انتشار الانتحار وخطورته لدى عينة من طلاب الجامعة ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.[1]

د/ محمد أحمد أبوالعطا[2]

كلية الآداب ـــــ جامعة كفر الشيخ

ملخص.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على نسبة انتشار كل من الانتحار واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى طلاب الجامعة، وتقييم اضـــطراب نقص الانتباه وفرط الحركة كعامل خطورة مُنبئ بكل من التفكير والســـلوك الانتحاري. هذا بالإضـــافة للتعرف على الفروق بين العاديين وذوي اضـــطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في كل من التفكير والســـلوك الانتحاري. وتكونت عينة الـــدراســـة من (١٣٩٨) طالبًا جامعيًا، (٦١% إناث) و(٣٩% ذكور) حيث م= (١٨,٩٩)، ع= (١,٣٢) عام. وشـــملت أدوات الدراسة على مقياس كولمبيا لتقييم مخاطر الانتحار ومقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى البالغين. **المنهج:** تم الاعتماد على المنهج الوبائي، والوصفي الارتباطي المقارن. **النتائج:** أشـــارت نتائج الدراســـة إلى أن نســـبة انتشـــار الأفكار الانتحارية (٦٣%) والسلوكيات الانتحارية (٣٣%)، في حين كانت نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (١٠%)، كما تنبأ اضـــطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في البلوغ بكلٍ من التفكير والســـلوك الانتحاري. كما ظهرت فروق بين العاديين وذوي اضـــطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في كلٍ من الأفكار والسلوكيات الانتحارية، في اتجاه ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، ماعدا البند (٩) (محاولة انتحار غير مميتة) لم يُظهر نتائجه فروقا دالة بين المجموعتين.

الكلمات المفتاحية: خطورة الانتحار، انتشار الانتحار، اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في البالغين.

مقدمة:

وفقا لمنظمة الصحة العالمية، يموت ما يقرب من ٨٠٠،٠٠٠ شخص بالانتحار كل عام، مع كون الانتحار هو السبب الرئيسي الثاني للوفاة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٩ عاما على مستوى العالم (WHO, 2021). الانتحار ظاهرة معقدة ومتزايدة تؤثر على الأفراد والمجتمعات في جميع أنحاء العالم. في السنوات الأخيرة، كان هناك قلق متزايد بشأن انتشار الانتحار

---

[1] تم استلام البحث في ٢٠٢٣/٤/١٠ وتقرر صلاحيته للنشرفي ٢٠٢٣/٥/١٣

[2] ت: ٠١١١٧٠٩٧٣٤٣ Email:mohammad_aboulata@art.kfs.edu.eg

بين عامة السكان وبين طلاب الجامعات. هذه القضية ذات أهمية خاصة في العالم العربي، حيث قد تؤثر العوامل الثقافية والدينية على المواقف تجاه الانتحار يختلف انتشار الانتحار باختلاف البلدان والمناطق، ولكنه أعلى بشكل عام في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. في العالم العربي، معدلات الانتحار منخفضة نسبيا مقارنة بالمناطق الأخرى، ولكن هناك أدلة تشير إلى أن الانتحار لا يتم الإبلاغ عنه في هذا السياق (Abdulrahman et al., 2021).

طلاب الجامعات معرضون بشكل خاص للتفكير والسلوك الانتحاري بسبب مجموعة من العوامل، بما في ذلك الإجهاد الأكاديمي والعزلة الاجتماعية وقضايا الصحة العقلية (Taliaferro et al., 2018). في دراسة أجريت على ١٠٠٠٠ طالب جامعي من ١٠ دول، تراوح انتشار التفكير في الانتحار من ٣,٠٪ إلى ٢١,٩٪، مع انتشار إجمالي قدره ١٠,٣٪. وسجلت أعلى المعدلات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، بما في ذلك العالم العربي (Bruffaerts et al., 2018).

في العالم العربي، يعد الانتحار بين طلاب الجامعات ظاهرة غير مدروسة نسبيا، ولكن هناك أدلة تشير إلى أنه مصدر قلق متزايد. وجدت دراسة أجريت على ٩٠٠ طالب جامعي في مصر أن ١٣,٨٪ أبلغوا عن التفكير في الانتحار، مع كون الاكتئاب والقلق من العوامل المهمة للتفكير في الانتحار (Elshazly et al., 2021). وجدت دراسة أخرى أجريت على ٣٠٠٠ طالب جامعي في المملكة العربية السعودية أن انتشار التفكير في الانتحار كان ١٢,٢٪، مع تعرض الطالبات لخطر أكبر من الطلاب الذكور (Alsubaie et al., 2019).

قد تلعب العوامل الثقافية والدينية دورا في المواقف تجاه الانتحار في العالم العربي، يعتبر الانتحار خطيئة ومخالفة، كما أن هناك وصمة عار مرتبطة بالمرض العقلي (Daher et al., 2021). قد تساهم هذه المواقف في عدم الإبلاغ عن الانتحار وتجعل من الصعب على الأفراد طلب المساعدة لقضايا الصحة العقلية.

أوضحت العديد من الدراسات أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة كاضطراب نفسي محتمل قد يكون بمثابة عامل خطورة للانتحار، فالاندفاعية هي أحد الأشكال الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، ومن المعروف أنها ترتبط بالسلوك الانتحاري (Hamed, Ebesutani, & Kuriyan, 2019; Liu, Ting, & Chien, 2020)، كما تظهر العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار حيث إن ثلثي حالات اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لديهم تشخيص نفسي واحد على الأقل، غالبًا ما يكون اضطراب المسلك أو تعاطي المخدرات أو نوبة اكتئاب كبرى أو اضطرابات النوم أو السمنة، وهذه الاضطرابات المرضية

المشتركة هي عوامل خطورة معروفة للانتحار(Hamed et al., 2019; Wilens & Spencer, 2019). ومن هنا فإن دراسة العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار لها أهمية إكلينيكية كبيرة ويمكنهما زيادة الوقاية من خطر الانتحار. هذا، ويرتبط اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بارتفاع مخاطر محاولات الانتحار، ويتوسط هذا الخطر الاضطرابات المرضية المصاحبة، والتي قد تختلف باختلاف الجنس. وتشمل المشكلات السلوكية والعاطفية عند الذكور والاكتئاب عند الإناث. وتوجد صلة مباشرة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار، ومع ذلك، فإن تركيبات اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه للاندفاع والعدوانية مرتبطة لتطوير السلوك واضطرابات التحدي المعارض، والتي يمكن أن تؤدي إلى الانحراف وتعاطي المخدرات؛ كل هذه الحالات المرضية المصاحبة تزيد من خطر الانتحار (Balazs, & Kereszteny. 2017).

كما يُعد اضـــطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من الاضـــطرابات الشائعة التي يُقدر انتشـــارها في البالغين بين (٤: ٥%) ويرتبط هذا الاضـــطراب بزيادة مُعدلات التأخر في الأداء الأكاديمي والعمل، وإســـاءة اســـتخدام العقاقير، والطلاق، وحوادث الســـير، والانتحار. وقد ظل اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يُشخص فقط في مرحلة الطفولة حتى منتصف السبعينات، واتضـــح بعد ذلك انه من نصـــف إلى ثلثي الأطفال الذي تم تشخيصهم باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة تستمر الأعراض لديهم حتى سن البلوغ (Morin, Tran, & Caci, 2013) ويُقدر انتشـــار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى البالغين في الولايات المتحدة بنسبة(٤,٤%)، ونظراً للعواقب الضـــارة لاســـتمرار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة حتى مرحلة البلوغ، والتي يكون فيها أيضـــاً الإصـــابة باضطرابات اكلينيكية أخرى، وزيادة مُعدلات الطلاق، وفقدان العمل، والمشكلات القانونية، والمُعدلات المُرتفعة لحوادث الطرق والانتحار (Spencer et al., 2010).

أظهرت نتائج احدى الدراسات أن البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة كانوا أكثر عرضة للتفكير والسلوك الانتحاري من أولئك الذين لا يعانون من هذا الاضطراب. حيث اوضحت أن البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة كانوا أكثر عرضة مرتين للأفكار انتحارية، وأكثر من أربع مرات أكثر عرضة لمحاولة الانتحار من أولئك الذين لا يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. يقترح المؤلفون أن الاندفاع وعدم التنظيم الانفعالي المرتبط باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة قد يساهم في هذا الخطر المتزايد (Wynchank et al., 2020).

أحد عوامل الخطر المحتملة للتفكير في الانتحار والسلوك لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة هو وجود اضطرابات عقلية اخرى متزامنة. يعاني العديد من الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة أيضا من حالات صحية عقلية أخرى مثل الاكتئاب أو القلق أو اضطرابات تعاطي المخدرات، والتي يمكن أن تؤدي إلى تفاقم مشاعر اليأس وزيادة خطر السلوك الانتحاري. وجدت دراسة أجراها غاني زاده وآخرون (٢٠٢٠) (Ghanizadeh et al. (2020 أنه من بين البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، كان المصابون بالاكتئاب أكثر عرضة للسلوك الانتحاري من أولئك الذين لا يعانون من الاكتئاب.

عامل خطر محتمل آخر هو ضعف الدعم الاجتماعي. قد يعاني البالغون المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من تكوين العلاقات والحفاظ عليها، مما قد يؤدي إلى الشعور بالعزلة والوحدة. تم تحديد نقص الدعم الاجتماعي كعامل خطر للتفكير والسلوك الانتحاري في مختلف السكان، بما في ذلك البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (Jacob et al., 2021).

من الضروري ملاحظة أنه في حين أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة قد يكون عامل خطر للتفكير والسلوك الانتحاري، فلن يعاني جميع الأفراد المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه من هذه الأفكار أو السلوكيات. ومع ذلك، من الأهمية بمكان لأخصائيي الرعاية الصحية فحص الأفكار والسلوك الانتحارية لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وتقديم التدخلات المناسبة. يمكن أن يساعد علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، بما في ذلك الأدوية والعلاج النفسي، في إدارة الأعراض وتحسين التنظيم الانفعالي، مما يقلل من خطر التفكير والسلوك الانتحاري.

مشكلة الدراسة:

مما سبق، يعد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى البالغين عامل خطر كبير للتفكير والسلوك الانتحاري. تعد حالات الصحة العقلية المتزامنة وضعف الدعم الاجتماعي من عوامل الخطر المحتملة. يجب على المتخصصين في الرعاية الصحية فحص التفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وتقديم التدخلات المناسبة لتقليل المخاطر.

كما أن الانتحار مصدر قلق كبير للصحة العامة في جميع أنحاء العالم، حيث يكون طلاب الجامعات من السكان المعرضين للخطر بشكل خاص. في العالم العربي، معدلات الانتحار منخفضة

نسبيا، ولكن قد لا يتم الإبلاغ عنها بشكل كاف، وقد تلعب العوامل الثقافية والدينية دورا في المواقف تجاه الانتحار. هناك حاجة إلى مزيد من البحث لفهم انتشار الانتحار وعوامل الخطر المسببة له بين طلاب الجامعات في العالم العربي وتطوير استراتيجيات فعالة للوقاية والتدخل.

بالإضـــافة لما ســـبق، هناك ندرة في الدراسات التي تناولت عينات اضطراب نقص الانتبـــاه وفرط الحركة لدى البالغين، وزيادة معدلات الانتحار لدى هذه الفئة، وبناءا عليه **تبلورت مشكلة الدراسة الراهنة في محاولة الإجابة على الأسئلة التالية:**

١) هل نســـبة انتشـــار الانتحار (التفكير والسلوك) لدى طلاب الجامعة المصريين تتسق مع نسب انتشارها لدى طلاب الجامعة عالميا؟

٢) هل نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى طلاب الجامعة المصريين تتسق مع نسب انتشاره بين طلاب الجامعات عالمياً؟

٣) هل يُعد اضـــطراب نقص الانتباه وفرط الحركة عامل خطورة مُنبئ بكل من التفكير والسلوك الانتحاري؟

٤) هل توجد فروق بين العاديين والمضطربين في كل من التفكير والسلوك الانتحاري؟

أهداف الدراسة:

١) التعرف على نسبة انتشار الانتحار لدى طلاب الجامعة.

٢) التعرف على نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى طلاب الجامعة.

٣) تقييم اضـــطراب نقص الانتباه وفرط الحركة كعامل خطورة مُنبئ بكل من التفكير والسلوك الانتحاري.

٤) التعرف على الفروق بين العاديين والمضطربين في كل من التفكير والسلوك الانتحاري.

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

١- يمكن أن تساعدنا دراسة العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى البالغين والتفكير والسلوك الانتحاري في فهم التفاعل بين الاضطرابات العصبية النمائية (والذي من بينها اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة) والسلوك الانتحاري بشكل أفضل.

٢- الآليات الكامنة وراء زيادة خطر التفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ليست مفهومة تماما، لكن النظريات تشير إلى أن

الاندفاع وعدم التنظيم العاطفي وأعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه الأخرى قد تساهم في زيادة المخاطر.

٣- يمكن أن يساعد البحث النظري في هذا المجال في تطوير أطر نظرية ونماذج جديدة لتفسير السلوك الانتحاري تتضمن التحديات الفريدة التي يواجهها الأفراد المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

الأهمية التطبيقية:

١- يعد فهم العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى البالغين والتفكير والسلوك الانتحاري أمرا بالغ الأهمية لتطوير استراتيجيات فعالة للوقاية والتدخل.

٢- يحتاج أخصائيو الصحة العقلية إلى أن يكونوا على دراية بالتحديات الفريدة وعوامل الخطر المرتبطة بالانتحار لتطوير خطط وتدخلات علاجية مستهدفة.

