

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دوره ۳۴ شماره ۴ مهر و آبان ۱۳۹۱ صفحات ۳۷-۳۱

مقایسه نشانه‌های نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری

منصور بیرامی: گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
تورج هاشمی نصرت‌آباد: گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
جابر علیزاده گورادل: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: jaber78@ymail.com

دریافت: ۹۰/۸/۱۱ پذیرش: ۹۰/۱۰/۱۴

چکیده

زمینه و اهداف: پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی خطر گرایش به سیگار و مواد مخدر را افزایش می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه نشانه‌های نقص توجه/ بیش‌فعالی در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: برای انجام این تحقیق ۱۰۰ نفر از دانشجویان پسر غیرسیگاری دانشگاه تبریز به روش نمونه‌گیری تصادفی نسبی انتخاب شدند و با ۸۰ نفر دانشجوی سیگاری که به صورت داوطلبانه در تحقیق شرکت کردند، مقایسه شدند. آزمودنی‌ها پس از انتخاب، به پرسشنامه‌های وندر یوتا برای سنجش ADHD خردسالی و پرسشنامه کانرز بزرگسالان پاسخ دادند. داده‌ها پس از جمع‌آوری به کمک نرم‌افزار SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از تکنیک‌های تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری در تمام مؤلفه‌های ADHD بزرگسال و همچنین ADHD خردسال تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که نمره‌های دانشجویان سیگاری در تمام مؤلفه‌های ADHD از دانشجویان غیرسیگاری بیشتر است.

نتیجه‌گیری: در نهایت، بر اساس نتایج پژوهش، توجه به مسئله اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در بزرگسالان ضرورت می‌نماید. مخصوصاً در ایران که اطلاعات ما پیرامون شیوع این حالت و نقش آن در مسائل مختلف بسیار اندک است.

کلیدواژه‌ها: سیگاری، غیرسیگاری، ADHD، بزرگسال، ADHD خردسال

مقدمه

عامل به عنوان دومین عامل اصلی علت مرگ و میر (بعد از فشار خون بالا)، ۱۲ درصد از کل مرگ و میرها را در دنیا به خود اختصاص می‌دهد (۴). یکی از الیته‌های بهداشت عمومی برای کاهش شیوع مصرف سیگار، پیشگیری از سیگاری شدن نوجوانان است. استدلال برای پیشگیری از مصرف سیگار در نوجوانان بر این پایه استوار است که اگر مصرف سیگار در دوران نوجوانی شروع نشود، سیگاری شدن فرد احتمال کمتری دارد (۵). از جمله عواملی که می‌تواند در شروع سیگار کشیدن یا افزایش مصرف آن دخالت داشته باشد اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه (ADHD, Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder) می‌باشد.

نیکوتین یکی از پر مصرف‌ترین داروهای روان‌گردان در جهان است. در جامعه فعلی ما، کشیدن سیگار شکل رایج، مجاز و از نظر اجتماعی نسبتاً قابل قبول مصرف این داروی روان‌گردان است. امروزه عموماً پذیرفته شده است که نیکوتین بسیار اعتیاد آور است، با این حال از معتاد به دارو ناامیدن یک سیگاری خودداری می‌کنیم (۱). مصرف تنباکو علت شیوع بسیاری از بیماری‌هاست (۲). مصرف سیگار یکی از خطرناک‌ترین رفتارهای مختل‌کننده سلامتی انسان است و باعث افزایش بیماری‌های گوناگون قلبی می‌باشد (۳). با توجه به تلاش‌های زیادی که جهت پیشگیری از همه گیر شدن مصرف دخانیات انجام شده است همچنان این

