

## پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس نشانه‌های نقص توجه/بیش فعالی در بزرگسالان

جابر علیزاده گورادل<sup>۱</sup>، منصور بیرامی<sup>۲</sup>، تورج هاشمی نصرت آباد<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۸/۱۲

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش فعالی بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. تعداد ۳۶۱ نفر از دانشجویان از دانشکده‌های مختلف دانشگاه تبریز با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند و برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالان کاترزا، مقیاس درجه‌بندی وندربیوتا، مقیاس پذیرش مواد و مقیاس استعداد الكل استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نشانه‌های نقص توجه/بیش فعالی کودکی و بزرگسالی با پذیرش مواد و استعداد الكل رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج نشان داد که اختلال نقص توجه/بیش فعالی کودکی و بزرگسالی، پذیرش مواد و استعداد الكل را به طور معنادار پیش‌بینی می‌کند. **نتیجه‌گیری:** مبتنی بر نتایج می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که اختلالات رفتاری، بویژه اختلال نقص توجه/بیش فعالی زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد هستند. پس درمان‌های اولیه اختلالات رفتاری می‌توانند زمینه پیشگیری از وقوع سوئمصرف مواد را مهیا کنند.

**کلید واژه‌ها:** نقص توجه/بیش فعالی، بزرگسالان، پذیرش مواد، استعداد الكل

## مقدمه

صرف مواد، پدیده‌های فراوان جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی به دنبال دارد. به طوری که می‌تواند شخص درگیر را دچار افت جدی در کنش‌های فردی و اجتماعی کند. بنابراین، این موضوع نیازمند برخورد جدی و البته علمی مسؤولان است. در حال حاضر اطلاعاتی از داخل و خارج از کشور در دست است که نشان می‌دهد صرف مواد در بین قشر جوان و دانشجویان رو به افزایش است. با توجه به ساختار جمعیتی جوان ایران، یکی از گروههای در معرض خطر دانشجویان هستند. صرف مواد در جمعیت دانشجویان موجب صدماتی خواهد شد که از آن جمله می‌توان به اختلال در روند تحصیل دانشجو و در نتیجه رکود علمی، انتشار بیشتر صرف در جامعه دانشجویی و ترویج فرهنگ صرف در کل جامعه به علت الگو قرار دادن قشر تحصیل کرده، اشاره کرد (رحمی موقر، سهیمی ایزدیان و یونسیان، ۱۳۸۵). یکی از اختلالاتی که با گرایش به صرف مواد هم ابتلایی قابل توجهی دارد، اختلال نقص توجه/بیش فعالی<sup>۱</sup> است. اختلال نقص توجه/بیش فعالی، یک اختلال عصبی و ارثی شایع است که از کودکی شروع شده و کاهش عملکرد سیستم‌های تولید کننده دوپامین در مغز یکی از علل احتمالی این اختلال به شمار می‌آید (وندر و ولف<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). از سویی دیگر، در مبتلایان به این اختلال، کنترل فعالیت‌ها و تکانه‌ها توسط قشر مغز به سختی صورت می‌گیرد (فیقل، ۱۹۹۵). میزان شیوع این اختلال در کودکان ۳ تا ۱۰ درصد بوده است که یک سوم تا دو سوم آنها تا بزرگسالی هم مشکلاتشان ادامه پیدا می‌کند و شیوع آن در جمعیت بزرگسال عادی ۱ تا ۶ درصد تخمین زده می‌شود. پس برخلاف گذشته، امروزه اعتقاد بر این است که نشانه‌های این اختلال بعد از بلوغ هم ادامه پیدا می‌کنند (وندر و ول夫، ۲۰۰۱؛ فیقل، ۱۹۹۵). نظر به شایع بودن نقص توجه و بیش فعالی در کودکان، مطالعات دامنه‌دار و متنوعی در این عرصه انجام پذیرفته است (لیساکا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴) و در حال حاضر به عنوان یک تشخیص معتبر در بزرگسالان پذیرفته شده است. با این حال، در کنارستی از این اختلال در بزرگسالان وجود دارد و لذا تشخیص آن به ندرت انجام می‌پذیرد و اختلالات

۹۴

94

۱۳۹۷ Vol. ۷ No. ۲۷، فصلنامه پژوهشی اسلامی

مرتبه با آن در بزرگسالان به اندازه‌ی کافی بررسی نمی‌شوند (هلی جنستین، گوانتر و لوی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). این اختلال مشکلات سیاری برای افراد مبتلا ایجاد می‌کند و موقیت اجتماعی، تحصیلی و رشد عاطفی افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سیلور<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). از سویی دیگر، این اختلال خطر سوءصرف مواد، بزهکاری، زندانی شدن، شکست‌های شغلی، طلاق و مشکلات ازدواج را افزایش می‌دهد (وندر و ول夫، ۲۰۰۱).

