MEJDS. 2022; 12:15.

Published online 2022 Apr. **Original Article**

# Comparing Interpersonal Problems and Attachment Styles in Adults With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

*Rasooli Mahin Z[1]

**Author Address**
1. Master of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** zahrarasoli12@yahoo.com

**Received:** 2020 March 18; **Accepted:** 2020 May 26

## Abstract

**Background & Objectives:** Attention–Deficit/hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by persistent and inappropriate developmental symptoms, such as inattention, hyperactivity, and impulsivity resulting in dysfunction. The symptoms of ADHD often lead to problems at school, the workplace, and social interactions and can be associated with interpersonal challenges. Interpersonal problems are unpredictable events; managing these problems can lead to various consequences. A set of interpersonal problems includes individuals' problems in assertiveness, politeness, obedience, intimacy, responsibility, and restraint. Attachment is a psychological factor that can be linked to the symptoms of ADHD. Attachment style indicates the individual's inner embodiment of the attachment relationship with his caregivers as a child. Attachment theory is not just about childhood; it concerns the evolutionary theory of life. Overall, given the high prevalence of ADHD in adults and the widespread negative consequences of this disorder, this study aimed to compare interpersonal problems and attachment styles in adults with and without ADHD.

**Methods:** The was a causal–comparative descriptive study. The study's statistical population included individuals referring to Tabriz Counseling and Psychotherapy Center in 2020. The number of individuals in each subgroup in comparative causal research should not be less than 30; thus, the present study aimed to increase the validity and external validity of the findings by 50 individuals. Using the purposive sampling method, 50 patients with ADHD referred to Tabriz Counseling and Psychotherapy Center were selected. After a psychiatrist's definitive diagnosis of ADHD, the study participants were selected.

Moreover, 50 healthy subjects were matched concerning gender, age, and education with the ADHD group. The inclusion criteria were psychiatrist's diagnosis of ADHD, the age range of 18–40 years, consent to participate in research, the lack of significant psychiatric disorders and neurological diseases (according to patient records and query), and no substance dependence. Both groups were assessed using the Adult Attachment SInventory (AAI) (Hazan & Shaver, 1987) and Inventory of Interpersonal Problems (IIP–60) (Herwitz et al., 1988). To analyze the obtained data, descriptive statistics, including mean, standard deviation, frequency, and percentage and inferential statistics, including Multivariate Analysis of Variance (MANOVA), were implemented at a significance level of 0.05 in SPSS.

**Results:** The obtained data suggested that the mean scores of the components of interpersonal problems, including inhibitory problems ($p$=0.037), determination problems ($p$<0.001), Responsibility problems ($p$=0.013), and intimacy problems ($p$=0.037) in adults with ADHD significantly higher than healthy adults; however, in the problems related to obedience ($p$=0.393) and problems related to democratization ($p$=0.164) among adults with ADHD and healthy adults there was no significant difference. Furthermore, the mean score of safe attachment style in adults with ADHD was significantly lower than healthy adults ($p$=0.027). While the mean score of avoidant attachment in adults with ADHD was significantly higher than healthy adults ($p$=0.011), the mean score of bilateral attachment among adults with ADHD was significant. There was no significant difference between the adults with and without ADHD ($p$=0.664).

**Conclusion:** Adults with ADHD have more problems than normal adults in interpersonal relationships. Moreover, the attachment style in these subjects is of the avoidance attachment type, and they have less secure attachment than the healthy population.

**Keywords:** Interpersonal problems, Attachment styles, Adults, Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.188.7 ]

[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.177 ]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۵.

انتشار برخط فروردین ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

# مقایسهٔ مشکلات بین‌فردی و سبک‌های دلبستگی در بزرگسالان با و بدون اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی

*زهرا رسولی مهین[۱]

**توضیحات نویسندگان**

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** zahrarasoli12@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۲۸ اسفند ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۶ خرداد ۱۳۹۹

**چکیده**

**زمینه و هدف:** اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در بزرگسالان به‌عنوان اختلالی مزمن و ناتوان‌کننده شناخته شده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ مشکلات بین‌فردی و سبک‌های دلبستگی در بزرگسالان با و بدون اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

