

پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالان

جابر علیزاده گورادل^۱، منصور بیرامی^۲، تورج هاشمی نصرت آباد^۳

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/بیش‌فعالی 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/بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز، مقیاس درجه‌بندی و ندریوتا، مقیاس پذیرش مواد و مقیاس استعداد الککل استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی کودکی و بزرگسالی با پذیرش مواد و استعداد الککل رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج نشان داد که اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی کودکی و بزرگسالی، پذیرش مواد و استعداد الککل را به‌طور معنادار پیش‌بینی می‌کند. **نتیجه‌گیری:** مبتنی بر نتایج می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که اختلالات رفتاری، بویژه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد هستند. پس درمان‌های اولیه اختلالات رفتاری می‌توانند زمینه پیشگیری از وقوع سوء مصرف مواد را مهیا کنند.

کلید واژه‌ها: نقص توجه/بیش‌فعالی، بزرگسالان، پذیرش مواد، استعداد الککل

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه تبریز. پست الکترونیک: j.alizadeh45@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

مقدمه

مصرف مواد، پدیده‌ای است که آسیب‌های 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 مسئولان است. در حال حاضر اطلاعاتی از داخل و خارج از کشور در دست است که نشان می‌دهد مصرف 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. مصرف 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 مصرف در جامعه دانشجویی و ترویج فرهنگ مصرف در کل جامعه به علت الگو قرار دادن قشر تحصیل کرده، اشاره کرد (رحیمی موقر، سهمی ایزدیان و یونسیان، ۱۳۸۵). یکی از اختلالاتی که با گرایش به مصرف مواد هم‌ابتلائی قابل توجهی دارد، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی^۱ است. اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، 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^۲، ۲۰۰۱). از سویی دیگر، در مبتلایان به این اختلال، کنترل فعالیت‌ها و تکانه‌ها توسط قشر مغز به سختی صورت می‌گیرد (فیقل^۳، 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 ولف، ۲۰۰۱؛ فیقل، ۱۹۹۵). نظر به شایع بودن نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان، مطالعات دامنه‌دار و متنوعی در این عرصه انجام پذیرفته است (لیساکا^۴، ۱۹۹۴) و در حال حاضر به عنوان یک تشخیص معتبر در بزرگسالان پذیرفته شده است. با این حال، درک نادرستی از این اختلال در بزرگسالان وجود دارد و لذا تشخیص آن به ندرت انجام می‌پذیرد و اختلالات

1. Attention Deficit & Hyperactivity Disorder
3. Faigel

2. Wender & Wolf
4. Lesaca

مرتبط با آن در بزرگسالان به اندازه‌ی کافی بررسی نمی‌شوند (هلی جنستین، گوانتر و لوی^۱، ۱۹۹۹). این اختلال مشکلات بسیاری برای افراد مبتلا ایجاد می‌کند و موفقیت اجتماعی، تحصیلی و رشد عاطفی افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سیلور^۲، ۲۰۰۰). از سویی دیگر، این اختلال خطر سوء مصرف مواد، بزهکاری، زندانی شدن، شکست‌های شغلی، طلاق و مشکلات ازدواج را افزایش می‌دهد (وندر و ولف، ۲۰۰۱).

معمولاً اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی 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^۳، بی‌نظمی و فراموش کاری برای فعالیت‌هایی که برای انجام آنها انگیزه دارند و لذت می‌برند، دسته‌بندی می‌شوند (رسنیک^۴، ۲۰۰۵). همراهی و همبندی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی 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/بیش‌فعالی نیز هستند. باید توجه داشت که پسران مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در خطر بالاتری برای مصرف مواد روانگردان قرار دارند (رستمی و حشمتی، ۱۳۸۸). همچنین، مطالعه‌ای که توسط بیدرمن^۵ (۲۰۰۸) برای تحلیل عوامل خطر خانوادگی اختلال مصرف مواد و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی انجام شد، نشان داد که خویشاوندان کودکان مبتلا به این اختلال در خطر بالای ابتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی قرار دارند و همچنین بین مصرف مواد، بویژه الکل و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی رابطه وجود دارد. بزرگسالانی که مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هستند، باید اختلالشان از دوران کودکی شروع شده باشد، مقاوم بوده و نشانه‌ها و علائم رایج این اختلال را داشته باشند تا تشخیص این اختلال بر روی آنها گذاشته شود. بزرگسالان مبتلا به این اختلال اغلب علائمی مثل بی‌توجهی، حواسپرتی، مشکلاتی در سازماندهی و

کارایی اندک که در تاریخچه شکست شغلی و تحصیلی زندگی‌اشان وجود دارد، نشان می‌دهند (اسپنسر، بیدرمن، میک^۱، ۲۰۰۷).