توانند بیانگر مشکل در شناسایی سرنخهای پاداش و تنبیه برای کنترل رفتار باشند. آزمونهای عصب-روانشناختی نشان دادند که افراد سیگاری اختلال عملکرد در تستهای عملکرد اجرائی، توجه، مهار پاسخ و توانایی کلی شناختی ندارند، ولی میزان پرفعالیتی-تکانشگری و نوجویی آنها بیش از افراد غیرسیگاری است (۱۵). با توجه به اینکه نیکوتین (سم موجود در دخانیات) و همچنین کوکائین از لحاظ نحوه عملکرد به داروهایی که برای درمان ADHD بکار می روند (داروهای محرک، Stimulates) شباهت دارند، لذا احتمال می رود افراد مبتلا به ADHD با مصرف سیگار و کوکائین احساس بهتری پیدا بکنند؛ لذا احتمال استفاده از این مواد و معتاد شدن بیشتر است (۱۶ و ۱۷). همچنین ADHD به دلیل خصوصیتی که ایجاد می نماید از قبیل بی توجهی، پر تحرکی، انجام افکار ناگهانی، و نوسان خلق به توانایی اجتماعی فرد و موقعیت اجتماعی او لطمه شدیدی وارد می سازد؛ در نتیجه باعث می باشد که اعتماد به نفس افراد مبتلا پایین باشد (۱۸). در مطالعه ای که بر عوامل مؤثر بر ایجاد اعتیاد در خانواده افراد مبتلا ADHD انجام گرفت مشخص گردید که در رابطه با اعتیاد به موادمخدر، الکل و سیگار مهمترین عاملی که نقش دارد، اختلال در عملکرد اجتماعی است (۱۹). بسیاری از محققان معتقدند که مهمترین مشکل در ADHD، عدم توانایی اجتناب و خودداری کردن است. این امر باعث می باشد که تواناییهای فرد در مسائل اجتماعی، در کنترل نفس، در انضباط و وقت شناسی کاهش پیدا بکند (۲۰). با توجه به این که مراکز درمانی و مشاوره در دانشگاهها محلهایی برای مراجعه دانشجویان برای حل مشکلات مختلف از قبیل مشکلات تحصیلی، شغلی، ازدواج، عاطفی، سوء مصرف مواد و بعضی مسائل اجتماعی هستند و نظر به جدید بودن مطالعاتی که بیانگر ادامه ADHD در بزرگسالی و نقش آن در تمام زمینه های یاد شده می باشد، هدف این تحقیق، مقایسه نشانه های نقص توجه/بیش فعالی در دانشجویان سیگاری و دانشجویان غیرسیگاری می باشد که به اهمیت ADHD در بزرگسالان به عنوان یکی از عوامل گرایش افراد به سیگار، پرداخته شد.

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، از نوع تحقیقات مقایسه ای است. جامعه آماری این تحقیق دانشجویان پسر مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ به تعداد ۵۱۲۹ دانشجو بود که از آن تعداد ۳۶۱ نفر با استفاده از جدول کرجسی و مورگان و کوهن به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. روش نمونه گیری به صورت تصادفی طبقه ای نسبتی بود که در این راستا ابتدا همه ی دانشکده های

این اختلال شایع ترین اختلال عصبی- رفتاری است که در مراجعان به درمانگاههای روانپزشکی کودک و نوجوان مشاهده می باشد (۶). و اشاره به افرادی دارد که سطحی از بی توجهی، بیش فعالی یا تکانشگری را نشان می دهند که مشکلاتی در خانه، مدرسه یا در بعضی از موقعیت های اجتماعی دارند؛ شیوع این اختلال را که از اوایل کودکی آغاز می گردد، تا ۱۲ درصد تخمین می زنند. بررسی ها حاکی از آن است که در ۵۰ تا ۶۰ درصد موارد، علایم این اختلال تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا می کند (۷). در مطالعه دیگر شیوع ADHD در بزرگسالان حدود پنج درصد برآورد می باشد (۶). مطالعات مختلف باقی ماندن اختلال ADHD را در دوران پس از بلوغ و بزرگسالی بین ۴ تا ۷/۵ درصد گزارش کرده اند (۸). بزرگسالانی که مبتلا به اختلال بیش فعالی/کمبود توجه هستند، باید اختلالشان ازدوران کودکی شروع شده باشد، مقاوم بوده و نشانه ها و علایم رایج ADHD را داشته باشند تا تشخیص این اختلال بر روی آنها گذاشته شود. بزرگسالان مبتلا به ADHD اغلب علایمی مثل بی توجهی، حواسپرتی، مشکلاتی در سازماندهی و کارایی اندک که در تاریخچه شکست شغلی و تحصیلی زندگی آنها وجود دارد، نشان می دهند (۹). از این رو ADHD صرفاً "بیماری دوران کودکی محسوب نمی باشد؛ مبتلایان به این بیماری در سطوح شناختی، رفتاری و هیجانی دچار پیامد های متعددی می شوند (نظیر افت تحصیلی، مشکلات شغلی، و ابتلا به بیشتر رفتارهای پر خطر نظیر مصرف مواد) (۱۰). مشکلات توجه، بیش فعالی و اختلال هماهنگی، تکانشی بودن (فقدان خویشتن داری)، بی نظمی، زیر پا گذاشتن قوانین اجتماعی، مشکل در برقراری ارتباط با دیگران، بی ثباتی عاطفی و کم تحملی در برابر فشارهای روانی از علائم اختلال بیش فعالی - کمبود توجه در بزرگسالان می باشد (۱۱).

