Research on Medicine *Original Article*

The Quarterly journal of School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences Vol.43; No.4; 2020

Investigation of symptoms of depression, anxiety, smoking and risk decision making in students with symptoms of attention deficit hyperactivity disorder

Samira Sayyar Khesmakhi[1] ,Rasoul Mohammadian*[1], Mohammad Reza Davoodi[2], Mojtaba Ahmadi[1], Mohammad Reza Ghanbari[3]

1. *Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
2. *Department of clinical psychology;University of social welfare and rehabilitation sciencess;tehran; Ira n*
3. *Department of Law, Islamic Azad University of Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran*

(Received: 2019/02/4 Accept: 2019/04/21)

Abstract

Background: *The recent studies indicate high prevalence of ADHD in adults. Students are in a high risk of mental disorders. Also, the study of the risk factors of this disorder is less known among students. Therefore, the present study was carried out to investigate depression, anxiety, smoking, and risk decision making in students with ADHD.*

Materials and Methods: *In the present historical cohort study, 90 students with ADHD and 90 non-ADHD students were selected using convenience sampling. Diagnostic procedures were conducted using conners inventory by psychiatric assistants, trained clinical psychologists with a master's degree, and trained interns. Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Inhaled Carbon Monoxide Concentration Measurement to investigate smoking, and Iowa Gambling Task for risky decision making were used. The results were analyzed using SPSS, version 16, running descriptive tests, independent sample t-test, and chi-square.*

Results: *The results showed that smoking (p=0.039), depression (p=0.001), anxiety (p=0.001), and risky decision making (p=0.001) were higher in students with ADHD compared with those without this disorder.*

Conclusion: *Based on the results, students with attention deficit hyperactivity disorder should be considered at the beginning of university entrance and should be referred to specialist psychologists and psychiatrists for treatment and recovery.*

Keywords: *Risky decision-making; Depression; Anxiety; Attention-deficit/hyperactivity disorder*

* *Corresponding: rasoul.2828@gmail.com*
Email: msc.davoudi.psy@gmail.com

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

پژوهش در پزشکی
فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
مقاله پژوهشی
دور ۴۳، شماره ٤، ۱۳۹۸، صفحات ۲۵۸ تا ۲۶۳

بررسی نشانه‌های افسردگی، اضطراب، نرخ مصرف سیگار و تصمیم‌گیری ریسکی در دانشجویان مبتلا به نشانه‌های ADHD

سمیرا سیار خسمخی[۱]، رسول محمدیان * [۱]، محمدرضا داودی [۲]، سید مجتبی احمدی [۱]، محمدرضا قنبری[۳]

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲- گروه روان‌شناسی بالینی، ؛ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ؛تهران؛ایران
۳- گروه حقوق، دانشگاه ازاد اسلامی واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت مقاله:۱۳۹۷/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۹۸/۰۲/۳۱

چکیده:

سابقه و هدف: تحقیق‌های سال‌های اخیر حاکی از شیوع بالا و خطرهای گسترده اختلال بیشفعالی و کم‌توجهی در بزرگسالان است. یکی از گروه‌های در معرض خطر مشکلات گسترده روان‌شناختی، دانشجویان هستند. همچنین بررسی عوامل خطرآفرین این اختلال در دانشجویان کمتر شناخته‌شده است. بنابراین مطالعه حاضر به بررسی مشکلات همراه با این اختلال در این گروه می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه از نوع همگروهی تاریخی به روش نمونه‌گیری در دسترس ۹۰ دانشجوی مبتلابه اختلال بیشفعالی همراه با نقص توجه و ۹۰ دانشجوی فاقد این اختلال انتخاب شدند. تشخیص به وسیله پرسشنامه کانرز، توسط دستیاران روان‌پزشکی، روانشناسان بالینی آموزش دیده دارای مدرک فوق‌لیسانس و اینترنهای آموزش‌دیده انجام شد. مقیاس‌های افسردگی بک، اضطراب بک، سنجه غلظت استنشاقی کربن مونوکسید برای بررسی مصرف سیگار و آزمون قمار آیووا برای بررسی تصمیم گیری ریسکی در این پژوهش به کار رفتند. نتایج به‌وسیله نرم‌افزار *SPSS* نسخه ۱۶ و آزمون‌های توصیفی، تی تست گروهای مستقل و کای اسکوتر بررسی شدند.