معمولًا اختلال نقص توجه/بیش فعالی به عنوان اختلالی تشخیص داده می‌شود که فرد با آن متولد می‌شود و شروع آن هرگز در بزرگسالی نیست. نشانه‌های بزرگسالانی که دارای این اختلال هستند، اغلب پیرامون تعلل<sup>۳</sup>، بسی نظمی و فراموش کاری برای فعالیت‌هایی که برای انجام آنها انگیزه دارند و لذت می‌برند، دسته‌بندی می‌شوند (رسنیک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). همراهی و همایندی اختلال نقص توجه/بیش فعالی و اختلال مصرف مواد به وفور توسط تحقیقات گوناگون و موقعیت‌های بالینی گزارش شده است. میزان بالای ابتلای به این اختلال در نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اختلال مصرف مواد روانگردان (مثل حشیش، کراک، هروین و...) مشاهده شده است. تحقیقات گوناگون گزارش کرده‌اند که ۲۵ درصد نوجوانان بستری مبتلا به اختلال مصرف مواد، مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی نیز هستند. باید توجه داشت که پسران مبتلا به اختلال نقص

توجه/بیش فعالی در خطر بالاتری برای مصرف مواد روانگردان قرار دارند (رسنیک و حشمی، ۱۳۸۸). همچنین، مطالعه‌ای که توسط بیدرمن<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) برای تحلیل عوامل خطر خانوادگی اختلال مصرف مواد و اختلال نقص توجه/بیش فعالی انجام شد، نشان داد که خویشاوندان کودکان مبتلا به این اختلال در خطر بالای ابتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی قرار دارند و همچنین بین مصرف مواد، بویژه الکل و اختلال نقص توجه/بیش فعالی رابطه وجود دارد. بزرگسالانی که مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی هستند، باید اختلالشان از دوران کودکی شروع شده باشد، مقاوم بوده و نشانه‌ها و علایم رایج این اختلال را داشته باشند تا تشخیص این اختلال بر روی آن‌ها گذاشته شود. بزرگسالان مبتلا به این اختلال اغلب علایمی مثل بی‌توجهی، حواسپرتی، مشکلاتی در سازماندهی و

1. Heiligenstein, Guenther & Levy  
4. Resnick

2. Silver  
5. Biederman

3. Procrastination

کارایی اندک که در تاریخچه شکست شغلی و تحصیلی زندگی اشان وجود دارد، نشان می‌دهند (اسپنسر، بیدرمن، میک، ۲۰۰۷).

در پاره‌ای از مطالعات افرادی که معتاد به موادمخدّر بودند بررسی شدند و مشاهده شد که در حدود ۱۰ الی ۵۰ درصد آنها مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی هستند (کینگ و بروونر، ۱۹۹۹؛ لوین و ایوانز، ۱۹۹۸). در مطالعات دیگر افراد مبتلا به این اختلال با افراد عادی مقایسه شدند و مشاهده شد که در افراد مبتلا به این اختلال احتمال ابتلاء به موادمخدّر دو برابر بیشتر و احتمال این که به مقدار زیاد از موادمخدّر استفاده کنند، چهارتا پنج برابر بیشتر است (مانوزا و کلین، ۲۰۰۰). همچنین، در مقایسه با افراد عادی، دوره بهبودی از موادمخدّر در افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی بیشتر طول می‌کشد و سن شروع اعتیاد در افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی پایین‌تر است (کلور و برادی، ۱۹۹۹). مطالعات نشان داده‌اند که احتمال ابتلاء به موادمخدّر در اعضای خانواده (برادر و خواهرهای) افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی، بیشتر از دیگران است (مانوزا و کلین، ۱۹۹۸). مطالعات کلینیکی نشان می‌دهد که بین اختلال نقص توجه/بیش فعالی و اختلال سوء‌صرف مواد<sup>۶</sup> رابطه وجود دارد (ویلسون و لوین، ۲۰۰۵) به نقل از تیموتی<sup>۷</sup> و همکاران، (۲۰۰۸). همچنین، ۱۵ الی ۳۰ درصد نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی و ۳۵ الی ۵۵ درصد بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی، مبتلا به اختلال سوء‌صرف مواد هستند (مولینا و پلهام، ۲۰۰۳)، به نقل از تیموتی و همکاران، (۲۰۰۸). مطالعه بارکلی<sup>۸</sup> (۲۰۰۸) نشان داد که کودکانی که اختلال نقص توجه/بیش فعالی در آنها ادامه می‌یابد دچار مشکلات سلوکی و اختلال سوء‌صرف مواد می‌شوند. همچنین در مطالعه فرهودی، رستمی، عبدالمنافی و امیری (۱۳۸۹) بین افراد معتاد و افراد سالم تفاوت معناداری در نقص توجه، بیش فعالی-تکانش‌گری و نشانه‌های ترکیبی به دست آمد.