مطالعات نشان داده اند احتمال بیشتری وجود دارد که پسرهای مبتلا به ADHD در سن پایین تری به سیگار کشیدن منظم عادت کنند (۱۲). در خواهر و برادرهای افراد مبتلا به ADHD نیز احتمال اینکه در سن کمتری شروع به مصرف سیگار کنند بیشتر می باشد (۱۳). همچنین به نظر می رسد که ADHD باعث می باشد که ترک سیگار مشکل تر شود (۱۴). همچنین ذکر شده که افراد مبتلا به اختلال بیش فعالی-تکانشگری از سیگار برای بهبود عملکرد شناختی خود استفاده می کنند. همراهی سیگار با سندرمهای روانپزشکی از این فرضیه که سیگار می تواند برای خود-درمانی مورد استفاده قرار گیرد حمایت می کند. سیستم اوریتوفروتال در پاسخدهی شخص به خطر و همچنین در بازنمایی قدرت برداشت شخص از پاداش و تنبیه نقش دارد. مصرف تنباکو با خصوصیات شخصیتی از جمله برونگرایی، تکانشگری، خطرپذیری و شخصیت ضد اجتماعی ارتباط دارد. شخصیت ضد اجتماعی و خصوصیات مرتبط با این شخصیت و مصرف سیگار می-

تایید تشخیص ADHD در کودکی افراد در نظر گرفتند. در همین راستا پرسشنامه‌ای تهیه شد که با کمک آن یک فرد بالغ می‌تواند بیانگر وضعیت خودش در کودکی (۶-۱۰ سالگی) از لحاظ ADHD باشد.

این پرسشنامه که Wender Utah Rating Scale (WURS) نامیده شد شامل ۶۱ آیت ۰ تا ۴ امتیازی که در طیف لیکرت (به ندرت تا خیلی زیاد) می‌باشد. در بررسی انجام شده توسط این گروه، میانگین نمره آزمون WURS در افراد مبتلا به ADHD ۶۲/۲ درصد و در افراد سالم غیر مبتلا به ADHD ۱/۱۶ درصد بدست آمد (۱۱). در سالهای بعد، در مطالعاتی که در کشورهای گوناگون انجام شد، دیده شد که آزمون WURS از روایی و پایایی خوبی برخوردار است و ابزار مناسبی برای بررسی ADHD می‌باشد (۲۳و۵). این آزمون تاکنون به زبانهای گوناگونی ترجمه شده است؛ در ایران این آزمون توسط صرامی (۱۳۷۹) ترجمه و بررسی شد. ضریب پایایی آزمون $r = 0.9591$ بدست آمد؛ و از آن جا که r محاسبه شده از مقدار جدول در سطح $P < 0.01$ بیشتر است، لذا می‌توان گفت همبستگی محاسبه شده معنی‌دار است و آزمون از پایایی قابل قبولی برخوردار است. سپس در مرحله تعیین روایی سازه، میانگین نمره آزمون در افراد بیمار ۶۲/۲۵ و در افراد سالم ۸ محاسبه گردید. نسبت t محاسبه شده برابر $t = 11.676$ شد که از آن جا که این مقدار از معیار جدول در سطح $P < 0.01$ بیشتر است، لذا به احتمال ۹۹ درصد بین میانگین نمره افراد سالم و بیمار در این آزمون از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد و می‌توان گفت آزمون از روایی سازه برخوردار است (۲۴).

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها ابتدا از آمار توصیفی استفاده شد که در جدول ۱ آورده شده است. برای مقایسه دو گروه سیگاری و غیر-سیگاری ابتدا از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد و ۲ برای اینکه بفهمیم میانگین کدام گروه بیشتر است و معناداری به نفع کدام گروه است از آزمون تعقیبی توکی استفاده کردیم که نتایج آن هم در جدول ۳ آورده شده است.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌باشد بین ۲ گروه آزمودنیها بر اساس سیگاری و غیرسیگاری بودن در تمام متغیرهای (ADHD بزرگسالی (کل)، کم توجهی، تکانشگری، مشکلات با تصور کلی از خود و ADHD خردسالی تفاوت معنی داری وجود دارد. برای آنکه مشخص شود کدام گروه بیشتر از گروه دیگر نشانه‌های مورد نظر را دارد، مقایسه به صورت دو به دو در بین گروهها انجام گرفت. همانگونه در جدول ۳ مشاهده می‌شود که گروه سیگاری در تمام متغیرهای پژوهش به طور معنی داری نمرات بیشتری از گروه غیرسیگاری به دست آورده اند.

