

فراوانی اختلال نقص توجه / بیش فعالی و ارتباط آن با افسردگی در دانشجویان

دکتر نوشین پرورش^{۱*}، دکتر حسن ضیاءالدینی^۲، دکتر راضیه عرفانی^۳، مصطفی شکوهی^۴

۱- روانپزشک کودک ونوجوان، دانشیار، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۲- دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۳- پزشک عمومی. ۴- مربی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اثرات مخرب عدم درمان اختلال نقص توجه / بیش فعالی (ADHD)، این مطالعه به منظور تعیین فراوانی اختلال نقص توجه / بیش فعالی و ارتباط آن با افسردگی در دانشجویان انجام شد. **روش بررسی:** این مطالعه توصیفی روی ۴۱۴ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال‌های ۸۹-۱۳۸۸ انجام شد. غربالگری ADHD با پرسشنامه خودگزارش دهی ADHD بزرگسالان (ASRS) انجام شد. ADHD کودکی با پرسش از والدین و افسردگی با پرسشنامه بک ارزیابی شد.

یافته‌ها: فراوانی ADHD بزرگسالی ۳/۹ درصد و فراوانی ADHD کودکی (بیش‌فعالی-کم توجهی-مرکب) ۸/۵ درصد به دست آمد. فراوانی افسردگی در افرادی که ADHD کودکی یا بزرگسالی داشتند؛ بیشتر بود. افسردگی با مقطع تحصیلی ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($P < 0/05$). به صورتی که در مقطع کارشناسی بیشترین میزان افسردگی و در مقطع کارشناسی ارشد کمترین میزان افسردگی گزارش شد. **نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد که افسردگی در افراد مبتلا به ADHD بزرگسالی و یا وجود سابقه ابتلا در کودکی، شایع است. **کلید واژه‌ها:** ADHD بزرگسالی، ADHD کودکی، افسردگی

* نویسنده مسئول: دکتر نوشین پرورش، پست الکترونیکی n_parvaresh@yahoo.com

نشانی: کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، بیمارستان شهیدبهشتی، تلفن ۲۱۱۶۳۲۸-۰۳۴۱، نمابر ۲۱۱۰۸۵۶
وصول مقاله: ۹۱/۷/۹، اصلاح نهایی: ۹۲/۱/۲۷، پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۴

مقدمه

اختلال نقص توجه / بیش فعالی (ADHD) (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) الگوی پایدار عدم توجه، بیش فعالی و رفتارهای تکانشی است که شدیدتر و شایع‌تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می‌شود. برای مطرح کردن این تشخیص باید برخی از نشانه‌ها پیش از سن هفت سالگی ظاهر شوند. هرچند بسیاری از موارد سال‌ها پس از بروز نشانه‌ها تشخیص داده می‌شوند. اختلال باید حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و بایستی عملکرد فرد بسته به میزان رشد، در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل شده باشد (۱). براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای ADHD، بیش‌فعالی و تکانشگری یک بعد مشترک را دربرمی‌گیرد و تشخیص ADHD براساس نوع تظاهرات یکی از سه نوع اختلال یعنی بی‌توجه، بیش‌فعالی / تکانشگری یا مرکب را شامل می‌شود (۱).

شیوع ADHD در بزرگسالان ۸-۳ درصد (۶-۲)، در بین دانشجویان پزشکی ۸/۷ درصد در کنیا و ۵/۵ درصد در آمریکا

گزارش شده است (۸و۷). در ایران شیوع ADHD در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی در مطالعه عربگل و همکاران ۳/۷ درصد (۹) و در کودکان دبستانی مطالعه مرادی و همکاران در نیشابور ۱۲/۵ درصد برآورد شد (۱۰). ADHD کودکی براساس گزارشات متفاوت در پسرها ۲ تا ۹ برابر شایع‌تر از دخترها است (۱۱).