نتایج: نتایج حاکی از بیشتر بودن میزان مصرف سیگار *(P=0.039)*، افسردگی *(p=0.001)*، اضطراب *(p=0.001)* و تصمیم گیری ریسکی *(p=0.001)* در دانشجویان مبتلابه این اختلال از گروه فاقد این اختلال بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: دانشجویانی که مبتلا به اختلال بیشفعالی همراه با نقص توجه هستند، باید در ابتدای ورود به دانشگاه مورد توجه بیشتری قرارگرفته و برای درمان و کسب بهبودی به روانشناسان و روان‌پزشکان متخصص سپرده شوند.

واژگان کلیدی: تصمیمگیری ریسکی، افسردگی، اضطراب، بیشفعالی همرا با نقص توجه

مقدمه:

اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه یکی از اختلال‌های شایع در تمامی سنین اعم از کودکی تا بزرگسالی است. به‌طوری‌که حدود ۷درصد دانشجویان در ایران، مبتلا به این اختلال تشخیص داده شده‌اند که با توجه به در نظر گرفتن افراد مبتلا به نشانه‌های زیرآستانه‌ای، این رقم فزونی می‌یابد(۱). با توجه به بررسی گسترده این اختلال در کودکان، پیشرفت‌های گسترده‌ای در پیشگیری‌های اولیه، ثانویه و ثالث در این گروه از افراد جامعه انجام‌شده است. بااین‌حال پژوهش در مورد این اختلال در سنین بزرگسالی هنوز به‌اندازه دانش متخصصان در مورد این اختلال در کودکان رشد و توسعه‌نیافته است(۲).

از بین مشکلات گسترده‌ای که این اختلال در بزرگسالان ایجاد می‌کند می‌توان از مشکل در سازمان‌دهی، بی‌پروایی در رانندگی، مشکلات زناشویی، ضعف در مهارت‌های ارتباطی، مشکل در انجام تکالیف، تاخیر در اجرای تکالیف، عصبانیت انفجاری و بسیاری از مشکلات مشابه ناشی از نقص توجه نام برد. همچنین ممکن است شغل خود را بارها تغییر دهند، در توجه به تکالیف ملال‌آور و خسته‌کننده با مشکل مواجهه باشند، با ارائه کوچک‌ترین عامل مزاحم یا محرکه‌ای جدید، حواس‌شان از تکلیف منحرف شود، در مورد خرج کردن پول، مسافرت و مشاغل یا طرح‌های اجتماعی، تصمیم‌های تکانشی بگیرند، آسیب‌های جسمی شدیدتری داشته باشند و بیشتر از همسالان بهنجار خود، به دیگران صدمه بزنند(۳). به علاوه پژوهش‌های جدید درزمینه میزان مصرف مواد مخدردر بزرگسالان مبتلابه ADHD نشان داده

نویسنده مسئول: رسول محمدیان
پست الکترونیک: *rasoul.2828@gmail.com*

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

است کـه ایـن افـراد، در مقایسـه بـا هـمسـالان خـود، در سـن پایین‌تری مصرف مواد را شـروع می‌کنند و تنـوع اسـتفاده از مواد مختلف مخدر در آن‌ها چند برابـر بـیشتـر اسـت(۲, ۴)

علاوه بر این موارد، شیوع این اختلال در بسیاری از کشورها نرخ بالایی را نشان داده است، درواقع شیوع اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه در کشور ایران حتی رقمی بالاتر از شیوع جهانی و به میزان ۵,۵ درصد گزارش‌شده است(۵) که همین امر لزوم توجه هرچه بیشتر به این اختلال در سایر کشورها و به خصوص در ایران را نشان می‌دهد.

یکی از زیرگروه‌های بزرگسالان که علاوه بر بالا بودن جمعیت‌شان، دارای استعداد بالایی برای ابتلا به گستره وسیعی از مشکلات روان‌شناختی هستند، دانشجویان هستند. افسردگی، اضطراب، مشکلات تصمیم‌گیری ریسکی و مشکلات مصرف سیگار از رایج‌ترین علل ارجاع برای ارزیابی روان‌شناختی در این گروه از افراد هستند. از علل اهمیت گسترده این یافته‌ها در این جمعیت، رابطه بین این مشکلات با مشکلات تحصیلی و کیفیت زندگی است. به‌علاوه مشکلات افسردگی و اضطرابی دارای اهمیت ویژه بالایی در مورد عوامل خطرزای خودکشی در بین این گروه هستند(۶)، در واقع دومین عامل خطر خودکشی در دانشجویان است(۷).

