

دانشور پژوهشی

مقایسه تطبیقی رفتارهای پرخطر و افکار خودکشی در دانشجویان با و بدون علائم اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی

نویسندگان: سیما فردوسی^۱، اسماعیل شیری^۱، بیتا شلانی^۲، سعید صادقی^{*۱}

۱. گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

* نویسنده مسئول: سعید صادقی E-mail: Saeidsadeghi.psychologist@gmail.com

چکیده

مقدمه و هدف: اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در بزرگسالان به‌عنوان یک اختلال مهم، روز به روز بیشتر شناخته می‌شود، با این حال پیامدهای آن در دانشجویان کمتر مورد توجه قرار گرفته است، هدف این پژوهش بررسی رفتارهای پرخطر و افکار خودکشی در دانشجویان با نشانه‌های اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع پس‌رویدادی^۱ است و جامعه آماری آن شامل دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ است. از این تعداد، ۳۰۰ دانشجو به‌عنوان نمونه به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از دریافت رضایت مبنی بر شرکت در مطالعه، پرسشنامه تشخیصی نقص توجه-بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون آماری t مستقل استفاده شد.

نتایج: یافته‌های به‌دست‌آمده نشان می‌دهد دانشجویان با نشانه‌های اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در مقایسه با دانشجویان بدون نشانگان این اختلال، به‌طور معنی‌داری رفتارهای پرخطر ($P < 0.05$) و افکار خودکشی ($P < 0.05$) بیشتری گزارش می‌کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به بالا بودن افکار خودکشی و رفتارهای پرخطر در بزرگسالان دارای نشانه‌های اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، توجه به غربالگری، شناسایی و درمان این دانشجویان ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، افکار خودکشی، رفتارهای پرخطر، دانشجویان

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست‌ونهم-شماره ۱۳۱
آبان ۱۳۹۶

دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۱۱
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۶/۰۷/۲۴
پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۰۲

مقدمه

سامان رساندن تکالیف شغلی را دشوار می‌دانند (۵). این افراد همچنین در انجام دادن به موقع وظایف کاری، گوش دادن به صحبت‌های دیگران، حفظ توجه هنگام خواندن، تصمیم‌گیری با فکر و ... مشکل دارند (۶). ویژگی‌های دیگر این بیماری، ناپایداری عاطفی، عصبانیت‌های ناگهانی و شدید، پاسخ‌های هیجانی شدید، آشفتگی در انجام کارها، بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، ناکامی شغلی و تحصیلی، سوءمصرف الکل و پاسخ‌های غیرمعمول به روان‌درمانی است (۷). در رابطه با بررسی اختلال در دانشجویان، پژوهشگران نشان داده‌اند که ۲ تا ۸ درصد جمعیت دانشجویان، سطوح بالینی معناداری از نشانه‌های ADHD را گزارش می‌کنند (۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درصد کمی از مردان بزرگسال مبتلا به این اختلال می‌توانند انرژی اضافی و بی‌قراری خود را به فعالیت‌های خلاق هدایت کنند و بیشتر در معرض خطر تصادفات اتومبیل قرار دارند و جریمه‌های رانندگی بیشتری دریافت می‌کنند (۹). در مقابل، زنان مبتلا کمتر احتمال دارد رفتارهای پرخطری را که در مردان دیده می‌شود، نشان دهند و به احتمال بیشتری ملالت، مشکلات سازمان‌دهی، تکانشگری و بی‌توجهی را تجربه می‌کنند (۱۰). به صورت کلی، تمایل به خطرپذیری و پیامدهای مضر وابسته به آن‌که تهدیدی مهم برای سلامت افراد مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی به‌شمار می‌رود، در حال افزایش است (۱۱). رفتارهای پرخطر شامل رفتارهایی هستند که زندگی دیگران را مختل کرده و ممکن است به اشخاص و یا اموال آنان آسیب برسانند و شامل رفتارهایی است که معمولاً تحت عنوان بزهکاری دسته‌بندی می‌شوند که شامل تخطی از قانون، نظیر تخریب اموال، سرقت، خشونت یا استفاده از سیگار، الکل و مصرف مواد می‌شود (۱۲). نتایج مطالعات قبلی حاکی از آن است که سوءمصرف مواد، روان‌گسستگی و مشکلات شغلی در این افراد به‌طور معنی‌داری از جمعیت عادی بیشتر است، این افراد به

اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، یک اختلال عصبی رشدی است که مشخصه اصلی آن الگوی پایدار فقدان توجه و یا بیش‌فعالی / تکانشگری است (۱) که در مقایسه با افرادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، فراوان‌تر و شدیدتر است و منجر به رفتارهایی می‌شود که از لحاظ اجتماعی اختلال‌گرانه محسوب می‌شوند، یعنی موقعیت‌های اجتماعی را مختل می‌کنند. تعریف رایج اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی شامل ۱۸ نشانه رفتاری است که به ۲ مجموعه ۹ نشانه‌ای، بی‌توجهی و بیش‌فعالی-تکانشگری تقسیم می‌شود و دارای ۳ زیرمجموعه برای اختلال است (۱). اگرچه در سال‌های گذشته این باور غلط وجود داشت که این اختلال از سال‌های بعد از نوجوانی بهبود می‌یابد ولی امروزه این واقعیت آشکار شده است که این اختلال در بیش از ۶۰ درصد موارد تا دوران نوجوانی و بزرگسالی ادامه خواهد یافت (۲). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی گزارش شده است که این اختلال در ۴ تا ۸ درصد کودکان سنین مدرسه و ۳ تا ۵ درصد بزرگسالان رخ می‌دهد (۱). مشکلات ناشی از ADHD حوزه‌های گسترده‌ای از زندگی فرد از جمله سلامت، مشکلات ارتباطی و زناشویی، پیشرفت تحصیلی، اشتغال، مدیریت مالی (۳) و رانندگی (۴) را شامل می‌شود. نشانه‌های اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در بزرگسالان در مقایسه با کودکان به شکل‌های متفاوتی پدیدار می‌شوند، بزرگسالان مبتلا به این اختلال کمتر احتمال دارد که بیش‌فعالی و تکانشگری نشان دهند و به احتمال بیشتر همچنان نشانه‌های بی‌توجهی را خواهند داشت. نشانه‌های آنان با تصویر هماهنگ با کاستی‌ها در عملکرد اجرایی مطابقت دارند. بدین معنی که آن‌ها در سازمان دادن تکالیف مشکل دارند و از روی بی‌دقتی مرتکب اشتباهاتی می‌شوند؛ بنابراین بزرگسالان مبتلا به این اختلال در زندگی روزمره خود، به‌سختی می‌توانند برنامه‌ریزی کنند، در مدیریت کردن زمان و پول بی‌نظم هستند و کامل کردن تکالیف تحصیلی یا به

روش پژوهش

این پژوهش از نوع پس‌رویدادی^۱ است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی به تعداد ۱۵ هزار نفر در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ است. از این تعداد، ۳۰۰ دانشجو به‌عنوان نمونه به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از توضیحات در مورد شیوه مطالعه و دریافت رضایت مبنی بر شرکت در مطالعه، پرسشنامه تشخیصی کوتاه نقص توجه-بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز را جهت غربالگری تکمیل نمودند. سپس بر اساس زیرمقیاس E پرسشنامه کانرز که مقیاسی از سطح کلی علائم زیر مقیاس را نشان می‌دهد و از میان زیر مقیاس‌ها بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر بیماری است، نمرات خام تمامی افراد شرکت‌کننده به نمره T تبدیل شد (به نمرات در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰). در نهایت ۲۴ شرکت‌کننده دارای نمرات بالاتر از تی ۶۵، به لحاظ بالینی معنادار محسوب شدند. سپس این گروه با ۲۴ فرد دارای نمره T پایین‌تر از ۶۵ بر اساس متغیرهای سن، جنسیت و تحصیلات هم‌تاشده و هر دو گروه پرسشنامه افکار خودکشی بک و رفتارهای پرخطر را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون آماری تی مستقل توسط نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

پرسشنامه تشخیصی کوتاه اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز^۲: این ابزار پرسشنامه‌ای با پایایی و روایی مناسب است که شامل ۲۶ آیتم صفر تا سه امتیازی است که در تصحیح آن از پنج زیرمقیاس زیر استفاده می‌شود (۲۲).