**روش‌بررسی:** پژوهش حاضر توصیفی از نوع علّی‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری پژوهش را مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تبریز در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. یک گروه پنجاه‌نفری از بزرگسالان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تبریز در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۸ که با تشخیص روان‌پزشک، مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بودند، به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. گروه مقایسه شامل پنجاه نفر از افراد بدون اختلال بود که با گروه اول همتاسازی شدند. سنجش هر دو گروه با استفاده از مقیاس دلبستگی بزرگسال (هازن و شور، ۱۹۸۷) و مقیاس مشکلات بین‌فردی (هرویتز و همکاران، ۱۹۸۸) صورت گرفت. تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش ازطریق تحلیل واریانس چندمتغیری در سطح معناداری ۰/۰۵ با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، بین دو گروه در خرده‌مقیاس‌های مشکلات مربوط به مهارگری ($p$=۰/۰۳۷)، قاطعیت ($p$<۰/۰۰۱)، مسئولیت‌پذیری ($p$=۰/۰۱۳) و صمیمیت ($p$=۰/۰۳۶) تفاوت معناداری وجود داشت؛ اما در مشکلات مربوط به اطاعت‌پذیری ($p$=۰/۳۹۳) و مردم‌آمیزی ($p$=۰/۱۶۴) بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین بین دو گروه در سبک‌های دلبستگی ایمن ($p$=۰/۰۲۷) و اجتنابی ($p$=۰/۰۱۱) تفاوت معناداری وجود داشت؛ اما در سبک دلبستگی دوسوگرا بین دو گروه تفاوت معناداری دیده نشد ($p$=۰/۶۶۴).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی درمقایسه با بزرگسالان بدون اختلال در روابط بین‌فردی دچار مشکلات بیشتری هستند و سبک دلبستگی در این افراد از نوع سبک دلبستگی اجتنابی است؛ همچنین در قیاس با افراد بدون اختلال دلبستگی ایمن کمتری دارند.

**کلیدواژه‌ها:** مشکلات بین‌فردی، سبک‌های دلبستگی، بزرگسالان، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی.** این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.188.7 ]

[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.177 ]

## ۱ مقدمه

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (ADHD)[1] با علائم مداوم و نامناسب رشدی نظیر بی‌توجهی و/یا بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود و درنتیجه در عملکرد اختلال ایجاد می‌کند (۱). اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از اختلالات بسیار شایع عصبی‌تحولی است که تقریباً ۸ تا ۱۲ درصد از کودکان را در سراسر جهان تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. در بیش از ۶۵ درصد از موارد، علائم اختلال تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند (۲). علائم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی غالباً سبب بروز مشکلاتی در مدرسه، محل کار و تعاملات اجتماعی می‌شود و می‌تواند با مشکلات بین‌فردی[2] همراه باشد (۳). مشکلات بین‌فردی، مشکلاتی است که افراد در ارتباط با دیگران دارند و به پریشانی درخورتوجهی منجر می‌شود یا با آن در ارتباط است (۴). مجموعه‌ای از مشکلات بین‌فردی شامل مشکلات افراد در زمینهٔ قاطعیت، مردم‌آمیزی، اطاعت‌پذیری، صمیمیت، مسئولیت‌پذیری و مهارگری است (۵). نتایج پژوهش سودانو و همکاران نشان داد، بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی سطح بیشتری از مشکلات بین‌فردی را درمقایسه با همسالان بدون اختلال دارند (۳). نتایج مطالعهٔ سیبلی و همکاران مشخص کرد، نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مشکلات بین‌فردی بیشتری را تجربه می‌کنند و روابطشان با همسالان خود دچار مشکل است (۶).

دلبستگی[3] از عوامل روان‌شناختی است که می‌تواند با علائم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نیز مرتبط باشد (۷). دلبستگی، پیوند عاطفی و هیجانی نسبتاً پایداری است که میان کودک و مادر یا افرادی که کودک در تعامل مداوم با آن‌ها است، ایجاد می‌شود (۸). افراد الگوهای کارکرد درونی خود یا بازنمایی‌های روانی از خود و دیگران را ازطریق تجارب دوران کودکی خویش با مراقبان اولیه شکل می‌دهند. کودکان دارای دلبستگی ایمن، خود را ارزشمند توصیف می‌کنند و همچنین می‌دانند که دیگران در صورت لزوم دردسترس هستند. درمقابل، کودکانی که تجارب رشدی موفقیت‌آمیزی نداشته‌اند، دارای احساسات نامطمئن و نامعینی دربارهٔ ارزش‌های خود هستند و نیز به این مقوله که دیگران در صورت لزوم برای آن‌ها دردسترس خواهند بود، اعتماد ندارند. چنین نبود اطمینانی، پایه‌ای برای انتظارات منفی از خود و دیگران در آینده می‌شود (۹). نتایج پژوهش کامنس و همکاران نشان داد، بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی درمقایسه با افراد بدون اختلال دلبستگی ایمن کمتری دارند (۱۰). نتایج مطالعهٔ پازوانتگو و همکاران مشخص کرد، سبک دلبستگی ناایمن در بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌طور معناداری بیشتر از بزرگسالان بدون اختلال است (۱۱). شارف و همکاران بیان کردند، سبک دلبستگی ناایمن در نوجوانی پیش‌بینی‌کنندهٔ علائم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، حساسیت به طرد و ناسازگاری اجتماعی است (۱۲).

