

הפקולטה למדעי הרוח

בית הספר לחינוך

המגמה לפסיכולוגיה חינוכית ופסיכולוגיה קלינית של הילד

**תפיסות סיכון ותועלת כגורמים מתווכים בקשר בין תסמיני ADHD לבין
נטייה לעישון**

**Risk and Benefit Perception as Mediators of the Association between
ADHD Symptoms and Smoking**

עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך

מגישה: בתיה מאירפלד

ת.ז. 203577101

מנחה: ד"ר יהודה פולק

מרץ 2016, אדר תשע"ו

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neuro-developmental psychiatric disorder that is characterized by attention deficits, hyperactivity, and impulsivity. People with ADHD have been shown to engage in greater risk taking. As part of risk taking, adults with ADHD exhibit greater propensity to smoking, and to drug and alcohol use. The goal of this study was to identify the mechanism that underlies the association between ADHD and risk taking, and specifically between ADHD and smoking. The study was conducted from a behavioral- economic perspective, which focuses on the individual as an active agent, with preferences and intentions. Thus, we expected to shed light on decision making by young adults with ADHD symptoms by investigating the way in which they evaluate the outcomes of their actions. In this study, we used the model of Behavioral Decision Theory (BDT) for understanding risk-taking behavior. This model assumes that the decision to take a risk is a function of the risk perception and benefit perception of the specific activity, and one's attitude towards these perceptions. Research supports the claim that people with ADHD differ from the unaffected population in their risk/benefit perception of risky situations. Accordingly, this study hypothesized that adults with greater ADHD symptoms would report a higher benefit perception and lower risk perception than adults with less symptoms of ADHD, and that those perceptions will mediate the association between smoking and ADHD. In order to test this hypothesis, 147 adults filled out three questionnaires: (1) a demographic questionnaire that included information regarding ADHD diagnosis and smoking history; (2) an ADHD symptom questionnaire (Adult ADHD Self Report Scale) ; and (3) a risk and benefit perception questionnaire (Smoking Expectations Scale). Following analysis of the data, results partially support our hypothesis. A positive association was found between ADHD symptoms and smoking. Moreover, individuals who smoke exhibited high benefit perceptions and low risk perceptions regarding smoking. However, there was no association found between degree of ADHD symptoms and risk/benefit perception, so the hypothesis that risk/benefit analysis mediates the association between ADHD and smoking is not supported. We discuss these findings in light of previous research, and describe the theoretical and clinical implications of this study.

תקציר

הפרעת קשב וריכוז (ADHD) היא הפרעה נוירו-התפתחותית המאופיינת בתסמינים של ליקוי בתפקודי קשב, פעילות יתר ואימפולסיביות. מחקרים הראו כי אנשים עם ADHD הינם בעלי נטייה גבוהה לנטילת סיכונים בתחומים שונים. כחלק מהתנהגויות סיכון אלו, נמצא כי מבוגרים עם ADHD הינם בעלי נטייה גבוהה יותר לשימוש בחומרים, כולל עישון, אלכוהול וסמים. מטרת המחקר הנוכחי הינה להצביע על המנגנון שעומד בבסיס הקשר בין תסמיני ADHD לבין התנהגויות סיכון, ובאופן ספציפי בין תסמיני ADHD לבין נטייה לעישון. נקודת המבט של המחקר היא התנהגותית-כלכלית, אשר שמה במרכז את האדם כסוכן אקטיבי, בעל העדפות ורצונות. לפי תפיסה זו, ניתן להבין תהליכים של קבלת החלטות אצל אנשים עם ADHD כמושפעים מהדרך בה הם מעריכים תוצאות של פעולות. במחקר הנוכחי נעשה שימוש במודל Behavioral Decision Theory (BDT) להבנת התנהגויות סיכון. מודל זה מעריך כי ההחלטה לנהוג בהתנהגות סיכון מושפעת מפונקציה של תפיסת הרווח (תועלת) וההפסד (סיכון) שבהתנהגות הספציפית וכן מהגישה (attitude) כלפי תפיסות אלו. מחקרים שונים תומכים בטענה שאנשים עם ADHD נבדלים בתפיסת הסיכון והתועלת של מצבים מסוכנים. בהתאם לכך, השערת המחקר הנוכחית הינה שמבוגרים עם רמת תסמינים גבוהה יותר של ADHD ידווחו על תפיסת תועלת גבוהה יותר ותפיסת סיכון מופחתת בנוגע להתנהגות עישון, לעומת מבוגרים עם רמה נמוכה של תסמיני ADHD, וכי תפיסות התועלת והסיכון יהיו גורמים מתווכים בין תסמינים גבוהים של ADHD לבין עישון. בכדי לבחון את ההשערה, 147 מבוגרים מילאו מספר שאלונים: (1) שאלון דמוגרפי הכולל מידע על אבחון ADHD והיסטוריית עישון; (2) שאלון דיווח עצמי להערכת שכיחות סימפטומים של ADHD (Adult ADHD Self Report Scale); (3) שאלון תפיסת תועלת ותפיסת סיכון בנוגע לעישון (Smoking Expectations Scale). השערות המחקר אוששו באופן חלקי. נמצא קשר חיובי בין תסמיני ADHD לבין עישון. כמו כן, תפיסות תועלת גבוהות ותפיסות סיכון נמוכות נמצאו קשורות לעישון. עם זאת, לא נמצא קשר בין תסמיני ADHD לבין תפיסות תועלת ותפיסות סיכון בנוגע לעישון, ועל כן השערת המחקר כי תפיסות אלה מתווכות את הקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון לא אוששה. הדיון עוסק בהבנת הממצאים לאור מחקרים קודמים בתחום וכן בהשלכות תיאורטיות ויישומיות של ממצאי המחקר.

רקע תיאורטי

הפרעת קשב וריכוז (ADHD) הינה הפרעה נוירו-התפתחותית המאופיינת בליקוי בתפקודי קשב, פעילות יתר ואימפולסיביות (Barkley, 2006). שכיחות ההפרעה עומדת על כ-5.3% בקרב ילדים (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007) ועל כ-2.5% בקרב מבוגרים (Simon, Czobor, Balint, Meszaros & Bitter, 2009). על מנת לאבחן הפרעת קשב וריכוז אצל ילדים, צריכים להופיע ששה או יותר תסמינים של חוסר קשב ו/או ששה או יותר תסמינים של אימפולסיביות-היפראקטיביות, במשך חצי שנה לפחות. על מנת לאבחן הפרעת קשב אצל מבוגרים, נדרשים חמישה תסמינים או יותר. תנאי נוסף לאבחנה הוא שהתסמינים יפגעו משמעותית באיכות של התפקוד החברתי, הלימודי או התעסוקתי ושלא יוסברו טוב יותר על ידי הפרעה אחרת (APA, 2013).

הפרעת קשב עשויה לבוא לידי ביטוי באחד משלושה מופעים. אבחנה של ADHD Combined presentation מתקבלת כאשר מופיעים ששה או יותר תסמינים של חוסר קשב ובנוסף ששה או יותר תסמינים של אימפולסיביות-היפראקטיביות. אבחנה של ADHD Predominantly Inattentive presentation מתקבלת כאשר מופיעים ששה או יותר תסמינים של חוסר קשב ואבחנה של ADHD Predominantly Hyperactive-Impulsive presentation מתקבלת כאשר מופיעים ששה או יותר תסמינים של אימפולסיביות-היפראקטיביות (APA, 2013). המופעים הנפוצים ביותר הם ה Combined presentation וה Predominantly Inattentive presentation (Barkley, 2006).

ניתן להתייחס לתסמיני ADHD כתכונות המופיעות על רצף. גישה זו מציעה כי הפרעת ADHD הינה הופעת קיצון של התנהגויות שמשתנות בקרב כלל האוכלוסייה יותר מאשר הפרעה מובחנת בעלת תסמינים מובדלים (Levy, Hay, McStephen, Wood & Waldman, 1997; Marcus & Barry, 2011). גישה זו נתמכת על ידי המודל הממדי לפסיכופתולוגיה, שנמצא כמהימן ותקף יותר ביחס למודלים קטגוריאליים (Markon, Chmielewski & Miller, 2011). בהתאם לגישה זו, במחקר הנוכחי נמדדו תסמיני ADHD בקרב האוכלוסייה הכללית וההפרעה הוגדרה כתכונה רציפה.

אבחנה של הפרעת קשב בילדות הינה נפוצה, כאשר לרוב הסימפטומים הינם בולטים ומפריעים לתפקוד. סימפטומים של ADHD אצל מבוגרים דומים לסימפטומים בילדות, אך במרבית המקרים ניתן לצפות בירידה בעוצמת הסימפטומים במהלך ההתבגרות, בעיקר

בסימפטומים היפראקטיביים. עם זאת, חיי היום יום של מבוגרים מעלים התמודדויות חדשות שאינן קיימות בילדות ודורשים התייחסות מיוחדת (Adler & Chua, 2002). מבוגרים עם ADHD פעמים רבות סובלים מליקויים וקשיים שונים כגון מורכבויות רגשיות, קשיי הסתגלות בתעסוקה, קשיים ביחסים בין אישיים, וקשיים ניהוליים בתפקוד היום יומי (Barkley, Murphy & Fischer, 2008; Michielsens et al., 2013).

לאחרונה, מחקרים מתמקדים בהופעתם ובהשלכותיהם של תסמיני ADHD בקרב מבוגרים, ובתוכם סטודנטים. מחקרים שנעשו על סטודנטים מצאו כי קיימות עדויות לעליה במספר הסטודנטים בעלי תסמינים של ADHD באוניברסיטאות בעולם (Lee, Oakland, Jackson & Glutting, 2008). סטודנטים עם ADHD נמצאו כבעלי סיכון להתמודדויות שונות וביניהן ציונים נמוכים יותר, נשירה מהלימודים, קשיי הסתגלות, בעיות בין-אישיות, מצוקה פסיכולוגית והתנהגויות סיכון כמו שימוש בחומרים (לסקירה ראו Weyandt & DuPaul, 2008).