دانشگاه تبریز به ۴ گروه تحصیلی (علوم انسانی، فنی- مهندسی، کشاورزی) طبقه‌بندی شدند؛ سپس به تعداد دانشجویان هر گروه نمونه مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب شد. از بین این ۳۶۱ نفر، ۱۰۰ نفر به عنوان غیرسیگاری بر اساس پرسشنامه محقق ساخته انتخاب شدند و افرادی که سیگاری بودند و گرایش به مصرف سیگار را نشان داده بودند کنار گذاشته شدند تا مقایسه بین دو گروه به بهترین نحو صورت گیرد. که این ۱۰۰ نفر با ۸۰ دانشجوی سیگاری که از جامعه ۵۱۲۹ نفری در مقطع کارشناسی که به صورت داوطلبانه در تحقیق شرکت کرده بودند، مقایسه شدند. منظور از دانشجویان سیگاری، افرادی بودند که از یکسال پیش، در شبانه روز حداقل سه نخ سیگار مصرف کرده و همچنان به مصرف روزانه ادامه داده و احساس نیاز به مصرف سیگار می‌کردند.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: ۱- پرسشنامه محقق ساخته: این پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها شامل رشته تحصیلی و ۳ تا سوال محقق ساخته که گرایش افراد به سیگار را نشان می‌داد را شامل می‌شد، تا از این طریق بتوانیم افرادی که واقعاً غیرسیگاری بودند را برای مقایسه با افراد سیگاری مشخص کنیم. ۱- پرسشنامه تشخیصی کوتاه اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه کانرز بزرگسالان (CAARS). این پرسشنامه، ابزاری است با پایایی و روایی مناسب شامل ۲۶ آیت صفر تا ۳ امتیازی که در تصحیح آن از پنج زیر مقیاس زیر استفاده می‌باشد: A- کم توجهی/ مشکل حافظه B- بی‌قراری/ بیش‌فعالی C- تکانشگری D- مشکلات با تصور کلی از خود E- شاخص بیش‌فعالی- کم توجهی (۲۱و۲۲). هر یک از چهار مقیاس اولی شامل پنج آیت است و شاخص بیش‌فعالی- کم توجهی مربوط به کل آیت‌ها می‌باشد. به طوری که مقیاس A شامل آیت‌های (۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲و۱۳و۱۴و۱۵و۱۶و۱۷و۱۸و۱۹و۲۰و۲۱و۲۲و۲۳و۲۴و۲۵و۲۶و۲۷و۲۸و۲۹و۳۰و۳۱و۳۲و۳۳و۳۴و۳۵و۳۶و۳۷و۳۸و۳۹و۴۰و۴۱و۴۲و۴۳و۴۴و۴۵و۴۶و۴۷و۴۸و۴۹و۵۰و۵۱و۵۲و۵۳و۵۴و۵۵و۵۶و۵۷و۵۸و۵۹و۶۰و۶۱و۶۲و۶۳و۶۴و۶۵و۶۶و۶۷و۶۸و۶۹و۷۰و۷۱و۷۲و۷۳و۷۴و۷۵و۷۶و۷۷و۷۸و۷۹و۸۰و۸۱و۸۲و۸۳و۸۴و۸۵و۸۶و۸۷و۸۸و۸۹و۹۰و۹۱و۹۲و۹۳و۹۴و۹۵و۹۶و۹۷و۹۸و۹۹و۱۰۰) مقیاس C شامل (۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲و۱۳و۱۴و۱۵و۱۶و۱۷و۱۸و۱۹و۲۰و۲۱و۲۲و۲۳و۲۴و۲۵و۲۶و۲۷و۲۸و۲۹و۳۰و۳۱و۳۲و۳۳و۳۴و۳۵و۳۶و۳۷و۳۸و۳۹و۴۰و۴۱و۴۲و۴۳و۴۴و۴۵و۴۶و۴۷و۴۸و۴۹و۵۰و۵۱و۵۲و۵۳و۵۴و۵۵و۵۶و۵۷و۵۸و۵۹و۶۰و۶۱و۶۲و۶۳و۶۴و۶۵و۶۶و۶۷و۶۸و۶۹و۷۰و۷۱و۷۲و۷۳و۷۴و۷۵و۷۶و۷۷و۷۸و۷۹و۸۰و۸۱و۸۲و۸۳و۸۴و۸۵و۸۶و۸۷و۸۸و۸۹و۹۰و۹۱و۹۲و۹۳و۹۴و۹۵و۹۶و۹۷و۹۸و۹۹و۱۰۰) مقیاس D شامل (۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲و۱۳و۱۴و۱۵و۱۶و۱۷و۱۸و۱۹و۲۰و۲۱و۲۲و۲۳و۲۴و۲۵و۲۶و۲۷و۲۸و۲۹و۳۰و۳۱و۳۲و۳۳و۳۴و۳۵و۳۶و۳۷و۳۸و۳۹و۴۰و۴۱و۴۲و۴۳و۴۴و۴۵و۴۶و۴۷و۴۸و۴۹و۵۰و۵۱و۵۲و۵۳و۵۴و۵۵و۵۶و۵۷و۵۸و۵۹و۶۰و۶۱و۶۲و۶۳و۶۴و۶۵و۶۶و۶۷و۶۸و۶۹و۷۰و۷۱و۷۲و۷۳و۷۴و۷۵و۷۶و۷۷و۷۸و۷۹و۸۰و۸۱و۸۲و۸۳و۸۴و۸۵و۸۶و۸۷و۸۸و۸۹و۹۰و۹۱و۹۲و۹۳و۹۴و۹۵و۹۶و۹۷و۹۸و۹۹و۱۰۰) مقیاس E مقیاسی از سطح کلی علائم مربوط به ADHD را نشان می‌دهد و از میان زیر مقیاس‌ها بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر بیماری می‌باشد (۲۲). در مطالعه عرب‌گل و همکاران (۱۳۸۳) این پرسشنامه روی ۲۰ نفر اجرا و روایی آن با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که رقم ۰/۸۱ به دست آمد و اعتبار محتوای آن را ۳ نفر فوق تخصص روانپزشکی کودک سنجیدند و آن را مناسب ارزیابی کردند (۲۱). ۲- آزمون وندر یوتا: آقای پروفیسور Wender و همکارانش در دانشگاه یوتا (Utah) در ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۹۳، برای مطالعه ADHD در بالغین، اولین قدم را