۹۶

۹۶

۱۳۹۶ Vol. ۷, No. ۲۷, Fall ۲۰۲۴  
پژوهش‌های  
پرورشی و  
نیوجوانی

- |                              |                   |                                 |
|------------------------------|-------------------|---------------------------------|
| 1. Spencer, Biederman & Mick | 2. King & Brooner | 3. Levine & Evans               |
| 4. Mannuzza & Klein          | 5. Clure & Brady  | 6. Substance abuse use disorder |
| 7. Wilson & levin            | 8. Timothy        | 9. Molina & Pelham              |
| 10. Barkely                  |                   |                                 |

مطالعات نشان داده است که شیوع اختلال نقص توجه/بیش فعالی در جوانانی که به دلیل ابتلا به الکل در مراکز نگهداری بوده اند در حدود ۵۰ درصد گزارش شده است و به طور کلی، عالیم اختلال نقص توجه/بیش فعالی در افراد مبتلا به الکل بیشتر از دیگران دیده می شود. در خانواده افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی نیز ابتلا به الکل بیشتر از دیگران بوده است (Milberger<sup>1</sup> و Yederman, ۱۹۹۷). مساله ای که به طور خاص اهمیت دارد، استفاده مادران از الکل است. از طرفی در مادرانی که در دوره حاملگی از الکل استفاده می کرده اند، احتمال ابتلا فرزندانشان به اختلال نقص توجه/بیش فعالی بیشتر می شود و از طرف دیگر مشخص شده است در مادران مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی احتمال وجود سابقه مصرف الکل در خانواده شان بیشتر از دیگران است (Weinstei & Apfel<sup>2</sup>، ۱۹۹۸). به طور کل، در والدینی که فرزندانشان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی هستند، مصرف الکل بیشتر از دیگران است (Pelham و Langan<sup>3</sup>, ۱۹۹۹). از این رو، اختلال نقص توجه/بیش فعالی صرفاً اختلال دوران کودکی محسوب نمی شود مبتلایان به این بیماری در سطوح شناختی، رفتاری و هیجانی دچار پیامدهای متعددی نظیر افت تحصیلی، مشکلات شغلی و ابتلا به بیشتر رفتارهای پر خطر نظیر مصرف مواد می شوند (Manoza و Klin, ۲۰۰۰). با توجه به حجم عظیمی از تحقیقات انجام گرفته در این زمینه در کشورهای متعدد، و فقدان تحقیقات داخلی در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف پیش بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس نشانه های نقص توجه/بیش فعالی در بزرگسالان انجام شد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، از نوع تحقیقات توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این تحقیق شامل دانشجویان پسر مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۹۰ به تعداد ۵۱۲۹ نفر بود که از آن تعداد ۳۶۱ نفر به صورت طبقه ای تصادفی منطبق با جدول کرجسی، مورگان و کوهن<sup>4</sup> به عنوان نمونه آماری مورد بررسی قرار گرفتند.

1. Milberger  
4. Krejcie, Morgan & Cohen

2. Weinstein & Apfel

3. Pelham & Lang

## ابزار

۹۸
98

۱۳۹۴ Vol. ۷ No. ۲۷ فصلنامه علمی پژوهشی ایجادگران اسلامی

۱- پرسشنامه تشخیصی کوتاه نقص توجه/بیش فعالی کانزز بزرگسالان<sup>۱</sup>: این پرسشنامه تشخیصی، ابزاری است با اعتبار و روایی مناسب، شامل ۲۶ گویه که به صورت صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شوند و دارای پنج زیرمقیاس است (کانزز و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از عرب گل، حیاتی و حدید، ۱۳۸۳). زیرمقیاس‌ها عبارتند از: کم توجهی/مشکل حافظه<sup>۲</sup>، بی قراری/بیش فعالی<sup>۳</sup>، تکانش گری<sup>۴</sup>، مشکلات با تصور کلی از خود<sup>۵</sup>، و شاخص بیش فعالی/کم توجهی<sup>۶</sup>. هر یک از چهار مقیاس اول شامل پنج گویه هستند و شاخص نقص توجه-بیش فعالی مربوط به کل گویه‌ها می‌شود. به طوری که مقیاس اول شامل گویه‌های (۳۵، ۱۷، ۱۸، ۲۱)، مقیاس دوم شامل گویه‌های (۴، ۶، ۱۰، ۱۱، ۲۳)، مقیاس سوم شامل (۱۰، ۷۸، ۱۳، ۲۰) و مقیاس چهارم شامل گویه‌های (۹، ۱۵، ۱۶، ۲۵، ۲۶) می‌شوند. در مطالعه چارلز، استفان، جفری، اندره و نیکول<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) هر یک از زیرمقیاس‌ها از ضریب همسانی درونی خوبی برخوردارند به طوری، ضریب آلفا برای هر یک از مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۶، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ به دست آمد که نشانگر ضریب اعتبار قبل قبولی است. زیر مقیاس بیش فعالی-کم توجهی مقیاسی از سطح کلی عالیم مربوط به اختلال نقص توجه/بیش فعالی و از میان زیرمقیاس‌ها بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر بیماری است. در مطالعه عرب گل و همکاران (۱۳۸۳) این پرسشنامه روی ۲۰ نفر اجرا و روایی آن با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که رقم ۸۱ درصد به دست آمد و اعتبار محتوای آن را ۳ نفر فوق تحصص روانپردازی کودک سنجیدند و آن را مناسب ارزیابی کردند.

