

# مقایسه نگرش کودکان مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی با همشیرهای غیر مبتلا و گروه کنترل نسبت به مصرف سیگار

\*دکتر مریم کوشا (M.D)<sup>۱</sup> - دکتر نسیم نکویی شجاع (M.D)<sup>۱</sup> - دکتر حسین سروش (M.D)<sup>۱</sup> - دکتر کیومرث نجفی (M.D)<sup>۱</sup>

دکتر زهرا محتشم امیری (M.D, M.Ph)<sup>۲</sup>

\*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان شفا

پست الکترونیک: m-kousha@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۷ تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۲۳

## چکیده

**مقدمه:** نقص توجه- بیش‌فعالی اختلالی شایع در روانپزشکی کودک و نوجوان می‌باشد. کودکان و نوجوانان مبتلا در معرض خطر بیشتری برای مصرف سیگار و مواد هستند. مطالعات انجام شده بیانگر پایین‌تر بودن سن شروع مصرف سیگار در این کودکان و نوجوانان است.

**هدف:** تعیین نگرش کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی نسبت به سیگار در مقایسه با گروه همشیرهای غیر مبتلا و گروه کنترل جامعه

**مواد و روش‌ها:** این بررسی در سال ۱۳۸۸ به روش مقطعی در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله انجام شد. گروه اول شامل کودکان و نوجوانان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی شفا رشت بودند که براساس مصاحبه بالینی روانپزشک کودک و نوجوان و پرسشنامه نیمه ساختاری Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children (KSADS) تشخیص نقص توجه- بیش‌فعالی داشتند. گروه دوم همشیرهای این کودکان و گروه سوم کودکان مراجعه‌کننده به درمانگاه کودک و نوجوان دانشکده دندانپزشکی گیلان بودند که عدم وجود این اختلال توسط مصاحبه بالینی و پرسشنامه فوق‌تایید شد. نگرش گروه‌ها نسبت به مصرف سیگار و مشخصات دموگرافیک نیز توسط پرسشنامه دیگری ارزیابی شد.

**نتایج:** نتایج مطالعه حاکی از نگرش منفی به سیگار در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی بود و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشت. بین نگرش دختران و پسران اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت، اما ارتباط معکوس بین سن و نگرش منفی نسبت به سیگار مشهود بود ( $r = -0.1618$ ) همچنین نگرش کودکان مبتلا به بیش‌فعالی- نقص توجه در خصوص آرام‌شدن با مصرف سیگار به شکل معنی‌داری بیشتر از گروه‌های دیگر بود.

**نتیجه‌گیری:** نگرش منفی نسبت به سیگار در گروه‌های مورد مطالعه می‌تواند بیانگر بالاتر بودن سن تغییر نگرش به سیگار در کودکان و نوجوانان مورد بررسی باشد. تفاوت در نگرش این کودکان در خصوص آرام‌شدن با مصرف سیگار می‌تواند نشانگر اهمیت علامت‌ی‌قراری حرکتی و ذهنی در این کودکان و موید لزوم درمان به‌موقع این کودکان باشد.

نتایج این مطالعه می‌تواند گامی اولیه برای انجام مطالعات بیشتر به منظور تعیین گروه‌های سنی در معرض خطر برای تغییر نگرش به سیگار باشد. در این صورت می‌توان مداخلات آموزشی پیشگیرانه را در زمینه مصرف سیگار در نوجوانان در زمان مناسب برنامه‌ریزی کرد.

**کلید واژه‌ها:** اختلال نقص توجه با بیش‌فعالی / سیگار کشیدن / کودکان / نگرش

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست‌ویکم شماره ۸۳، صفحات: ۴۳-۵۱

## مقدمه

مبتلا بهبودی نسبی پیدا کرده ولی می‌توانند مستعد رفتار ضداجتماعی، اختلالات مصرف مواد و اختلالات خلق باشند. بررسی‌ها حاکی از این است که در ۵۰ تا ۶۰ درصد موارد علائم این اختلال تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند (۲). شیوع ADHD در بزرگسالان حدود ۵ درصد تخمین زده می‌شود (۳). در کودکان مبتلایی که نشانه‌هایشان تا دوران نوجوانی دوام می‌آورد، خطر ابتلا به اختلال سلوک بالا است. کودکان مبتلا به ADHD و اختلال سلوک همزمان نیز در معرض خطر ابتلا به اختلال وابسته به مواد قرار دارند. ADHD به تنهایی و

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (hyperactivity disorder) / ADHD = Attention -deficit) الگوی پایدار عدم توجه و/ یا بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشی می‌باشد که شدیدتر و شایع‌تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می‌شود. ADHD یکی از شایع‌ترین علل مراجعه به کلینیک روانپزشکی اطفال بوده و شیوع این بیماری ۵ تا ۱۲ درصد گزارش شده‌است. شیوع این اختلال در پسرها نسبت به دخترها ۲ به ۱ تا ۹ به ۱ می‌باشد (۱). سیر ADHD متغیر بوده نشانه‌ها ممکن است تا نوجوانی یا بزرگسالی تداوم یابند. اکثر بیماران