درمجموع باتوجه به شیوع زیاد نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در بزرگسالان و پیامدهای منفی بسیار گسترده‌ای که این اختلال برای بزرگسالان در حوزه‌های مختلف دارد، شناسایی پیامدهای این اختلال در بزرگسالی به‌منظور یافتن راهکارهایی برای پیشگیری و درمان اختلال حائز اهمیت است. به‌علاوه به‌نظر می‌رسد درکشور ما در زمینهٔ بررسی مشکلات و اختلالات در بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی پژوهش چندانی صورت نگرفته است؛ بنابراین باتوجه به خلأ پژوهشی در این زمینه ضرورت انجام چنین پژوهش‌هایی احساس می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ مشکلات بین‌فردی و سبک‌های دلبستگی در بزرگسالان با و بدون اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

## ۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علّی‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری پژوهش را مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تبریز در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. ازآنجاکه تعداد افراد هر زیر گروه در تحقیقات علّی‌مقایسه‌ای نباید کمتر از سی نفر باشد (۱۳)، در پژوهش حاضر با درنظرگرفتن احتمال ریزش نمونه حجم هر گروه پنجاه نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش مبتنی‌بر هدف بود. بدین‌صورت که گروه آزمودنی‌ها پنجاه بیمار مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بودند که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تبریز مراجعه کردند. سپس بعد از تشخیص قطعی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بزرگسالی توسط روان‌پزشک، انتخاب شدند و به‌طور داوطلبانه در تحقیق شرکت کردند. علاوه‌براین، پنجاه نفر از افراد عادی و فاقد اختلال از نظر جنس، سن و میزان تحصیلات با گروه مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی همتاسازی شدند و انتخاب به‌طور عمده از بین همراهان بیماران و کارکنان مراکز درمانی صورت گرفت. ملاک‌های ورود نمونه‌ها به پژوهش عبارت بود از: تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی توسط روان‌پزشک؛ دامنهٔ سنی ۱۸ تا ۴۰ سال؛ رضایت از شرکت در پژوهش؛ مبتلانبودن به اختلال‌های بارز روان‌پزشکی و بیماری‌های نورولوژیک (باتوجه به پروندهٔ بیماران و پرسش از افراد)؛ اعتیادنداشتن به هرگونه مواد مخدر و محرک.

ازجمله ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این مطالعه کدهای اخلاقی ۸-۴ (شرکت کاملاً داوطلبانه در تحقیق و دربرنداشتن هرگونه تبعات منفی در صورت تمایل‌نداشتن افراد به ادامهٔ همکاری)، ۸ـ۵ (اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه) و ۹ـ۸ (محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و تهیهٔ گزارش پژوهش به‌گونه‌ای که شناسایی شرکت‌کنندگان ممکن نباشد) از نظام‌نامهٔ اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاورهٔ جمهوری اسلامی ایران بود.

هر دو گروه با استفاده از ابزارهای زیر ارزیابی شدند.

ـ مقیاس دلبستگی بزرگسال[4]: این ابزار توسط هازن و شور در سال ۱۹۸۷ با هدف ارزیابی سبک‌های دلبستگی در بزرگسالان ساخته شد (۱۴). در این مقیاس پانزده‌سؤالی، آزمودنی‌ها پاسخ خود را روی ابزاری پنج‌نقطه‌ای لیکرت (هیچ=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴،

[1]. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
[2]. Interpersonal problems
[3]. Attachment
[4]. Adult Attachment Inventory (AAI)



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.188.7 ]
[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.177 ]

خیلی زیاد=۵) مشخص می‌کنند. پنج سؤال پرسش‌نامه مربوط به دلبستگی ایمن، پنج سؤال مربوط به دلبستگی اجتنابی و پنج سؤال مربوط به دلبستگی دوسوگرا است. حداقل و حداکثر نمرهٔ آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به‌ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. پس از نمره‌گذاری، خرده‌مقیاسی که در آن آزمودنی نمرهٔ بیشتری کسب کند، به‌عنوان سبک دلبستگی فرد در نظر گرفته می‌شود (۱۴). هازن و شور روایی ملاکی و محتوایی را خوب و روایی سازهٔ آن را در حد بسیار مطلوب گزارش کردند (۱۴). این پرسش‌نامه برای نمونه‌هایی از جامعهٔ ایرانی هنجاریابی شد (۸). ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از زیرمقیاس‌های دلبستگی ایمن، دلبستگی اجتنابی و دلبستگی دوسوگرا در نمونه‌ای دانشجویی (۱۴۸۰ نفر شامل ۸۶۰ دختر و ۶۲۰ پسر) برای کل آزمودنی‌ها به‌ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۸۵، برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به‌دست آمد که نشانهٔ همسانی درونی خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. روایی محتوایی مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی شد (۸).