از دیگر سو، دانشجویان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی (اختلالی که به‌طور فزاینده‌ای به افت کارکرد در این گروه منجر شده است) در معرض خطر بالایی برای ابتلا به مشکلات افسردگی، اضطرابی و مصرف سیگار هستند(۸). همچنین تحقیق‌ها حاکی از ارتباط بین اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی با مشکلات مذکور در خط بالا به خصوص افسردگی و اضطراب در بزرگسالان است(۸, ۹). همچنین مشکلات در تصمیم‌گیری ریسکی خود عامل خطری برای افسردگی، اضطراب، سوءمصرف مواد و به تبع آن افت شدید کارکرد تحصیل در افراد مبتلابه مشکلات توجهی است(تمام بزرگسالان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقایص کم‌توجهی، نقایص گسترده‌ای در توجه از خود نشان می‌دهند)(۱۰).

با وجود موارد بالا، تحقیق‌ها در مورد این متغیرها با نتایج ضدونقیضی روبه‌رو بوده است، برای مثال؛ از میان چهار تحقیقی که در مورد رابطه این اختلال با افسردگی و اضطراب در دانشجویان بررسی شده انجام‌شده است، دو تحقیق این رابطه را تایید و دو تحقیق رد کرده‌اند(۸). این موضوع لزوم مطالعه هرچه بیشتر این حیطه را نشان می‌دهد.

دوم این که بسیاری از مطالعه‌ها برای تشخیص از پرسشنامه‌های خود سنجی و گزارش والدین استفاده می‌کردند که این کار با توجه به گستره این ابزارها که هرکدام بر اساس ملاک‌های خاصی تشخیص‌گذاری کرده و همچنین پایین بودن روایی و پایایی این ابزار (که به اطمینان نداشتن به تشخیص‌گذاری‌ها منجر می‌شود) از دلایل بالقوه اصلی ضد و نقیض بودن نتایج حاصله است(۸, ۱۱).

در همین زمینه، مطالعه حاضر سعی در مقایسه‌ی افسردگی، اضطراب، تصمیم‌گیری ریسکی و میزان مصرف سیگار در بین دانشجویان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقایص توجه با دانشجویانی که به این اختلال مبتلا نبوده‌اند، بپردازد و مشخص شود آیا بین این دو گروه در مشکلات مربوط، تفاوتی وجود دارد؟

مواد و روش‌ها:

این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ انجام شد. بر اساس پرونده‌های سلامت‌روان، تمام دانشجویان که در مرکز مشاوره روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی کاشان نگه‌داری می‌شد، از افرادی که بر اساس نتایج پرسشنامه‌ها و مصاحبه‌های موجود در پرونده و مصاحبه دانشجویان، مشکوک به داشتن این اختلال بودند، فهرستی تهیه شد. در مرحله بعد با این افراد تماس حاصل شد و از آن‌هایی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، تشخیص بر اساس پرسشنامه کانرز ۱۰ ماده‌ای توسط دستیاران روان‌پزشکی، روان‌شناسان بالینی آموزش دیده دارای مدرک فوق‌لیسانس و اینترن‌های پزشکی آموزش‌دیده، انجام شد.

معیارهای ورود شامل مبتلا نبودن به اختلال شخصیت ضداجتماعی، نداشتن سابقه تصادف منجر به ضربه به سر، نبود یا سابقه بیماری‌های مزمن پزشکی و روان‌پزشکی مانند اسکیزوفرنی، تجربه کردن حادثه استرس‌زا یا افسرده ساز مانند فوت نزدیکان، تصادف، زندان و طلاق است. معیارهای خروج نیز شامل تکمیل نکردن پرسشنامه و مطابقت نداشتن اطلاعات بیان‌شده با اطلاعات جمعیت‌شناختی که در پژوهش بیان می‌کردند، بود. خط برش تشخیص بیش‌فعالی بر اساس پرسشنامه بیش‌فعالی کانرز، ۱۵ است.

