



Model of effect of attention deficit hyperactivity disorder symptoms on job performance with mediation quality of life among Iran Khodro Employees

Nahid Akbarzadeh, M.A

Master of Educational Psychology, Shandiz Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.

Maryam Ghazaei, Ph.D

Assistant Professor, Department of Psychology, Sadjad University, Mashhad, Iran.

الگوی تاثیر نشانگان اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه بر عملکرد شغلی با میانجی‌گری کیفیت زندگی در میان کارمندان ایران خودرو

ناهید اکبرزاده

کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، موسسه آموزش عالی شان‌دیز، مشهد، ایران.

مریم قزایی*

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سجاد، مشهد، ایران

Abstract

Aim of this present study was investigating the effect of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms on job performance with meditation of quality. The research method was descriptive correlational. The research population consisted of 400 employees of Iran Khodro Mashhad Company, which according to Morgan table, 196 people were randomly selected. Questionnaires were used to collect data were Adult ADHD Rating Scale (Barkley, 2011), Job Performance (Paterson, 1970), Quality of Life (Sheboune & Ware, 1992). The proposed model was evaluated using structural equation modeling using AMOS and SPSS software version 22. The finding showed that the final model has suitable fitness to research data. Direct effect of deficit attention and job performance, attention deficit and life quality, impulsivity and life quality, life quality and performance job were significant ($p < 0.01$). The results of Bootstrap for the intermediate pathways of the final model showed that the indirect effect between the variables of attention deficit and job performance, impulsivity and job performance through mediation life quality was significant ($p < 0.01$).

Keywords: : ADHD , job performance, quality of life

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر نشانگان اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه بر عملکرد شغلی با میانجی‌گری کیفیت زندگی است. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل ۴۰۰ نفر از کارمندان شرکت ایران خودرو مشهد بود که طبق جدول مورگان ۱۹۶ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردید و برای گرد آوردی داده‌ها از پرسش‌نامه‌های اختلال بیش‌فعالی/کاستی توجه بزرگسالان (Barkley, 2011)، عملکرد شغلی (Paterson, 1970)، کیفیت زندگی (Sheboune & Ware, 1992) استفاده گردید. ارزیابی الگوی پیشنهادی از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS و SPSS انجام گرفت. نتایج نشان داد الگوی نهایی از برازش مطلوبی برخوردار است. تاثیرات مستقیم نقص توجه و عملکرد شغلی، نقص توجه و کیفیت زندگی، تکانشگری و کیفیت زندگی و کیفیت زندگی و عملکرد شغلی در الگوی نهایی معنی‌دار بودند ($p < 0/01$). هم‌چنین نتایج بوت‌استرپ نشان داد که تاثیر غیرمستقیم بین متغیرهای نقص توجه و عملکرد شغلی، تکانشگری و عملکرد شغلی از طریق میانجی‌گری کیفیت زندگی معنی‌دار است ($p < 0/01$).

واژگان کلیدی: اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، عملکرد شغلی، کیفیت زندگی

مقدمه

هر سازمانی برای رسیدن به اهدافی خاص به وجود آمده است و دستیابی به این اهداف (اثربخشی سازمان) و استفاده بهینه از منابع در گروه عملکرد کارکنان است (Ghaderi, Rostami, Ghaderi, Rostami, 2016). به همین دلیل عملکرد شغلی مفهومی است که به دلیل اهمیت بالای بهره‌وری در محل کار، مورد توجه بسیاری از سازمان‌ها بوده (Newman, Kinney & Farr, 2004) و عبارت است از ارزش مورد انتظار سازمان‌ها از رویدادهای رفتاری مجزا که افراد طی یک دوره زمانی مشخص به دست می‌آورند. عملکرد شغلی باعث ارتقای کیفیت خدمات و تولید سازمان‌ها می‌شود (Alirezaei, Masah, Alirezaei, Masah, 2013). Erson, Luthans, Avolio, Walumbwa, and Zhang (2011) بیان می‌کنند که عملکرد شغلی به درجه‌ای از انجام وظایف محوله به فرد در شغل وی گفته می‌شود. به عبارت ساده‌تر، عملکرد شغلی کارکنان به این معناست که آن‌ها تا چه حد از منابع مورد استفاده سود می‌برند (Peterson et al, 2011). عوامل مختلفی بر عملکرد کارکنان سازمان تاثیرگذار است. یکی از این عوامل ویژگی‌های روانی و شخصیتی افراد است. عقیده بر این است که سازگاری و هماهنگی بین شخصیت افراد و ویژگی‌های روانی با شغل و محیط کار، منجر به عملکرد سازمانی مثبت می‌شود. شناخت ویژگی‌های روانی و شخصیتی فرد در ابتدای انتخاب شغل یا حتی در میانه شغل، سبب تسهیل جهت‌گیری به سمت شغلی است که با نیازهای روانی و شخصیتی همخوانی دارد. عدم توجه کافی به تناسب شخصیت و ویژگی‌های روانی با شغل افراد باعث پیامدهایی از قبیل کاهش کارایی و اثربخشی در سازمان، کاهش رضایت شغلی، کاهش هماهنگی و سازگاری فرد با شغل، کاهش موفقیت شغلی، افزایش جابه‌جایی و ترک خدمت و افزایش فرسودگی شغلی می‌شود (Faraji, Bashiri, Faraji, Bashiri, 2016). Yavari & Ebrahimi Kangloul (2016). نتایج این‌گونه پژوهش‌ها لزوم بررسی ویژگی‌های شخصیتی و روانی را به خوبی نشان می‌دهد.