۲- آزمون وندر-یوتا<sup>۸</sup>: پروفسور وندر و همکارانش در دانشگاه یوتا در کشور ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۹۳، برای مطالعه اختلال نقص توجه/بیش فعالی در بالغین، اولین قدم را تایید تشخیص اختلال نقص توجه/بیش فعالی در کودکی افراد در نظر گرفتند. در همین چارچوب، پرسشنامه‌ای تهیه شد که با کمک آن یک فرد بالغ می‌تواند بیانگر

- |   |   |
|---|---|
| 1. Conners adult ADHD rating scale-self report form & subscales | 3. hyperactivity/restlessness                 |
| 2. inattention/memory problem                                   | 5. problem with self-concept                  |
| 4. Impulsivity  | 7. Charles, Stephen, Jeffrey, Andrew & Nicole |
| 6. ADHD index   |   |
| 8. Wender Utah Rating scale                                     |   |

وضعیت خودش در کودکی (۶ تا ۱۰ سالگی) از لحاظ اختلال نقص توجه/بیش فعالی باشد. این پرسشنامه، شامل ۶۱ گویه ۰ تا ۴ امتیازی در طیف لیکرت (به ندرت تا خیلی زیاد) است. در سال‌های بعد، در مطالعاتی که در کشورهای گوناگون انجام شد، نشان داده شد که آزمون وندر-یوتا از روایی و اعتبار خوبی برخوردار است و ابزار مناسبی برای بررسی اختلال نقص توجه/بیش فعالی است (مک کان، اسچل و وارد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). این آزمون تا کنون به زبان‌های گوناگونی ترجمه شده است. در ایران این آزمون توسط صرامی فروشانی (۱۳۷۹) ترجمه و بررسی شد. ضریب اعتبار آزمون در تحقیق صرامی فروشانی (۱۳۷۹)، ۰/۹۶<sup>۲</sup> گزارش شد. سپس در مرحله تعیین روایی سازه، میانگین نمره آزمون در افراد بیمار ۲۵/۶۲ و در افراد سالم ۸ محسوبه شد، که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات این دو گروه در آزمون به دست آمد. به بیان دیگر، این آزمون دارای روایی ملائکی مناسبی است (صرامی، ۱۳۷۹).

۳- مقیاس می‌بارگی مک اندرول<sup>۳</sup>: این مقیاس دارای ۴۹ گویه است که مک اندرول (۱۹۶۵) در اصل به منظور تفکیک بیماران دچار سوء‌صرف الکل از بیماران فاقد سوء‌صرف الکل ساخته است. ضریب اعتبار با استفاده از روش بازآزمایی (با فاصله زمانی یک هفته) در نمونه هنجری برای مردان و زنان به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۸۷ گزارش شده است (به نقل از خدایاری فرد، شهابی و اکبری زردادخانه، ۱۳۸۸). در پژوهش مینوی و صالحی (۱۳۸۱) مشخص شد که بین نمرات دو گروه معتادان و دانش‌آموزان در این مقیاس تفاوت وجود دارد. در پژوهش کردمیرزا (۱۳۷۸) که بر روی نمونه‌ای از ۱۰۸ داوطلب درمان و ۵۰۰ دانشجو از ۴ گروه آموزشی پزشکی، هنر، فنی مهندسی و علوم انسانی مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های دولتی شهر تهران انجام شد، مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۴۸ درصد گزارش شد. در پژوهش خدایاری فرد، شهابی و اکبری زردادخانه (۱۳۸۸) مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۵۳ درصد گزارش شد.

۴- مقیاس پذیرش اعتیاد<sup>۴</sup>: این مقیاس دارای ۱۳ گویه است که وید و همکاران (۱۹۹۲) برای اندازه‌گیری تمایل فرد به پذیرش مشکلات مرتبط با الکل یا مواد ساخته‌اند. اکثر

1. McCann, Scheele & Ward      2. Mac Andrew Alcoholism Scale-Revised  
3. Addiction Acknowledgment Scale

سوال‌های آن به طور مستقیم به مصرف الكل و سایر مواد اشاره دارد. ضریب اعتبار با استفاده از روش بازآزمایی (با فاصله زمانی یک هفته) در نمونه هنجاری برای مردان و زنان به ترتیب ۸۹ درصد و ۸۴ درصد گزارش شده است (به نقل از خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش کرد میرزا (۱۳۷۸) که بر روی نمونه‌ای از ۱۰۸ داوطلب درمان و ۵۰۰ دانشجو از ۴ گروه آموزشی پزشکی، هنر، فنی مهندسی و علوم انسانی مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های دولتی شهر تهران انجام شد، مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۷۵ درصد گزارش شد. در پژوهش خدایاری فرد و همکاران مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۶۲ درصد گزارش شده است. در پژوهش رستمی، نصرت آبادی و محمدی (۱۳۸۶) ضرایب همسانی درونی این دو مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۷۳ درصد برای پذیرش اعتیاد و ۵۳ درصد برای مقیاس مک اندر و بوده است.