با توجه به جمعیت پایین افراد موردمطالعه، فقط ۹۰ دانشجوی مبتلا به طیف اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی و نشانه‌های زیرآستانه‌ای این اختلال وارد تحقیق شدند. همچنین برای جلوگیری از مداخله متغیرهای جمعیت‌شناختی، از این افراد خواسته شد، هم‌اتاقی یا همکلاسی‌های خود را نیز برای شرکت در گروه دانشجویان غیر مبتلا به این اختلال، معرفی کنند. بر همین اساس ۹۰ دانشجوی غیر مبتلا نیز به وسیله مصاحبه انتخاب شد. لازم به ذکر است که این افراد گروه کنترل، از نظر سن، جنس و مقطع، با افراد گروه بیش‌فعالی، همتاسازی شدند.

قبل از شروع مطالعه از همه شرکت‌کنندگان رضایتنامه کتبی آگاهانه گرفته شد. پرسشنامه‌هایی که در این مطالعه به‌کاربرده شد، همگی بی‌نام بودند و یک کد شناسایی برای حفظ محرمانه بودن اطلاعات شخصی استفاده شد.

ابزار مخصوص مصرف سیگار: از تمامی شرکت‌کنندگان آزمون غلظت استنشاقی مصرف سیگار گرفته شد درصورتی‌که درجه سنجش نشانگر غلظت کربن مونوکسید بالای 10ppm ، بیانگر آن است که فرد در در چند روز گذشته مصرف سیگار داشته است.

پرسشنامه اضطراب بک

این پرسشنامه مقیاسی ۲۱ ماده‌ای است که از سوی بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ ساخته‌شده است. بررسی وضعیت روان‌سنجی آن در خارج از کشور همسانی درونی ۰/۸۲ را نشان داده و عنوان‌شده ابزار مناسبی برای سنجش اضطراب است(۱۲). در این پرسشنامه، آزمودنی در هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری میشود. هریک از ماده‌های آزمون یکی از علایم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف میکند. بنابراین، نمره کل این پرسشنامه در دامنه ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسشنامه به این صورت است. هیچ یا کمترین حد ۷-۰ ، خفیف ۱۵- ۸ ، متوسط ۲۵-۱۶ ، شدید ۶۳- ۲۶.

در ایران، این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیراست. همچنین نتایج حاصل از همبستگی بین نمره‌های به دست آمده از BAI و ارزیابی متخصصان(r=۰/۷۳) نشان میدهد که این آزمون از روایی مناسبی برخوردار است(۱۳).

پرسشنامه بیش‌فعالی کانرز بزرگسالان:

این مقیاس توسط کانرز در سال ۱۹۷۰ طراحی شد و ابزاری مناسب غربالگری است. همچنین به عنوان معیاری برای بررسی شدت علایم مبتلایان به اختلال کم توجهی یش‌فعالی پذیرفته شده است. فرم خودگزارشی ایـن مقیـاس را در طـول یک ماه تا یک سال از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و پایایی بین نمره‌گذاران را ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. ضـرایب آلفـای کرونبـاخ بـرای ایـن مقیاس بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ گزارش شده اسـت

پرسشنامه افسردگی بک:

این پرسشنامه که شامل ۲۱ سوال است، برای سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساسا بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به‌طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسشنامه، به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند، دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعه‌های اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسشنامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده‌است. میانگین همبستگی پرسشنامه افسرگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون(HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفت‌های عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-۹۰، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسشنامه بک، بالا گزارش‌شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است(۱۵).

تصمیم‌گیری ریسکی: آزمون تصمیم‌گیری ریسکی(IOWA gambling task) ابزاری برای بررسی تصمیم‌گیری فرد در شرایط زندگی واقعی است. شرکت‌کنندگان با چهار کارت روبه‌رو هستند. دو کارت اول باوجود داشتن میزان جایزه بالاتر، در مواقعی نیز نمرهای منفی بالایی را به فرد می‌دهند، درحالی‌که دو کارت انتهایی میزان پول کمتری را جایزه می‌دهند، ولی میزان باختی که در برخی موارد متحمل می‌کنند بسیار کمتر است(شکل۱). نمره نهایی حاصل مجموع تعداد دو کارت انتهایی، منهای دو کارت اولیه است. تحقیق حاضر این تکلیف را با نسخه کامپیوتری این آزمون که از روایی و پایایی همگام با آزمون سنتی برخوردار است، بررسی کرد(۱۶-۱۹). شکل شماره یک قوانین امتیازدهی این ابزار را نشان می‌دهد. در این تحقیق از ورژن کامپیوتری این آزمون استفاده شد. در نسخه کامپیوتری، براساس مطالعه‌های پیشین روایی و پایایی مناسبی دارد(۲۰).