جدول ۱: آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به دانشجویان سیگاری و دانشجویان غیرسیگاری

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	N
ADHD بزرگسالی (کل)	سیگاری ۳۲/۶۵۹	۱۱/۹۳	۸۰
	غیرسیگاری ۲۷/۳۰	۹/۶۷	۱۰۰
کم توجهی	سیگاری ۶/۵۰	۳/۸۶	۸۰
	غیرسیگاری ۴/۸۴	۲/۷۰	۱۰۰
بیش فعالی	سیگاری ۷/۳۶	۲/۸۹	۸۰
	غیرسیگاری ۶/۳۱	۲/۷۶	۱۰۰
تکانشگری	سیگاری ۶	۳/۱۶	۸۰
	غیرسیگاری ۴/۸۷	۲/۳۴	۱۰۰
مشکلات با تصور کلی از خود	سیگاری ۵/۳۴	۳/۰۰۳	۸۰
	غیرسیگاری ۴/۲۴	۲/۶۰	۱۰۰
ADHD خردسالی	سیگاری ۷۱/۰۶	۲۴/۵۶	۸۰
	غیرسیگاری ۶۰/۳۶	۲۷/۰۰۷	۱۰۰

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره دانشجویان با هدف تعیین تفاوت بین دو گروه در متغیرها

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	ADHD بزرگسالی (کل)	۱۱۰۷/۱۷۲	۱	۱۱۰۷/۱۷۲	۱۱/۱۳۶	۰/۰۰۱
	کم توجهی	۱۰۵/۷۷۴	۱	۱۰۵/۷۷۴	۱۳/۵۵۰	۰/۰۰۱
	بیش فعالی	۴۲/۷۰۶	۱	۴۲/۷۰۶	۵/۵۳۸	۰/۰۱۹
	تکانشگری	۴۹/۲۷۸	۱	۴۹/۲۷۸	۸/۱۶۹	۰/۰۰۵
	مشکلات با تصور کلی از خود	۴۶/۳۱۴	۱	۴۶/۳۱۴	۶/۵۶۵	۰/۰۱۱
	ADHD خردسالی	۴۴۲۲/۸۱۷	۱	۴۴۲۲/۸۱۷	۷/۶۳۰	۰/۰۰۶
خطا	ADHD بزرگسالی (کل)	۳۵۶۹۱/۲۰۵	۱۷۸	۹۹/۴۱۸		
	کم توجهی	۲۸۰۲/۴۲۶	۱۷۸	۷/۸۰۶		
	بیش فعالی	۲۷۶۸/۲۶۴	۱۷۸	۷/۷۱۱		
	تکانشگری	۲۱۶۵/۶۹۷	۱۷۸	۶/۰۳۳		
	مشکلات با تصور کلی از خود	۲۵۶۲/۶۹۴	۱۷۸	۷/۰۵۵		
	ADHD خردسالی	۲۰۸۰۸۶/۶۲	۱۷۸	۵۷۹/۶۲۸		
کل	ADHD بزرگسالی (کل)	۳۱۸۹۸۳	۱۸۰			
	کم توجهی	۱۲۱۰۴	۱۸۰			
	بیش فعالی	۱۷۷۸۵	۱۸۰			
	تکانشگری	۱۱۲۷۰	۱۸۰			
	مشکلات با تصور کلی از خود	۹۵۰۳	۱۸۰			
	ADHD خردسالی	۱۵۸۶۵۰۰	۱۸۰			