### یافته‌ها

آماره‌های توصیفی گروه نمونه در متغیرهای مورد مطالعه در جدول زیر ارایه شده است.

**جدول ۱: آماره‌های توصیفی گروه نمونه در متغیرهای مورد مطالعه**

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
استعداد الكل	۱۵/۰۲۸	۳/۳۶
پذیرش مواد	۱/۹۹	۱/۶۴
اختلال نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالی(کل)	۲۷/۹۵	۱۰/۱۱
کم توجهی	۵/۰۴	۲/۸۴
بیش فعالی	۶/۴۴	۲/۷۹
تکانش گری	۵/۰۱	۲/۴۸
مشکلات با تصور کلی از خود	۴/۳۷	۲/۶۷
اختلال نقص توجه/بیش فعالی خردسالی	۶۱/۶۷	۲۴/۲۹

۱۰  
 .  
 ۱۳۹۳ Vol. 7, No. ۲۷, FEB 2013  
 پژوهشی پژوهشی  
 اسلامی

ماتریس همبستگی اختلال نقص توجه/بیش فعالی خردسالی و بزرگسالی و مولفه‌های آن با پذیرش مواد و استعداد الكل در جدول زیر ارایه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی اختلال نقص توجه/بیش فعالی خردسالی، بزرگسالی و مؤلفه‌های آن با پذیرش مواد و استعداد الکل

متغیرها	ADHD بزرگسالی	کم توجهی	بیش فعالی	تکانش گری	مشکلات با تصور از خود	ADHD خردسالی
پذیرش مواد	** .0/341	** .0/300	** .0/239	** .0/239	** .0/323	** .0/330
استعداد الكل	** .0/283	** .0/174	** .0/211	** .0/313	** .0/192	** .0/368

برای پیش‌بینی پذیرش مواد بر اساس نمرات اختلال نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالی و خردسالی از رگرسیون چندمتغیری به روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارایه شده است.

**جدول ۳:** نتایج خلاصه مدل رگرسیون، برای پیش‌بینی پذیرش مواد بر اساس متغیرهای پیش‌بین

مدل	متغیرهای پیش‌بین	آماره F	معناداری	R	R <sup>2</sup>
۱	اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بزرگسالی(کل)	۴۷/۱۱۳	۰/۰۰۰۵	۰/۳۴	۰/۱۱
۲	اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بزرگسالی(کل)	۲۸/۶۸۱	۰/۰۰۰۵	۰/۳۷	۰/۱۳
	اختلال نقص توجه/ بیش فعالی خردسالی				

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در گام اول متغیر اختلال نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالی وارد رگرسیون شده است که میزان ۱۱ درصد از واریانس پذیرش مواد را تبیین کرده است. در گام دوم متغیر اختلال نقص توجه/بیش فعالی خردسالی نیز وارد معادله می‌شود و این دو متغیر با هم میزان ۱۳ درصد از واریانس پذیرش مواد را تبیین کرده‌اند.

برای پیش‌بینی استعداد الكل بر اساس نمرات مولفه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالی و خردسالی از رگرسیون چندمتغیری به روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول ۴؛ نتایج خلاصه مدل رگرسیون، پرای پیش‌بینی استعداد الكل بر اساس متغیرهای پیش‌بین

مدل	متغیرهای پیش‌بین	آماره F	معناداری	R	$R^2$
۱	اختلال نقص توجه/ بیش فعالی خردسالی	۵۶/۰۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۳۶۸	۰/۱۳۵
۲	اختلال نقص توجه/ بیش فعالی خردسالی تکانش گری	۳۳/۷۲۳	۰/۰۰۰۵	۰/۳۹۸	۰/۱۵۹

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در گام اول متغیر اختلال نقص توجه/بیش فعالی خردسالی وارد رگرسیون شده است که میزان ۱۳/۵ درصد از واریانس استعداد الكل را تبیین کرده است. در گام دوم متغیر تکانش گری وارد معادله شده و این دو متغیر با هم میزان ۱۵/۹ درصد از واریانس استعداد الكل را تبیین کرده‌اند.

جدول ضرایب رگرسیون مربوط به پیش‌بینی پذیرش مواد و استعداد الكل در گام آخر در جدول زیر ارایه شده است.