۱. کم‌توجهی / مشکل حافظه
۲. بی‌قراری / بیش‌فعالی
۳. بی‌ثباتی هیجانی / تکانه‌ای بودن
۴. مشکلات با تصور کلی از خود
۵. شاخص بیش‌فعالی - کم‌توجهی

دنبال هیجان‌خواهی بیشتر هستند، کمتر به حقوق دیگران احترام می‌گذارند و توانایی کنترل هیجانات خود را ندارند (۱۳). در مورد همایندی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی با رفتارهای خودکشی مطالعات مروری ارتباط واضحی را نشان نداده‌اند و نتایج ضدونقیضی گزارش شده است (۱۴) و (۱۵). به‌طورکلی، اختلال-نقص توجه-بیش‌فعالی در درازمدت تأثیراتی در حوزه‌های تحصیلی، شغلی، رفتارهای ضداجتماعی، رانندگی، رفتارهای اعتیادی، چاقی، عزت‌نفس و کارکردهای اجتماعی (۱۶)، (۱۷) و (۱۸) بزرگسالان دارد که اهمیت تشخیص و درمان به هنگام آن موردنیاز است. درمان اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در بزرگسالان به‌عنوان یک اختلال درمان‌پذیر می‌تواند از شدت پیامدهای این اختلال را بکاهد و در نتیجه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی به وجود آمده را بکاهد. به‌طورکلی، تشخیص اختلالات روانی و عوامل مؤثر بر آن در بین دانشجویان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا مانع از موفقیت و پیشرفت تحصیلی شده و آن‌ها را از رسیدن به جایگاه عالی پیشرفت بازمی‌دارد (۱۹). علاوه بر پیامدهای ذکرشده در بالا که ممکن است برای دانشجویان با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی به وقوع بپیوندد، مشکلات سازگاری ناشی از آشنا نبودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه در بدو ورود، جدایی و دوری از خانواده، ورود به جمع‌های دوستانه جدید و کاهش نظارت خانواده می‌تواند سوار بر مشکلات دانشجویان دارای علائم اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی شود و آنان را بیشتر از سایر دانشجویان در معرض رفتارهای پرخطر قرار دهد (۲۰) و (۲۱)؛ بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین میزان رفتارهای پرخطر و افکار خودکشی در دانشجویان با نشانه‌های اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی و بدون نشانه‌های این اختلال تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

^۱. Ex post facto

^۲. CAARS-S:S

ایران نیز بخشانی و همکاران (۱۳۸۶) پایایی آن را با روش بازآزمایی و محاسبه ضریب کاپا برای تمام آیت‌ها ۸۵٪ به دست آورده‌اند (۲۴).

پرسشنامه افکار خودکشی بک^۲: این پرسشنامه ۱۹ سؤال ابزاری خودسنجی است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و همچنین برنامه‌ریزی برای خودکشی تهیه شده است. اعتبار آن از طریق آلفای کرونباخ ۹۵٪ و روایی هم‌زمان آن با مقیاس افسردگی و پرسشنامه سلامت عمومی ۷۶٪ گزارش شده است (۲۵).

نتایج

مطالعه حاضر در دو گروه ۲۴ نفره متشکل از دانشجویان دارای نشانگان بیش‌فعالی بزرگسال و دانشجویان سالم انجام شد. جدول ۱ اطلاعات جمعیت-شناختی هریک از گروه‌ها را نشان می‌دهد که شامل مقادیر میانگین و انحراف‌معیار متغیر سن افراد است. همچنین به منظور بررسی همسانی دو گروه در متغیر سن از آزمون تی مستقل استفاده گردید که نتایج آن همان‌گونه که در جدول ۱ قابل‌مشاهده است حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار بین دو گروه در متغیر ذکرشده و در نتیجه همثابتی آن‌ها است ($P > 0/05$). همچنین دو گروه به لحاظ متغیر جنسیت (گروه بزرگسالان دارای نشانگان بیش‌فعالی ۱۵ مرد و ۸ دختر و گروه بزرگسالان بدون نشانگان بیش‌فعالی ۱۵ مرد و ۸ دختر) و متغیر تحصیلات (گروه بزرگسالان دارای نشانگان بیش‌فعالی ۱۰ دانشجوی کارشناسی، ۹ دانشجوی ارشد و ۵ دانشجوی دکترا و گروه بزرگسالان دارای نشانگان بیش‌فعالی ۱۰ دانشجوی کارشناسی، ۸ دانشجوی ارشد و ۶ دانشجوی دکتری) هم‌تا بودند.