به عنوان نمونه یکی از ویژگی‌های روانی که می‌تواند در عملکرد شغلی تداخل ایجاد کند، نشانگان اختلال بیش‌فعالی

همراه با نقص توجه (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) است (Bekley, Murphy & Fischer, 2008; Biederman et al, 2006; De Graff et al, 2008; Gjervan, Torgersen, Nordah & Rasmussen, 2012; Safren, Sprich, Cooper-Vinc, Knouse & Lerner, 2010; Torgersen, Gjervan & Rasmussen, 2006) ADHD یک اختلال رشدی است که با بیش‌فعالی، تکانشگری و نقص توجه شناخته می‌شود و یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان پزشکی در دوران کودکی و نوجوانی است (Vender, 1995). مدت‌ها تصور می‌شد که کودکان مبتلا به ADHD هنگام رسیدن به سن نوجوانی یا اوایل بزرگسالی مشکلات خود را پشت سر می‌گذارند. متأسفانه این فرض توسط بررسی‌های طولی این اختلال تایید نشده است. هنگامی که کودکان مبتلا به ADHD به سن نوجوانی و بزرگسالی می‌رسند از تعداد و شدت نشانه‌ها ممکن است کاسته شوند، اما آن‌ها هنوز با همسالان خود تفاوت‌های عمده‌ای دارند (Dupaul & Stoner, 2002). در واقع یک سوم کودکان مبتلا به ADHD، نشانه‌های کامل اختلال را تا دوران بزرگسالی با خود دارند و دو سوم باقی مانده نیز برخی از نشانه‌های درمان نشده را در ایام بزرگسالی حفظ می‌کنند (Young & Bramham, 2007). در همین راستا موسسه‌ی عالی بین‌المللی بالینی و سلامتی (National Institute for Health and Clinical Excellence) در سال ۲۰۰۹ بیان کرد که ADHD بزرگسالان یک اختلال بالینی معتبر است (Noury, Tatineni & Healy, 2010). براساس گزارش موسسه ملی بهداشت روان آمریکا (۲۰۱۰)، حدود ۳ تا ۹ درصد از کودکان در سنین مدرسه و در حدود ۴/۴ درصد از بزرگسالان، مبتلا به ADHD هستند. مطالعات انجام شده در داخل کشور شیوع ADHD را در جمعیت دانشجویان ۳/۷ درصد تخمین زده‌اند (Arabgol, Hayati & Hadid, 2004). همان‌طور که گفته شد بیش‌فعالی، تکانشگری، و نقص توجه از علامت‌های اصلی این اختلال هستند. در دوران بزرگسالی، بیش‌فعالی آشکار که در کودکی علامت رایجی است، کمتر وجود دارد و فرد بیشتر احساس بی‌قراری می‌کند (Dupaul & Stoner, 2002). نشانه‌ی مرکزی دیگری که در این افراد دیده می‌شود، تکانشگری است. تکانشگری شناختی و رفتاری

است. به دلیل ثبات این بیماری در طول عمر و ارتباط آن با تخریب عملکرد گسترده و مشکلات همپوش، بررسی ارتباط نشانه‌های این اختلال با کیفیت زندگی مدتی است مورد توجه قرار گرفته است (Gratez, Sawyer, Hazell, Arney & Baghurst, 2001; Barkley & Murphy, 2010). تحقیقات متفاوت نشان داده است که نشانه‌های درمان نشده این اختلال، حتی اگر معیارهای تشخیصی لازم را پر نکنند اما کیفیت زندگی بزرگسالان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (Brod, Jounsten, Able & Swindle, 2006; Matz, Johnston, Faries, Malley & Brod, 2007; Weiss et al, 2010). در واقع مطالعات طولی نیز نشان می‌دهد که حتی کاهش نشانه‌ها، ضمانتی برای افزایش کیفیت زندگی بیماران نیست (Biederman, 2000). مفهوم کیفیت زندگی به روش‌های متفاوت تعریف شده است. یک تعریف نسبتاً پذیرفته شده این است که کیفیت زندگی درک ذهنی شخص از تاثیر وضعیت سلامتی‌اش (مانند بیماری و درمان) بر روی عملکرد فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (Bonomi, Patric & Bushnell, 2000). تعلل، به تعویق انداختن، بی‌نظمی، فراموشکاری، مشکلات ارتباطی، تصمیمات تکانشی، بی‌قراری از جمله مشکلات رایج این بیماران در زندگی روزمره است که می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را در ابعاد جسمانی، ذهنی و روانی تحت تاثیر قرار دهد (Rabiner, Anastopoulos, Costello, Hoyle & Swatzwelder, 2008). افراد دارای نشانگان ADHD در سطوح شناختی، رفتاری و هیجانی درگیر مشکلات متعددی در زمینه‌های تحصیلی و شغلی می‌شوند و احتمال رفتارهای پرخطر جنسی، مصرف مواد، جرائم مختلف و تصادفات در آن‌ها بالاست (Ballas et al, 2009). با افزایش شدت نشانه‌ها قاعدتاً مشکلات جسمانی و سلامت روانی افراد بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرد (Gjervan, Torgersen, Rasmussen & Nordah, 2012).

بنابراین یکی از حوزه‌های اصلی زندگی این بیماران که توسط نشانه‌های مرکزی ADHD و کاهش کیفیت زندگی تحت تاثیر قرار می‌گیرد، عملکرد شغلی این افراد است، چرا

باعث می‌شود تا بیماران در کنترل فرایندهای فکری، رفتاری و گفتاری ناتوان باشند. آن‌ها با اولین جرقه‌ای که به ذهنشان می‌رسد، افکار، احساسات و عقاید خود را بدون در نظر گرفتن پیامدهای احتمالی، بیان می‌کنند. آن‌ها در این گونه موارد فاقد یک نیروی بازدارنده درونی برای متوقف کردن خود و انتخاب رفتار مناسب هستند. این افراد تمایلی برای در نظر گرفتن دیدگاه‌های جایگزین و تصمیم‌گیری نظام‌مند ندارند (Ramsey & Rostin, 2011). یکی از دیگر مشکلاتی که افراد مبتلا به ADHD با آن مواجه هستند، نقص توجه است. توجه که شامل چندین مهارت ذهنی است، برای عملکرد بهینه شغلی، اجتماعی و شخصی ضروری است. در بیماری ADHD چهار قلمرو توجه تحت تاثیر قرار می‌گیرد: توجه انتخابی، توجه تقسیم شده، تغییر توجه و نگهداری توجه. نقص توجه در این چهار قلمرو باعث ایجاد مشکلاتی در فعالیت‌های روزانه‌ی این افراد می‌شود، به گونه‌ای که این بیماران نمی‌توانند وظایف چندگانه‌ی خود را که مستلزم جوامع امروزی است به انجام برسانند (Young & Bramham, 2007). در واقع با نقص در توجه انتخابی، بیمار نمی‌تواند از همه توجه خود برای متمرکز شدن بر روی یک تکلیف استفاده نماید، یا به دلیل نقص در نگهداری توجه، اگر وظیفه طولانی و خسته کننده باشد، این احتمال وجود دارد که فرد به طور کلی از انجام آن منصرف شود و به محرک‌های جالب‌تر بپردازد. یا حتی این بیماران ممکن است نتوانند توالی فکر خود را در حین مکالمه حفظ کنند و فراموش کنند که چه می‌خواستند بگویند. در نهایت این که معمولاً در حین انجام وظایف شروع به رویاپردازی کرده و از وظیفه اصلی منحرف می‌شوند (Ratey, 2008). علاوه بر مشکلات مرکزی، تعداد زیادی از مشکلات ناشی از اختلال مانند مهارت‌های ضعیف مدیریت زمان و حل مساله که در کودکی توسط والدین، معلمان و مراقبان کنترل می‌شد که به دلیل نقص در عملکرد اجرایی این افراد است (Bekley & Murphy, 2010) اکنون باید از طریق خود فرد مدیریت شود و اغلب این کار به صورت نامناسبی صورت می‌پذیرد (Adler, 2006).

