فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و هفتم، پاییز ۱۳۹۲
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 7, No. 27, Fall 2013

مقاله پژوهشی

Research

پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس نشانه‌های نقص توجه/بیش فعالی 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/بیش فعالی بزرگسالان کانرز، مقیاس درجه‌بندی وندریوتا، مقیاس پذیرش مواد و مقیاس استعداد الکل استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نشانه‌های نقص توجه/بیش فعالی کودکی و بزرگسالی با پذیرش مواد و استعداد الکل رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج نشان داد که اختلال نقص توجه/بیش فعالی کودکی و بزرگسالی، پذیرش مواد و استعداد الکل را به‌طور 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 سوءمصرف مواد را مهیا کنند.

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

۱. نویسنده مسؤول: 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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

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 مسؤولان 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، سهیمی ایزدیان و یونسیان، ۱۳۸۵). یکی از اختلالاتی که با گرایش به مصرف مواد هم ابتلایی قابل توجهی دارد، اختلال نقص توجه/بیش فعالی[1] 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[2]، ۲۰۰۱). از سویی دیگر، در مبتلایان به این اختلال، کنترل فعالیت‌ها و تکانه‌ها توسط قشر مغز به سختی صورت می‌گیرد (فیقل[3]، ۱۹۹۵). میزان شیوع این اختلال در کودکان ۳ تا ۱۰درصد 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[4]، 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 به‌ندرت انجام می‌پذیرد و اختلالات

1. Attention Deficit & Hyperactivity Disorder
2. Wender & Wolf
3. Faigel
4. Lesaca

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

مرتبط با آن در بزرگسالان به اندازه‌ی کافی بررسی نمی‌شوند (هلی جنستین، گـوانتر و لـوی[1]، ۱۹۹۹). این اختلال مشکلات بسیاری برای افـراد مبـتلا ایجـاد مـی‌کنـد و موفقیـت اجتمـاعی، تحصیلی و رشد عاطفی افراد مبتلا را تحـت تأثیـــر قرار می‌دهد (سـیلور[2]، ۲۰۰۰). از سـویی دیگر، این اختلال خطر سوءمصرف مواد، بزهکاری، زندانی شدن، شکست‌های شغلی، طـلاق و مشکلات ازدواج را افزایش می‌دهد (وندر و ولف، ۲۰۰۱).

معمولا اختلال نقص توجه/بیش فعالی به عنوان اختلالی تشخیص داده می‌شود که فـرد با آن متولد می‌شود و شروع آن هرگز در بزرگـسالی نیـست. نـشانه‌هـای بزرگـسالانی کـه دارای ایـن اخـتلال هـستند، اغلـب پیرامـون تعلـل[3]، بـی‌نظمـی و فرامـوش‌کـاری بـرای فعالیت‌هایی که بـرای انجـام آنهـا انگیـزه دارنـد و لـذت مـی‌برنـد، دسـته‌بنـدی مـی‌شـوند (رسنیک[4]، ۲۰۰۵). همراهی و همایندی اختلال نقص توجه/بیش فعالی و اخـتلال مـصرف مواد به وفور توسط تحقیقات گوناگون و موقعیت‌های بـالینی گـزارش شـده اسـت. میـزان بالای ابـتلای بـه ایـن اخـتلال در نوجوانـان و بزرگـسالان مبـتلا بـه اخـتلال مـصرف مـواد روانگردان (مثل حشیش، کراک، هرویین و...) مـشاهده شـده اسـت. تحقیقـات گونـاگون گزارش کرده‌اند که ۲۵ درصد نوجوانان بستری مبتلا بـه اخـتلال مـصرف مـواد، مبـتلا بـه اختلال نقص توجه/بیش فعالی نیز هستند. باید توجه داشت که پسران مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی در خطر بالاتری برای مـصرف مـواد روانگـردان قـرار دارنـد (رسـتمی و حشمتی، ۱۳۸۸). همچنین، مطالعه‌ای که توسط بیدرمن[5] (۲۰۰۸) برای تحلیل عوامل خطـر خانوادگی اختلال مصرف مواد و اختلال نقص توجه/بیش فعالی انجام شـد، نـشان داد کـه خویشاوندان کودکان مبتلا به این اختلال در خطر بالای ابتلا به اختلال نقـص توجـه/بـیش فعالی قرار دارند و همچنین بین مصرف مواد، بویژه الکل و اختلال نقص توجه/بیش فعالی رابطه وجود دارد. بزرگسالانی که مبتلا به اخـتلال نقـص توجـه/بـیش فعـالی هـستند، بایـد اختلالشان از دوران کودکی شروع شده باشد، مقاوم بـوده و نـشانه‌هـا و علایـم رایـج ایـن اختلال را داشته باشند تا تشخیص این اختلال بر روی آن‌ها گذاشته شود. بزرگسالان مبـتلا به این اختلال اغلـب علایمـی مثـل بـی‌تـوجهی، حواسـپرتی، مـشکلاتی در سـازماندهی و