شیوع ADHD در دانشجویان براساس جنس، نژاد و گزارش خود فرد و والدین در مطالعات مختلف متفاوت بوده است. به‌طوری که در نژاد آفریقایی - آمریکایی شیوع بیشتر بوده است. در گزارش خود فرد در پسرها بیشتر از دخترها و براساس گزارش والدین در دانشجویان پسر و سفیدپوستان بیشتر گزارش شده است (۱۲و۱۳). موفقیت در تشخیص و درمان در دانشجویان چالش برانگیز است. چون مکانیسم‌های جبرانی و ناامیدی مزمن ثانویه به اختلال عملکرد در این افراد باعث می‌شود که علایم در کودکان و بزرگسالان متفاوت باشد (۳). این افراد در خطر تشخیص اشتباه افسردگی و اضطراب قرار دارند. حتی ممکن است اولین تظاهر بیماری در این

سوء مصرف مواد در بزرگسالان و اهمیت آن در دانشجویان و این که با بررسی‌های انجام شده در ایران مطالعه‌ای شیوع ADHD کودکان و بزرگسالی را در دانشجویان مورد بررسی قرار نداده است؛ مطالعه حاضر به منظور تعیین شیوع ADHD بزرگسالی و کودکان و ارتباط آن با افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۴۱۴ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال‌های ۸۹-۱۳۸۸ انجام شد.

معیار ورود به مطالعه شامل تحصیل در رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، علوم آزمایشگاهی و رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان بود.

براساس سال ورودی، از هر ورودی ۳۰ دانشجو در مقطع دکتری و از بین دانشجویان پیراپزشکی ۱۵۰ دانشجو در مقطع کارشناسی و ۵۰ دانشجو در مقطع کارشناسی ارشد به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای وارد مطالعه شدند. دانشجویان با آگاهی و رضایت کامل در مطالعه شرکت نمودند.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه خودگزارش‌دهی ADHD بزرگسالی (ASRS) (Adult ADHD Self-Report Scale) بود (۲۶). پرسشنامه ASRS شامل ۱۸ سؤال و دو قسمت است که از قسمت اول (۶ سؤال) برای غربالگری ADHD بزرگسالان استفاده شد. پرسشنامه هنوز در ایران استاندارد نشده و از حساسیت ۶۸/۷ درصد، ویژگی ۹۹/۵ درصد و ضریب همبستگی کاپا ۰/۷۶ در مطالعات خارجی برخوردار است. موارد از هرگز تا اغلب اوقات در پنج گزینه نمره گذاری می‌شود. برای گزینه‌های هرگز و به ندرت نمره منفی، اغلب و به طور مکرر نمره مثبت در نظر گرفته می‌شود. نمرات مثبت بیشتر از ۴، دلالت بر ابتلا به ADHD بزرگسالی دارد.

همچنین پرسشنامه محقق ساخته بر اساس معیارهای DSM-IV-TR برای تشخیص ADHD کودکان (۱۸ سؤال) بر اساس معیارهای DSM-IV-TR و ADHD تهیه و توسط والدین دانشجویان تکمیل شد. در صورت وجود شش مورد یا بیشتر از علائم ۹ سؤال اول به مدت حداقل شش ماه، به عنوان نشانه‌های اختلال ADHD از نوع بی‌توجهی، وجود شش مورد یا بیشتر از علائم ۹ سؤال بعدی را به مدت حداقل شش ماه، به عنوان نشانه‌های اختلال ADHD از نوع بیش‌فعالی - تکانش‌گری قلمداد نمودیم. وجود هر دو مورد، به عنوان نشانه‌های اختلال ADHD از نوع مرکب در نظر گرفته شد.

از پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory) که پرسشنامه خودگزارش‌دهی است؛ برای سنجش افسردگی استفاده گردید. این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده است که از اعداد صفر تا ۳

افراد افسردگی باشد که باعث می‌شود؛ بسیاری از این بیماران تشخیص داده نشوند (۱۶-۱۴).

نقش عوامل ژنتیک، عوامل مربوط به رشد، آسیب مغزی، عوامل عصبی - شیمیایی، عصبی - فیزیولوژیک و روانی - اجتماعی در سبب‌شناسی اختلال مطرح است (۹).