زیرمقیاس E مقیاسی از سطح کلی علائم را نشان می‌دهد و از میان همه زیرمقیاس‌ها بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر اختلال ADHD است. نمرات خام هر زیرمقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب به نمرات استاندارد T تبدیل شده است (نمرات در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است). نمرات T بالاتر از ۶۵، به لحاظ بالینی معنادار هستند. نمرات T بالاتر از ۸۰ علاوه بر آن که شدت مشکلات و آسیب‌شناسی آن حوزه را نشان می‌دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در علائم را نیز مطرح می‌کند (۲۲). در این تحقیق CAARS-S:S ترجمه فارسی پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه هنوز در ایران هنجاریابی نشده است، ولی در مطالعه حاضر با یک بررسی مقدماتی، روی ۲۰ نفر اجرا و روایی آن با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که رقم ۸۱ دست آمد. اعتبار محتوای آن توسط سه نفر فوق تخصص روانپزشکی کودک سنجیده و در نهایت مناسب ارزیابی شد.

سنجش رفتارهای پرخطر: این ابزار با اقتباس از پرسشنامه رفتارهای پرخطر مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا^۱ در سال ۱۹۸۹، طراحی و تنظیم شده است. مبنای نظری که برنر (۱۹۹۵) درباره این پرسشنامه بدان اشاره می‌کند، مجموعه رفتارهای مغایر با سلامت جسمانی است که خطر بیماری و مشکلات اجتماعی را افزایش داده و به میزان زیادی مرگ‌ومیر در نوجوانان و بزرگسالان را سبب می‌شود (۲۳). در این پژوهش از فرم ۱۴ گویه‌ای استفاده شد که شدت رفتارهای پرخطر در حیطه‌های رفتارهای پرخطر رانندگی، خشونت (دعوا و ضرب و جرح)، تحرک جسمانی، قانون‌شکنی و دوستان ناباب را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌دهی ۲ گویه این پرسشنامه به صورت بلی/خیر (با نمره‌گذاری ۰ و ۱) و سایر سؤالات در طیف لیکرت از هرگز تا خیلی زیاد (با نمره‌گذاری ۰ تا ۴) است. برنر، کن، مک‌ناس (۲۰۰۲) پایایی این پرسشنامه را با روش آزمون بازآزمون به فاصله دو هفته و با محاسبه ضریب کاپا برای همه آیت‌ها بین ۲۳٪ تا ۹۰٪ به دست آورده‌اند (۲۳). در

^۲. BSSI

^۱. CDC

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مشخصات دموگرافیک گروه‌های مورد مطالعه و نیز ارزیابی همسانی متغیرهای زمینه‌ای

متغیرهای جمعیتی شناختی	گروه ADHD بزرگسالی میانگین \pm انحراف معیار	گروه سالم میانگین \pm انحراف معیار	ارزیابی همسانی دو گروه (تی مستقل)	
			آماره t	سطح معنی داری
سن (سال)	۳/۱۳ \pm ۲۲/۶۲	۲/۹۳ \pm ۲۲/۱۷	-۰/۵۷	۰/۵۸۱

جهت بررسی تفاوت افکار خودکشی دانشجویان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی و دانشجویان سالم در آزمون افکار خودکشی از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ نشان داده است.

جدول شماره ۲. آزمون t برای مقایسه افکار خودکشی دانشجویان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی و دانشجویان سالم

متغیرهای آزمون	گروه نشانگان بیش‌فعالی بزرگسالی میانگین (انحراف استاندارد)	گروه سالم میانگین (انحراف استاندارد)	آماره t	سطح معنی داری
افکار خودکشی	۵/۰۸۳ (۹/۶۲)	۴۷٪ (۶۶٪)	۲/۲۸	۰/۲۷

به دانشجویان سالم از افکار خودکشی بیشتری برخوردارند.