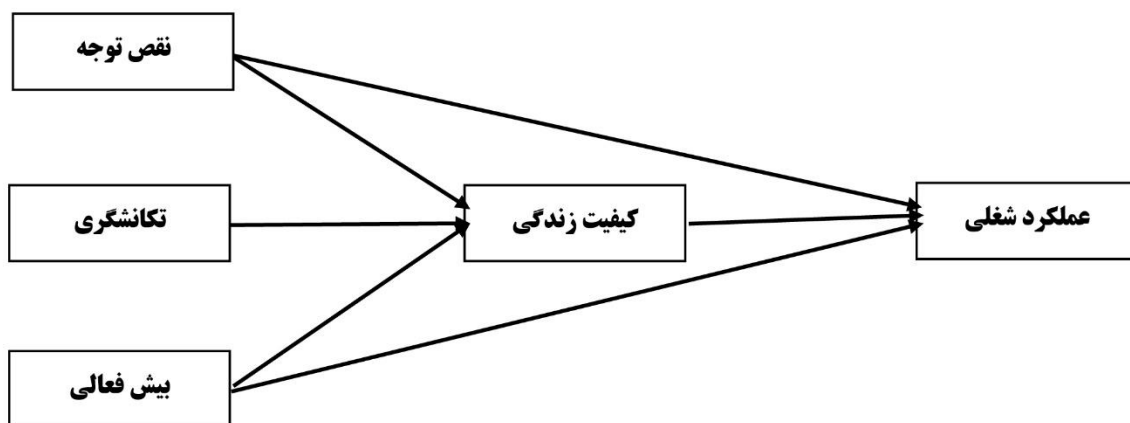
شواهد رو به رشدی وجود دارد که نشان می‌دهد نشانه‌های مرکزی تنها بخشی از مشکلات بیماران مبتلا به ADHD

با توجه به این که بقا و تداوم فعالیت سازمان‌ها و موسسه‌ها به چگونگی عملکرد کارکنان بستگی دارد و در سازمان‌های مختلف سرمایه‌گذاری زیادی برای بالا بردن عملکرد کارکنان می‌شود و همچنین از این جهت که تا کنون پژوهشی در راستای بررسی تاثیر نشانه‌های ADHD بر عملکرد شغلی در ایران مشاهده نشده است، هدف پژوهش حاضر این است که به این سوال پاسخ دهد که آیا نشانه‌های ADHD (بیش‌فعالی، تکانشگری و نقص توجه) بر عملکرد شغلی با میانجی‌گری کیفیت زندگی در کارمندان ایران خودرو مشهد تاثیر دارد؟

فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از:

۱. نشانه نقص توجه بر کیفیت زندگی تاثیر مستقیم دارد.
۲. نشانه بیش‌فعالی بر کیفیت زندگی تاثیر مستقیم دارد.
۳. نشانه تکانشگری بر کیفیت زندگی تاثیر مستقیم دارد.
۴. نشانه نقص توجه بر عملکرد شغلی تاثیر مستقیم دارد.
۵. نشانه بیش‌فعالی بر عملکرد شغلی تاثیر مستقیم دارد.
۶. نشانه تکانشگری بر عملکرد شغلی تاثیر مستقیم دارد.
۷. نشانه کیفیت زندگی بر عملکرد شغلی تاثیر مستقیم دارد.
۸. نشانه بیش‌فعالی از طریق کیفیت زندگی بر عملکرد شغلی تاثیر غیر مستقیم دارد.
۹. نشانه تکانشگری از طریق کیفیت زندگی بر عملکرد شغلی تاثیر غیر مستقیم دارد.
۱۰. نشانه نقص توجه از طریق کیفیت زندگی بر عملکرد شغلی تاثیر غیر مستقیم دارد.

که محیط کار معمولا نیاز به سازمان‌دهی، ثبات رفتار و حل مساله در طول روز، هفته یا حتی ماه‌ها دارد. عملکرد موثر در محل کار نیاز به توانایی مدیریت زمان، خود سازمان‌دهی، فعال سازی خود و حفظ انگیزه برای دنبال کردن نتایج بلند مدت بزرگتر در برابر پیامدهای فوری‌تر دارد (Bekley & Murphy, 2010). درصد زیادی از جمعیت کلینیکی مبتلا به ADHD بیکار بوده یا از محل کار خود اخراج می‌شوند، آن‌ها ممکن است به صورت تکانشی کار خود را رها کنند یا بیشتر از سایرین از مرخصی‌های استعلاجی استفاده کنند. این افراد ممکن است مستحق دریافت از کار افتادگی تشخیص داده شوند یا مکررا در حال تغییر شغل باشند و بیشتر از سایر همکاران خود مشکلات شغلی مزمن را را تجربه کنند (Halmoy, Fasmer, Gillberg & Haavik, 2009). بزرگسالان دارای نشانه‌های ADHD بیشتر از سایرین عقاید شغلی ناکارآمد، ناتوانی در تصمیم‌گیری، اضطراب کاری و تعارض‌های بین فردی در محیط کار را گزارش می‌دهند (Painter, 2008). بزرگسالان دارای علائم ADHD بیشتر روزها بازده پایینی در شغل خود دارند، بیشتر از دوبرابر سایرین ریسک غیبت در محیط کار را به دلیل بیماری دارند و بیشتر از دوبرابر بزرگسالان در حال کار دیگر، ریسک حوادث شغلی را با خود یدک می‌کشند. در آمریکا هزینه‌های یک فرد مبتلا به ADHD برای کارفرما بدون در نظر گرفتن هزینه حوادث حدود ۴۳۳۶ دلار در سال بیشتر از سایر کارمندان تخمین زده شده است (Bekley & Murphy, 2010). بنابراین