در مطالعه‌ای دانشجویان با اختلال ADHD در مقایسه با گروه کنترل از نظر تطابق با دانشگاه، اعتماد به نفس و مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تر بودند (۱۷). این افراد ناتوانی‌های بیشتری داشته (۱۸)؛ کمتر تحصیل می‌کنند؛ رتبه‌های علمی پایین‌تری در دبیرستان دارند؛ بیشتر مواد مصرف می‌کنند؛ قوانین را بیشتر زیر پا می‌گذارند و بیشتر به سایر بیماری‌های روانپزشکی مبتلا می‌شوند (۱۷ و ۱۹). ابتلا به ADHD خطر مصرف سیگار را افزایش می‌دهد (۱۴) و در مبتلایان به وابستگی مواد بیشتر است (۲۰). مشکلات ثانویه مثل افت تحصیلی، مهارت‌های بین فردی ضعیف، رفتارهای ضداجتماعی و اختلالات اضطرابی بیشتر برای این بیماران رخ می‌دهد (۶). ADHD باعث اختلال در آموزش، شغل و عملکردهای اجتماعی - روانی (۵ و ۶) و کاهش عملکردهای اجرایی و حافظه کاری می‌شود (۲۱). جوانانی که ADHD دارند؛ در زمان دانشجویی علایم افسردگی و مشکلات تحصیلی بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۲). اختلال نقص توجه (Attention Deficit Disorder: ADD) خطر ارتکاب جرم، زندانی شدن و مشکلات ازدواج و طلاق را افزایش می‌دهد (۱۹). در مطالعه‌ای ۲۲ درصد مردان و ۲۵ درصد زنانی که این اختلال را داشتند؛ از زندگی خود ناراضی بودند و علت ناراضی‌ت در مردان عملکرد اجتماعی ضعیف و در زنان کنترل عاطفی ضعیف بود (۲۳). ارتباط بین اعتیاد به اینترنت و ADHD ثابت شده و بی‌توجهی بیشترین ارتباط را با اعتیاد به اینترنت داشته است (۲۴).

در بستگان درجه اول مبتلا به ADHD خطر ابتلا به این اختلال و نیز سایر اختلالات نظیر اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی بالا است و در والدین کودکان مبتلا به ADHD میزان بروز پرفعالیتی، جامعه‌ستیزی، اختلالات مصرف الکل و اختلال تشنجی بالاتر از حد عادی است (۹).

سیر ADHD متغیر بوده و علایم تقریباً در ۵۰ درصد موارد تا نوجوانی یا بزرگسالی ادامه می‌یابد. در ۵۰ درصد مابقی علایم در زمان بلوغ یا اوایل بزرگسالی فروکش می‌کند. در برخی موارد پرتحرکی برطرف می‌شود؛ ولی کاهش میدان توجه و مشکلات کنترل تکانه باقی می‌ماند. پرتحرکی معمولاً نخستین علامتی است که فروکش می‌کند و حواس پرتی آخرین علامتی است که برطرف می‌شود (۱). تعداد کمی از بزرگسالان به دنبال درمان (دارودرمانی، درمان انفرادی، خانواده، گروه درمانی و مشاوره) هستند (۲۵).

با توجه به اثرات مخرب ADHD مثل مشکلات تحصیلی، طلاق،

جدول ۱: رابطه افسردگی با اختلال نقص توجه / بیش فعالی بزرگسالی و کودکی

افسردگی		بزرگسالی		کودکی	
ندارد	خفیف	متوسط	شدید و خیلی شدید	p-value	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
دارد (n=۱۶)	ندارد (n=۳۹۷)	دارد (n=۱۶)	ندارد (n=۳۹۷)	اختلال نقص توجه / بیش فعالی بزرگسالی	
۷ (۴۳/۸)	۳۰۶ (۷۷/۱)	۸ (۵۰)	۱۱ (۲/۸)	۰ (۰)	۰/۰۱۵
۲۹۱ (۷۷/۴)	۷۵ (۱۸/۹)	۹ (۲/۴)	۵ (۱/۳)		
ندارد (n=۳۷۶)	بیش فعالی (n=۱۶)	کم توجهی (n=۱۰)	مرکب (n=۹)	اختلال نقص توجه / بیش فعالی کودکی	
۲ (۱۲/۵)	۷ (۷۰)	۲ (۲۲/۲)	۱ (۱۱/۱)	۰ (۰)	۰/۰۰۱
۱۳ (۸۱/۳)	۳ (۳۰)	۲ (۲۲/۲)	۱ (۱۱/۱)		
۲۰ (۵۷/۱)	۲۹۱ (۷۷/۴)	۳ (۸/۶)	۹ (۲/۴)	اختلال نقص توجه / بیش فعالی کودکی	۰/۰۱۹
۱۱ (۳۱/۴)	۷۲ (۱۹/۱)	۳ (۸/۶)	۹ (۲/۴)		