**جدول ۵: جدول ضرایب رگرسیون استعداد الکل و پذیرش مواد بر اساس متغیرهای پیشین در گام آخر**

متغیرهای ملاک	متغیرهای پیش بین	B	$\beta$	آماره t	معناداری
استعداد الكل	اختلال نقص توجه/بیش فعالی خردسالی	۰/۰۳۹	۲۸۲	۵/۰۷	۰/۰۰۵
	تکانش گری	۰/۲۳۸	۰/۱۷۵	۳/۱۵۷	۰/۰۰۲
پذیرش مواد	اختلال نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالی (کل)	۰/۰۳۶	۰/۲۲۰	۳/۴۹۲	۰/۰۰۱
	اختلال نقص توجه/بیش فعالی خردسالی	۰/۰۱۳	۰/۱۹۱	۳/۰۳۱	۰/۰۰۳

بحث و نتیجہ گیری

نتایج مطالعه حاضر به وجود رابطه بین گرایش به مصرف مواد با نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (کل) و مؤلفه‌های آن صحه می‌گذارد. این نتیجه با یافته‌های بسیاری چون الکیتر، مک کاوج و گیاکانو<sup>۱</sup> (۲۰۰۷)، کسلر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵)، وست، مولسو و آردونو<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)، ویلنز، بیدرمن، میک، فارون و اسپنسر<sup>۴</sup> (۲۰۰۷)، تیموتی و همکاران (۲۰۰۸)، کینگ (۲۰۰۷) و برونر، لوین و ایوانز، (۱۹۹۸) همخوان است. فرهودی و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پژوهشی بین افراد معتاد و سالم در متغیر بیش فعالی، نقص توجه و نشانه‌های ترکیبی (اختلال نقص توجه/ بیش فعالی) به تفاوت معناداری دست یافتند. نتایج نشان داد که بین استعداد الكل و نشانه اختلال نقص توجه/ بیش فعالی ارتباط معناداری وجود دارد. تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های اختلال نقص توجه/ بیش فعالی، تکانش گری و اختلال نقص توجه/ بیش فعالی خردسالی به طور معناداری استعداد الكل را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته هم توسط

1. Elkins, McGuire & Giacomo  
3. West, Muslo & Arredondo

2 Kessler

4. Wilens, Biderman, Mick, Faraone & Spencer

مطالعات انجام شده در این زمینه تأیید می شود. به عنوان مثال، با یافته های میلبرگر و بیدرمن (۱۹۹۷)، وین استین و آفل (۱۹۹۸) و پلهام و لانگ (۱۹۹۹) همخوان است. در تبیین این یافته می توان گفت که دوپامین یک نوع ماده شیمیابی است که به طور طبیعی در سلول های عصبی انسان ها ترشح می شود و از جمله وظایف آن ایجاد احساس لذت و آرامش است. بر اساس اطلاعات به دست آمده این احتمال مطرح می شود که به دلایل ارثی بعضی از افراد دچار کمبود دوپامین و یا گیرنده مربوط به آن (D2) هستند. از آنجا که الکل، کوکائین، هروئین، ماری جو آنا، نیکوتین و مواد قندی هر کدام به نوعی موجب افزایش فعالیت دوپامین در سیستم عصبی می شوند، پس می توانند سبب شوند که موقتاً نیاز غیرطبیعی این افراد به دوپامین رفع شود. در نتیجه، احتمال ابتلاء این افراد به رفتارهای اعتیاد آور از قبیل اعتیاد شدید به الکل، کوکائین، هروئین، استفاده از دخانیات، ولع شدید به مواد قندی و تمایل بیمار گونه به قمار بازی، اعتیاد به مسایل جنسی، خشونت مرضی، رفتارهای ضد اجتماعی، اختلال سلوک و اختلال نقص توجه/بیش فعالی ممکن است افزایش یابد (اندرسون و تیچر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ کامینگس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴). با توجه به این که نیکوتین و همچنین کوکائین از لحاظ نحوه عملکرد به داروهایی که برای درمان اختلال نقص توجه/بیش فعالی به کار می روند (داروهای محرک) شباهت دارند، لذا احتمال می رود افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی با مصرف سیگار و کوکائین احساس بهتری پیدا کنند و استفاده از این مواد را ادامه داده و گرفتار اعتیاد بشوند (کلورو برادی، ۱۹۹۹؛ کارول و رونساویل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳). همچنین، همان طور که قبل ذکر شد، اختلال نقص توجه/بیش فعالی به دلیل ایجاد خصوصیاتی از قبیل بی توجهی، پرتحرکی، انجام افکار ناگهانی و نوسان خلق به توانایی اجتماعی فرد و موقعیت اجتماعی او لطمہ شدیدی وارد می سازند؛ در نتیجه، باعث می شوند که اعتماد به نفس افراد مبتلا پایین یابند (مانوزا و کلین، ۲۰۰۰). بسیاری از محققان معتقدند که مهم ترین مشکل در اختلال نقص توجه/بیش فعالی عبارت است از عدم توانایی اجتناب و خودداری کردن. این امر باعث می شود که توانایی های فرد در مسایل اجتماعی، در کنترل نفس، در انضباط و وقت شناسی کاهش پیدا کند (بیرد و

۱۰

۳

10

۱۳۹۲

پژوهش

نمایه

۷

پیاپی

Vol. 7, No. 27, Fall 2013]

استونسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). در بزرگسالان تشخیص اختلال نقص توجه/بیشفعالی دارای اهمیت حیاتی است و درمان افراد مبتلا با داروها یا روان درمانی کاملاً ضروری است. مشاوره در زمینه‌های تحصیلی، فردی و شغلی می‌تواند کاملاً مفید و مهم باشد. عدم تشخیص اختلال نقص توجه/بیشفعالی قطعاً منجر به افت عملکرد و کاهش موقفيت یک فرد بالغ می‌شود (سیلور<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). در بحث پیشگیری یا درمان توجه به خانواده‌ها نیز اهمیت زیادی دارد، زیرا از آنجا که این وضعیت عمدتاً به طریقه وراثی منتقل می‌شود، لذا بررسی و درمان والدین، خواهر و برادرهای یک طفل مبتلا به اختلال نقص توجه/بیشفعالی اهمیت دارد و از این طریق می‌توان روابط میان والدین و فرزندان را بهبود بخشید و با این شیوه فرد مبتلا و خانواده‌اش در بلندمدت، سرانجام بهتری خواهند داشت. به همین نحو با توجه به این که اگر والدین، مبتلا به موادمخدوشکافی باشند، احتمال ابتلاء فرزندان هم بیشتر می‌شود، لذا در مواردی که والدین مبتلا به موادمخدوشکافی باشند، ضروری است که برای پیشگیری از ابتلاء فرزندانشان اقدامات و مداخلات مناسبی را تدارک دید. در زمینه تأثیر درمان اختلال نقص توجه/بیشفعالی بر اختلال سوءصرف مواد نیز مطالعات متعددی انجام شده است. نتایج فراتحلیل ویلتز و همکاران (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که درمان با داروهای محرک با کاهش احتمال خطر مصرف مواد الكل همراه است. در مجموع، با توجه به آنچه گفته شد، اختلال نقص توجه/بیشفعالی یک اختلال شایع در بزرگسالان است که برای افراد مبتلا مشکلات زیادی را به وجود می‌آورد که یکی از آنها سوءصرف مواد است، اما به دلیل آشنا نبودن افراد درمانگر به ویژگی‌های این اختلال در افراد بزرگسال این حالت اغلب تشخیص داده نمی‌شود و ناشناخته می‌ماند و به این شکل به رغم این که این اختلال به سادگی درمان‌پذیر است، افراد مبتلا از دریافت درمان مناسب محروم می‌شوند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود با انجام مطالعات میدانی گستره درباره این اختلال در بزرگسالان می‌توان زمینه پیشگیری از اعتیاد را مهیا ساخت.

۱۰
۴
10 ۱۳۹۶ Vol. 7, No. 27, April 2013

## منابع

- خدایاری فرد، محمد؛ شهابی، روح الله و اکبری زردهخانه، سعید (۱۳۸۸). دینداری، خود کنترلی و گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۰ (۳۴)، ۱۱۵-۱۲۹.

رحیمی موقد، آفرین؛ سهمی ایزدیان، الله ویونسیان، مسعود (۱۳۸۵). مطالعه مروری وضعیت مصرف مواد در دانشجویان کشور. *فصلنامه پایش*، ۵(۲)، ۱۰۴-۸۳.

رسمی، رضا و حشمتی، رسول (۱۳۸۸). اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه؛ ارزیابی، تشخیص و درمان. چاپ اول، تهران، انتشارات تبلور.

رسمی، رضا؛ نصرت آبادی، مسعود و محمدی، فاطمه (۱۳۸۶). بررسی مقدماتی دقت تشخیصی مقیاس‌های AAS، MAC-R و APS، AAS. *پژوهش‌های روان‌شناسی*، ۱۰(۲)، ۲۸-۱۱.

صرامی فروشانی، پوریا (۱۳۷۹). هنجاریابی و تعیین روایی و پایایی «آزمون وندر یوتا» برای تشخیص «اختلال کم توجهی و بیش فعالی» در بالغین در شهر اصفهان. پایان نامه دکترای حرفه‌ای، چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

عرب گل، فربیا؛ حیاتی، مرتضی و حدید، مائد (۱۳۸۲). شیوع اختلال بیش فعالی- کم توجهی در گروهی از دانشجویان. *تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۱ و ۲)، ۷۷-۷۳.

کرد میرزا، عزت‌الله (۱۳۷۸). هنجاریابی آزمون APS (آمادگی اعتیاد) به منظور شناسایی افراد مستعد سوء مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.

مینوی، محمود و صالحی، مهدیه (۱۳۸۱). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و هنجاریابی آزمون‌های MAC و APS، AAS به منظور شناسایی افراد در معرض و مستعد سوء مصرف مواد در بین دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱(۳)، ۱۰۵-۷۷.

