م را شویم بشویم و کرم بزنم اما من هیچ وقت نمی‌توانم انجام دهم.	۱۰ نفر	اهمال کاری در انجام امور مهم
۱۰۵	همیشه اهدایی را انتخاب می‌کنم حتی هدف‌های کوچک اما از بس به تعویق می‌اندازم هیچ وقت به هیچ کدام نمی‌رسم.	۹ نفر	به تعویق انداختن امور مهم در زندگی
۱۰۶	وقتی می‌خواهم با کسی سر صحبت را باز کنم هیچ چیزی به ذهنم نمی‌رسد که مناسب فضا یا آن موقعیت باشد و بعد که شروع می‌کنم به حرف زدن حس می‌کنم طرف مقابلم خوشش نمی‌آید.	۸ نفر	عدم ارتباط مناسب محتوای گفتار با موقعیت
۱۰۷	هیچ وقت به موقع آماده نیستم و خانواده‌ام همیشه از این مساله شکایت دارند.	۱۱ نفر	عدم در نظر گرفتن زمان بندی مناسب
۱۰۸	تقریباً همیشه غمگینم و هیچ چیزی مرا خوشحال نمیکند.	۸ نفر	غم مفرط
۱۰۹	فکر می‌کنم سرعت حرف زدن اساتید سر کلاس خیلی تند است و من نمی‌توانم فکرها را با حرف‌های آن‌ها مرتبط کنم.	۱۰ نفر	سرعت کم در پردازش اطلاعات
۱۱۰	در رانندگی کردن مشکلات زیادی دارم. مثل سرعت غیرمجاز، پارک غیرمجاز، جریمه به خاطر همراه نداشتن گواهینامه.	۹ نفر	مشکلات رانندگی
۱۱۱	فکر می‌کنم اصلاً نمی‌توانم به دیگران گوش بدهم به همین دلیل دچار مشکلات خانوادگی شده‌ام.	۵ نفر	مشکلات با همسر به دلیل نداشتن مهارت گوش دادن
۱۱۲	دوستان و خانواده‌ام فکر می‌کنند من قبلاً خیلی پر شور و هیجان بودم اما اکنون دیگر انرژی ندارم و می‌گویند پیر شده‌ام.	۷ نفر	کاسته شدن هیجان شادی
۱۱۳	خیلی وقت تلف می‌کنم و حال شروع کارهایم را ندارم.	۸ نفر	از دست دادن زمان به دلیل بی‌انگیزه بودن



ردیف	کد باز (مستخرج از مصاحبه با بیماران توسط دستیاران محققین)	تعداد بیماری‌هایی که به این کد اشاره کرده‌اند	مقوله متناسب (مشخص شده توسط محققین اصلی)
۱۱۴	وقتی می‌خواهم کاری انجام دهم از بس هیجان زده‌ام بر انرژی می‌شوم و به دلیل انرژی زیاد واقعا نمی‌توانم آن کار را انجام دهم و باید بروم کمی خودم را درگیر کارهای فیزیکی کنم تا از انرژی کم شوم و بعد کار اصلی را انجام بدهم. مثلا وقتی می‌خواهم کیک درست کنم از بس هیجان زده‌ام حس می‌کنم دستهایم خیلی تند حرکت می‌کند و خرابکاری می‌کنم.	۶نفر	مشکل پیدا کردن در انجام کارها با دلیل مشکل در تنظیم هیجان
۱۱۵	خیلی بی‌خیال هستم و اطرافیانم از این مساله خیلی شکایت دارند.	۶نفر	بی‌انگیزشی
۱۱۶	اصلا تحمل اینکه دیگران با من مخالفت کنند ندارم و دلم می‌خواهد همیشه همه چیز باب میل من باشد و هر وقت که خانواده‌ام با من مخالفت می‌کنند واقعا عصبانی می‌شوم.	۸نفر	تحمل کم در ناکامی
۱۱۷	از خودم متفرم و از اینکه انقدر دست و پا چلفتی هستم بدم می‌آید. از اینکه هیچ وقت مثل بقیه خانواده‌ام نبودم خیلی ناراحتم.	۹نفر	عزت نفس پایین
۱۱۸	هر وقت برنامه‌ریزی می‌کنم نمی‌توانم روی برنامه خودم بمانم حتی برنامه را هر روز تغییر می‌دهم به نوعی که با حال و احوال جور شود باز هم نمی‌توانم روی برنامه بمانم.	۷نفر	سازماندهی ضعیف
۱۱۹	همیشه کارها از من دو یا سه برابر دیگران وقت می‌گیرد.	۱۰نفر	کند بودن نسبت به دیگران
۱۲۰	از مسئولیت‌پذیری ظفره می‌روم.	۹نفر	ظفره رفتن از مسئولیت‌پذیری
۱۲۱	فکر می‌کنم هیچ وقت نمی‌توانم تصمیم مهم و جدی داشته باشم. همیشه تصمیمات مهم من خراب شده است که مقصر اصلی هم خودم بوده‌ام.	۸نفر	مشکل در تصمیم‌گیری
۱۲۲	از انجام کارهای تکراری متفرم و تقریباً برای من غیرممکن است که کارهای تکراری و یکنواخت انجام دهم.	۸نفر	بی‌حوصله در انجام کارهای تکراری
۱۲۳	نسبت به انتقاد خیلی حساسم و خیلی ناراحت می‌شوم.	۵نفر	مشکل در تنظیم هیجان
۱۲۴	خیلی زود با دیگران دعوا می‌شود.	۶نفر	مشکل کنترل خشم
۱۲۵	حتی در اوایل به خواب رفتن خیال پردازی می‌کنم	۴نفر	خیال‌پردازی در خواب
۱۲۶	حوصله‌ام زود سر می‌رود.	۱۱نفر	بی‌حوصلگی
۱۲۷	همیشه لازم است کسی کارهایم را چک کند وگرنه اصلا کارها خوب پیش نمی‌رود	۱۰نفر	نظارت بر خود
۱۲۸	اگر چند کار با هم انجام دهم قطعا همه آن‌ها خراب می‌شود.	۱۰نفر	مشکل در کارهایی که به صورت همزمان انجام می‌شود.
۱۲۹	اصلا نمیتوانم تمرکز کنم و خیلی این کار سخت است.	۷نفر	مشکل در تمرکز
۱۳۰	هر وقت می‌خواهم به یک مساله‌ای خوب توجه کنم تقریباً همیشه شکست می‌خورم.	۶نفر	مشکل در توجه
۱۳۱	هیچ وقت نمی‌توانم حد و حدود متناسب را رعایت کنم.	۸نفر	مشکل در حد و مرزها
۱۳۲	کوچکترین محرک زمان درس خواندن حواسم را به آسانی پرت می‌کند.	۶نفر	مشکل در محرک‌های نامربوط
۱۳۳	اگر یک موقعیت بحرانی پیش بیاید من هیچ وقت نمی‌توانم کار مفیدی انجام دهم.	۸نفر	مشکل در مدیریت بحران
۱۳۴	در یک زمان محرک‌های خیلی زیادی در ذهن من وجود دارد.	۸نفر	مشکل در محرک‌های زیاد
۱۳۵	همه از رانندگی من واهمه دارند.	۹نفر	مشکل در رانندگی
۱۳۶	همیشه در زندگی دچار افراط و تفریط می‌شوم.	۷نفر	رعایت نکردن حد و حدود
۱۳۷	تا بحال چندین شغل عوض کرده‌ام و می‌دانم در شغل فعلی هم ماندگار نیستم.	۸نفر	مشکل در شغل
۱۳۸	فکر می‌کنم همه سر کار با من مشکل دارند.	۷نفر	مشکل شغلی
۱۳۹	از به عهده گرفتن مسئولیت خیلی می‌ترسم.	۱۰نفر	مسولیت‌پذیری ناقص
۱۴۰	خیلی پیش می‌آید که از حرف‌هایی که زدم و کارهایی که کردم پشیمان میشوم.	۱۱نفر	ناگهانی بودن تصمیمات
۱۴۱	دیگران از اینکه من خیلی زیاد حرف می‌زنم، کلافه می‌شوند.	۱۱نفر	پرحرفی
۱۴۲	تقریباً همیشه راه حل‌هایم برای مشکلات به درد نمی‌خورد.	۶نفر	راه حل اشتباه
۱۴۳	با اینکه تلاش می‌کنم خانواده‌ام را خیلی در نظر بگیرم ولی همیشه به این که آنها را نادیده می‌گیرم متهم میشوم.	۶نفر	عدم ملاحظه‌گری
۱۴۴	تحمل کردن در همه موقعیت‌ها برایم سخت است.	۹نفر	ضعف در تاب‌آوری
۱۴۵	همیشه خسته‌تر از بقیه هستم.	۱۰نفر	خستگی بیش از حد
۱۴۶	حواسم زود پرت می‌شود.	۸نفر	دقت و توجه
۱۴۷	خیلی از موارد مهم زندگی را فراموش می‌کنم.	۱۴نفر	فراموشکاری
۱۴۸	اتاقم همیشه نامرتب است.	۹نفر	مشکل در نظم و سازماندهی
۱۴۹	هیچ وقت برای انجام دادن کارهایم انگیزه کافی ندارم.	۱۰نفر	انگیزش کم
۱۵۰	خیلی پرحرفم.	۱۲نفر	پرحرفی
۱۵۱	همیشه وقتی به خودم می‌آیم مبینم که کارها را خوب انجام نداده‌ام.	۱۰نفر	نظارت بر خود
۱۵۲	فکر می‌کنم دیگران میتوانند چند کار را همزمان انجام دهند اما من نمیتوانم.	۸نفر	دشواری در انجام همزمان کارها
۱۵۳	هیچ کسی حاضر نیست با من مشارکت کاری داشته باشد چون فکر میکنند من مسئولیت‌پذیر نیستم.	۷نفر	عدم مسئولیت‌پذیری
۱۵۴	گویا من در یک دنیای وارونه زندگی می‌کنم یا بقیه افراد جامعه وارونه زندگی می‌کنند.	۶نفر	متفاوت بودن با دیگران
۱۵۵	دوستانم از اینکه من همیشه متکلم و حده هستم شاک می‌کنند.	۹نفر	حرف‌های
۱۵۶	هر وقت استاد یا معلم بگوید کاری انجام بده برام خیلی سخت است درحالی که اگر خودم آن کار را بخوام انجام دهم لذت بخش هم هست.	۹نفر	دشواری در انجام تکلیف
۱۵۷	توانایی نشستن ثابت یکجا ندارم برای همین مشکلات جدی با همسر پیدا کرده‌ام.	۹نفر	بی‌قراری
۱۵۸	بارها به دلیل اینکه من نتوانسته‌ام شرایط فرد دیگر را در نظر بگیرم رابطه‌ام به هم خورده است.	۸نفر	در نظر نگرفتن دیگران
۱۵۹	دیگران همیشه راه حل‌هایشان بهتر از من است و من هیچ وقت راه حل خوب برای مسایل ساده زندگی به ذهنم نمی‌رسد.	۶نفر	راه حل اشتباه
۱۶۰	میدانم که باید کارهایم را انجام دهم ولی انرژی برای آن ندارم در عوض ساعت‌ها وقتم را صرف شبکه مجازی می‌کنم.	۱۰نفر	انرژی ناکافی
۱۶۱	اصلاً به خودم در امور مهم اعتماد ندارم و میدانم که باید حتماً برای موفقیت با دیگران همراه باشم خودم به تنهایی نمیتوانم.	۱۱نفر	اعتماد به نفس پایین
۱۶۲	نمیدانم چه میشود که همه با من تصادف میکنند.	۹نفر	مشکلات رانندگی
۱۶۳	از بس لباس‌هایم کیفیت می‌ماند و من نتوانستم تمیزشان کنم لباس مناسب ندارم.	۸نفر	نداشتن نظم در بهداشت



ردیف	کد باز (مستخرج از مصاحبه با بیماران توسط دستیاران محققین)	تعداد بیماری که به این کد اشاره کرده‌اند	مقوله متناسب (مشخص شده توسط محققین اصلی)
۱۶۴	همیشه تصمیمات ناگهانی می‌گیرم و یکی باید جلوی من را بگیرد.	۱۲ نفر	تکانشگری
۱۶۵	سر کلاسهایم خیلی برام دشوار است که خودم را کنترل کنم و در صفحه چت عمومی کلاس آنلاین نمی‌توانم چیزی بنویسم	۵ نفر	تکانشگری
۱۶۶	زمانی که باید خودم بر کار خودم به تنهایی نظارت داشته باشم تقریباً همیشه به مشکل برخورده‌ام و در شرایط و کارهای مهم لازم است شخص دیگری بر کارهایم نظارت کند.		مشکل در نظارت بر خود