بین افسردگی و ADHD در کودکی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$). میزان شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید یا بسیار شدید در گروه با ADHD کودکی به ترتیب برابر ۳۱/۴ درصد، ۸/۶ درصد و ۲/۹ درصد بود. در حالی که این مقادیر برای گروه بدون ADHD کودکی به ترتیب برابر با ۱۹/۱ درصد، ۲/۴ درصد و ۱/۱ درصد حاصل شد. از لحاظ آماری میزان افسردگی در گروه با ADHD کودکی به طور معنی داری بیش از گروه بدون ADHD کودکی بود ($P < 0/019$). میزان عدم افسردگی در گروه با و بدون ADHD کودکی به ترتیب برابر ۵۷/۱ درصد و ۷۷/۴ درصد حاصل شد.

بین افسردگی و ADHD در بزرگسالی ارتباط آماری معنی داری یافت شد ($P < 0/05$). میزان شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید یا بسیار شدید در گروه با ADHD بزرگسالی به ترتیب برابر ۵۰ درصد، ۶/۳ درصد و صفر درصد بود. در حالی که این میزانها برای گروه بدون ADHD کودکی به ترتیب برابر ۱۸/۹ درصد، ۲/۸ درصد و ۱/۳ درصد به دست آمد. از لحاظ آماری میزان افسردگی در گروه با ADHD بزرگسالی به طور معنی داری بیشتر از گروه بدون ADHD بزرگسالی بود ($P < 0/015$) (جدول یک). بین جنسیت با ADHD بزرگسالی، کودکی و افسردگی در آزمودنیها ارتباط آماری معنی داری یافت نشد. ارتباط بین مقطع تحصیلی با ADHD کودکی و بزرگسالی معنی دار نبود؛ ولی این تفاوت بین افسردگی و ابتلا به ADHD کودکی و بزرگسالی از نظر آماری معنی دار بود. به طوری که میزان شیوع کلی افسردگی (هر نوع از شدت های افسردگی) در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و در دکتری حرفه ای به ترتیب برابر ۳۵/۱ درصد، ۱۳/۵ درصد و ۱۹ درصد بود ($P < 0/001$). در دانشجویان مقطع کارشناسی بیشترین میزان و در مقطع کارشناسی ارشد کمترین میزان افسردگی مشاهده شد.

نمره گذاری شده است. شدت افسردگی بر اساس نمره حاصله تخمین زده می شود. نمره ۲۷-۱۶ افسردگی خفیف، نمره ۳۹-۲۸ افسردگی متوسط، نمره ۴۰ تا ۵۱ افسردگی شدید و نمره ۶۳-۵۲ افسردگی بسیار شدید در نظر گرفته می شود. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی دو نیمه سازی آزمون در ایران به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش شده است (۲۷).

داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-15 پس از تعیین شاخص های توصیفی مرکزی و پراکندگی تجزیه و تحلیل شدند. برای تحلیل داده ها از آزمون های کای اسکوئر و تست دقیق فیشر استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

شرکت کنندگان در مطالعه شامل ۱۵۹ مرد (۳۸/۴ درصد) و ۲۵۵ زن (۶۱/۶ درصد) بودند. ۱۵۱ نفر (۳۶/۵ درصد) در مقطع کارشناسی، ۵۲ نفر (۱۲/۵ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد و ۲۱۱ نفر (۵۱ درصد) در مقطع دکتری عمومی مشغول به تحصیل بودند. ۱۶ دانشجو (۳/۹ درصد) با فاصله اطمینان ۹۵ درصد برابر با ۶/۱-۲/۳ درصد مبتلا به ADHD بزرگسالی بودند.

۳۵ دانشجو (۸/۵ درصد) مبتلا به ADHD کودکی بودند که از کل نمونه های مورد مطالعه، ۱۶ نفر (۳/۹ درصد) به نوع بیش فعالی، ۱۰ نفر (۲/۴ درصد) به نوع کم توجهی و ۹ نفر (۲/۲ درصد) به نوع مرکب ADHD کودکی مبتلا بودند. به عبارت دیگر شیوع کلی ADHD کودکی در آزمودنی ها ۸/۵ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد برابر با ۱۱/۶-۶/۱ درصد محاسبه شد.