1. Heiligenstein, Guenther & Levy
2. Silver
3. Procrastination
4. Resnick
5. Biederman

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

کارایی اندک که در تاریخچه شکست شغلی و تحصیلی زندگی‌اشان وجود دارد، نشان می‌دهند (اسپنسر، بیدرمن، میک[1]، 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[2]، ۱۹۹۹؛ لوین و ایوانز[3]، 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 این‌که به مقدار زیاد از موادمخدر استفاده کنند، چهارتا پنج برابر بیشتر است (مانوزا و کلین[4]، ۲۰۰۰). همچنین، در مقایسه با افراد عادی، دوره بهبودی از موادمخدر 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[5]، ۱۹۹۹). مطالعات نشان داده‌اند که احتمال ابتلا به موادمخدر 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/بیش‌فعالی و اختلال سوءمصرف مواد[6] رابطه وجود دارد (ویلسون و لوین[7]، ۲۰۰۵ به نقل از تیموتی[8] 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 سوءمصرف مواد هستند (مولینا و پلهام[9]، ۲۰۰۳، به نقل از تیموتی و همکاران، ۲۰۰۸). مطالعه بارکلی[10] (۲۰۰۸) نشان داد که کودکانی که اختلال نقص توجه/بیش فعالی 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، بیش فعالی-تکانش‌گری و نشانه‌های ترکیبی به‌دست آمد.

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

مطالعات نشان داده‌است که شیوع اختلال نقص توجه/بیش فعالی 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/بیش فعالی در افراد مبتلا به الکل بیشتر از دیگران دیده می‌شود. در خانواده افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی نیز ابتلا به الکل بیشتر از دیگران بوده است (میلبرگر[1] و بیدرمن، ۱۹۹۷). مساله‌ای که به طور خاص اهمیت دارد، استفاده مادران از الکل است. از طرفی در مادرانی که در دوره حاملگی از الکل استفاده می‌کرده‌اند، احتمال ابتلا فرزندانشان به اختلال نقص توجه/بیش فعالی بیشتر می‌شود و از طرف دیگر مشخص شده است در مادران مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی احتمال وجود سابقه‌ی مصرف الکل در خانواده‌شان بیشتر از دیگران است (وین استین و آپفل[2]، ۱۹۹۸). به طور کل، در والدینی که فرزندانشان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی هستند، مصرف الکل بیشتر از دیگران است (پلهام و لانگ[3]، ۱۹۹۹). از این رو، اختلال نقص توجه/بیش فعالی صرفا 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 وکلین، 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/بیش فعالی 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[4] به عنوان نمونه آماری مورد بررسی قرار گرفتند.

1. Milberger 2. Weinstein & Apfel 3. Pelham & Lang
4. Krejcie, Morgan & Cohen

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

ابزار

۱-پرسشنامه تشخیصی کوتاه نقص توجه/بیش فعالی کانرز بزرگسالان[1]: 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[2]، بی‌قراری/بیش‌فعالی[3]، تکانش‌گری[4]، مشکلات با تصور کلی از خود[5]، و شاخص بیش فعالی/کم توجهی[6]. 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 (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[7] (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 به‌دست آمد که نشانگر ضریب اعتبار قابل قبولی است. زیر مقیاس بیش‌فعالی-کم‌توجهی مقیاسی از سطح کلی علایم 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 به‌دست آمد و اعتبار محتوای آن را ۳ نفر فوق تخصص روانپزشکی کودک سنجیدند و آن را مناسب ارزیابی کردند.