پس از مشخص شدن کدهای باز، کدهای محوری و انتخابی مرتبط با مصاحبه با بیماران مبتلا به اختلال مشخص شد. نتایج این یافته‌ها در جدول

### جدول ۲. کدهای محوری و انتخابی مصاحبه با بیماران مبتلا به اختلال کمبود توجه/افزون کنشی

شماره	کد انتخابی کد	محوری
۱	مشکل در نظم	رعایت نکردن نظم، مدیریت زمان معیوب، عدم رعایت برنامه ریزی، فقدان نظم در بهداشت، ناهماهنگی با نظم موجود در جامعه، مشکلات شغلی در حیطه رعایت نظم
۲	توانمندی شناختی نا کارآمد	نظارت نداشتن بر خود، مشکل در تمرکز، مشکل در دقت و توجه، فراموشکاری و مشکلات حافظه، مشکل در حذف محرک‌های نامربوط، سرگردانی افکار، پردازش نامناسب اطلاعات، راه‌حل‌های اشتباه و ناکارآمد، اعتماد به نفس ضعیف
۳	مشکلات هیجانی	احساس ناامیدی و غم، احساس اضطراب
۴	انگیزش معیوب	وابستگی و مشکلات در انگیزه نسبت به ترک دارو/ مواد، انگیزش ناکافی در پیگیری کارها، عدم آغازگری
۵	روابط اجتماعی مساله‌دار	عدم رعایت حدود مرزهای مشکل مناسب، در نظر نگرفتن دیگران، مشکل در روابط اجتماعی، مشکلات شغلی در حیطه روابط
۶	نا توانی در صدور رفتار مناسب	دشواری در انجام هم‌زمان کارها، عدم مدیریت بحران، تکانشگری، دشواری در انجام تکلیف، پرحرفی، مشکل در صبر، مشکل در مسولیت پذیری
۷	مشکلات تحرک	مشکلات افزون کنشی/کم تحرکی، خشکی جسمی مفرط
۸	مشکلات خواب	مشکلات خواب

و سوماً درمان نامناسب چیست؟ کدهای باز مصاحبه با متخصصین توسط دستیاران محقق شماره گذاری شد و در اختیار محققین قرار گرفت. در این مرحله ۶۰ کد استخراج و مقوله بندی شد. کدهای باز و مقوله بندی آن‌ها در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳ با محتوای کدهای باز مصاحبه با متخصصین در خصوص شناسایی مشکلات بزرگسالان مبتلا به اختلال کمبود توجه/افزون کنشی و درمان مناسب و نامناسب برای این مشکلات روی اینک زیر قابل رویت است.

از نتایج جدول ۲ معلوم شد، ۸ مقوله انتخابی یا نهایی از مصاحبه با بیماران مبتلا به عنوان مشکلات شناسایی شده استخراج گردید. در ادامه کدهای مربوط به مصاحبه با متخصصین صاحب نظر آورده شده است. در مصاحبه با متخصصین این سؤالات پرسیده شد که اولاً به نظر شما، مشکلات یک فرد بالغ مبتلا به اختلال کمبود توجه/افزون کنشی چیست؟ دوماً درمان مناسب برای این مشکلات چه می‌تواند باشد؟

### جدول ۳. کدهای باز مصاحبه با متخصصین در خصوص شناسایی مشکلات بزرگسالان مبتلا به اختلال کمبود توجه/افزون کنشی و درمان مناسب و نامناسب برای این مشکلات

ردیف	کدهای باز	تعداد متخصصی که به این کد اشاره کردند	مقوله متناسب
۱	در تمرکز کردن مشکل جدی دارند به همین دلیل عملکرد تحصیلیشان خراب می‌شود	۵	اشکال در تمرکز
۲	به دلیل خطاهای زیاد سر کار که منجر به توبیخ شغلی میشود مانند سر یک شغل برایشان سخت است.	۵	مشکل در شغل
۳	در توجه متناوب مشکل دارند.	۴	مشکل توجه متناوب
۴	در تصمیم گیری مشکل دارند.	۴	مشکل در تصمیم گیری
۵	حواسپرت هستند حتی بدون وجود محرک هم حواسشان پرت می‌شود.	۵	حواسپرتی
۶	مشکل کدگذاری در حافظه دارند مشکل یادآوری ندارند. چون درست کد گذاری نمیکنند به خاطر نمیبازند.	۵	مشکل حافظه به دلیل کدگذاری خراب
۷	سر و گوششان زیاد می‌جنبند. یعنی سرشان توی زندگی دیگران است.	۲	فضولی زیاد؟
۸	در روابط زناشویی مشکل دارند. خیانت می‌کنند چون بی قرارند و مرتب سرشان این طرف و آن طرف است.	۳	مشکل در تعهد زناشویی
۹	کنترل هیجان برایشان بسیار سخت است.	۵	کنترل ناکافی بر هیجانات
۱۰	مشکل خلق مشکل اصلی آنهاست.	۲	مشکلات خلق
۱۱	تنظیم هیجان ندارند چون وضعیت شناخت آنها مشکل دارد و عمده تنظیم هیجان هم شناختی است.	۴	عدم تنظیم هیجان
۱۲	انگیزش کمی دارند. مثلاً برای ادامه دادن به کار تا رسیدن به موفقیت و لذت بردن اصلاً انگیزه ندارند برای همین هم پاداش کمی دریافت می‌کنند.	۵	انگیزش ناکافی
۱۳	افراد دارای اختلال نمیدانند چه میخواهند. برای همین وقتی وارد یک برنامه می‌شوند و با سختی‌ها مواجه می‌شوند رها می‌کنند.	۵	نداستن دقیق هدف
۱۴	در کنش وری اجرایی مشکل دارند.	۵	مشکلات کنش وری اجرایی

ردیف	کدهای باز	تعداد متخصصی که به این کد اشاره کردند	مقوله متناسب
۱۵	وضعیت گفتار درونی آنها چون تمرکز ندارند انسجام هم ندارد.	۴	وضعیت گفتار درونی ضعیف
۱۶	چون فراموشکاری زیاد دارند ذهن آگاهی هم ندارند.	۳	فراموشکاری زیاد
۱۷	اول وسواس، بعد اضطراب و بعد افسردگی	۱	اختلالات همبندی
۱۸	نوروفیدبک، بایوفیدبک، QEEG، درمانهای ساختارمند مانند CBT، آموزش روانی تکنیک گرا، درمانهای فراشناختی و درمانهای ذهن آگاهی	۳	درمان مناسب
۱۹	روانکاوی و روانپوشی	۲	درمان نامناسب
۲۰	رفتار های پر خطر مشکل جدی در افراد مبتلا است.	۳	رفتار پرخطر
۲۱	مصرف مشروبات الکلی زیاد دارند	۳	اعتیاد به الکل
۲۲	با دیگران دعوا می کنند.	۴	دعوا با دیگران
۲۳	نقص جدی در خود کنترلی دارند.	۵	مشکل در خود کنترلی
۲۴	تصمیم گیرهایشان مشکل دارد.	۴	مشکل در تصمیم گیری
۲۵	به دلیل خطاهای زیاد و تصمیمات اشتباه در زندگی زناشویی مشکل جدی دارند.	۴	مشکلات با همسر
۲۶	رفتا رغیر قابل پیش بینی زیاد دارند.	۵	رفتار غیر قابل پیش بینی
۲۷	در زمینه شغل نیز مشکلات جدی دارند.	۴	مشکلات شغلی
۲۸	تکانشگری در بزرگسالی خیلی برایشان دردسر درست می کند.	۵	تکانشگری
۲۹	حافظه کاری در این افراد بسیار خراب است.	۵	حافظه کاری بسیار خراب
۳۰	خیلی بازیگوش هستند و زیاد سر به سر دیگران می گذارند.	۲	بازیگوشی روانی دردسرساز
۳۱	ارزیابی مجدد ندارند.	۳	عدم وجود ارزیابی مجدد
۳۲	در حل مساله مشکل دارند	۴	مشکل در حل مساله
۳۳	در خلاقیت مشکل دارند.	۱	خلاقیت پایین
۳۴	در استدلال مشکل دارند.	۴	مشکل در استدلال
۳۵	خود آغاز گری ندارند به همین دلیل انگیزشان هم خراب است.	۳	عدم خود آغازگری
۳۶	بین کارکردهای اجرایی نقص بیشتر در بازداری دارند.	۵	بازداری رفتاری ضعیف
۳۷	اعتیاد پذیری شناختی هم ندارند.	۳	اعتیاد پذیری شناختی ضعیف
۳۸	وضعیت تنظیم هیجان هایشان بسیار مشکل دارد.	۵	تنظیم هیجان بسیار ناقص
۳۹	اول اضطراب بعد افسردگی	۴	اختلالات همبندی
۴۰	اول فراتشخیصی و بعد فراشناخت	۳	درمان مناسب
۴۱	رفتاری، اکت	۳	درمان نامناسب
۴۲	شکل مشکلات فرد مبتلا به اختلال در زمان بزرگسالی شبیه کودکی نیست.	۴	تغیر شکل مشکلات از کودکی تا بزرگسالی
۴۳	زیر بنای همه مشکلات فرد مبتلا نقص در کارکردهای اجرایی است.	۵	نقص کنش وری اجرایی
۴۴	فرد مبتلا در مدیریت هیجان هایش مشکل جدی دارد.	۵	مدیریت هیجانی ضعیف
۴۵	فرد مبتلا نمی تواند زمان را مدیریت کند.	۴	مدیریت زمان ضعیف
۴۶	افراد مبتلا خلق خوبی ندارند.	۴	خلق پایین
۴۷	وجود رفتار تکانه ای زیاد باعث می شود به اشتباه مبتلا به اختلال دوقطبی تشخیص داده شوند.	۵	مشکل در تشخیص افتراقی با اختلال دوقطبی
۴۸	در اکثر افراد مبتلا توجه پایدار خراب است.	۵	مشکل در توجه پایدار
۴۹	چون توجه مشکل دارد رمزگردانی نیز مشکل دارد.	۴	مشکل در رمزگردانی
۵۰	افراد مبتلا بسیار پر حرف هستند.	۵	پر حرفی
۵۱	به دلیل عجز بودن پرش افکار زیاد دارند.	۵	پرش کلامی
۵۲	افراد مبتلا علاوه بر مدیریت ضعیف شدت هیجان هایشان هم بالاتر از افراد عادی است. دلیل آن هم فعالیت مدار های مغزی در زمان هیجان است که به درستی کار نمیکنند. د ر افراد عادی توقف رخ م یدهده ولی در افراد مبتلا توقف مدار صورت نمیگیرد.	۴	شدت هیجانهای زیاد
۵۳	افراد مبتلا به اختلال به دلیل عدم تمرکز و تعمق خوب، باورهای بسیار سطحی و بی اساس دارند. به این دلیل هم هدف بازاریابها قرار میگیرند و دسته ای از تبلیغات از این ساده اندیشی این افراد سوء استفاده می کنند.	۴	باورها و عقاید سطحی
۵۴	چون وضعیت افراد مبتلا پایدار نیست و زمینه های هدف گزینی ندارند، مرتب از این شاخه به آن شاخه می پرند.	۳	فقدان هدف گذاری
۵۵	افراد مبتلا به دلیل تصمیم گیری های آبی و لحظه ای خودگویی کمی دارند.	۳	خودگویی ضعیف
۵۶	افراد مبتلا به دلیل داشتن تجارب ناخوشایند مملو از سرزنش و توبیخ معمولاً خودگویی منفی بیشتری دارند.	۳	خود گویی منفی
۵۷	افراد مبتلا به جای اینکه رفتار صحیح در پیش بگیرند، دست به مکانیزم واکنش سازی می زنند و کار خود را توجیه می کنند.	۳	واکنش سازی
۵۸	اول اختلال دوقطبی و دوم اضطراب	۲	اختلالات همبندی
۵۹	اول آموزش های شناختی و دوم تنظیم هیجان	۳	درمان مناسب
۶۰	درمانهای تحلیلی و طرحواره درمانی	۲	درمان نامناسب

در جدول ۴ قید شده است.