از کل شرکت کنندگان در مطالعه ۸۳ دانشجو (۲۰/۱ درصد) به افسردگی خفیف، ۱۲ نفر (۲/۹ درصد) به افسردگی متوسط، ۲ نفر (۰/۵ درصد) به افسردگی شدید و ۳ نفر (۰/۷ درصد) به افسردگی خیلی شدید بر اساس پرسشنامه بک مبتلا بودند. به عبارتی دیگر ۳۱۳ نفر از افراد (۷۵/۶ درصد) هیچگونه علائم افسردگی نداشتند.

بحث

در مطالعه حاضر ۱۶ دانشجو (۳/۹ درصد) دچار اختلال ADHD بزرگسالی بودند که با مطالعاتی با شیوع ۴/۴ درصد اختلال در بزرگسالان (۲۸) و ۸-۲ درصد در دانشجویان (۲۹) مطابقت داشت. در مطالعه حاضر شیوع ADHD کودکی نوع بیش فعالی ۱۶ نفر (۳/۹ درصد)، نوع کم توجهی ۱۰ نفر (۲/۴ درصد)، نوع مرکب ۹ نفر (۲/۲ درصد) بود که با مطالعه Barkley و Murphy (۳۰) که بیشترین شیوع مربوط به نوع بیش فعالی ADHD و کمترین شیوع مربوط به نوع مرکب آن بود؛ مطابقت دارد. در این مطالعه شیوع افسردگی خفیف ۸۳ نفر (۲۰/۱ درصد)، متوسط ۱۲ نفر (۲/۹ درصد)، شدید ۲ نفر (۵/۵ درصد) و خیلی شدید ۳ نفر (۷/۷ درصد) بود.

در مطالعه ما ابتدا به ADHD کودکی و بزرگسالی و افسردگی با جنسیت ارتباط معنی داری نداشت. در حالی که در مطالعه عربگل و همکاران شیوع ADHD در پسرها شایع تر از دخترها گزارش شد (۹). این تفاوت ممکن است به دلیل کم بودن حجم نمونه یا عوامل دیگری در گروه مورد مطالعه باشد. به عنوان مثال احتمال پیش آگهی بدتر اختلال در آقایان و عدم پذیرش در دانشگاه یا تمایل کمتر آنها برای شرکت در آزمون های ورودی ممکن است دخیل بوده که بایستی در مطالعات بعدی مورد بررسی قرار گیرد.

برخلاف مطالعات مشابه (۴ و ۳۱) در مطالعه حاضر مقطع تحصیلات با ADHD کودکی و بزرگسالی ارتباطی نداشت؛ ولی افسردگی با مقطع تحصیلی ارتباط آماری معنی داری نشان داد. به طوری که بیشترین میزان افسردگی در مقطع کارشناسی و کمترین میزان در مقطع کارشناسی ارشد مشاهده شد.

در مطالعه حاضر ADHD کودکی و بزرگسالی با افسردگی ارتباط معنی دار داشت. یعنی شیوع افسردگی در افرادی که مبتلا به ADHD بزرگسالی و یا یکی از انواع ADHD کودکی بودند؛ بیشتر بود که با نتایج مطالعاتی (۴ و ۲) هماهنگ است که گزارش کردند افراد مبتلا به ADHD اعتماد به نفس و مهارت های اجتماعی پایین تر، افسردگی و رفتارهای ضد اجتماعی بیشتری دارند. علاوه بر این در خیلی از موارد اولین تظاهر ADHD بزرگسالی افسردگی است (۱۵).

