

Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity among the Students at Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran

Alireza Zahiroddin¹, Mina Adineh², Sepideh Rajezi^{3*}, Ameneh Ahmadi⁴

1. Professor of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. MSc in Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. PhD in Clinical Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. MSc in Clinical Psychology, Allameh Tabatabayi University, Tehran, Iran

Received: 2017.August.20

Revised: 2017. October.14

Accepted: 2017.November.11

Abstract

Background and Aim: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is an inherited neurological disorder which has not disappeared in adulthood and is known as an important disease. This disease especially causes a lot of emotional, social, educational, and employment problems in students. So, the present study was conducted to examine the symptoms of ADHD in adults at Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran.

Materials and Methods: The sample was 230 students at Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, selected based on convenience sampling method. All the participants filled out a demographic questionnaire and the Conners questionnaire to determine their Adult ADHD.

Results: The overall prevalence of ADHD was 31% with the score $\leq T 55$ and 8.9% with the score $\leq T 65$. The level of ADHD in the subscale C (Nshanhhaykly hyperactivity/inattention), with a frequency of 29% for cut-off point $\leq T 55$ and 9.5% for cut-off point $\leq T 65$, had the highest frequency.

Conclusion: Due to the significant amount of this disorder in the students, it seems that screening programs should be considered among students. Also, further investigations are necessary in order to help improve their performance and relationships.

Keywords: Attention Deficit Disorder; Adult ADHD; Prevalence; Students

Cite this article as: Alireza Zahiroddin, Mina Adineh, Sepideh Rajezi, Ameneh Ahmadi. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity among the Students at Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran. J Rehab Med. 2018; 6(4): 231-239.

* **Corresponding Author:** Sepideh Rajezi. PhD in Clinical Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Email: s.rajezi@sbmu.ac.ir

DOI: 10.22037/jrm.2017.110459.1306

بررسی شیوع نارسایی توجه - بیش فعالی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

علیرضا ظهیرالدین^۱، مینا آدینه^۲، سپیده راجزی اصفهانی^{۳*}، آمنه احمدی^۴

۱. استاد روان پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳. دکتری روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

* دریافت مقاله ۱۳۹۶/۰۵/۲۹ بازنگری مقاله ۱۳۹۶/۰۷/۲۲ پذیرش مقاله ۱۳۹۶/۰۸/۲۰ *

چکیده

مقدمه و اهداف

اختلال کمبود توجه-بیش فعالی یک اختلال عصبی و ارثی است که در بزرگسالی از بین نرفته و به عنوان یک بیماری مهم شناخته می شود. این اختلال به خصوص در دانشجویان مبتلا مشکلات بسیاری در زمینه های عاطفی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی ایجاد می کند. هدف پژوهش حاضر بررسی میزان علائم بیش فعالی و نارسایی توجه بالغین در دانشکده های علوم پزشکی شهید بهشتی بود.

مواد و روش ها

گروه نمونه ۲۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات آزمودنی ها توسط پرسش نامه دموگرافیک و پرسش نامه کانرز جهت تعیین ADHD در بزرگسالان جمع آوری شد.

یافته ها

میزان شیوع کلی ADHD با نمره $T \leq 55$ ، ۳۱٪ و با احتساب نمره $T \leq 65$ ، ۸٫۹٪ به دست آمد. میزان ADHD در زیر مقیاس C (نشانه های کلی بیش فعالی/کم توجهی) با فراوانی ۲۹٪ در نقطه برش $T \leq 55$ و ۹٫۵٪ در نقطه برش $T \leq 65$ دارای بیشترین فراوانی بود. زیرمقیاس D (شاخص بیش فعالی/کم توجهی) با فراوانی ۲۶٫۸٪ در نمرات تی بالای ۵۵ و زیرمقیاس A (کم توجهی-مشکل حافظه) در نمرات تی بالای ۶۵ با فراوانی ۷٫۸٪ دارای کمترین فراوانی بودند.

نتیجه گیری

با توجه به میزان قابل توجهی از این اختلال در بین دانشجویان به نظر می رسد که غربالگری دانشجویان دارای این اختلال و نیز بررسی بیشتر در جهت کمک به بهبود عملکرد و روابط آنها ضروری باشد.

واژگان کلیدی

اختلال کمبود توجه-بیش فعالی بزرگسالان؛ شیوع؛ دانشجویان

نویسنده مسئول: سپیده راجزی اصفهانی. دکتری روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