باتوجه به جدول ۳، کدهای انتخابی از نظر متخصصین صاحب نظر جهت شناسایی مشکلات بزرگسال مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی

**جدول ۴. کدهای محوری و انتخابی شناسایی مشکلات فرد مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی از نظر متخصصین**

شماره ردیف	کد انتخابی	کد محوری
۱.	مشکلات شناختی	مشکل در تمرکز، تکانشگری، مشکل توجه و جابه‌جایی روی تکالیف، مشکلات حافظه، حواس‌پرتی، عدم وجود ارزیابی مجدد، مشکل در رمزگردانی، پرسش افکار و کلام، باورهای سطحی، خودگویی ضعیف یا منفی
۲.	مشکلات هیجانی	کنترل ناکافی بر هیجان‌ها، مشکلات خلقی، عدم تنظیم هیجان، مدیریت هیجانی بسیار ضعیف، شدت هیجان‌های زیاد
۳.	مشکل در فرایندهای شناختی پیچیده (رده بالاتر)	مشکل در تصمیم‌گیری، مشکلات کارکرد اجرایی، مشکل خودکنترلی، رفتار غیرقابل پیش‌بینی، مشکل در حل مساله، مشکل در استدلال، بازداری رفتاری ضعیف، انعطاف‌پذیری شناختی ضعیف، نقص کنش‌وری اجرایی، مدیریت زمان ضعیف، رفتار تکانه‌ای، واکنش‌سازی
۴.	مشکلات انگیزشی	انگیزش ناکافی، عدم خودآغازگری، فقدان هدف گذاری نداشته شدن هدف
۵.	اختلالات همایند	اضطراب، افسردگی، دو قطبی، وسواس، اعتیاد به الکل/مواد
۶.	مشکلات در روابط اجتماعی	کنجکاوی زیاد در زندگی دیگران، مشکل در تعهد زناشویی، مشکلات با همسر، نزاع با دیگران، بازیگوشی روانی در درس‌ساز
۷.	مشکلات شغلی	مشکلات شغل

همان‌گونه که از جدول ۴ مشخص است، تعداد ۸ مقوله انتخابی از نظر متخصصین در مورد مشکلات فرد مبتلا به اختلال شناسایی گردید. کدهای

باز بررسی منابع و متون علمی مرتبط با موضوع پژوهش در جدول ۵ ذکر شده است.

**جدول ۵. کدهای باز مطالعه منابع و متون علمی درباره اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی بزرگسالان**

ردیف	کدهای باز	مؤلفان و سال انتشار تحقیق	نوع منبع
۱.	مشکلات خواب	Aizenstros و همکاران (۲۰۱۹)؛ Weiss و همکاران (۲۰۱۹)؛ Wiggs و همکاران (۲۰۱۹)؛ Becker و همکاران (۲۰۱۹)؛ Chen و همکاران (۲۰۱۹)؛ Tim و همکاران (۲۰۱۹)؛ یانگ و همکاران (۲۰۰۶)؛	کتاب
۲.	مشکلات در کارکردهای اجرایی	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛ هنری (۱۳۹۶)؛ تیریزی و همکاران (۱۳۹۹)؛ کانرز و همکاران (۱۳۸۷)؛	کتاب
۳.	مشکلات کنترل تکانه،	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛ وندر (۱۳۹۴)؛ آلبرچت (۱۳۹۱)؛ هنری (۱۳۹۶)؛ رامسی و همکاران (۱۳۹۸)؛ یانگ و همکاران (۲۰۰۶)؛	کتاب
۴.	مشکلات توجه	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛ وندر (۱۳۹۴)؛ آلبرچت (۱۳۹۱)؛ هنری (۱۳۹۶)؛ رامسی و همکاران (۱۳۹۸)؛ گرگ (۱۳۹۵)؛ کانرز و همکاران (۱۳۸۷)؛	کتاب
۵.	مشکلات تحصیلی،	آلبرچت (۱۳۹۱)؛ تیریزی و همکاران (۱۳۹۹)؛ کانرز و همکاران (۱۳۸۷)؛ Sibley و همکاران (۲۰۱۹)؛	کتاب
۶.	اعتماد به نفس پایین	آلبرچت (۱۳۹۱)؛ تیریزی و همکاران (۱۳۹۹)؛	کتاب
۷.	خطر صدمه جسمی	آلبرچت (۱۳۹۱)؛ وندر (۱۳۹۴)؛ رامسی و همکاران (۱۳۹۸)؛ کانرز و همکاران (۱۳۸۷)؛	کتاب
۸.	مصرف سیگار یا مواد	آلبرچت (۱۳۹۱)؛ تیریزی و همکاران (۱۳۹۹)؛ یانگ و همکاران (۲۰۱۶)؛ Pagano و همکاران (۲۰۱۶)؛	کتاب
۹.	تصادف با وسایل نقلیه	آلبرچت (۱۳۹۱)؛ کانرز و همکاران (۱۳۸۷)؛	کتاب
۱۰.	مشکلات شغلی	آلبرچت (۱۳۹۱)؛ سافرن و همکاران (۱۴۰۰)؛	کتاب
۱۱.	مشکلات قانونی	آلبرچت (۱۳۹۱)؛ وندر (۱۳۹۴)؛ Kolla و همکاران (۲۰۱۸)؛	کتاب
۱۲.	مشکلات ارتباطی	آلبرچت (۱۳۹۱)؛ وندر (۱۳۹۴)؛ کانرز و همکاران (۱۳۸۷)؛ سافرن و همکاران (۱۴۰۰)؛ یانگ و همکاران (۲۰۰۶)؛ رسنیک (۱۳۸۷)؛	کتاب
۱۳.	مشکلات در زمینه هماهنگی حرکتی	وندر (۱۳۹۴)؛ رامسی و همکاران (۱۳۹۸)؛	کتاب
۱۴.	بی‌نظمی	وندر (۱۳۹۴)؛ هنری (۱۳۹۶)؛ تیریزی و همکاران (۱۳۹۹)؛ رامسی و همکاران (۱۳۹۸)؛ گرگ (۱۳۹۵)؛ ملکپور و همکاران (۱۳۹۱)؛ رسنیک (۱۳۸۷)؛	کتاب
۱۵.	اختلال خلق و خو	وندر (۱۳۹۴)؛ رامسی و همکاران (۱۳۹۸)؛ یانگ و همکاران (۲۰۰۶)؛	کتاب
۱۶.	آستانه تحمل پایین در برابر فشار روانی	وندر (۱۳۹۴)؛ تیریزی و همکاران (۱۳۹۹)؛	کتاب
۱۷.	اختلالات یادگیری	وندر (۱۳۹۴)؛ سافرن و همکاران (۱۴۰۰)؛ رامسی و همکاران (۱۳۹۸)؛ گرگ (۱۳۹۵)؛	کتاب
۱۸.	مشکلات سلوک	وندر (۱۳۹۴)؛ تیریزی و همکاران (۱۳۹۹)؛ Owens و همکاران (۲۰۱۶)؛	کتاب
۱۹.	زود واکنش نشان دادن	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛	کتاب
۲۰.	حواس‌پرتی	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛ هنری (۱۳۹۶)؛ گرگ (۱۳۹۵)؛ ملکپور و همکاران (۱۳۹۱)؛	کتاب
۲۱.	ذهن تک بعدی	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛	کتاب
۲۲.	مشکل در خودکنترلی	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛ ملکپور و همکاران (۱۳۹۱)؛	کتاب
۲۳.	مشکل در حافظه فعال غیر کلامی	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛	کتاب
۲۴.	مشکل در حافظه فعال کلامی	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛	کتاب
۲۵.	مشکل در خودتنظیمی هیجان	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛ گرگ (۱۳۹۵)؛ ملکپور و همکاران (۱۳۹۱)؛	کتاب
۲۶.	مشکل برنامه ریزی	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛ تیریزی و همکاران (۱۳۹۹)؛ ملکپور و همکاران (۱۳۹۱)؛	کتاب
۲۷.	مشکل در راه حل یابی	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛ تیریزی و همکاران (۱۳۹۹)؛ یانگ و همکاران (۲۰۰۶)؛ ملکپور و همکاران (۱۳۹۱)؛	کتاب
۲۸.	فزون‌کنشی	بارکلی و بنتون (۱۳۹۴)؛ کانرز و همکاران (۱۳۸۷)؛ گرگ (۱۳۹۵)؛ رامسی و همکاران (۱۳۹۸)؛ ملکپور و همکاران (۱۳۹۱)؛	کتاب
۲۹.	بی‌توجهی	یانگ و همکاران (۲۰۰۶)؛ Rietz و همکاران (۲۰۱۹)؛	کتاب
۳۰.	مشکلات حافظه	یانگ و همکاران (۲۰۰۶)؛	کتاب
۳۱.	مشکل مدیریت زمان	یانگ و همکاران (۲۰۰۶)؛	کتاب
۳۲.	اضطراب	یانگ و همکاران (۲۰۰۶)؛	کتاب
۳۳.	ناکامی و خشم زیاد	یانگ و همکاران (۲۰۰۶)؛	کتاب