شکل ۱. قوانین امتیاز دهی در آزمون تصمیم‌گیری ریسکی

	دسته A	دسته B	دسته C	دسته
میزان برد	$100	$100	$50	$50
میزان باخت	$150-$350	$1250	$50	$250
احتمال برد به باخت در ۵۰ کوشش	25:25	45:5	25:25	45:5

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی، همگنی واریانس، خی دو استفاده شد $\alpha = 0/05$

برای به دست آوردن نمونه افراد مبتلابه طیف ADHD، ۳۲۲ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند که از این تعداد، ۱۷۸ نفر واجد ملاک‌های تشخیصی ولو در حد زیرآستانه‌ای نبودند و همچنین سه نفر به دلیل داشتن سابقه مصرف مواد، ۳۵ نفر به دلیل علاقه‌مند نبودن برای شرکت در پژوهش، ۹ نفر به دلیل داشتن سابقه صدمه به سر و هفت نفر نیز به دلیل وجود استرسور مزمن در زندگی مانند طلاق یا مرگ والدین در یک سال اخیر کنار گذاشته شدند. در نهایت تحلیل داده‌ها روی ۹۰ فرد مبتلا به این اختلال انجام شد. همچنین از ۱۴۰ نفری که برای گروه گواه انتخاب شدند، ۴۰ نفر حاضر به شرکت در پژوهش نشدند، سه نفر سابقه صدمه به سر داشته، دو نفر سابقه مصرف مزمن داشته، سه نفر مشکلات استرسوز مزمن در سال اخیر و دو نفر نیز سابقه مشکلات طبی مزمن منجر به بستری طولانی‌مدت را گزارش کردند.

مسائل اخلاقی:

لازم به ذکر است که تمام پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و هویت افراد جمع‌آوری شد. همچنین هیچ‌گونه اطلاعاتی از افراد بعد از تحلیل برجای نماند و به دلیل رازداری امحا شدند. به‌علاوه تمام مسائل مربوط به رازداری به افراد ارائه شد و اطمینان داده شد که نتایج محفوظ و بی‌نام است.

نتایج:

در ابتدای امر، نتایج حاکی از آن بود که هیچ‌گونه تفاوت معناداری بین دو گروه در سن و جنس مشاهده نشد. جدول شماره یک به بررسی این عامل می‌پردازد.

در باره جدول شماره یک نتایج حاکی از آن بود که بین دو گروه، تفاوتی در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی وجود ندارد و یکسان بود.

جدول ۱. بررسی متغییرهای جمعیت‌شناختی در دو گروه

	بیش‌فعالی/نقص توجه	سالم	P
تعداد افراد حاضر در مطالعه	۹۰	۹۰	
سن[a]	۲،۵۹±۲۲	۲،۵±۲۱،۷	۰،۶۲۹
جنسیت[b]			
مرد	۵۲(۵۸)	۵۶(۶۲،۲)	۰،۳۸۲
زن	۳۸(۴۲)	۳۴(۳۷،۸)	

a تی گروه‌های مستقل bآزمون کای اسکوئر

از سوی دیگر، با استفاده از آزمون‌های تی گروه‌های مستقل و کای اسکوئر مشخص شد که شدت افسردگی و اضطراب، شیوع مصرف سیگار و نقص در تصمیم‌گیری پرخطر در دانشجویان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه، بیش از دانشجویان بهنجار است($P<0.05$).جدول‌های شماره ۲ و ۳ به تشریح این نتایج میپردازند.

جدول شماره۲.میزان افسردگی، اضطراب و تصمیم‌گیری ریسکی در دو گروه

متغیر/گروه	بیش فعالی/نقص توجه	سالم	P
افسردگی	۸،۲۳±۱۶،۸	۴،۰۵±۱۰،۸۴	۰،۰۰۱
اضطراب	۵،۹۸±۱۹،۴۶	۳،۶۷±۱۳،۹۴	۰،۰۰۱
تصمیم‌گیری ریسکی	۲،۲۹±۰،۸	۲،۶۴±۲،۸۳	۰،۰۰۱

از آزمون تی-تست مستقل استفاده شده است.