להופעה של ADHD אצל מבוגרים קיימות גם השלכות בריאותיות וחברתיות. אלו כוללים נטייה לעישון, שימוש בסמים, בעיות שינה, התנהגות מינית מסוכנת, התנהגות אנטי סוציאלית, נהיגה מסוכנת, הימורים והתנהגות אובדנית (לסקירה ראו Nigg, 2013). מרבית מהשלכות אלו הינן תוצאה של נקיטת התנהגויות סיכון לא מותאמות המאפיינת מתבגרים ומבוגרים המאובחנים עם ADHD (Barkley, Murphy & Kwasnik, 1996). במחקר שמדגים נטייה זו נמצא כי בשאלון נטילת סיכונים Domain-Specific Risk-Taking Scale (DOSPRT, Blais & Weber, 2006), נבדקים שדיווחו על תסמינים רבים של ADHD דיווחו גם על סיכוי גבוה יותר לקחת חלק בהתנהגויות סיכון יום יומיות לעומת נבדקים שאינם מראים תסמינים של ADHD (Pollak, Tal & Shoham, 2006), תקשורת אישית).

כחלק מהתנהגויות סיכון, מבוגרים עם ADHD הינם בעלי נטייה גבוהה יותר לשימוש בחומרים, כולל עישון, אלכוהול וסמים (van Charach, Yeung, Climans, & Lillie, 2011; Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012). גם באוכלוסיה שאיננה קלינית, נמצא קשר בין תסמינים של ADHD לבין נטייה לעישון (Kollins, McClernon & Fuemmeler, 2005). זאת ועוד, אבחנה של ADHD נמצאה קשורה לעישון מוקדם יותר אצל מתבגרים (Milberger, Biederman, Faraone, Chen & Jones, 1997) וכן ADHD בילדות מהווה גורם סיכון להתמכרות לניקוטין בבגרות (Lee, Humphreys, Flory, Liu & Glass, 2011).

מחקרים הראו שגם בקרב סטודנטים, תסמינים של ADHD מעלים את הסיכוי לשימוש בחומרים ועישון. מחקר שנעשה בקרב 3,400 סטודנטים הראה כי סטודנטים עם אבחנה של ADHD שתו יותר אלכוהול והשתמשו יותר בחומרים מאשר סטודנטים שאינם בעלי אבחנה של ADHD (Blase et al., 2009). מחקר נוסף הראה כי, סטודנטים שענו על קריטריונים לאבחנה של ADHD נמצאו כבעלי נטייה גבוהה יותר לעישון של סיגריות מאשר סטודנטים ללא ADHD (Rabimer, Anastopoulos, Costello, Hoyle, & Swartzwelder, 2008).

הממצא לפיו קיים קשר בין תסמיני ADHD לבין עישון נמצא במחקרים רבים והינו עקבי לאורך ההתפתחות (McClernon & Kollins, 2008). כ-40% מהמבוגרים שמאובחנים עם ADHD מעשנים, זאת לעומת כ-19% מאוכלוסיית המבוגרים הכללית (Pomerleau, Downey, Stelson, & Pomerleau, 1995). במחקרים עדכניים נמצא כי, יחד עם האחוזים הגבוהים של עישון בקרב מבוגרים עם ADHD, טיפול תרופתי בהפרעת קשב עשוי לצמצם את השימוש בסיגריות בקרב אוכלוסיה זו. ככל הנראה, ההשפעה של הטיפול התרופתי משמעותית יותר בקרב אנשים עם חומרה גבוהה יותר של תסמיני ADHD (Schoenfelder, Faraone, & Kollins, 2014).

אם אכן מבוגרים עם תסמינים של ADHD נמצאים בסיכון רב יותר לעישון, שהינה בעלת השלכות בריאותיות משמעותיות, חשוב לבחון גורמים העשויים להסביר נטייה זו. הבנה טובה יותר של הגורמים לנטייה זו משמעותית לצורך התערבות טיפולית ומניעה. יחד עם זאת, מחקרים מעטים בלבד מנסים להעלות גורמים מתווכים פוטנציאליים העשויים להסביר את הקשר בין תסמיני ADHD לבין נטייה לעישון, והממצאים הקיימים אינם ברורים. על כן, המחקר הנוכחי מנסה להציע מנגנון שעומד בבסיס הקשר בין תסמיני ADHD לבין התנהגויות סיכון, ובאופן ספציפי בין תסמיני ADHD לבין נטייה לעישון.

מחקרים קודמים הציעו גורמים מתווכים שעשויים להסביר את הקשר בין ADHD לבין שימוש בחומרים ועישון. נבחנו תיאוריות רחבות של 'ריפוי עצמי' (Self-Medication) וכן תיאוריות נוספות שבוחנות גורמים קוגניטיביים, פסיכולוגיים, השפעות חברתיות וקומורבידיות עם הפרעות נוספות (לסקירה, ראו, Glass & Flory, 2010). יחד עם זאת, רבים מגורמים אלו לא נבדקו באופן ישיר, והממצאים הקיימים אינם אחידים.

המחקרים שמובאים בסקירה לעיל מייחסים חשיבות לגורמים המתווכים בין ADHD להתנהגויות סיכון כגורמים שמקורם בליקוי נוירולוגי, המהווה לפי תיאוריות אלו את לב ההפרעה. אפשרות נוספת להבנת הקשר בין ADHD להתנהגויות סיכון היא מנקודת מבט

התנהגותית- כלכלית. תפיסה זו שמה במרכז את האדם כסוכן אקטיבי, בעל העדפות ורצונות. האדם מתכנן פעולות ומעריך תועלת בהתאם למצב עכשווי, חוויות עבר וציפיות לעתיד וזאת בכדי להגיע לתוצאות רצויות. לפי תפיסה זו, ניתן להבין תהליכים של קבלת החלטות אצל אנשים עם ADHD כמושפעים מהדרך בה הם מעריכים תועלת ותוצאות של פעולות (Sonuga-Barke & Fairchild, 2012). מחקר שבחן נטייה להתנהגויות סיכון וקבלת החלטות אצל נבדקים עם ADHD תומך בהשערה זו. במחקר זה נבדקים ביצעו מטלות הימורים מעבדתיות, ולא נמצאה עדות לנטייה להתנהגויות סיכון אצל נבדקים עם ADHD, אלא נבדקים עם ADHD בחרו באפשרות הרווחית פחות, בין אם היה בה סיכון או לא. כלומר, ככל הנראה אנשים עם ADHD אינם בעלי נטייה לסיכונים באשר הם, אלא הינם בעלי קושי בהערכת הסיכון והתועלת של כל אפשרות, ומשום כך מקבלים לעיתים החלטות לא אופטימאליות (Pollak et al., תקשורת אישית).

מודל Behavioral Decision Theory (BDT) (Weber, Blais & Betz, 2002) להבנת התנהגויות סיכון, מתייחס לתפיסת סיכון ותפיסת תועלת כרכיב משמעותי בהחלטה האם לנקוט בהתנהגות מסוימת, ועל כן יכול להוות מסגרת תיאורטית להבנת התנהגויות סיכון אצל אנשים עם ADHD. לפי מודל זה, ההחלטה לנהוג בהתנהגות סיכון מושפעת מפונקציה של תפיסת הרווח (תועלת) וההפסד (סיכון) שבהתנהגות הספציפית וכן מהגישה כלפי תפיסות אלו. תפיסת הרווח וההפסד מוגדרת כשיעור התועלת או הסיכון שאדם מייחס לאלטרנטיבה מסוימת, בעוד הגישה כלפי תפיסות אלו מוגדרת כמידה בה מקבל ההחלטה נמשך או נרתע על ידי אלטרנטיבה אותה הוא תופס כמסוכנת או בעלת תועלת. אנשים יכולים להיות בעלי נטייה להתנהגות סיכון משום שהם בעלי תפיסת סיכון נמוכה ו/או תפיסת תועלת גבוהה, או לחלופין, משום שהם פחות נרתעים מסיכונים ונמשכים יותר לרווח ותועלת.

את המודל ניתן לנסח באמצעות פונקציה שעשויה להשתנות בין אנשים ותלויה בהקשרים שונים:

$$\text{Preference}(X) = a(\text{Expected Benefit}(X)) + b(\text{Perceived Risk}(X)) + c$$

לפי הפונקציה, העדפה לאלטרנטיבה X היא תוצאה של שקלול בין תפיסת התועלת והסיכון, אך תלויה גם בגישה של האדם כלפי התועלת (a) והסיכון (b), כלומר עד כמה הוא נמשך לתועלת או נרתע מסיכון. c מהווה את הערך של העדפה לאלטרנטיבה כאשר תפיסת הרווח והסיכון שוות ל-0, אך בפועל מכיל בתוכו גם חלק מהשונות הבלתי מוסברת. הבחנה בין תפיסת סיכון לגישה כלפי סיכון היא משמעותית לצורך הבנת המרכיבים של העדפה ובחירה בהתנהגויות מסוכנות.

מחקרים מצביעים על הבדלים שיטתיים בתפיסת סיכון בין פרטים, תחומים והקשרים שונים (Figner & Weber, 2011) לעומת זאת, גישה כלפי סיכון נמצאה כיציבה יותר ומשתנה פחות בהתאם לקונטקסט (Weber & Hsee, 1998).

יישום המודל על אנשים עם תסמינים של ADHD מעלה את השאלה- האם ניתן להסביר את הנטייה להתנהגויות סיכון אצל אנשים עם תסמינים של ADHD על ידי תפיסת סיכון נמוכה יותר או תפיסת תועלת גבוהה יותר? או לחלופין, בשל העובדה שהם בעלי גישה שונה לסיכון, כלומר נמשכים יותר לתועלת ונרתעים פחות מסיכון?

בהתאם לספרות הקיימת, לא ידוע לכותבת על עדויות לכך שאנשים עם ADHD נבדלים בגישה שלהם כלפי סיכון, במובן שנותן לכך מודל ה-BDT. אולם, מחקרים שונים מצביעים על כך שככל הנראה, אנשים עם ADHD נבדלים בתפיסת הסיכון ותפיסת התועלת, דבר אשר יכול להסביר את הנטייה הקיימת להתנהגויות סיכון. לדוגמא, במחקר נבחנו תפיסות של ילדים כלפי הסיכוי לפגיעה כתוצאה מהתנהגות סיכון. במחקר נמצא כי ילדים עם ADHD ייחסו השלכות חמורות פחות להתנהגויות סיכון, לעומת ילדים ללא ADHD (Farmer & Peterson, 1995). מחקר אחר שבחן נטילת סיכונים ותפיסות כלפי תועלת וסיכון, הראה כי רמות של תסמיני ADHD היו קשורות באופן חיובי לנטילת סיכונים ולתפיסת תועלת מסיכון. ניתוחים נוספים הראו, ששליטה על הגורם של תפיסות כלפי תועלת, החלישה באופן ניכר את הקשר החיובי בין רמות ADHD לבין נטילת סיכונים, באופן שמציע שתפיסת התועלת היא אשר מתווכת את הקשר בין תסמינים של ADHD לבין נטילת סיכונים (Pollak & Shoham, תקשורת אישית).