Dan Freeman و همکاران در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ روی درک کودکان نسبت به سیگار انجام دادند به این نتیجه رسیدند که ۹۷٪ کودکان مصرف سیگار را برای سن خود متناسب نمی‌دانند و ۹۰٪ کودکان با نتایج منفی مصرف سیگار روی سلامتی موافق بودند. ۳ تا ۲۲٪ از کودکان بر این عقیده بودند که سیگار کشیدن لذت بخش است و برای لاغر ماندن و جذابیت و بهبود اعتماد نفس مفید است. ۴۰٪ از کودکان کلاس پنجم بر این عقیده بودند که سیگار کشیدن موجب آرامش می‌شود و ۳۰٪ بیان می‌کردند که مصرف سیگار باعث بهبود خلق بد می‌شود. درصد بالایی از کودکان کلاس پنجم سیگار کشیدن را راهی برای کاهش استرس و بهبود خلق نامطلوب می‌دانستند (۲۰).

در مطالعه Porcellato و همکاران در مورد نگرش کودکان ۸-۴ ساله نسبت به سیگار، ۹۱٪ کودکان مصرف سیگار توسط مردم را بد می‌دانستند، ۳٪ این رفتار را خوب و ۶٪ کودکان عقیده‌ای در این مورد نداشتند. ۷۰٪ کودکانی که دیدگاه مثبت به سیگار داشتند والدین سیگاری داشتند و سن ۶۰٪ از آنها بین ۴-۵ سال بود. پسرانی که سیگار کشیدن را خوب می‌دانستند، دو برابر دختران بودند. نکته جالب این بود که با وجود نگرش کلی منفی کودکان نسبت به این عادت، بخش بزرگی از آنها معتقد بودند که وقتی بزرگ شدند، این رفتار می‌تواند خوب باشد (۱۶).

امیری و همکارانش عوامل موثر برگرایش به سیگار را داشتن دوستان سیگاری و کنجکاو یافتند (۱۵).

Greenland و همکارانش در مطالعه‌ای بر روی ۹۳۳ کودک کلاس سوم تا ششم گزارش کردند که این دانش آموزان در کل با اثرات منفی مصرف سیگار روی سلامتی جسمی و روانی عملکرد اجتماعی موافق بودند و اختلاف آماری معنی‌دار در نگرش دختران و پسران وجود نداشت (۱۳).

Wang و همکارانش به این نتیجه رسیدند که کودکان بر این باورند که اعتیاد به سیگار بعد مدتی ظاهر می‌شود و بر این اساس تمایل بیشتری برای مصرف سیگار برای کسب تجربه نشان می‌دادند. در این مطالعه کودکانی که معتقد بودند که یکبار مصرف سیگار می‌تواند منجر به اعتیاد به سیگار شود، تمایل کمتری به تجربه سیگار نشان دادند (۱۸).

بدون همراهی با اختلال سلوک نیز با افزایش احتمال مصرف مواد در بزرگسالی همراه است (۴۰۳). چندین مطالعه حاکی از این است که ADHD باعث شروع زودتر و شدت بیشتر وابستگی به مواد می‌شود (۷-۵). همچنین این اختلال با شروع زودرس مصرف منظم سیگار و شدت بیشتر وابستگی به نیکوتین ارتباط دارد (۹۰۸). به نظر می‌رسد که ADHD یکی از پیش زمینه‌های دوران کودکی برای احتمال بیشتر مصرف سیگار و مواد باشد (۱۰). مطالعه‌ای که در کشورمان روی نوجوانان دارای سابقه ADHD انجام شده موید پایین‌تر بودن سن شروع مصرف سیگار و بیشتر بودن شدت مصرف در این گروه از نوجوانان در مقایسه با گروه شاهد بود (۱۱) از سوی دیگر بررسی‌های اپیدمیولوژی موید ارتباط مصرف سیگار با اختلالات روانپزشکی بوده و یکی از مهم‌ترین آنها ADHD می‌باشد (۱۲). مصرف سیگار در کودکان و نوجوانان از بزرگترین مشکلات بهداشتی جهان است (۱۳). هر چه سن شروع مصرف سیگار پایین‌تر باشد، وابستگی به نیکوتین شدیدتر خواهد بود (۱۲)، همچنین احتمال ترک این رفتار در بزرگسالی کمتر و احتمال مرگ زودرس به علت بیماری‌های ناشی از مصرف طولانی سیگار بیشتر خواهد بود (۱۴). بررسی در دانش‌آموزان دبیرستانی کشورمان، مشخص کرد که ۲۲٪ دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان سیگار مصرف می‌کنند (۱۵).

بر اساس تئوری دروازه‌ای (gate way theory) شروع زودرس مصرف سیگار پیش‌بینی‌کننده مصرف مواد غیرقانونی در دوران نوجوانی و بزرگسالی می‌باشد (۸ و ۱۴).