شکل ۱. مدل پیشنهادی پژوهش

می‌آیند، جمع شده و به عنوان نمره‌ی کل اختلال بیش‌فعالی/کاستی توجه منظور می‌گردد. این آزمون، در ایران توسط Ghazaei, Hamid & mehrabizadeh honarmand (2012) به زبان فارسی ترجمه شد و ویژگی‌های روانسنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. (Barkley (2011) برای ارزیابی پایایی این پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده کرد و آن را به فاصله‌ی زمانی ۳ هفته بر روی ۶۲ بزرگسال اجرا نمود. همبستگی به دست آمده برای این دو خرده مقیاس کاستی توجه، بیش‌فعالی، تکانشگری، کندی شناختی زمان و نمره‌ی کل اختلال بیش‌فعالی/کاستی توجه به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۸۸، ۰/۷۵ می‌باشد. در پژوهش Ghazaei et al (2011) به منظور ارزیابی پایایی از روش همسانی درونی استفاده شد. آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های کاستی توجه، بیش‌فعالی، تکانشگری، کندی شناختی زمان و نمره‌ی کل اختلال بیش‌فعالی/کاستی توجه به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۱، ۰/۶۴، ۰/۷۷، ۰/۷۶ به دست آمد. ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و پرسشنامه‌ی تشخیص اختلال بیش‌فعالی/کاستی توجه بزرگسالان بارکلی (فرم بلند و دیگر گزارشی) در خرده مقیاس کاستی توجه به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۶۷، ۰/۶، و ۰/۷ (N=۲۵۹، p<0/001) به دست آمد (Barkley, 2011).

Ghazaei et al (2011) برای بررسی روایی همزمان از مقیاس تکانشگری بارات استفاده کردند. همبستگی به دست آمده بین پرسشنامه‌ی تکانشگری بارات و خرده مقیاس‌های کاستی توجه، بیش‌فعالی، تکانشگری، کندی شناختی زمان و نمره‌ی کل اختلال بیش‌فعالی/کاستی توجه به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۴۴، ۰/۶۰، ۰/۴۸ و ۰/۶۸ گزارش شد (N=50، p < ۰/۰۱).

مقیاس عملکرد شغلی پاترسون (Paterson Job Performance Scale): پرسشنامه عملکرد شغلی توسط Paterson (1970) تهیه و تدوین گردیده و در سال ۱۳۶۹ توسط ارشدی و شکرکن ترجمه شد. این پرسشنامه از ۱۵ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش عملکرد شغلی کارکنان به کار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای (۱ تا ۴) است. دامنه نمرات و امتیازات هر آزمودنی بین ۱۵ تا ۶۰ می‌باشد. به منظور سنجش پایایی این

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. در این پژوهش، نشانگان ADHD متغیرهای پیش‌بین، کیفیت زندگی متغیر واسطه‌ای و عملکرد شغلی متغیر وابسته بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه کارکنان شاغل در ایران خودرو شهر مشهد بود (N=۴۰۰). با توجه به تعداد افراد جامعه آماری در این پژوهش، حجم نمونه بر اساس جدول مورگان ۱۹۸ نفر می‌باشد. بنابراین تعداد ۱۹۸ پرسشنامه به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده بین کارکنان توزیع گردید. یافته‌های مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی گروه نمونه نشان می‌دهد ۶۶ نفر (۳۳/۷ درصد) از شرکت کنندگان مرد و ۱۳۰ نفر (۶۶/۳ درصد) از آن‌ها زن هستند. همچنین توزیع پاسخ‌دهندگان بر حسب متغیر تحصیلات نشان داد که ۱۱ نفر (۵/۶ درصد) از آن‌ها زیر دیپلم، ۹۱ نفر (۴۶/۴ درصد) دیپلم، ۴۰ نفر (۲۰/۴ درصد) فوق دیپلم، ۴۷ نفر (۲۴ درصد) لیسانس، ۷ نفر (۳/۶ درصد) فوق لیسانس هستند. توزیع پاسخ‌دهندگان بر حسب وضعیت تاهل نشان داد که ۱۲۷ نفر (۶۴/۸ درصد) متاهل و ۶۹ نفر (۳۵/۲ درصد) مجرد هستند. لازم به ذکر است ۶۳ نفر (۳۲/۱ درصد) از شرکت کنندگان در پست‌های اداری و ۱۳۳ نفر (۶۷/۹ درصد) کارگر بوده‌اند. میانگین و انحراف معیار سن کل شرکت کنندگان به ترتیب ۳۲/۴۲ و ۶/۸ بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه بزرگسالان بارکلی (فرم بلند و خودگزارشی) (Adult ADHD Rating Scale- Self report form & Subscale): این مقیاس یک آزمون ۲۷ سوالی است که به وسیله‌ی بارکلی برای تشخیص اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه در افراد بالاتر از ۱۸ سال، ساخته شده است. آزمون شامل ۴ خرده مقیاس کاستی توجه (۹ آیتم)، بیش‌فعالی (۵ آیتم)، تکانشگری (۴ آیتم) و کندی شناختی زمان (۹ آیتم) می‌باشد. نمره‌گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت از نمره‌ی ۱ تا ۴ می‌باشد. نمراتی که از خرده مقیاس‌های کاستی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری به دست

به روش همسانی درونی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹ در نوسان بود. روایی سازه این پرسشنامه در پژوهش Montazeri et al (2005) نشان داد که دو بعد اصلی جسمانی و روانی ۶۵/۹ درصد واریانس مقیاس‌های پرسشنامه را توجیه می‌کند.