מחקר נוסף בחן את הקשר בין תסמיני ADHD לבין תפיסת ההשלכות של עישון. המחקר הראה כי מתבגרים עם תסמיני ADHD נבדלים בתפיסות העישון שלהם ממתבגרים ללא תסמינים של ADHD. מתבגרים עם תסמינים גבוהים של קשב היו בעלי סיכוי נמוך יותר לתמוך בהיגדים אודות השלכות שליליות של התנהגויות עישון, ואילו מתבגרים עם תסמינים גבוהים של היפראקטיביות או אימפולסיביות היו בעלי סבירות גבוהה יותר לתמוך בהיגדים אודות השלכות חיוביות של עישון. כלומר, מתבגרים עם תסמיני ADHD דיווחו שההשלכות השליליות של עישון פחות סבירות או שקיימת סבירות גבוהה לקיומן של השלכות חיוביות לעישון (Foster, Racicot, & McGrath, 2012).

המחקרים שהובאו לעיל תומכים בטענה כי ככל הנראה, אנשים עם ADHD נבדלים בתפיסת הסיכון ותפיסת התועלת של מצבי סיכון בכלל והתנהגות עישון בפרט. על פי מודל BDT, תפיסות

אלו עשויות להסביר את נטייה הגבוהה של אנשים עם ADHD לעשן. כפי שמציע המודל, מחקרים אכן מראים כי תפיסות תועלת גבוהות ותפיסות סיכון נמוכות בנוגע לעישון מגבירים התנהגות של עישון (Palfai, 2002; Heinz, Kassel, Berbaum, & Mermelstein, 2010).

בהתאם לכך, מטרת המחקר הנוכחי הינה לבחון את הקשר בין תסמיני ADHD לבין תפיסות סיכון ותועלת כלפי עישון באוכלוסיה של מבוגרים. מעבר לכך, המחקר הנוכחי מנסה להצביע על כך, שתפיסות התועלת והסיכון מתווכות את הקשר בין תסמיני ADHD לבין התנהגויות עישון. על כן, השערות המחקר הנוכחי הן:

- (1) בהתאם לספרות, קיים קשר חיובי בין תסמיני ADHD לבין התנהגויות עישון.
- (2) קיים קשר חיובי בין תסמיני ADHD לבין תפיסת התועלת שבעישון.
- (3) קיים קשר שלילי בין תסמיני ADHD לבין תפיסת הסיכון שבעישון.
- (4) תפיסות סיכון ותפיסות תועלת מתווכות את הקשר החיובי בין תסמיני ADHD לבין התנהגויות עישון.

שיטה

נבדקים: הנבדקים גויסו במדגם נוחות בעזרת מודעות ושימוש באתר מערכת הניסויים. 163 מבוגרים מילאו את השאלונים. 8 (4.9%) מתוכם הוסרו מהמדגם משום שדיווחו על היותם מעשנים לשעבר. 8 נוספים הוסרו מהניתוחים בשל ערכים חסרים. גיל הנבדקים נע בין 18-40 ($SD=7.14$, $M=28.27$). רוב נבדקי המחקר (93.3%) הינם בעלי תואר ראשון לפחות, או במהלך לימודי התואר הראשון. כ-18% מהנבדקים דיווחו כי הם מעשנים לפחות חמש סיגריות ביום, שאר הנבדקים אינם מעשנים או מעשנים בתדירות נמוכה מחמש סיגריות ביום. 14.1% מנבדקי המחקר דיווחו שהם אובחנו כסובלים מ-ADHD. הציון הממוצע בשאלון ASRS עמד על 45.14 ($SD=10.5$).

מהלך: המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של בית הספר לחינוך, האוניברסיטה העברית בירושלים. כל הנבדקים נתבקשו לחתום על טופס הסכמה להשתתפות במחקר. לאחר מכן הנבדקים מלאו שלושה שאלונים: (1) שאלון דמוגרפי הכולל מידע על אבחון ADHD והיסטוריית עישון; (2) שאלון Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1), להערכת שכיחות סימפטומים של ADHD; (3) שאלון Smoking Expectancies Scale (SES), להערכת תפיסות

תועלת ותפיסות סיכון בנוגע לעישון. סדר העברת השאלונים היה רנדומאלי וזאת כדי למנוע השפעה של שאלון אחד על השאלון שאחריו באופן שיוביל להטיית התוצאות.

מכשירים:

שאלון דמוגרפי, אבחון ADHD והיסטוריית עישון

שאלון זה כולל שאלות דמוגרפיות בנוגע למין הנבדק, גיל, דת והשכלה. כמו כן, השאלון כולל שאלות הנוגעות להיסטוריית עישון. על כל נבדק לסמן את סטטוס העישון המתאר אותו מבין האפשרויות הבאות: מעולם לא עישנתי, עישנתי במהלך חיי סיגריה אחת או שניים, מעשן לפעמים, מעשן קבוע או מעשן לשעבר. כמו כן, על הנבדק להעריך את מספר הסיגריות אותם הוא מעשן ביום, בשבוע ובשנה. לבסוף, השאלון בוחן את קיומה של הפרעת ADHD. על הנבדק לציין האם הוא אובחן כסובל מהפרעת ADHD, על ידי מי אובחן וכן האם הוא מטופל כעת או היה מטופל בעבר באופן תרופתי בהפרעה.

(Kessler et al., 2005) **Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1)**.

שאלון הכולל 18 פריטים אשר מתארים תסמינים שנמצאו כמנבאים בצורה הטובה ביותר את קיומה של הפרעת קשב וריכוז כפי שהיא מאובחנת על פי ה-DSM-IV. תשעה מבין הפריטים מרכיבים סולם של חוסר קשב, ותשעת הנותרים מרכיבים סולם של היפראקטיביות ואימפולסיביות. עבור כל פריט מדורגת תדירות הופעתו מ-1 (אף פעם לא) עד 5 (לעיתים תכופות מאוד). הציון בשאלון נע בין 18 ל-90. השאלון בעל מהימנות ותוקף גבוהים להערכת הפרעת קשב וריכוז אצל מבוגרים והוא מראה עקביות פנימית גבוהה ($\alpha=0.88$) (Adler et al., 2006). רגישות השאלון עומדת על 68.4% והספציפיות עומדת על 99.6% (specificity=99.6%) (Adler et al., 2006; Kessler et al., 2005). בדיקה של הגרסה העברית של השאלון הראתה כי לשאלון תוקף גבוה, לפריטים בשאלון מהימנות מבחן חוזר גבוהה (מתאם פירסון 0.6-0.9), מהימנות עקיבות פנימית של $\alpha=0.89$ וכי הרגישות והספציפיות הן 62.7% ו-68% בהתאמה (Zohar & Konfortes, 2010).

Smoking Expectancies Scale (SES)

שאלון המבוסס על שאלון (SESA) Smoking Expectancies Scale for Adolescents המיועד למתבגרים (Hine, Honan, Marks & Brettschneider, 2007). השאלון המקורי כולל 27 פריטים המודדים תפיסות בנוגע לתועלת וסיכון בעישון. השאלון מורכב משני גורמים מרכזיים:

"הערכת תועלת" ו"הערכת הפסד". ניתוח גורמים הראה כי הערכת הפסד כוללת ארבעה תתי-גורמים: מראה והופעה, חברה, בריאות והתמכרות. הערכת תועלת כוללת ארבעה תתי-גורמים נוספים: שליטה רגשית, חברה, הפגת שעמום ושמירה על המשקל. תתי הגורמים מראים עקיבות פנימית גבוהה ($\alpha = 0.68-0.87$) (Hine et al., 2007). השאלון עבר תרגום לעברית ותרגום חוזר, וכן התאמה לאוכלוסיית מבוגרים. בשאלון זה 52 פריטים כאשר עבור כל פריט על הנבדק לסמן את הסבירות שאותו פריט יתקיים אם הוא יעשן. הסבירות מדורגת מ-0 (לא סביר לחלוטין) עד 9 (סביר לחלוטין). ממוצע ציוני הפריטים בשאלון הנוכחי נע בין 0 ל-9.

תוצאות

בטבלה 1 ניתן לראות את הממוצעים וסטיות התקן של המשתנים המרכזיים במחקר.

ניתוח גורמים

בוצע ניתוח גורמים (Exploratory Factor Analysis) בתוכנת SPSS על 52 פריטי שאלון SES. הניתוח נעשה על השאלונים שמלאו 147 נבדקי המחקר. בכדי לבחון את מספר הגורמים, נעשה שימוש במדד *eigenvalues* (Kaiser, 1960) וכן במבחן *scree test* (Cattell, 1996). מבחן *scree test* הצביע על שני גורמים מרכזיים, ואילו מדד *eigenvalues* הצביע על חלוקה ל-11 גורמים. על כן, נבחנה היכולת לפרשנות של כלל האפשרויות בין 2 ל-11 גורמים.

פיתרון של 2 גורמים נבחר כפתרון שניתן לפרש אותו. הניתוח העלה שני גורמים עם *eigenvalues* מעל ל-1 המסבירים יחד מעל ל-37% מהשונות. בגורם הראשון נכללו תפיסות של תועלת מעישון והוא מסביר 19.77% מהשונות. גורם זה כולל 26 פריטים, כגון 'תרגיש שלווה', 'תרגיש יותר אחד מהחברה' ו'יתמנע עליה במשקל'. בגורם השני נכללות תפיסות של סיכון כתוצאה מעישון והוא מסביר 17.56% מהשונות. גורם זה כולל 23 פריטים, כגון 'תרגיש פחות בריא', 'יישאר לך פחות כסף לדברים אחרים' ו'תמות בטרם עת'. בדיקת מהימנות Cronbach's α העלתה כי מהימנות הפנימית של שני הגורמים היא גבוהה (מקדם מהימנות $\alpha = 0.92$, $\alpha = 0.90$ בהתאמה). בטבלה 2 מופיעים טעינויות הפריטים על הגורמים השונים.