شروع مصرف سیگار در کودکان و نوجوانان بدنبال کسب آگاهی در مورد این ماده رخ می‌دهد و این آگاهی پیش‌نیاز نگرش‌ها و باورهای بعدی در مورد این ماده است (۱۶ و ۱۷). تلاش برای پیشگیری از مصرف مواد از دوران کودکی شروع می‌شود و برای این منظور لازم است نگرش کودکان مورد بررسی قرار گیرد (۱۸ و ۱۹). از آنجا که ایجاد نگرش مثبت برای انجام رفتارهای سالم آسان‌تر از تغییر نگرش منفی است، مداخلات موثر بر پایه ارزیابی دقیق دانش و باور گروه هدف می‌باشد (۱۶). با این حال مطالعات محدودی در زمینه نگرش به مصرف سیگار در دوره قبل از نوجوانی انجام شده است (۱۳).

طرح قبل از اجرای طرح اطلاعات لازم در زمینه اهداف پژوهش فوق را در اختیار والدین و کودکان قرار دادند و رضایت‌نامه کتبی والدین در زمینه تکمیل پرسشنامه‌ها دریافت شد. در ادامه پرسشنامه که شامل سه بخش بود به آنها داده شد. بخش اول ویژگی‌های جمعیت‌شناسی، خانوادگی و اجتماعی شامل سن، وضعیت فعلی مصرف سیگار و مواد در اعضا خانواده و بخش دوم پرسشنامه نگرش نسبت به مصرف سیگار و بخش سوم پرسشنامه نیمه ساختار یافته K-SADS بود. پرسشنامه نگرش نسبت به مصرف سیگار با استفاده از پرسشنامه به کار رفته در تحقیق Dan freeman و همکارانش (۲۸) تهیه شد. جهت تعیین پایایی ترجمه متن آن از انگلیسی به فارسی و ترجمه‌ی مجدد آن از فارسی به انگلیسی انجام شد و سپس با نظر خواهی از ۷ نفر از اعضای هیأت علمی روایی آن ثابت شد. ثبت جواب سوالات بر اساس انتخاب یکی از ۴ گزینه زیر توسط کودک، که گزینه بلی و شاید به معنی موافقم و گزینه اینطور فکر نمی‌کنم و خیر به معنی مخالفم ثبت گردید. جهت نمره‌دهی سوالات مشخص، متفاوت بود. بر این اساس حداکثر نمره‌ی نگرش منفی به سیگار نمره‌ی ۱۲ و حداکثر نمره‌ی نگرش مثبت، نمره‌ی صفر ثبت گردید و نقطه‌ی مرزی عدد ۶ تعیین شد. پرسشنامه K-SADS برای رد تشخیص ADHD در همشیره‌ها و نیز تشخیص اختلالات همراه در کودکان مبتلا به ADHD و همشیره‌های آنها صورت گرفت. پرسشنامه K-SADS یک پرسشنامه نیمه ساختاری است که به منظور تشخیص انواع اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا به کار می‌رود. پرسشنامه برای افراد ۱۸-۶ سال بکار می‌رود. توسط مصاحبه‌گر از کودک و والدین پرس می‌شود، هر سوال با نظر والد، بیمار و پرسشگر و در دو حالت زمانی گذشته و حال جواب داده می‌شود و در صورتی که پرسش‌های اولیه شک به وجود اختلال را در زمان حال یا گذشته مطرح کند، از بخش تکمیلی پرسشنامه که شامل سوال‌های کامل‌تر است، استفاده می‌شود. طیف اختلالاتی که توسط آزمون سنجیده می‌شود شامل اختلالات خلقی، سایکوزها، اختلالات اضطرابی، اختلالات رفتاری تخریبی، اختلالات تیک، سوء مصرف مواد و اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. با ارزیابی و مقایسه اطلاعات

Sigelmen معتقد است که دانش‌آموزان دوره ابتدایی از واقعیت‌هایی مثل نام و خواص فیزیکی مواد اطلاع دارند اما اطلاعات آنها در خصوص تاثیر مواد روی رفتار و سلامتی خیلی عمیق نیست و به نظر می‌رسد نگرش کودکان در مورد اثرات رفتاری مواد از اواسط دوران ابتدایی شروع به تغییر به سمت مثبت می‌کند(۱۹).

هر چند مطالعات زیادی در خصوص شیوع و الگوی مصرف سیگار در نوجوانان و بزرگسالان دارای سابقه ADHD انجام شده، در منابع در دسترس ما، مطالعه‌ای در مورد نگرش کودکان مبتلا به ADHD در خصوص سیگار یافت نشد. از آنجا که ADHD اختلال بسیار شایعی می‌باشد و مبتلایان در معرض خطر بیشتری برای مصرف سیگار و مواد هستند و با توجه به اینکه نگرش فرد مقدمه بروز رفتار درونی می‌باشد و نگرش مثبت به سیگار پیش زمینه مصرف این ماده در کودکان و نوجوانان است، بر آن شدیم تا نگرش کودکان مبتلا به ADHD را که در سن دبستان می‌باشند با همشیره‌های غیر مبتلایشان و گروه کنترل در جامعه مقایسه نماییم. هدف از انجام این پژوهش تعیین نگرش در کودکان مبتلا به ADHD در سن مدرسه نسبت به سیگار در مقایسه با همشیره‌های غیرمبتلا به ADHD و گروه کنترل از کودکان هم سن در جامعه می‌باشد.