همچنین برای بررسی تفاوت خطرپذیری دانشجویان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی و دانشجویان سالم در خطرپذیری از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ نشان داده است.

با توجه به نتایج جدول، میزان آماره تی برای افکار خودکشی برابر ۲/۲۸ به دست آمده است که در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی داری می‌باشند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین دو گروه دانشجویان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی و دانشجویان سالم از نظر افکار خودکشی تفاوت معنی دار وجود دارد. بدین معنی که دانشجویان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی نسبت

جدول شماره ۳. آزمون t برای مقایسه خطرپذیری دانشجویان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی و دانشجویان سالم

متغیرها	گروه ADHD بزرگسالی میانگین (انحراف استاندارد)	گروه سالم میانگین (انحراف استاندارد)	آماره t	سطح معنی داری
رفتارهای پرخطر	۸/۶۰ (۲/۰۱)	۷/۹۵ (۱/۸۱)	۱/۲۹	۰/۲۶۵
ضرب و جرح	۵/۲۰ (۱/۷۶)	۴/۳۰ (۰/۳۳)	۲/۳۴	۰/۲۴
مصرف دخانیات	۳/۵۰ (۲/۱۷)	۲/۲۶ (۶۱٪)	۲/۶۶	۰/۱۱
مصرف دارو	۲/۸۷ (۱/۸۴)	۲/۰۰ (۰٪)	۲/۲۶	۰/۲۸
مخدر مواد مخدر، روان‌گردان، مشروب	۷/۴۳ (۰/۸۹)	۷/۷۳ (۰/۵۴)	-۱/۳۹	۰/۱۷۰
پرخطر جنسی و ایدز	۷/۳۷ (۴/۴۴)	۶/۱۷ (۱/۶۹)	۱/۲۱	۰/۲۳۱
جسمی و کم‌ تحرکی	۹/۲۰ (۲/۱۲)	۹/۸۲ (۲/۵۶)	۹۰۰٪	۰/۳۷۳
قانون شکن و دوستان نایاب	۶/۱۶ (۱/۵۲)	۴/۵۶ (۱/۴۷)	۳/۶۶	۰/۰۱

مخاطره‌آمیز تفاوت معنی دار وجود دارد. بدین معنی که افراد دانشجویان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی نسبت به دانشجویان سالم از رفتارهای مخاطره‌آمیز بیشتری برخوردارند.

با توجه به نتایج جدول ۳، میزان آماره t به ترتیب برای ضرب و جرح برابر ۲/۳۴، برای مصرف دخانیات برابر ۲/۶۶، برای دارو برابر ۲/۲۶ و برای قانون شکن و دوستان نایاب برابر ۳/۶۶ به دست آمده است که در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی داری می‌باشند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین دو گروه دانشجویان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی و دانشجویان سالم از نظر رفتارهای

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین دو گروه دانشجویان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی و دانشجویان سالم از نظر میزان افکار خودکشی تفاوت معنی‌دار وجود دارد و دانشجویان دارای نشانگان نقص-توجه-بیش‌فعالی نسبت به دانشجویان سالم از افکار خودکشی بیشتری برخوردارند این یافته با یافته‌های مطالعات میلر و همکاران (۱۹۸۲)، گلد و همکاران (۱۹۹۸)، لام و همکاران (۲۰۰۲)، کلی و همکاران (۲۰۰۴) و جیمز و همکاران (۲۰۱۲) همسو است (۲۶)، (۲۷)، (۲۸)، (۲۹) و (۳۰).