ـ مقیاس مشکلات بین‌فردی[1]: این ابزار توسط هرویتز و همکاران در سال ۱۹۸۸ با هدف ارزیابی مشکلات بین‌فردی ساخته شد (۱۵). این مقیاس شامل شصت گویه است و مشکلات بین‌فردی را در شش زمینهٔ قاطعیت، مردم‌آمیزی، اطاعت‌پذیری، صمیمیت، مسئولیت‌پذیری و مهارگری در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ صفر تا نمرهٔ ۴ (خیلی کم=صفر، کم=۱، متوسط=۲، زیاد=۳، خیلی زیاد=۴) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمرهٔ آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به‌ترتیب صفر و ۴۰ خواهد بود (۱۵). هرویتز و همکاران روایی ملاکی و محتوایی را خوب و روایی سازهٔ آن را در حد بسیار مطلوب گزارش کردند (۱۵). در اعتباریابی فرم فارسی این مقیاس برای نمونه‌های دانشجویی (۱۵۹ دختر و ۱۱۲ پسر) و جمعیت عمومی (۴۹۰ زن و ۴۳۴ مرد)، ضرایب آلفای کرونباخ ماده‌های هریک از زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۶ تا ۰/۸۹ برای قاطعیت، از ۰/۹۰ تا ۰/۹۱ برای مردم‌آمیزی، از ۰/۸۲ تا ۰/۸۴ برای اطاعت‌پذیری، از ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ برای صمیمیت، از ۰/۹۱ تا ۰/۹۲ برای مهارگری و از ۰/۹۳ تا ۰/۹۵ برای نمرهٔ کل مشکلات بین‌شخصی محاسبه شد که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی زیاد مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های دو نمونهٔ ۱۱۲ و ۱۲۳ نفری در دو نوبت با فاصلهٔ دو تا شش هفته برای قاطعیت از ۰/۷۱ تا ۰/۸۰، برای مردم‌آمیزی از ۰/۶۵ تا ۰/۷۵، برای اطاعت‌پذیری از ۰/۷۶ تا ۰/۷۹، برای صمیمیت از ۰/۷۴ تا ۰/۷۵، برای مسئولیت‌پذیری از ۰/۷۷ تا ۰/۷۸، برای مهارگری از ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ و برای مشکلات بین‌شخصی (نمرهٔ کل) از ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ به‌دست آمد و در سطح $p<۰/۰۰۱$ معنادار بود. این ضرایب نشان‌دهندهٔ پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش فرم شصت‌گویه‌ای مقیاس مشکلات بین‌شخصی است (۱۶).

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چندمتغیری ضمن رعایت پیش‌فرض‌های آن ازجمله نرمال‌بودن توزیع نمرات و همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس در سطح معناداری ۰/۰۵ با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ استفاده شد.

## ۳ یافته‌ها

در جدول ۱، نمونهٔ آماری تحقیق برحسب جنسیت، سن و میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان در پژوهش بررسی شده است.

جدول ۱. شاخص‌های دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در مطالعه

| متغیر | | اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (n=۵۰) | | بدون اختلال (n=۵۰) | | مقدار احتمال |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| جنسیت | مرد | ۲۳ | ۴۶ | ۲۳ | ۴۶ | ۱/۰۰۰ |
| | زن | ۲۷ | ۵۴ | ۲۷ | ۵۴ | |
| سن | ۱۸ تا ۲۳ | ۱۲ | ۲۴ | ۱۳ | ۲۶ | ۰/۸۶۱ |
| | ۲۴ تا ۲۹ | ۱۶ | ۳۲ | ۱۶ | ۳۲ | |
| | ۳۰ تا ۳۵ | ۱۲ | ۲۴ | ۱۴ | ۲۸ | |
| | ۳۶ تا ۴۰ | ۱۰ | ۲۰ | ۷ | ۱۴ | |
| میزان تحصیلات | دیپلم | ۱۷ | ۳۴ | ۲۰ | ۴۰ | ۰/۸۰۱ |
| | فوق‌دیپلم | ۲۰ | ۴۰ | ۱۹ | ۳۸ | |
| | لیسانس | ۱۳ | ۲۶ | ۱۱ | ۲۲ | |