در مطالعه ما بین انواع ADHD کودکی و بزرگسالی ارتباطی مشاهده نشد. با توجه به این که بر اساس DSM-IV برای تشخیص اختلال، وجود علائم قبل از ۷ سالگی لازم است و بنابراین تشخیص این اختلال در بزرگسالی بدون وجود اختلال در کودکی بر اساس DSM-IV ممکن نیست؛ ممکن است بررسی اختلال کودکی به

صورت گذشته نگر و عدم یادآوری علائم توسط والدین با گذشت زمان منجر به عدم ارتباط ADHD کودکی و بزرگسالی شده باشد. اولین علامت این اختلال در بزرگسالان می تواند فقط افسردگی باشد که باعث عدم تشخیص صحیح بیماری در این افراد می شود (۱۶-۱۴). همچنین تعداد کمی از افرادی که ADHD بزرگسالی دارند؛ به دنبال اقدامات درمانی می روند که لازم است این افراد به خصوص دانشجویان از نظر اختلال ADHD غربالگری شوند تا با اقدامات مداخله ای-درمانی مناسب از مشکلات ثانویه جلوگیری شود. مطلع ساختن مراکز آموزش عالی از فراوانی و مشکلات این افراد در جهت فراهم آوردن خدمات مداخله ای و حمایت کننده می تواند به ادامه تحصیل موثر این افراد کمک کند.

از محدودیت های این مطالعه کم بودن حجم نمونه و عدم وجود مصاحبه تشخیصی برای تایید تشخیص افسردگی به دنبال غربالگری بود که به دلیل احتمال عدم همکاری و تمایل دانشجویان انجام نشد. ضمناً تشخیص ADHD کودکی توسط والدین براساس پرسشنامه DMS-IV انجام شد که احتمال عدم یادآوری دقیق علائم این اختلال با گذشت زمان، به خصوص نوع کم توجهی وجود دارد. به کارگیری مطالعات آینده نگر در پژوهش های بعدی این مشکل را می تواند برطرف نماید. از دیگر محدودیت های اجرایی مطالعه، می توان به احتمال عدم همکاری و رغبت دانشجویان در تکمیل پرسشنامه، علی رغم بی نام بودن و توضیحات لازم در مورد هدف اجرایی تحقیق نام برد که می تواند منجر به عدم تخمین صحیح فراوانی اختلال شود. به طوری که شاید افراد با مشکلات بیشتر از تکمیل پرسشنامه و شرکت در پژوهش امتناع کرده باشند. از دیگر محدودیت این مطالعه اعتبارسنجی براساس استناد به مطالعات خارجی است.

نتیجه گیری

با توجه به این که ممکن است اولین علامت ADHD بزرگسالی، افسردگی باشد که سبب عدم تشخیص صحیح بیماری در این افراد می گردد؛ لذا بایستی غربالگری برای این دانشجویان از نظر اختلال ADHD انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه راضیه عرفانی برای اخذ درجه دکتری عمومی در رشته پزشکی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان بود. بدین وسیله از همه دانشجویان شرکت کننده در مطالعه که صمیمانه ما را در انجام مطالعه یاری نمودند؛ قدردانی می نمایم.

References

1. Spetie L, Arnold EL. Attention deficit hyperactivity disorder, Lewis's child and adolescent psychiatry. 4th. New York: Lippincott, Williams and Wilkins. 2007; pp: 430-54.
2. McCann BS, Roy-Byrne P. Screening and diagnostic utility of self-report attention deficit hyperactivity disorder scales in adults.

Compr Psychiatry. 2004 May-Jun;45(3):175-83.

3. Almeida Montes LG, Hernández García AO, Ricardo-Garcell J. ADHD prevalence in adult outpatients with nonpsychotic psychiatric illnesses. J Atten Disord. 2007 Sep;11(2):150-6.
4. De Ridder T, Bruffearts R, Danckaerts M, Bonnewyn A,