جدول ۳.بررسی میزان نرخ مصرف سیگار در دو گروه

متغیر/گروه	بیش‌فعالی/نقص توجه	سالم	P
مصرف سیگار[a]	۱۳	۴	۰،۰۳۹
عدم مصرف	۷۷	۸۶	۰،۰۰۱

a تعداد و درصد

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که شدت افسردگی و اضطراب، شیوع مصرف سیگار و نقص در تصمیم‌گیری پرخطر در دانشجویان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه، بیش از دانشجویان بهنجار است. همگام با مطالعه حاضر، اکثریت مطالعه‌های انجام شده نیز نتایجی مشابه را به بار آورده‌اند.

به‌طور مثال، در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ روی دانشجویان انجام شد، مشخص شد که دانشجویان مبتلا به بیش‌فعالی همراه با نقایص توجه نسبت

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

به سایر دانشجویان در معرض خطر بیشتری برای آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی و اضطراب هستند و نرخ بالاتری از شیوع طول عمر این دو اختلال را نسبت به دانشجویان فاقد این اختلال تجربه می‌کنند .(۱۱)

همچنین، در مطالعه‌ای مشخص شد که رابطه‌ای بین افسردگی و اضطراب با ابتلا به اختلال بیش‌فعالی توام با نقص توجه در نوجوانان مبتلا به این اختلال وجود ندارد. در این مطالعه که ۲۴ نوجوان مبتلا به این اختلال بررسی شدند، دلایل گسترده‌ای به‌طور بالقوه منجر به این نتایج شد. برای مثال حجم نمونه بسیار کم و کنترل نکردن متغیرهای جمعیت‌شناختی به‌طور گسترده‌ای از دلایل ضعیف بودن طرح پژوهش و به تبع آن دقت پایین نتایج کسب شده، مطرح است(۸).

از دیگر سو، در مطالعه Isaksson و همکاران (۲۰۱۸) مشخص شده است که در افراد مبتلابه اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، شیوع رفتارهای پرخطر جنسی به‌طور قابل توجهی بالاست(۲۱).علاوه بر این پژوهش، نتیجه مذکور در نوجوانان نیز تایید شده است(۲۲).

علاوه بر این، مشخص شد که در نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه، نسبت به نوجوانان فاقد این اختلال، مشکلات در سیستم تصمیم‌گیری ریسکی به‌طور شایع‌تری یافت می‌شود(۲۲).

در باره شیوع اختلال‌های اعتیادی در این افراد، مطالعه‌های زیادی انجام شده است. برای مثال، در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۸ از سوی Lee Hyo Jin انجام شد، مشخص شد که رابطه‌ای قوی بین نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه با مصرف سیگار و رفتار اعتیادی بازی‌های ویدیویی وجود دارد(۲۳). همچنین در مطالعه‌ای دانشجویان با نشانه‌های اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در مقایسه با دانشجویان بدون نشانگان این اختلال، به‌طور معناداری رفتارهای پرخطر و افکار خودکشی بیشتری گزارش می‌کنند(۲۴).

در تبیین این نتایج، می‌توان به این نکته اشاره کرد که یکی از ویژگی‌های بارز افراد مبتلا به اختلال کم‌توجهی/تکانش‌گری، بر اساس نظریه بارکلی ناتوانی در به تاخیر انداختن لذت و نداشتن توانایی بازداری رفتاری مناسب برای موقعیت‌های معین است. این ویژگی سبب می‌شود که دانشجویان مبتلا به اختلال کم‌توجهی/بیش فعالی نتوانند تمایل‌های و رفتارهای پرخطری مانند رفتار جنسی را بازداری یا نادیده بگیرند، و ارضای آن را به تاخیر بیندازند، به همین دلیل نرخ شیوع این رفتارهای پرخطر همچون مصرف سیگار و تصمیم‌گیری ریسکی در این افراد بیشتر از سایر افراد است(۲۲, ۲۵, ۲۶).