٣- يمكن أن يقلل التحديد والتدخل المبكر لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في مرحلة البلوغ من خطر السلوك الانتحاري.

متغيرات الدراسة:

- **الانتحار**

يُعد الانتحار والتفكير الانتحاري من أخطر أنواع العدوان على النفس، إذ يتعمد الفرد إيذاء نفسه بشكل مباشر أو غير مباشر، والانتحار كسلوك يمتد من فكرة حتى يصل إلى تنفيذ فعل مخطط له، ويظهر كحل للتخلص من المعاناة والمشكلات التي تحيط بالفرد وأن التخلص من حياته سوف يريحه من الألم، فيبدو أن التفكير في الانتحار خطير خطورة السلوك الانتحاري نفسه إذ غالبا لا يأتي هذا الأخير اندفاعاً بل يكون نتيجة الشعور بالفشل وصولا إلى الشعور باستحالة وجود مخرج فتراود الفرد أفكار انتحارية ملحة حتى الوصول في بعض الاحيان إلى الفعل الحقيقي (Bauer et al., 2017; Nigg, 2013; Nock,Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008; Richard-Devantoy, Berlim, & Jollant, 2014; Rothbart, Sheese, Rueda,& Fontanella, Campo& Bridge, Posner, 2011; Sheftall, Asti,Horowitz, Felts, 2016). **ويمكن تعريف الانتحار اجرائيا على انه** " هو الفعل الذي يقوم به الفرد بطريقة تؤدي إلى وفاته بشكل متعمد ومقصود. ويتمثل هذا التصرف في إتخاذ إجراءات أو أفعال تقود إلى الإصابة الجسدية الحادة، أو الحرجة، أو تعاطي مواد سامة، أو إيذاء النفس بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

ويتحدد الانتحار بأنه يتم بنية واضحة ومتعمدة للانتهاء من الحياة، ويختلف عن الأفعال التي يمكن أن تؤدي إلى الوفاة عن طريق الصدفة أو الخطأ أو الإهمال.

- **اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.**

هو أحد الاضطرابات العصبية النمائية التي تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة حيث تظهر أعراض مستمرة من نقص الانتباه أو فرط الحركة أو كلاهما، بشرط أن تستمر الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل (APA, 2013). ويُحدد بالعديد من المشكلات في التنظيم، وثبات الانتباه، وأحلام اليقظة، والنشاط الزائد، وصعوبة الاسترخاء. وأيضاً هو عدم تركيز الانتباه، وشرود الذهن، وضعف عملية تواصل الانتباه، والفشل في إنهاء العمل المطلوب. ويترافق هذا غالباً مع النشاط الزائد (أبو الخير، ٢٠١٥). وأوضح صياغة للمفهوم، هو تعريفه من خلال عناصر تشخيصه، حيث تتضمن **محكات تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة للدليل التشخيصي والإحصائي ـــــ الإصدار الخامس:**

ـــــــ إما (أ) وإما (ب) أو كلاهما.

أ) ست أو أكثر من أعراض عدم الانتباه خلال ستة شهور على الأقل وتصل إلى درجة المرض، وتزيد عما هو متوقع وفق مستوى نمو الشخص مثل: الأخطاء الناتجة عن الإهمال، وعدم الإنصات جيداً، وعدم اتباع التعليمات، وسهولة التشتت، ونسيان الأنشطة اليومية.

ب) ست أو أكثر من أعراض الإفراط في النشاط المتهور لمدة لا تقل عن ستة أشهر، وتزيد عما هو متوقع وفق مستوى نمو الشخص مثل: التقلقل، والركض بطريقة غير ملائمة، والتصرف وكأنَ محركًا ميكانيكيًا يدفعه للحركة، ومقاطعة المتكلم أو التدخل في الكلام، والكلام والحديث المتزايد.

ـــــــ ظهورها في بيئتين أو أكثر مثل: البيت، أو المدرسة، أو العمل.

ـــــــ خلل واضح في الأداء الوظيفي الاجتماعي والأكاديمي أو المهني (APA, 2013).

يصنَّف ICD-11 (التصنيف الدولي للأمراضالنسخة الحادية عشر) نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD) على أنَّه اضطراب يتميز بمجموعة من الأعراض المتكررة والشديدة التأثير، وتشمل هذه الأعراض النسيان وصعوبة المهام التنفيذية وعدم القدرة على الانتباه بصورة كافية واندفاعية زائدة وعدم الاستقرار العاطفي وغيرها من الأعراض المرتبطة بتقييم العمليات العصبية. ويتم تشخيص ADHD وفقا للمعايير المحددة في ICD-11 إذا استمرت هذه الأعراض لفترة طويلة (أكثر من ستة أشهر) وتسببت في تأثير سلبي واضح على الحياة اليومية للفرد(WHO, 2019). **يمكن تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من الناحية الاجرائية على أنه** "اضطراب يتحدد

بصعوبة الفرد في الانتباه والتركيز على المهام المطلوبة، وزيادة النشاط والحركة بصورة غير طبيعية وغير ملائمة للمواقف والظروف الاجتماعية المحيطة به".

دراسات سابقة.

هدفت دراســة "جيمس" James, (2004) لبحث العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار، ولذلك تم البحث في قواعد البيانات عن الدراسات التي بحثت العلاقة بين نقص الانتبــاه وفرط الحركــة والانتحار بين (عامي ١٩٦٦، ٢٠٠٣م). وأظهرت النتائج وجود ارتباط وتنبؤ دال بين اضــطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار، وتزيد الاضطرابات المصاحبة من خطورة الانتحار مثل الاكتئاب واضــطراب المســلك. وتزداد الخطورة لدى الذكور أكثر من الإناث في الفترة العمرية بين (٥-٢٥) عام.

كما قام "إمبي"Impey, (2012) بمراجعة (٢٥) بحثاً منشور حول علاقة نقص الانتباه وفرط الحركة بالانتحار. وقد أشارت النتائج إلى أن نقص الانتباه وفرط الحركة ينتشر أكثر في مجموعة الانتحار عن المجموعة الضابطة، أيضاً كل من التفكير والسلوك الانتحاري كان أكثر شيوعاً لدى المشخصين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة عن العاديين. في حين أشارت ثلاث دراسات فقط إلى أن الانتشار بين الذكور أعلى منه لدى الإناث فيما يتعلق بالانتحار لدى مجموعة نقص الانتباه وفرط الحركة.

وفي دراسة "فان إك"Van Ek, (2015) أشار إلى أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من عوامل الخطورة التي قد تؤدي إلى كل من الاكتئاب والانتحار. حيث إن كل من نقص الانتباه وفرط الحركة والاكتئاب والانتحار يتضمنوا مشكلات في التنظيم الانفعالي. فقد هدفت الدراسة بحث الاكتئاب كمتغير يتوسط العلاقة بين نقص الانتباه وفرط الحركة والتفكير الانتحاري على عينة من العاديين (غير إكلينيكة) وكيف يعدل ضعف التنظيم الانفعالي تلك العلاقة، وتكونت العينة من طلاب قسم علم النفس حيث (ن= ٦٢٧)، بمتوسط عمري (٢٠,٢٣) عاماً، وانحراف معياري (١,٤٠)، ويمثل الإناث(٦٠%) من العينة. وتم تطبيق الإختبارات من خلال الانترنت Online (Assessment) بإستخدام مقياس تقييم الأعراض الحالية لنقص الانتباه وفرط الحركة (CSS) current Symptoms Scale ومقياس الانفعالي صعوبات التنظيم Emotion Regulation Difficulties Scale (ERS). وأشارت النتائج إلى أن نقص الانتباه وفرط الحركة يزيد من خطورة الانتحار، ولكن بشكل غير مباشر من خلال الاكتئاب، وأن عجز التنظيم الانفعالي يتوسط تلك العلاقة.

قام"بالاز" (2017),Balazs بعمل مراجعة منهجية للدراســـات التي بحثت العلاقة بين نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار ومن خلال المراجعة للدراســـات الســـابقة في الفترة بين عامي (٢٠١١، ٢٠١٥) تم استخلاص (٢٦) دراسة ذات صلة بالموضوع .حيث أشارت نتائج الدراسات إلى وجود علاقة دالة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار في كلا الجنسين، وفي جميع الفئات وتضمنت الفئات العمرية من الأطفال وحتى المسنين.

وقد هدفت دراسة "راشكن" (2017) Ruchkin، للتحقق من دور اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والاضطرابات نفسية أخرى (مثل الاعتماد على العقاقير) في الأفكار والسلوكيات الانتحارية، وتكونت العينة من (٣٠٠) ذكر من الجانحين باحدي المناطق بشمال روسيا ممن تم اعتقالهم في جرائم (سرقة ممتلكات وجرائم عنف كالقتال والسرقة بالإكراه وعدد قليل من جرائم الاغتصاب والقتل). وتراوحت أعمارهم بين (١٤، و١٩) عام (م= ١٦،٣٦، ع=٠،٨٤). وتضمنت أدوات الدراسة مقياس الأفكار والمحاولات الانتحارية عبر الحياة Lifetime Suicidal Ideation and suicidal Attempts والمقابلة المبنية على معايير الدليل التشخيصي الرابع لفحص الاضطرابات العقلية والتي منها نقص الانتباه وفرط الحركة. وأشارت النتائج إلى ارتباط نقص الانتباه وفرط الحركة بزيادة خطورة التفكير الانتحاري ومحاولات الانتحار وأن مصاحبة اضطرابات أُخرى مثل الاعتماد على العقاقير يُزيد من هذه الخطورة.

وفي دراسة "إيدي" (2019) Eddy, التى هدفت لبحث انتشار الأفكار والمحاولات الانتحارية خلال العام الجامعي الأول للطلاب ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، بالإضافة إلى بحث المنبئات المحتملة، وتكونت العينة من (٢٠٤) طالب حيث (٢٠٢ ذوي نقص الانتباه وفرط الحركة، و٢٠٢ من العاديين). وتم تطبيق أدوات الدراسة عبر الإنترنت، وتضمنت الأدوات مقياس التفكير والتخطيط والمحاولات الانتحارية Suicidal ideation, Plan, and attempts، و ADHD Stats، وSymptom checklist (SCL) for depress، وDemographic questionnaire. وأشارت النتائج إلى أن انتشار التفكير الانتحاري ومايرتبط به أعلى في مجموعة نقص الانتباه وفرط الحركة، حيث كانت محاولات الانتحار أكثر أربع مرات في مجموعة ADHD عن مجموعة العاديين.

ودراسة "أرساندوكس"(2020) Arsandaux, هدفت لبحث العلاقة بين أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة والتفكير الانتحاري لدى عينة من طلاب الجامعة واختبار توسط أعراض الاكتئاب لتلك العلاقة. وتكونت العينة من ٢٣٣١ طالب وطالبة من جامعات فرنسا. واحتوت الأدوات على

مقياس تقرير ذاتي لنقص الانتباه وفرط الحركة والاكتئاب والأفكار الانتحارية. وتم استخدام تحليل المسار لحساب التأثيرات المباشرة وغير المباشرة. وأشارت النتائج إلى أن الطلاب مرتفعي نقص الانتباه وفرط الحركة أظهرو أفكاراً انتحارية أكثر من العاديين بشكل دال. كما أظهرت النتائج ايضا، أن الإكتئاب يُسهم بنسبة (٤٤%) من ظهور تلك الأفكار الانتحارية. ولا يوجد تأثير مباشر دال لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة على الأفكار الانتحارية، ولكن عندما يتوسط الاكتئاب للعلاقة يصبح الإسهام دال احصائيا.

وقد تناولت دراسة "فورتي" Forte, (2021) بحث العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار لدى البالغين والانتحار، بالإضافة لبحث دور الاضطرابات المصاحبة Comorbidity (بالأخص اضطرابات المزاج). وتكونت العينة (١١١) مريض تم إيداعهم بمستشفي سان اندريا في الفترة من (يوليو ٢٠١٧ إلى يوليو ٢٠١٨). وأشتملت أدوات الدراسة على مقياس كولومبيا للأفكار والسلوكيات الانتحارية (وذلك خلال آخر شهر، بالإضافة لتقييم عبر الحياة) ومقياس التقرير الذاتي لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى البالغين (ASRS) Adult ADHD Self Report Scale. وأشارت النتائج إلى أن (٤٠،٦%) من العينة كان لديهم تاريخ من محاولات الانتحار. ولم تُظهر النتائج علاقة دالة بين نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار سواء التفكير أو السلوك. أيضاً لم توجد علاقة بين اضطراب المزاج والسلوك الانتحاري، ولكنها وُجِدت مع التفكير في الانتحار. بالإضافة إلى ذلك، ظهرت علاقة بين أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والسلوك الانتحاري فقط لدى المرضى ذوي الاضطرابات المزاجية.

كما بحث "شين" Shen, (2021) العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار لدى عينة من طلاب الجامعة، وتضمنت العينة (٥٦٨٢) مشاركاً من طلاب كليات الطب بالصين. وتم تقييم الطلاب عبر الانترنت بطريقة تقرير الذات حيث تم تقييم نقص الانتباه وفرط الحركة والقلق والاكتئاب، وتدخين التبغ، واستخدام الكحول، والانتحار. وأشارت النتائج إلى أن انتشار الانتحار(التفكير والسلوك) بلغ (١٤،٨%) بين طلاب كليات الطب. وأيضاً أن وجود اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يزيد من احتمالية ظهور الانتحار خمسة أضعاف عن غير المضطربين ومن بين الأنماط الفرعية الأكثر تنبؤاً بالانتحار كان النمط نقص الانتباة والنمط المختلط.