شیوه اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوز از شرکت ایران خودرو مشهد، محقق لیستی از کارکنان تهیه کرده و ۱۹۸ نفر از آن‌ها را به صورت تصادفی ساده انتخاب کرد. سپس پرسشنامه‌های خود را بین این افراد منتخب توزیع کرده و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های مربوطه را از طریق نرم افزار SPSS16 و AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار داد.

یافته‌ها

پیش از آزمون الگو، برای اطمینان از اینکه اده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل مسیر را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور چهار مفروضه داده‌های از دست رفته (missing)، بررسی داده‌های پرت (outliers)، نرمال بودن (normality) و همخطی چندگانه (multi-collinearity) مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش، از روش جاگزین کردن میانگین به جای داده‌های از دست رفته استفاده شد. همچنین لازم به ذکر است قبل از محاسبه اطلاعات توصیفی، داده‌های پرت بررسی شد. در این مرحله یک نفر از آزمودنی‌ها به دلیل نمره ۳ انحراف بالاتر در متغیر عملکرد شغلی حذف گردید (Beshlideh, 1391). نمرات کشیدگی (kurtosis) و کجی (skewness) متغیرها در بازه (-۱ تا +۱) قرار دارد، بنابراین توزیع متغیرها نرمال است (Beshlideh, 2012). در این پژوهش همخطی چندگانه با استفاده از آماره تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۲ نتایج بررسی همخطی چندگانه را گزارش می‌کند.

پرسشنامه در ایران از دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن آزمون استفاده شد که مشخص گردید که ضریب اعتبار محاسبه شده با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و با روش دو نیمه کردن آزمون، برابر ۰/۸۷ می‌باشد (Shokrkon, Naami, Neysi & Mehrabi Zadeh Honarmand, 2001).

پژوهش Faraji et al (2016) روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. در این پژوهش شاخص‌های حاصل از تحلیل عامل تاییدی با استفاده از نرم افزار AMOS 22 محاسبه شدند (RMSEA = ۰/۰۵، CFI = ۰/۸۹، $\chi^2/df = ۰/۸۷$) که بیانگر اعتبار مطلوب این پرسشنامه است.

پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی (Short Form Health Survey Questionnaire): این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود توسط Sheboune & Ware (1992) ساخته شد و دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گذشته از این، SF-۳۶ دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مولفه فیزیکی که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مولفه روانی که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌نماید. نمره آزمودنی در هر سوال بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است. نمره کل پرسشنامه از جمع نمرات هر سوال تقسیم بر ۳۶ به دست می‌آید و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی بیشتر از ۰/۸ و اعتبار سازه آن توسط سازندگان مناسب گزارش شده است، به نحوی که دو بعد روانی و جسمانی حدود ۶۸ درصد واریانس کل را پیش‌بینی می‌کنند (McHorney, Sheboune & Ware, 1994). در داخل کشور نیز این پرسشنامه توسط Montazeri, Gashtasbi, Vahdani (2005) به فارسی ترجمه گردید و پایایی آن

جدول ۱. نتایج بررسی هم‌خطی چندگانه متغیرهای پژوهش

شاخص‌های هم‌خطی چندگانه				
عملکرد شغلی		کیفیت زندگی		
VIF	آماره تحمل	VIF	آماره تحمل	
۱/۵۱	۰/۶۶	۰/۷۱	۱/۴۱	تکانشگری
۱/۳۶	۰/۷۳	۱/۳۷	۰/۷۳	بیش‌فعالی
۱/۳۴	۰/۷۶	۱/۲	۰/۸۲	نقص توجه
۱/۲۹	۰/۷۹	-	-	کیفیت زندگی

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهند، ارزش‌های تحمل به دست آمده برای متغیرها بالای ۰/۱ هستند و نشان‌دهنده عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرها هستند. همچنین، مقدار عامل تورم واریانس (VIF) به دست آمده برای متغیرها کوچک‌تر از ۱۰ هستند و این نشان می‌دهد که بین متغیرها هم‌خطی چندگانه وجود ندارد. برازش الگوی پیشنهادی و نهایی با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی از جمله مجذور کای (X^2)، نسبت X^2/df ، جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)، شاخص برازندگی افزایش (IFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص توکر-لویز (TLI) در جدول ۲ گزارش شده است. هرچقدر مقدار مجذور

خکی از صفر بزرگ‌تر باشد، برازندگی مدل کمتر می‌شود. مجذور کای معنی‌دار، تفاوت معنی‌دار بین کوواریانس‌های مفروض و مشاهده شده را نشان می‌دهد. با وجود این، چون فرمول مجذور کای، حجم نمونه را در بر دارد، مقدار آن در مورد نمونه‌های بزرگ متورم می‌شود و معمولاً به لحاظ آماری معنی‌دار می‌گردد. همچنین در شاخص‌هایی مانند AGFI، GFI، TLI، CFI و IFI برازش ۰/۹ به بالا قابل قبول است. شاخص مناسب دیگر، شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) است که بر اساس آن مقدار کمتر از ۰/۰۸ قابل قبول است و برای مدل‌های بسیار خود ۰/۰۵ و کمتر در نظر گرفته می‌شود.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی و مدل نهایی در این پژوهش

شاخص‌های برازش	X^2	DF	X^2/df	IFI	CFI	GFI	AGFI	NFI	TLI	RMSEA
مدل پیشنهادی	۱۹۶/۹	۱۰	۱۹/۶۹	۱	۱	۰/۶۵	۰/۴۸	۱	محاسبه نشده	۰/۳
مدل نهایی	۶/۷۷	۳	۲/۲۷	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۰۷

نتایج حاصل از بررسی الگوی پیشنهادی نشان می‌دهد که اکثریت شاخص‌ها از برازش مطلوب برخوردار نیستند بنابراین مسیری که در الگوی پیشنهادی معنی‌دار نشدند از مدل حذف شدند. بیش‌فعالی با کیفیت زندگی ($B=۰/۰۹$)، بیش‌فعالی با عملکرد شغلی ($B=-۰/۱۲$)، تکانشگری با عملکرد شغلی ($B=-۰/۰۴$)، تکانشگری با عملکرد شغلی ($P=۰/۰۵۳$)، هم‌خطی با کیفیت زندگی و عملکرد شغلی، این متغیر نیز از مدل حذف گردید. همان‌طور که در یافته‌های مدل نهایی مشاهده می‌شود همه شاخص‌های برازندگی از مطلوبیت کافی و بیشتری برخوردار شدند. این