علاوه بر این، دانشجویان مبتلا به اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی از سطح فعالیت پایه و تکانش‌گری بیشتری در مقایسه با سایر افراد برخوردارند که سبب می‌شود رفتارهایی انجام دهند که فاقد تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی منسجم هستند(۹, ۲۲).

نداشتن بازداری مناسب و سطح فعالیت بیشتر همراه با ناتوانی در توجه به جنبه‌های مختلف یک رویداد که ویژگی‌های اصلی افراد و دانشجویان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی است، سبب می‌شود این افراد بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر در مقایسه با سایر افراد و دانشجویان عادی باشند. علاوه بر این، شواهد پژوهشی نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی از منبع کنترل بیرونی برخوردارند و اعتماد به نفس کمتری دارند. رفتارهای پرخطر و مخربی مانند رانندگی خطرناک یا مصرف سیگار می‌تواند به منزله راهی برای به دست آوردن تایید دیگران و ابراز وجود باشد(۲۷-۲۹).

همچنین در این افراد، مقدار عصب رسانه دوپامین پایین است و همین موضوع یکی از علل شیوع بالای مصرف سیگار به عنوان راهی برای افزایش لذت در این افراد است. همچنین کاهش در این نوروترانسمیتر و نقایصی که در سیستم لیمبیک، آمیگدال و به تبع آن نقایص در سیستم هیجان‌ها یکی از علل اساسی نرخ افسردگی و اضطراب در این افراد است(۳۰). به‌علاوه، از آنجا که افراد مبتلا به بیش‌فعالی، مشکلات گسترده‌ای در حافظه فعال، توجه و سایر کارکردهای اجرایی دارند، بسیاری از فعالیت‌ها را تا مرز پاداش‌دهی نمی‌توانند ادامه دهند و با شکست خوردن در انجام این فعالیت‌ها، در بلندمدت دچار مشکلات اعتماد به نفس و عزت نفس همراه با درماندگی آموخته شده می‌شوند و این عامل خود می‌تواند در مشکلات افسردگی و اضطراب این افراد نیز نقش گسترده‌ای داشته باشد(۳۱, ۳۲)

با وجود نتایج نوید بخشی که در مطالعه حاضر به دست آمد، این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود؛ اول اینکه نتایج فقط به‌صورت مقطعی به دست آمد و عوامل بلندمدتی که می‌توانست موثر بر این نتایج باشد، بررسی نشد، دوم، نمونه کسب شده، نمونه‌ای با حجم پایین بود که این مورد خود یکی از عوامل بالقوه احتمالی دقت پایین نتایج کسب شده است.

بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در تحقیق‌های آتی به مواردی از قبیل نمونه با حجم بالا، بررسی طولانی، توجه به ابعاد این اختلال و سایر متغیرهای روان‌شناختی دخیل در این موضوع همچون تنظیم هیجانی-شناختی پرداخته شود. همچنین یکی از مواردی که در این افراد به عنوان متغیر میانجی‌گر نقش بالقوه‌ای دارد، باید مد نظر قرار گیرد.

توصیه‌های کاربردی این مطالعه نیز، به‌این صورت است که باید بر اساس پرونده دانشجویان، درصورت مشخص بودن نشانه‌های بیش‌فعالی، این گروه را به عنوان افراد در معرض خطر مورد پیگیری قرار داد.

تشکر و قدردانی:

از تمامی افرادی که در پژوهش شرکت کرده‌اند، به خصوص پرسنل مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی کاشان که بدون کمک‌های سخاوتمندانه ایشان انجام این تحقیق با مشکلات گسترده‌ای همراه میشد، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع:

1. فریبا عگ, مرتضی ح, مائده ح. شیوع اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در گروهی از دانشجویان.

2. Selikowitz M. ADHD: OUP Oxford; 2009.

3. Fields SA, Johnson WM, Hassig MB. Adult ADHD: Addressing a unique set of challenges. The Journal of family practice. 2017;66(2):68-74.

4. Zalsman G, Shilton T. Adult ADHD: A new disease? International journal of psychiatry in clinical practice. 2016;20(2):70-6.

5. السادات ما, لیلا حن, حمید ی, رضا ر. بررسی اثربخشی نوروفیدبک در کاهش نشانه‌های نقص توجه و تمرکز و کاهش بیش‌فعالی و تکانش‌گری در بزرگسالان دارای اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی (ADHD).