جدول ۳: مقایسه زوجی دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری در متغیرهای پژوهش و سطح معناداری آن

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
ADHD بزرگسالی (کل)	سیگاری	غیرسیگاری	۱/۶۰	۰/۰۰۱
کم توجهی	سیگاری	غیرسیگاری	۰/۴۴۹	۰/۰۰۱
بیش فعالی	سیگاری	غیرسیگاری	۰/۴۴۷	۰/۰۱۹
تکانشگری	سیگاری	غیرسیگاری	۰/۳۹۵	۰/۰۰۵
مشکلات با تصور کلی از خود	سیگاری	غیرسیگاری	۰/۴۲۷	۰/۰۱۱
ADHD خردسالی	سیگاری	غیرسیگاری	۳/۸۷	۰/۰۰۶

بحث

همچنین ADHD خردسالی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که نمرات دانشجویان سیگاری از دانشجویان غیر-سیگاری در تمام مؤلفه‌ها بیشتر بود. این یافته با پژوهش‌های انجام

پژوهش حاضر با هدف مقایسه مؤلفه‌های ADHD بزرگسالی و ADHD خردسالی در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری انجام گرفت. نتایج نشان داد که در تمام مؤلفه‌های ADHD بزرگسالی و

نشان داد که در بین دو گروه در نشانه‌های ADHD خردسالی تفاوت وجود دارد به این معنی که افراد سیگاری در دوران کودکی هم دارای نشانه‌های نقص توجه/ بیش‌فعالی نیز بودند که در این راستا می‌توان به پژوهش Kollins و همکاران اشاره کرد که معتقدند در بیماران ADHD سیگار کشیدن به صورت یک رفتار عادت‌ی و مستمر می‌گردد. سن مصرف سیگار، پایین و تعداد سیگارهای مصرفی بیشتر می‌شود. این موضوع به عنوان یک مدرک، ارتباط مشخص بین علائم ADHD و خطر استفاده از تنباکو را نشان می‌دهد (۳۰).

از آنجا که ADHD با رفتارهای خلاف قانون در ارتباط هست، درمان به موقع آن، شیوع رفتارهای ضداجتماعی را کاهش می‌دهد. در بزرگسالان تشخیص ADHD 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 ADHD قطعاً منجر به افت عملکرد و کاهش موفقیت یک فرد بالغ می‌شود (۲۸). در بحث پیشگیری و یا درمان، توجه به خانواده‌ها حائز اهمیت زیادی می‌باشد. زیرا از آنجائیکه این وضعیت عمدتاً به طریقه وراثتی منتقل می‌باشد، بررسی و درمان والدین، خواهر و برادرهای یک طفل مبتلا به ADHD اهمیت دارد و از این طریق می‌توان روابط میان والدین و فرزندان را بهبود بخشید و با این شیوه فرد مبتلا و خانواده‌اش در دراز مدت سرانجام بهتری خواهند داشت. به همین نحو با توجه به اینکه اگر والدین مبتلا به مواد مخدر و الکلی باشند، احتمال ابتلا فرزندان هم بیشتر می‌باشد، در مواردی که والدین مبتلاً به مواد مخدر و الکلی هستند، ضروری است که برای پیشگیری از ابتلای فرزندان‌شان اقدامات و مداخلات مناسبی را تدارک دید. با توجه به آنچه که در مقالات و منابع آمده است، ADHD یک اختلال شایع در بزرگسالان است که برای افراد مبتلا مشکلات زیادی را بوجود می‌آورد، اما به دلیل آشنا نبودن افراد درمانگر با ویژگی‌های این اختلال در افراد بزرگسال این اختلال اغلب تشخیص داده نمی‌شود و ناشناخته می‌ماند و به این شکل علی‌رغم اینکه این اختلال به سادگی درمان‌پذیر است، افراد مبتلا از دریافت درمان مناسب محروم می‌شوند.

نظر به مطالعاتی که در خارج از ایران انجام شده است و همگی دلالت بر اهمیت قانونی و اجتماعی این اختلال دارند ضروری است که در ایران به این بحث توجه بیشتری شده و مطالعاتی پیرامون جنبه‌های مختلف این اختلال انجام شود.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

پژوهش حاضر با محدودیتهایی مواجه است که بر قدرت تعمیم‌پذیری نتایج اثر می‌گذارد. در وهله اول به سبب استفاده از پرسشنامه‌های مداد-کاغذی و از نوع خود گزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها، لازم است تفسیر نتایج با احتیاط صورت پذیرد. پیشنهاد می‌باشد که در تحقیقات آتی در این زمینه از نمونه‌های

شده در این زمینه همسو می‌باشد (۱۷-۱۳ و ۱۰ و ۱۱). طبق مطالعه Elkins و همکاران، نشانه‌های ADHD (به خصوص بیش‌فعالی/ تکانشگری) سوء مصرف مواد (به خصوص وابستگی به نیکوتین) را در سالهای بعدی زندگی پیش‌بینی می‌کند که این یافته با یافته‌ی ما به خصوص در ارتباط بین ADHD خردسالی با سیگاری شدن در بزرگسالی همسو می‌باشد (۲۵).