آدرس الکترونیکی: s.rajezi@sbmu.ac.ir

اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه^۱ یکی از اختلالات روانی رایج کودکی است که با دشواری در حفظ توجه و بیش‌فعالی مشخص می‌شود.^[۱] شیوع بیش‌فعالی در جمعیت سنین مدرسه نیز ۳ تا ۷ درصد گزارش می‌شود.^[۲] اختلال ADHD برای مدت‌ها اختلال دوران کودکی پنداشته می‌شد^[۳]، ولی تحقیقات نشان داد که این اختلال در ۵۰ تا ۸۰ درصد موارد تا نوجوانی و در ۳۰ تا ۵۰ درصد موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد.^[۴] شیوع ADHD در بزرگسالی بین ۲/۵ تا ۸ درصد برآورده شده است.^[۵-۸] طبق مطالعات، اگر ملاک‌ها و تعداد نشانگان به آستانه‌ی تشخیص نرسد یا شروع علائم قبل از سن شروع مشخص‌شده در ملاک تشخیص باشد، تشخیص ADHD در بزرگسالی با مشکل مواجه خواهد شد.^[۹] نشانه‌های بزرگسالانی که دارای این اختلال هستند، معمولاً حول تعلل^۲، بی‌نظمی و فراموش‌کاری در مورد فعالیت‌هایی هستند که برای انجام آن انگیزه دارند و لذت می‌برند.^[۱۰] این بیماری باعث اختلال در آموزش، شغل و عملکردهای اجتماعی-روانی^[۷ و ۸] و کاهش عملکردهای اجرایی و حافظه کاری شده^[۱۱] و بر خطر ارتکاب جرم، زندانی شدن و مشکلات ازدواج و طلاق می-افزاید.^[۱۲] افراد مبتلا به ADHD در سطوح شناختی، رفتاری و هیجانی درگیر مشکلات متعددی در زمینه‌های تحصیلی و شغلی و احتمال بیشتر رفتارهای پرخطر جنسی، مصرف مواد و جرائم مختلف و تصادفات هستند.^[۷-۸ و ۱۳] تحقیقات نشان می‌دهد بین ۲ تا ۸ درصد دانشجویان، علائم معنادار مرتبط با اختلال ADHD را گزارش می‌کنند و ۲۵ درصد از دانشجویان با نارسایی‌های ویژه یادگیری دچار این اختلال هستند.^[۱۳] طبق مطالعات، دانشجویان مبتلا به اختلال ADHD، میانگین نمرات پایین‌تر و مشکلات تحصیلی بیشتری نسبت به دانشجویان بدون اختلال دارند.^[۱۴] و با احتمال کمتری نسبت به گروه گواه با موفقیت فارغ‌التحصیل می‌شوند.^[۱۵] همچنین دانشجویان مبتلا به اختلال ADHD سطوح بالاتری از بی‌قراری درونی را نسبت به دانشجویان بدون اختلال نشان می‌دهند.^[۳] و پریشانی روانی بیشتر و عزت‌نفس کمتری نسبت به هم‌تایان بدون اختلال خود دارند.^[۱۶] دانشجویان مبتلا به ADHD از نظر تطابق با دانشگاه، اعتماد به نفس و مهارت‌های اجتماعی، ضعیف‌تر گزارش شده‌اند.^[۱۷] ناتوانی‌های بیشتری داشته^[۱۸]، کمتر تحصیل می‌کنند و بیشتر به سایر بیماری‌های روان‌پزشکی مبتلا می‌شوند.^[۱۸] و^[۱۹] مشکلات ثانویه مانند افت تحصیلی، مهارت‌های بین فردی ضعیف، رفتارهای ضداجتماعی و اختلالات اضطرابی برای این بیماران بیشتر رخ می‌دهد.^[۷] و خطر مصرف سیگار^[۲۰] و وابستگی به مواد در آنها بیشتر است.^[۲۱] جوانان مبتلا به ADHD در زمان دانشجویی علائم افسردگی و مشکلات تحصیلی بیشتری را تجربه می‌کنند.^[۲۲]

در مطالعات پیشین درباره شیوع ADHD در بین دانشجویان، در دانشجویان پزشکی کنیا ۸٫۷٪ و ۵٫۵٪ در امریکا گزارش شده است. در ایران نیز شیوع و فراوانی علائم آن در دانشجویان در چندین مطالعه بررسی شده است. شیوع آن توسط عربگل و همکاران (۱۳۸۳)، ۳٫۷٪ و در مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (۱۳۹۱)، ۸٫۶٪ گزارش شده است.^[۲۳، ۲۴] در همه این پژوهش‌ها از پرسش‌نامه کانرز ۲۶ گزینه‌ای فرم پرسشگر استفاده شده است.

مبتلایان به ADHD در سطوح شناختی، رفتاری و هیجانی دچار پیامدهای متعددی می‌شوند.^[۲۵، ۲۶] که این مسائل و مشکلات در دانشجویان مبتلا می‌تواند آسیب‌زا باشد؛ از آنجا که دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، نگرانی ویژه‌ای برای جوامع تحصیلی و علمی هستند و با توجه به تاثیر منفی این اختلال بر عملکرد آموزشی و تحصیلی افراد و تاکید مطالعات گذشته به بررسی بیشتر این بیماری در میان دانشجویان و همچنین پاسخ مناسب و موثر درمانی در صورت تشخیص صحیح این اختلال، انجام چنین پژوهشی لازم به نظر می‌رسید. هدف از پژوهش حاضر بررسی شیوع علائم ADHD در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

مواد و روش‌ها

جامعه مورد مطالعه را دانشجویان رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ تشکیل می‌دهند. روش بررسی این مطالعه از نوع مقطعی-توصیفی است. اطلاعات آزمودنی‌ها توسط پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه کانرز جمع‌آوری شد. مطالعه بر روی گروه‌های مختلف دانشجویان دانشکده‌های علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. پرسش‌نامه بین ۲۵۰ نفر اجرا شد که از بین دانشجویانی که حاضر به شرکت در طرح بودند (پس از مطالعه فرم اخلاقی پژوهش) و آنهایی که پرسش‌نامه را کامل پر کردند، نهایتاً ۲۱۳ نفر به دست آمد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه محقق ساخته اطلاعات دموگرافیک که شامل اطلاعات فردی و تاریخچه زندگی فرد است و از ابزار مطالعه نسخه فارسی فرم خودگزارشی غربالگری کانرز^۳ بزرگسال^۴ استفاده شد. این مقیاس توسط کانرز، ارهاد و اسپارو^۵ (۱۹۹۹) ساخته شده است و به اشکال خودگزارش‌دهی و مشاهده‌گر است. پرسش‌نامه مورد استفاده در پژوهش حاضر فرم خودگزارشی از نوع غربالگری است که مشتمل بر ۳۰ گزینه است و پاسخ‌دهی به آن حدود ده دقیقه زمان می‌برد. ۹