في حين قام "براون" (2022) ,Brown بتقييم انتشـــار الأفكار والسلوكيات الانتحارية لدى عينة من طلاب الجامعة ذوي اضـــطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بالإضافة لبحث الدور الوسيط لكل من الاكتئاب والقلق واستخدام الكحول والمواد في العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار. وتكونت العينة من (١٨٢٩) من طلاب الســـنة الأولي بالجامعة، وذلك كعينة مبدئية مشـــتقة من عينة أكبر لمنظمة الصحة العالمية.، تم تطبيق الإختبارات عبر الإنترنت Online. وقد أشـــارت النتائج إلى أن خطورة الانتحار (الأفكار والســـلوكيات) كانت أعلى في مجموعة ذوي نقص الانتباه وفرط الحركة عن مجموعة العاديين. وكان كلاً من التأثير المباشـــر وغير المباشـــر لمضـــطربي نقص الانتباه وفرط الحركة يزيد من احتمالية الانتحار بشـــكل دال. وأيضاً يزيد التأثير عند توسط الاكتئاب واستخدام الكحول العلاقة بين هذه متغيرات الدراسة.

وقد بحث "مالك" (2023) ,Malik تقدير وعي أطباء الرعاية الأولية باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة كعامل خطورة محتمل للانتحار، وتضـــمنت العينة (٦٨) طبيباً قاموا بالإجابة على مقاييس الدراسة عبر الإنترنت، حيث طلب منهم وضع قائمة مكونة من (١٠) اضطرابات قد تكون مســـببة للانتحار وأمام كل اضطراب يتم تقييم الخطورة وفقاً لمدرج ليكيرت. وأشارت النتائج إلى أن اثنين فقط من الأطبـــاء ذكروا نقص الانتبـــاه وفرط الحركة كعامل خطورة محتمل. أما باقي النتائج أشـــارت إلى أن الأطباء قيموا نقص الانتباه وفرط الحركة أقل بكثير من الاكتئاب كعامل خطورة قد يدفعهم لتقييم الانتحار لدى المرضى.

تعقيب على الدراسات السابقة.

تشير الأبحاث إلى وجود عدة مبررات تدعم فرضية وجود علاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والتفكير والسلوك الانتحاري، وتشمل هذه المبررات:

١- وجود اضطرابات مصاحبة مثل القلق والاكتئاب: يعاني الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من القلق والاكتئاب بشكل شائع، والذين يعانون من القلق والاكتئاب يميلون إلى التفكير في الانتحار والسلوك الانتحاري.

٢- العزلة الاجتماعية: قد يعاني الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من صعوبة في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، مما يمكن أن يؤدي إلى الشعور بالعزلة والانعزال وبالتالي الزيادة في خطر السلوك الانتحاري.

٣- اضطرابات السلوك والتحكم في الغضب: يعاني الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من صعوبة في التحكم في الغضب والانفعالات السلبية، والتي قد تؤدي إلى سلوكيات عدوانية وتدفعهم إلى الانتحار.

٤- الاعتماد على المخدرات والكحول: يمكن أن يلجأ الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة إلى الاعتماد على المخدرات والكحول كوسيلة للتعامل مع الأعراض، وهو ما يزيد من خطر السلوك الانتحاري.

بشكل عام، يتضح من النقاط السابقة أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يمكن أن يتعرضوا لعدة عوامل تزيد من خطر السلوك الانتحاري، ايضا لوحظ من خلال عرض الدراسات السابقة ما يلي:

١) حداثة الدراسات المعروضة، حيث قُدمت جميعها في الفترة الزمنية من (٢٠٠٤ إلى٢٠٢٣) م.

٢) قلة الدراسات في البيئة العربية التي تناولت نقص الانتباه وفرط الحركة والانتحار لدى البالغين.

٣) جميع الدراسات السابقة تمت في بيئات أجنبية، ولم يجد الباحث- في حدود إطلاع الباحث- دراسة عربية تناولت متغيرات الدراسة الراهنة، مما يشير إلى أهمية هذه الدراسة.

فروض الدراسة:

١) نسب انتشار الأفكار والسلوكيات الانتحارية بين طلاب الجامعة المصريين تتسق مع نسب انتشارها لدى طلاب الجامعة عالميا.

٢) نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى طلاب الجامعة المصريين تتسق مع نسب انتشاره بين طلاب الجامعات عالمياً.

٣) يتنبأ اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى البالغين بكل من الأفكار والسلوكيات الانتحارية.

٤) توجد فروق دالة إحصائيًا بين النسب المئوية للانتشار بين المضطربين والعاديين في كلٍ من التفكير والسلوك الانتحاري.

منهج الدراسة وإجراءاتها.

أولاَ: منهج الدراسة: تم الاعتماد على المنهج الوبائي Epidemiological method (Plante, 2005)، حيث تم تقدير نسبة انتشار الانتحار واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى طلاب

الجامعة. هذا ويعد علم الأوبئة هو فرع من فروع العلوم الطبية يدرس توزيع وحدوث ومحددات الصحة والمرض بين السكان (Vetter & Jesser, 2017). في علم النفس الإكلينيكي، تستخدم الأساليب الوبائية للتحقيق في انتشار الاضطرابات النفسية وحدوثها (Mrazek & Haggerty, 1994). وفيما يلي الطرق المستخدمة في المنهج الوبائي والتى تستخدم في علم النفس الاكلينيكي: دراسات الانتشار Prevalence studies حيث يتم إجراء دراسات الانتشار لتحديد نسبة الأفراد في مجموعة سكانية معينة ممن يعانون من اضطراب عقلي معين في وقت معين أو خلال فترة زمنية محددة (Kessler, 2012). اما في دراسات الحدوث Incidence studies يتم تحديد عدد الحالات الجديدة للاضطراب العقلي التي تحدث في السكان خلال فترة محددة وفقا لخصائصهم الديموجرافية (مثل: الحدوث في الذكور أكثر منه في الاناث أو في الحضر أكثر منه في الريف) (Rothman، 2008, Rothman, Greenland, & Lash,). هذا بالإضافة لا ستخدام المنهج الارتباطي المقارن.

ثانياً: عينة الدراسة.

١)عينة حساب انتشار خطورة الانتحار واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

تم استخدام الطريقة العنقودية العشوائية random cluster technique (وذلك لأنها من انسب طرق اختيار العينات عند حساب نسب الانتشار) وهي طريقة أخذ العينات التي يتم فيها تقسيم مجتمع العينة إلى مجموعات، ثم يتم اختيار المجموعات بشكل عشوائي لإدراجها في العينة. في هذا السياق، مجتمع العينة هم طلاب جامعة كفرالشيخ، ويمكن تعريف المجموعات على أنها أقسام أو كليات داخل الجامعة. وقد تم اشتقاق عينة مكونة من (١٣٩٨) مشاركًا من طلاب الجامعة باستخدام الطريقة العنقودية العشوائية كما يلي:

تحديد المجتمع: الخطوة الأولى هي تحديد المشاركون وفي هذه الحالة، هم طلاب جامعة كفرالشيخ.

تحديد المجموعات: بعد ذلك، تم تحديد المجموعات داخل الجامعة التي يمكننا استخدامها لاختيار المشاركين، حيث كانت كلية الآداب (ممثلًا للكليات النظرية) وكلية العلاج الطبيعي (ممثلا للكليات العملية)

اختيار المجموعات بشكل عشوائي: بمجرد تحديد المجموعات، تم الاختيار عشوائيًا من مجموعات فرعية منها لتضمينها في العينة. حيث تم الاختيار من أول أربع فرق للكليتين.

تحديد حجم العينة: الخطوة التالية هي تحديد حجم العينة المطلوب. في هذه الحالة، تم تقدير حجم العينة وفقا للمعادلة $n = \frac{Z^2P(1-P)}{d^2}$ والتى تستخدم في حالة تحديد حجم العينة لحساب الانتشار (Naing, Winn, & Rusli, 2006). حيث n = حجم العينة (القيمة المجهولة) ، و Z= درجة Z لمستوى الثقة (حيث تساوي ١,٩٦ لمستوى الثقة ٩٥%)، وP = النسبة المتوقعة للانتشار (تم افتراض نسبة ١٠% وذلك وفقا لنتائج الدراسات السابقة لكل من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، وخطورة الانتحار)، وd = مستوى الدقة (ويمكن افتراض نسبة ٢% زيادة أو نقصان عن النسبة المتوقعة للانتشار وذلك أيضاً من خلال الدراسات السابقة المنشورة، وبالتعويض في المعادلة كانت النتيجة $\frac{(1.96)^2*0.10*(1-0.10)}{0.0004} = 862.5$ وبالرغم من أن حجم العينة المقترح هو(٨٦٢) مشاركًا إلا أن ذلك في حالة العينات العشوائية بالكامل ولكن في العينات العنقودية العشوائية يفضل مضاعفة حجم العينة لذا كان المقترح هو الحصول على عينة تتكون من ١٦٠٠ مشاركًا تقريباً.

اختيار مجموعات العينة: بعد ذلك تم اختيار المشاركون بشكل عشوائي داخل كل كلية من الكليات المختارة، لذا تم اختيار (٨٠٠) مشاركًا من كلية الآداب و(٨٠٠) مشاركًا من كلية العلاج الطبيعي من الفرق الأربع الأولى حيث (٢٠٠) مشاركًا من كل فرقة ليصبح المجموع (١٦٠٠) مشاركًا.

الحصول على البيانات: من خلال العينة المختارة، تم جمع البيانات من كل فرد باستخدام أدوات الدراسة. بالإضافة للبيانات الديموجرافية ذات الصلة ليصبح الحجم النهائي الواقعي للعينة (١٣٩٨) مشاركا (٦١% إناث، و٣٩% ذكور) وذلك بسبب عدم إستكمال التطبيق أو التطبيق بشكل نمطي يدل على عدم الاهتمام ولم تكن هناك معايير استبعاد في هذه العينة حيث تم ترك كل المتغيرات الدخيلة المحتملة تتوزع عشوائيا. وقد تراوحت أعمارهم بين (١٨، و٢٩) عام (م= ١٨,٩٩، ع= ١,٣٢). ولمزيد من التفاصيل عن الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة انظر جدول ١.

جدول (١) وصف عينة الدراسة الكلية

ن= ١٣٩٨		ن	%
النوع	ذكور	٥٤٦	٣٩
	اناث	٨٥٢	٦١
الاقامة	ريف	٨٠٧	٥٧,٧
	حضر	٥٩١	٤٢,٣
المستوى الاجتماعي الاقتصادي	منخفض جدا	١٥	١,١
	منخفض	٨٤	٦
	متوسط	٨٧٨	٦٢,٨
	مرتفع	٣٦٤	٢٦
	مرتفع جدا	٥٧	٤,١
التخصص	عملي	٦٤٤	٤٦
	نظري	٧٥٤	٥٤

٢) اشتقاق مجموعة اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والمجموعة الضابطة من العينة الكلية.

من خلال تطبيق أدوات الدراسة تم التوصل لمجموعة اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ن= ١٣٤) وذلك ممن انطبقت عليهم معايير تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – الإصدار الخامس (APA, 2013) وأيضاً ممن بلغت درجاتهم على المقياس درجة الفصل Cutoff point المحددة من خلال الخصائص السيكومترية للمقياس. وتم مناظرة مجموعة ضابطة (ن=١٣٤: لا تنطبق عليها معايير تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وحصلت على أقل درجة على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة)، وذلك من حيث الخصائص الديموجرافية (العمر، والنوع، المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ومكان الإقامة) وذلك بغرض حساب الانحدار وإجراء المقارنة بين المجموعتين فيما يتعلق بخطورة الانتحار ومن خلال الجدول (٢) يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والعاديين في المتغيرات الديموجرافية.

جدول(٢) وصف الخصائص الديموجرافية لمجموعتي الدراسة ودلالة الفرق بينهما (ن= ٢٦٨)

المتغيرات		عاديون	مضطربون	كا٢	الدلالة
النوع	ذكور	٣٣	٣٥	٠,٧٩	٠,٧٧٩
	اناث	١٠١	٩٩		
مستوى اجتماعي /اقتصادي	منخفض جدا	٣	٣	٥,٦٦	٠,٢٢٦
	منخفض	٣	٨		
	متوسط	٧٦	٨٥		
	مرتفع	٤٠	٣٢		
	مرتفع جدا	١٢	٦		
مكان الإقامة	ريف	٧٧	٧٣	٠,٢٤٢	٠,٦٢٣
	حضر	٥٧	٦١		

ثالثاً: أدوات الدراسة.

عينة حساب ثبات وصدق أدوات الدراسة: تكونت العينة من المجموعات التالية:

١) مجموعة الطلاب ذوي اضطرابات نقص الانتباه وفرط الحركة(ن=٩٢) مشاركاً.

٢) مجموعة الطلاب ذوي الأفكار والسلوكيات الانتحارية(ن=٦٤) مشاركاً.

٣) مجموعة الطلاب العاديون (ن=١٠٠) مشاركاً. وقد تم استخدام هذه المجموعة كمجموعة مناظرة للمجموعة الأولى والثانية من حيث الخصائص الديموغرافية (العمر، النوع، والإقامة)، وذلك بغرض استخدامها في معرفة قدرة المقاييس على التمييز الدقيق بين المضطربين والعاديين.