در پاره‌ای از مطالعات افرادی که معتاد به موادمخدر بودند بررسی شدند و مشاهده شد که در حدود ۱۰ الی ۵۰ درصد آنها مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هستند (کینگ و برونر^۲، ۱۹۹۹؛ لوین و ایوانز^۳، 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 ابتلا به موادمخدر دو برابر بیشتر و احتمال این که به مقدار زیاد از موادمخدر استفاده کنند، چهارتا پنج برابر بیشتر است (مانوزا و کلین^۴، ۲۰۰۰). همچنین، در مقایسه با افراد عادی، دوره بهبودی از موادمخدر در افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بیشتر طول می‌کشد و سن شروع اعتیاد در افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی پایین‌تر است (کلور و برادی^۵، ۱۹۹۹). مطالعات نشان داده‌اند که احتمال ابتلا به موادمخدر در اعضای خانواده (برادر و خواهرهای) افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، بیشتر از دیگران است (مانوزا و کلین، ۱۹۹۸). مطالعات کلینیکی نشان می‌دهد که بین اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال سوءمصرف مواد^۶ رابطه وجود دارد (ویلسون و لوین^۷، ۲۰۰۵ به نقل از تیموتی^۸ و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین، ۱۵ الی ۳۰ درصد نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و ۳۵ الی ۵۵ درصد بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد هستند (مولینا و پلهم^۹، ۲۰۰۳، به نقل از تیموتی و همکاران، ۲۰۰۸). مطالعه بارکلی^{۱۰} (۲۰۰۸) نشان داد که کودکانی که اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در آنها ادامه می‌یابد دچار مشکلات سلوکی و اختلال سوء مصرف مواد می‌شوند. همچنین در مطالعه فرهودی، رستمی، عبدالمنافی و امیری (۱۳۸۹) بین افراد معتاد و افراد سالم تفاوت معناداری در نقص توجه، بیش‌فعالی-تکانش‌گری و نشانه‌های ترکیبی به‌دست آمد.

1. Spencer, Biederman & Mick
4. Mannuzza & Klein
7. Wilson & levin
10. Barkely

2. King & Brooner
5. Clure & Brady
8. Timothy

3. Levine & Evans
6. Substance abuse use disorder
9. Molina & Pelham

مطالعات نشان داده‌است که شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در جوانانی که به دلیل ابتلا به الکل در مراکز نگهداری بوده‌اند در حدود ۵۰ درصد گزارش شده است و به طور کلی، علایم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در افراد مبتلا به الکل بیشتر از دیگران دیده می‌شود. در خانواده افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی نیز ابتلا به الکل بیشتر از دیگران بوده است (میلبرگر^۱ و بیدرمن، ۱۹۹۷). مساله‌ای که به طور خاص اهمیت دارد، استفاده مادران از الکل است. از طرفی در مادرائی که در دوره حاملگی از الکل استفاده می‌کرده‌اند، احتمال ابتلا فرزندانشان به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بیشتر می‌شود و از طرف دیگر مشخص شده است در مادران مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی احتمال وجود سابقه‌ی مصرف الکل در خانواده‌شان بیشتر از دیگران است (وین استین و آپفل^۲، ۱۹۹۸). به طور کل، در والدینی که فرزندانشان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هستند، مصرف الکل بیشتر از دیگران است (پلهام و لانگ^۳، ۱۹۹۹). از این رو، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی صرفاً اختلال دوران کودکی محسوب نمی‌شود مبتلایان به این بیماری در سطوح شناختی، رفتاری و هیجانی دچار پیامدهای متعددی نظیر افت تحصیلی، مشکلات شغلی و ابتلا به بیشتر رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد می‌شوند (مانوزا و کلین، 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 پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالان انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

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 ۹۰-۱۳۸۹ به تعداد ۵۱۲۹ نفر بود که از آن تعداد ۳۶۱ نفر به صورت طبقه‌ای تصادفی منطبق با جدول کرجسی، مورگان و کوهن^۴ به عنوان نمونه آماری مورد بررسی قرار گرفتند.