ניתוח גורמים נוסף שהעלה 9 גורמים, עם 7 גורמים מרכזיים בעלי משמעות, נקבע כניתוח שניתן לפרש אותו. ניתוח זה נמצא מסביר מעל 67% מהשונות. בגורם הראשון נכללו תפיסות סיכון הנוגעות להשלכות גופניות שליליות של עישון. גורם זה כולל 9 פריטים, והוא מסביר 12.83% מהשונות. בגורם השני נכללו תפיסות תועלת הנוגעות להשלכות חברתיות חיוביות של

עישון. גורם זה כולל 9 פריטים, והוא מסביר 12.57% מהשונות. בגורם השלישי נכללו תפיסות סיכון הנוגעות להשלכות חברתיות שליליות של עישון. גורם זה כולל 5 פריטים, והוא מסביר 7.67% מהשונות. בגורם הרביעי נכללו תפיסות תועלת הנוגעות להשפעות החיוביות של עישון על תחושות ורגשות. גורם זה כולל 5 פריטים והוא מסביר 7.47% מהשונות. בגורם החמישי נכללו תפיסות סיכון הנוגעות להתמכרות לעישון. גורם זה כולל 5 פריטים והוא מסביר 7.20% מהשונות. בגורם השישי נכללו תפיסות תועלת הנוגעות לשליטה על תאבון ומשקל בעקבות עישון. גורם זה כולל 4 פריטים והוא מסביר 6.23% מהשונות. בגורם השביעי נכללו תפיסות תועלת הנוגעות להפגת שעמום בעקבות עישון. גורם זה כולל 2 פריטים והוא מסביר 4.41% מהשונות. מהימנות פנימית Cronbach's alpha של תתי הגורמים נמצאה גבוהה עד בינונית ($0.91 > \alpha > 0.75$). בטבלה 3 מופיעים טעינויות הפריטים על הגורמים השונים.

בדיקת השערות

לצורך בדיקת ההשערה הראשונה, נערכו מתאמים בין עישון לציונים בשאלון ASRS. מתאמים אלו מוצגים בטבלה 4. בהתאם לספרות, נמצא קשר חיובי בין תסמיני ADHD לבין התנהגות עישון. עישון של 5 ומעלה סיגריות ביום נמצא במתאם חיובי עם ציון בשאלון ASRS ($r=.23, p=0.003$). בבחינת תתי הגורמים של שאלון ASRS - אימפולסיביות/היפראקטיביות וחוסר קשב, נמצא כי עישון נמצא במתאם חיובי עם שניהם (אימפולסיביות/היפראקטיביות: $r=.16, p=0.026$, חוסר קשב: $r=.25, p=0.001$). גם לאחר שליטה במשתנים של גיל ומגדר הקורלציות לא השתנו. תוצאות אלו תואמות ממצאים קודמים בספרות ותומכות בהשערת המחקר לפיה, קיים קשר חיובי בין תסמיני ADHD לבין התנהגות עישון.

בהמשך, נערכו מתאמים בין עישון לבין תפיסת תועלת ותפיסת סיכון. נעשה שימוש בסולמות התועלת והסיכון בהתאם לניתוח הגורמים. מתאמים אלו מוצגים בטבלה 5. נמצא קשר חיובי בין עישון של 5 סיגריות ומעלה ביום לבין תפיסת תועלת בנוגע לעישון ($r=.197, p=0.009$). כמו כן, נמצא קשר שלילי בין עישון של 5 סיגריות ומעלה ביום לבין תפיסת סיכון בנוגע לעישון ($r=-.201, p=0.008$). גם לאחר שליטה במשתנים של גיל ומגדר הקורלציות לא השתנו. תוצאות אלו מצביעות על כך כי ככל הנראה אנשים מעשנים תופסים את העישון כמעניק יותר תועלת וכן כפחות מסוכן, לעומת אנשים שאינם מעשנים.

לאחר מכן, נבחן הקשר בין ציונים בשאלון ASRS לבין תפיסות התועלת והסיכון בעישון. המתאמים מוצגים בטבלה 6. לא נמצא קשר מובהק בין ציונים בשאלון ASRS לבין תפיסת

תועלת ותפיסת סיכון בעישון. כלומר, בניגוד להשערות המחקר, תסמיני ADHD כפי שדווחו לא נמצאו קשורים לתפיסות התועלת והסיכון של הנבדקים בנוגע לעישון. בהתאם לכך, השערת המחקר כי תפיסות הסיכון והתועלת מתווכות את הקשר החיובי בין ADHD לבין התנהגויות עישון אינה נתמכת.

בנוסף, נבחן הקשר בין ציונים בשאלון ASRS לבין סולמות שאלון SES כפי שהוצע בניתוח הגורמים. המתאמים מוצגים בטבלה 7. לא נמצא קשר מובהק בין ציונים בשאלון ASRS לבין תת סולמות של שאלון SES.

ניתוחים נוספים

כניתוחי המשך, נבדקו באופן אקספלורטיבי פוטנציאלי המיתון של כלל הסולמות של שאלון SES כפי שהוצג בניתוח הגורמים. זאת במטרה לבחון האם תפיסות סיכון ותועלת עשויים לשמש כמשתנים ממתנים בקשר בין ADHD לבין עישון.

נבחן התפקיד של הסולם הכללי של תפיסת סיכון כמתנה את הקשר בין ציון בשאלון ASRS לבין עישון. האינטראקציה בין ציון בשאלון ASRS לבין ציון בסולם הכללי של תפיסת סיכון נמצאה מובהקת ($p=0.02$, $t=-2.3$, $b=-.05$), דבר המצביע על אפקט מתנה של תפיסת הסיכון. השיפוע הפשוט הלא מתוקן עבור תפיסת סיכון נמוכה הוא 0.1, ועבור תפיסת סיכון גבוהה הוא 0.02-. ממצאים אלו מעידים על כך שהקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון קיים כאשר תפיסת הסיכון הינה נמוכה, ואינו קיים כאשר תפיסת הסיכון גבוהה.

בהמשך, נבחן התפקיד של תפיסת התמכרות כמתנה נוסף של הקשר בין ציון בשאלון ASRS לבין עישון. האינטראקציה בין ציון בשאלון ASRS לבין ציון בסולם ההתמכרויות נמצאה מובהקת ($p=0.02$, $t=-2.3$, $b=-.03$), דבר המצביע על אפקט מתנה של תפיסת ההתמכרות. השיפוע הפשוט הלא מתוקן עבור תפיסת התמכרות נמוכה הוא 0.14, ועבור תפיסת התמכרות גבוהה הוא 0.02-. ממצאים אלו מעידים על כך שהקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון קיים כאשר תפיסת ההתמכרות היא נמוכה, ואינו קיים כאשר תפיסת ההתמכרות גבוהה.

ניתוח תוצאות

מחקר זה עושה שימוש במודל BDT במטרה להסביר את נטייתם של אנשים עם ADHD לעישון, על ידי הבדלים בתפיסת הסיכון ותפיסת התועלת בנוגע לעישון. באופן ספציפי, המחקר בוחן את ההשערה כי תסמינים של ADHD מנבאים את הנטייה לעישון באוכלוסיית מבוגרים, וכי אפקט זה מתווך על ידי תפיסת הסיכון ותפיסת התועלת של הנבדקים בנוגע להשלכות של עישון. השערות המחקר אוששו באופן חלקי. בהתאם לספרות בתחום, נמצא קשר חיובי בין תסמיני ADHD לבין עישון. כמו כן, תפיסות תועלת גבוהות ותפיסות סיכון נמוכות נמצאו קשורות לעישון. עם זאת, לא נמצא קשר בין תסמיני ADHD לבין תפיסות תועלת ותפיסות סיכון בנוגע לעישון, ועל כן השערת המחקר כי אלו מתווכות את הקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון אינה נתמכת.

בניתוחי המשך, אשר בחנו את סולמות שאלון SES כמשתנים הממתנים את הקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון נמצא כי, הקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון קיים כאשר תפיסת הסיכון הינה נמוכה, ואינו קיים כאשר תפיסת הסיכון גבוהה. באופן ספציפי יותר, ניתוחי ההמשך הראו כי הקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון קיים כאשר תפיסת ההתמכרות היא נמוכה, ואינו קיים כאשר תפיסת ההתמכרות גבוהה. כלומר, אנשים עם רמת תסמינים גבוהה של ADHD ותפיסת סיכון נמוכה, או באופן ספציפי תפיסת התמכרות נמוכה, הינם בעלי סיכוי רב יותר לעשן מאשר אנשים עם רמת תסמינים גבוהה של ADHD ותפיסת סיכון גבוהה, או תפיסת התמכרות גבוהה. ככל הנראה, הקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון, תלוי בעד כמה האדם תופס את העישון כמסוכן או ממכר.

תוצאות המחקר בנוגע לקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון עקביות עם ממצאים קודמים לפיהם תסמיני ADHD מעלים את הסיכוי לעישון אצל מבוגרים. לדוגמא, מחקרים מראים כי מבוגרים עם ADHD הינם בעלי נטייה גבוהה יותר לעישון, מתחילים לעשן מוקדם יותר וכן מעשנים יותר סיגריות לעומת מבוגרים שאינם מאובחנים עם ADHD (Fuemmeler et al., 2007; Milberger, Biederman, Faraone, Chen & Jones, 1997).

ממצא נוסף, לפיו תפיסות תועלת גבוהות ותפיסות סיכון נמוכות קשורות להתנהגות עישון, גם הוא עקבי לממצאי מחקרים קודמים. מחקרים הראו כי תפיסות אלו מגבירות התנהגות של

עישון (Heinz, Kassel, Berbaum, & Mermelstein, 2010 ; Palfai, 2002). מסקנות דומות נמצאו גם בהקשר לשתיית אלכוהול, כאשר מחקרים הראו שתפיסות תועלת גבוהות ותפיסות סיכון נמוכות בנוגע להשפעות של אלכוהול, מגבירות שתיית אלכוהול (Johnston, 2010; Patrick, 2010; Wray-Lake, Finlay, & Maggs, 2010). זאת ועוד, מחקרים הראו שהתערבויות המתמקדות בתפיסות התועלת הגבוהות משתיית אלכוהול, הורידו את רמת הציפיות החיוביות משתיית אלכוהול ואף הצליחו למזער את שתיית האלכוהול בפועל (Scott-Sheldon, Terry, Carey, 2012; Garey, & Carey, 2012). לממצאים אלו השלכות גם בנוגע לעישון. במחקרי המשך ניתן יהיה לבחון האם ניתן לשנות את תפיסות הסיכון והתועלת בעזרת התערבויות ממוקדות, כאשר סביר להניח שלהתערבויות מסוג זה תהיה השפעה על התנהגות העישון בפועל.