كما تم التأكد من التناظر في العمر بين المجموعتين باستخدام اختبار "ت"(نظراً لأن توزيع الأعمار في المجموعتين كان اعتدالياً، حيث الالتواء والتفلطح كان بين+١ و−١). وأظهرت نتائج "ت" عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في العمر. وكانت النتائج كالتالي: بالنسبة لمجموعة المضطربين (م= ١٩,٥٧، ع= ١,٣٧)، ومجموعة العاديين (م= ١٩,٤٦، ع= ١,٥١)، حيث ت (١٨٢) = ٠,٥٠، عند احتمالية=٠,٦١١.

أما عن التناظر بين المجموعتين في مُتغيري (النوع، والإقامة)، فقد تم استخدام كا^{٢} لدلالة الفرق في النسب المئوية. وكانت النتائج كالتالي: لم تظهر فروق دالة بين المجموعتين في النوع، حيث كا^{٢}(١) = (٠,٩٣٩)، عند مستوى دلالة (٠,٩٩٩). وأيضاً، لم تظهر فروق دالة بين المجموعتين في الإقامة، حيث كا^{٢}(١) = (٠,٤١٨)، عند مستوى دلالة (٠,٥١٢).

١) مقياس التقرير الذاتي لتقييم اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة للبالغين

ADHD Investigator Symptoms Self- Report Scale for Adult (AISRS)

تم تطوير مقياس أعراض اضطراب نقص الانتباه / فرط الحركة للبالغين (AISRS) من قبل فريق من الباحثين بقيادة لينارد أدلر Lenard Adler، وهو طبيب نفسي وأستاذ في الطب النفسي وطب الأطفال والمراهقين في كلية الطب بجامعة نيويورك. قام أدلر بإجراء أبحاث شاملة في مجال اضطراب نقص الانتباه / فرط الحركة، بما في ذلك دراسات حول فعالية الأدوية والعلاجات السلوكية لعلاج هذا الاضطراب.

تم تطوير AISRS كأداة للاستخدام في التجارب الاكلينيكية للأدوية المضادة لاضطراب نقص الانتباه / فرط الحركة للبالغين. تم تصميم المقياس لتقييم شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه / فرط الحركة في البالغين، بما في ذلك أعراض نقص الانتباه والفرط في الحركة والتهور. تم استخدام AISRSعلى نطاق واسع في الدراسات البحثية والممارسة الاكلينيكة كأداة فحص لاضطراب نقص الانتباه / فرط الحركة في البالغين.

يحتوي المقياس على (١٨) بند مشـــتق من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، ويقوم المشـــارك بالاســـتجابة على مدرج رباعي من (٣:٠)، وتتراوح الاســـتجابة بين لا يحدث مطلقاً ويحدث دائماً حيث يقوم المشارك بقراءة كل بند والاستجابة عليه حسب المدرج الموضح، وقد تم توزيع بنود المقيـــاس بطريقـــة متنـــاســـقة حيث نجد أن الأرقام الزوجية تعبر عن فرط الحركة والاندفاعية، أما الأرقام الفردية تعبر عن درجة نقص الانتباه، ومن خلال المدرج الرباعي تصبح أقل درجة وأعلى درجة يمكن الحصول عليها تتراوح ما بين (٠،٥٤) درجة.

الخصائص السيكومترية لمؤلف المقياس:

باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي أظهرت النتائج عاملين، الأول فرط الحركة الاندفاعية، والثاني نقص الانتباه، وكانت تشبعات البنود على العامل الأول بين (٠,٤٨) و(٠,٧٧). أما العامل الثاني فتراوحت تشبعات البنود بين (٠,٤٠) و(٠,٦٣). ولحساب ثبات المقياس تم استخدام طريقة الاتســـاق الداخلي عن طريق حساب معامل الفا وارتباط كل بند بالبنود الأخرى. وأظهرت النتائج أن المقياس يتمتع بثبات داخلي مرتفع. حيث كانت الفا= (٠,٨٢) للمقياس الكلي، و(٠,٨٥) للعامل الأول، و(٠,٧٤) للعامل الثاني. بالإضـــافة لما سبق أظهرت النتائج ارتباط كل بند بالدرجة الكلية

اتساق داخلي مرتفع، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين بين (٠,٧٠) و(٠,٨٥) للمقياس الفرعي عدم الانتباه. ومن (٠,٥٩) إلى (٠,٧٨) للمقياس الفرعي فرط الحركة/ الاندفاعية (Spencer et al., 2010).

الخصائص السيكومترية للمقياس في هذه الدراسة.

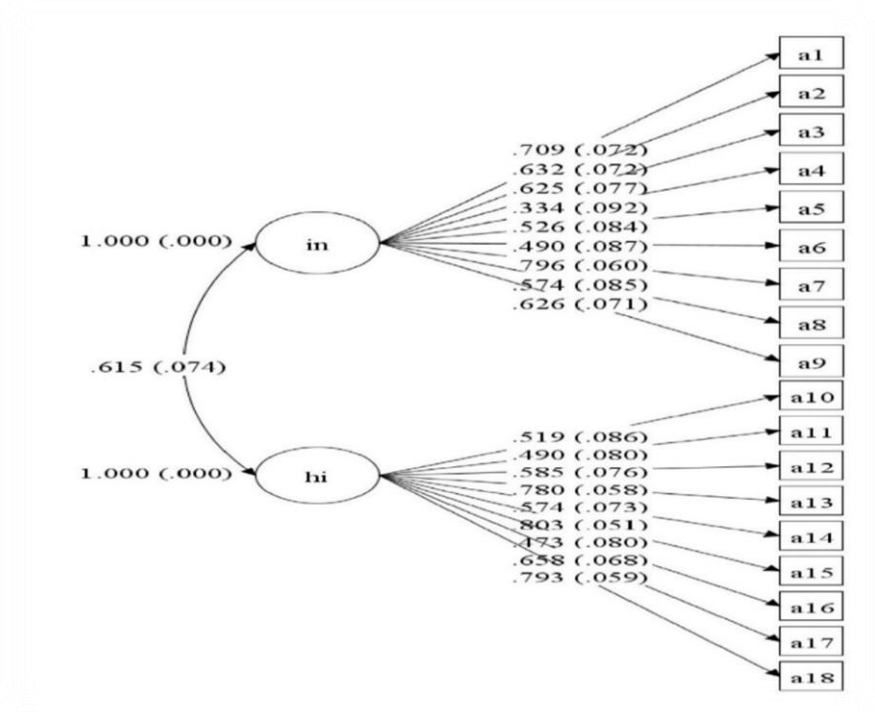
تم استخدام الصدق البنائي من خلال أسلوب التحليل العاملي التوكيدي، كما تم استخدام برنامج Mplus وذلك للتأكد من صدق المقياس، حيث أظهرت النتائج أن هناك دلالة واضحة بين نموذج العاملين والنموذج الفعلي للمقياس، كما اتضح أن هناك تلاءم واضح بين النموذجين وذلك من خلال التطبيق حيث اشارت النتائج إلى أن (TLI)[3]= (٠,٩١٠)، و(CFI)[4]= (٠,٩٢١)، و(RMSEA)[5]= (٠,٠٧). هذا بالإضافة إلى أن تشبعات بنود العامل الأول والثاني بأكملها كانت دالة عند مستوى دلالة أقل من (٠,٠٠١)، أنظر الشكل (١). حيث تراوحت التشبعات على العامل الأول بين (٠,٣٣) و(٠,٧٩)، أما العامل الثاني فتراوحت تشبعات البنود عليه بين (٠,٤٧) و(٠,٨٠). كما ظهر ارتباط دال بين العاملين عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وكانت قيمة الارتباط هي (٠,٦١٥). كما تم استخدام منحني الحساسية والتحديد للمقياس الحالي وذلك لحساب قدرة المقياس على التشخيص والتمييز بين المضطربين والعاديين، وأظهرت النتائج أن المنطقة تحت المنحى= (٠,٩٩)، عند احتمالية < ٠,٠٠١. وجدول (٣) يوضح كل من الحساسية والتحديد أمام نقاط الفصل للمقياس (الدرجة الخام على المقياس).

جدول (٣) الحساسية والتحديد لمقياس نقص الانتباه وفرط الحركة للبالغين في التمييز بين المضطربين والعاديين.

نقاط الفصل	الحساسية	التحديد
١٢	١	٨٠,٠
١٣	١	٩١,٠
٢٧	١	١
٤١	٩٦,٠	١
٤٢	٨٤,٠	١

الصف المظلل= نقطة الفصل (الدرجة الخام على المقياس والتي منها بداية تشخيص الاضطراب) = ٤١

1) Tuker&Lewis Index (optimal value up to "1")
2) Comparative Fit Index (optimal value up to "1")
3) Root Mean Square Error of Approximation (optimal value less than "0.08")



شكل (١) التحليل العاملي التوكيدي لمقياس نقص الانتباه وفرط الحركة

IN= النمط نقص الانتباه، HI= النمط فرط الحركة/الاندفاعية، من a1-a18= بنود المقياس

ثبات المقياس:

تم استخدام معاملي الفا وأوميجا وذلك لحساب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي، وتم تحديد درجة الارتباط بين بنود المقياس من خلال درجة ارتباط البند بالبند وارتباط البند مع الدرجة الكلية للمقياس، وأظهرت النتائج درجات المتوسط لارتباط البنود كانت للمقياس الكلي (٠,٢٥) وللفرعي كانت للعامل الأول (نقص الانتباه) =(٠,٤٥) وللعامل الثاني (فرط الحركة / الاندفاعية)=(٠,٤٧)، أما بالنسبة للمقياس الكلي كانت معاملات الفا وأوميجا هي (٠,٨٦) و(٠٨٨) وللمقياس الفرعي للعامل الأول (نقص الانتباه)(٠,٨٠ ، ٠,٨٤)، وللعامل الثاني (فرط الحركة / والاندفاعية) كانت (٠,٨٢ ، ٠,٨٧) ومما سبق يتضح صدق وثبات المقياس وصلاحيته للتطبيق والاستخدام(أبو العطا، ونجيب، ٢٠٢٠).

٢) مقياس كولومبيا لتقييم مخاطر الانتحار

COLUMBIA–SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C–SSRS)

تم تطوير مقياس كولومبيا لخطورة الانتحار (C–SSRS) من قبل باحثين متعددين من قسم الطب النفسي بجامعة كولومبيا، بما في ذلك كيلي بوسنر Kelly Posner وماريا أوكويندو Maria A. Oquendo وجون مانJohn Mann، وغيرهم. يعد C–SSRS أداة تستخدم على نطاق واسع لتقييم الأفكار والسلوك الانتحاري، وقد تم ترجمته إلى العديد من اللغات للاستخدام في مختلف السياقات. تم تمويل تطوير C–SSRS من قبل المعهد الوطني للصحة العقلية the National Institute of Mental Health.

يتكون المقياس من ١٠ بنود أساسية بالاضافة لبنود أخرى تقيس شدة ومدة الافكار الانتحارية ويتم تقييم الاستجابات على كل سؤال بنعم أو لا للبنود العشرة الاساسية. تغطي الأسئلة المدرجة في المقياس عدة مجالات منها السلوك الانتحاري السابق، والأفكار الانتحارية الحالية. وبعد تقييم الأجوبة، يتم تجميع النتائج لتحديد مستوى خطورة الانتحار للفرد. يستخدم مقياس كولومبيا في الممارسة الاكلينيكية لتحديد مدى الخطورة على الانتحار واتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية المريض، مثل التأكد من أن يتلقى العلاج اللازم وأن يكون تحت المراقبة الطبية المستمرة. كما يمكن استخدامه لتحديد مستوى خطورة الانتحار في الأبحاث والدراسات العلمية.

الخصائص السيكومترية لمؤلف المقياس:

تم حساب الصدق التقاربي Convergent validity لمقياس كولومبيا لتقييم خطورة الانتحارمع بنود مقياس مونتجومري وأسبرج التى تقيم الانتحار، وايضا بنود مقياس بيك للاكتئاب التى تقيم خطورة الانتحار ايضا وكانت معاملات الارتباط على التوالي هي (٠,٦٣، و٠,٨٠). وتم حساب ثبات الاتساق الداخلي باستخدام الفا الذي تراوحت معاملاته بين ٠,٧٣، و٠,٩٤(Posner et al., 2011). ومما سبق يتضح صلاحية المقياس للتطبيق، خصوصا وانه تم اختباره بعد ذلك في عدة ثقافات مختلفة وترجم للعديد من اللغات ومنها اللغة العربية.

الخصائص السيكومترية للمقياس في هذه الدراسة:

تقدير الصدق المرتبط بالمحك: لقد تم حساب الصدق المرتبط مع مقياس احتمالية الانتحار (د/ عبدالرقيب البحيري) وكان معامل الارتباط (٠,٨٧)، ويتضح أن المقياس يتمتع بمعاملات صدق مرتفعة، وعلى ذلك يمكننا أن نعتمد عليه في جميع بيانات الدراسة الراهنة.

ثبات الأدوات: اعتمد الباحث في تقرير ثبات المقياس على طريقة ثبات الفا (,٨٠)، وإعادة التطبيق بفاصل زمني أسبوعين (,٧٨). ويتضح من ذلك أن معاملات الثبات دالة ومقبولة.