¹ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

² Procrastination

³ Conner's Adult ADHD Rating Scale- Self Report form and Subscale

⁴ CAARS-Self-Report: Screening Version

⁵ Erhardt and Sparrow

سوال حیطة اختلال تمرکز، ۹ سوال حیطة بیش‌فعالی و ۱۲ سوال هم حیطة شاخص ADHD^۶ را شامل می‌شود. پرسش‌نامه کانرز بزرگ‌سالان برای ارزیابی علائم بیش‌فعالی و تکانشگری و اختلال توجه و تمرکز در بالغین طراحی شده است. این ابزار علائم ADHD را بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی اختلالات روانی^۷ می‌سنجد. این ابزار شامل گزینه‌های صفر تا سه امتیازی بوده که در تصحیح آن از چهار زیرمقیاس A: کم‌توجهی/مشکل حافظه، B: بی‌قراری/بیش‌فعالی، C: بی‌ثباتی هیجانی/تکانه‌ای بودن، D: مشکلات با تصور کلی از خود استفاده می‌شود.

پرسش‌نامه تشخیصی کوتاه اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی بزرگ‌سالان کانرز پرسش‌نامه‌ای است با پایایی و روایی مناسب است. سازندگان پرسش‌نامه پایایی آن را از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ و اعتبار آن را ۰/۳۷ گزارش کرده‌اند^[۲۷]. در ایران در مطالعه‌ای که توسط جزایری (۹۲-۱۳۹۱) برای هنجاریابی این پرسش‌نامه صورت گرفته است، آلفای کرنباخ برای تمامی حیطة‌ها دارای مقادیر بالاتر از ۰/۸ به دست آمده است^[۲۸]. در این مقیاس نمرات T بالاتر از ۶۵ به لحاظ بالینی معنادار است و نمرات T بالاتر از ۸۰ علاوه بر آنکه شدت مشکلات و آسیب‌شناسی آن حوزه را نشان می‌دهند، مطرح‌کننده احتمال اغراق در علائم نیز است^[۲۸]. جزایری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود به افزایش حساسیت تشخیصی نمره آزمون کانرز و تقلیل نمره برش به تی بالاتر از ۵۵ در جامعه ایرانی تاکید دارد که بر اساس آن می‌توان نمره تی بالاتر از ۵۵ را افرادی در نظر گرفت که تشخیص کامل بیماری را دریافت نمی‌کنند، ولی دارای نشانه‌های تحت بالینی^۸ هستند^[۲۹]. پس از جمع‌آوری داده‌ها، به کمک آزمون‌های کای‌اسکوور و آزمون فیشر توسط نرم‌افزار SPSS، تجزیه و تحلیل آماری انجام شد.

یافته‌ها

از ۲۳۰ دانشجوی مورد مطالعه ۲۱۳ نفر پرسش‌نامه را کامل پر کرده بودند و از این میان ۵۷٫۳٪ نمونه را زنان و ۴۲٫۷٪ را مردان تشکیل می‌دادند. طیف سنی نمونه‌ها ۱۸ سال به بالا بود. بین دو گروه مبتلا به ADHD از نظر میانگین سنی، گروه ۱۸ تا ۲۲ سال بیشترین ابتلا را نشان دادند. ۳۹/۵ درصد نمونه‌های مبتلا مجرد بودند. در مجموع ۵ نفر از کل نمونه‌ها گزارش کردند که بر اساس تشخیص پزشک معالج، سابقه اختلال روان‌پزشکی داشته‌اند.

شیوع اختلال ADHD بر اساس آزمون کانرز در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در دو نقطه ۶۵ (بالینی) و ۵۵ (قابل توجه یا در معرض خطر) و با توجه به متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، سن، دانشکده، سابقه اختلال روان‌پزشکی، سابقه مصرف مواد، سیگار و الکل، سابقه مصرف دارو و درگیری مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج نشان داد که ۳۱٪ از دانشجویان، بالای نقطه برش ۵۵ و ۸٫۹٪ از دانشجویان بالای نقطه برش ۶۵ قرار می‌گیرند (جدول شماره ۱).