ردیف	کدهای باز	مولفان و سال انتشار تحقیق	نوع منبع
۶۷	سوء مصرف الکل	Ayoubi و همکاران (۲۰۲۲)؛ Sibley (۲۰۲۰)؛ McDonald؛ همکاران (۲۰۲۱)؛ Bolstad؛ همکاران (۲۰۲۱)؛ Looby؛ همکاران (۲۰۲۱)؛ Oddo و همکاران (۲۰۲۱)؛ Garcia؛ همکاران (۲۰۲۰)؛ van Oortmerssen و همکاران (۲۰۲۰)؛ Canu و همکاران (۲۰۱۵)؛ Antshel و همکاران (۲۰۱۴)؛ Sibley (۲۰۲۰)؛	مقاله پژوهشی
۶۸	بی‌ثباتی مالی	Sibley (۲۰۲۰)؛ Pollak؛ همکاران (۲۰۱۸)؛ Ziegler و همکاران (۲۰۱۶)؛ Antai-Otong و همکاران (۲۰۱۶)؛ Matthies؛ همکاران (۲۰۱۲)؛ Sibley (۲۰۲۰)؛	مقاله پژوهشی
۶۹	تصمیم‌گیری تکانشی	Sibley (۲۰۲۰)؛ Bolstad؛ همکاران (۲۰۲۱)؛ Sibley و همکاران (۲۰۱۹)؛	مقاله پژوهشی
۷۰	مشکل در حفظ انگیزش	Sibley (۲۰۲۰)؛ Gvirts؛ همکاران (۲۰۲۱)؛	مقاله پژوهشی
۷۱	بی‌حوصلگی	Sibley (۲۰۲۰)؛ Martz؛ همکاران (۲۰۲۱)؛ Speerforck؛ همکاران (۲۰۱۹)؛ Canu و همکاران (۲۰۱۵)؛	مقاله پژوهشی
۷۲	بی‌ثباتی شغلی	Sibley (۲۰۲۰)؛ Gvirts؛ همکاران (۲۰۲۱)؛ Hechtman و همکاران (۲۰۱۹)؛	مقاله پژوهشی
۷۳	مشکلات قانونی	Martz و همکاران (۲۰۲۱)؛	مقاله پژوهشی
۷۴	هجوم افکار	Gvirts و همکاران (۲۰۲۱)؛ Lau-Zhu و همکاران (۲۰۱۹)؛ Mikami و همکاران (۲۰۱۹)؛ Martin و همکاران (۲۰۱۷)؛ Honkasilta و همکاران (۲۰۱۶)؛ Rismo و همکاران (۲۰۱۶)؛ Caillies و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۷۵	مشکلات بین فردی	McDonald و همکاران (۲۰۲۱)؛ Wymbs و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۷۶	پریشانی روانشناختی	McDonald و همکاران (۲۰۲۱)؛ Brunault و همکاران (۲۰۲۰)؛ Fatseas و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۷۷	قماربازی	Helfer و همکاران (۲۰۲۱)؛	مقاله پژوهشی
۷۸	بازشناسی هیجانی	Helfer و همکاران (۲۰۲۱)؛ Madiouni و همکاران (۲۰۲۰)؛ Figueiredo و همکاران (۲۰۲۰)؛ Biederman و همکاران (۲۰۱۹)؛ Rismo و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۷۹	سرگردانی ذهنی	Barzykowski و همکاران (۲۰۲۱)؛ Chmielewski و همکاران (۲۰۱۹)؛ Reilly و همکاران (۲۰۱۹)؛ Rismo و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۸۰	کنترل مهاری	Gvirts و همکاران (۲۰۲۱)؛	مقاله پژوهشی
۸۱	حرکت عمومی زیاد مفاسل	Looby و همکاران (۲۰۲۱)؛ Reilly و همکاران (۲۰۱۹)؛	مقاله پژوهشی
۸۲	راهبردهای ناکارآمد رفتاری	Roshani و همکاران (۲۰۲۱)؛ Reilly و همکاران (۲۰۱۹)؛	مقاله پژوهشی
۸۳	عدم انعطاف پذیری شناختی	Hartung و همکاران (۲۰۲۰)؛ Speerforck و همکاران (۲۰۱۹)؛ Cachoeira و همکاران (۲۰۱۷)؛ Thissen و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۸۴	زمان واکنش طولانی	Hartung و همکاران (۲۰۲۰)؛ Akkermans و همکاران (۲۰۱۹)؛ Kohls و همکاران (۲۰۱۴)؛ Hoogman و همکاران (۲۰۱۳)؛	مقاله پژوهشی
۸۵	نقص مدیریت زمان	Madiouni و همکاران (۲۰۲۰)؛ Evren و همکاران (۲۰۱۹)؛ Dan و همکاران (۲۰۱۹)؛ Merikanto و همکاران (۲۰۱۹)؛ Weibel و همکاران (۲۰۱۷)؛ Arns و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۸۶	مهارت مطالعه کم	Lonardo Burr و همکاران (۲۰۲۰)؛ Thoma و همکاران (۲۰۲۰)؛ Cachoeira و همکاران (۲۰۱۷)؛ Rajeh و همکاران (۲۰۱۷)؛ Canu و همکاران (۲۰۱۵)؛ Gomez و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۸۷	مشکل در درک یا پردازش پاداش	Lonardo Burr و همکاران (۲۰۲۰)؛ Thoma و همکاران (۲۰۲۰)؛ Cachoeira و همکاران (۲۰۱۷)؛ Rajeh و همکاران (۲۰۱۷)؛ Canu و همکاران (۲۰۱۵)؛ Gomez و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۸۸	بی‌خوابی	Hayashi و همکاران (۲۰۲۰)؛ Caillies و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۸۹	حل مساله معیوب	Congia و همکاران (۲۰۲۰)؛ Brunault و همکاران (۲۰۲۰)؛ Cheng Huang و همکاران (۲۰۲۰)؛ Rietz و همکاران (۲۰۱۹)؛ Hechtman و همکاران (۲۰۱۹)؛ Pickens و همکاران (۲۰۱۹)؛ Pickens؛ همکاران (۲۰۱۹)؛ Reilly؛ همکاران (۲۰۱۹)؛ Li و همکاران (۲۰۱۹)؛ Barnhart و همکاران (۲۰۱۷)؛ Boot و همکاران (۲۰۱۷)؛ Kuppili؛ همکاران (۲۰۱۷)؛ Haas؛ همکاران (۲۰۱۷)؛ Rajeh و همکاران (۲۰۱۷)؛ Li و همکاران (۲۰۱۶)؛ Miranda و همکاران (۲۰۱۶)؛ Gorlin و همکاران (۲۰۱۶)؛ Asherson و همکاران (۲۰۱۶)؛ Pitts و همکاران (۲۰۱۵)؛ Brook و همکاران (۲۰۱۵)؛ Tomlinson و همکاران (۲۰۱۴)؛ Perroud و همکاران (۲۰۱۴)؛ Newman و همکاران (۲۰۱۴)؛ Soutschek و همکاران (۲۰۱۳)؛	مقاله پژوهشی
۹۰	مهارت‌های محاسباتی ضعیف	Congia و همکاران (۲۰۲۰)؛ van Oortmerssen و همکاران (۲۰۲۰)؛ Cheng Huang و همکاران (۲۰۲۰)؛ Kennedy و همکاران (۲۰۱۹)؛ Schiavone و همکاران (۲۰۱۹)؛ Konstenius و همکاران (۲۰۱۷)؛ Yule و همکاران (۲۰۱۷)؛ Miranda و همکاران (۲۰۱۶)؛ Wunderli و همکاران (۲۰۱۶)؛ Brook و همکاران (۲۰۱۶)؛ Muld و همکاران (۲۰۱۵)؛ Kaye و همکاران (۲۰۱۴)؛ Perroud و همکاران (۲۰۱۴)؛ Roberts و همکاران (۲۰۱۴)؛ Chen و همکاران (۲۰۱۴)؛ Bidwell و همکاران (۲۰۱۴)؛ Nogueira و همکاران (۲۰۱۴)؛ Soutschek و همکاران (۲۰۱۳)؛ Berlin و همکاران (۲۰۱۲)؛	مقاله پژوهشی
۹۱	نقص نظریه ذهن	Sidlauskaitė و همکاران (۲۰۲۰)؛	مقاله پژوهشی
۹۲	تکانشگری	Kliger Amrani و همکاران (۲۰۲۰)؛ Kuppili و همکاران (۲۰۱۷)؛ Arns و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۹۳	سوء مصرف مواد	Knouse و همکاران (۲۰۲۰)؛	مقاله پژوهشی
۹۴	جابه‌جایی تکلیف کند	Masi و همکاران (۲۰۲۰)؛	مقاله پژوهشی
۹۵	نقص چرخه زیستی	Vainieri و همکاران (۲۰۲۰)؛ Van Dijk و همکاران (۲۰۱۷)؛ Wymbs و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۹۶	راهبرد بازیابی اطلاعات ضعیف	Fredrick و همکاران (۲۰۲۰)؛ Mitchell و همکاران (۲۰۲۰)؛ Speerforck و همکاران (۲۰۱۹)؛ Becker و همکاران (۲۰۱۸)؛ Becker و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۹۷	صفات غیرهیجانی نامعطف	Fredrick و همکاران (۲۰۲۰)؛	مقاله پژوهشی
۹۸	نقص شناختی	Björkenstam و همکاران (۲۰۲۰)؛	مقاله پژوهشی
۹۹	کندی‌زمان شناختی	Harrison و همکاران (۲۰۲۰)؛ Hechtman و همکاران (۲۰۱۹)؛ Libutzki و همکاران (۲۰۱۹)؛	مقاله پژوهشی
۱۰۰	افکار نامرتبط با تکلیف	Hagström و همکاران (۲۰۲۰)؛ Speerforck و همکاران (۲۰۱۹)؛ Haas و همکاران (۲۰۱۷)؛	مقاله پژوهشی
۱۰۱	نشخوار فکری	Panagiotidi و همکاران (۲۰۲۰)؛	مقاله پژوهشی
۱۰۲	ویژگی‌های سایکوتیک	Zhou و همکاران (۲۰۲۰)؛ Evren و همکاران (۲۰۱۹)؛ Stavropoulos و همکاران (۲۰۱۹)؛ Evren و همکاران (۲۰۱۸)؛ Li و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۱۰۳	چرخه خواب با تاخیر	Zhou و همکاران (۲۰۲۰)؛ Cachoeira و همکاران (۲۰۱۷)؛ Canu و همکاران (۲۰۱۵)؛	مقاله پژوهشی
۱۰۴	سازماندهی ضعیف	Skott و همکاران (۲۰۲۰)؛	مقاله پژوهشی
۱۰۵	راهبرد تنظیم هیجان ناسازگارانه	Ceceli و همکاران (۲۰۲۰)؛ Speerforck و همکاران (۲۰۱۹)؛ Pickens و همکاران (۲۰۱۹)؛ Silk و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۱۰۶	حساسیت ناقص پردازش اطلاعات حسی	Walsh و همکاران (۲۰۲۰)؛ Pickens و همکاران (۲۰۱۹)؛ Stickley و همکاران (۲۰۱۹)؛ Gordon و همکاران (۲۰۱۶)؛ Garcia و همکاران (۲۰۱۳)؛	مقاله پژوهشی

ردیف	کد های باز	مؤلفان و سال انتشار تحقیق	نوع منبع
۱۱۲	مشکلات هیجانی	Pan و همکاران (۲۰۱۹)؛ Hechtman و همکاران (۲۰۱۹)؛ Dan و همکاران (۲۰۱۹)؛ Yep و همکاران (۲۰۱۸)؛ Beckers و همکاران (۲۰۱۸)؛ Babiniski و همکاران (۲۰۱۷)؛ Schulz و همکاران (۲۰۱۴)؛ Garcia و همکاران (۲۰۱۳)؛	مقاله پژوهشی
۱۱۳	عزت نفس معیوب	Pan و همکاران (۲۰۱۹)؛ Allison He و همکاران (۲۰۱۷)؛	مقاله پژوهشی
۱۱۴	روان‌نچور خوبی	Evren و همکاران (۲۰۱۹)؛ Valero و همکاران (۲۰۱۳)؛	مقاله پژوهشی
۱۱۵	مشکلات تحصیلی	Schiavone و همکاران (۲۰۱۹)؛ Bachmann و همکاران (۲۰۱۸)؛	مقاله پژوهشی
۱۱۶	ادراک بینایی ضعیف	Zamani Sani و همکاران (۲۰۱۹)؛ Fried و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۱۱۷	تخلقات ترافیکی	Zamani Sani و همکاران (۲۰۱۹)؛	مقاله پژوهشی
۱۱۸	مشکلات یادگیری	Merikanto و همکاران (۲۰۱۹)؛ Dudas و همکاران (۲۰۱۹)؛ Tenev و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۱۱۹	درک متن معیوب	Ben-Yehudah و همکاران (۲۰۱۹)؛	مقاله پژوهشی
۱۲۰	خود-نظارتی ضعیف	Ben-Yehudah و همکاران (۲۰۱۹)؛	مقاله پژوهشی
۱۲۱	استفاده افراطی از یورنوگرافی آنلاین	Niazof و همکاران (۲۰۱۹)؛	مقاله پژوهشی
۱۲۲	فزون‌کنشی	Pickens و همکاران (۲۰۱۹)؛ Leffa و همکاران (۲۰۱۹)؛ Boots و همکاران (۲۰۱۷)؛ Stickley و همکاران (۲۰۱۶)؛ Miranda و همکاران (۲۰۱۶)؛ Pitts و همکاران (۲۰۱۵)؛ Michielsen و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۱۲۳	پتانسیل وابسته به پاسخ ضعیف	Kropotov و همکاران (۲۰۱۹)؛	مقاله پژوهشی
۱۲۴	حمایت اجتماعی ضعیف	Houtepen و همکاران (۲۰۱۹)؛ Gomez و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۱۲۵	مشکلات دلبستگی	Houtepen و همکاران (۲۰۱۹)؛ Yahy و همکاران (۲۰۱۳)؛	مقاله پژوهشی
۱۲۶	رفتار برونی شده	Houtepen و همکاران (۲۰۱۹)؛ Stickley و همکاران (۲۰۱۶)؛ Gomez و همکاران (۲۰۱۴)؛ Michielsen و همکاران (۲۰۱۴)؛ Valero و همکاران (۲۰۱۳)؛	مقاله پژوهشی
۱۲۷	کنترل شناختی معیوب	Meyer و همکاران (۲۰۱۹)؛ Wymbs و همکاران (۲۰۱۶)؛ Schulz و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۱۲۸	بی‌نظمی برانگیختگی مغزی	Strauß و همکاران (۲۰۱۸)؛	مقاله پژوهشی
۱۲۹	تجربه مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن در کودکی	Vogel و همکاران (۲۰۱۸)؛	مقاله پژوهشی
۱۳۰	روان‌بیماری والدین	Vogel و همکاران (۲۰۱۸)؛ Secos و همکاران (۲۰۱۵)؛	مقاله پژوهشی
۱۳۱	تصادف با وسیله نقلیه	Aduen و همکاران (۲۰۱۸)؛ Sprich و همکاران (۲۰۱۵)؛	مقاله پژوهشی
۱۳۲	اختلالات خوردن	Ziobrowski و همکاران (۲۰۱۸)؛ Kaisari و همکاران (۲۰۱۷)؛ Nigg و همکاران (۲۰۱۶)؛ Kaisari و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۱۳۳	اعتیاد به گوشی تلفن همراه	Kim و همکاران (۲۰۱۸)؛	مقاله پژوهشی
۱۳۴	نیاز به امنیت اجتماعی	Kim و همکاران (۲۰۱۸)؛	مقاله پژوهشی
۱۳۵	نیاز شدید به برقراری روابط فوری	Kim و همکاران (۲۰۱۸)؛	مقاله پژوهشی
۱۳۶	تنهایی شدید	Kim و همکاران (۲۰۱۸)؛ Li و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۱۳۷	تحمل‌پذیری پایین	Cortese و همکاران (۲۰۱۸)؛	مقاله پژوهشی
۱۳۸	سطح فعالیت حرکتی نامتناسب	Lea و همکاران (۲۰۱۸)؛ Gorlin و همکاران (۲۰۱۶)؛ Asherson و همکاران (۲۰۱۶)؛ Sebastian و همکاران (۲۰۱۲)؛	مقاله پژوهشی
۱۳۹	نگرش قربانی	Meza و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۱۴۰	ترجیح همسان آسیب‌زا	Meza و همکاران (۲۰۱۶)؛ Aronson و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۱۴۱	خودآزایی	Meza و همکاران (۲۰۱۶)؛ Swanson و همکاران (۲۰۱۴)؛ Hinshaw و همکاران (۲۰۱۲)؛	مقاله پژوهشی
۱۴۲	مواجهه با ترما در کودکی	Konstenius و همکاران (۲۰۱۷)؛	مقاله پژوهشی
۱۴۳	سرشت کولینجر	Gomez و همکاران (۲۰۱۷)؛ فراتحلیل ۲۰ مطالعه؛	مقاله پژوهشی
۱۴۴	پرخوابی مغز	Lopez و همکاران (۲۰۱۷)؛	مقاله پژوهشی
۱۴۵	بی‌نظمی شدید	Kuppili و همکاران (۲۰۱۷)؛ Stickley و همکاران (۲۰۱۶)؛ Wang و همکاران (۲۰۱۶)؛ Gordons و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۱۴۶	نقص هسته‌های قاعده‌ای	Guzick و همکاران (۲۰۱۷)؛	مقاله پژوهشی
۱۴۷	دیدگاه‌گیری شناختی ضعیف	Martin و همکاران (۲۰۱۷)؛	مقاله پژوهشی
۱۴۸	مشکلات سلوک	Haas و همکاران (۲۰۱۷)؛ Babiniski و همکاران (۲۰۱۷)؛	مقاله پژوهشی
۱۴۹	متالیزیشن یا عملکرد بازتابی	Perroud و همکاران (۲۰۱۷)؛	مقاله پژوهشی
۱۵۰	محیط شلوغ	Lasky و همکاران (۲۰۱۶)؛ Kofler و همکاران (۲۰۱۶)؛ فراتحلیل؛ Berger و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۱۵۱	جستجوی جدید بودن <sup>۱</sup>	Li و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۱۵۲	ناامیدی	Strohmeier و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۱۵۳	حالت فعالیت حرکتی پایین <sup>۱</sup>	Mohamed و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۱۵۴	انطباق اجتماعی ضعیف	Hartman و همکاران (۲۰۱۶)؛ Gordon و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۱۵۵	خواب آشفته	Lunsford-Avery و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۱۵۶	short intracortical inhibition	Dutra و همکاران (۲۰۱۶)؛ فراتحلیل؛	مقاله پژوهشی
۱۵۷	intrinsic functional brain networks	Wang و همکاران (۲۰۱۶)؛	مقاله پژوهشی
۱۵۸	مسولیت ناپذیری	Honkasilta و همکاران (۲۰۱۶)؛ Pitts و همکاران (۲۰۱۵)؛ Gordons و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی
۱۵۹	آسیب مغزی	Ilie و همکاران (۲۰۱۵)؛	مقاله پژوهشی
۱۶۰	اجتناب شناختی	Knouse و همکاران (۲۰۱۵)؛	مقاله پژوهشی
۱۶۱	غمگینی زیاد	Matthies و همکاران (۲۰۱۴)؛	مقاله پژوهشی