براساس جدول ۱، بین گروه‌های مطالعه‌شده از نظر جنسیت، سن و میزان تحصیلات تفاوت چشمگیری وجود نداشت. همچنین، با استفاده از آزمون خی‌دو، همتایی دو گروه از لحاظ جنسیت، سن و تحصیلات بررسی شد. نتایج معنادارنبودن آزمون خی‌دو را در جنسیت ($p=۱/۰۰۰$)، سن ($p=۰/۸۶۱$) و میزان تحصیلات ($p=۰/۸۰۱$) نشان داد. این نتایج مؤید همتایی دو گروه از لحاظ جنسیت، سن و تحصیلات بود.

به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف استفاده شد. نتایج مشخص کرد، پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیر مشکلات بین‌فردی در نمونهٔ مطالعه‌شده

[1]. Inventory of Interpersonal Problems (IIP-60)



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.188.7 ]
[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.177 ]

محقق شد؛ چراکه مقادیر محاسبه‌شده در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود ($p$>۰/۰۵). پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس در نمرات مشکلات بین‌فردی برقرار بود ($p$>۰/۰۵). آمارهٔ لاندای ویلک نشان داد، اثر گروه بر ترکیب مشکلات بین‌فردی معنادار بود ($p$=۰/۰۰۱)؛ بنابراین می‌توان گفت، بین مشکلات بین‌فردی بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بزرگسالان بدون اختلال، تفاوت معناداری وجود داشت.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های مشکلات بین‌فردی به‌تفکیک دو گروه مطالعه‌شده به‌همراه نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری

| متغیر وابسته | گروه | میانگین | انحراف معیار | مجموع مجذورات | درجهٔ آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | مقدار احتمال | اندازهٔ اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مشکلات مربوط به قاطعیت | ADHD | ۲۲/۶۰ | ۹/۶۵ | ۱۸۸۳/۵۶ | ۱ | ۱۸۸۳/۵۶ | ۱۸/۲۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۱۵۷ |
| | بدون اختلال | ۱۳/۹۲ | ۱۰/۶۳ | | | | | | |
| مشکلات مربوط به اطاعت‌پذیری | ADHD | ۱۶/۱۴ | ۶/۷۱ | ۳۱/۳۶ | ۱ | ۳۱/۳۶ | ۰/۷۳ | ۰/۳۹۳ | ۰/۰۰۷ |
| | بدون اختلال | ۱۵/۰۲ | ۶/۳۳ | | | | | | |
| مشکلات مربوط به مردم‌آمیزی | ADHD | ۲۴/۴۶ | ۵/۴۱ | ۶۸/۸۹ | ۱ | ۶۸/۸۹ | ۱/۹۶ | ۰/۱۶۴ | ۰/۰۲۰ |
| | بدون اختلال | ۲۲/۸۰ | ۶/۳۹ | | | | | | |
| مشکلات مربوط به مهارگری | ADHD | ۱۳/۶۰ | ۶/۶۵ | ۱۷۱/۶۱ | ۱ | ۱۷۱/۶۱ | ۴/۴۸ | ۰/۰۳۷ | ۰/۰۴۴ |
| | بدون اختلال | ۱۰/۹۸ | ۵/۷۹ | | | | | | |
| مشکلات مربوط به مسئولیت‌پذیری | ADHD | ۱۰/۵۴ | ۳/۵۶ | ۸۸/۳۶ | ۱ | ۸۸/۳۶ | ۶/۴۳ | ۰/۰۱۳ | ۰/۰۶۲ |
| | بدون اختلال | ۸/۵۶ | ۷/۶۴ | | | | | | |
| مشکلات مربوط به صمیمیت | ADHD | ۱۲/۴۸ | ۶/۹۲ | ۱۹۶ | ۱ | ۱۹۶ | ۴/۵۳ | ۰/۰۳۶ | ۰/۰۴۴ |
| | بدون اختلال | ۹/۶۸ | ۶/۲۱ | | | | | | |

براساس جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری مشخص کرد، میانگین نمرات مؤلفه‌های مشکلات بین‌فردی ازجمله مشکلات مربوط به مهارگری ($p$=۰/۰۳۷)، مشکلات مربوط به قاطعیت ($p$<۰/۰۰۱)، مشکلات مربوط به مسئولیت‌پذیری ($p$=۰/۰۱۳) و مشکلات مربوط به صمیمیت ($p$=۰/۰۳۶) در بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌طور معناداری بیشتر از بزرگسالان بدون اختلال بود؛ اما در مؤلفه‌های مشکلات مربوط به اطاعت‌پذیری ($p$=۰/۳۹۳) و مشکلات مربوط به مردم‌آمیزی ($p$=۰/۱۶۴) بین بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بزرگسالان بدون اختلال، تفاوت معناداری وجود نداشت.