این شیوع در زن‌ها ۱۹٪ و در مردها ۱۱٪ بوده که این تفاوت معناداری نیست. شیوع اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه در جمعیت ۱۸ تا ۲۲ سال با در نظر گرفتن نقطه برش $t \geq 55$ ، بالاتر (۲۱/۱٪) و این تفاوت نزدیک به معنادار است ($p=0/07$). نرخ ابتلا در نقطه برش ۶۵ بین دانشکده‌ها متفاوت و این تفاوت نزدیک به معنادار مشاهده می‌شود ($p=0/06$). سابقه تشخیص اختلال روان‌پزشکی در گروه مبتلا ($t \geq 65$) ۲٫۳٪ و دارای تفاوت معنادار با گروه غیرمبتلا بود ($p=0/04$). در مورد مصرف داروی خاص بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا در هر دو نقطه برش تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/01$ و $p=0/001$). به این ترتیب که ۶٫۶ درصد سابقه مصرف الکل، سیگار، مواد مخدر و محرک و داروهایی مانند کدئین، ترامادول و داروهای بدن‌سازی را گزارش کردند. سابقه درگیری با والدین، خواهر و برادرها و دوستان در افراد دارای اختلال ADHD بالاتر (۴ و ۸٫۵ درصد به ترتیب در نمرات تی بالای ۵۵ و ۶۵) از گروه غیرمبتلا و این تفاوت معنادار است ($p=0/001$ و $p=0/05$).

⁶ Index-ADHD

⁷ DSM-IV-TR

⁸ Subclinical

متغیرها	نمره $55 > T$		سطح معناداری	نمره $55 \leq T$	
	فراوانی (%)	فراوانی (%)		فراوانی (%)	فراوانی (%)
کل	۱۴۷ (۶۹٪)	۱۹۴ (۹۱٪)		۶۶ (۳۱٪)	۱۹ (۸٫۹٪)
جنسیت					
زن	۸۱ (۳۸٪)	۱۰۷ (۵۰٫۲٪)	۰٫۳۳۸	۴۱ (۱۹٫۲٪)	۱۵ (۷٪)
مرد	۶۶ (۳۱٪)	۱٫۹		۲۵ (۱۱٫۷٪)	۴ (۱٫۹٪)
سن					
۱۸ تا ۲۲	۱۱۷ (۵۴٫۹٪)	۱۴۸ (۶۹٫۵٪)	۰٫۰۷۱	۴۵ (۲۱٫۱٪)	۱۴ (۶٫۶٪)
۲۳ به بالا	۳۰ (۱۴٫۱٪)	۴۶ (۲۱٫۶٪)		۲۱ (۹٫۹٪)	۵ (۲٫۳٪)
وضعیت تاهل					
متاهل	۱۱۴۳ (۶۷٫۱٪)	۵ (۲٫۳٪)	۰٫۵۹۱	۱ (۰٫۵٪)	۰
مجرد	۴ (۱٫۹٪)	۱۸۹ (۸۸٫۷٪)		۶۵ (۳۰٫۵٪)	۱۹ (۸٫۹٪)
دانشکده					
پزشکی	۶۷ (۳۱٫۵٪)	۹۴ (۴۴٫۱٪)	۰٫۷۹۱	۳۲ (۱۵٪)	۶ (۲٫۸٪)
داروسازی	۱۱ (۵٫۲٪)	۱۳ (۶٫۱٪)		۲ (۹٪)	۰
پیراپزشکی	۱۱ (۵٫۲٪)	۱۶ (۷٫۵٪)		۵ (۲٫۳٪)	۰
تغذیه و بهداشت	۲۸ (۱۳٫۱٪)	۳۲ (۱۵٪)		۱۲ (۵٫۶٪)	۷ (۳٫۳٪)
توان بخشی	۳۰ (۱۴٫۱٪)	۳۹ (۱۸٫۳٪)		۱۵ (۷٪)	۶ (۲٫۸٪)
سابقه اختلال روان پزشکی					
دارد	۳ (۱٫۴٪)	۶ (۲٫۸٪)	۰٫۰۴۹	۵ (۲٫۳٪)	۲ (۰٫۹٪)
ندارد	۱۴۴ (۶۷٫۶٪)	۱۸۸ (۸۸٫۳٪)		۶۱ (۲۸٫۶٪)	۱۷ (۸٪)
سابقه مصرف مواد، الکل، سیگار					
دارد	۳۷ (۱۷٫۴٪)	۶۶	۰٫۵۳۱	۱۴ (۶٫۶٪)	۱۴ (۶٫۶٪)
ندارد	۱۱۰ (۵۹٪)	۲٫۳		۵۲ (۲۴٫۴٪)	۵ (۲٫۳٪)
سابقه مصرف داروی خاص*					
دارد	۶ (۲٫۸٪)	۱۱ (۵٫۲٪)	۰٫۰۱۸	۹ (۴٫۲٪)	۵ (۲٫۳٪)
ندارد	۱۴۱ (۶۶٫۲٪)	۱۸۳ (۸۵٫۹٪)		۵۷ (۲۶٫۸٪)	۱۴ (۶٫۶٪)
سابقه درگیری					
دارد	۱۱۰ (۵۱٫۶٪)	۱۴۹ (۶۹٫۹٪)	۰٫۰۵۹	۵۷ (۲۶٫۸٪)	۱۸ (۸٫۵٪)
ندارد	۳۷ (۱۷٫۴٪)	۴۵ (۲۱٫۱٪)		۹ (۴٫۲٪)	۱ (۰٫۵٪)