٣) مؤشر هولينجزهيد للمكانة الاجتماعية

Hollingshead Four Factor Index of Social Status

قام الباحث بترجمة وتعريب مؤشر هولينجزهيد للمكانة الاجتماعية Hollingshead Four Factor Index of Social Status (Hollingshead, 1975)، وهو أحد الأدوات الأكثر شيوعاً في قياس الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأفراد والأسر في المجتمع. يتم حساب هذا المؤشر باستخدام أربعة عوامل رئيسية وهي: المهنة، والتعليم، والدخل، ومكان الاقامة. وفيما يلي توضيح للجوانب التي تقيسها النسخة المختصرة المعربة من المقياس موضحة الدرجة بين قوسين أمام كل بند:

الوظيفة:

١- الإدارة والمهنية (٥)

٢- الفنيون وأصحاب الأعمال الصغيرة (٤)

٣- العمال الماهرين (٣)

٤- العمال ذوو الخبرة المحدودة (٢)

٥- العمال غير المهرة (١)

التعليم:

٦- درجة مهنية (مثل الطبيب أو المحامي أو المهندس المعماري) (٥)

٧- درجة الكلية (مثل البكالوريوس أو الليسانس الجامعي) (٤)

٨- بعض المعاهد أو المدارس التقنية (٣)

٩- شهادة الثانوية العامة أو الشهادة المعادلة لها (٢)

١٠- أقل من شهادة الثانوية العامة (١)

الدخل سنويا بالجنيه المصري:

١١- أكثر من ٢٥٠٠٠٠ (٥)

١٢-من ١٥٠٠٠٠ الى ٢٥٠٠٠٠ (٤)

١٣-من ٧٥٠٠٠ الى ١٥٠٠٠٠(٣)

١٤-من ٣٠٠٠٠ الى ٧٥٠٠٠ (٢)

١٥- أقل من ٣٠٠٠٠ (١)

مكان الإقامة:

١٦- الإقامة الحضرية في منطقة ذات دخل عالي (٥)

١٧- الإقامة الحضرية في منطقة ذات دخل متوسط (٤)

١٨- الإقامة الحضرية في منطقة ذات دخل منخفض (٣)

١٩- الإقامة الريفية في منطقة ذات دخل عالي (٢)

٢٠- الإقامة الريفية في منطقة ذات دخل منخفض (١)

الخصائص السيكومترية لمؤلف المقياس:

الثبات: وجد أن المقياس يتمتع باتساق داخلي مرتفع، حيث تتراوح معاملات ألفا من ٧٤. إلى ٩١. عبر عينات مختلفة (Adler, Epel, Castellazzo, & Ickovics, 2000; Hollingshead, 1975)

الصدق: لقد ثبت أن المقياس يرتبط بشكل موجب بمقاييس الدخل والثروة والمؤشرات الأخرى للحالة الاجتماعية والاقتصادية (Hollingshead, 1975) كما وجد أنه يتنبأ بنتائج صحية مختلفة، مثل الوفيات والمرضى وحالات الصحة العقلية (Adler et al., 2000).

يعد مقياس هولينجزهد سهل الاستخدام نسبيا ومنخفض التكلفة، وذلك لقياس الحالة الاجتماعية والاقتصادية التي تم استخدامها على نطاق واسع في البحوث الاكلينيكية، حيث وجد أنه مناسب للاستخدام مع كل من الأفراد والعائلات ويمكن استخدامه لمقارنة المستويات الاجتماعية–الاقتصادية عبر مجموعات سكانية مختلفة (Hollingshead, 1975).

الخصائص السيكومترية في هذه الدراسة:

الثبات: تم حساب الثبات باستخدام إعادة الاختبار خلال فترة أسبوعين بين التطبيقين وكان معامل الارتباط ر= ٠,٨٨ عند مستوى دلالة ٠,٠١ حيث تكونت العينة من ١٠٠ فردا

تقدير الصـــدق المرتبط بالمحك: لقد تم حســـاب الصدق المرتبط مع مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (د/ عبد العزيز الشخص) وكان معامل الارتباط (٠,٨٤)، ويتضح أن المقياس يتمتع بمعاملات صدق مرتفعة، وعلى ذلك يمكننا أن نعتمد عليه في جميع بيانات الدراسة الراهنة.

رابعًا: اجراءات الدراسة: يمكن تحديد إجراءات الدراسة في الخطوات التالية:

اختيار العينة: تم تحديد مجتمع طلاب الجامعة في المقام الأول، ثم تم اشتقاق المشاركين ذوي اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ومجموعة ضابطة من العاديين.

المقاييس: تم استخدام مقياس التقرير الذاتي لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة للبالغين (ASRS) لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى البالغين، وتم استخدام مقياس كولومبيا لتقييم مخاطر الانتحار (C–SSRS) لتقييم التفكير والسلوك الانتحاري.

جمع البيانات: تم تطبيق المقاييس اليكترونيا (من خلال نماذج جوجل) على العينة الكلية (تم وصفها في جزء عينة الدراسة) بالإضافة لعقد مقابلات جماعية بقاعات المحاضرات بكليتيى الآداب والعلاج الطبيعي وذلك لتوضيح الغرض من الدراسة وتوضيح أن المشاركة بها طواعية وليست إجبارية ولم يُطلب اسم المشارك، ولكن فقط بياناته الديموجرافية.

تحليل البيانات: تم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، مثل اختبارات مربع كا، والانحدار اللوجستي.

الاعتبارات الأخلاقية: تم الحصول على موافقة مستنيرة من جميع المشاركين والتأكد من أن الدراسة تتوافق مع المبادئ الأخلاقية. كما تم إطلاع المشاركين على طبيعة الدراسة وحقوقهم وكيفية استخدام بياناتهم.

خامسًا: الأساليب الإحصائية.

١) الإحصاء الوصفي (متوسط، انحراف معياري، تكرارات، نسب مئوية).

٢) الانحدار اللوجستي.

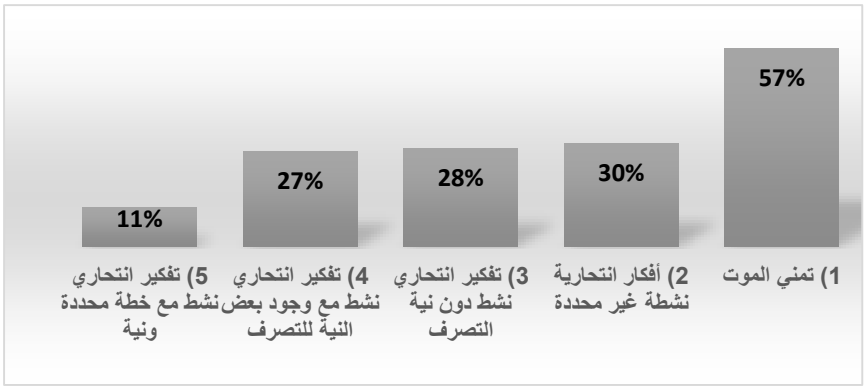
٣) كا^{٢} للتحقق من دلالة الفروق في النســـب المئوية، بالإضـــافة إلى ماتم اســـتخدامه من أساليب لحساب الصدق والثبات لأدوات الدراسة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

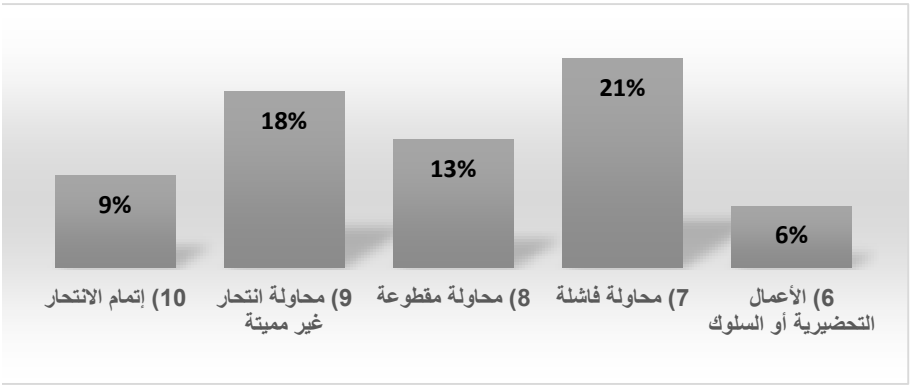
نتائج الفرض الأول ومناقشتها وينص على: "نسب انتشار الأفكار والسلوكيات الانتحارية بين طلاب الجامعة المصريين تتسق مع نسب انتشارها لدى طلاب الجامعة عالميا" وللتحقق من الفرض الأول تم حساب النسب المئوية لكل من التفكير والسلوك الانتحاري كما هو موضح بكل من جدول (٤) والأشكال (٢، ٣).

جدول(٤) انتشار التفكير والسلوك الانتحاري لدى طلاب الجامعة (ن = ١٣٩٨)

المتغيرات (البنود)	ن	%
الأفكار الانتحارية (١-٥)	**٨٣٣**	**%٦٣**
١) تمني الموت	٨٠١	%٥٧
٢) أفكار انتحارية نشطة غير محددة	٤١٧	%٣٠
٣) تفكير انتحاري نشط دون نية التصرف	٣٩٨	%٢٨
٤) تفكير انتحاري نشط مع وجود بعض النية للتصرف	٣٨٤	%٢٧
٥) تفكير انتحاري نشط مع خطة محددة ونية	١٥٦	%١١
السلوك الانتحاري (٦-١٠)	**٤٦٤**	**%٣٣**
٦) الأعمال التحضيرية أو السلوك	٨٨	%٦
٧) محاولة فاشلة	٢٩٧	%٢١
٨) محاولة مقطوعة	١٨٢	%١٣
٩) محاولة انتحار غير مميتة	٢٥١	%١٨
١٠) إتمام الانتحار	١٣١	%٩



شكل (٢) النسبة المئوية لانتشار الأفكار الانتحارية (ن= ١٣٩٨)



شكل (٣) النسبة المئوية لانتشار السلوكيات الانتحارية (ن= ١٣٩٨)

تراوحت نسب انتشار الأفكار الانتحارية بين (١١%) (تفكير انتحاري نشط مع خطة محددة ونية) و(٥٧%) (تمني الموت) والسلوكيات الانتحارية بين (٦%) (سلوك تحضيري) و(٢١%) (محاولة فاشلة) في هذه الدراسة، وأتفقت هذه النتيجة اجمالا مع عدة دراسات أجريت في مصر والعالم الاسلامي، حيث دراسة (Ahmed et al., 2016) التى أجريت على عينة من طلاب كلية الطب بجامعتي القاهرة وعين شمس حيث كانت نسبة التفكير الانتحاري (١٢،٧%) وذلك وفقا لمقياس بيك لتقييم التفكير الانتحاري. وفي دراسة أجريت على عينة مصرية من طلاب الجامعة (Okasha et al., 2021) أظهرت النتائج أن نسبة انتشار التفكير الانتحاري (٢٦،٥٩%) بينما السلوك الانتحاري (١٠،٥١%) وذلك وفقا لمقياس كولومبيا لتقييم مخاطر الانتحار. كما اشارت دراسة (Eskin, 2020) والتى هدفت لحساب انتشار خطورة الانتحار لدى طلاب الجامعة بدول حوض البحر المتوسط ومنها مصر، التى بلغت نسب انتشار الأفكار الانتحارية فيها (١٧،٥%)، والسلوك الانتحاري (٧،١%). وفي دراسة (Eskin et al., 2018) التى هدفت حساب نسبة انتشار التفكير والسلوك الانتحاري في العالم الاسلامي من خلال (١٢) بلد بأغلبية مسلمة، اشارت النتائج إلى أن نسبة التفكير في الانتحار كانت (٢٢%) بينما السلوك الانتحاري (٨,٦%)

أما الدراسات التى قيمت خطورة الانتحار دوليا فقد اتسقت نتائج هذه الدراسة مع كل من دراسة (Li et al., 2014) التى قامت بتحليل (٤١) دراسة أجريت على طلاب عدة جامعات بالصين، واظهرت النتائج ان التفكير الانتحاري تراوحت نسبته بين (١،٢٤%، و٢٦%) بمتوسط (١٠%)، كما اوضحت الدراسة وجود تباين كبير بين النسب في الجامعات المختلفة. ايضا دراسة

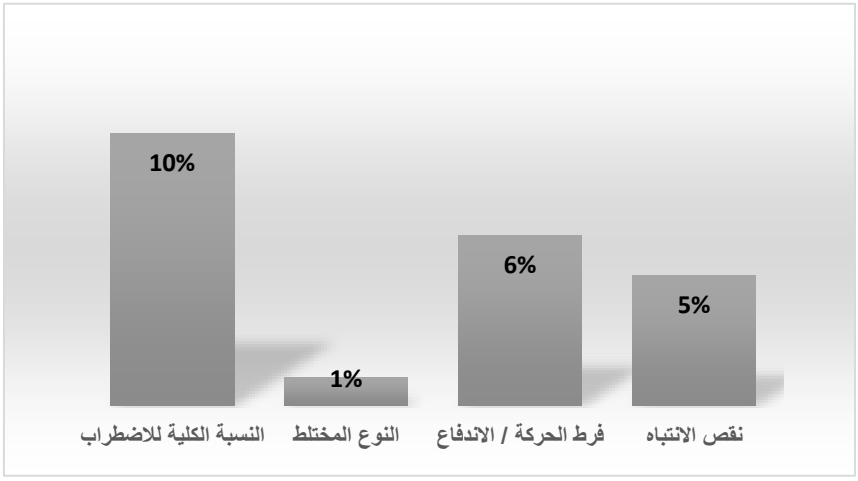
(Yang et al., 2015) والتى قامت بتحليل نتائج (٢٩) دراسة بحثت نسب انتشار التفكير والسلوك الانتحاري بين طلاب الجامعات بالصين، وأظهرت النتائج ان نسبة التفكير الانتحاري بلغت (١٠،٥%)، والسلوك الانتحاري(٢،٨%). واشارت دراسة (Pereira & Cardoso, 2015) التى أجريت على عينة برتغالية من طلاب الجامعة، وتراوحت نسبة التفكير الانتحاري بين (١٠،٧%، و١٢،٦%). كما اشارت نتائج دراسة (Liu et al., 2018) التى أجريت عينة من طلاب (١٠٨) مؤسسة تعليمية (جامعات ومعاهد) بالولايات المتحدة الامريكية، إلى أن التفكير الانتحاري تراوح بين (٨% و٤٨،٨%) والسلوك الانتحاري تراوح بين (٧،٥% و٣٨،٢%)، وتباينت النسب بتباين المرجعية العرقية، والتوجه الجنسي، والعمر، والفرقة الدراسية، والاحداث الضاغطة. وفي دراسة (Coentre & Góis, 2018) التى قامت بتحليل (١٧) دراسة أجريت على عينات من المجتمع الغربي وغير الغربي لطلاب كليات الطب، وأظهرت النتائج نسب التفكير الانتحاري تراوحت بين (١،٨% إلى ٥٣،٦%). وفي النرويج بلغت نسب انتشار التفكير الانتحاري لدى عينة من طلاب الجامعة (٢٢,٦%) (Sivertsen et al., 2019). وأيضاً اظهرت نتائج دراسة (Asfaw et al., 2020) أن التفكير الانتحاري بلغت نسبته ٢٣،٧% بينما محاولة الانتحار كانت نسبته (٣،٩%) وذلك بين طلاب كلية الطب بجامعة هرمايا بأثيوبيا. أختلفت نسب الانتشار فيما بين نتائج الدراسات سواء الاقليمية أو الدولية، ولكنها بقيت في إطار نتائج الدراسة الحالية، وربما كان هذا التباين ناجم عن الاختلافات الديموجرافية للعينات من حيث العمر والنوع ومكان الاقامة. أيضاً قد تكون الاختلافات التى ظهرت ناتجة عن استخدام أساليب مختلفة في تقييم خطورة الانتحار من حيث المنهجية وأدوات القياس.

نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

وينص على: "نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى طلاب الجامعة المصريين تتسق مع نسب انتشاره بين طلاب الجامعات عالميا" وللتحقق من الفرض الثاني تم حساب النسب المئوية لكل من اضـــطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وأنماطه الفرعية كما هو موضح بكل من جدول (٥) والشكل (٤).

جدول (٥) انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وأنماطة الفرعية لدى الجامعة (ن = ١٣٩٨)

المتغيرات	ن	%
نقص الانتباه	٦٤	٥%
فرط الحركة / الاندفاع	٨٤	٦%
النوع المختلط	١٤	١%
النسبة الكلية للاضطراب	١٣٤	١٠%



شكل (٤) النسبة المئوية لانتشار الاضطراب بين طلاب الجامعة (ن= ١٣٩٨)

قلة من الدراسات على المستوى الدولي بحثت انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة للبالغين، ولم يجد الباحث في حدود ما اطلع عليه من دراسات منشورة باللغة العربية دراسة واحدة كان من أهدافها حساب نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في البالغين. هذا وتشير نتائج الدراسة الحالية إلى أن نسبة الانتشار الكلية لاضطراب نقص الانتباه وفرط (١٠%)، وانماطه الفرعية نقص انتباه، والاندفاعية/فرط الحركة، والمختلط كانت على التوالي (٥%، ٦%، ١%).

واتسقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (Murkett et al., 2014) حيث تراوحت نسب الانتشار الكلية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بين (٢% و١٢%) وذلك من خلال مراجعة منهجية وتحليل للعديد من الدراسات السابقة. كما اظهرت نتائج دراسة (Jung et al., 2015) التي أجريت على عينة من طلاب الجامعات الكورية أن نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بلغت ٧،٦%، وفي دراسة (Rigler et al., 2016) التى اجريت على عينة ممثلة من طلاب الجامعة حيث تضمنت العينة عديد من التخصصات (الطب، والهندسة، وعلم النفس)، وأظهرت النتائج ان النسبة الكلية لانتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة كانت (١٢،٧%). وفي دراسة (Hakim Shooshtari et al., 2021) والتى تم فيها تحليل منهجي لعدة دراسات سابقة (٣٤ دراسة) ستة منها على طلاب الجامعة حيث تراوحت نسب الانتشار الكلية فيما بين طلاب الجامعة بين (٨،٦%، و٢٥،١%). وفي دراسة (Yáñez-Téllez et al., 2021) والتى اجريت على عينة من طلاب الجامعة حيث اظهرت النتائج ان نسبة الانتشار الكلية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (١٦،٢%). تشير نتائج الدراسات السابقة عند مقارنتها بنتائج الدراسة الحالية أن هناك اتساق ملحوظ حيث تتوسط النتائج الحالية نتائج الدراسات السابقة من حيث نسبة الانتشار. هذا ويمكن إرجاع الاختلاف الطفيف في نسب الانتشار بين الدراسات لاختلاف الخصائص الديموجرافية للعينات واختلاف أساليب وأدوات القياس.

نتائج الفرض الثالث ومناقشتها: **وينص على** "يتنبأ اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى البالغين بكل من الأفكار والسلوكيات الانتحارية "

وللتحقق من صحة الفرض تم عمل الإجراءات التالية:

إعداد البيانات للتحليل الإحصائي

تم ترميز الاستجابةعلى مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة للبالغين (مضطرب= ١، عادي= صفر)، كما تم أيضاً ترميز المتغير التابع (التفكير أو محاولة الانتحار= ١، وعدم التفكير أو المحاولة= صفر).

نموذج تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي

في سبيل استكشاف عوامل الخطورة الدالة والمسئولة عن التفكير ومحاولة الانتحار، تم إدخال بيانات متغير اضطراب نقص الانتباه وفرط الحكة (مضطرب/عادى)، والمتغيرات

الديموجرافية المرتبطة (العمر والنوع) كمُنبئات مفترضة (عوامل خطورة مقترحة)، ووضع متغير خطورة الانتحار (توجد خطورة/لا توجد خطورة) بكونه متغيراً تابعًا في التحليل الإحصائي باستخدام تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي. تم استخدام الانحدار اللوجستي بسبب نوع البيانات المستخدمة، حيث كانت البيانات ثنائية (نعم، ولا).

تم اختبار النماذج المقترحة لاستكشاف المتغيرات المستقلة (اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وانماطه الفرعية والعمر والنوع) لاستبعاد غير الدال إحصائيًا منها قبل اختبار النموذج النهائي وذلك للحصول على نموذج تنبؤي دال، وقد تم استبعاد المتغيرات (الأنماط الفرعية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والعمر والنوع) وذلك لعدم دلالتها في الدراسة الحالية. بناءا على ماسبق سيتم استكمال التحليل الاحصائي لنموذجين كما هو موضح فيما يلي:

النموذج ١: انحدار التفكير الانتحاري على اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين النموذج الذي يحتوي على القيمة الثابتة فقط، والنموذج بعد إدخال المتغيرالمستقل (اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة) حيث كا^{٢}(١، ن=٢٦٤) = (٦٠,٧٣) عند احتمالية < (٠,٠٠١). وتشير النتيجة السابقة إلى أن النموذج قادر بشكل دال على التنبؤ بخطورة التفكير الانتحاري، وأظهرت النتائج أيضاً (مربع الارتباط[٦]) أن المتغير المنبأ قد فسر (٣١%) من حدوث التفكير في الانتحار. وفي سياق اختبار ملائمة نموذج الانحدار الحالي فقد أظهر "اختبار هوسمر وليمشو"[٧] أنه لا يوجد فرق دال بين البيانات المستمدة من التجربة والبيانات المتوقعة حيث كا^{٢}(٨، ن=٢٦٤) = (١٠,١٢) عند احتمالية = (٠,٢٥٦). كما أظهرت النتائج أيضاً أن قدرة النموذج على التمييز الصحيح بين مجموعتي الدراسة (التفكير في الانتحار، وعدم التفكير في الانتحار) بنسبة (٧٥%) للتمييز الكلي، وذلك مع العلم أن التمييز الصحيح بين مجموعتي الدراسة كان (٥٧%) بدون نموذج الانحدار المقترح، وهذا يعنى أن النموذج حسن التمييز بين مجموعتي الدراسة بنسبة (١٨%) تقريبا

النموذج ٢: انحدار السلوك الانتحاري على اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

---

[6] Negelkerke R2.

[7] Hosmer and Lemeshow Test.

أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين النموذج الذي يحتوي على القيمة الثابتة فقط، والنموذج بعد إدخال المتغير المستقل (اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة) حيث كا^{2}(١، ن=٢٦٤) = (٤٢,٠٦)عند احتمالية <(٠,٠٠١). وتشير النتيجة السابقة إلى أن النموذج قادر بشكل دال على التنبؤ بخطورة السلوك الانتحاري، وأظهرت النتائج أيضاً (مربع الارتباط) أن المتغير المُنبأ قد فسر (٢٤%) من حدوث السلوك الانتحاري. وفي سياق اختبار ملائمة نموذج الانحدار الحالي فقد أظهر "اختبار هوسمر وليمشو" أنه لا يوجد فرق دال بين البيانات المستمدة من التجربة والبيانات المتوقعة حيث كا^{2}(٨، ن=٢٦٤) = (٧,٣٣) عند احتمالية = (٠,٥٠١). كما أظهرت النتائج أيضاً أن قدرة النموذج على التمييز الصحيح بين مجموعتي الدراسة (وجود السلوك الانتحاري، عدم وجود سلوك انتحاري) بنسبة (٧٠%) للتمييز الكلي، وذلك مع العلم أن التمييز الصحيح بين مجموعتي الدراسة كان (٦٩%) بدون نموذج الانحدار المقترح، وهذا يعنى أن النموذج حسن التمييز بين مجموعتي الدراسة بنسبة (١%) تقريبا.

وأشارت نتائج نسب الاحتمالات[8]، كما هو موضح في (جدول٦). أن الشخص الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لديه احتمالية التفكير في الانتحار ٩ مرات أكثر من الشخص العادي ويجعل لدية احتمالية القيام بأيا من السلوكيات الانتحارية ٨ مرات أكثر من الشخص العادي

جدول(٦) الانحدار الثنائي المنطقي للتفكير والسلوك الانتحاري على اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ن=٢٦٤)

نموذج الانحدار		ب	خ.م	كا٢	د.ح	الدلالة	نسب الاحتمالات	ر٢
نموذج ١	التفكير الانتحاري/ ADHD	٢,٢٧	٠,٢٩	٦٠,٧٣	١	<٠,٠٠١	٩,٧	٠,٣١
	الثابت	-٠,٧٥	٠,١٨	١٦,٤١	١	<٠,٠٠١	٠,٤٧	
نموذج ٢	السلوك الانتحاري/ ADHD	٢,١	٠,٣٢	٤٢,٠٦	١	<٠,٠٠١	٨,١٧	٠,٢٤
	الثابت	-٢,٠٧	٠,٢٧	٥٧,١٣	١	<٠,٠٠١	٠,١٢	

ملحوظة: ب= المعامل البائي، نسب الاحتمالات =Odds ratio، ر٢ = Nagelkerke R Square، د.ح = درجة الحرية، خ.م= خطأ معياري

[8] Exp B, or Odds Ratio.

تشير النتائج السابقة إلى قبول الفرض الحالي للدراسة حيث يتنبأ اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في البلوغ بكل من التفكير والسلوك الانتحاري. ولكن بالرغم من الدلالة الاحصائية لنموذجى التنبؤ إلا أن النموذج الثاني وهو تنبؤ الاضطراب بالسلوك الانتحاري لم يحسن التوقع إلا بنسبة (١%) وهي نسبة لا يمكن الاعتداد بها في الواقع، وبناءا على ذلك فبالرغم من تنبؤ الاضطراب بخطورة السلوك الانتحاري إحصائيًا إلا أنه لايمكن الاعتماد على الاضطراب وحده في عملية التنبؤ مالم يكن هناك مزيد من عوامل الخطورة الاخرى.

أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يتنبأ بشكل دال بكل من التفكير والسلوك الانتحاري، بل ويزيد من احتمالية خطورة التفكير الانتحاري ٩ مرات أكثر من الشخص العادي، ومن خطورة السلوك الانتحاري ٨ مرات أكثر من الشخص العادي. هذا وتتسق تلك النتائج مع العديد من الدراسات السابقة (Arsandaux et al., 2020; James et al., 2004; Van Eck et al., 2014) والتى تؤكد تنبؤ اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بخطورة الانتحار، ولكن ليس بشكل مباشر بل من خلال تأثير اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة على احتمالية وجود اضطرابات عقلية مصاحبة. وفي دراسة (Impey & Heun, 2011) تم مراجعة (٢٥) دراسة تبحث العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وخطورة الانتحار. أظهرت النتائج حدوث اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بشكل متكرر في المجموعات الانتحارية أكثر من المجموعة الضابطة. أيضاً في دراسات (Balazs & Kereszteny, 2017; Eddy et al., 2019; Furczyk & Thome, 2014; Ruchkin et al., 2016) ارتبط تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بزيادة مخاطر كل من التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار. وتؤكد دراسة (Shen et al., 2021) على أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة له تأثير مباشر دال على خطورة الانتحار بدون وجود اضطرابات عقلية مصاحبة. وعلى العكس اثبتت دراسة (Forte et al., 2021) أنه لاتأثير لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة على خطورة الانتحار منفرداً، ولكنه اذا كان مصاحبا لأيًا من اضطرابات المزاج اصبحت هناك خطورة. أما دراسة (Brown et al., 2022) فأشارت نتائجها إلى أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

كان له كل من التأثير المباشر على خطور الانتحار، وأيضاً كان له تأثيراً غير مباشر من خلال الاكتئاب كمتغير وسيط.

الفرض الرابع: **وينص على** " توجد فروق دالة إحصـــائيًا بين المضطربين والعاديين في كلٍ من التفكير والسلوك الانتحاري."