برای بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف استفاده شد. نتایج نشان داد، پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیر سبک‌های دلبستگی در نمونهٔ مطالعه‌شده محقق شد؛ چراکه مقادیر محاسبه‌شده در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود ($p$>۰/۰۵). پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس در نمرات سبک‌های دلبستگی برقرار بود ($p$>۰/۰۵). آمارهٔ لاندای ویلک مشخص کرد، اثر گروه بر ترکیب سبک‌های دلبستگی معنادار بود ($p$=۰/۰۰۱)؛ بنابراین می‌توان گفت، بین سبک‌های دلبستگی بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بزرگسالان بدون اختلال، تفاوت معناداری وجود داشت.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سبک‌های دلبستگی به‌تفکیک دو گروه مطالعه‌شده به‌همراه نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری

| متغیر وابسته | گروه | میانگین | انحراف معیار | مجموع مجذورات | درجهٔ آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | مقدار احتمال | اندازهٔ اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| دلبستگی ایمن | ADHD | ۱۱/۲۲ | ۶/۴۳ | ۲۱۰/۲۵ | ۱ | ۲۱۰/۲۵ | ۵/۰۲ | ۰/۰۲۷ | ۰/۰۴ |
| | بدون اختلال | ۱۴/۱۲ | ۶/۵۰ | | | | | | |
| دلبستگی اجتنابی | ADHD | ۱۰/۷۲ | ۳/۶۵ | ۸۸/۳۶ | ۱ | ۸۸/۳۶ | ۶/۸۰ | ۰/۰۱۱ | ۰/۰۶ |
| | بدون اختلال | ۸/۸۴ | ۳/۵۵ | | | | | | |
| دلبستگی دوسوگرا | ADHD | ۱۱/۲۴ | ۵/۳۷ | ۵/۲۹ | ۱ | ۵/۲۹ | ۰/۲۱ | ۰/۶۶۴ | ۰/۰۰ |
| | بدون اختلال | ۱۰/۷۸ | ۴/۵۲ | | | | | | |



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.188.7 ]
[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.177 ]

براساس جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری مشخص کرد، میانگین نمرات سبک دلبستگی ایمن در بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌طور معناداری کمتر از بزرگسالان بدون اختلال بود ($p$=۰/۰۲۷)؛ درحالی‌که میانگین نمرات سبک دلبستگی اجتنابی در بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌طور معناداری بیشتر از بزرگسالان بدون اختلال بود ($p$=۰/۰۱۱)؛ اما میانگین نمرات سبک دلبستگی دوسوگرا بین بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بزرگسالان بدون اختلال، تفاوت معناداری نداشت ($p$=۰/۶۶۴).

## ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ مشکلات بین‌فردی و سبک‌های دلبستگی در بزرگسالان با و بدون اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد. نتایج نشان داد، مشکلات بین‌فردی ازجمله مشکلات مربوط به مهارگری، مشکلات مربوط به قاطعیت، مشکلات مربوط به مسئولیت‌پذیری و مشکلات مربوط به صمیمیت در بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌طور معناداری بیشتر از بزرگسالان بدون اختلال بود؛ اما در مشکلات مربوط به اطاعت‌پذیری و مشکلات مربوط به مردم‌آمیزی، بین بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بزرگسالان بدون اختلال تفاوت معناداری وجود نداشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های سودانو و همکاران (۳) و سیبلی و همکاران (۶) مبنی‌بر زیادبودن مشکلات بین‌فردی در بزرگسالان و نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی درمقایسه با افراد بدون اختلال، همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، نشانه‌های عمدهٔ اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در دورهٔ بزرگسالی، تکانش‌گری و کم‌توجهی است که به اشکال مختلف در رفتار فرد ظهور پیدا می‌کند؛ مانند نداشتن خویشتن‌داری، بی‌نظمی، انجام تکالیف به‌طور ناقص، تأخیر در انجام تکالیف، مشکل در پذیرش قوانین اجتماعی، مشکل در برقراری رابطه با دیگران، بی‌ثباتی عاطفی و کم‌تحملی دربرابر فشارهای روانی که موجب آسیب‌رساندن به روابط بین‌فردی می‌شود (۱۷). اغلب افراد با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌علت مسئولیت‌ناپذیری سرزنش می‌شوند و در تصمیم‌گیری با مشکل مواجه می‌شوند. همچنین به‌سبب ویژگی‌هایشان، از گروه همسالان طرد می‌شوند و در یادگیری مهارت‌هایی که بتوانند دیگران را در اطراف خود نگه دارند، مشکل دارند. این افراد در روابط بین‌فردی، اشتباهات و مسئولیت‌های اعمال خود را نمی‌پذیرند (۱۸) و به‌دلیل افزایش باورهای کمبود شایستگی در خود دچار احساس حقارت می‌شوند (۱۹)؛ درنتیجه مشکلاتی در قاطعیت یا ابراز وجود پیدا می‌کنند.