- Andersen, S. L., & Teicher, M. H. (2000). Sex differences in dopamine receptors and their relevance to ADHD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(1), 137-141.
- Baird, J., & Stevenson, J.C. (2000). The evolution of ADHD: a disorder of communication? *The Quarterly Review of Biology*, 75(1), 17-35.
- Barkley, R. A.(2008). *ADHD in adult*. (3 rd Ed). NEWYork: Guilfordpress, 291-293.
- Biederman, J. (2008). Familial risk analyses of attention deficit hyperactivity disorder and psychiatry use disorders. *The American Journal of psychiatry*, 165, 107-115.
- Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (1993). History and significance of childhood attention deficit disorders in treatment-seeking cocaine abusers. *Comprehensive Psychiatry*, 34(2), 75-82.
- Charles, C., Stephen, M., Jeffrey, F., Andrew, R., & Nicole, K.(2006). Factor structure of the conners adult ADHD rating scale (CAARS) for substance users. *AddictiveBehaviors*, 31, 1277-1282.
- Clure, C., & Brady, K.T. (1999). Attention deficit/hyperactivity disorder and substance use:symptom pattern and drug choice. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(3), 441-448.
- Comings, D. E. (1994). Genetics factors in substance abuse based on studies of Tourette syndrome and ADHD probands and relatives .I. drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 35(1), 1-16.
- Elkins, I. J., McGue, M., & Giacono,W. (2007). Prospective effects of ADHD, conduct disorder and sex and adolescent substance use and abuse. *Journal of Adolescent Health*, 28, 465- 473.
- Faigel, H.C.(1995). Attention deficit disorder in college students: facts, fallacies, and treatment, *The Journal of American College Health*, 43(4), 147-155.
- Farhoodi, F., Rostami, R., Abdolmanafi, A & Amiri, M.(2010). A study comparison of the symptoms af ADHD among patients with substance use disorder and normal people. *Procidia social and Behavioral science*, 5,892-895.

- Heiligenstein, E., Guenther G., & Levy, A. (1999). Psychological and academic functioning in college students with attention deficit hyperactivity disorder. *The Journal of American College Health, 47*(4), 181-185.
- Kessler, R. C., Adler, L.A. Barkely, R., Biderman, J., Conners,C.K., & Faraon, C. V. (2005). Patterns and predictors of ADHD persistence into adulthood: result from the national comorbidity survey replication. *Journal of Biological psychiatry, 57*(11), 1422-1451.
- King, V. L., & Brooner, R. K.(1999). Attention deficit heperactivity disorder and treatment outcome in opioid buser's enteing treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(8), 487-495.
- Lesaca, T. (1994). An overview of adulthood attention deficit hyperactivity disorder, W. V.
- Levin, F.R., & Evans, S.M. (1998).Prevalence of adult attention deficit hyperactivity disorder among cocaine abuser seeking treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 52*(1), 15-25.
- Mannuzza, S., & Klein, R.G.(2000).Long term prognosis in attention deficit hyperactivity disorder. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 9*(3), 711-726.
- McCann, B.S., Scheele, L., & Ward, N.(2000). Discriminant validity of Wender Utah Rating Scale for attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 12*(2), 240-245.
- Milberger, S., & Biederman, J. (1997).Further evidence of an association between attention deficit hyperactivity disorder and cigarette smoking. Findings from a high risk sample of siblings. *American Journal on Addictions, 6*(3), 205-217.
- Pelham, W.E., & Lang, A.R. (1999).Can your children drive you to drink? Stress and parenting in adults interacting with children with ADHD. *Alcohol Research & Health, 23*(4), 292-298.
- Resnick, R. J. (2005). *Attention – deficit / heperactivity disorder in adults*. In C.B. Fisher & R .M. Lerner (Eds.),*Encyclopedia of applied developmental science* (Vol. 1 , pp. 129- 131) Thousand Oaks: Sage Publications.
- Silver, L.B. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder in adult life. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 9*(3), 511-523.
- Spencer, T. J., Biederman, J. & Mick, E. (2007). Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology, 32* (6), 631-642.
- Timothy .E.W., Lenard.A.A., Margaret.D.W., David.M., Janet.L.R., Rodney.J.M., Didier.R., Kathleen.T.B., Paula.T.T., Leslie.M.S., Lisa.M.A., & Louise.R.L. (2008). Atomoxetine treatment of adult with ADHD and comorbid alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 96*,145-154.
- Weinstein, C.S., & Apfel, R.J. (1998). Description of mothers with ADHD with children with ADHD. *Psychiatry, 61* (91), 12-19.
- Wender, P.H. (1993). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*, New York, Oxford.
- Wender, P.H., & Wolf, L.E.(2001). *Adults with ADHD*. An overview, Ann. N.
- West, S. L., Muslo, M., & Arredonodo, R. (2007). An examination of the psychometric properties of the attention deficit seals for adult with outpatient substance abusers. *The American Journal of drug and alcohol abuse, 33*(5), 755-764.
- Wilens, T. E., Biderman, J., Mick, S., Faraone, S., & Spencer, T. (2007). Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is associated with early user substance use disorder. *Journal of psychopharmacology, 22*3, 421-429.

۱۰  
۷  
۱۰  
۱۳  
۲۰  
۲۷  
۳۰  
۴۰  
۵۰  
۶۰  
۷۰  
۸۰  
۹۰  
۱۰۰