* کلیه داروهای مورد استفاده فرد به غیر از داروهای روان پزشکی

در جدول ۲ شیوع اختلال بیش فعالی-نقص توجه بر اساس زیرمقیاس‌های آزمون کانرز در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در دو نقطه ۶۵ (بالینی) و ۵۵ (قابل توجه یا در معرض خطر) نشان داده شده است. متغیرهای دموگرافیک مهم سن و جنس و تاهل هم در هر کدام از زیرمقیاس‌ها به طور جداگانه آمده است. با در نظر گرفتن نقطه برش ۶۵ در مجموع ۲۹/۹٪ (۶۹ نفر) در زیر مقیاس A (کم-توجهی-مشکل حافظه) نمره بالاتر یا مساوی ۵۵ را داشته‌اند که بعد از زیر مقیاس C (نشانه‌های کلی بیش فعالی/کم توجهی) با فراوانی ۲۹٪ (۶۷ نفر) بیشترین فراوانی را داشته است. بعد از آن هم زیرمقیاس B (بیش فعالی/بی‌قراری) با فراوانی ۲۶٪ (۶۰ نفر) و زیرمقیاس D (شاخص بیش فعالی/کم توجهی) با فراوانی ۲۶/۸٪ (۶۲ نفر) قرار داشتند. در زیرمقیاس B (بیش فعالی-بی‌قراری)، نمرات در گروه سنی ۱۸ تا ۲۲ سال ۱۷/۹٪ و بالاتر از گروه سنی بالای ۲۲ و این تفاوت تقریباً معنادار بود ($p=0/06$).

با در نظر گرفتن نقطه برش ۶۵ زیرمقیاس C با فراوانی ۹٫۵٪ دارای بیشترین فراوانی بود. بعد از آن زیرمقیاس‌های D و B به ترتیب با فراوانی ۹/۱٪ و ۸/۲٪ قرار داشتند و زیرمقیاس A با کمترین فراوانی، ۷٫۸٪ بود. در زیرمقیاس، نرخ ابتلای زنان با فراوانی ۷/۲٪، به طور معناداری بیشتر از مردان بود ($p=0/05$).

جدول ۲: فراوانی و درصد فراوانی زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه بیش‌فعالی-کم‌توجهی بزرگسالان در دانشجویان دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی (n=۲۳۰)

سطح معناداری	نمره $T \leq 65$ فراوانی (%)	نمره $T > 65$ فراوانی (%)	سطح معناداری	نمره $T \leq 55$ فراوانی (%)	نمره $T > 55$ فراوانی (%)	زیرمقیاس‌ها متغیرها
۰,۵۰۱	۱۸ (%۸)	۲۰۸ (%۹۲)	۰,۳۳۳	۶۹ (%۳۰,۵)	۱۵۷ (%۶۹,۵)	کل
	۹ (%۴)	۱۲۱ (%۵۳,۵)		۴۳ (%۱۹)	۸۷ (%۳۸,۵)	زن
	۹ (%۴)	۸۷ (%۳۸,۵)		۲۶ (%۱۱,۵)	۷۰ (%۳۱,۵)	مرد
۰,۷۵۹	۱۳ (%۵,۸)	۱۵۷ (%۶۹,۵)	۰,۴۸۳	۵۴ (%۲۳,۹)	۱۱۶ (%۵۱,۳)	جنسیت
	۵ (%۲,۲)	۵۱ (%۲۲,۶)		۱۵ (%۶,۶)	۴۱ (%۱۸,۱)	۱۸ تا ۲۲
	۱۸ (%۸)	۲۰۱ (%۸۸,۹)		۶۸ (%۳۰,۱)	۱۵۱ (%۶۶,۸)	سن ۲۲ به بالا
۰,۴۲۹	۰ (%۰)	۷ (%۳,۱)	۰,۳۴۳	۱ (%۴)	۶ (%۲,۷)	مجرد
	۱۹ (%۸,۵)	۲۰۵ (%۹۱,۵)		۶۰ (%۲۶,۸)	۱۶۴ (%۷۳,۲)	تاهل
	۱۴ (%۶,۲)	۱۴۴ (%۵۰,۹)		۳۶ (%۱۶,۱)	۳۶ (%۱۶,۱)	متاهل
۰,۱۲۸	۵ (%۲,۲)	۹۱ (%۴۰,۶)	۰,۶۰۱	۲۴ (%۱۰,۷)	۲۴ (%۱۰,۷)	کل
	۱۲ (%۵,۴)	۱۵۷ (%۷۰,۱)		۴۰ (%۱۷,۹)	۱۲۹ (%۵۷,۶)	زن
	۷ (%۳,۱)	۴۸ (%۲۱,۴)		۲۰ (%۸,۹)	۳۵ (%۱۵,۶)	مرد
۰,۱۹۳	۱۹ (%۸,۵)	۱۹۸ (%۸۸,۴)	۰,۹۱۴	۵۸ (%۲۵,۹)	۱۵۹ (%۷۱)	جنسیت
	۰ (%۰)	۷ (%۳,۱)		۲ (%۹)	۵ (%۲,۲)	۱۸ تا ۲۲
	۲۲ (%۱۰)	۱۹۸ (%۹۰)		۶۷ (%۲۹)	۱۵۳ (%۶۹,۵)	سن ۲۲ به بالا
۰,۲۹۵	۱۵ (%۶,۸)	۱۱۲ (%۵۰,۹)	۰,۳۲۴	۴۲ (%۱۹,۱)	۸۵ (%۳۸,۶)	کل
	۷ (%۳,۲)	۸۶ (%۳۹,۱)		۲۵ (%۱۱,۴)	۶۸ (%۳۰,۹)	زن
	۱۶ (%۷,۳)	۱۵۱ (%۶۸,۶)		۴۷ (%۲۱,۴)	۱۲۰ (%۵۴,۵)	مرد
۰,۷۱۳	۶ (%۲,۷)	۴۷ (%۲۱,۴)	۰,۱۸۶	۲۰ (%۹,۱)	۳۳ (%۱۵)	جنسیت
	۲۲ (%۱۰)	۱۹۱ (%۸۶,۸)		۶۶ (%۳۰)	۱۴۷ (%۶۶,۸)	۱۸ تا ۲۲
	۰ (%۰)	۷ (%۳,۲)		۱ (%۵)	۶ (%۲,۷)	سن ۲۲ به بالا
۰,۳۷۰	۲۱ (%۹,۵)	۲۰۱ (%۹۰,۵)	۰,۸۰۷	۶۲ (%۲۷,۹)	۱۶۰ (%۷۲,۱)	مجرد
	۱۶ (%۷,۲)	۱۱۰ (%۴۹,۵)		۳۶ (%۱۶,۲)	۳۶ (%۱۶,۲)	تاهل
	۵ (%۲,۳)	۹۱ (%۴۱)		۲۶ (%۱۱,۷)	۲۶ (%۱۱,۷)	زن
۰,۹۵۴	۱۶ (%۷,۲)	۱۵۲ (%۶۸,۵)	۰,۵۰۳	۴۵ (%۲۰,۳)	۱۲۳ (%۵۵,۴)	مرد
	۵ (%۲,۳)	۴۹ (%۲۲,۱)		۱۷ (%۷,۷)	۳۷ (%۱۶,۷)	۱۸ تا ۲۲
	۲۱ (%۹,۵)	۱۹۶ (%۸۸,۳)		۶۱ (%۲۷,۵)	۱۵۶ (%۷۰,۳)	سن ۲۲ به بالا
۰,۴۶۵	۰ (%۰)	۵ (%۲,۳)	۰,۶۸۹	۱ (%۵)	۴ (%۱,۸)	مجرد
	۲۱ (%۹,۵)	۱۹۶ (%۸۸,۳)		۶۱ (%۲۷,۵)	۱۵۶ (%۷۰,۳)	تاهل