دیگر نتایج پژوهش نشان داد، سبک دلبستگی ایمن در بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌طور معناداری کمتر از بزرگسالان بدون اختلال بود؛ درحالی‌که سبک دلبستگی اجتنابی در بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌طور معناداری بیشتر از بزرگسالان بدون اختلال بود؛ اما در سبک دلبستگی دوسوگرا بین بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بزرگسالان بدون اختلال تفاوت معناداری وجود نداشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های کامنس و همکاران (۱۰) و پازوانتگو و همکاران (۱۱) مبنی‌بر زیادبودن سبک دلبستگی اجتنابی ناایمن در بزرگسالان و نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی درمقایسه با افراد بدون اختلال، همخوانی دارد. همچنین نتایج مطالعهٔ شارف و همکاران بیانگر نقش سبک دلبستگی ناایمن در پیش‌بینی علائم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در نوجوانان بود (۱۲) و با نتایج پژوهش حاضر همخوان است.

در تبیین یافتهٔ مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از نظر زیست‌شناختی درقبال پاسخ‌گوبودن والدین و سایر افراد مهم حساسیت بیشتری دارند و چالش‌های بیشتری را در زمینهٔ دلبستگی ایمن تجربه می‌کنند که می‌تواند به خودآگاهی منفی و مشکلات در تنظیم هیجانات منجر شود. از طرف دیگر، امکان دارد دلبستگی ناایمن باعث اختلال در تنظیم هیجانات شود که زمینه‌ساز ظهور علائم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی است (۱۲). مشکلات خودتنظیمی (به‌عنوان مثال کنترل تکانه و بازداری) عناصر اصلی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی است که درنتیجهٔ دلبستگی ناایمن در دوران کودکی ایجاد می‌شود (۱۰)؛ بنابراین می‌توان گفت، بین اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و دلبستگی ناایمن ارتباط دوسویه وجود دارد. آن‌ها عوامل خطر متقابلی هستند و می‌توانند زمینه‌ساز بروز یکدیگر باشند (۲۰).

باتوجه به تعداد محدود نمونه و استفاده از نمونه‌های غیرتصادفی، در تعمیم‌دهی نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود و انجام‌دادن مطالعات گسترده‌تر در این حوزه توصیه می‌شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که در آن از پرسش‌نامه‌ای خودگزارشی استفاده شد؛ بنابراین این احتمال وجود داشت که افراد بخواهند تصویر مطلوبی از خود ارائه دهند یا مشارکت‌کنندگان به استفاده از شیوه‌های مبتنی‌بر کسب تأیید اجتماعی و اجتناب از بدنامی ترغیب شوند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی روش نمونه‌گیری تصادفی به‌کار رود و درکنار پرسش‌نامه از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات مانند مصاحبه استفاده شود. همچنین توصیه می‌شود، در درمان اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بزرگسالان به سبک‌های دلبستگی این افراد توجه شود و مداخلات لازم در این حوزه صورت گیرد. ازآنجاکه این افراد مشکلات بین‌فردی بیشتری را تجربه می‌کنند، توصیه می‌شود تحت آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر مانند ابراز وجود، کنترل خود و مسئولیت‌پذیری قرار گیرند.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر نتیجه گرفته می‌شود که بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی درمقایسه با بزرگسالان بدون اختلال در روابط بین‌فردی دچار مشکلات بیشتری هستند و سبک دلبستگی در این افراد از نوع سبک دلبستگی اجتنابی است؛ همچنین در قیاس با افراد بدون اختلال دلبستگی ایمن کمتری دارند.

## ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با شکیبایی همکاری کردند، قدردانی می‌شود.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.188.7 ]
[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.177 ]

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ازجمله ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این مطالعه، کدهای اخلاقی ۸-۴ (شرکت کاملاً داوطلبانه در تحقیق و دربرنداشتن هرگونه تبعات منفی در صورت تمایل‌نداشتن افراد به ادامهٔ همکاری)، ۸ـ۵ (اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه) و ۹ـ۸ (محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و تهیهٔ گزارش پژوهش به‌گونه‌ای که شناسایی شرکت‌کنندگان ممکن نباشد) از نظام‌نامهٔ اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاورهٔ جمهوری اسلامی ایران بود.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

منابع مالی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مستقلی بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است؛ همچنین همهٔ یافته‌های آن به‌طور دقیق و شفاف ارائه شده است.

## References

1. Bitter I, Mohr P, Balogh L, Látalová K, Kakuszi B, Stopková P, et al. ADHD: a hidden comorbidity in adult psychiatric patients. Atten Def Hyp Disord. 2019;11:83–9. doi:10.1007/s12402-019-00285-9
2. Luo Y, Weibman D, Halperin JM, Li X. A review of heterogeneity in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Front Hum Neurosci. 2019;13:42. doi:10.3389/fnhum.2019.00042
3. Sodano SM, Tamulonis JP, Fabiano GA, Caserta AM, Hulme KF, Hulme KL, et al. Interpersonal problems of young adults with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Attention Disorder. 2021;25(4):562–71. doi:10.1177/1087054718821728
4. Boehnke K. The intergenerational transmission of interpersonal problems: an exploration. J Child Fam Stud. 2015;24(10):2999–3008. doi:10.1007/s10826-014-0103-5
5. Kamran M, Besharat MA, Ghorbani N. Predicting children's interpersonal problems in terms of parenting styles. Rooyesh. 2019;8(2):143–52. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-1157-en.html
6. Sibley MH, Evans SW, Serpell ZN. Social cognition and interpersonal impairment in young adolescents with ADHD. J Psychopathol Behav Assess. 2010;32(2):193–202. doi:10.1007/s10862-009-9152-2
7. Scholtens S, Rydell AM, Bohlin G, Thorell LB. ADHD symptoms and attachment representations: considering the role of conduct problems, cognitive deficits and narrative responses in non-attachment-related story stems. J Abnorm Child Psychol. 2014;42(6):1033–42. doi:10.1007/s10802-014-9854-0
8. Besharat MA. Development and validation of Adult Attachment Inventory. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011;30:475–9. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.093
9. Doinita NE, Maria ND. Attachment and parenting styles. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;203:199–204. doi:10.1016/j.sbspro.2015.08.282
10. Koemans RG, Van Vroenhoven S, Karreman A, Bekker MHJ. Attachment and autonomy problems in adults with ADHD. J Atten Disord. 2015;19(5):435–46. doi:10.1177/1087054712453170
11. Pazvantoglu O, Karabekiroglu K, Sarisoy G, Baikal S, Korkmaz IZ, Akbas S, et al. The relationship of adult ADHD and attachment style. Anatolian Journal of Psychiatry. 2011;12(4):274–9.
12. Scharf M, Oshri A, Eshkol V, Pilowsky T. Adolescents' ADHD symptoms and adjustment: the role of attachment and rejection sensitivity. Am J Orthopsychiatry. 2014;84(2):209–15. doi:10.1037/h0099391
13. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2012. [Persian].
14. Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Personality and Social Psychology. 1987;52(3):511–24. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
15. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureño G, Villaseñor VS. Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):885–97. doi:10.1037//0022-006x.56.6.885
16. Besharat MA. Reliability, validity, and factorial analysis of a short form of the Inventory of Interpersonal Problems in an Iranian population. Contemporary Psychology. 2010;4(2):25–36 [Persian]
17. Fadaee M, Nilforooshan P, Sadeghi A. Comparing the career development and procrastination in attention deficit- hyperactivity disorder students with common students. Research in Medical Education. 2015;7(3):49–56. [Persian] doi:10.18869/acadpub.rme.7.3.49
18. Matza LS, Margolis MK, Deal LS, Farrand KF, Erder MH. Challenges of developing an observable parent-reported measure: a qualitative study of functional impact of ADHD in children. Value in Health. 2017;20(6):828–33. doi:10.1016/j.jval.2017.02.010
19. Rajabi S, Abolghasemi A, Narimani M, Ghaemi F. The effectiveness of impulse control training on the self-efficacy of students with ADHD symptoms. Journal of School Psychologh and Institutions. 2013;1(4):57–73. [Persian] http://jsp.uma.ac.ir/article_49.html?lang=en
20. Storebø OJ, Rasmussen PD, Simonsen E. Association between insecure attachment and ADHD: environmental mediating factors. J Atten Disord. 2016;20(2):187–96. doi:10.1177/1087054713501079



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.188.7 ]
[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.177 ]