6. Weber AN, Michail M, Thompson A, Fiedorowicz JG. Psychiatric Emergencies. Medical Clinics. 2017;101(3):553-71.

7. Turner JC, Leno EV, Keller A. Causes of mortality among American college students: A pilot study. Journal of college student psychotherapy. 2013;27(1):31-42.

8. Nelson JM, Liebel SW. Anxiety and depression among college students with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Cross-informant, sex, and subtype differences. Journal of American college health. 2018;66(2):123-32.

9. Panevska LS, Zafirova-Ivanovska B, Vasilevska K, Isjanovska R, Kadri H. Relationship between ADHD and depression among university students in Macedonia. Materia socio-medica. 2015;27(1):18.

10. Prevatt F. Coaching for College Students with ADHD. Current psychiatry reports. 2016;18(12):110.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

11. 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. American Journal of psychiatry. 2006;163(4):716-23.
12. Wetherell JL, Gatz M. The Beck Anxiety Inventory in older adults with generalized anxiety disorder. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2005;27(1):17-24.
13. Kaviani H, Mosavi A. Psychometric features of Beck Anxiety Inventory. Faculty of Medical Journal, Tehran University of Medical science 2008;2(66):41-8.
14. جزایری ف. 20747
15. Azkhosh m. application of mental assesments and clinical diagnostics. iran: ravan; 2008.
16. Businelle MS, Apperson MR, Kendzor DE, Terlecki MA, Copeland AL. The relative impact of nicotine dependence, other substance dependence, and gender on Bechara Gambling Task performance. Exp Clin Psychopharmacol. 2008;16(6):513-20.
17. Mueller ST, Piper BJ. The Psychology Experiment Building Language (PEBL) and PEBL Test Battery. J Neurosci Methods. 2014;222:250-9.
18. Rotge JY, Poitou C, Fossati P, Aron-Wisnewsky J, Oppert JM. Decision-making in obesity without eating disorders: a systematic review and meta-analysis of Iowa gambling task performances. Obes Rev. 2017.
19. Turnbull OH, Bowman CH, Shanker S, Davies JL. Emotion-based learning: insights from the Iowa Gambling Task. Front Psychol. 2014;5:162.
20. Mueller ST, Piper BJ. The psychology experiment building language (PEBL) and PEBL test battery. Journal of neuroscience methods. 2014;222:250-9.
21. Isaksson J, Stickley A, Koposov R, Ruchkin V. The danger of being inattentive–ADHD symptoms and risky sexual behaviour in Russian adolescents. European psychiatry. 2018;47:42-8.
22. Nylander C, Tindberg Y, Fernell E. Risky sexual behaviour among adolescents may be related to ADHD. Acta Paediatrica. 2015;104(6).
23. Lee HJ, Tran DD, Morrell HE. Smoking, ADHD, and Problematic Video Game Use: A Structural Modeling Approach. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2018;21(5):281-6.
24. سیما ف، اسماعیل ش، بیتا ش، سعید ص. مقایسه تطبیقی رفتارهای پرخطر و افکار خودکشی در دانشجویان با و بدون علایم اختلال نقص توجه-بیش فعالی.
25. Goldstein S, Ellison AT. Clinician's Guide to Adult ADHD: Assessment and Intervention: Elsevier Science; 2002.
26. Humphreys KL, Tottenham N, Lee SS. Risky decision-making in children with and without ADHD: A prospective study. Child neuropsychology. 2018;24(2):261-76.
27. Segenreich D, Fortes D, Coutinho G, Pastura G, Mattos P. Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) students. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2009;42(5):465-9.
28. Wolf LE. College students with ADHD and other hidden disabilities. Annals of the New York Academy of Sciences. 2001;931(1):385-95.
29. Nelson JM, Gregg N. Depression and anxiety among transitioning adolescents and college students with ADHD, dyslexia, or comorbid ADHD/dyslexia. Journal of Attention Disorders. 2012;16(3):244-54.
30. Easton A, Emery N. The cognitive neuroscience of social behaviour: Psychology Press; 2004.
31. Van Eck K, Morse M, Flory K. The role of body image in the link between ADHD and depression symptoms among college students. Journal of Attention Disorders. 2015:1087054715580845.
32. Bechara A, Damasio AR. The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision. Games and economic behavior. 2005;52(2):336-72.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]