بحث

در مطالعه حاضر میزان شیوع ADHD به طور کلی، در سطح زیرمقیاس‌ها و بر اساس متغیرهای دموگرافیک و در دو نقطه برش $T \geq 65$ (بالینی) و $T \geq 55$ (تحت بالینی) در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد مطالعه قرار گرفت. طبق نتایج پژوهش حاضر، ۸,۹٪ از دانشجویان در گروه بالینی و ۳۱٪ در گروه تحت بالینی قرار دارند. سابقه تشخیص اختلال روان‌پزشکی در گروه بالینی ($t \geq 65$) تفاوت معناداری با گروه غیربالینی دارد ($p=0/04$). در گروه‌های بالینی و تحت بالینی تفاوت معناداری در مورد مصرف داروی خاص ($p=0/01$ و $p=0/01$) و سابقه درگیری ($p=0/05$ و $p=0/01$) با گروه غیربالینی وجود دارد. نرخ ابتلا به اختلال

ADHD در جمعیت ۱۸ تا ۲۲ سال در گروه تحت بالینی بالاتر و تقریباً معنادار بود ($p=0/07$). میزان ابتلا به اختلال ADHD بین دانشکده‌ها متفاوت و نزدیک به معنادار بود ($p=0/06$).

شیوع اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه در مطالعات قبلی در میان بزرگسالان بین ۲/۵ تا ۷/۵ درصد برآورده شده است. [۵، ۶، ۱۹، ۲۸] و [۲۹] در بین دانشجویان نیز در دیگر کشورها، در بین دانشجویان پزشکی در کنیا ۸/۷٪ و در امریکا ۵،۵٪ گزارش شده است [۳۰-۳۱]. در ایران، در پژوهش عربگل و همکاران ۳/۷٪ [۲۴]، در پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۸/۶٪ [۲۵]، در پژوهشی بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گرگان ۸/۵٪ [۱۱] و در پژوهش حاضر ۸/۹٪ بود که با مطالعات پیشین در ایران همسو است. به نظر می‌رسد این میزان به تدریج در مطالعات جدیدتر رو به افزایش بوده است، اما با تقلیل برش ($T \geq 55$)، این میزان به طور قابل توجهی افزایش داشت و ۳۱٪ برآورد شد که پژوهشی با در نظر گرفتن این نقطه برش در دست نبود.