## مواد و روش‌ها

بررسی از نوع مقطعی مقایسه‌ای (Comparative cross sectional) بود. گروه اول کودکان ۷ الی ۱۲ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان مرکز آموزش درمانی شفای شهرستان رشت بودند که بر طبق مصاحبه بالینی توسط روانپزشک کودک و نوجوان و با استفاده از پرسشنامه نیمه ساختاری K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children) تشخیص ADHD برایشان داده شده بود و گروه دوم همشیره‌های این کودکان بودند که تشخیص ADHD براساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه فوق رد شده بود. ابتدا کودکان مبتلا به ADHD که دارای همشیر در محدوده سنی ۷-۱۲ سال بودند، از روی لیست ثبت شده بیماران که شامل اطلاعات شخصی کودکان است، شناسایی شدند. مجریان

بر این اساس، گروه اول شامل کودکان مبتلا به ADHD و گروه دوم همشیره‌های غیرمبتلا به ADHD می‌باشند. این انتخاب بدلیل همسان‌کردن تاثیر عوامل اجتماعی- اقتصادی در نگرش و یکسان‌بودن این عوامل در خانواده صورت گرفت.

### نتایج

در این مطالعه ۱۲۶ کودک تحت مطالعه قرار گرفتند. گروه‌های بیمار، کنترل و همشیره‌ها، هر کدام ۴۲ نفر بودند. اطلاعات دموگرافیک مربوط به گروه‌ها در جدول ۱ موجود می‌باشد. در خانواده‌های کودکان تحت بررسی ۶۰ نفر مصرف سیگار را در خانواده ذکر کردند (۴۷/۶٪). میانگین نمره نگرش نسبت به سیگار در گروه دختران ۹/۵±۱/۳ و در گروه پسران ۹/۷±۱/۶ بود که با توجه به t-Test اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. میانگین نمره نگرش به مصرف سیگار در سه گروه اختلاف معنی‌داری را نشان نداد (جدول ۲).

بدست آمده از کودک و والدین تشخیص نهایی به عهده درمانگر است. پایایی و روایی این ابزار در ایران تایید شده است (۲۰). برای جمع‌آوری گروه کنترل طبق هماهنگی انجام شده با دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مجریان طرح پرسشنامه فوق را با همان ترتیب و الگو در کودکان سنین ۷ تا ۱۲ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک دندانپزشکی تکمیل نمودند که براساس مصاحبه نیمه ساختار یافته K-SADS و مصاحبه بالینی انجام شده بود. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها متغیرها برحسب امتیاز بدست آمده از پرسشنامه دسته‌بندی شدند. در نهایت برای تحلیل داده‌های بدست آمده برحسب مورد از فراوانی، درصد و آزمون‌های آماری t-Test و مجذور کا استفاده شد لازم به ذکر است که  $Pvalue < 0/0$  معنی‌دار تلقی شده است.

متغیرها شامل نگرش کودک، وجود یا عدم وجود ADHD سن، جنس، مصرف سیگار در یکی از اعضای خانواده، سوء مصرف مواد در یکی از اعضاء خانواده و وجود بیماری همراه است.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک و نگرش گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	ADHD (۴۲ نفر)	همشیر (۴۲ نفر)	کنترل (۴۲ نفر)	P-Value	گروه
سن (میانگین ± انحراف معیار)	۹/۴۸ ± ۱/۹۲	۱۰/۱۰ ± ۲/۱۳	۹/۴۸ ± ۱/۹۲	NS	
جنس				NS	
دختر	۲۲	۱۹	۲۲		
پسر	۲۰	۲۳	۲۰		
نگرش (%)				NS	
مثبت	.	۲/۴	۲/۴		
منفی	۱۰۰	۹۷/۶	۹۷/۶		
مصرف سیگار در خانواده				NS	
بلی	۲۱	۲۱	۱۸		
خیر	۲۱	۲۱	۲۴		
سوء مصرف مواد در خانواده				NS	
بلی	۸	۸	۶		
خیر	۳۴	۳۴	۳۶		

NS: Non Significant

ADHD= Attention Deficit Hyperactivity Disorder

جدول ۲: میانگین امتیازات کسب شده در رابطه با نگرش نسبت به مصرف سیگار در گروه‌های تحت مطالعه

گروه	میانگین	انحراف معیار
بیمار	۱۰/۰۵	۱/۳۰
همشیر	۹/۳۱	۱/۵۰
کنترل	۹/۵۰	۱/۶۱

میانگین نمره نگرش نسبت به مصرف سیگار در گروه کودکان ADHD که بیماری همراه داشته (۱۰/۱۷±۱/۲۶) و در گروهی که بیماری همراه نداشته (۹/۷۵±۱/۴۲) بود که T Test اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد. با توجه به اطلاعات بدست آمده ارتباط معکوس سن و نگرش منفی نسبت به سیگار بدست آمد به این صورت که با افزایش سن، نگرش به سیگار در جهت مثبت افزایش می یابد  $r = -0/618$  ارتباط معنی داری بین جنس و نگرش نسبت به مصرف سیگار دیده نشد.