1. Seeking novelty

2. low motor activation state

ردیف	کدهای باز	مؤلفان و سال انتشار تحقیق	نوع منبع
۱۶۲	سرکوب هیجان	Matthies و همکاران (۲۰۱۴) و Gordon و همکاران (۲۰۱۴)	مقاله پژوهشی
۱۶۳	ریسک پذیری	Kaye و همکاران (۲۰۱۴)	مقاله پژوهشی
۱۶۴	امواج مغزی با فرکانس پایین	Cooper و همکاران (۲۰۱۴)؛ Poil و همکاران (۲۰۱۴)؛ Silk و همکاران (۲۰۱۴)؛ Arns و همکاران (۲۰۱۴)	مقاله پژوهشی
۱۶۵	هوش هیجانی	Kristensen و همکاران (۲۰۱۴)	مقاله پژوهشی
۱۶۶	برانگیختگی زیاد در حین تکلیف	Fried و همکاران (۲۰۱۴)	مقاله پژوهشی
۱۶۷	شناخت اجتماعی ضعیف	Gonzalez-Gadea و همکاران (۲۰۱۳)	مقاله پژوهشی
۱۶۸	مصرف مواد توسط والدین	Crunelle و همکاران (۲۰۱۳)	مقاله پژوهشی
۱۶۹	خلق و خوی وابسته به چرخه زیستی	Landaas و همکاران (۲۰۱۲)	مقاله پژوهشی
۱۷۰	والدگری معیوب	Johnston و همکاران (۲۰۱۲)	مقاله پژوهشی
۱۷۱	خودآگاهی کم	Manor و همکاران (۲۰۱۲)	مقاله پژوهشی

با دقت نظر در کدهای مستخرج از مطالعه متون و منابع علمی، و مقوله‌بندی آن‌ها تعداد ۷۰ کدمحوری در سطح دوم حاصل شد و مجدداً با ادغام آن‌ها و انتخاب یک مقوله سطح بالاتر، در نهایت کدهای انتخابی استخراج شد که در جدول ۶ آورده شده است.

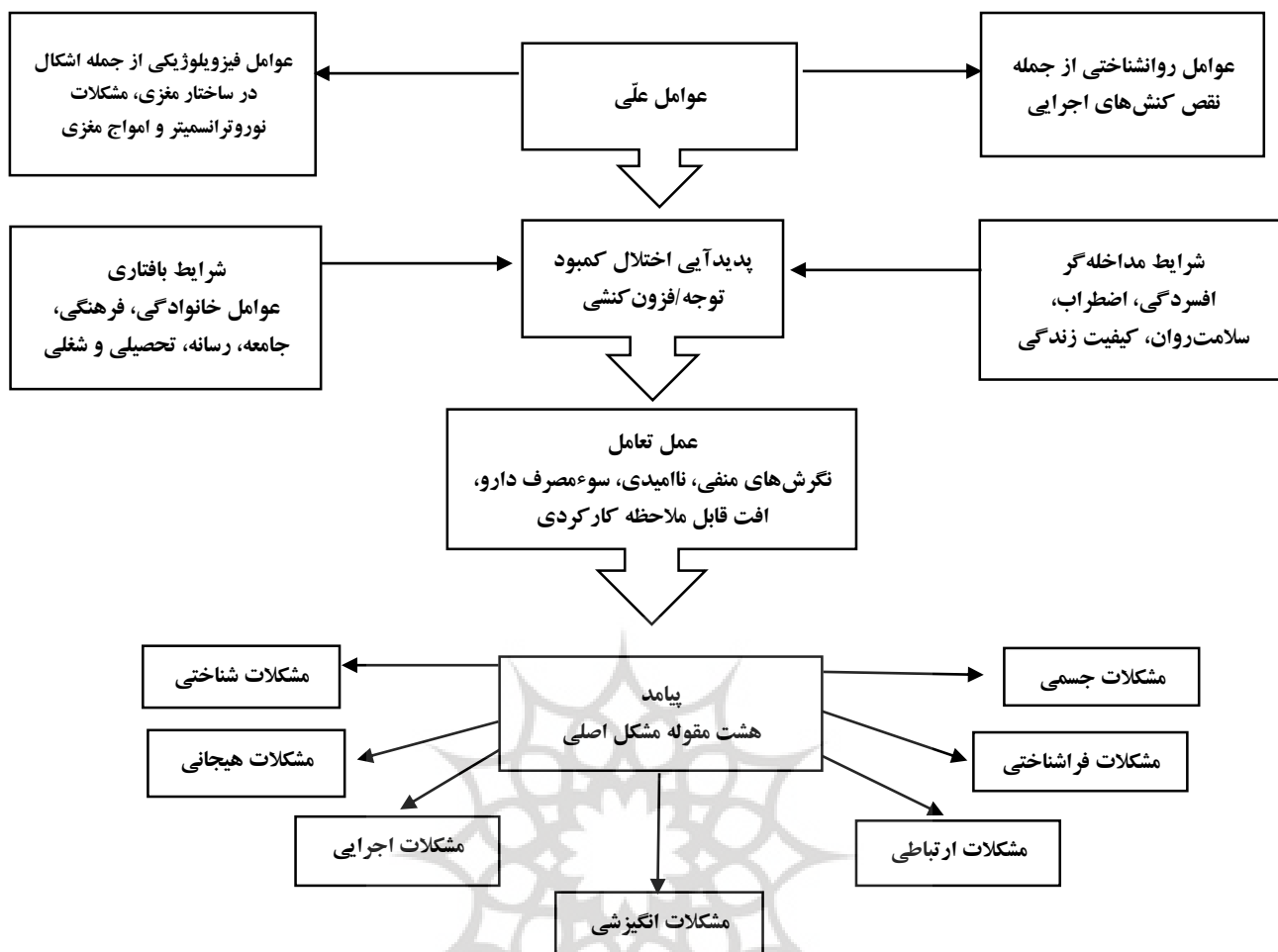
### جدول ۶. کدهای محوری و انتخابی مستخرج از مطالعه منابع و متون از سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۲ درباره شناسایی مشکلات فرد مبتلا به اختلال

شماره ردیف	کد انتخابی	کد محوری
۱	اشکال در خواب	مشکلات خواب
۲	اجرائیات ضعیف	مشکلات کارکردهای اجرایی، مشکل کنترل تکانه، حوادث رانندگی، زمان واکنش طولانی، جابه‌جایی تکلیف کند، مشکل در زمانبندی، اهمال کاری، ریسک پذیری، مسولیت ناپذیری
۳	مشکلات شناختی	مشکل توجه‌متناوب، مشکلات تحصیلی و یادگیری، ذهن تک بعدی، مشکلات حافظه، سرگردانی ذهن، مشکل در ادراک پاداش، باورهای غلط، عدم ذهن آگاهی، مشکل در دریافت یا ادراک حواس، هجوم افکار، عدم انعطاف پذیری شناختی، مهارت مطالعه کم، مهارت‌های محاسباتی ضعیف، نقص نظریه ذهن، نقص شناختی، کندی‌زمان‌شناختی، متالیزیشن با عملکرد بازتابی، خودآگاهی کم
۴	مشکلات هیجانی	اعتماد به نفس پایین، مشکلات خلق و خو، مشکل تنظیم هیجان، بی‌حوصله‌گی، بازشناسی هیجانی معیوب، عزت نفس معیوب، روان‌رنجور خوبی، برانگیختگی زیاد در حین تکلیف
۵	مشکلات جسمی	صدمه جسمی، نقص ساختار مغزی، نقص ویتامین‌ها و مواد مغذی مشکلات بیش‌تر حرکتی/کم‌تر حرکتی
۶	وابستگی‌ها	مصرف مواد، مشکلات خوردن، سوءمصرف الکل، قماربازی، اعتیاد به اینترنت، اعتیاد به گوشی تلفن همراه
۷	روابط اجتماعی مساله‌دار	مشکلات ارتباط اجتماعی نیاز مفرط به امنیت اجتماعی، روابط اجتماعی نامناسب با والدین، بی‌نظمی زیاد، چرخه زیستی معیوب و نامنظم
۸	مشکل در نظم	کیفیت زندگی پایین، بی‌ثباتی مالی، مشکلات شغلی، مشکلات قانونی، استفاده افراطی از پورتوگرافی آن‌لاین، مشکلات محیطی
۹	کیفیت زندگی پایین	مشکل انگیزه
۱۰	اشکال در انگیزه	مشکل انگیزه
۱۱	اختلالات همراه	خودآزاری، افسردگی، اضطراب، رفتارهای پرخطر، خودکشی، تروما کودکی، مشکلات رفتاری و سلوک

دارو) مشکلاتی که در هشت مقوله خلاصه می‌شود به نمایش گذاشته که با عنوان پیامد در الگو مشخص است. براساس مقوله‌های مستخرج به‌عنوان کدهای نهایی، الگوی مداخله‌ای که بر اساس مطالعه پیشینه می‌تواند مفید واقع شود، در جدول ۷ آورده شده است. لازم به ذکر است که اعتبار الگوی مداخله‌ای ظهور یافته از مطالعه داده‌بنیاد به کمک ضریب توافق ارزیابان مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور هر متخصص (به غیر از متخصصینی که در مرحله شناسایی مشکلات، مورد مصاحبه واقع شده بودند) در مورد هر یک از راهبردهای موجود در بسته تدوین شده، اظهار نظر نموده که براساس نظر ایشان، بسته تدوین شده اعتبار لازم جهت اجرای مداخله را دارا بود.