ارتباط بین ADHD و سیگاری شدن ۲ تا فرضیه متفاوت را به پیش می‌کشد که علت ارتباط بین این دو متغیر را روشن می‌سازد. یکی فرضیه خود درمانی است که طبق این فرضیه بیماران مبتلا به ADHD از نیکوتین برای رهایی از بی‌توجهی و نقص مدیریتی خود استفاده می‌کنند. مطابق با این فرضیه افراد سیگاری نشانه‌های ADHD بیشتری به خصوص در بعد بی‌توجهی نسبت به افراد غیرسیگاری برخوردارند. فرضیه بعدی فرضیه بازداری زدایی رفتاری است که طبق این فرضیه افراد سیگاری نمرات بیشتری در رفتار بازداری زدایی رفتاری و شخصیت ضد اجتماعی به دست می‌آورند که این الگوهای رفتاری با نقص اساسی در بازداری رفتار تکانشی (از نشانه‌های ADHD) در این افراد مرتبط است (۲۶).

در تبیین دیگر این یافته‌ها 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 بدست آمده این احتمال مطرح می‌باشد که به دلایل ارثی بعضی از افراد دچار کمبود دوپامین و یا گیرنده مربوط به آن (D2) می‌باشند. از آنجا که الکلی، کوکائین، هروئین، ماری‌جوآنا، نیکوتین (سم موجود در دخانیات)، و مواد قندی هرکدام به نوعی موجب افزایش فعالیت دوپامین در سیستم عصبی می‌شوند، لذا می‌توانند سبب شوند که موقتاً نیاز غیر طبیعی این افراد به دوپامین رفع گردد. در نتیجه، ممکن است احتمال ابتلای این افراد به رفتارهای اعتیادآور، از قبیل اعتیاد شدید به الکلی، کوکائین، هروئین، استفاده از دخانیات، ولع شدید به مواد قندی و به همین نحو تمایل بیمارگونه به قماربازی، اعتیاد به مسائل جنسی، خشونت مرضی، رفتارهای ضد اجتماعی، اختلال سلوک و ADHD افزایش یابد (۲۷). در هر فرد بالغی که مشکلاتی وجود داشته باشد از قبیل تکانشی بودن (بدون فکر عمل کردن به انگیزه‌های آنی)، پرت شدن حواس، روابط بین فردی مختل و یا هر گاه عملکرد شغلی یک فرد به میزان قابل توجهی از توانایی هوشی و استعداد او کمتر باشد، باید فکر تشخیص ADHD هم بود. لذا ضروری است که پزشکان، روان‌شناسان و مشاوران با خصوصیات ADHD در بالغین آشنا باشند (۲۸). شواهدی در دست است که در افراد مبتلا به ADHD، که معتاد به نیکوتین نیز بوده‌اند، با درمان دارویی، نه تنها مشکلات ناشی از ADHD در آنها برطرف می‌باشد، بلکه علاقه آنها به کوکائین و میزان مصرف آنها به مقدار بسیار زیادی کاهش می‌یابد. لذا درمان ADHD باعث درمان اعتیاد به نیکوتین نیز می‌گردد (۲۹). نتایج

بتوانیم اطلاعاتی از تاثیر این اختلال در سرنوشت نهایی افراد مطابق با جامعه ایران کسب نماییم. با توجه به شیوع بالا و عوارض زیاد ADHD در نوجوانها (از جمله سوء مصرف مواد و شخصیت ضداجتماعی) لازم است که توجه ویژه‌ای به ADHD در این زمینه شود.

تقدیر و تشکر

از تمامی دانشجویان شرکت کننده در این تحقیق که ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند، تشکر می نماییم. ضمناً مقاله حاضر استتاج شده از داده های پایان نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی مصوب دانشگاه تبریز می باشد.

بیشتری برای مطالعه استفاده شود و همچنین پیشنهاد می شود که کودکان مبتلا به ADHD از همان دوران کودکی شناسایی و تحت درمان قرار بگیرند تا از اثرات سوء این اختلال در دوران بزرگسالی که یکی از آنها گرایش به مصرف مواد و اعمال ضد اجتماعی است، پیشگیری شود.