1. Milberger

2. Weinstein & Apfel

3. Pelham & Lang

4. Krejcie, Morgan & Cohen

ابزار

۱- پرسشنامه تشخیصی کوتاه نقص توجه/بیش‌فعالی کانرز بزرگسالان^۱: این پرسشنامه تشخیصی، ابزاری است با اعتبار و روایی مناسب، شامل ۲۶ گویه که به صورت صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و دارای پنج زیرمقیاس است (کانرز و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از عرب گل، حیاتی و حدید، ۱۳۸۳). زیرمقیاس‌ها عبارتند از: کم توجهی/مشکل حافظه^۲، بی‌قراری/بیش‌فعالی^۳، تکانش‌گری^۴، مشکلات با تصور کلی از خود^۵، و شاخص بیش‌فعالی/کم توجهی^۶. هر یک از چهارمقیاس اول شامل پنج گویه هستند و شاخص نقص توجه-بیش‌فعالی مربوط به کل گویه‌ها می‌شود. به طوری که مقیاس اول شامل گویه‌های (۳،۵،۱۷،۱۸،۲۱)، مقیاس دوم شامل گویه‌های (۴،۶،۱۰،۱۱،۲۳)، مقیاس سوم شامل (۱،۷،۸،۱۳،۲۰) و مقیاس چهارم شامل گویه‌های (۹،۱۵،۱۶،۲۵،۲۶) می‌شوند. در مطالعه چارلز، استفان، جفری، اندرو و نیکول^۷ (۲۰۰۶) هر یک از زیرمقیاس‌ها از ضریب همسانی درونی خوبی برخوردارند به طوری، ضریب آلفا برای هر یک از مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۴، ۰/۸۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ به دست آمد که نشانگر ضریب اعتبار قابل قبولی است. زیرمقیاس بیش‌فعالی-کم توجهی مقیاسی از سطح کلی علائم مربوط به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی 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 تخصص روانپزشکی کودک سنجیدند و آن را مناسب ارزیابی کردند.

۲- آزمون وندر-یوتا^۸: پروفیسور وندر و همکارانش در دانشگاه یوتا در کشور ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۹۳، برای مطالعه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در بالغین، اولین قدم را تایید تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کودکانی 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
2. inattention/memory problem
3. hyperactivity/restlessness
4. Impulsivity
5. problem with self-concept
6. ADHD index
7. Charles, Stephen, Jeffrey, Andrew & Nicole
8. Wender Utah Rating scale

وضعیت خودش در کودکی (۶ تا ۱۰ سالگی) از لحاظ اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی 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/بیش‌فعالی است (مک کان، اسپچل و وارد^۱، 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)، $r = 0.96$ گزارش شد. سپس در مرحله تعیین روایی سازه، میانگین نمره آزمون در افراد بیمار ۲۵/۶۲ و در افراد سالم ۸ محاسبه شد، که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات این دو گروه در آزمون به دست آمد. به بیان دیگر، این آزمون دارای روایی ملاکی مناسبی است (صرامی، ۱۳۷۹).

۳- مقیاس می‌بارگی مک اندرو^۲: این مقیاس دارای ۴۹ گویه است که مک اندرو (۱۹۶۵) در اصل به منظور تفکیک بیماران دچار سوء مصرف الکل از بیماران فاقد سوء مصرف الکل ساخته است. ضریب اعتبار با استفاده از روش باز آزمایی (با فاصله زمانی یک هفته) در نمونه‌های هنجاری برای مردان و زنان به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۸۷ گزارش شده است (به نقل از خدایاری فرد، شهابی و اکبری زردخانه، ۱۳۸۸). در پژوهش مینویی 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 دانشجوی 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 زردخانه (۱۳۸۸) مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۵۳ درصد گزارش شد.

۴- مقیاس پذیرش اعتیاد^۳: 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

سوال‌های آن به طور مستقیم به مصرف الکل 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 دانشجوی 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 اندرو بوده است.