در تبیین بالا بودن افکار خودکشی در بزرگسالان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی می‌توان گفت که ادبیات پژوهشی حاکی از ارتباط اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی با خطر بالای اختلالات درونی‌سازی (چون افسردگی) و حتی الگوهای رفتار خود آسیبی است (۳۱). در مطالعه‌ای مروری ارتباط بین اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی و شکل‌های متفاوت رفتار خودکشی اختلالات همبودی چون اختلالات خلقی نقش میانجی مهمی در این ارتباط ایفا می‌کنند (۳۲). از سوی دیگر مطالعات حاکی از رابطه بین اختلال افسردگی با رفتار خودکشی است (۳۳) و (۳۴). همچنین افراد بزرگسال مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی، بی‌ثباتی خلقی (۳۵) و مشکل در تنظیم هیجان (۳۶) دارند. لذا به نظر می‌رسد همبودی اختلالات خلقی (چون افسردگی) یکی از دلایل اصلی بالا بودن افکار خودکشی در بزرگسالان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی باشد.

همچنین در مورد تبیین رابطه بین نشانگان اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی با افکار خودکشی مطالعات بسیاری تأکید کرده‌اند که افراد بزرگسال با نشانگان اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی نتایج (پیامد) ضعیفی در حوزه‌های مختلف زندگی خود مانند کار (۳۷)، منزل (۳۸) و سلامت (۳۹) دارند. همچنین در زندگی روزمره خود تجارب منفی و پاسخ‌های هیجانی منفی زیادی دریافت می‌کنند (۴۰). افراد بزرگسال با نشانگان اختلال

نقص توجه-بیش‌فعالی کیفیت زندگی پایین (۴۱) و رضایت از زندگی پایینی (۴۲) دارند. این شواهد ممکن است دلیلی بر افکار خودکشی در این افراد باشد.

نتایج مربوط به رفتارهای پرخطر نیز نشان داد که دانشجویان دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی نسبت به دانشجویان سالم از رفتارهای مخاطره‌آمیز بیشتری برخوردارند که این نتایج با یافته‌های پیشین همسو است (۴۳)، (۴۴) و (۴۵). ویژگی تکانشگری (گرایش به انجام سریع عمل بدون فکر قبلی و توجه به پیامدهای آن) (۴۶) ممکن است عامل مهمی در رفتارهای پرخطر افراد بزرگسال دارای نشانگان نقص توجه-بیش‌فعالی باشد. تکانشگری یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی نیست (۱) اما پژوهش‌های مروری نشان داده‌اند که صفات شخصیتی در رفتارهای پرخطر این فرضیه را مطرح می‌سازد که تکانشگری ممکن است نقش مستقیمی از طریق تسهیل پاسخ‌های ناسازگارانه در رفتارهای پرخطر داشته باشد (۴۷). رابطه تکانشگری با رفتارهای پرخطر را با در نظر گرفتن نقایص عصب شناختی مرتبط با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی همچون تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز نیز می‌توان تبیین کرد (۴۸). فرایند تصمیم‌گیری یا انتخاب بین گزینه‌ها پس از تحلیل آن‌ها، یکی از عالی‌ترین پردازش‌های شناختی به حساب می‌آید. نوع خاصی از این فرایند که به تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز شناخته شده است در شرایطی پردازش می‌شود که شخص با گزینه‌هایی مواجه می‌گردد که انتخاب آن‌ها باری از سود و زیان، در حال و آینده به دنبال دارد و درعین حال، میزان این سود و زیان با درجاتی از احتمال و عدم قطعیت همراه است (۴۹). به نظر می‌رسد افراد دارای اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی تمرکز زیادی بر به‌دست آوردن پاداش دارند (۵۰) که منجر به نادیده گرفتن عواقب منفی و در نتیجه به نقصان در تصمیم‌گیری دچار می‌شوند. افراد مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در تصمیم‌گیری پاداش‌های کوتاه‌مدت را ترجیح می‌دهند هرچند که در آینده با

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم کنترل همبودی دیگر اختلالات روانپزشکی با اختلال نقص-توجه-بیش‌فعالی جهت مشخص شدن رابطه بین این اختلال و خودکشی اشاره کرد.