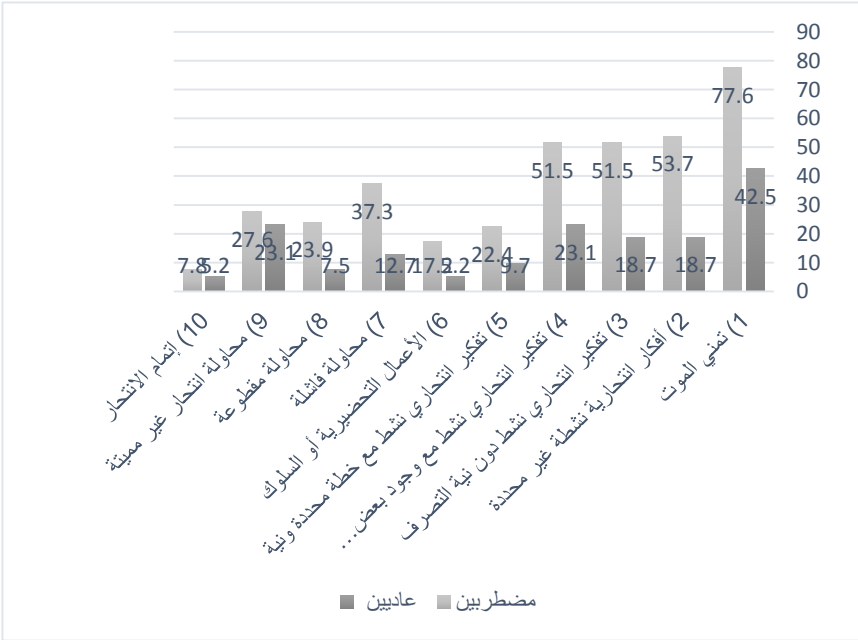
وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام كا٢ للتحقق من دلالة الفروق في النسب المئوية للحدوث بين المجموعتين كما هو موضح في كل من الجدول (٧) والشكل (٥)، أشارت النتائج إلى قبول الفرض جزئيا وذلك لأن البند (٩) (محاولة انتحار غير مميتة) لم تظهر نتائجه فروقا دالة بين المجموعتين، أما باقي البنود فأظهرت نتائجها فروقا دالة بين مجموعتي الدراسة (العاديين والمضطربين) حيث تراوحت الدلالة بين <٠,٠٠١، و٠,٠٠٥ وذلك في كل من الأفكار والسلوكيات الانتحارية.

جدول (٧) دلالة الفرق بين مجموعتي الدراسة في نسب حدوث الأفكار والسلوكيات الانتحارية باستخدام كا٢ (ن = ٢٦٨)

المتغيرات	عاديين ن= ١٣٤		مضطربين ن= ١٣٤		الدلالة
	نعم ن (%)	لا ن (%)	نعم ن (%)	لا ن (%)	
١) تمني الموت	٥٧ (٤٢,٥)	٧٧ (٥٧,٥)	١٠٤ (٧٧,٦)	٣٠ (٢٢,٤)	<٠,٠٠١
٢) أفكار انتحارية نشطة غير محددة	٢٥ (١٨,٧)	١٠٩ (٨١,٣)	٧٢ (٥٣,٧)	٦٢ (٤٦,٣)	<٠,٠٠١
٣) تفكير انتحاري نشط دون نية التصرف	٢٥ (١٨,٧)	١٠٩ (٨١,٣)	٦٩ (٥١,٥)	٦٥ (٤٨,٥)	<٠,٠٠١
٤) تفكير انتحاري نشط مع وجود بعض النية للتصرف	٣١ (٢٣,١)	١٠٣ (٧٦,٩)	٦٩ (٥١,٥)	٦٥ (٤٨,٥)	<٠,٠٠١
٥) تفكير انتحاري نشط مع خطة محددة ونية	١٣ (٩,٧)	١٢١ (٩٠,٣)	٣٠ (٢٢,٤)	١٠٤ (٧٧,٦)	٠,٠٠٥
٦) الأعمال التحضيرية أو السلوك	٧ (٥,٢)	١٢٧ (٩٤,٨)	٢٣ (١٧,٢)	١١١ (٨٢,٨)	٠,٠٠٢
٧) محاولة فاشلة	١٧ (١٢,٧)	١١٧ (٨٧,٣)	٥٠ (٣٧,٣)	٨٤ (٦٢,٧)	<٠,٠٠١
٨) محاولة مقطوعة	١٠ (٧,٥)	١٢٤ (٩٢,٥)	٣٢ (٢٣,٩)	١٠٢ (٧٦,١)	<٠,٠٠١
٩) محاولة انتحار غير مميتة	٣١ (٢٣,١)	١٠٣ (٧٦,٩)	٣٧ (٢٧,٦)	٩٧ (٧٢,٤)	٠,٤
١٠) إتمام الانتحار	٧ (٥,٢)	١٢٧ (٩٤,٨)	٢١ (٧,٨)	١١٣ (٨٤,٣)	٠,٠٠٥
السلوك المضر بالنفس دون نية انتحارية	٢٢ (١٦,٤)	١١٢ (٨٣,٦)	٤٦ (٣٤,٣)	٨٨ (٦٥,٧)	٠,٠٠١

وأتسقت نتائج الدراسات السابقة مع هذه الدراسة حيث وجدت إحدى الدراسات السابقة أن البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة كانوا أكثر عرضة للإبلاغ عن التفكير في الانتحار من أولئك الذين لا يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (McCarthy et al., 2018). أظهرت دراسة أخرى أن البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لديهم مخاطر أعلى بكثير للسلوك الانتحاري، بما في ذلك محاولات الانتحار والانتحار الكامل (Wynchank et al., 2021).

أسباب زيادة خطر التفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ليست مفهومة تماما بعد. ومع ذلك، تشير الأبحاث إلى أن عوامل مثل الاضطرابات النفسية، وضعف التحكم في الانفعالات، وصعوبات التنظيم الانفعالي قد تلعب دورا (Miller et al., 2020). بالإضافة إلى ذلك، قد يعاني الأفراد المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من مستويات أعلى من التوتر والعزلة الاجتماعية، مما قد يزيد أيضا من خطر التفكير والسلوك الانتحاري (Biederman et al., 2018).



شكل (٥) مقارنة النسب المئوية بين العاديين والمضطربين في كل من التفكير والسلوك الانتحاري

مناقشة عامة

اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD) هو اضطراب في نمائي عصبي يؤثر على كل من الأطفال والبالغين. يتميز اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بأعراض عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاع، وقد ارتبط بزيادة خطر التفكير والسلوك الانتحاري لدى كل من الأطفال والبالغين (Lopez-Romero et al., 2021). الانتحار هو مصدر قلق خطير للصحة العامة، وفهم العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والتفكير والسلوك الانتحاري مهم لتحديد الأفراد المعرضين للخطر وتطوير استراتيجيات فعالة للوقاية والتدخل. في هذه المناقشة، سوف نستكشف طبيعة التفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، بما في ذلك عوامل الخطر وعوامل الحماية وآثار العلاج.

طبيعة التفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

يتضمن التفكير في الانتحار أفكارا عن انهاء حياة المرء، في حين أن السلوك الانتحاري ينطوي على محاولات فعلية لانهاء حياة المرء. يعد كل من التفكير والسلوك الانتحاري من المؤشرات الخطيرة للضغوط ويرتبطان بمعدلات مرضية ووفيات كبيرة (Lopez-Romero et al., 2021). في البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، يبدو أن انتشار التفكير والسلوك الانتحاري أعلى منه في عموم السكان (Balázs et al., 2017). ومع ذلك، من المهم ملاحظة أنه ليس كل الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يعانون من التفكير أو السلوك الانتحاري، والعلاقة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والتفكير والسلوك الانتحاري معقدة ومتعددة العوامل.

عوامل الخطر للتفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

فقد تساهم عدة عوامل في زيادة خطر التفكير في الانتحار والسلوك لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. وتشمل هذه الصعوبات في تنظيم الانفعال والاندفاع والوظائف التنفيذية (Lopez-Romero et al., 2021). قد يعاني البالغون المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لتنظيم عواطفهم، مما قد يؤدي إلى مشاعر شديدة من الضيق واليأس. قد يلعب الاندفاع أيضا دورا في السلوك الانتحاري، حيث قد يتصرف الأفراد المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط

الحركة بناء على أفكارهم الانتحارية دون التفكير الكامل في العواقب. قد يساهم الخلل الوظيفي التنفيذي، مثل صعوبات التخطيط واتخاذ القرار، في زيادة خطر السلوك الانتحاري.

بالإضافة إلى هذه العوامل المعرفية والسلوكية، هناك أيضا العديد من عوامل الخطر البيئية والنفسية الاجتماعية التي قد تسهم في زيادة خطر التفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. وتشمل تاريخ من صدمات الطفولة، واضطرابات تعاطي المخدرات، والاضطرابات النفسية المرضية المصاحبة مثل الاكتئاب والقلق (Wingo et al., 2016). قد يزيد تاريخ صدمات الطفولة من خطر التفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة من خلال المساهمة في صعوبات تنظيم الانفعال وزيادة الضائقة النفسية بشكل عام. قد تزيد اضطرابات تعاطي المخدرات والاضطرابات النفسية المرضية أيضا من خطر التفكير والسلوك الانتحاري عن طريق تفاقم أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والمساهمة في مشاعر اليأس والاحباط.

عوامل الحماية للتفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

على الرغم من وجود العديد من عوامل الخطر للتفكير في الانتحار والسلوك لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، إلا أن هناك أيضا العديد من عوامل الحماية التي قد تساعد في التخفيف من هذه المخاطر. وتشمل هذه الدعم الاجتماعي، والعلاج الفعال لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، وتطوير مهارات التأقلم (Lopez-Romero et al., 2021). يمكن أن يساعد الدعم الاجتماعي من الأصدقاء والعائلة وأخصائيي الصحة العقلية الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة على التحكم في أعراضهم وتقليل مشاعر العزلة واليأس.

الآثار المترتبة على العلاج

هناك العديد من الآثار العلاجية لمعالجة التفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. تتمثل الخطوة الأولى في معالجة التفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في تحديد الأفراد المعرضين للخطر. قد يتضمن ذلك فحص أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وتقييم التفكير والسلوك الانتحاري. بمجرد تحديد الأفراد المعرضين للخطر، يمكن وضع خطة علاج شاملة تعالج كل من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والتفكير في الانتحار والسلوك الانتحاري.

قد يتضمن علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة مزيجا من الأدوية والعلاج المعرفي السلوكي. يمكن أن تساعد الأدوية في تقليل أعراض عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاع، والتي غالبا ما ترتبط بزيادة خطر التفكير والسلوك الانتحاري (Lopez-Romero et al., 2021). يمكن أن يساعد العلاج المعرفي السلوكي، الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة على تطوير مهارات التأقلم وتقليل أعراض الاكتئاب والقلق، والتي غالبا ما تكون مصاحبة لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وتساهم في التفكير والسلوك الانتحاري.

قد يتضمن علاج التفكير والسلوك الانتحاري مزيجا من الأدوية والعلاج النفسي. يمكن أن تساعد الأدوية مثل مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان في تقليل أعراض الاكتئاب والقلق، والتي غالبا ما ترتبط بالتفكير والسلوك الانتحاري. يمكن أن يساعد العلاج النفسي، مثل العلاج الجدلي السلوكي، الأفراد على تطوير مهارات التأقلم وتقليل مشاعر اليأس والاحباط. لقد ثبت أن العلاج الجدلي السلوكي، على وجه الخصوص، فعال في الحد من التفكير والسلوك الانتحاري لدى الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (Wingo et al., 2016).

الخلاصة

التفكير في الانتحار والسلوك الانتحاري هي مؤشرات خطيرة للضيق وترتبط بمعدلات الوفيات الكبيرة. في البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، يبدو أن انتشار التفكير والسلوك الانتحاري أعلى منه في عموم السكان. قد تساهم عدة عوامل في زيادة خطر التفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، بما في ذلك الصعوبات في تنظيم العاطفة والاندفاع والوظائف التنفيذية. ومع ذلك، هناك أيضا العديد من عوامل الحماية التي قد تساعد في التخفيف من هذه المخاطر، بما في ذلك الدعم الاجتماعي والعلاج الفعال لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وتطوير مهارات التأقلم. قد يتضمن علاج التفكير والسلوك الانتحاري لدى البالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة مزيجا من الأدوية والعلاج النفسي، ويجب أن يعالج كلا من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والتفكير والسلوك الانتحاري.

ومما سبق عرضه هناك العديد من الأسباب التي تجعل اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة قد يزيد من خطر السلوك الانتحاري ويمكن تلخيصها فيما يلي:

الاضطرابات المصاحبة: غالباً ما يصاحب اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب أو القلق أو تعاطي المخدرات، وهي عوامل خطر معروفة للسلوك الانتحاري.

الاندفاع: الاندفاع هو أحد الأعراض الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، والذي قد يؤدي إلى سلوكيات اندفاعية ومتهورة، بما في ذلك إيذاء النفس والسلوك الانتحاري.

عدم التنظيم العاطفي: قد يواجه الأشخاص المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة صعوبات في تنظيم عواطفهم، مما يؤدي إلى تقلبات مزاجية شديدة، والتهيج، وانخفاض تحمل الإحباط، مما قد يزيد من خطر السلوك الانتحاري.