نتایج حاصل از بررسی الگوی پیشنهادی نشان می‌دهد که اکثریت شاخص‌ها از برازش مطلوب برخوردار نیستند بنابراین مسیری که در الگوی پیشنهادی معنی‌دار نشدند از مدل حذف شدند. بیش‌فعالی با کیفیت زندگی ($B=۰/۰۹$)، بیش‌فعالی با عملکرد شغلی ($B=-۰/۱۲$)، تکانشگری با عملکرد شغلی ($P=۰/۰۵۳$)، هم‌خطی با کیفیت زندگی و عملکرد شغلی، این متغیر نیز از مدل حذف گردید. همان‌طور که در یافته‌های مدل نهایی مشاهده می‌شود همه شاخص‌های برازندگی از مطلوبیت کافی و بیشتری برخوردار شدند. این

شدند. بنابراین می‌توان گفت که کیفیت زندگی رابطه میان تکانشگری و نقص توجه را با عملکرد شغلی میانجی‌گری می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی تاثیر نشانگان اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه بر عملکرد شغلی با میانجی‌گری کیفیت زندگی در میان کارمندان ایران خودرو مشهد بوده است. یافته‌ها حکایت از برازندگی الگوی نهایی است. در واقع نقص توجه به صورت مستقیم و همچنین از طریق کیفیت زندگی بر عملکرد شغلی کارمندان تاثیرگذار بوده است. این یافته با پژوهش (Gjervan, Gjervan, Hjemdal & Nordahi, 2016) et al (2012), et al (2012) Gau et al (2010) همسوست. در این مطالعات نقص توجه از طریق تاثیرگذاری بر ابعاد عملکرد هیجانی و اجتماعی کیفیت زندگی با عملکرد شغلی رابطه دارد. در واقع مشکلات توجه به صورت مستقیم از طریق ایجاد مشکلات در حوزه‌های مدیریت زمان، حفظ انگیزه و نظم شخصی می‌تواند مشکلات شغلی را در بزرگسالی ایجاد کند. این مشکلات شغلی نه تنها باعث کاهش عملکرد فرد شده، بلکه حتی می‌تواند منجر به اخراج او از کار نیز شود (Bekley & Murphy, 2010). سطوح پایین‌تر تحصیلات آکادمیک، افزایش مشکلات شغلی شامل میزان پایین‌تر مشاغل حرفه‌ای، تغییرات مکرر شغل و وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین از جمله مشکلات بزرگسالان دارای اختلال ADHD است که ممکن است در دوران بزرگسالی فقط علامت نقص توجه در آن‌ها باقی مانده باشد (Biderman et al, 1993). در جوامع شلوغ امروزی با سطح نیاز بالا برای انجام وظایف چندگانه، نقص توجه می‌تواند برای بزرگسالان دردسر ساز باشد. نقص توجه در قلمرو توجه انتخابی می‌تواند منجر به ناتوانی برای دیدن جزئیات، عجز بودن، اشتباه در خواندن یا پر کردن فرم‌ها، جا انداختن خط‌ها در دستورالعمل و گزارش‌ها شود. مشکلات در تقسیم توجه می‌تواند در تمرکز بر مکالمه یا تکلیف هنگام وجود صداهای زمینه‌ای و انجام دو کار در یک زمان مطابق با استانداردهای قابل قبول اختلال ایجاد کند. نقص عملکرد در حوزه تغییر توجه می‌تواند باعث شود فرد به یک موضوع

بچسبد و برای تغییر توجه ناتوان باشد. به علاوه شروع کردن وظایف متعدد بدون تمام کردن آن‌ها به دلیل سخت بودن ادامه دادن وظیفه اولیه از جمله تبعات دیگر حوزه تغییر توجه است. همچنین ناتوانی در نگهداری توجه منجر به از دست دادن توالی یک مکالمه و حواس پرت شدن به وسیله افکار خود (درونی) یا هر چیز دیگری در اطراف (بیرونی) می‌شود (Young & Bramham, 2007).

در ارتباط با تاثیر غیر مستقیم نقص توجه از طریق کیفیت زندگی بر عملکرد شغلی می‌توان اینطور تبیین کرد که مشغول به کار بودن علاوه بر این که به طور مستقیم نیاز به حوزه‌های مختلف توجه دارد، نیاز به مهارت و راهبردهای مرتبط با حوزه‌های متفاوت کیفیت زندگی مانند مهارت‌های اجتماعی و هیجانی نیز دارد (Barkley & Murphy, 2010). مشکلات توجه از طریق کاهش عزت نفس، ایجاد مشکلات هیجانی و اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی بزرگسالان را تحت تاثیر قرار دهند (Gratez et al, 2001). در واقع مشکلات توجه در طول عمر می‌تواند باعث تجربه سال‌ها عدم موفقیت در حوزه‌های متفاوت زندگی شود. بنابراین افراد دارای مشکلات توجه اغلب احساس بی‌انگیزگی می‌کنند چرا که دائماً عدم موفقیت را تجربه می‌کنند. زمانی که انگیزه کاهش می‌یابد تلاش و توجه نیز متعاقب آن کاهش می‌یابد و فرد تمایلی ندارد تا اهداف تحصیلی، شغلی و خانوادگی خود را پیگیری کند (Young & Bramham, 2007). بنابراین توانایی توجه و تمرکز که شامل چندین مهارت ذهنی می‌باشد، برای عملکرد بهینه‌ی شغلی، اجتماعی و شخصی ضروری است (De Graaf et al, 2008).