منابع

1. Association AP, others. DSM 5. American Psychiatric Association 2013.
2. McCarthy S, Wilton L, Murray ML, Hodgkins P, Asherson P, Wong ICK. The epidemiology of pharmacologically treated attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children, adolescents and adults in UK primary care. *BMC Pediatrics* 2012;12(1):1.
3. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says. Guilford Press 2010.
4. Vaa T. ADHD and relative risk of accidents in road traffic: A meta-analysis. *Accident Analysis & Prevention* 2014;62:415–25.
5. Gross R. *Psychology: The Science of Mind and Behaviour* 7th Edition. Hodder Education 2015.
6. Wilens TE, Faraone S V, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of the American Medical Association* 2004;292(5):619–23.
7. Roy A. *Psychiatric emergencies. Compr Textb psychiatry.* 2000;2:2031–9.
8. DuPaul GJ, Weyandt LL, O'Dell SM, Varejao M. College students with ADHD current status and future directions. *Journal of Attention Disorders* 2009;13(3):234–50.
9. Cox DJ, Madaan V, Cox BS. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and driving: why and how to manage it. *Current Psychiatry Reports* 2011;13(5):345–50.
10. Lange H, Buse J, Bender S, Siegert J, Knopf H, Roessner V. Accident proneness in children and adolescents affected by ADHD and the impact of medication. *Journal of Attention Disorders* 2016;20(6):501–9.
11. DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Sionean C, Cobb BK, Harrington K, et al. Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics* 2001;107(6):1363–8.
12. Zadeh Mohammadi A, Ahmad Abadi Z. Simultaneous occurrence of high-risk behaviors among high school adolescents in Tehran. *J Fam Res.* 2006;3(13):87–9.
13. Fuemmeler BF, Kollins SH, McClernon FJ. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms predict nicotine dependence and progression to regular smoking from adolescence to young adulthood. *Journal of Pediatric Psychology* 2007;32(10):1203–13.
14. James, A. Lai, F.H. Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;110:408–415.
15. Hunter E, Harvey D. Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada and the United States. *Emergency Medicine* 2002;14(1):14–23.
16. Shaw M, Caci H, Hodgkins P, Kahle J, Callamaras N, Woods A. P01-575-Review of studies of ADHD: Long-term outcomes with and without treatment. *European Psychiatry* 2011;26:579.
17. Young S, Toone B, Tyson C. Comorbidity and psychosocial profile of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Personality and Individual Differences* 2003;35(4):743–55.
18. Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine* 2012;10(1):99.
19. Jahani Hashemiv H, Rahimzadeh Mirmahalleh S, Ghafelehbashy H, Sarichloo ME. Investigating the mental health of the first-and last-year students of QUMS. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences and Health Services* 2008;2(12):41- 9 [In Persian].
20. Alizadeh-Navaei R, Hosseini SH. [Mental health status of Iranian students until 2011: A systematic review]. *Journal of Clinical Excellence* 2014;2(1):1- 10. [In Persian].
21. Rafati F, Shamsi A, Pilevarzadeh M, Rafati SH. [Mental health and risk factors those in nursing students in Jirof medical students]. *Modern Care Journal* 2012;9(2):137-45. [In Persian].
22. Conners CK, Erhardt D, Sparrow EP. *Conners' adult ADHD rating scales (CAARS): technical manual.* In 1999.
23. Brener ND, Kann L, McManus T, Kinchen SA, Sundberg EC, Ross JG. Reliability of the 1999 youth risk behavior survey questionnaire. *Journal of Adolescent Health* 2002;31(4):336–42.
24. Bakhshani, NM, Lashkaripour, K, Bakhshani, S, Vhsyn bar M. The prevalence of risk behaviors related to intentional and unintentional injuries among high school students of Sistan and Baluchestan. *Physicians East* 2006;3(1):199–208.
25. Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Soltani Nejad A, Amiri M. Prevalence of suicidal ideation in soldiers and its associated factors. *Journal of Military Medicine* 2006;8(2):113–8.
26. Miller ML, Chiles JA, Barnes VE. Suicide attempters within a delinquent population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1982;50(4):491.
27. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1998;37(9):915–23.