العزلة الاجتماعية: يمكن أن يؤدي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة إلى صعوبات اجتماعية، بما في ذلك صعوبة تكوين صداقات والحفاظ على العلاقات، مما قد يؤدي إلى الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية، وهو عامل خطر معروف للسلوك الانتحاري.

ومن المهم ملاحظة أنه ليس كل الأفراد المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه سيختبرون أفكاراً أو سلوكيات انتحارية. ومع ذلك، بالنسبة لأولئك الذين يفعلون ذلك، فإن طلب المساعدة المهنية من مقدم خدمات الصحة العقلية يمكن أن يكون أمراً بالغ الأهمية في التعامل مع الأعراض وتقليل مخاطر السلوك الانتحاري. قد تشمل خيارات العلاج، العلاج النفسي والأدوية وتعديلات نمط الحياة لتحسين الرفاهية العامة.

قائمة المراجع.

- أبو الخير، فداء. (٢٠١٥). أنواع الإساءة (الانفعالية والسلوكية) كمنبئات بالاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين المُقيمين في دور الرعاية وغير المقيمين فيها. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ٣(٣)، ٣٥١: ٣٨٣.
- أبو العطا، محمد، ونجيب، محمد. (٢٠٢٠). أنماط إساءة المعاملة أثناء الطفولة كعوامل خطورة منبئة باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في البلوغ: دراسة مبنية على استدعاء خبرات الطفولة. دراسات عربية في علم النفس, ١٩(العدد الثانى), ٤٣٥-٤٧٧.

Abdulrahman, M., Elamir, A. H., Elawady, M. A., & Garrido, O. (2021). Suicide in the Arab World: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(8), 4377.

Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. Health Psychology, 19(6), 586–592. https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.586

Agosti V, Chen Y, Levin FR.(2011). Does Attention Deficit Hyperactivity Disorder increase the risk of suicide attempts? J Affect Disord; 133: 595-599 [PMID: 21658780 DOI: 10.1016/j.jad.2011.05.008]

Ahmed, S., Omar, Q. H., & Abo Elamaim, A. A. (2016). Forensic analysis of suicidal ideation among medical students of Egypt: A cross sectional study. Journal of Forensic and Legal Medicine, 44, 1-4. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.08.009

Alsubaie, M., Stain, H. J., & Webster, L. A. D. (2019). Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among undergraduate university students in Saudi Arabia. Crisis, 40(4), 244-254.

American Psychiatric Association (APA). (2013). Alternative DSM-5 Model For Personality Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (pp. 761-781). Arlington, VA: Author.

Asfaw, H., Yigzaw, N., Yohannis, Z., Fekadu, G., & Alemayehu, Y. (2020). Prevalence and associated factors of suicidal ideation and attempt among undergraduate medical students of Haramaya University, Ethiopia. A cross sectional study. PLOS ONE, 15(8), e0236398. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236398

Balazs J, Miklósi M, Keresztény A, Dallos G, Gádoros J. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naïve sample of children and adolescents. J Affect Disor. 152-154: 282-287 [PMID: 24183487 DOI: 10.1016/j.jad.2013.09.026]

Balázs, J., Keresztény, Á., & Gádoros, J. (2017). Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naïve sample of children and adolescents. Journal of Affective Disorders, 214, 58–63. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.010

Bauer, B. W., Gustafsson, H. C., Nigg, J., & Karalunas, S. L. (2017). Working memory mediates increased negative affect and suicidal ideation in childhood attention-deficit/Hyperactivity disorder. Journal *of*

Psychopathology and Behavioral Assessment, *40*(2), 180-193. https://doi.org/10.1007/s10862-017-9635-5

Biederman, J., DiSalvo, M., Faraone, S. V., & Spencer, T. J. (2018). Adult ADHD and comorbidities: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 14, 2665-2676. https://doi.org/10.2147/NDT.S159658

Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., ... & Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. Journal of affective disorders, 225, 97-103.

Coentre, R., & Góis, C. (2018). Suicidal ideation in medical students: Recent insights. Advances in Medical Education and Practice, 9, 873-880. https://doi.org/10.2147/amep.s162626

Daher, A. M., Al Qadire, M., & Al Banna, M. (2021). Cultural and religious aspects of suicide in the Arab world. Mental Health, Religion & Culture, 24(3), 237-248.

Elshazly, N. M., Ahmed, M. H., Elbeheri, G. M., & Fattah, A. M. A. (2021). Suicidal ideation and associated factors among university students in Egypt. Journal of American College Health, 1-9.

Eskin, M. (2020). Suicidal behavior in the Mediterranean countries. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 16(1), 93-100. https://doi.org/10.2174/1745017902016010093

Eskin, M., AlBuhairan, F., Rezaeian, M., Abdel-Khalek, A. M., Harlak, H., El-Nayal, M., Asad, N., Khan, A., Mechri, A., Noor, I. M., Hamdan, M., Isayeva, U., Khader, Y., Al Sayyari, A., Khader, A., Behzadi, B., Öztürk, C. Ş., Hendarmin, L. A., Khan, M. M., … Khatib, S. (2018). Suicidal thoughts, attempts and motives among university students in 12 Muslim-majority countries. Psychiatric Quarterly, 90(1), 229-248. https://doi.org/10.1007/s11126-018-9613-4

Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Akhondzadeh, S. (2020). Suicidal behavior among adults with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and depression. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 16, 1415–1423. https://doi.org/10.2147/NDT.S257777

Hakim Shooshtari, M., Shariati, B., Kamalzadeh, L., Naserbakht, M., Tayefi, B., & Taban, M. (2021). The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Iran: An updated systematic review. Medical

Journal of The Islamic Republic of Iran. https://doi.org/10.47176/mjiri.35.8.

Hamed, A. M., Ebesutani, C., & Kuriyan, A. B. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidality: a meta-analytic review. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60(4), 332-339.

Hollingshead, A. B. (1975). Four factor index of social status. Unpublished manuscript, Yale University, Department of Sociology, New Haven, CT.

Jacob, C. P., Gross-Lesch, S., Reichert, M., & Laucht, M. (2021). Adult ADHD and suicide: A systematic review. Neuropsychobiology, 80(4), 232-239. https://doi.org/10.1159/000518481

Judit Balazs & Agnes Kereszteny.(2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: A systematic review world J Psychiatry. Mar 22; 7(1): 44–59.

Jung, Y., Kwak, Y., & Kim, M. (2015). Prevalence and correlates of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in Korean college students. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 797. https://doi.org/10.2147/ndt.s80785

Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. Psychiatric Clinics, 35(1), 1-14. https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.005

Li, Z., Li, Y., Lei, X., Zhang, D., Liu, L., Tang, S., & Chen, L. (2014). Prevalence of suicidal ideation in Chinese college students: A meta-analysis. PLoS ONE, 9(10), e104368. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104368

Liu, C. H., Stevens, C., Wong, S. H., Yasui, M., & Chen, J. A. (2018). The prevalence and predictors of mental health diagnoses and suicide among U.S. college students: Implications for addressing disparities in service use. Depression and Anxiety, 36(1), 8-17. https://doi.org/10.1002/da.22830

Liu, C., Ting, Y. Y., & Chien, Y. L. (2020). ADHD, stigma, and suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 260, 719-726.

Ljung T, Chen Q, Lichtenstein P, Larsson H. (2014). Common etiological factors of attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal

behavior: a population-based study in Sweden. JAMA Psychiatry 2014; 71: 958-964 [PMID: 24964928 DOI: 10.1001/Jama psychiatry.

Lopez-Romero, L., Romero-Tejeda, A., Sánchez-Roque, M., García-García, R., Romero-González, B., & González-Garrido, A. A. (2021). ADHD and suicidal behavior: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(9), 4558. https://doi.org/10.3390/ijerph18094558

McCarthy, S., Wilton, L., Murray, M., Hodgkins, P., Asherson, P., & Wong, I. C. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder pharmacotherapy and risk of suicide: A systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 138(5), 402-409. https://doi.org/10.1111/acps.12953

Miller, M., DuPaul, G. J., & Walcott, C. M. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for suicidal behaviors: Implications for assessment and intervention. Journal of Attention Disorders, 24(14), 2058-2067. https://doi.org/10.1177/1087054720905213

Morin, A. J., Tran, A., & Caci, H. (2013). Factorial Validity of the ADHD Adult Symptom Rating Scale in a French Community Sample. *Journal of Attention Disorders*, *20*(6), 530-541. doi:10.1177/1087054713488825

Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. National Academies Press.

Murkett, K., Smart, W., & Nugent, K. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder in postsecondary students. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 1781. https://doi.org/10.2147/ndt.s64136

Nigg, J. T. (2013). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and adverse health outcomes. Clinical Psychology Review, 33, 215–228.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. Epidemiologic Reviews, 30(1), 133–154.

Okasha, T., Saad, A., Ibrahim, I., Elhabiby, M., Khalil, S., & Morsy, M. (2021). Prevalence of smartphone addiction and its correlates in a sample of Egyptian university students. International Journal of Social Psychiatry, 68(8), 1580-1588. https://doi.org/10.1177/00207640211042917

Pereira, A., & Cardoso, F. (2015). Suicidal ideation in university students: Prevalence and association with school and gender. Paidéia (Ribeirão Preto), 25(62), 299-306. https://doi.org/10.1590/1982-43272562201503

Plante, T. G. (2005). *Contemporary clinical psychology* (2nd ed.). John Wiley & Sons.

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American journal of psychiatry*, *168*(12), 1266-1277.

Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T., & Jollant, F. (2014). A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. Psychological Medicine, 44(8), 1663–1673.

Rigler, T., Manor, I., Kalansky, A., Shorer, Z., Noyman, I., & Sadaka, Y. (2016). New DSM-5 criteria for ADHD — Does it matter? Comprehensive Psychiatry, 68, 56-59. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.03.008

Rothbart, M. K., Sheese, B. E., Rueda, M. R., & Posner, M. I. (2011). Developing mechanisms of self-regulation in early life. Emotion Review, 3(2), 207–213.

Rothman, K. J., Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). Modern epidemiology. Lippincott Williams & Wilkins.

Silverstein, M. J., Faraone, S. V., Alperin, S., Leon, T. L., Biederman, J., Spencer, T. J., & Adler, L. A. (2018). Validation of the Expanded Versions of the Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 Symptom Checklist and the Adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale. *Journal of Attention Disorders*, 108705471875619. doi:10.1177/1087054718756198

Sivertsen, B., Hysing, M., Knapstad, M., Harvey, A. G., Reneflot, A., Lønning, K. J., & O'Connor, R. C. (2019). Suicide attempts and non-suicidal self-harm among university students: Prevalence study. BJPsych Open, 5(2). https://doi.org/10.1192/bjo.2019.4

Spencer, T. J., Adler, L. A., Meihua Qiao, Saylor, K. E., Brown, T. E., Holdnack, J. A., … Kelsey, D. K. (2010). Validation of the Adult

ADHD Investigator Symptom Rating Scale (AISRS). *Journal of Attention Disorders*, *14*(1), 57-68. doi:10.1177/1087054709347435

Taliaferro, L. A., Muehlenkamp, J. J., & Borowsky, I. W. (2018). Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: A population-based sample. Academic Pediatrics, 18(4), 370-376. https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.11.006

Vetter, T. R., & Jesser, C. A. (2017). Fundamental epidemiology terminology and measures: it really is all in the name. Anesthesia & Analgesia, 125(6), 2146-2151.

Wilens, T. E., & Spencer, T. J. (2019). Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. Postgraduate Medicine, 131(5), 309-327.

Wingo, A. P., Ghaemi, S. N., & Frierson, R. L. (2016). Functional impairment in bipolar disorder: The role of cognitive and emotional processes. Current psychiatry reports, 18(7), 1-9. doi: 10.1007/s11920-016-0697

World Health Organization. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision (ICD-11).

World Health Organization. (2021). Suicide data. Retrieved from https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data

Wynchank, D., Bijlenga, D., Beekman, A. T. F., Kooij, J. J. S., & Penninx, B. W. J. H. (2020). The risk of suicide in relation to ADHD in adults: A longitudinal population-based cohort study. European Psychiatry, 63(1), e26. https://doi :10.1016/j.eurpsy.2019.11.004

Wynchank, D., Bijlenga, D., Lamers, F., Beekman, A. T. F., Kooij, J. J. S., & Penninx, B. W. J. H. (2021). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and suicidal ideation and attempts: Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety. European Psychiatry, 64(1), e1-e9. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35

Yang, L., Zhang, Z., Sun, L., Sun, Y., & Ye, D. (2015). Prevalence of suicide attempts among college students in China: A meta-analysis. PLOS ONE, 10(2), e0116303. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116303.

The Prevalence and Risk of Suicide Among a Sample of University Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

Mohammad Aboulata

Associate professor, Dep. of psychology, faculty of arts, Kafrelsheikh University

Abstract:

The purpose of this study was to investigate the prevalence rates of suicide and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among university students, as well as to evaluate ADHD as a predictive risk factor for both suicidal ideation and behavior. Additionally, the study aimed to identify differences in suicidal ideation and behavior between individuals with and without ADHD. The sample consisted of 1,398 university students (61% female, 39% male), with a mean age of 18.99±1.32 years. Study measures included the Columbia Suicide Severity Rating Scale and the Adult ADHD Self-Report Scale. The study utilized an epidemiological and descriptive-correlational comparative design. Results indicated a prevalence rate of 63% for suicidal ideation and 33% for suicidal behavior, while the prevalence rate of ADHD was 10%. ADHD was found to predict both suicidal ideation and behavior. Differences in suicidal ideation and behavior were found between individuals with and without ADHD (toward the ADHD group), except for item 9 (non-lethal suicide attempt), which did not show significant differences between the two groups.

Key words: Suicide risk, Suicide prevalence, adult attention-deficit/hyperactivity disorder.