نگرش کودکان تحت بررسی نسبت به هر یک از سوالات در جدول ۳ نشان داده شده است. میزان همبودی اختلالات روانپزشکی در گروه‌های مورد مطالعه در جدول ۴ مشهود است. میانگین نمره نگرش کودکان ADHD نسبت به سیگار در گروهی که مصرف سیگار در اعضاء خانواده داشته  $1/06 \pm$  و در گروهی که مصرف سیگار در خانواده نداشته  $1/33 \pm 9/91$  بود که با توجه به T Test اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود نداشت.

جدول ۳: نگرش کودکان تحت بررسی نسبت به هر یک از سوالات

نگرش		گزینه
تعداد موارد مثبت (درصد)	تعداد موارد منفی (درصد)	
۲ (۱/۶)	۱۲۴ (۹۸/۴)	سیگار کشیدن برای دخترهای همسن من مناسب است.
۲ (۱/۶)	۱۲۴ (۹۸/۴)	سیگار کشیدن برای پسرهای همسن من مناسب است.
۱۱۰ (۸۷/۳)	۱۶ (۱۲/۷)	سیگار کشیدن باعث می شود مردم احمق به نظر برسند.
۶ (۴/۸)	۱۲۰ (۹۵/۲)	سیگار کشیدن خیلی بد است.
۱ (۰/۸)	۱۲۵ (۹۹/۲)	سیگار کشیدن مردم را مریض می کند.
۳ (۲/۴)	۱۲۳ (۹۷/۶)	اگر یکی از دوستانم شروع به سیگار کشیدن کند من ناراحت می شوم.
۱ (۰/۸)	۱۲۵ (۹۹/۲)	سیگار کشیدن لذت بخش است.
۵۸ (۴۶)	۶۸ (۵۴)	سیگار کشیدن باعث تناسب اندام می شود.
۲ (۱/۶)	۱۲۴ (۹۸/۴)	سیگار کشیدن مردم را جذاب می کند.
۴ (۳/۲)	۱۲۲ (۹۶/۸)	سیگار کشیدن باعث می شود مردم به خودشان مطمئن شوند.
۵۳ (۴۲/۱)	۷۳ (۵۷/۹)	سیگار کشیدن مردم را آرام می کند.
۵۸ (۴۶)	۶۸ (۵۴)	وقتی کسی ناراحت است سیگار کشیدن باعث آرام شدنش می شود.

جدول ۴: بررسی فراوانی اختلالات همراه در گروه کودکان مبتلا به ADHD

بیماری	تعداد	درصد
اختلال رفتار مقابله جویانه	۳	۷/۱
اختلال ترس مرضی	۱	۲/۴
اختلال اضطراب فراگیر	۱	۲/۴
اختلال افسردگی بزرگ	۱	۲/۴
اختلال وسواسی- اجباری	۵	۱۱/۹
اختلال تیک	۵	۱۱/۹
اختلال شب ادراری	۶	۱۴/۳
اختلال رفتار مقابله جویانه + اختلال افسردگی بزرگ	۲	۴/۸
اختلال رفتار مقابله جویانه+اختلال تیک	۱	۲/۴
اختلال رفتار مقابله جویانه+ اختلال شب ادراری	۱	۲/۴
اختلال رفتار مقابله جویانه + اختلال افسردگی بزرگ+ اختلال تیک	۱	۲/۴
اختلال افسردگی بزرگ + اختلال شب ادراری	۱	۲/۴
اختلال تیک + شب ادراری	۲	۴/۸
بدون اختلال	۱۲	۲۸/۴
جمع	۴۲	۱۰۰

ADHD= Attention Deficit Hyperactivity Disorder

## بحث و نتیجه گیری

سپس شروع رفتار مصرف سیگار باشد. در مطالعه‌ای که امیری و همکارانش در دانش‌آموزان پسر دبیرستان شهر رشت انجام دادند، میانگین سن شروع مصرف سیگار  $12/8 \pm 2$  سال بود (۱۵). میانگین سنی در گروه‌های مورد مطالعه در این بررسی ۹/۴۸ و ۱۰/۱۰ سال بود و بر این اساس به نظر می‌رسد فاصله زمانی بین تغییر نگرش نسبت به سیگار و شروع رفتار مصرف سیگار در فاصله زمانی کوتاهی اتفاق می‌افتد.