- Demyttenaere K. [The prevalence of ADHD in the Belgian general adult population: an epidemiological explanatory study]. *Tijdschr Psychiatr*. 2008;50(8):499-508. [Article in Dutch]
5. Rostain AL. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: evidence-based recommendations for management. *Postgrad Med*. 2008 Sep;120(3):27-38.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Arabgol F, Hayati M, Hadid M. [The prevalence of ADHD in university students]. *Faslnameye Tazehaye Oloume Shenakhti*. 2004; 6(1-2): 73-8. [Article in Persian]
10. Moradi A, Khabazkhoob M, Agah T, Javaherforoushzadeh A, Rezvan B, Haeri Kermani Z, Palahang S. [The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among school children of Nishaboor – Iran during 2006]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2008;10(2):37-43. [Article in Persian]
11. Sadock BJ, Sadock VA. Attention deficit hyperactivity disorder. *Synopsis of psychiatry*. 7th. New York: Lippincott, Williams and Wilkins. 2008; pp: 1206-17.
12. Dong Hun Lee, Oakland T, Jackson G, Glutting J. Estimated prevalence of attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms among college freshmen: gender, race and rater effects. *J Learn Disabil*. 2008 Jul-Aug;41(4):371-84.
13. Meaux JB, Green A, Broussard L. ADHD in the college student: a block in the road. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009 Apr; 16(3):248-56.
14. 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 Oct;62(10):1142-7.
15. Faraone SV, Kunwar A, Adamson J, Biederman J. Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychol Med*. 2009 Apr; 39(4):685-93.
16. Primich C, Iennaco J. Diagnosing adult attention-deficit hyperactivity disorder: the importance of establishing daily life contexts for symptoms and impairments. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012 May;19(4):362-73.
17. 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.
18. 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.
19. Faigel HC. Attention deficit disorder in college students: facts, fallacies and treatment. *J Am Coll Health*. 1995 Jan;43(4):147-55.
20. Abedi S, Shirazi E, Hajebi A. [Is attention deficit hyperactivity disorder more common in substance dependency?]. *IJPCP*. 2007;13(3):227-31. [Article in Persian]
21. Nejati V, Bahrami H, Abravan M, Robenzade Sh, Motiei H. [Executive function and working memory in attention deficit / hyperactivity disorder and healthy children]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2013; 15(3): 69-76. [Article in Persian]
22. Rabiner DL, Anastopoulos AD, Costello J, Hoyle RH, Swartzwelder HS. Adjustment to college in students with ADHD. *J Atten Disord*. 2008 May;11(6):689-99.
23. Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Eyjolfsson GA, Smari J, Young S. The relationship between satisfaction with life, ADHD symptoms and associated problems among university students. *J Atten Disord*. 2009 May;12(6):507-15.
24. Yen JY, Yen CF, Chen CS, Tang TC, Ko CH. The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference. *Cyberpsychol Behav*. 2009 Apr; 12(2):187-91.
25. Dopheide JA, Pliszka SR. Attention-deficit-hyperactivity disorder: an update. *Pharmacotherapy*. 2009 Jun;29(6):656-79.
26. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005 Feb;35(2):245-56.
27. Rajabi G. [Factor analysis of beck depression inventory (BDI) on university students]. *Journal of education sciences and psychology of Shahid Chamran University*. 2001; 3(4): 25-29. [Article in Persian]
28. McGough JJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 9th. New York: Lippincott Williams and Wilkins. 2007; p:3573.
29. Dupaul GJ, Weyandt LL, O'Dell SM, Varejao M. College students with ADHD: current status and future directions. *J Atten Disord*. 2009; 13(3): 234-50.
30. Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *J Atten Disord*. 1996; 1(3):147-61.
31. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002;8(3):162-70.

Original Paper

Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and its relation with depression

Parvaresh N (M.D)*¹, Ziaadini H (M.D)², Erfani R (M.D)³, Shokoohi M (M.Sc)⁴

¹Associate Professor, Child and Adolescent Psychiatrist, Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. ²Associate Professor, Department of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. ³General Physician. ⁴Academic Instructor, Research Center for Modeling in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

Abstract

Background and Objective: According to destructive consequences of untreated attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), this study was done to evaluate of the prevalence of adult ADHD and its relation with depression among Iranian students.

Methods: This descriptive study was carried out on 414 students of Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran during 2010-11. ADHD was screened by ADHD self report scale for adult ADHD and asking DSM-IV criteria from parents for childhood ADHD. Beck depression inventory questionnaire was used to determine depression.

Results: The prevalence of adult ADHD and childhood ADHD was 3.9% and 8.5%, respectively. Depression was more prevalent in those with adult or childhood ADHD. Depression was more prevalent in under graduate than post graduate students ($P < 0.05$).

Conclusion: Depression is more prevalent in students with adult ADHD or with history of childhood ADHD.

Keywords: ADHD, Depression, Students

* **Corresponding Author:** Parvaresh N (M.D), E-mail: n_parvaresh@yahoo.com

Received 30 September 2012

Revised 16 April 2013

Accepted 25 May 2013