نرخ ابتلا در زیرمقیاس A برابر با ۸٪ زیرمقیاس B ۸،۵٪، زیرمقیاس C ۱۰٪ و زیرمقیاس D برابر با ۹٪ بود. با تقلیل نقطه برش ($T \geq 55$)، نرخ ابتلا به زیرمقیاس A برابر با ۳۰/۵٪، زیرمقیاس B ۲۶،۸٪، زیرمقیاس C ۲۹٪ و زیرمقیاس D برابر با ۲۷٪ بود. در میان زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه مذکور زیر مقیاس C بیشترین فراوانی را در هر دو نقطه برش ($T \geq 55$ و $T \geq 65$) داشت که این یافته با نتایج پژوهشگران مبنی بر اینکه دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، سطوح بالاتری از بی‌قراری درونی را نسبت به دانشجویان بدون اختلال نشان می‌دهند [۳]، مطابقت دارد. تکانه‌ای بودن جدی‌ترین جنبه ADHD در طول زندگی فرد است که منجر به اختلال در عملکرد شده و درمان را دشوارتر می‌سازد [۳۲]، اما با نتیجه پژوهش‌های قبلی در ایران که زیرمقیاس B را دارای بیشترین درصد گزارش کرده بودند [۲۳ و ۲۵]، همسو نبود. زیرمقیاس B بی‌قراری و بیش‌فعالی را می‌سنجد، گرچه ممکن است فرد بیش‌فعالی واضح نداشته باشد. طبق مطالعات، ۶۴٪ افراد بالغ دارای ADHD از بی‌قراری شکایت دارند و حتی اگر قابل تشخیص هم نباشد، ممکن است احساس بی‌قراری داشته باشند. [۲۸] در زیرمقیاس D که مربوط به شاخص بیش‌فعالی-نقص توجه است، نرخ ابتلا در زنان به‌طور معناداری بالاتر از مردان بود ($p=0/05$). این یافته با یافته پژوهش قبلی در ایران [۱۱] مطابقت دارد. در آنجا هم بی‌توجهی و بیش‌فعالی در زنان بالاتر از مردان گزارش شده بود. همچنین با مطالعه‌ای درباره نسبت دو جنس هماهنگ است [۳۳].

در پژوهش حاضر در مصرف مواد بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا تفاوت معناداری مشاهده نشد که با نتایج مطالعات پیشین در ایران مطابقت دارد [۲۳ و ۲۵]، اما در حوزه مصرف داروی خاص این تفاوت معنادار بوده و در دانشجویان دانشکده داروسازی بیشتر مشهود بود که این می‌تواند با توجه به آگاهی و یا دسترسی بیشتر این دانشجویان با انواع داروها قابل توجیه باشد.

طبق مطالعات، درصد بالایی از هم‌ابتلائی ADHD با سایر اختلالات روان‌پزشکی دیده می‌شود [۳۳]. در پژوهش حاضر هم در سابقه اختلالات روان‌پزشکی، در دو گروه بالا و پایین نقطه برش تفاوت معناداری وجود داشت و میزان آن در هر دو گروه بالینی و تحت بالینی بیشتر است. تحقیقات نشان داده‌اند به دلیل مزمن بودن این اختلال، مبتلایان آن در معرض اختلالات روان‌پزشکی دیگری در بزرگسالان مانند اختلال شخصیت، الکلیسم، اعتیاد و مشکلات بین فردی و روان‌شناختی قرار می‌گیرند [۳۴]. این نتیجه با مطالعات خارجی [۱۲ و ۱۹] و داخلی [۲۳ و ۲۴] همسو بود.

طبق پژوهش‌ها ADHD می‌تواند بر روابط صمیمی فرد در حیطه ازدواج و خانواده تاثیر سوء بگذارد و به ثبات کمتر منجر شود. [۳۲] طبق مطالعات انجام‌شده، این اختلال با نتایج زیان‌باری در طول زندگی از جمله آشفتگی و گسیختگی شدید روابط با والدین، معلمان، همسالان و خواهر و برادرها در دوران کودکی، مشکلات تحصیلی، بزهکاری و سوءمصرف مواد در نوجوانی و بزرگسالی همراه است [۲۵]. در پژوهش حاضر نیز میزان درگیری با اعضای خانواده و دوستان در دو گروه از افراد بالینی و تحت بالینی به طور معناداری بیشتر بود.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع ابتلای دانشجویان به اختلال ADHD توجه صورت گرفت. نتایج نشان داد که میزان قابل توجهی از دانشجویان دارای این اختلال هستند. این میزان نسبت به پژوهش‌های گذشته در ایران اندکی بیشتر است که چنانچه نقطه برش پایین‌تر از ۵۵ مد نظر قرار گیرد ($T \geq 55$)، این میزان بیشتر هم می‌شود. بر طبق نتایج مطالعه حاضر، میزان درگیری با دیگران و نرخ ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی در افراد مبتلا به اختلال ADHD بیشتر است؛ لذا انجام اقدامات درمانی لازم و همچنین بررسی‌های بیشتر در جهت رسیدگی و توجه به جمعیت مبتلا به بیماری و جمعیت تحت بالینی، ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تمام مسئولین مربوطه که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