یافته‌ها

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

جدول ۱: آماره‌های توصیفی گروه نمونه در متغیرهای مورد مطالعه

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

ماتریس همبستگی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی خردسالی و بزرگسالی و مولفه‌های آن با پذیرش مواد و استعداد الکل در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی خردسالی، بزرگسالی و مؤلفه‌های آن با پذیرش مواد و استعداد الککل

متغیرها	ADHD بزرگسالی	کم‌توجهی	بیش‌فعالی	تکانش‌گری	مشکلات با تصور از خود	ADHD خردسالی
پذیرش مواد	**،/۳۴۱	**،/۳۰۰	**،/۲۳۹	**،/۲۳۹	**،/۳۲۳	**،/۳۳۰
استعداد الککل	**،/۲۸۳	**،/۱۷۴	**،/۲۱۱	**،/۳۱۳	**،/۱۹۲	**،/۳۶۸

** P < ۰/۰۱

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

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

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

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

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

جدول ۴: نتایج خلاصه مدل رگرسیون، برای پیش‌بینی استعداد الککل بر اساس متغیرهای پیش‌بین

مدل	متغیرهای پیش‌بین	آماره F	معناداری	R	R ²
۱	اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی خردسالی	۵۶/۰۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۳۶۸	۰/۱۳۵
۲	اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی خردسالی				
	تکانش‌گری	۳۳/۷۲۳	۰/۰۰۰۵	۰/۳۹۸	۰/۱۵۹

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در گام اول متغیر اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی خردسالی وارد رگرسیون شده است که میزان ۱۳/۵ درصد از واریانس استعداد الککل را تبیین کرده است. در گام دوم متغیر تکانش‌گری وارد معادله شده و این دو متغیر با هم میزان ۱۵/۹ درصد از واریانس استعداد الککل را تبیین کرده‌اند. جدول ضرایب رگرسیون مربوط به پیش‌بینی پذیرش مواد و استعداد الککل در گام آخر در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵: جدول ضرایب رگرسیون استعداد الککل و پذیرش مواد بر اساس متغیرهای پیش‌بین در گام آخر

متغیرهای ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	β	آماره t	معناداری
استعداد الککل	اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی خردسالی	۰/۰۳۹	۲۸۲	۵/۰۷	۰/۰۰۰۵
	تکانش‌گری	۰/۲۳۸	۰/۱۷۵	۳/۱۵۷	۰/۰۰۲
پذیرش مواد	اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالی (کل)	۰/۰۳۶	۰/۲۲۰	۳/۴۹۲	۰/۰۰۱
	اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی خردسالی	۰/۰۱۳	۰/۱۹۱	۳/۰۳۱	۰/۰۰۳

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر به وجود رابطه بین گرایش به مصرف مواد با نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (کل) و مؤلفه‌های آن صحنه می‌گذارد. این نتیجه با یافته‌های بسیاری چون الکنیز، مک کاوچ و گیاکانو^۱ (۲۰۰۷)، کسلر^۲ و همکاران (۲۰۰۵)، وست، موسلو و آردونودو^۳ (۲۰۰۷)، ویلنز، بیدرمن، میک، فارون و اسپنسر^۴ (۲۰۰۷)، تیموتی و همکاران (۲۰۰۸)، کینگ و برونر، ۱۹۹۹؛ لوین و ایوانز، ۱۹۹۸) همخوان است. فرهودی و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پژوهشی بین افراد معتاد و سالم در متغیر بیش‌فعالی، نقص توجه و نشانه‌های ترکیبی (اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی) به تفاوت معناداری دست یافتند. نتایج نشان داد که بین استعداد الککل و نشانه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ارتباط معناداری وجود دارد. تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، تکانش‌گری و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی خردسالی به طور معناداری استعداد الککل را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته هم توسط