۲- آزمون وندر-یوتا[8]: 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
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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

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 نقص‌توجه/بیش‌فعالی است (مک کان، اسچل و وارد[1]، 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 =۰/۹۶ 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 به‌دست آمد. به بیان دیگر، این آزمون دارای روایی ملاکی مناسبی است (صرامی، ۱۳۷۹).

۳- مقیاس می‌بارگی مک اندرو[2]: این مقیاس دارای ۴۹ گویه است که مک اندرو (۱۹۶۵) در اصل به منظور تفکیک بیماران دچار سوءمصرف الکل از بیماران فاقد سوءمصرف الکل ساخته است. ضریب اعتبار با استفاده از روش بازآزمایی (با فاصله زمانی یک هفته) در نمونه 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 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 زردخانه (۱۳۸۸) مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۵۳ درصد گزارش شد.

۴-مقیاس پذیرش اعتیاد[3]: 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 Aacknowledgment Scale

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

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 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 درصدگزارش 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 ارایه شده است.

جدول۱: 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/ بیش فعالی بزرگسالی(کل)	۲۷/۹۵	۱۰/۱۱
کم توجهی	۵/۰۴	۲/۸۴
بیش فعالی	۶/۴۴	۲/۷۹
تکانش‌گری	۵/۰۱	۲/۴۸
مشکلات با تصور کلی از خود	۴/۳۷	۲/۶۷
اختلال نقص توجه/بیش فعالی خردسالی	۶۱/۶۷	۲۴/۲۹

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

جدول۲: ماتریس همبستگی اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی خردسالی، بزرگسالی و مؤلفه‌های آن با پذیرش مواد و استعداد الکل

متغیرها	ADHD بزرگسالی	کم‌توجهی	بیش فعالی	تکانش‌گری	مشکلات با تصور از خود	ADHD خردسالی
پذیرش مواد	۰/۳۴۱**	۰/۳۰۰**	۰/۲۳۹**	۰/۲۳۹**	۰/۳۲۳**	۰/۳۳۰**
استعداد الکل	۰/۲۸۳**	۰/۱۷۴**	۰/۲۱۱**	۰/۳۱۳**	۰/۱۹۲**	۰/۳۶۸**

** P <۰/۰۱

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

جدول۳: 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/ بیش فعالی بزرگسالی(کل)	۴۷/۱۱۳	۰/۰۰۰۵	۰/۳۴	۰/۱۱
۲	اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بزرگسالی(کل) اختلال نقص توجه/ بیش فعالی خردسالی	۲۸/۶۸۱	۰/۰۰۰۵	۰/۳۷	۰/۱۳

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در گام اول متغیر اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی بزرگسالی وارد رگرسیون شده است که میزان ۱۱ درصد از واریانس پذیرش مواد را تبیین کرده است. در گام دوم متغیر اختلال نقص‌توجه/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 الکل بر اساس نمرات مولفه‌های اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی بزرگسالی و خردسالی از رگرسیون چندمتغیری به روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارایه شده است.

جدول٤: نتایج خلاصه مدل رگرسیون، برای پیش‌بینی استعداد الکل 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 تکانش‌گری	۳۳/۷۲۳	۰/۰۰۰۵	۰/۳۹۸	۰/۱۵۹

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در گام اول متغیر اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی خردسالی وارد رگرسیون شده است که میزان ۱۳/۵ درصد از واریانس استعداد الکل 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 الکل را تبیین کرده‌اند.