باتوجه به نتایج جدول‌های ۲، ۴، و ۶ و تلفیق و مقایسه ثابت کدهای به دست آمده از سه بعد (بیماران، متخصصین و منابع علمی) مشکلات فرد مبتلا بدین شکل می‌تواند خلاصه شود: (۱) مشکلات شناختی، (۲) مشکلات هیجانی، (۳) مشکلات کنش‌وری اجرایی، (۴) مشکلات انگیزشی، (۵) مشکلات ارتباطات اجتماعی، (۶) مشکلات فراشناختی، و (۷) مشکلات خواب و فعالیت. الگوی پارادایمی در این مطالعه در شکل ۱ ارائه شده است. همانطور که در شکل ۱ نمایان است، عوامل علی به دو شاخه تقسیم شده، و همراه با عوامل مداخله‌گر (از جمله اختلالات همایند) و عوامل بافتاری منجر به پدیدآیی اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی شده است. فرد مبتلا با به کار گرفتن راهبردهای ناسازگارانه (عمل تعامل مانند مصرف خودسرانه





شکل ۱. الگوی پارادایمی شناسایی مشکلات دانشجوی مبتلا به اختلال کمبود توجه/افزون‌کنشی

جدول ۲. الگوی مداخله‌ای جهت بهبود مشکلات شناسایی شده در فرد مبتلا به اختلال کمبود توجه/افزون‌کنشی

ردیف	عنوان راهبرد	شرح راهبرد	مدت زمان مورد نیاز
۱	بازتوانی شناختی	شامل بهبود دامنه توجه، توجه انتخابی، توجه متناوب، توجه مستقیم، حافظه کوتاه مدت، حافظه کاری، حافظه هیجانی، حل مساله، سرعت پردازش اطلاعات، تصمیم‌گیری، انعطاف‌پذیری شناختی.	حداقل ۷ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای
۲	آموزش تنظیم هیجان	شامل آموزش انواع هیجان ساده و سطح بالاتر، بازشناسی هیجان در چهره خود و دیگری، علائم فیزیولوژیکی هیجان در جسم، درک و فهمیدن علت بروز هیجان، پذیرش هیجان، خود-دلسوزی و دوری از قضاوت خود، کنترل و تعدیل هیجان	حداقل ۳ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای
۳	آموزش فراشناخت	شامل سازماندهی، برنامه‌ریزی، مدیریت هدفمند زمان، بازبینی و ارزیابی مجدد، شناسایی موانع و مشکلات، بارش فکری راه حل و تصمیم‌گیری	حداقل ۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای
۴	مصاحبه انگیزشی	شامل فراخوانی مسیر زندگی فرد، مشخص کردن شکاف و ایجاد تعهد و نقشه راه برای پر کردن شکاف	حداقل ۱ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای
۵	آموزش ارتباط اجتماعی صحیح	شامل آموزش انواع ابعاد ارتباط، ابزار مفید برای برقراری ارتباط، ارتباط فردی/گروهی، تفاوت جنسیت در ارتباط، دیدگاه‌گیری در ارتباط اجتماعی، مشخص کردن هدف در ارتباط، شناسایی اهداف دیگران از ایجاد ارتباط، شناسایی موانع ایجاد ارتباط، شناسایی معضلات ارتباط ناسالم	حداقل ۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای
۶	تنظیم چرخه خواب/بیداری	شامل استفاده از اپلیکیشن‌های تنظیم چرخه خواب/بیداری	مدت زمان حداقل ۳ ماه
۷	تنظیم فعالیت فیزیکی	شامل استفاده از اپلیکیشن‌های تنظیم فعالیت فیزیکی و ریتم قلبی و تنفس	مدت زمان حداقل ۳ ماه
۸	کوچینگ	شامل روش‌ها و راهبردهای مربیگری راهنما بر اساس شیوه کوچینگ	مدت زمان حداقل ۳ ماه

به اختلال کمبود توجه/افزون‌کنشی، دقیقاً چیست؟ و دوماً چه راهبردی برای رفع این مشکلات می‌توان استفاده کرد؟ در این مطالعه روش کیفی داده‌بنیاد در پیش گرفته شد و از سه بعد متفاوت (نظر شخص بیمار، نظر متخصص، و منابع و مطالعات مرتبط انجام شده) مشکلات فرد مبتلا به

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، دستیابی به الگوی مداخله‌ای برای رفع مشکلات فرد بزرگسال مبتلا به اختلال کمبود توجه/افزون‌کنشی بود. به منظور رسیدن به این هدف، ۲ سؤال مطرح می‌شود اینکه اولاً مشکلات فرد بزرگسال مبتلا

اختلال مدنظر قرار داده شد. نتایج حاصل شده در سه سطح باز، محوری و انتخابی مقوله‌بندی شدند. سپس با ادغام کدهای نهایی هر یک از سه بعد، ۷ بعد مشکلات اساسی، در فرد بزرگسال مبتلا به اختلال ظاهر شد که شامل: (۱) مشکلات شناختی، (۲) مشکلات هیجانی، (۳) مشکلات کنش‌وری اجرایی، (۴) مشکلات انگیزشی، (۵) مشکلات ارتباطات اجتماعی، (۶) مشکلات فراشناختی، و (۷) مشکلات خواب و فعالیتی بود. به عبارت دیگر سؤال اول این مطالعه با ظهور این ۷ مقوله به پاسخ نایل شد. برای پاسخ سؤال دوم، با مراجعه به مطالعات درمانی و اثربخشی پیشین در زمینه مشکلات مشابه، راهبردهای مورد استفاده، گردآوری شد. برای مثال توانبخشی شناختی با برنامه‌های رایانه محور در مطالعه گوئی‌مارانس و همکاران (۲۰۲۲)، استیونسون و همکاران (۲۰۰۲) و نظری و همکاران (۱۴۰۰) مورد تأیید واقع شده است. در زمینه آموزش تنظیم هیجان مطالعات بهشتی و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از اثربخشی و بهبود در بیماران مبتلا به اختلال بود. ارتقای توانمندی‌های فراشناختی در مطالعه اقبالی و همکاران (۱۴۰۰) در دانشجویان مبتلا به اختلال منجر به بهبود کنش‌های اجرایی و افسردگی بود اما بر اضطراب تأثیری نداشت. مطالعات لاکونت و هارتانگ (۲۰۱۸) نیز حاکی از اثربخشی فعالیت‌های ورزشی بر بهبود قسمتی از نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی بود. پژوهش‌های پریوات و لورینی (۲۰۱۵) نیز در زمینه لزوم وجود درمان کوچینگ برای افراد مبتلا به اختلال بعد از ۱۸ سالگی استدلال قوی ارائه می‌نماید.

یکی از ابعاد مشکلات فرد مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی مشکلات شناختی است. در واقع مشکلات شناختی در افراد مبتلا به اختلال، به دلیل کژکاری قشر پیشانی یک وجه غیرقابل انکار است و پیش از آن نیز، در ادبیات نظری مرتبط با اختلال، حیطه شناخت به عنوان یکی از ابعاد وسیع اختلال معرفی شده بود (راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، ۲۰۲۲). اما با مطالعه دقیق‌تر کدهای حاصل شده و تعمق، مشکلات شناختی را می‌توان شامل: مشکل در توجه متناوب، مشکل در سرعت پردازش، مشکل در ادراک معطوف به هدف، ایراد در حافظه (اخباری، بینایی، شنوایی، و کاری) دانست. با مراجعه به مطالعات اثربخشی که در این راستا انجام شده، بازتوانی شناختی با برنامه‌های درجه‌بندی شده، که بتواند تمام این ابعاد را تحت پوشش قرار دهد عبارت است از برنامه رایانه‌محور پرورش شناختی (گوئی‌مارانس و همکاران، ۲۰۲۲). نرم‌افزار کاپیتان لاگ

با بیش از ۲۰۰۰ برنامه متنوع و قابل تنظیم برای رده سنی از ۱۲ سال به بالا با درجه‌بندی از سطح ساده به دشوار می‌باشد که می‌توان در مراحل آغازین درمان، از سطوح ساده شروع کرد و به تدریج سختی برنامه را ارتقاء داد. استفاده از برنامه رایانه‌محور، این مزیت را دارد که به سرعت به فرد بازخورد بدون سوگیری و دقیق می‌دهد، سابقه فعالیت فرد ثبت می‌گردد. بنابراین قابل تحلیل است و محرک‌های متنوع، بدون اتلاف وقت ارائه می‌گردد که به جذابیت‌های این برنامه می‌افزاید. همچنین برخی از موارد و مشکلات شناختی سطح بالاتر، از جمله کنترل تکانه، تصمیم‌گیری در مورد انتخاب صحیح، قدرت استدلال، حل مسائل ساده و هماهنگی‌های چشم و دست نیز به کمک این برنامه قابل بازتوانی است.

مشکلات شناختی رده بالاتر که ذکر شد، در حیطه مشکلات نارسایی کنش‌وری اجرایی فرد مبتلا نیز به شمار می‌رود. البته کنش‌وری اجرایی ابعاد دیگری را هم، دربر می‌گیرد که همه آن‌ها قابل بازتوانی با برنامه کاپیتان لاگ نمی‌باشد. از جمله مشکلات در حیطه خودنظم‌جویی و خودکنترلی، حل مسأله‌های پیچیده، خودآغازگری، سازماندهی، نظم و مدیریت زمان جزو آن است. برای رفع نارسایی در این زمینه می‌بایست از چند سو، به مشکلات نگریست. یکی اینکه ماهیت مشکلات دقیقاً چیست و چرا چنین مشکلاتی در زمینه اجرائیات ایجاد می‌شود؟ در پاسخ به این سؤال با توجه به مطالعات انجام گرفته پیشین، باید به خودتنظیمی هیجان و خودانگیزشی به عنوان فرآیندهای پایه اشاره کرد. یعنی برای ایجاد خودکنترلی، نظم‌جویی و بازداری رفتاری در بزرگسال مبتلا به اختلال، ابتدا لازم است چنین قابلیت‌هایی (تنظیم هیجان و خودانگیزشی) ایجاد شود (بارکلی، ۲۰۲۱). در بهبود سطح انگیزشی فرد، یکی از روش‌های مناسب، مصاحبه انگیزشی (مورسنیک و همکاران، ۲۰۲۲) است. در مصاحبه انگیزشی با فراخوانی داستان زندگی فرد و یادآوری شکاف ایجاد شده در زندگی وی (شکاف بین نقطه ایده‌آل و جایگاه فعلی)، مفهوم‌سازی شرایط فرد مبتلا به صورت یک مسأله قابل حل با دید بالینی (نه به عنوان یک معضل تمام‌شدنی)، بررسی موانع و شناسایی راهکار روبه‌رو شدن با موانع، ترسیم نقشه راه و فراخوانی تعهد اجرا، بیمار انگیزش مناسب برای گام‌نهادن در مسیر بهبودی را، به دست می‌آورد.

از طرفی یکی دیگر از پایه‌های اساسی ایجادکننده مشکلات، بعد هیجانی است که البته در کدهای شناسایی شده نیز معضل هیجان نیز ظهور یافت.