البته در مطالعه آنها مصرف سیگار شامل همه انواع مصرف و از جمله مصرف برای کسب تجربه نیز بوده است و تنها ۱۵ درصد از نوجوانان واجد ملاک‌های سیگاری بودن (Current smoker) بودند و اغلب آنان مصرف برای کسب تجربه داشتند. شاید نگرش مثبت به سیگار در نوجوانانی که مصرف برای کسب تجربه دارند، نقش کمتری داشته و انگیزه این دسته از نوجوانان غالباً کنجکاوی است. در واقع مصرف برای کسب تجربه و مصرف به دنبال نگرش مثبت به سیگار دو عامل جداگانه در شروع مصرف سیگار در سنین ابتدای نوجوانی در نظر گرفته می‌شوند (۲۳).

این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که نگرش کودکان مبتلا به ADHD را نسبت به سیگار مورد بررسی قرار می‌دهد. مطالعات نگرش‌سنجی قبلی هیچکدام روی کودکان ADHD متمرکز نشده‌اند. وجودناشتن اختلاف آماری معنی‌دار در نگرش کلی این کودکان نسبت به سیگار در مقایسه با گروه همشیرها و گروه کنترل علی‌رغم شروع زودتر رفتار مصرف سیگار در نوجوانان ADHD (۲۰۸)، شاید بدلیل مقطع سنی پایین در گروه‌های مورد مطالعه بود (۷ تا ۱۲ سال).

همچنین پایین بودن حجم نمونه و همراه نبودن موارد قابل توجهی از اختلال رفتار مقابله‌ای همراه با ADHD می‌تواند موید نتایج مطالعاتی باشد که همراهی اختلال رفتار مقابله‌ای و اختلال سلوک با ADHD را در بروز رفتار مصرف سیگار موثرتر از خود ADHD به تنهایی می‌دانند (۲۴). در این مطالعه همبودی اختلال رفتار مقابله‌ای با ADHD در نگرش مثبت به سیگار تأثیری نداشته است و موردی از اختلال سلوک در گروه کودکان مبتلا به ADHD وجود نداشت.

این مطالعه با هدف اصلی ارزیابی نگرش کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به ADHD نسبت به مصرف سیگار در مقایسه با همشیرهای غیر مبتلا انجام شده. مهم‌ترین یافته این مطالعه نگرش منفی کودکان و نوجوانان زیر ۱۲ سال در نمونه‌های مورد بررسی بود و از این نظر تفاوتی بین گروه‌های مورد مطالعه و همچنین بین دختران و پسران وجود نداشت. همچنین ارتباط معکوس بین سن و نگرش منفی نسبت به سیگار مشهود بود، به این ترتیب که با افزایش سن، نگرش به سیگار در جهت مثبت شدن تغییر می‌کند ( $r = -0/618$ ).

نتایج این مطالعه در خصوص نگرش کودکان به سیگار با نتایج مطالعات قبلی همسو می‌باشد (۱۳، ۱۶، ۱۹). برای مثال در مطالعه Danfreemon ۹۷ درصد کودکان سیگار کشیدن را برای سن خود مناسب نمی‌دانستند (۲۱) و در مطالعه Procellato ۹۱ درصد کودکان سیگار کشیدن را بد می‌دانستند (۱۶) و در مطالعه ما ۹۸/۴ درصد کودکان این نظر را داشتند.

البته در مطالعه Procellato داشتن والدین سیگاری در داشتن دیدگاه مثبت به سیگار نقش داشت و پسران دیدگاه مثبت بیشتری نسبت به دختران داشتند (۱۶) که در مطالعه ما اختلافی در این موارد مشاهده نشد.

اما وجودناشتن اختلاف در نگرش دختران و پسران با نتایج مطالعه Greenland همخوانی دارد (۱۳). همچنین عدم یافتن ارتباط بین نگرش مثبت به سیگار و مصرف سیگار در خانواده با مطالعه Danfreemon هماهنگ بود (۲۱).

همچنین نتایج مطالعه ما حاکی از این بود که با افزایش سن، نگرش مثبت به سیگار به شکل معنی‌داری افزایش می‌یابد و این یافته با نتایج مطالعات قبلی همخوان می‌باشد (۱۹).

از آنجا که سیگار کشیدن یک پدیده تکاملی محسوب می‌شود و اغلب مدل‌های روانشناختی موید این نکته می‌باشند که نگرش مثبت به سیگار پیش‌بینی‌کننده رفتار سیگار کشیدن در نوجوانان می‌باشد (۲۲)؛ و با توجه به مطالعاتی که در دنیا و کشورمان انجام شده و همگی بیانگر شایع‌ترین سن شروع مصرف سیگار در محدوده سنی نوجوانان در زیر ۱۸ سال می‌باشد (۱۳-۱۱، ۲۳ و ۲۴) به نظر می‌رسد که سن ابتدای نوجوانی سن کلیدی برای تغییر نگرش از منفی به مثبت و

این باورهای غلط در کودکان از نکات قابل توجه و مهم در این مطالعه می‌باشد و می‌تواند پیش زمینه‌ای برای انجام مطالعات وسیع‌تر در خصوص نگرش‌سنجی و همچنین افزایش آگاهی در خصوص زمینه‌های ذهنی کودکان در خصوص مصرف سیگار باشد. نتیجه کاربردی از این مطالعه می‌تواند گامی کوچک در جهت تشخیص گروه سنی هدف برای انجام مداخلات آموزشی و پیشگیرانه در زمینه مصرف سیگار باشد. بر این اساس به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزشی برای ایجاد نگرش صحیح می‌تواند در اواخر دوران کودکی یا اوائل نوجوانی باشد.