نتیجه گیری

بحث ADHD در بالغین نیازمند مطالعات بیشتری می باشد، مخصوصاً در ایران که اطلاعات ما پیرامون شیوع این حالت و نقش آن در مسائل مختلف بسیار اندک است. ضروری است که از طریق مطالعات بلند مدت، کودکان بیش فعال را پیگیری نمود تا

References

- Rosenham LD, Sligman M. Abnormal psychology . *Psychopathology*. Arasbaran Pub, 2008; PP: 57-69 (Persian).
- Monson AL, Engeswick LM. Promotion of tobacco cessation through denta hygiene education: A Pilot Study. *J Dent Educ* 2005; **69**(8): 901-911.
- Atav S, Spencer GA. Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: A comparative study. *Fam Community Health* 2002; **25**(2): 53-64.
- Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization; 2002.
- McCann BS, Scheele L, Ward N. Discriminant validity of Wender Utah Ratin Scale for attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; **12**(2): 240-245.
- Wilens TE, Faranon SV, Biederman J, & Ganawarden S. Doestimulant thrapy of attention – deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? Ametanalytic review of the literature. *Pediatrics* 2004; **111**: 179-185.
- Adler L, Cohen J. Diagnosis and avaluation of adult with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric clinics of North America* 2004; **27**: 187-201.
- Epstein JN, Corry JF. Neuropsychology of adult with attention- deficit/ hyperactivity disorder: A meta-analytic erview. *Neuropsychology* 2004; **8**: 485-453.
- Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention – Defecit/ Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambulatory pediatric Association* 2007; **7**: 73-81.
- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Mallory P, Lapadula M. Adult outcome of hyperactivity boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1993; **50**: 565-576.
- Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; **150**(6): 885-905.
- Riggs PD, Mikulich SK. Relationship of ADHD, depression, and non-tobacco substance use disorders to nicotine dependence in substance dependent delinquents. *Drug Alcohol Depend* 1999; **54**: 115-119.
- Milberger S, Biederman J. Further evidence of an association between attention deficit hyperactivity disorder and cigarette smoking. Findings from a high risk sample of siblings. *Am J Addict* 1997; **6**(3): 205-217.
- Coger RW, Moe KL. Attention deficit disorder in adults and nicotine dependence: psychobiological factors in resistance to recovery? *J Psychoactive Drugs* 1996; **28**(3): 229-240.
- Dinn WM, Aycicegi A, Harris CL. Cigarette smoking in a student sample: Neurocognitive and clinical correlates. *Addictive Behaviors* 2004; **29**: 107-126.
- Clure C, Brady KT. Attention deficit/hyperactivity disorder and substance use: symptom pattern and drug choice. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999; **25**(3): 441-448.
- Carroll KM, Rounsaville BJ. History and significance of childhood attention deficit disorders in treatment-seeking cocaine abusers. *Compr Psychiatry* 1993; **34**(2): 75-82.
- Mannuzza S, Klein RG. Long term prognosis in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; **9**(3): 711-726.
- Greene RW, Biederman J. Further validation of social impairment as a predictor of substance use disorders: findings from a sample of siblings of boys with and without ADHD. *J Clin Psychol* 1999; **28**(3): 349-354.
- Baird J, Stevenson JC. The evolution of ADHD: a disorder of communication? *Q Rev Biol* 2000; **75**(1): 17-35.
- Arabghol F, Hayati M, Hadid M. Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder in a group of students. *New Cognitive Science* 2003; **4**(1&2): 73-77 (Persian).
- Charles C, Stephen M, Jeffrey F, Andrew R, Nicole K. Factor structure of the conners adult ADHD rating scale (CAARS) for substance users. *Addictive Behaviors* 2006; **31**: 1277-1282.

23. Gross J, Blocher D. Assessment of the attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Nervenarzt* 1999; **70**(1): 20-25.
24. Saramifrushani P. Standardization and validation of Wender Utah Rating Scale for Diagnosis Attention-Defecit/ Hyperactivity Disorder in Isfahan's adults, PhD thesis, Isfahan University of Medical Sciences. Asfahan 2000 (Persian).
25. Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Archives of General Psychiatry* 2007; **64**: 1145-1152.
26. Dinn WM, Aycicegi A, Harris CL. Cigarette smoking in a student sample: neurocognitive and clinical correlates. *Addictive Behaviors* 2004; **29**: 107-126.
27. Blum K, Braverman ER. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs* 2000; **32**: 1-112.
28. Levine FR, Evans SM. Methylphenidate treatment for cocaine abusers with adult attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 1998; **59**(6): 300-305.
29. Ralph N, Barr MA. Diagnosing attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities with chemically dependent adolescents. *J Psychoactive Drugs* 1989; **21**(2): 203-215.
30. Kollins SH, McClernon FJ, Fuemmeler BF. Association between smoking and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in a population. Based sample of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62**(10): 1142-1147.