בעוד תפיסות תועלת וסיכון בנוגע לעישון נמצאו קשורות להתנהגות עישון, אלו לא נמצאו קשורות לתסמיני ADHD ועל כן אינן משמשות כגורם המתווך את הקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון. ממצאים אלו מנוגדים להשערת המחקר, וכן אינם עקביים עם ממצאים אחרים בתחום. מחקר דומה למחקר הנוכחי בחן את תפקיד תפיסות סיכון ותפיסות תועלת כמתווכים את הקשר בין אימפולסיביות לבין עישון. במחקר נמצא כי תפיסות תועלת גבוהות מתווכות את הקשר בין אימפולסיביות לבין שימוש ראשוני בסיגריות (Doran, Khoddam, Sanders, 2013; Schweizer, Trim, & Myers, 2013). אימפולסיביות הינה מאפיין בולט של ADHD והדבר מעלה שאלה בנוגע לממצאים של המחקר הנוכחי. יתכן כי הבדלים במערכי המחקר מהווים את הבסיס לשונות בתוצאות שני המחקרים. במחקר הנוכחי השתתפו נבדקים מעשנים ולא מעשנים, וניתוח תפיסות הסיכון והתועלת נעשה עבור כל המדגם יחד. לעומת זאת, במחקר בנוגע לאימפולסיביות נבחרו נבדקים שאינם מעשנים ובחנו את הסיכוי שלהם להתחיל לעשן. ככל הנראה, לא ניתן לאחד את תפיסותיהם של נבדקים שלא עישנו מעולם עם תפיסותיהם של נבדקים שכבר מעשנים כפי שנעשה במחקר זה, ויתכן כי משום כך השערות המחקר לא אוששו במלואם. רעיון זה תואם ממצא קודם לפיו, תפיסותיהם של אנשים בנוגע לסיכון ותועלת מעישון משתנות לאחר שימוש ראשוני בסיגריות (Doran, Schweizer, & Myers, 2011). יתכן כי בהתאם לממצא במחקר שבחן אימפולסיביות, תפיסת תועלת גבוהה מנבאת שימוש ראשוני בסיגריות אצל נבדקים עם רמת תסמינים גבוהה של ADHD, אך לצורך בדיקת טענה זו יש צורך במחקרים נוספים.

יחד עם זאת, קיימים מחקרים שהראו תוצאות אחרות בנוגע לתפיסות סיכון ותועלת ותסמיני ADHD. לדוגמא, במחקר שנעשה על ADHD ושתיית אלכוהול, מתבגרים עם ADHD דיווחו על רמות נמוכות יותר של השלכות חיוביות ושליליות משתיית אלכוהול. כלומר, הם היו בעלי צפייה

נמוכה יותר שהאלכוהול ישפיע עליהם, הן באופן חיובי והן באופן שלילי (Pedersen, Harty, 2014, Pelham, Gnagy, & Molina). ממצא זה מדגיש את תפיסות הסיכון הנמוכות כרלוונטיות בקשר בין תסמיני ADHD לבין שתיית אלכוהול. יתכן כי ההבדל בין הממצאים של המחקר לעיל למחקר הנוכחי טעון בגיל הנבדקים. מחקרים הראו שמתבגרים הינם בעלי תפיסת סיכון נמוכה יותר ממבוגרים בנוגע להתנהגויות סיכון שהינן בעלות השלכות בריאותיות (Cohn, Macfarlane, 1995, Yanez, & Imai).

ניתוחי ההמשך במחקר הנוכחי הראו כי, ככל הנראה הקשר בין ADHD לבין עישון ממותן על ידי תפיסת הסיכון, ובאופן ספציפי תפיסת ההתמכרות מסיגריות. כלומר, ככל הנראה הסיכוי של אדם עם תסמינים גבוהים של ADHD לעשן תלוי במידה בה הוא תופס את העישון כמסוכן וממכר. תסמיני ADHD עשויים לנבא התנהגות עישון בקרב אנשים שאינם תופסים את העישון כמסוכן או ממכר, אך אינם מנבאים עישון אצל אחרים שתופסים את העישון כמסוכן וממכר. רעיון זה מחזק את התפיסה כי אנשים עם ADHD נבדלים ביניהם במידה בה הם תופסים את התנהגות העישון כמסוכנת או ממכרת. תפיסה זו אינה תואמת את השערת המחקר שלא אוששה, לפיה אנשים עם ADHD הינם בעלי תפיסת סיכון נמוכה ותפיסת תועלת גבוהה בנוגע להתנהגויות סיכון לעומת אנשים ללא ADHD, כאשר תפיסות אלו עשויות להסביר את הנטייה לעישון באוכלוסייה זו. ככל הנראה, אוכלוסיית האנשים עם תסמינים גבוהים של ADHD הינה הטרוגנית בנוגע לתפיסות בנוגע לסיכון ותועלת בעישון, ויתכן שמשום כך, השערת המחקר כי אלו מתווכים את הקשר בין ADHD לבין עישון לא אוששה.

חזקות ומגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מספר חזקות. ראשית, למיטב ידיעת הכותבת, מחקר זה הינו המחקר הראשון שמטרתו לבחון את תפיסות הסיכון והתועלת כמתווכות את הקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון באוכלוסיית מבוגרים. רעיון זה נוגע לתחום המחקר הבוחן את הקשר בין תסמיני ADHD לבין התנהגויות סיכון, ועל כן יכול להוות תרומה להבנה טובה יותר של תהליכים בתחום זה. חוזקה נוספת של המחקר הנוכחי הינה שבמחקר נמדדו תסמיני ADHD בעזרת מדדים רציפים. תוצאות מחקרים תמכו בשימוש בהגדרות רציפות של תסמיני ADHD (Levy et al. 1997). שימוש במדדים רציפים של תסמיני ADHD מאפשר הסתכלות על דרגות חומרה שונות של ההפרעה בהקשרים של שימוש בסיגריות ותפיסות סיכון ותועלת, דבר שלא היה מתאפשר

בהגדרה קטגוריאלית של תסמיני ADHD. יתירה מכך, שימוש במדדים רציפים הולם יותר את טבעה הממדי של ההפרעה (Coghill & Sonuga-Barke, 2012 ; Nikolas & Burt, 2010).

יש לציין גם מספר מגבלות מתודולוגיות בנוגע למחקר הנוכחי. ראשית, אוכלוסיית המחקר הינה הטרוגנית, בייחוד בטווח הגילאים וברמת ההשכלה. יתכן כי להטרוגניות זו הייתה השפעה על אישוש ההשערות במחקר. לדוגמא, בישראל, בקרב אוכלוסייה יהודית, נמצא כי בעלי השכלה גבוהה מעשנים פחות מבעלי השכלה נמוכה. כמו כן, נמצא כי שיעור הגברים המעשנים יורד עם הגיל, ואילו שיעור הנשים המעשנות עולה עם הגיל (דו"ח שר הבריאות על עישון בישראל, 2014). אוכלוסיית המחקר כללה גם מעט יותר נשים מגברים (57.7% נשים לעומת 42.3% גברים), כאשר מחקרים מראים כי גברים לרוב מעשנים יותר מנשים (Bauer, Gohlmann & Sinning, 2007). בישראל, נמצא כי 23.1% מהגברים מעשנים לעומת, 14.0% מהנשים (דו"ח שר הבריאות על עישון בישראל, 2014). הבדלים אלו עשויים לפגוע באישוש ההשערות, כאשר ניתוח התוצאות נעשה עבור כל המדגם יחד, ללא הפרדה לפי מגדר, גיל או רמת השכלה.

מגבלה מתודולוגית נוספת נוגעת לשיטת המדידה של ADHD ושל עישון שנעשתה בעזרת דיווח עצמי. קיימות עדויות לכך שנבדקי מחקר נוטים לדווח הערכת חסר של כמות השימוש בסיגריות ביחס לשימוש האמיתי (Gorber, Schofield-Hurwitz, Hardt, Levasseur, & Tremblay, 2009). כמו כן, עולה שאלה בנוגע לדיווח עצמי של סימפטומים של ADHD. עם מגבלה זו, יש לציין כי מספר מחקרים הדגימו שימוש אמין בדיווח עצמי לסימפטומים של ADHD (לדוגמא: Zohar ; Kooij, Boonstra., Swinkels, Bekker, Noord, & Buitelaar, 2008 ; & Konfortes, 2010).

מגבלה מרכזית של המחקר הנוכחי הינה בשל ניתוח תפיסות הסיכון והתועלת שנעשתה יחד עבור נבדקים מעשנים ולא מעשנים. ככל הנראה, תפיסות הסיכון והתועלת משתנות לאחר שימוש ראשוני בסיגריות (Doran, Schweizer, & Myers, 2011). משום כך, בכדי לבחון האם תפיסות סיכון ותועלת מתווכות את הקשר בין תסמיני ADHD לבין עישון, ככל הנראה לא ניתן למדוד את התפיסות לאחר תחילת העישון. יתכן כי אצל אדם מעשן התפיסות שלו בנוגע להשלכות של עישון מושפעות מההתנסות בעישון יותר מאשר ממאפייני ADHD.

לתוצאות המחקר הנוכחי השלכות תיאורטיות ויישומיות. ראשית, תוצאות המחקר תואמות לממצאים קודמים שהראו קשר בין תסמיני ADHD לעישון (McClemon & Kollins, 2008). ממצאים אלו מחזקים את הטענה כי אנשים עם תסמינים גבוהים של ADHD נמצאים בסיכון רב יותר לעישון. הבנה זו משמעותית לצורך התערבות מוקדמת ומניעת התנהגויות עישון בקרב אוכלוסיית האנשים הסובלים מרמה גבוהה של תסמיני ADHD. זאת ועוד, ממצאים אלו מחזקים גם את ההבנה כי אחוזים גבוהים מהמעשנים סובלים מרמת תסמינים גבוהה של ADHD. בהתאם לכך, כאשר רוצים לבנות התערבות לצורך הפסקת עישון, ניתן לבחון האם הנבדקים סובלים מתסמינים של ADHD. במידה ואכן קיימים תסמינים גבוהים של ADHD, ניתן להציע טיפול בסימפטום העישון דרך טיפול בתסמיני הקשב. מחקרים אכן הראו כי טיפול תרופתי ב-ADHD עשוי לצמצם את השימוש בסיגריות (Schoenfelder, Faraone, & Kollins, 2014).

שנית, תוצאות המחקר הנוכחי מחזקות את הממצא כי קיים קשר בין תפיסות בנוגע לעישון לבין התנהגות עישון. קשר זה נמצא גם במחקרים קודמים (Heinz, Kassel, ; Palfai, 2002 ; Berbaum, & Mermelstein, 2010). ניתן לפתח ממצא זה בכדי לבחון את יעילותן של תוכניות התערבות הנוגעות לתפיסות בנוגע לעישון, לצורך הפחתה של עישון בקרב אוכלוסיות שונות. קיימות תוכניות התערבות שנמצאו יעילות למניעת עישון או הפסקתו, וכוללות מידע על נזקי עישון והשפעות בריאותיות וחברתיות (לדוגמה ; Prokhorov et al., 2008 ; Pbert et al., 2008 ; Severson et al., 2000). במחקרי המשך, ניתן לבחון כיצד המידע אודות השפעות עישון משמעותי בשינוי תפיסות בנוגע לעישון והאם רכיבים אלו עשויים להיות יעילים בהפחתת התנהגויות עישון בקרב אוכלוסיות שונות. כמו כן, ניתן להמשיך לפתח תוכניות התערבות הממוקדות בשינוי תפיסות בנוגע לעישון, ועל ידי כך להשפיע על התנהגות עישון בפועל.

שלישית, על ידי מחקרי המשך, יש לבחון בדרכים נוספות את מהות הקשר בין תסמיני ADHD לבין תפיסות בנוגע לעישון, וזאת בכדי לנסות להבין טוב יותר את הנטייה של מבוגרים עם תסמינים גבוהים של ADHD לעישון. הבנה טובה יותר של נטייה זו תאפשר חשיבה לגבי מניעה מוקדמת והתערבות הממוקדת בתפיסות בנוגע לעישון שעשויה להיות יעילה בקרב אוכלוסיה זו. מעבר לכך, הבנה טובה יותר של הקשר בין תסמיני ADHD לבין תפיסות בנוגע

לעישון, תאפשר הכללה והבנה עמוקה יותר של נטייה להתנהגויות סיכון אחרות שמאפיינות מבוגרים ומתבגרים עם רמת תסמינים גבוהה של ADHD.

טבלה 1- ממוצעים וסטיות תקן למשתנים המרכזיים במחקר

Perceived benefits	Perceived costs	Cigarettes per day	ASRS	
2.53	5.74	2.79	45.14	ממוצע
(1.17)	(1.31)	(7.0)	(10.5)	(SD)

Note . ASRS= Adult ADHD Self-Report Scale. Cigarettes per day= מספר סיגריות ליום כפי שדווח על ידי הנבדקים

טבלה 2- טעינויות הפריטים בחלוקה לשני גורמים

גורמים		הפריטים
2	1	
0.032-	0.735	29. תרגיש פחות מותש
0.12-	0.698	48. תבצע טוב יותר מטלות שדורשות חשיבה
0.071	0.691	24. המעמד החברתי שלך יעלה
0.031-	0.691	47. זה יעזור לך לשמור על סדר היום
0.033	0.661	32. תזכה להערכה מחברך
0.029-	0.647	28. תכעס פחות, תשלוט בכעס
0.008-	0.646	16. החיים שלך יהפכו לפחות משעממים
0.062	0.639	23. תראה יותר אטרקטיבי
0.154	0.638	42. תחוש נחמה
0.006	0.622	25. תמנע עליה במשקל
0.032-	0.617	15. תרגיש רגוע
0.047	0.616	30. תראה מגניב
0.02-	0.584	31. יגדל הסיכוי שלך להשיג בן/בת זוג
0.049	0.581	45. תרגיש יותר גברי/תרגישי יותר נשית
0.058	0.58	22. תרגיש יותר אחד מהחברה
0.056	0.575	13. תרגיש פחות משועמם
0.166	0.573	50. תעז יותר, תתבייש פחות
0.003-	0.568	12. תרגיש פחות לחוץ
0.09-	0.544	44. תרגיש יותר חלק מהמשפחה
0.009-	0.541	2. תרגיש שלווה
0.021	0.523	38. תשלוט בתיאבון שלך
0.008-	0.477	4. תהיה פחות מוטרד מרגשות שליליים
0.195	0.436	19. זה יעזור לשרוף זמן
0.218	0.422	11. תמנע אכילת יתר
0.05-	0.408	6. תשמור על המשקל
0.778	0.15-	14. הריאות שלך יפגעו

0.749	0.012	39. תמות בטרם עת
0.733	-0.081	9. בריאותך תפגע מאוד
0.717	0.031-	18. תסבול ממחלת לב
0.716	0.113-	35. תרגיש פחות בריא
0.687	0.031	27. תחלה בסרטן ריאות
0.682	0.152-	37. הכושר הגופני שלך ייפגע
0.67	0.021-	43. תפגע בסובבים אותך בשל עישון פסיבי
0.616	0.215-	20. יהיו לך כתמים על האצבעות והשיניים
0.615	0.106	36. יישאר לך פחות כסף לדברים אחרים
0.614	0.282-	5. תריח רע
0.613	0.222-	10. יהיה לך ריח רע מהפה
0.594	0.271	8. תהפוך לתלוי בניקוטין
0.566	0.298	46. תרגיש שנכנעת ללחץ חברתי לעשן
0.557	0.309	41. יהיה לך קשה יותר להפסיק לעשן
0.546	0.392	34. תרגיש נשלט על ידי הסיגריות
0.533	0.001-	33. משפחתך תעריך אותך פחות
0.515	0.099	49. תרגיש פחות חלק מהמשפחה
0.492	0.343-	7. תחוש טעם רע בפה
0.482	0.024	3. תאבד את הערכת חבריך
0.473	0.191	17. תהפוך לפחות פופולארי
0.454	0.222	21. תרגיש "אאוטסיידר", לא מקובל
0.435	0.103	52. תרגיש פחות גברי/ תרגישי פחות נשית
0.312	0.364	1. תהיה מכור
0.475	0.419	26. תתמכר לסיגריות
0.08-	0.372	40. תזכה להערכה ממשפחתך
0.249	0.324	51. תרגיש שלא נכנעת לטאבו החברתי נגד עישון

Note. תפיסות של סיכון כתוצאה מעישון=Factor 2. תפיסות של תועלת מעישון=Factor 1.

טבלה 3- טעינויות הפריטים בחלוקה לתשעה גורמים

גורמים									הפריטים
9	8	7	6	5	4	3	2	1	
.022	.103	.052	-.076	.079	.017	.080	.074	.858	39. תמות בטרם עת
-.079	.006	.071	-.063	.134	.072	.053	-.021	.840	18. תסבול ממחלת לב
.058	.040	-.238	-.001	.153	-.046	.095	-.055	.776	14. הריאות שלך יפגעו
.084	-.067	-.103	-.002	.110	.021	.129	-.011	.765	9. בריאותך תפגע מאוד
.038	-.052	-.050	-.021	.111	.094	.105	.089	.742	27. תחלה בסרטן ריאות
.171	.000	.045	-.059	.180	-.156	.180	-.048	.704	35. תרגיש פחות בריא
-.128	.058	-.351	.114	-.012	-.010	-.032	-.105	.702	20. יהיו לך כתמים על האצבעות והשיניים
.035	-.008	-.200	-.025	.174	-.136	.038	.009	.691	37. הכושר הגופני שלך ייפגע
.233	.161	.008	.227	.234	-.155	.221	-.151	.555	43. תפגע בסובבים אותך בשל עישון פסיבי
.032	.181	.070	.001	.044	.080	.169	.851	-.022	24. המעמד החברתי שלך יעלה
-.007	.072	.129	.010	.063	.028	.017	.810	.046	30. תראה מגניב
.148	.068	.010	.161	.030	.133	.081	.758	-.047	32. תזכה להערכה מחברך
-.059	.208	.013	.044	.160	.067	.084	.748	-.045	23. תראה יותר אטרקטיבי
.092	.224	-.022	-.041	.113	.001	.140	.747	-.091	22. תרגיש יותר אחד מהחבר'ה
.048	-.007	.109	-.133	.106	.207	-.011	.721	.053	45. תרגיש יותר גברי/תרגישי יותר נשית
.115	.043	.138	.195	-.035	.011	-.027	.712	.005	31. יגדל הסיכוי שלך להשיג בן/בת זוג
-.231	-.319	.062	.114	-.205	.055	.002	.672	.061	40. תזכה להערכה ממשפחתך
.013	-.085	.035	.127	-.090	.180	.030	.669	-.078	44. תרגיש יותר חלק מהמשפחה
-.036	.122	-.121	-.036	.089	.084	.849	.177	.063	21. תרגיש "אאוטסיידר", לא מקובל
-.064	-.099	-.115	.008	.133	-.006	.791	.002	.132	3. תאבד את הערכת חברך
-.254	.037	-.148	.057	-.007	.042	.769	.247	.196	17. תהפוך לפחות פופולארי
.376	.093	.041	-.133	.046	-.013	.678	.067	.226	49. תרגיש פחות חלק מהמשפחה
.330	.081	-.153	.036	.227	.014	.484	.327	.260	46. תרגיש שנכנעת ללחץ חברתי לעשן
.062	.139	.019	.117	.232	.795	-.024	.022	-.090	2. תרגיש שלווה
.092	.195	.158	.106	.097	.792	-.031	.119	-.033	15. תרגיש רגוע

טבלה 4- מתאמי ספירמן בין עישון לבין מדדים של ADHD

	Smoking 5 per day	ASRS	Inattention
ASRS	.230**	-	-
Inattention	.161*	.874**	-
Hyper-activity	.250**	.874**	.537**

Note. ASRS= Adult ADHD Self-Report Scale . ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

טבלה 5- מתאמי ספירמן בין עישון לבין תפיסות תועלת וסיכון

	Smoking 5 per day	Perceived benefits
Perceived benefits	.197**	-
Perceived costs	-.201**	.093

Note. . ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

טבלה 6- מתאמי ספירמן בין מדדים של ADHD לבין תפיסות תועלת וסיכון

	ASRS	Inattention	Hyper-activity	Perceived benefits
Perceived benefits	.025	.020	.039	-
Perceived costs	-0.45	-.014	-.101	.093

Note. . ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

טבלה 7- מתאמי ספירמן בין סימפטומים של ADHD לבין סולמות שאלון SES

	ASRS	Inattention	Hyper-activity	Health costs	Social benefits	Social costs	Affect benefits	Addiction costs	Weight benefits
Inattention	.808**								
hyperactivity	.859**	.461**							
Health costs	-.030	-.037	-.069						
Social benefits	.047	.049	.008	-.127					
Social costs	.025	.026	-.036	.285**	.278**				
Affect benefits	.000	-.027	.035	.032	.306**	.043			
Addiction costs	.080	.045	.016	.339**	.092	.156*	.328**		
Weight benefits	.029	-.015	.035	-.040	.149*	.015	.395**	.157*	
Boredom benefits	.124	.130	.076	-.033	.398**	.164*	.489**	.289**	.379**

Note. . ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

הספיל, ח (2015). דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2014, משרד הבריאות.

- Adler, L. A., & Chua, H. C. (2002). Management of ADHD in adults. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl. 12), 29–35.
- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(3), 145-8.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM (5th ed.)*. Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 63, 10-15.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risk in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 98, 1089-1095.
- Barkley, R.A., Murphy, K., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford Press.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research – conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Bauer, T., Göhlmann, S., & Sinning, M. (2007). Gender differences in smoking behavior. *Health Economics*, 14(9), 895-909.

- Blais, A. R., & Weber E. U. (2006). A domain-specific risk-taking scale for adult populations. *Judgment and Decision Making*, 1(1), 33–47.
- Blase, S. L., Gilbert, A. N., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., Swartzwelder, H. S., et al. (2009). Self-reported ADHD and adjustment in college: Cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Attention Disorders*, 13, 297–309.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245–276.
- Charach, A., Yeung, E., Climans, T., & Lillie, E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta analyses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(1), 9–21.
- Coghill, D. & Sonuga-Barke E.J.S. (2012) Annual research review: Categories versus dimensions in the classification and conceptualization of child and adolescent mental disorders—implications of recent empirical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 53, 469–489.
- Cohn, L. D., Macfarlane, S., Yanez, C., & Imai, W. K. (1995). Risk-perception: differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14(3), 217.
- Doran, N., Khoddam, R., Sanders, P. E., Schweizer, C. A., Trim, R. S., & Myers, M. G. (2013). A prospective study of the acquired preparedness model: The effects of impulsivity and expectancies on smoking initiation in college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 714.
- Doran, N., Schweizer, C. A., & Myers, M. G. (2011). Do expectancies for reinforcement from smoking change after smoking initiation?. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1), 101.

- Farmer, J. E., & Peterson, L. (1995). Injury risk factors in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Health Psychology, 14*, 325–332.
- Figner, B., & Weber, E. U. (2011). Who takes risk when and why? Determinants of risk-taking. *Current Directions in Psychological Science, 20*, 211-216.
- Foster, I., Racicot, S., & McGrath, J.J. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder subtype differentially predicts smoking expectancies in adolescents. *The Journal of Adolescent Health, 51*, 393-399.
- Fuemmeler, B. F., Kollins, S. H., & McClernon, F. J. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms predict nicotine dependence and progression to regular smoking from adolescence to young adulthood. *Journal of pediatric psychology, 32*(10), 1203-1213.
- Glass, K., & Flory, K. (2010). Why does ADHD confer risk for cigarette smoking? A review of psychosocial mechanisms. *Clinical child and family psychology review, 13*(3), 291-313.
- Gorber, S. C., Schofield-Hurwitz, S., Hardt, J., Levasseur, G., & Tremblay, M. (2009). The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status. *Nicotine & Tobacco Research, 11*(1), 12-24.
- Heinz, A. J., Kassel, J. D., Berbaum, M., & Mermelstein, R. (2010). Adolescents' expectancies for smoking to regulate affect predict smoking behavior and nicotine dependence over time. *Drug and alcohol dependence, 111*(1), 128-135.
- Hine, D. W., Honan, C.A., Marks, A.D., & Brettschneider, K. (2007) Development and validation of the Smoking Expectancy Scale for Adolescents. *Psychol Assess, 19*, 347–355.

- Johnston, L. D. (2010). *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2008: Volume II: College Students and Adults Ages 19-50*. DIANE Publishing.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement, 20*, 141–151.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychol Med. 35*(2), 245-56.
- Kollins, S. H., McClernon, F. J., & Fuemmeler, B. F. (2005). Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population based sample of young adults. *Archives of General Psychiatry, 62*(10), 1142-1147.
- Kooij, J. S., Boonstra, A. M., Swinkels, S. H. N., Bekker, E. M., de Noord, I., & Buitelaar, J. K. (2008). Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report concerning symptoms of ADHD in adult patients. *Journal of Attention Disorders, 11*(4), 445-458.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/ dependence: a meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev., 31*, 328–341.
- Lee, D.H., Oakland, T., Jackson, G., & Glutting, J. (2008). Estimated prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms among college freshmen. *Journal of Learning Disabilities, 41*, 371-384.
- Levy, F., Hay, D.A, McStephen, M., Wood, C., & Waldman, I. (1997) Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-

- scale twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(6), 737–744.
- Marcus, D.K., & Barry, T.D. (2011) Does attention-deficit/hyperactivity disorder have a dimensional latent structure? A taxometric analysis. *J Abnorm Psychol*, *120*, 27–442.
- Markon, K.E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011) The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychol Bull*, *137*, 856–879.
- McClernon, F. J., & Kollins, S. H. (2008). ADHD and smoking. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1141*(1), 131-147.
- Michielsen, M., Comijs, H. C., Semeijn, E. J., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & Kooij, J. S. (2013). The comorbidity of anxiety and depressive symptoms in older adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A longitudinal study. *Journal of affective disorders*, *148*(2), 220-227.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Chen, L., & Jones, J. (1997). Further evidence of an association between attention-deficit/hyperactivity disorder and cigarette smoking: Findings from a high-risk sample of siblings. *The American Journal on Addictions*, *4*(3), 205-217.
- Nigg, J.T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical Psychology Review*, *33*, 215-228.
- Nikolas, M. & Burt, S. (2010). Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*, 1–17.
- Palfai, T. P. (2002). Positive outcome expectancies and smoking behavior: The role of expectancy accessibility. *Cognitive Therapy and Research*, *24*(3), 317-333.

- Patrick, M. E., Wray-Lake, L., Finlay, A. K., & Maggs, J. L. (2010). The long arm of expectancies: Adolescent alcohol expectancies predict adult alcohol use. *Alcohol and Alcoholism*, 45(1), 17-24.
- Pbert, L., Flint, A. J., Fletcher, K. E., Young, M. H., Druker, S., & DiFranza, J. R. (2008). Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 121(4), e738-e747.
- Pedersen, S. L., Harty, S. C., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., & Molina, B. S. (2014). Differential associations between alcohol expectancies and adolescent alcohol use as a function of childhood ADHD. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 75(1), 145.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.
- Pomerleau, O. F., Downey, K. K., Stelson, F. W., & Pomerleau, C. S. (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of substance abuse*, 7(3), 373-378.
- Prokhorov, A. V., Kelder, S. H., Shegog, R., Murray, N., Peters, R., Agurcia-Parker, C., ... & Ford, K. H. (2008). Impact of A Smoking Prevention Interactive Experience (ASPIRE), an interactive, multimedia smoking prevention and cessation curriculum for culturally diverse high-school students. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(9), 1477-1485.
- Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, J., Hoyle, R. H., & Swartzwelder, H. S. (2008). Adjustment to college in students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 689-699.

- Schoenfelder, E. N., Faraone, S. V., & Kollins, S. H. (2014). Stimulant treatment of ADHD and cigarette smoking: A meta-analysis. *Pediatrics*, *133*(6), 1070-1080.
- Scott-Sheldon, L. A., Terry, D. L., Carey, K. B., Garey, L., & Carey, M. P. (2012). Efficacy of expectancy challenge interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Psychology of Addictive Behaviors*, *24*(3), 393.
- Severson, H. H., Andrews, J. A., Lichtenstein, E., Gordon, J. S., Barckley, M., & Akers, L. (2000). A self-help cessation program for smokeless tobacco users: comparison of two interventions. *Nicotine & Tobacco Research*, *2*(4), 363-370.
- Simon V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A., & Bitter, I. (2009) Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(3), 204-211.
- Sonuga-Barke, E.G.S., & Fairchild, G., (2012). Neuroeconomics of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential influences of medial, dorsal, and ventral prefrontal brain networks on suboptimal decision making? *Biological Psychiatry*, *72*(2), 126–133.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and alcohol dependence*, *122*(1), 11-19.
- Weber, E. U., Blais, A.R., & Betz, E. (2002). A Domain specific risk-attitude scale: Measuring risk perceptions and risk behaviors. *Journal of Behavioral Decision Making*, *15*, 263–290.
- Weber, E. U., & Hsee.. C.K. (1998). Cross-cultural differences in risk perception, but cross-cultural similarities in attitudes towards perceived risk. *Management Science*, *44*, 1205–1217.

Weyandt, L. L., & DuPaul, G. J. (2008). ADHD in college students: Developmental findings. *Developmental Disabilities, 14*, 311-319.

Zohar, A.H., & Konfortes, H. (2010). Diagnosing ADHD in Israeli adults: The psychometric properties of the adult ADHD Self Report Scale (ASRS) in Hebrew. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 47(2)*, 308-315.

נספחים

טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר

שם המחקר : תפיסות סיכון ותועלת בנוגע לעישון בקרב מבוגרים.

החוקר האחראי : ד"ר יהודה פולק, המחלקה לליקויי למידה, האוניברסיטה העברית בירושלים
(yehuda.pollak@mail.huji.ac.il ,02-5882085)

הסטודנט החוקר : בתיה מאירפלד, בית הספר לחינוך, האוניברסיטה העברית בירושלים (-054)
(batya.s123@gmail.com ,5468347)

המחקר שבו אתה תשתתף בודק תהליכי קבלת החלטות. מטרת המחקר לבדוק את תפיסת הסיכון והתועלת של עישון והקשר שלהם לתסמינים של הפרעת קשב בקרב אוכלוסייה בוגרת. יש במידע זה לתרום להבנה טובה יותר של המניעים לעישון.

במחקר זה עליך למלא שאלונים באופן אנונימי (טופס ההסכמה מדעת יופרד מהשאלון), בהם תתבקש להעריך את הסיכון והתועלת הגלומים בעישון. מילוי השאלונים עשוי להמשך כ 20 דקות. ההשתתפות במחקר היא על בסיס התנדבותי.

הנתונים שייאספו הינם חסויים ויעשה בהם שימוש לצרכי המחקר בלבד.

חשוב לציין כי המשתתפים במחקר רשאים בכל עת לבחור שלא להשתתף בניסוי מבלי לפגוע בזכויותיהם. כמו כן, במידה והמחקר יסב לך סבל או יפגע ברגשותיך, תוכל להפסיק את השתתפותך במחקר בכל שלב.

הנני מאשר שהסכמתי להשתתף במחקר מרצוני החופשי לאחר שהוסבר לי והבנתי את האמור לעיל:

שם: _____ תאריך: _____

חתימה: _____

תודה על שיתוף הפעולה,

בתיה מאירפלד

054-5468347

במידה והנך מוצא אי נחת בשאלות המובאות לפניך אינך חייב להשיב עליהן.

תודה על שיתוף הפעולה.

מין: ז / נ _____ גיל: _____ מספר חדרים _____ מספר נפשות _____
בביתך: _____ בביתך: _____

לאום/דת: יהודי / ערבי-נוצרי / ערבי-מוסלמי / אחר _____

אנא הקף בעיגול את הסטטוס המגדיר אותך בעיניך: חילוני / מסורתי / דתי / חרדי / אחר _____

אנא סמן את שנות השכלתך:	אנא סמן את סטטוס העישון המתאר אותך:	במידה והינך מעשן אנא השב על השאלות הבאות:
☐ תיכונית	☐ מעולם לא עישנתי	1. כמה סיגריות להערכתך אתה מעשן ביום? _____
☐ על תיכונית	☐ ניסיתי במהלך חיי	2. כמה סיגריות להערכתך אתה מעשן בשבוע? _____
☐ תואר ראשון (גם במהלכו)	☐ סיגריה אחת או שתיים	3. כמה סיגריות להערכתך אתה מעשן בשנה? _____
☐ תואר שני (גם במהלכו)	☐ מעשן לפעמים	
☐ תואר שלישי (גם במהלכו)	☐ מעשן קבוע	
אחר _____	☐ מעשן לשעבר	

האם אובחנת בעבר כסובל מהפרעת קשב (ADHD)? כן / לא במידה וכן באיזה גיל היית? _____

על ידי מי אובחנת? רופא / פסיכולוג / אחר _____

האם קיבלת טיפול תרופתי להפרעת קשב? כן / לא איזו תרופה? _____ באיזה גיל? _____

האם גם היום אתה מקבל טיפול תרופתי להפרעת קשב? כן / לא איזו תרופה? _____

אופי השימוש (יום יומי, רק בלמידה, רק למבחנים וכו'): _____

שאלון זה הנו אנונימי ומהווה חלק ממחקר. אי הסכמה להשתתף תתבטא באי מילוי השאלון. הנך רשאי להשיב על חלק מהשאלות בלבד.

עבור כל אחד מהמצבים המתוארים בהיגדים הבאים, אנא סמן עד כמה זה מאפיין אותך.
השתמש בסולם הדרוג שלפניך הנע בין "אף פעם לא" לבין "לעיתים תכופות מאוד".

לעיתים תכופות מאד	לעיתים תכופות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם לא	
חלק א'					
					1. באיזו תכיפות אתה מתקשה להשלים את הפרטים של פרויקט, מהרגע בו החלקים המתגרים הסתיימו?
					2. באיזו תכיפות אתה מתקשה ליצור סדר בדברים, כאשר אתה מבצע משימה המצריכה ארגון?
					3. באיזו תכיפות אתה מתקשה בזכירת פגישות או התחייבויות?
					4. כאשר מוטלת עליך משימה המצריכה חשיבה מרובה, באיזו תכיפות אתה נמנע או דוחה את התחלתה?
					5. באיזו תכיפות אתה מתפתל או מניע בקוצר-רוח את ידיך או רגלייך, כאשר עליך לשבת במקומך למשך זמן ארוך?
					6. באיזו תכיפות אתה מרגיש פעיל יתר על המידה או מרגיש צורך לעשות דברים, כאילו אתה פועל על ידי מנוע?
חלק ב'					
					7. באיזו תכיפות אתה מבצע שגיאות הנובעות מרשלנות, כאשר עליך לעבוד על פרויקט משעמם או קשה?
					8. באיזו תכיפות אתה מתקשה בשמירה על ריכוז, כאשר אתה מבצע עבודה משעממת או עבודה החוזרת על עצמה?
					9. באיזו תכיפות אתה מתקשה להתרכז במה שאנשים אומרים לך, אפילו כאשר הם מדברים אליך באופן ישיר?
					10. באיזו תכיפות אתה מאבד חפצים או מתקשה במציאתם, בעבודה או בבית?
					11. באיזו תכיפות דעתך מוסחת על-ידי פעילות או רעש בסביבתך?
					21. באיזו תכיפות אתה קם ממושבך במהלך פגישה או בכל סיטואציה אחרת, בה מצופה ממך להישאר במקומך?
					31. באיזו תכיפות אתה מרגיש חסר-מנוחה או קצר-רוח?
					41. באיזו תכיפות אתה מתקשה להירגע ולהשתחרר כאשר יש לך זמן לעצמך?
					51. באיזו תכיפות אתה מוצא את עצמך מדבר יותר מידי כאשר אתה בסיטואציה חברתית?
					61. כאשר אתה במהלך שיחה, באיזו תכיפות אתה מוצא את עצמך מסיים משפטים של האנשים עימם אתה מדבר, לפני שהם מסיימים אותם בעצמם?
					71. באיזו תכיפות אתה מתקשה לחכות לתורך בסיטואציות בהן אתה נדרש לכך?
					81. באיזו תכיפות אתה מפריע לאחרים כאשר הם עסוקים?

שאלון זה הנו אנונימי ומהווה חלק ממחקר. אי הסכמה להשתתף תבטא באי מילוי השאלון.
הנך רשאי להשיב על חלק מהשאלות בלבד.

הסולם הבא מכיל היגדים בנוגע להשלכות שיכולות להתרחש במידה שתעשן סיגריות. עבור כל אחד מהפריטים הבאים, אנא סמן מה הסיכוי שהוא יתרחש במידה שתעשן סיגריות. השתמש בסולם הדירוג שלפניך הנע בין "לא סביר לחלוטין" ל"סביר לחלוטין".

		לא סביר					סביר				
		לא סביר לחלוטין	לא סביר באופן קיצוני	לא סביר מאוד	לא סביר במידה	קצת לא סביר	קצת סביר	סביר במידה	מאוד סביר	סביר באופן קיצוני	סביר לחלוטין (ודאי)
1	תהיה "מכור"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	תרגיש שלוח	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	תאבד את הערכת חבריך	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	תהיה פחות מוסח מרגשות שליליים	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	תריח רע	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	תשמור על המשקל	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7	תחוש טעם רע בפה	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8	תהפוך לתלוי בניקוטין	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9	בריאותך תיפגע מאוד	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	יהיה לך ריח רע מהפה	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11	תמנע אכילת יתר	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12	תרגיש פחות לחוץ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13	תרגיש פחות משועמם	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	הריאות שלך ייפגעו	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15	תרגיש רגוע	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16	החיים שלך יהפכו לפחות משעממים	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17	תהפוך לפחות פופולרי	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18	תסבול ממחלת לב	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19	זה יעזור לשרוף זמן	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20	יהיו לך כתמים על האצבעות והשיניים	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21	תרגיש "אאוטסיידר", לא מקובל	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22	תרגיש יותר אחד מהחברי'ה	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

לא סביר											
סביר לחלוטין (ודאי)	סביר באופן קיצוני	מאוד סביר	סביר במידה	קצת סביר	קצת לא סביר	לא סביר במידה	מאוד לא סביר	לא סביר באופן קיצוני	לא סביר לחלוטין		
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	23	תיראה יותר אטרקטיבי
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	24	המעמד החברתי שלך יעלה
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	25	תמנע עלייה במשקל
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	26	תתמכר לסיגריות
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	27	תחלה בסרטן ריאות
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	28	תכעס פחות, תשלוט בכעס
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	29	תרגיש פחות מותש
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	30	תיראה מגניב
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	31	יגדל הסיכוי שלך להשיג בתן זוג
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	32	תזכה להערכה מחברך
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	33	משפחתך תעריך אותך פחות
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	34	תרגיש נשלט על ידי הסיגריות
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	35	תרגיש פחות בריא
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	36	יישאר לך פחות כסף לדברים אחרים
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	37	הכושר הגופני שלך ייפגע
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	38	תשלוט בתיאבון שלך
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	39	תמות בטרם עת
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	40	תזכה להערכה ממשפחתך
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	41	יהיה לך קשה יותר להפסיק לעשן
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	42	תחוש נחמה
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	43	תפגע בסובבים אותך בשל עישון פסיבי
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	44	תרגיש יותר חלק מהמשפחה

סביר					לא סביר						
סביר לחלוטין (ודאי)	סביר באופן קיצוני	מאוד סביר	סביר במידה	קצת סביר	קצת לא סביר	לא סביר במידה	מאוד לא סביר	לא סביר באופן קיצוני	לא סביר לחלוטין		
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	תרגיש יותר גברי	45
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	תרגיש שנכנעת ללחץ חברתי לעשן	46
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	זה יעזור לך לשמור על סדר היום	47
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	תבצע טוב יותר מטלות שדורשות חשיבה	48
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	תרגיש פחות חלק מהמשפחה	49
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	תעז יותר, תתבייש פחות	50
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	תרגיש שלא נכנעת לטאבו החברתי נגד עישון	51
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	תרגיש פחות גברי	52