**محدودیت‌ها:** از محدودیت‌های این مطالعه مشکل در یافتن مواردی از کودکان ADHD در گروه سنی ۷ تا ۱۲ سال بود که همشیر غیرمبتلا داشتند و این امر باعث کم‌شدن حجم نمونه شد. همچنین بهتر بود که این مطالعه ابتدا در جمعیت عادی صورت می‌گرفت که متأسفانه بدلیل وجود باورهای غلط در سیستم حراست آموزش و پرورش برای تایید پرسشنامه‌های قابل انجام برای داشتن‌آموزان، با انجام پرسشنامه این مطالعه در مدارس عادی موافقت نشد. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دستیاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان می‌باشد.

البته گروهی از کودکان مبتلا به ADHD که اختلال رفتار مقابله‌ای داشتند به شکل معنی‌داری پاسخ مثبت به سوال تاثیر مثبت سیگار در تناسب اندام دادند. این یافته می‌تواند مطرح‌کننده مقدمه‌ای برای تغییر نگرش در این کودکان نسبت به سایر گروه‌ها باشد؛ با وجود معنی‌دار نبودن نگرش کلی بین گروه ADHD و گروه‌های کنترل، نگرش این کودکان در خصوص آرام شدن با مصرف سیگار به شکل معنی‌داری از گروه‌های دیگر بیشتر بود و شاید این اختلاف نگرش، مقدمه‌ای برای تغییرات بیشتر در نگرش این کودکان و پیش زمینه‌ای برای شروع زودتر مصرف سیگار باشد. همچنین می‌توان این احتمال را مطرح کرد که ارزش این شاخص (آرام شدن با مصرف سیگار) در کودکان مبتلا به ADHD در مقایسه با سایر سوالات بیشتر باشد، چرا که بی‌قراری جسمی و ذهنی در مبتلایان به ADHD از مهم‌ترین علائم است و در مسیر تکاملی علائم اختلال، از کودکی به نوجوانی، بی‌قراری حرکتی و پرفعالیتی در کودکی به بی‌قراری ذهنی در نوجوانی و بزرگسالی تبدیل می‌شود(۱).

با وجود نگرش کلی منفی در کودکان هر ۳ گروه مورد مطالعه بسیاری از آنها اعتقاد داشته که سیگار کشیدن باعث آرام شدن، تناسب اندام و بهتر شدن ناراحتی فرد می‌شود. آشکار شدن

## منابع

- Spetie L, Arnold EL. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Martin A, Volkmar FR, Editors. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook. 4th ed. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 430-451.
- Adler L, Cohen J. Diagnosis and Evaluation of Adult with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Psychiatr Clin North Am 2004; 27(2): 187-201.
- Wilens TE. Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder and the Substance Use Disorders: The Nature of Issues. Psychiatr Clin North Am 2004; 27(2): 283-301.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young Adult Follow-Up of Hyperactive Children; Antisocial Activities and Drug Use. J Child Psychol Psychiatry 2004; 45(2): 195-211.
- Looby A. Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder and the Development of Substance Use Disorder: Valid Concern or Exaggeration? Addictive Behaviors 2008; 33(3): 451-463.
- King VL, Brooner RK, Kidroff MS, Stoller KB, Mirsky AF. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Treatment Outcome in Opioid Abusers Entering Treatment. J Nerv Ment Dis 1999; 187(8): 487-495.
- Riggs PD, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, Lohman M, Kayser A. A Randomized Controlled Trial of Pemoline - Deficit/Hyperactivity Disorder In Substance - Abusing Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43(4): 420-429.
- Riggs PD, Mikulich SK, Whitmore EA, Crowley TJ. Relationship of ADHD, Depression, And Non-Tobacco Substance Use Disorders To Nicotine Dependence In Substance-Dependent Delinquents. Drug Alcohol Depend 1999; 54(3): 195-205.
- Molina BSG, Pelham WE. Childhood Predictors of Adolescent Substance Use in A Longitudinal Study of Children With ADHD. Journal of Abnormal Psychology 2003; 112(3): 497-507.
- Arias AJ, Gelernter J, Chan G, Weiss RD, Brady KT, Farrer L, Kranzler HR. Correlates of Co-Occurring ADHD in Drug-Dependent Subjects: Prevalence and

Features of Substance Dependence and Psychiatric Disorders. *Addict Behav* 2008; 33(9): 1199-1207.

11. Kousha M, Shahrivar Z, Alaghband-Rad J. Substance Use Disorder And ADHD: Is ADHD A Particularly 'Specific' Risk Factor?. *J Atten Disord* 2012; 16(4): 325-332.