1. Elkins, McGue & Giacono
3. West, Muslo & Arredonodo

2. Kessler
4. Wilens, Biderman, Mick, Faraone & Spencer

مطالعات انجام شده در این زمینه تأیید می شود. به عنوان مثال، با یافته‌های میلبرگر و بیدرمن (۱۹۹۷)، وین استین و آپفل (۱۹۹۸) و پلهام و لانگ (۱۹۹۹) همخوان است. در تبیین این یافته می توان گفت که دوپامین یک نوع ماده شیمیایی است که به طور طبیعی در سلول‌های عصبی انسان‌ها 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، هروین، ماری جوآنا، 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، هروین، 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/بیش‌فعالی ممکن است افزایش یابد (اندرسون و تیچر^۱، ۲۰۰۰؛ کامینگس^۲، ۱۹۹۴). با توجه به این که نیکوتین و همچنین کوکائین از لحاظ نحوه عملکرد به داروهایی که برای درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به کار می‌روند (داروهای محرک) شباهت دارند، لذا احتمال می‌رود افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی 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 رونسویل^۳، ۱۹۹۳). همچنین، همان‌طور که قبلاً ذکر شد، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به دلیل ایجاد خصوصیتی از قبیل بی‌توجهی، پرتحرکی، انجام افکار ناگهانی و نوسان خلق به توانایی اجتماعی فرد و موقعیت اجتماعی او لطمه شدیدی وارد می‌سازند؛ در نتیجه، باعث می‌شوند که اعتماد به نفس افراد مبتلا پایین بیاید (مانوزا و کلین، ۲۰۰۰). بسیاری از محققان معتقدند که مهم‌ترین مشکل در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی عبارت است از عدم توانایی اجتناب و خودداری کردن. این امر باعث می‌شود که توانایی‌های فرد در مسایل اجتماعی، در کنترل نفس، در انضباط و وقت‌شناسی کاهش پیدا کند (بیرد و

۱۰

۳

10

سال هفتم، شماره ۲۷، پاییز ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 27, Fall 2013

استونسون^۱، (۲۰۰۰). در بزرگسالان تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دارای اهمیت حیاتی است و درمان افراد مبتلا با داروها یا روان‌درمانی 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 موفقیت یک فرد بالغ می‌شود (سیلور^۲، ۲۰۰۰). در بحث پیشگیری یا درمان توجه به خانواده‌ها نیز اهمیت زیادی دارد، زیرا از آنجا که این وضعیت عمدتاً به طریقه وراثتی 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 موادمخدر و الکل باشند، احتمال ابتلاء فرزندان هم بیشتر می‌شود، لذا در مواردی که والدین مبتلاً به موادمخدر و الکل هستند، ضروری است که برای پیشگیری از ابتلاء فرزندان اقدامات و مداخلات مناسبی را تدارک دید. در زمینه تأثیر درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بر اختلال سوءمصرف مواد نیز مطالعات متعددی انجام شده است. نتایج فراتحلیل ویلز و همکاران (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که درمان با داروهای محرک با کاهش احتمال خطر مصرف مواد الکل 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 سوءمصرف 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 به‌رغم این که این اختلال به سادگی درمان‌پذیر است، افراد مبتلا از دریافت درمان مناسب محروم می‌شوند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود با انجام مطالعات میدانی گسترده درباره این اختلال در بزرگسالان می‌توان زمینه پیشگیری از اعتیاد را مهیا ساخت.

منابع

خدایاری فرد، محمد؛ شهابی، روح‌الله و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۸). دینداری، خودکنترلی و گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۰ (۳۴)، ۱۱۵-۱۲۹.

رحیمی موقر، آفرین؛ سهیمی ایزدیان، الهه و یونسیان، مسعود (۱۳۸۵). مطالعه مروری وضعیت مصرف مواد در دانشجویان کشور. *فصلنامه پایش*، ۵ (۲)، ۸۳-۱۰۴.

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

رستمی، رضا؛ نصرت آبادی، مسعود و محمدی، فاطمه (۱۳۸۶). بررسی مقدماتی دقت تشخیصی مقیاس‌های AAS، APS، و MAC-R، پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱۰ (۱ و ۲)، ۲۸-۱۱.

صرافی فروشانی، پوریا (۱۳۷۹). *هنجاریابی و تعیین روایی و پایایی «آزمون و ندر بوت» 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، فریبا؛ حیاتی، مرتضی و حدید، مانده (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.

مینویی، محمود و صالحی، مهدیه (۱۳۸۱). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و هنجاریابی آزمون‌های AAS، APS و MAC به منظور شناسایی افراد در معرض و مستعد سوء مصرف مواد در بین دانش‌آموزان 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*. (3rd Ed). New York: Guilford Press, 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. *Addictive Behaviors*, 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 of 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 hyperactivity disorder and treatment outcome in opioid abuser'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 scals 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 psychopharmacogy*, 223, 421-429.