به علاوه در این پژوهش نشان داده شد که تکانشگری نیز از طریق کیفیت زندگی با عملکرد شغلی رابطه دارد که این نتیجه با پژوهش گجروان و همکاران (۲۰۱۲) همسوست. تکانشگری از طریق تخریب ابعاد متفاوت کیفیت زندگی علی‌الخصوص بعد اجتماعی می‌تواند عملکرد شغلی را تحت تاثیر قرار دهد (Gjervan et al, 2012; Weiss, Worling & Waddell). افراد دارای مشکلات تکانشگری شناختی و رفتاری در تعاملات اجتماعی خود اولین چیزی را که به ذهنشان می‌رسد مانند احساسات، افکار و عقاید بدون سنجش عواقب آن-

طریق کاهش کیفیت زندگی، عملکرد شغلی را تحت تاثیر قرار دهد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان اشاره کرد که عملکرد شغلی با استفاده از پرسشنامه‌ی خودگزارشی اندازه‌گیری شده است و ممکن است آزمون‌های دقت کافی برای ارزیابی عملکرد شغلی و مشکلات شغلی خود نداشته باشند یا به دلیل ترس از ارزیابی و بازخورد از سوی مدیران مجموعه عملکرد شغلی خود را بیشتر از آنچه که بوده، گزارش کرده‌اند. این مساله راجع به گزارش علائم ADHD و کیفیت زندگی صادق است. چرا که به طور کلی ارزیابی عملکردهای متفاوت افراد در محیط کار می‌تواند باعث شود آن‌ها مطلوب‌نمایی داشته باشند و از گزارش واقعیت‌های موجود به دلیل ترس از پیامدهای آن اجتناب کنند. به علاوه در این پژوهش روابط بین نشانه‌های اختلال ADHD، عملکرد شغلی و کیفیت زندگی بدون مصاحبه تشخیصی و تشخیص قطعی اختلال بر اساس پرسشنامه‌های خودگزارشی و صرفاً بر اساس وجود نشانه‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. به دلیل آن که انجام مصاحبه تشخیصی نیاز به صرف وقت و هزینه فراوان دارد و در داخل کشور و مراکز دانشگاهی بودجه‌ی کافی برای انجام پژوهش و حمایت از تحقیقات وجود ندارد، لذا در این پژوهش از پرسشنامه‌های خودگزارشی استفاده شد. اگرچه لازم به ذکر است نتایج پژوهش با پژوهش‌ها انجام شده در خارج از کشور همسوست. در نهایت نیز به دلیل این که یافته‌های حاصل از این اطلاعات از مجموعه کارمندان ایران خودرو به دست آمده است باید در تعمیم نتایج به سایر جامعه احتیاط کرد.

یافته‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌دهد که درمان‌گران و مشاوران باید بر اهمیت نقص توجه و تکانشگری در هنگام مواجهه با مراجعان دارای مشکلات شغلی واقف باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود روابط متغیرهای پژوهش در افراد مبتلا به ADHD و با تشخیص قطعی مورد بررسی قرار بگیرد.

منابع

- Adler, L. (2006). *Distractions (ADHD in Adults)*.
Translated by Bashardoost Tajali, F. (2008).
Tehran: virayesh publication. (In Persian)

ها بیان می‌کنند. آن‌ها همچنین ممکن است بدون در نظر گرفتن پیامدهای رفتارشان دست به عمل بزنند. در واقع کنترل تکانه ضعیف می‌تواند مشکلات جدی را در تعاملات اجتماعی ایجاد کند. افراد تکانشگر ممکن است نظرات نامناسب بروز دهند و سهوا مردم را برنجانند. نیاز برای ارضای فوری ممکن است باعث شود این افراد مصر، بی‌تدبیر و خسته‌کننده به نظر برسند و ضد اجتماعی و تحریک‌پذیر ادراک شوند. آن‌ها همچنین ممکن است بی‌ملاحظه و دمدمی مزاج به نظر برسند چرا که برای انجام دادن کاری به صورت تکانشی داوطلب می‌شوند اما به سرعت علاقه‌ی خود را به آن موضوع جدید از دست می‌دهند. آن‌ها در محیط‌های شغلی و دوستانه خود ممکن است افراد خودخواهی تصور شوند که نمی‌توانند احساسات و نیازهای دیگران را در نظر بگیرند. بنابراین تعاملات اجتماعی نامناسب در محیط کار می‌تواند بهره‌وری و عملکرد شغلی افراد را کاهش دهد (Young & Bramham, 2007).

یکی دیگر از نشانه‌های مرکزی ADHD، بیش‌فعالی است که در این پژوهش اثر مستقیم نشانه‌ی بیش‌فعالی با کیفیت زندگی و عملکرد شغلی در مدل پژوهش تایید نشد. همچنین بر اساس یافته‌های این پژوهش تکانشگری بر عملکرد شغلی تاثیر مستقیم ندارد. پژوهش‌های متعددی نشان داده است که کاهش نشانه‌های تکانشگری و بیش‌فعالی با افزایش سن در افراد مبتلا دیده می‌شود (Gjervan et al, 2012). زمانی که این افراد بزرگتر می‌شوند، فزون‌کنشی آنها کاهش می‌یابد. اما مشکلات مربوط به بی‌توجهی که اغلب منجر به شکست‌های تحصیلی و شغلی می‌شود، در اکثر موارد باقی می‌ماند (Ghazaei et al, 2011). مطالعه (Yang, Tai, Yang & Gau, 2013) نیز نشان داد که ترکیب بیش‌فعالی/ تکانشگری فقط در دوران کودکی می‌تواند کیفیت زندگی ضعیف را پیش‌بینی کند و رابطه‌ی معنی‌دار تکانشگری/ بیش‌فعالی با کیفیت زندگی در دوران بزرگسالی ناپدید می‌شود. در واقع با کاهش مشکلات تکانشگری و علی‌الخصوص بیش‌فعالی در دوران بزرگسالی، ارتباط مستقیم این نشانه‌ها با عملکرد شغلی از بین می‌رود. اگرچه تکانشگری به دلیل ایجاد عادت‌های اجتماعی نادرست و کاهش کیفیت روابط اجتماعی در زندگی فرد می‌تواند از