1. Pani SC, Hillis H, Chaballout T, Al Enazi W, AlAttar Y, Aboramadan M. Knowledge and attitude of Saudi teachers of students with attention-deficit hyperactivity disorder towards traumatic dental injuries. *Dent Traumatol* 2014; 30(3):222-6.
2. Weyandt ,L.L., DuPaul ,G. ADHD In college students: developmental findings. *Developmental Disabilities* 2008; 14,311-319.
3. Barkley, R. A. Murphy, K. R. & Fischer, M. ADHD in adults: What the science says: New York: The Guilford Press; 2008 .
4. Fayyad J, De Graaf, R., Kessler, R.C., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., DeGirolamo, G., Haro, J.M., Karam. E.G., Lara, C., Lepine, J.P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A.M., Jin, R. Crossnational prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry* 2007;190, 402-409.
5. Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A., Bitter, I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2009;194,204-211.
6. Rostain AL. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: evidence-based recommendations for management. *Postgrad Med.* 2008 Sep;120(3):27-38.
7. Jenson, P.S, ADHD: current Concepts on etiology, patho- biology and neurobiology. *CHILD Adolescent psychiatry Clin. North Am* 2000; 9,557-572.
8. Wetzel MW. Medical student participation in an adult ADHD outpatient clinic: an ideal setting for education in outpatient psychiatry. *Acad Psychiatry.* 2009 Jan-Feb;33(1):80-1.
9. Resnick, R. J. Attention – deficit / hyperactivity disorder in adults. In C.B. Fisher & R .M. Lerner (Eds.), *Encyclopedia of applied developmental science* ,Thousand Oaks: Sage Publications 2005; (1) : 129-131 .
10. Rabiner DL, Anastopoulos AD, Costello J, Hoyle RH, Swartzwelder HS. Adjustment to college in students with ADHD. *J AttenDisord.* 2008 May;11(6):689-99.
11. Faigel HC. Attention deficit disorder in college students: facts, fallacies and treatment. *J Am Coll Health.* 1995 Jan;43(4):147-55.
12. Spencer, T. J., Biederman, J. & Mick, E. Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology* 2007; 32 (6), 631-642.
13. Blase, S.L., Adrianne, N., Gilbert, A.D., Anastopoulos, A.E., Costello, E.J. Rick, H., Swartzweder, S. & R.H., Rabiner .D.L. (2009). Self-Reported ADHD and Adjustment in college, Cross-Sectional and Longitudinal Findings. *Journal of Attention Disorders*, 3,297-309.
14. Murphy ,K.R., Barkley ,R.A., & Bush ,T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity , educational , and clinical history. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 2002; 190,147-157.
15. Shaw – Zirt ,B., Popali – Lehane ,L., Chaplin ,W., & Bergman ,A. Adjustment, social skills, and self – esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2005; 8,109-120.
16. Glutting JJ, Youngstrom EA, Watkins MW. ADHD and college students: exploratory and confirmatory factor structures with student and parent data. *Psychol Assess.* 2005 Mar;17(1):44- 55.
17. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry.* 2006 Apr;163(4):716-23.
18. Faigel HC. Attention deficit disorder in college students: facts, fallacies and treatment. *J Am Coll Health.* 1995 Jan;43(4):147-55.
19. Kollins SH, McClernon FJ, Fuemmeler BF. Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(10):1142-7.
20. Abedi S, Shirazi E, Hajebi A. Is attention deficit hyperactivity disorder more common in substance dependency?. *IJPCP.* 2007;13(3):227-31. (Full Text in Persian)
21. Arabgoul F, Hayati M, Hadid M. Prevalence attention deficit/hyperactivity disorder in group of students Persian. *New CognSci* 2004; 6(1,2): 73-77.
22. Sadeghi Movahed F., Molavi P., Samadzadeh M., Shahbazzadegan B., Askari Moghadam R. Prevalence of ADHD among the Students Residing in Dormitory of Ardabil University of Medical Sciences. *J Ardabil Univ Med Sci.* 2013;12: 87-94. (Full Text in Persian)
23. Barbaresi, W., Katusic, S., Colligan, R., Weaver, A., Pankratz, V., Mrazek, D., Jacobsen, S. How common is attention- deficit/ hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta Pediatric Supply* 2004; 93, 55-9.

24. Ohlmeier MD, Peters K, TeWildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, et al. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol* 2008; 43: 300-304.
25. Lehner-Dua LL. The effectiveness of Russell A. Barkley's parent training program on parents with school-aged children who have ADHD on their perceived severity of ADHD, stress, and sense of competence. New York: Hofstra University; 2001.
26. Taylor, A., Deb, S., & Unwin, G. Scales for the identification of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review. *Research in Developmental Disabilities* 2011;32:924-938.
27. Jazaieri F. Validity and reliability of the Persian version of the Adult Conners (Dissertation). ShahidBeheshti University of Medical Sciences; 2013. (Text in Persian)
28. Atwoli L, Owiti P, Manguro G, Ndambuki D. Attention deficit hyperactivity disorder symptom self-report among medical students in Eldoret, Kenya. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2011 Sep; 14(4):286-9.
29. Tuttle JP, Scheurich NE, Ranseen J. Prevalence of ADHD diagnosis and nonmedical prescription stimulant use in medical students. *Acad Psychiatry*. 2010 May-Jun;34(3):220-3.
30. Dupaul GJ, Weyandt LL, O'Dell SM, Varejao M. College students with ADHD: current status and future directions. *J AttenDisord*. 2009; 13(3): 234-50.
31. Viava G, De Lenclave MB, Bailly D. Treatment of comorbid opiate addiction and attention deficit /hyperactivity disorder (residual type) with moclobamide: A case report. *ProgNeuropsychopharmacolBiol psychiatry* 2002; 26(3): 609-11.
32. Weiss M, Murray C, Weiss G. Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: current concepts. *Journal of Psychiatric Practice*. 2002;8(2):99-111.
33. Shifrin JG, Proctor BE, Prevatt FF. Work performance differences between college students with and without ADHD. *J Attention Disord* 2010; 13:489-90.
34. Mathai A, A study on assessment of knowledge and practice of school teachers regarding Management of specific learning disorders among children in a selected school at banagalore 2013, University of Health Sciences, Bengaluru.