در تبیین اینکه چرا فرد مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی از فقدان تنظیم هیجان رنج می‌برد، به چند مورد می‌بایست اشاره کرد. یکی اینکه فرد مبتلا احتمالاً در دوران تحول خود، به دلیل نارسایی‌ها و نواقص در حیطه توجه و حافظه، نتوانسته است موقعیت‌های هیجانی مشابه را به صورت مناسب تجربه کند و در ذهن ذخیره رفتاری کافی ایجاد نماید. یکی دیگر اینکه، فرد مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی در زندگی خود بیشتر تجارب ناکام‌کننده همراه با هیجان منفی تجربه نموده و به واسطه رنج بردن از علائم اختلال، کمتر هیجان مثبت و یا حتی خنثی با شدت متوسط را تجربه کرده است. تکرار حوادث منفی با شدت بالا، خود جزو ملاک‌های ایجاد آسیب‌های روانی به‌شمار می‌رود. بنابراین یکی از آموزش‌های ضروری که می‌بایست در همان وهله‌های اول درمان مدنظر قرار گیرد، آموزش تنظیم هیجان است؛ چراکه وجود مشکل در تنظیم هیجان، بقیه ابعاد راهبردی را می‌تواند مختل کند. در آموزش تنظیم هیجان، درنظر داشتن این نکته حائز اهمیت است که چون افراد مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی مشکلات حیطه شناختی نیز دارند، بنابراین آموزش این بعد باید از مکانیزم‌های زیربنایی و ابتدایی هیجان شروع شود. به عبارت دیگر برای آموزش صحیح تنظیم هیجان، صرفاً آگاه نمودن فرد به هیجانات و دادن اطلاعات هیجانی کافی نیست و می‌بایست آموزش‌ها حتی از مرحله توجه دقیق به هیجان، بازشناسی هیجانی، نام‌گذاری برای آن و تشخیص صحیح آغاز شود و سپس مراحل فهم و درک انواع هیجان، شناسایی حالت‌های فیزیولوژیکی (چه در چهره و چه در اندام داخلی) مربوط به هر هیجان، دانستن علت بروز هر هیجان، توانایی تغییر شرایط و پذیرش هیجان ناشی از آن، ایجاد جو حمایت از خود و فراهم نمودن موقعیتی که تعدیل و کنترل هیجان قابل تنظیم باشد، ادامه یابد. مطالعات در حیطه اثربخشی تنظیم هیجان حاکی از اطلاعات مفیدی در این‌راستا بوده‌اند. از جمله اینکه بسیاری از اختلالات همانند با آموزش تنظیم هیجان در فرد مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، بهبود یافته‌اند (بهشتی و همکاران، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر، مشکلات ناشی از عدم سازماندهی، نظم و مدیریت زمان در فرد مبتلا به اختلال، نیز یکی دیگر از جنبه‌های دردسرس‌آفرین به‌شمار می‌رود. این مسائل احتمالاً به این دلیل ایجاد شده‌اند که فرد مبتلا عموماً در ذهن خود نیز به دلیل فقدان رمزگذاری و کدگذاری‌های مناسب، نظم شناختی کارآمدی نیز ندارد. به عبارت دیگر، چارچوب شناختی بزرگسال

مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی دچار درهم‌ریختگی و فقدان نظم است؛ که در چنین حالتی نمی‌توان انتظار داشت شرایط موقعیتی را فرد بتواند به‌طرز ایده‌آلی سازماندهی کند. علاوه‌براین افراد مبتلا به اختلال درگیر نوعی سیستم زمان‌بندی ناقص هستند. به گونه‌ای که حالتی از نزدیک‌بینی زمانی یا برآورد و تخمین زمان اشتباه را با خود دارند که این مسأله منجر به سوء مدیریت در تکالیف زمان‌مند می‌شود (علیزاده، ۱۳۸۴). به‌رحال این دسته از مشکلات که به وسعت زندگی فرد بزرگسال مبتلا را دچار نقص می‌نماید، با راهبرد آموزش فراشناختی، قابل مرتفع شدن است. با توجه به مطالعات انجام گرفته (باتزیچ و همکاران، ۲۰۲۱) از یک‌سو و همچنین کدهای به دست آمده از مطالعه حاضر، آموزش فراشناختی یکی از ابعاد مفید و مؤثر می‌تواند باشد. در آموزش فراشناختی آگاهی از زمان، داشتن فلوجارت اهداف و اولویت‌بندی کردن اهداف در گام‌های قابل اجرا با برنامه زمانی مشخص، برنامه‌ریزی روزانه و هفتگی، سیستم خودپاداش دهی برای نیل به اهداف، تجسم و تصویرپردازی آینده و بازبینی فلوجارت و تغییر و تحول متناسب در طول اجرای فلوجارت برنامه‌ریزی همگی جزو راهبردهای فراشناختی می‌باشد.

یکی دیگر از مقوله‌های ظاهرشده در میان مشکلات بزرگسال مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی، ارتباط اجتماعی ضعیف بوده است که احتمالاً این مشکل به عنوان یک مشکل جانبی در طول دوران تحول، کم‌کم رشد یافته، تاجایی که در بزرگسالی، به‌عنوان یک معضل جدی خود را نشان داده است. افراد مبتلا به اختلال به دلیل نارسایی‌ها و نواقص ناشی از نشانه‌های اختلال احتمال به اندازه هم‌تایان عادی خود قادر به برقراری رابطه اجتماعی با رضایتمندی و کفایت خوب نیستند. حتی ممکن است فرد مبتلا به اختلال برای رفع مشکل در حیطه ارتباط اجتماعی به متخصص مراجعه نماید ولی به دلیل تشخیص سطحی و درنظر نگرفتن سایر ابعاد اختلال، راهبردهای درمانی به کار گرفته شده نتیجه‌بخش نباشد. بنابراین لازم است این بعد از مشکل بزرگسال مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی نیز در کنار سایر ابعاد دیگر مورد بررسی دقیق و آموزش قرار گیرد. برای آموزش ارتباط اجتماعی که احتمالاً باید در آخرین مراحل مداخله در نظر گرفته شود، آموزش ارتباطات انسانی (فرهنگی، ۱۳۹۵) و کلید اصلی ارتباطات (کول، ۱۳۷۶) می‌تواند مفید باشد. در این‌گونه آموزش‌ها، ابعاد ارتباط، وسیله برقراری ارتباط، تأثیر نگرش‌ها و پیش‌داوری‌ها در

ارتباط، آسیب‌های هریک از وجوه ارتباط (اعم از فرستنده پیام، گیرنده، خود پیام، راه انتقال پیام و...) و مهارت‌های لازم برای ارتباط مناسب شامل آغاز گفتگو، ادامه آن، گوش دادن، درخواست دادن، شفاف‌سازی ارتباط، ارتباط در گروه و در نظر گرفتن نقطه نظرات مختلف جهت ارتباط بهتر، می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

مشکلات در زمینه عدم سازگاری در چرخه خواب/بیداری و میزان فعالیت نامتناسب (که معمولاً به صورت کم‌فعالیتی در ساعاتی که برای دیگران پربازده محسوب می‌شود و پرفعالیتی در ساعات نامتعارف است) با جامعه، یکی دیگر از مشکلات بزرگسال مبتلا به اختلال است که معمولاً بیشترین آسیب را از نظر کارکردی به فرد وارد می‌کند. به‌عنوان مثال دانشجوی مبتلا به اختلال به دلیل مشکل مذکور، قادر به شرکت کردن در کلاس، در ساعت مناسب نیست. به‌هم‌ریختگی چرخه خواب/بیداری و سطح فعالیت در افراد مبتلا به اختلال جزو مشکلات رایج از زمان کودکی به‌شمار می‌رود که به فرضیه‌های کژکاری دوپامین و سطح غیرعادی امواج مغزی تا در ساعات نامتعارف مرتبط شده است (وایتهد و همکاران، ۲۰۲۲). به‌منظور ایجاد نظم در چرخه خواب/بیداری و میزان فعالیت متناسب برنامه‌های ورزشی قویاً توصیه می‌گردد. مطالعاتی در این راستا نیز انجام شده و همه آن‌ها درباره اثربخشی برنامه ورزشی، در تنظیم شدن فعالیت فیزیکی روزانه افراد بزرگسال مبتلا به اختلال، استدلال نموده‌اند (لاکونت و هارتانگ، ۲۰۱۸). حتی در کودکان نیز آموزش فعالیت‌های فیزیکی و حرکتی با بهبود علائم اختلال همراه بوده است (هاشمی‌ملکشاه و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین در کنار آموزش چرخه خواب/بیداری مناسب و کافی برای یک فرد بالغ می‌توان از ساعت‌های هوشمند برای کنترل ساعت خواب و بیداری به موقع بهره گرفت.

از آنجایی که بزرگسالان مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی با مشکل از دست دادن سریع انگیزش (به دلیل داشتن تجارب ناکام‌کننده زیاد) و درگیر شدن در فعالیت‌های بی‌هدف، مشکلات شناختی که ممکن است آموزش‌ها را با تداخل همراه کند، برخورداری از مهارت ناکافی در عرصه‌های مختلف (مثلاً هیجانی) که به نوعی ناشی از دوران تحولی همراه با اختلال بوده است، احتمال رعایت نکردن دستورالعمل‌ها به دلیل مشکلات شناختی و فراشناختی مواجهه هستند، بنابراین برنامه تکمیل‌کننده و مداخله‌ای کوچینگ یا مربیگری راهنما در کنار تمام راهبردها می‌تواند

بسیار مفید واقع گردد (پریوات و لورینی، ۲۰۱۵). در برنامه کوچینگ بیمار باید دقت داشته باشد که کوچر (مربی راهنما)، والد یا معلم یا دوست او نیست. در مراحل مختلف درمانی کوچر ممکن است پیشنهادهای ارائه‌نماید، این بیمار است که باید پیشنهاد را بررسی کند و در پذیرش یا رد آن آزادی عمل خواهد داشت. علاوه‌براین، فاصله‌های بین جلسات اصلی با ارتباط‌های پیامکی یا تلفنی پوشش داده می‌شود که این ویژگی به حفظ انگیزه و پیش‌بردن اهداف کمک می‌کند. کوچر می‌تواند در تمام مدت مداخله با برنامه ارتباطی از قبل مشخص، با بیمار در ارتباط بماند و هرجایی که بیمار نیاز به مشورت و راهنمایی داشت، از اطلاعات کوچر استفاده کند.

بنابراین در مجموع می‌توان گفت الگوی راهبردی برای رفع مشکلات شناسایی شده، حاصل از سه‌سویه‌سازی به شیوه داده‌بنیاد، عبارت خواهد بود از: (۱) مصاحبه انگیزشی، (۲) آموزش تنظیم‌هیجان، (۳) آموزش ارتباط اجتماعی مناسب، (۴) آموزش فراشناخت، (۵) توانبخشی شناختی، (۶) برنامه کوچینگ و (۷) کنترل چرخه خواب/بیداری و میزان فعالیت روزانه مناسب. بنابراین سؤال دوم این مطالعه مبنی بر الگوی راهبردی مناسب برای رفع مشکلات بزرگسال مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی چیست، با این ۷ بعد راه‌حل به پاسخ می‌رسد. درمقایسه الگوی راهبردی به‌دست آمده از این مطالعه و درمان شناختی رفتاری به عنوان شیوه استاندارد مداخله‌ای رایج می‌توان به مزیت‌های این الگو و نقاط ضعف در درمان رایج اشاره کرد. به‌عنوان مثال توجه به فرایندهای انگیزشی و هیجانی همراه با برنامه کوچینگ که می‌تواند در مرحله درمان بسیار مؤثر واقع شود، در درمان استاندارد رایج وجود ندارد. به‌عبارت دیگر، در درمان شناختی رفتاری، بیمار صرفاً با آگاهی از خطاهای فکری و تحریف‌های شناختی و تمرین‌های رفتاری می‌بایست به تمام مشکلات شناسایی شده غلبه نماید که همین مسأله می‌تواند یکی از دلایل عدم شرکت در جلسات درمانی یا رها نمودن و در نتیجه بی‌اثر شدن درمان به‌شمار رود. درحالی‌که وقتی ابعاد اساسی مشکلات بزرگسال مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی شناسایی و برای رفع آن راهبردی ارائه شود، به مراتب مشارکت بیمار را ارتقا خواهد داد. ازطرفی، وجود برنامه کوچینگ و هدایت و راهنمایی گرفتن از کوچر در فاصله‌های بین جلسات اصلی، یکی دیگر از نقاط قوت این الگو است. چراکه فرد بیمار مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی به دلیل داشتن تجارب ناامیدکننده و منفی زیاد در دوران تحول، احتمالاً با

مشکلات ریز و درشت زیادی در زندگی روزمره برخورد خواهد کرد که الزاماً نمی‌تواند همه آن‌ها را در چارچوب خطای فکری و تحریف شناختی قالب‌بندی کند. در مجموع یافته‌ها به شیوه داده‌بنیاد ۷ بعد از مشکلات فرد بزرگسال مبتلا به اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی را ظاهر ساخت که عبارتند از: (۱) مشکلات شناختی، (۲) مشکلات هیجانی، (۳) مشکلات کنش‌وری اجرایی، (۴) مشکلات انگیزشی، (۵) مشکلات ارتباطات اجتماعی، (۶) مشکلات فراشناختی و (۷) مشکلات خواب و فعالیتی. با مراجعه به مطالعات مداخله‌ای پیشین الگوی راهبردی مداخله‌ای ۷ بعدی شامل: (۱) مصاحبه انگیزشی، (۲) آموزش تنظیم هیجان، (۳) آموزش ارتباط اجتماعی مناسب، (۴) آموزش فراشناخت، (۵) توانبخشی شناختی، (۶) برنامه کوچینگ و (۷) کنترل چرخه خواب/بیداری و میزان فعالیت روزانه مناسب، به نظر می‌رسد تمام جنبه‌های این مشکلات را پوشش دهد. ازجمله محدودیت‌های این مطالعه باید به دسترسی دشوار و حتی غیر ممکن، به برخی از منابع و متون علمی موجود اشاره کرد. در همین راستا پیشنهاد می‌گردد در صورت دسترسی به منابع، کدهای مستخرج از این مطالعه مورد بررسی مجدد واقع شوند. همچنین پیشنهاد می‌گردد از این راهبرد درمانی جهت کاهش مشکلات افراد بزرگسال دارای علائم اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی بهره گرفته شود.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی دانشگاه اصفهان با شناسه اخلاق IR.Ul.REC.1399.100 با تصویب پروپوزال در تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۲۹ است. تمامی مجوزهای لازم برای اجرای این مطالعه از طرف دانشگاه اخذ شده است.