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

جدول۵: جدول ضرایب رگرسیون استعداد الکل و پذیرش مواد بر اساس متغیرهای پیش‌بین در گام آخر

متغیرهای ملاک	متغیرهای پیش بین	B	β	آماره t	معناداری
استعداد الکل	اختلال نقص توجه/بیش فعالی خردسالی	۰/۰۳۹	۲۸۲	۵/۰۷	۰/۰۰۰۵
	تکانش‌گری	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 نتیجه‌گیری

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 الکینز، مک‌کاوج و گیاکانو[1] (۲۰۰۷)، کسلر[2] و همکاران (۲۰۰۵)، وست، موسلو و آردونودو[3] (۲۰۰۷)، ویلنز، بیدرمن، میک، فارون و اسپنسر[4] (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 بیش فعالی، نقص توجه و نشانه‌های ترکیبی (اختلال نقص توجه/بیش فعالی) به تفاوت معناداری دست یافتند. نتایج نشان داد که بین استعداد الکل و نشانه اختلال نقص توجه/بیش فعالی ارتباط معناداری وجود دارد. تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های اختلال نقص توجه/بیش فعالی، تکانش‌گری و اختلال نقص توجه/بیش فعالی خردسالی به طور معناداری استعداد الکل را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته هم توسط

1. Elkins, McGue & Giacono
2. Kessler
3. West, Muslo & Arredonodo
4. Wilens, Biderman, Mick, Faraone & Spencer

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

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 می‌توان گفت که دوپامین یک نوع ماده شیمیایی است که به طور طبیعی در سلول‌های عصبی انسان‌ها ترشح می‌شود و از جمله وظایف آن ایجاد احساس لذت و آرامش است. بر اساس اطلاعات به‌دست آمده این احتمال مطرح می‌شود که به دلایل ارثی بعضی از افراد دچار کمبود دوپامین و یا گیرنده مربوط به آن (D2) هستند. از آنجا که الکل، کوکایین، هروین، ماری‌جوآنا، نیکوتین و مواد قندی هرکدام به نوعی موجب افزایش فعالیت دوپامین در سیستم عصبی می‌شوند، پس می‌توانند 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، کوکایین، 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[1]، ۲۰۰۰؛ کامینگس[2]، ۱۹۹۴). با توجه به این‌که نیکوتین و همچنین کوکایین از لحاظ نحوه عملکرد به داروهایی که برای درمان اختلال نقص توجه/بیش فعالی به‌کار می‌روند (داروهای محرک) شباهت دارند، لذا احتمال می‌رود افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی با مصرف سیگار و کوکایین احساس بهتری پیدا کنند و استفاده از این مواد را ادامه داده و گرفتار اعتیاد بشوند (کلورو برادی، ۱۹۹۹؛ کارول و رونساویل[3]، ۱۹۹۳). همچنین، همان‌طور که قبلاً ذکر شد، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به دلیل ایجاد خصوصیاتی 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/بیش فعالی 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

1. Andersen & Teicher 2. Comings 3. Carroll & Rounsaville

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

استونسون[1]، 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/بیش فعالی قطعاً منجر به افت عملکرد و کاهش موفقیت یک فرد بالغ می‌شود (سیلور[2]، 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 این‌که 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 فرزندانشان اقدامات و مداخلات مناسبی را تدارک دید. در زمینه تأثیر درمان اختلال نقص توجه/بیش فعالی بر اختلال سوءمصرف مواد نیز مطالعات متعددی انجام شده است. نتایج فراتحلیل ویلنز 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/بیش فعالی یک اختلال شایع در بزرگسالان است که برای افراد مبتلا مشکلات زیادی را به‌وجود 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 این‌که 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، روح الله و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۸). دینداری، خود کنترلی و گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، *۱۰* (۳۴)، ۱۲۹-۱۱۵.

1. Baird & Stevenson
2. Silver

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

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

رستمی، رضا و حشمتی، رسول (۱۳۸۸). *اختلال بیش‌فعالی/ 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 APS،AAS و MAC-R، *پژوهش‌های روان شناختی*، ۱۰ (۱ و ۲)، ۲۸-۱۱.

صرامی فروشانی، پوریا (۱۳۷۹). *هنجاریابی و تعیین روایی وپایایی «آزمون ونـدر 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، فریبا؛ حیاتی، مرتضی و حدید، مائده (۱۳۸۲). شیوع اختلال بیش فعالی-کم توجهی در گروهی از دانشجویان. *تازه‌های علوم شناختی*، ۶ (۱ و ۲)، ۷۷-۷۳.

کرد میرزا، عزت الله(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 APS،AASوMAC به منظور شناسایی افراد در معرض و مستعد سوءمصرف 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). Hisory 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

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 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 psychopharmocogy*, *223*, 421-429.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]