28. Lam LT. Attention deficit disorder and hospitalization due to injury among older adolescents in New South Wales, Australia. *Journal of Attention Disorders* 2002;6(2):77-82.
29. Kelly TM, Cornelius JR, Clark DB. Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 2004;73(1):87-97.
30. James A. Completed suicide, ideation and attempts in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012;125(2):91-2.
31. Chronis-Tuscano A, Molina BSG, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, et al. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 2010;67(10):1044-51.
32. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E, et al. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012;80(6):1041.
33. Kessler RC, Üstün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004;13(2):93-121.
34. Sokero TP, Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry* 2005;186(4):314-8.
35. Skirrow C, McLoughlin G, Kuntsi J, Asherson P. Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2009;9(4):489-503.
36. Martel MM. Research Review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50(9):1042-51.
37. Goel R, Agarwal A, Shabbir A, So JBY, Pasupathy S, Wong A, et al. Bariatric surgery in Singapore from 2005 to 2009. *Asian Journal of Surgery* 2013;36(1):36-9.
38. Rösler M, Casas M, Konofal E, Buitelaar J. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2010;11(5):684-98.
39. Das D, Cherbuin N, Butterworth P, Anstey KJ, Eastal S. A population-based study of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and associated impairment in middle-aged adults. *PLoS One* 2012;7(2):e31500.
40. Skirrow C, Ebner-Priemer U, Reinhard I, Malliaris Y, Kuntsi J, Asherson P. Everyday emotional experience of adults with attention deficit hyperactivity disorder: evidence for reactive and endogenous emotional lability. *Psychological Medicine* 2014;44(16):3571-83.
41. PERRY MD, ISHAK WW. The Quality of Life of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic 2012.
42. Lensing MB, Zeiner P, Sandvik L, Opjordsmoen S. Quality of life in adults aged 50+ with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2015;19(5):405-13.
43. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1993;50(7):565-76.
44. Sullivan MA, RUDNIK-LEVIN F. Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2001;931(1):251-70.
45. Riggs PD, Mikulich SK, Whitmore EA, Crowley TJ. Relationship of ADHD, depression, and non-tobacco substance use disorders to nicotine dependence in substance-dependent delinquents. *Drug and Alcohol Dependence* 1999;54(3):195-205.
46. Furczyk K, Thome J. Adult ADHD and suicide. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* 2014;6(3):153-8.
47. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;113(3):180-206.
48. Miller M, Sheridan M, Cardoos SL, Hinshaw SP. Impaired decision-making as a young adult outcome of girls diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2013;19(1):110-4.
49. Royal JD, Kurtz JL. I ate what?! The effect of stress and dispositional eating style on food intake and behavioral awareness. *Personality and Individual Differences* 2010;49(6):565-9.
50. Scheres A, Milham MP, Knutson B, Castellanos FX. Ventral striatal hypo-responsiveness during reward anticipation in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 2007;61(5):720-4.
51. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2011;31(3):328-41.
52. Pratt TC, Cullen FT, Blevins KR, Daigle L, Unnever JD. The relationship of attention deficit hyperactivity disorder to crime and delinquency: A meta-analysis. *The International Journal of Police Science & Management* 2002;4(4):344-60.

Comparison of risk behaviors and suicidal thoughts in students with and without ADHD symptom

Sima Ferdowsi¹, Esmail Shiri¹, Saeid Sadeghi^{1*}, Bita Shalani²

1. Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
2. Department of Psychology, Faculty of Social Science, Razi University, Kermanshah, Iran.

*Corresponding author e-mail: Saeidsadeghi.psychologist@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Adult ADHD as an important disorder is increasingly known, however, little attention has taken for its side effects on students. The aim of this study was to investigate risk behaviors and suicidal ideas in students with ADHD symptom.

Materials and Methods: The study method was causal-comparative and study population included Shahid Beheshti University students in the academic year 94-95. Of this population, 300 students were selected by convenience sampling and then received satisfactory explanations for participate in this study and completed Conner's Adult Attention Deficit Hyperactivity diagnostic questionnaires. To analyze the data, independent t-test was used.

Results: Findings showed that students with ADHD symptoms as compared to students without ADHD, significantly report risk behaviors ($p<0.05$) and suicidal thoughts ($p<0.05$) at a higher rate.

Conclusion: Due to the high suicidal thoughts and risk behaviors in students with attention deficit-hyperactivity disorder, according to the screening, diagnosis and treatment of these students seems necessary.

Key words: Attention deficit-hyperactivity disorder, Suicidal thoughts, Risk behaviors, Students.