**حامی مالی:** این پژوهش بدون حامی مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده اول محقق اصلی این تحقیق است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده مسئول، و نویسنده سوم استاد مشاور هستند.

**تضاد منافع:** نویسندگان در این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی را اعلام نمی‌نمایند.

**تشکر و قدردانی:** از همه افرادی که در انجام این پژوهش ما را همراهی نمودند، متشکریم.



## منابع

- بصری، ن.، هادیان فرد، ح.، رحیمی، چ.، و افلاک سیر، ع. (۱۴۰۰). بررسی تأثیر تحریک الکتریکی فراقشری مغز بر بهبود عملکرد شناختی و هیجانی بزرگسالان دارای اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۹۸)، ۱۸۴-۱۷۱.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۴). تبیین نظری اختلال نارسای نارسای توجه/بیش‌فعالی: الگوی بازداری بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۱۷ (۳)، ۳۲۳-۳۴۸.
- فرهنگی، ع. ا. (۱۴۰۰). ارتباطات انسانی. رسا.
- مدنی، ا. س.، حیدری نسب، ل.، یعقوبی، ح.، و رستمی، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی نوروفیدبک همراه با تکالیف شناختی بر علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ADHD دوره بزرگسالی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۷ (۴)، ۵۵-۷۰.
- مرادی سیاه‌افشادی، م.، امیری، ش.، و طالبی، ه. (۱۴۰۱). شیوع اختلال کمبود توجه/فزون‌کنشی و مقایسه ابعاد سلامت روانی دانشجویان دارای اختلال و بدون اختلال. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۸)، ۱۹۷۴-۱۹۵۷.
- نظری، ف.، قدسی، پ.، و ابراهیم‌پور، م. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش توانبخشی شناختی بر حافظه کاری بزرگسالان مبتلا به بیش‌فعالی-همراه با نقص توجه. *نشریه روان پرستاری*، ۹ (۵)، ۷۶-۸۶.
- هاشمی ملک‌شاه، ش.، علیزاده، ح.، رضایی، س.، و عسگری، م. (۱۴۰۰). تدوین بسته آموزشی فعالیت‌های بدنی - حرکتی و بررسی اثربخشی آن بر کارکردهای اجرایی در کودکان با اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۴)، ۱۲۹۴-۱۲۷۹.

## References

- Adesman, A. (2003). Effective treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: behavior therapy and medication management. *Prim Psychiatry*, 10 (4), 55-60. <https://psycnet.apa.org/record/2004-12636-013>
- Alderson, R., Kasper, L. J., Hudec, K. L., & Patros, C. H. G. (2013). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Working Memory in Adults: A Meta-Analytic Review. *Neuropsychology*, 27 (3), 287-302. <https://doi.org/10.1037/a0032371>
- Alizade, H. (2005). Theoretical explanation of ADHD. *JOEC*, 17 (3), 323-348 <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=46847> [Persian]
- American psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition*

*text revision (DSM-5-TR)*. American psychiatric Association.

- Barkley, R. A. (2021). Implications of the Executive Function-Self-Regulation (EF-SR) Theory of ADHD for Estimates of Persistence and Prevalence. *The ADHD Report*, 29 (5), 11. DOI:10.1521/adhd.2021.29.5.8
- Barkley, R. A., Willcutt, E., & Jacobson, L. A. (2022). What is the Cognitive Deficit in Sluggish Cognitive Tempo (SCT)? A Review of Neuropsychological Research, 30, 1-10. <https://doi.org/10.1521/adhd.2022.30.2.1>
- Basiri, N., Hadianfard, H., Rahimi, C., & Aflakseir, A. (2021). The effect of transcranial direct current stimulation on improving emotional and cognitive function of adults ADHD. *JPS*, 20 (98), 171-184. <http://psychologicalscience.ir/article-1-952-fa.html> [Persian]
- Beheshti, A., Chavanon, M. L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>
- Butzbach, M., Fuermaier, A., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., Tucha, L., & Tucha, O. (2021). Metacognition in adult ADHD: subjective and objective perspectives on self-awareness of cognitive functioning. *J Neural Transm*, 128 (7), 939-955. DOI: 10.1007/s00702-020-02293-w
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded theory A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. SAGE.
- Cole, K. (1997). *Golden Key of Relationship*. By Mohammadreza Alyasin ed. Hamoun. [Persian].
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). *Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria*. Human Science.
- De la Peña, I., Pan, M., Thai, C., & Alisso, T. (2020). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Predominantly Inattentive Subtype/Presentation: Research Progress and Translational Studies. *MDPI*, 10 (5), 292-320. DOI:10.3390/brainsci10050292
- Eghbali, S., Amiri, SH., Mehrabi, H. A. (2021). *The effect of metacognitive therapy on improving executive functions and reducing symptoms of anxiety and depression in students with attention deficit/hyperactivity disorder*. Thesis for degree of Master of Science, General Psychology, Isfahan, Iran, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan

- Enriquez-Geppert, S., Smit, D., Pimenta, M. G., & Arns, M. (2019). Neurofeedback as a Treatment Intervention in ADHD: Current Evidence and Practice. *Curr Psychiatry Rep*, 21 (6), 46. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1021-4>
- Faraone, S. V., Biederman, J., Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*, 36 (2), 159-65. DOI: [10.1017/S003329170500471X](https://doi.org/10.1017/S003329170500471X)
- Farhangi, A. A. (2021). *Human communication*. Rasa. [Persian]
- Gentile, J. P., Bhatt, N. V., Kari, H. & Johnson, J. (2022). Adult ADHD: A Brief Review. *JQHE*, 5 (3), 000273. DOI: [10.23880/jqhe-16000273](https://doi.org/10.23880/jqhe-16000273)
- Gill, S. L. (2020). Qualitative Sampling Methods. *MDPI*, 36 (4), 579-581. <https://doi.org/10.1177/0890334420949218>
- Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M., Upadhyaya, H. P. (2014). Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: A review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord*, 16 (3), PCC.13r01600. DOI: [10.4088/PCC.13r01600](https://doi.org/10.4088/PCC.13r01600)
- Guimarães, L., Mariz-Elsig, S., & Camos, V. (2022). Effects of Cognitive Training upon Working Memory in Individuals with ADHD: An Overview of the Literature. *JEDP*, 12 (1), 21. DOI: [10.5539/jedp.v12n1p21](https://doi.org/10.5539/jedp.v12n1p21)
- Handelman, K., & Sumiya, F. (2022). Tolerance to Stimulant Medication for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Literature Review and Case Report. *Brain Sci*, 12 (8), 959. <https://doi.org/10.3390/brainsci12080959>
- Hashemi malekshah, S., Alizadeh, H., Rezayi, S., & Asgari, M. (2021). Development of Physical-Motor Activities Training Package and Evaluation of its Efficacy on Executive Functions in Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. *JPS*, 20 (104), 1279-1294. DOI: [10.52547/JPS.20.104.1279](https://doi.org/10.52547/JPS.20.104.1279) [Persian]
- Huang, F., Tang, Y. L., Zhao, M., Wang, Y., Pan, M., Wang, Y., & Qian, Q. (2019). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: A Randomized Clinical Trial in China. *J Atten Disord*, 23 (9):1035-1046. DOI: [10.1177/1087054717725874](https://doi.org/10.1177/1087054717725874)
- Kheirjoo, E., Gharadagi, A., Jafari Roshan, F., Herfedust, M. (2018). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Improvement Adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Syndrome and Depression, Anxiety, and self-esteem problems with it. *JTBCP*, 13 (50), 57-66. [https://jtbcpr.riau.ac.ir/article\\_1474.html](https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_1474.html)
- Kooij, J. J. S., & Francken, M. H. (2010). *Diagnostic Interview ADHD in Adults 2.0 (DIVA 2.0)*. DIVA Foundation
- LaCount, P. A., & Hartung, C. M. (2018). Physical Exercise Interventions for Emerging Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *The ADHD Report*, 26 (5), 1-11. DOI: [10.1521/adhd.2018.26.5.1](https://doi.org/10.1521/adhd.2018.26.5.1)
- Madani, A., Heydari-nasab, L., Yaghoubi, H., & Rostami, R. (2015). The Effectiveness of Neurofeedback with Cognitive Tasks on Attention Deficit / Hyperactivity (ADHD Symptoms) in Adulthood. *JCP*, 7 (4), 59-70. DOI: [10.22075/JCP.2017.2218](https://doi.org/10.22075/JCP.2017.2218)
- Moradi Siah Afshadi, M., Amiri, SH., & Talebi, H. (2022). Prevalence of ADHD and Comparison of Mental Health Dimensions Between Students with and without ADHD. *JPS*, (21) 118. <http://psychologicalscience.ir/acert.php?id=1762&code=31c2c8> [Persian]
- Morsink, S., Oord, S., Antrop, I., Danckaerts, M. & Scheres, A. (2022). Studying Motivation in ADHD: The role of internal motives and the relevance of self-determination theory. *J Atten Disord*, 26 (8), 1139-1158. <https://doi.org/10.1177/10870547211050948>
- Nazari, F., Ghodsi, P., Ebrahimpour, M. (2021). The Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Training on Working Memory of Hyperactive Adults - with Attention Deficit. *IJPN*, 9 (5), 76-86. <http://ijpn.ir/article-1-1819-en.html>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56 (3), 345-65. DOI: [10.1111/jcpp.1238](https://doi.org/10.1111/jcpp.1238)
- Prevatt, F., & Levrini, A. (2015). *ADHD coaching A GUID FOR MENTAL HEALTH PROFESSIONALS*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14671-000>
- Ramos-Quiroga, J. A., Nasillo, V., Richarte, V., Corrales, M., Palma, F., Ibáñez, P., Michelsen, M., Van de Glind, G., Casas, M., & Kooij, J. (2019). Criteria and Concurrent Validity of DIVA 2.0: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. *J atten disord*, 23 (10), 1126-1135. <https://doi.org/10.1177/1087054716646451>
- Schein, J., Childress, A., Cloutier, M., Desai, U., Chin, A., Simes, M., Guerin, A., & Adams, J. (2022). Reasons

- for treatment changes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a chart review study. *BMC Psychiatry*, 22, 377. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04016-9>
- Stevenson, C. S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D., & Stevenson, R. J. (2002). A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 36 (5), 610–616. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01052.x>
- Weiss, M., Murray, C., Wasdell, M., Greenfield, B., Giles, L., & Hechtman, L. (2012). A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry*, 12, 30. DOI:10.1186/1471244X-12-30
- Whitehead, J. C., Neeman, R., & Doniger, G. M. (2022). Preliminary Real-World Evidence Supporting the Efficacy of a Remote Neurofeedback System in Improving Mental Health: Retrospective Single-Group Pretest-Posttest Study *JMIR Form Res*, 6 (7), e35636. DOI: 10.2196/35636
- Zhang, S. Y., Qiu, S. W., Pan, M. R., Zhao, M. J., Zhao, R. J., Liu, L., Li, H. M., Wang, Y. F., Qian, Q. J. (2021). Adult ADHD, executive function, depressive/anxiety symptoms, and quality of life: A serial two-mediator model. *J Affect Disord*, 293, 97-108. DOI: 10.1016/j.jad.2021.06.020

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 رتال جامع علوم انسانی