- Alirezaei, N., Masah, H. & Akrami, N. (2013) The relation between work conscientiousness with job performance. *Ethics in Science and Technology*, 8(2): 76-86. (In Persian)
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. & Murphy, K. R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: the predictive utility of executive function (EF) Ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25 :157-173.
- Barkley, R. A. (2011). *Barkley Adult Rating Scale- IV (BAARS_IV)*. New York, London: The Guilford Press.
- Beshlideh, K. (2012). *Research methods and statistical analysis of research examples using SPSS and AMOS*. Ahvaz: Shahid Chamran University Press. . (In Persian)
- Biederman, J., Petty, C., Fried, R., Fontanella, J., Doyle, A. E., Seidman, L. J., et al. (2006). Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163: 1730–1738.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57 :1215–1220.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., Mick, E., Lehman, B. K. & Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 150: 1792–1798.
- Brod, M., Johnston, J., Able, S., & Swindle, R. (2006). Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL): A disease-specific quality-of-life measure. *Quality of Life Research*, 15: 117-129.
- Bonomi A, Patric D, Bushnell D. (2000). Validation of the united states' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*; 53: 1-12
- Arabgol, F., Hayati, M. & Hadid, M. (2004). Prevalence of attention-deficit/ hyperactivity disorder in a group of university students. *Advances in Cognitive Science*, 6(1), 73-78. . (In Persian)
- Blasé, S.L., Gilbert, A. N., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., Swartzwelder, H. S., & Rabiner, D. L. (2009). Self-reported ADHD and adjustment in college: cross-sectional and longitudinal findings. *Journal Attention Disorder*. 13(3): 297-309.
- De Graaf, R., Kessler, R. C., Fayyad, J., ten Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., et al. (2008). The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: Results from the WHOWorld Mental Health Survey Initiative. *Occupational and Environmental Medicine*, 65 (12), 835.
- Dupaul, J. & Stoner, G. (2002). *Attention deficit/ Hyperactivity disorder in school*. Translated by Mohammad khani, P. & Asmaei Majd, S. (2009). Tehran: Danje Publication. . (In Persian)
- Faraji, R., Bashiri, M., Yavari, Y. & Ebrahimi Kanglou, H. (2016). Predicting job performance thorough employee' s Personality traits and occupational commitment: a study of East Azarbaijan Youth adnd Sport Offices' Staffs, *Journal of human Resource Management in Sport*, 3(2), 187-204. . (In Persian)
- Gau, S.S.-F., Lin, Y.-J., Cheng, A.T.-A., Chiu, Y.-N., Tsai, W.-C., & Soong, W.-T. (2010). Psychopathology and symptom remission at adolescence among children with attention-deficit–hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 323–33.
- Ghaderi, SH, Rostami, CH, Ardalan, A. & Pashai, T. (2016). Predict of job performance and resiliency based on personality characteristics. *The Journal of Kurdistan Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, 2 (2). (In Persian).
- Ghazaei, M., Hamid, N. & Mehrabi Zadeh Honarmand, M. (2012). Effectiveness of cognitive behavioral therapy on attention deficit/ hyperactivity disorder in students. *Journal of Psychological Achievements*, 4(2): 63-80. . (In Persian).
- Gjervan, B, Hjemdal, O, Nordahl, H. M (2016). Functional Impairment Mediates the Relationship

- Between Adult ADHD Inattentiveness and Occupational Outcome. *J Atten Disorder*, 20(6): 510-518.
- Gjervan, B., Torgersen, T., Nordahl, H. M., & Rasmussen, K. (2012). Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16, 544-552.
- Gjervan, B., Torgersen, T., Rasmussen, K., & Nordahl, H. M. (2012). ADHD symptoms are differentially related to specific aspects of quality of life. *Journal of Attention Disorders*. Advance online publication
- Halmoy, A., Fasmer, O. B., Gillberg, C., & Haavik, J. (2009). Occupational outcome in adult ADHD: Impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment. *Journal of Attention Disorders*, 13, 175-187.
- Safren, S. A., Sprich, S. E., Cooper-Vince, C., Knouse, L. E., & Lerner, J. A. (2010). Life impairments in adults with medication-treated ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 13, 524-531.
- Newman, D. A., Kinney, T., & Farr, J. L. (2004). *Job performance ratings*. In J. C. Thomas (Ed.), *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 4. Industrial and organizational assessment* (p. 373-389). John Wiley & Sons Inc.
- Noury, J. L., Tatineni, R. K., & Healy, D. (2010). Perceptions of adult ADHD. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 22, 55-58.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2011). CBT without medication for adult ADHD: An open pilot study of five patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(4), 277-288.
- Matza, L. S., Johnston, J. A., Faries, D. E., Malley, K. G., & Brod, M. (2007). Responsiveness of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality of life scale (AAQoL). *Quality of Life Research*, 16, 1511-1520.
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Lu, J. F. R., & Sherbourne, C. D (1994). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): III. tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Med Care*, 32(4):40-66
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, B. (2005). The short form Health survey (SF-36). Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*; 14: 875-882. . (In Persian).
- Ratey, N. A. ((2008). *The disorganized mind*. New York: ST. Martin's press.
- Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, J., Hoyle, R. H., & Swartwelder, H. S. (2008). Adjustment to college in students with ADHD. *Journal Attention Disorder*, 11(6): 689- 699.
- Peterson, S., Luthans, F., Avolio, B.J., Walumbwa, F.O., zhang, Z. (2011). Psychological capital and employee performance: A latent Growth modeling approach. *Personal psychology*, 64(2): 427-450.
- Painter, C. A., Prevatt, F., & Welles, T. (2008). Career beliefs and job satisfaction in adults with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Employment Counseling*, 45, 178-188.
- Torgersen, T., Gjervan, B., & Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 38-43.
- Ware JE, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): I. conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6):473-83.
- Weiss, M. D., Gibbins, C., Goodman, D. W., Hodgkins, P. S., Landgraf, J. M., & Faraone, S. V. (2010). Moderators and mediators of symptoms and quality of life outcomes in an open-label study of adults treated for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 381-390.
- Vender, P. H. (1995). ADHD in adult. Translated by Sarami Foroneshani, P. (2008). Tehran: Roshd Publication.
- Yang, H. N., Tai, Y., Yang, L. K., and Gau, S. SH. (2013). Prediction of childhood ADHD symptoms to quality of life in young adults: adult ADHD and anxiety/ depression as mediators. *Research in developmental disabilities*, 34: 3168-3181.
- Young, S. & Bramham, J. (2007). *ADHD in Adults (A psychological guide to practice)*. England: John Wiley and Sons Ltd.