12. Moolchan ET, Ernst M, Henningfield JE. A Review of Tobacco Smoking in Adolescents: Treatment Implication. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(6): 682-693.

13. Greenland KJ, Johnson CC, Webber LS, Berenson GS. Cigarette Smoking Attitudes and First Use among Third- Through Sixth-Grade Students: The Bogalusa Heart Study. *Am J Public Health* 1997; 87(8): 1345-1348.

14. Milton B, Cook PA, Dugdill L, Porcellato L, Springett J, Woods SE. Why Do Primary School Children Smoke? A Longitudinal Analysis of Predictors of Smoking Uptake During Pre-Adolescence. *Public Health* 2004; 118(4): 247-255.

15. Mohtasham Amiri Z, Cirus Bakht S, Nikravesh Rad R. Cigarette Smoking Among Male High School Students In Rasht. *J Guilan Univ Med Sci* 2008; 65(17): 100-107. [Text in Persian]

16. Porcellato L, Dugdill L, Springett J, Sanderson FH. Primary Schoolchildrens' Perceptions of Smoking: Implication for Health Education. *Health Educ Res* 1999; 14(1): 71-83.

17. Andrews JA, Tildesley E, Hops H, Duncan SC, Serverson HH. Elementary School Age Children's Future Intentions and Use of Substances. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003; 32(4): 556-567.

18. Wang C, Henley N, Donovan RJ. Exploring Children's Conceptions of Smoking Addiction. *Health Educ Res* 2004; 19(6): 626-634.

19. Sigelman CK, Rinehart CS, Sorongon AG, Bridges LJ, Wirtz PW. Teaching A Coherent Theory of Drug Action To Elementary School Children. *Health Educ Res* 2004; 19(5): 501-513.

20. Shahrivar Z, Kousha M, Moallemi S, Tehrani-Doost M, Alaghband-Rad J. The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Life-Time Version - Persian Version. *Child and Adolescent Mental Health* 2010; 15(2):97-102.

21. Freeman D, Brucks M, Wallendorf M. Young Children's Understandings of Cigarette Smoking. *Addiction* 2005; 100(10): 1537-1545.

22. Sadock BJ, Sadock VA. Attention-Deficit Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th Ed. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 1206-1217.

23. Greenhill LL, Hechtman LI. Attention-Deficit Disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009: 3560-3579.

24. Clure C, Brady KT, Saladin ME, Johnson D, Waid R, Rittenbury M. Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder Substance Use: Symptom Pattern and Drug Choice. *Am J Durg Alcohol Abuse* 1999; 25(3): 441-448.



# Attitude towards Cigarette Smoking in Attention Deficit Hyperactive Children Compared to that among their Normal Siblings and Normal Control

\*Kousha M.(M.D)<sup>1</sup>- Nekuee shoja N.(M.D)<sup>1</sup>- Soroush H.(M.D)<sup>1</sup>- Najafi K.(M.D)<sup>1</sup>-Mohtasham amiri Z.(M.D, M. Ph)<sup>2</sup>

\*Corresponding Address: Department of Psychiatry, Shafa Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

E- mail: m-kousha@gums.ac.ir

Received: 25/Dec/2011 Accepted: 10/May/2012

## Abstract

**Introduction:** ADHD is a common disorder in children and adolescents. The children and adolescents with ADHD are at a high risk for cigarette smoking and substance abuse. Studies show earlier age of the onset of cigarette smoking in these groups of children and adolescents.

**Objective:** This study was performed to determine the attitude towards cigarette smoking in attention deficit-hyperactive children from 7 to 12 years of age compared to that among their normal siblings and control group.

**Materials and Methods:** This was a comparative cross sectional study performed on three groups of 7 to 12 years old children. The first group was the patients referred to Shafa Hospital with the diagnosis of ADHD based on clinical interview of child and adolescent psychiatrist and semi-structured K- SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children) interview. The second group was siblings of the first group and the third group was the patients referred to dentistry clinic of Guilan University, that were not ADHD by clinical interview and K- SADS. Attitude toward cigarette smoking and demographic data also were gathered by another questionnaire.

**Result:** Our study shows negative attitude of ADHD group towards cigarette smoking and there was no difference between different groups, and between boys and girls. But there was a negative correlation between age and attitude toward cigarette smoking ( $r = -0.618$ ). There was a significant difference between ADHD group's attitude towards smoking as a relaxing act and other groups.

**Conclusion:** Negative attitude toward cigarette smoking in the above-mentioned groups shows that the age of changing attitude toward cigarette smoking in the adolescents would be higher. The attitude of being relaxed by cigarette smoking in ADHD adolescents show motor and mind restlessness, which is so important that treatment is essential. The results of this study could be a preliminary step for performing more studies to determine target groups for preventive education of adolescents about cigarette smoking.

**Key word:** Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ Attitude/ Children / Smoking

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 83, Pages: 43-51

1. Department of Psychiatry, Shafa Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

2. Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN