



## مقایسه بیماران سوءمصرف کننده مواد با افراد سالم در عوامل خطر ساز فردی

هادی بهرامی احسان<sup>۱</sup>، رضا رستمی<sup>۲</sup>، فهیمه حکیم<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۱۷

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه دو گروه از بیماران سوء مصرف کننده مواد با افراد سالم در عوامل خطر ساز فردی و شناسایی مهم ترین عامل متمایز کننده دو گروه در عوامل خطر ساز فردی انجام شد. **روش:** روش مطالعه حاضر پس رویدادی بود، بدین ترتیب که ۱۲۰ نفر از بیماران سوء مصرف کننده مواد و ۱۲۰ نفر از افراد سالم که در ویژگی های جمعیت شناختی با گروه بیمار همتا بودند، مقیاس های اضطراب، استرس و افسردگی، تکانشگری، پرخاشگری، نگرش به مواد و وضعیت مصرف مواد را تکمیل نمودند. **یافته ها:** نتایج نشان داد بیماران سوء مصرف کننده مواد در متغیرهای خطر ساز فردی در مقایسه با گروه سالم نمره بیشتری کسب کرده اند. تکانشگری، پرخاشگری، افسردگی و نگرش مثبت به مواد به ترتیب بهترین عوامل تشخیص داده شده برای تمایز دو گروه بود. **نتیجه گیری:** یافته ها نشان می دهد، نقص درونی در سوء مصرف کنندگان، آن ها را مستعد سوء مصرف مواد می کند. هیجان های منفی، نگرش مثبت به مواد و ناتوانی در کنترل تکانه ها به مصرف انواع مواد منجر می شود.

**کلیدواژه ها:** سوء مصرف مواد، عوامل خطر ساز، تحلیل ممیزی

۱. دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه تهران، تهران، ایران، پست الکترونیک:

Fahimehkhakima@ut.ac.ir

## مقدمه

امروزه مصرف مواد مخدر یکی از مشکلات عمده جوامع بشری محسوب می‌شود. آسیب‌های ناشی از آن هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و درمانی بسیاری بر خانواده مصرف‌کنندگان و به‌طور کل جامعه وارد خواهد کرد. به همین دلیل جوامع بشری سال‌ها در تلاش هستند تا راهکارهای قانونی سخت‌گیرانه‌ای برای کنترل، حذف یا کاهش سوءمصرف مواد در جمعیت عمومی برقرار کنند (نیوتن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). سوءمصرف مواد الگوی غیرانطباقی از مصرف مواد است که منجر به آسیب جدی عاطفی-شناختی-رفتاری در خانواده و اجتماع می‌گردد (ریبر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶). بر اساس گزارش سازمان ملل در سال ۲۰۰۵، ایران بالاترین نسبت معتادان به هروئین و تریاک را در جهان دارد، و ۲۰ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۰ سال کشور به‌نحوی در سوءمصرف مواد مخدر درگیر هستند (اختیاری و جیلسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).

مطالعه در مورد علت‌شناسی مصرف مواد نشان داده است که علت اختلالات سوءمصرف مواد در برگیرنده شبکه پیچیده‌ای از تعامل عوامل روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی، زیست‌شناختی و ژنتیکی است (بوتوین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰، شی‌یر، بوتوین و گریفین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ و آونولی، کانوی، مرکینگیس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵؛ و کمینر و وینترز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱) که تأکید می‌شود در سطوح مختلف سبب‌شناسی، تشخیص و درمان باید از رویکردهای چند بعدی بهره گرفته شود (بلوم<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵ و رازالی و کلیور<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵). طبق پژوهش‌ها علت مصرف مواد با سوءمصرف و وابستگی به آن متفاوت است. مصرف مواد با فقر و عوامل فرهنگی-اجتماعی رابطه قوی‌تری دارد در حالی که سوءمصرف و وابستگی بیشتر متأثر از عوامل روان‌شناختی و زیست‌شناختی است (گلانتز و پیکنز<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۲ و کاپلان و جانسون<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۲؛ نقل از گلانتز و پیکنز، ۱۹۹۲).

1. Newton
2. Reber
3. Ekhtiari & Jillson
4. Botvin
5. Griffin, Botvin & Scheier
6. Avenevoli, Conwa, & Merikangas
7. Kaminer & Wintres

8. Belume
9. Razali, & Kliewer
10. Glantz, & Pickens
11. Jansoon

از جمله مدل‌های موفق چند بعدی در تبیین سوء مصرف مواد، دیدگاه عوامل خطر ساز<sup>۱</sup> است (هاوکینز، کاتالانو و میلر، ۱۹۹۲). بر اساس این الگوی نظری، با بررسی انواع متنوعی از عوامل خطر ساز می‌توان مصرف مواد را پیش‌بینی کرد (اسپونر، هال و لینسکی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). عوامل خطر ساز موقعیت‌ها، ویژگی‌ها و رویدادهایی هستند که احتمال سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهند (اسپونر و همکاران، ۲۰۰۱). عوامل خطری که پژوهشگران در زمینه مصرف مواد مخدر، شناسایی کرده‌اند در اصلی‌ترین نهادهای اجتماعی یعنی خانواده، مدرسه، گروه همسال، جامعه و همچنین در خود فرد قرار دارند. هر چقدر در جامعه‌ای تعداد عوامل خطر بیشتر باشد، احتمال سوء مصرف مواد مخدر نیز در آن جامعه بالاتر است، و هر اندازه یک شخص با عوامل خطر بیشتری روبرو باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که به سوء مصرف مواد روی آورد (هاوکینز، کاتالانو، میلر، و برنارد<sup>۳</sup>، ۱۳۸۲). با مرور مطالعات انجام شده اسپونر و همکاران (۲۰۰۱) این عوامل را به ۴ حوزه فردی، خانوادگی، محیط‌های کوچک شامل مدرسه، گروه همسالان، و محیط‌های بزرگتر فرهنگ و شرایط اقتصادی-اجتماعی جامعه، تقسیم کردند. در هر حیطه مجموعه‌ای از عوامل وجود دارند که می‌توانند احتمال سوء مصرف مواد را افزایش یا کاهش دهند (بیگلان، برنان، هوستر، و فولدر<sup>۴</sup>، ۱۳۸۷).

در میان عوامل خطر ساز شناسایی شده نقش عوامل فردی و روان‌شناختی از اهمیت بسزایی برخوردار است (مولایی، ابوالقاسمی و آقابابائی، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها بر نقش متغیرهای شناختی، عاطفی، رفتاری و شخصیتی و خطر اختلال مصرف مواد تأکید کرده‌اند (کریسکی، تارتر، وانیکاو، رنولدز و هی بیچ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ والن<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)، و به صورت گسترده‌ای نشان داده‌اند که بین آشفتگی‌های روان‌شناختی (گرن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵؛ کانوی، کامتون، استینسون و گرن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶ و مودی، فرانک و بیکل<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶) و

1. Risk factor  
2. Spooner, Hall, & Lynskey  
3. Hawkins, Catalano, Miller, & Miller  
4. Biglan, Bernan, Foster, & Holder  
5. Kirisci, Tarter, Vanyukov, Reynolds, & Habeych

6. Whelan  
7. Grant  
8. Conway  
9. Moody, Franck, & Bickel

خصیصه‌های شخصیتی<sup>۱</sup> (هامسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸ نقل از توریانو، وایتمن، هامسون، روبرتر و مروزاک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲؛ کرنور و نوردویک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷، والن و همکاران، ۲۰۱۴) با سوءمصرف مواد رابطه وجود دارد. ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی می‌تواند به عنوان بخشی از علت‌شناسی سوءمصرف و وابستگی به مواد در نظر گرفته شود و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بالایی در تبیین سوءمصرف مواد دارند (کرنور و نوردویک، ۲۰۰۷؛ کوتوف، گامز، اسمیت و واتسون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ بل<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴؛ استوینس<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). ویژگی‌های شخصیتی چون تکانشگری<sup>۸</sup> (توریانو و همکاران، ۲۰۱۲؛ استوینس و همکاران، ۲۰۱۴؛ روبرتر، پترس، آدامز، لینهام و ملک<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴؛ هاینز، بیوآی، توماس و بلاونجین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵)، پرخاشگری (توریانو و همکاران، ۲۰۱۲)؛ عوامل هیجانی مثل استرس، اضطراب و افسردگی (گودرز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳؛ مودی و همکاران، ۲۰۱۶) نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم وابستگی به مواد دارند. در سابقه افرادی که سوءمصرف‌کننده مواد هستند تکانشگری، پرخاشگری، افسردگی و اضطراب بیشتر است (بل، ۲۰۱۴؛ آرتیگا، چن و رنولدز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰). سطوح پایین خودمهارگری<sup>۱۳</sup>، هیجان‌خواهی<sup>۱۴</sup>، و برانگیختگی (اسکالچ<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)، آشفتگی‌های هیجانی<sup>۱۶</sup> مانند عاطفه منفی<sup>۱۷</sup>، بی‌قراری<sup>۱۸</sup> عوامل تأثیرگذار در مصرف مواد تلقی می‌شود (گریفن، شیر، بوتوین و دیاز<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۱). برخی صفات سرشتی<sup>۲۰</sup> مانند تکانشگری و عواطف منفی، مشکلات رفتاری چون مصرف مواد، خطرجویی<sup>۲۱</sup>، و بزهکاری را پیش‌بینی می‌کند (بل، ۲۰۱۴).

1. Trait personality
2. Hamsoon
3. Turiano, Whiteman, Hampson, Roberts, & Mrocze
4. Korno, & Nordvik
5. Kotov, Gamez, Schmidt, & Watsn
6. Ball
7. Stevens
8. impulsivity
9. Walter, Peters, Adams, Lynam, & Milich
10. Heinz, Bui, Thomas, & Blonigen
11. Goeders

12. Arteaga
13. Self\_control
14. sensation seeking
15. Schlauch
16. Emotional distress
17. negative affect
18. restlessness
19. Griffin, Botvin, Scheier, & Diaz
20. temperament traits
21. risk taking

نیوکامب و ارلی وین<sup>۱</sup> (۱۹۹۶)، در پژوهشی نشان دادند که سطوح بالاتر هیجان‌خواهی، پرخاشگری، تکانشگری، و سرکشی همراه با سطوح پایین‌تر تعهد و قانون‌گریزی خطر سوء‌مصرف مواد را افزایش می‌دهد. ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا، و این باور که مصرف الکل و مواد نتایج مطلوبی در پی خواهد داشت، یک علت زمینه‌ساز مهم و بنیادی در گسترش و روی آوردن به مصرف مواد است (گیلمن و آبراهام<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). شینکه، شوئین، هاپکینز و وایکستچرم<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی ۵۰۷ نوجوان را مورد مطالعه قرار دادند بر اساس نتایج آن‌ها، تصویر خود منفی<sup>۴</sup>، میزان بالای استرس، مهارت‌های مقابله<sup>۵</sup> ضعیف، مصرف مواد در همسالان، سطوح پایین خودمهارگری، و تصمیم به مصرف مواد در آینده مهم‌ترین عوامل خطر‌ساز فردی پیش‌بینی‌کننده سوء‌مصرف مواد است. ژونگ‌لای، کلری، سیت‌هارتسن و هانت<sup>۶</sup> (۲۰۱۵)، در فراتحلیلی شیوع هم‌ابتلایی اختلالات خلقی و اضطرابی را با سوء‌مصرف مواد در طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴ مورد بررسی قرار دادند و گزارش دادند که بین اختلالات مصرف مواد با اختلالات خلقی و اضطرابی رابطه‌ی نیرومندی وجود دارد. به‌طوری که در تمام پژوهش‌ها این هم‌ابتلایی به عنوان یک عامل مؤثر در شدت، الگو، و پیامدهای این اختلالات شناخته شده‌است. بنابراین متغیرهای روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی، از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم سوء‌مصرف مواد محسوب می‌شوند (زولنسکی، جکینز، جانسن، گوودوین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱).

علی‌رغم اینکه پژوهش‌ها به نقش پر اهمیت عوامل فردی و روان‌شناختی در تبیین سوء‌مصرف مواد تأکید کرده‌اند، اما کمتر پژوهشی به شناسایی عواملی که بیماران سوء‌مصرف‌کننده را از افراد غیرمصرف‌کننده به بهترین وجه متمایز کند، توجه کرده‌است. شناخت عواملی که به بهترین شکل دو گروه سوء‌مصرف‌کننده را از سالم متمایز می‌کند، در تبیین سوء‌مصرف مواد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به اهمیت این مساله این پژوهش در نظر دارد با بررسی مؤلفه‌های روان‌شناختی خطر‌ساز فردی تکانشگری،

1. Newcomb, & Earlywine  
2. Gilman, & Abraham  
3. Schinke, Schwinn, Hopkins, & Wahlstrom  
4. Negative self-image

5. Coping skill  
6. Xiong Lai, Cleary, Sitharthan & Hun  
7. Zvolensky, Jenkins, Johnson, & Goodwin

پرخاشگری، اضطراب، استرس، افسردگی و نگرش مثبت به مواد دو گروه بیماران سوءمصرف‌کننده مواد و افراد سالم را با یکدیگر مقایسه و مهم‌ترین عامل خطر ساز متمایزکننده این دو گروه را شناسایی کند.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر با مقایسه عوامل خطر ساز در دو گروه بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد و افراد سالم از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری را معتادین مرد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد خود معرف و مردان سالم ۲۵ تا ۴۰ ساله شهر قزوین تشکیل می‌دادند. بعد از اخذ لیست مراکز خصوصی ترک اعتیاد از اداره معاونت دارو و درمان استان قزوین؛ مراکز به گونه‌ای انتخاب شدند که از سه منطقه شهری تعداد مراکز برابری در نمونه نهایی وجود داشته باشد. از میان ۳۰ مرکز ترک اعتیاد مناطق جنوب، مرکز و شمال شهر، ۴ مرکز و در مجموع ۱۲ مرکز به شکل تصادفی ساده به این ترتیب انتخاب شدند که فهرست تمامی مراکز ترک اعتیاد مناطق جنوب، مرکز و شمال شهر در کاغذی یادداشت و از مناطق هر مرکز به صورت تصادفی ۴ مرکز انتخاب شدند. سپس از هر مرکز ۱۰ نفر در مجموع ۱۲۰ بیمار به شکل نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود بیماران، فقدان بیماری‌های حاد و مزمن روانی بود که سنجش این ملاک از طریق مراجعه به پرونده بیماران و نظر تشخیصی پزشک و روان‌شناس مراکز صورت گرفت. همچنین بیماران می‌بایست حداقل شش و حداکثر ۱۵ ماه تحت درمان بوده باشند. بعد از اطمینان از شرایط ورود، پرسش‌نامه‌ها در اختیار بیماران قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد، مطابق دستورالعمل و در کمال صداقت به سؤالات پاسخ دهند. در مورد برخی بیماران که به دلیل کمبود وقت و یا خستگی، قادر به پاسخ‌گویی به تمام سؤالات در یک جلسه نبودند، اجرای پرسش‌نامه در دو مرحله اجرا شد؛ به این ترتیب که تعدادی از پرسش‌نامه‌ها را در هفته بعد که به مرکز مراجعه کردند، تکمیل کردند. انتخاب نمونه سالم بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط گروه بیمار، از افراد حاضر در مراکز عمومی شهر و از بین کسانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، صورت گرفت. نمونه سالم، از نظر ویژگی‌های

جمعیت شناختی سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، نوع شغل و نوع مسکن با گروه بیمار به وسیله آزمون آماری خی دو همتا شدند. ملاک ورود گروه سالم فقدان بیماری‌های روان پزشکی بود که از طریق عدم مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس در طی یکسال گذشته بررسی شد. همچنین برای اطمینان از عدم سوء مصرف در گروه سالم از پرسش‌نامه بررسی وضعیت مصرف مواد استفاده شد.

## ابزار

۱. پرسش‌نامه پرخاشگری: باس و پری<sup>۱</sup> (۱۹۹۲)، پرسش‌نامه ارزیابی رفتار پرخاشگرانه را با ۵۲ پرسش بر روی سه گروه از دانشجویان در سه مرحله اجرا و در نهایت چهار عامل پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و کینه‌ورزی را با ۲۹ پرسش انتخاب کردند (نقل از سامانی، ۱۳۸۶). سامانی (۱۳۸۶)، در پژوهش خود چهار عامل انتخابی باس و پری را به عنوان‌های پرخاشگری کلامی و بدنی، خشم، رنجش و بدگمانی تغییر داد، و دو سؤال از فرم اصلی را به دلیل اینکه در بیش از یک عامل دارای بار عاملی بالاتر از ۰/۴۰ بودند از مجموعه پرسش‌ها حذف کرد. در پژوهش سامانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل خشم، پرخاشگری بدنی و کلامی، رنجیدگی و بدگمانی را به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۷۷، و ۰/۷۰ به دست آمد. اعتبار این پرسش‌نامه در پژوهش محمدی (۱۳۸۵)، با استفاده از سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و تصنیف به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۸، ۰/۷۳ و روایی همگرایی آن با محاسبه ضریب همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر و با کل پرسش‌نامه بین ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ به دست آمده که معنی‌دار است. این پژوهش از پرسش‌نامه باس و پری پژوهش سامانی (۱۳۸۶) با ۲۷ گویه استفاده کرده است. تمام سؤالات این پرسش‌نامه غیر از سؤال ۲۵ به صورت مستقیم نمره گذاری می‌شود. سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۲۰ و ۲۵ خشم؛ سؤالات ۷، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، و ۲۱ پرخاشگری کلامی و بدنی؛ سؤالات ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۳ رنجش و سؤالات ۱۰، ۱۱، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۶ و

۲۷ بدگمانی را می‌سنجند. در این پژوهش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است.

۲. شاخص تکانشگری بارت<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه شامل ۳۰ گویه است که ۳ عامل تکانشگری شناختی (تصمیم‌گیری‌های شناختی سریع) با ۸ تکانشگری حرکتی (عمل کردن بدون فکر) و بی‌برنامگی (جهت‌یابی آنی یا فقدان آینده‌نگری) را هر کدام با ۱۱ گویه به صورت پنج‌گزینه‌ای کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم ارزیابی می‌کند. در پژوهش حاضر ویرایش فارسی آن به کار گرفته شده است (اختیاری، صفایی، اسماعیلی جاوید، عاطف وحید و مکر، ۱۳۸۷). سؤالات ۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. اختیاری، و همکاران (۱۳۸۷)، ضریب آلفای کرونباخ را برای هر دو گروه افراد سالم و مصرف‌کنندگان مواد افیونی بین ۰/۴۰ تا ۰/۸۳ محاسبه کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای امتیاز کل در گروه معتادان و افراد سالم به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ به دست آمد. پاتون، استانفورد و بارات<sup>۲</sup> (۱۹۹۵)، سازندگان اصلی همسانی درونی برای نمره کل را از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

۳. فرم کوتاه مقیاس افسردگی اضطراب و استرس<sup>۳</sup>: مقیاس افسردگی اضطراب و استرس (DASS) توسط لوی‌باند<sup>۴</sup> و لوی‌باند در سال ۱۹۹۵ برای سنجش میزان افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شده است. سؤالات این پرسش‌نامه به صورت هیچ‌وقت (صفر)، کمی (۱)، گاهی (۲) و همیشه (۳) و به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات ۱، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۲۱ افسردگی؛ سؤالات ۱، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۴ و ۱۵ اضطراب و سؤالات ۲، ۴، ۵، ۷، ۱۲، ۱۹ و ۲۰ استرس را می‌سنجند. لوی‌باند و لوی‌باند (۱۹۹۵) قابلیت اعتماد آن را با استفاده از آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ گزارش کردند (به نقل از صاحبی، اصغری و سالاری، ۱۳۸۴۵). در پژوهش صاحبی و همکاران (۱۳۸۴)، همسانی درونی با استفاده از



آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب، و استرس، به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹، و ۰/۷۸ به دست آمد. ساسانی و جوکار (۱۳۸۶) نیز نشان دادند این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی مناسبی جهت استفاده در ایران برخوردار است. در پژوهش حاضر ضریب همسانی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

۴. مقیاس نگرش مثبت به مواد: این مقیاس محقق ساخته است که از سؤالات دو پژوهش صدیق سروستانی (۲۰۰۴) و سیداو، لیه، فیسته، هوفله و ویت‌چنا، (۲۰۰۰) استفاده کرده است. تعداد ۱۴ سؤال دارد که به صورت پنج گزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات ۳، ۵، ۷، ۱۲ و ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش صدیق سروستانی (۲۰۰۴)، ۰/۸۷ و در این پژوهش برای دو گروه از افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد و سالم به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین همسانی درونی سؤالات نمره کل ۰/۸۴ به دست آمد.

۵. پرسش‌نامه وضعیت مصرف مواد: وضعیت مصرف مواد در گروه سالم بر اساس پرسش‌نامه بررسی وضعیت مصرف مواد که در پژوهش پرتو (۱۳۸۹) مورد استفاده قرار گرفته، اندازه‌گیری شد. این پرسش‌نامه شاخص مصرف، و سومصرف مواد در حال حاضر و در گذشته را بررسی می‌کند و بر مبنای پرسش‌نامه‌های به کار رفته در سایر پژوهش‌ها از جمله محمدخانی (۱۳۸۵) تدوین شده است. محمدخانی (۱۳۸۵)، ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه بررسی وضعیت مصرف مواد را در نوجوانان با میانگین سنی ۱۵/۵۴ برابر با ۰/۸۷ به دست آورد. پرتو (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۱ گزارش کرده است. محمدخانی (۱۳۸۵) روایی محتوایی این آزمون را قابل قبول گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای ۰/۸۳ بدست آمده است.

## یافته‌ها

دامنه سنی بیماران سوء‌مصرف‌کننده ۲۶ تا ۴۰ و افراد سالم ۲۶ تا ۳۹ سال و میانگین سنی بیماران  $33/15 \pm 4/53$  و برای افراد سالم  $32/89 \pm 5/02$  بود. ۸۷ نفر (۶۵ درصد) بیماران

سوءمصرف کننده مواد افیونی و ۲۴ نفر (۲۰ درصد) سوءمصرف کننده مواد محرک بودند و ۹ نفر (۷/۰۵ درصد) نوع ماده مصرفی خود را گزارش نکردند. برای اطمینان از این که دو گروه در متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت معناداری ندارند از آزمون خی دو استفاده شد. در جدول ۱ آماره های توصیفی جمعیت شناختی دو گروه و نتایج آزمون خی دو ارائه شده است.

جدول ۱: آماره های جمعیت شناختی نمونه به تفکیک گروه ها

شاخصها	X <sup>2</sup>	گروه سالم		گروه بیمار		سطح	متغیرها
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
معناداری	۰/۳۶۸	۱۰/۸	۱۳	۱۳/۳	۱۶	بیکار	نوع شغل
		۵۵	۶۶	۵۸/۳	۷۰	کارگر، نگهبان، باغبان، بنا،	
		۴/۲	۵	۳۳/۳	۴	کارمند، دبیر، شرکتی	
		۱۴/۲	۱۷	۱۱/۷	۱۴	مغازه دار	
		۱۵/۸	۱۹	۱۳/۳	۱۶	فروشنده	
		۵/۸	۷	۸/۳	۱۰	بی سواد یا ابتدایی	
		۲۱/۶	۲۶	۱۹/۱	۲۳	راهنمایی	
		۳۴/۱۶	۴۱	۳۶/۶	۴۴	دبیرستان یا دیپلم	
		۳۳/۳	۴۰	۳۰/۸	۳۷	فوق دیپلم و لیسانس	
		۵	۶	۵	۶	فوق لیسانس	
۰/۷۲۸	۰/۰۵۱	۲۹/۲	۳۵	۳۳/۳	۴۰	مجرد	وضعیت تأهل
		۵۲	۷۷	۵۹/۲	۷۱	متأهل	
		۶/۷	۸	۵/۷	۹	جدا شده	
		۴۹/۱	۵۹	۴۵/۸	۵۵	شخصی	
۰/۵۷۱	۰/۵۷۶	۵۰/۸	۶۱	۵۴/۱	۶۵	استیجاری	وضعیت مسکن
		۳۴/۲	۴۱	۳۱/۷	۳۸	جنوب شهر	
		۱۶/۷	۲۰	۲۰/۰۸	۲۵	مرکز شهر	
۰/۸۷۳	۰/۰۷۲	۱۵/۸	۱۹	۱۸/۳	۲۲	شمال شهر	محل سکونت
		۲۸/۳	۳۴	۲۵	۳۰	حومه	
		۵	۶	۴/۲	۵	روستا	

با توجه به نتایج آزمون خی دو و سطح معناداری دو گروه در تمام متغیرها همتا می باشند ( $P > 0/05$ ). به منظور مقایسه متغیرهای خطر ساز فردی بین دو گروه بیمار و سالم از روش

تحلیل واریانس چند متغیره و برای بررسی مفروضه‌های برابری ماتریس‌های واریانس-کواریانس و همگنی واریانس دو گروه در متغیرهای وابسته از آزمون باکس و لون استفاده شد. نتایج آزمون باکس نشان داد هیچ‌نوع تخطی جدی از مفروضه برابری ماتریس‌های کواریانس-واریانس وجود ندارد ( $P > 0/05$ ,  $F = 1/126$ ,  $M = 9/31$  باکس). طبق نتایج آزمون لون نیز مفروضه برابری واریانس متغیرهای وابسته رعایت شده است ( $F = 1/056$ ,  $P > 0/05$ ). بعد از تأیید مفروضه‌های اصلی آزمون مانوا، و عدم تخطی جدی در پیش‌فرض‌های آن، این آزمون برای بررسی تفاوت دو گروه در متغیرهای پژوهش انجام شد. لامبدای ویلکز نشان داد تفاوت دو گروه بیماران سوء‌مصرف‌کننده با افراد سالم در متغیرهای مورد مطالعه در سطح ( $P < 0/001$ ) معنادار است. برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی و اثرات بین آزمودنی‌ها در متغیرهای وابسته در دو گروه

متغیرها	افراد سالم		افراد بیمار		آماره F	معناداری
	میانگین	انحراف- استاندارد	میانگین	انحراف- استاندارد		
پرخاشگری	۵۲/۱۵	۱۵/۳۵	۶۶/۰۵	۱۲/۱۹	۱۸۱/۴۸	۰/۰۰۰۵
تکانشگری	۴۳/۵۳	۱۱/۸۱	۶۲/۷۴	۹/۸۶	۱۸۲/۷۸	۰/۰۰۰۵
اضطراب	۴/۷۰	۳/۲۱	۹/۰۶	۳/۷۸	۱۱۲/۹۷	۰/۰۰۰۵
استرس	۵/۳۹	۳/۵۷	۱۰/۶۹	۳/۸۱	۱۲۲/۴۳	۰/۰۰۰۵
افسردگی	۴/۳۱	۳/۵۴	۱۰/۷۵	۳/۸۵	۱۸۲/۲۵	۰/۰۰۰۵
نگرش به مواد	۱۷/۶۲	۸/۱۲	۲۴/۴۰	۷/۸۹	۴۲/۰۶۳	۰/۰۰۰۵

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، دو گروه در تمام متغیرها تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. تفاوت بین دو گروه بیماران سوء‌مصرف‌کننده مواد و افراد سالم در سطح ( $P < 0/001$ ) معنادار است. بیماران سوء‌مصرف‌کننده مواد در متغیرهای خطر‌ساز تکانشگری، پرخاشگری، نگرش مثبت به مواد، اضطراب، استرس و افسردگی در مقایسه با گروه سالم نمره بیشتر کسب کرده‌اند.

همچنین به منظور بهترین تمایز‌گذاری بین دو گروه در متغیرهای پژوهش از تحلیل ممیز استفاده شد. تحلیل ممیز روشی آماری است که در ترکیبی از متغیرهای مستقل تفاوت بین دو گروه را برجسته می‌سازد. نتایج حاصل از تحلیل ممیز در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳: متغیرهای وارد شده در تحلیل گام به گام**

گام‌ها	متغیرها	تولرنس	آماره F برای حذف	لامبدای ویلکز	معناداری
۱	تکانشگری	۱/۰۰۰	۱۸۲/۷۹۸	۰/۵۶۶	۰/۰۰۱
۲	تکانشگری	۰/۷۴۵	۳۴/۰۱۵	۰/۵۶۶	۰/۰۰۱
	افسردگی	۰/۷۴۵	۳۳/۶۶۸	۰/۵۶۶	
۳	تکانشگری	۰/۶۲۱	۱۰/۵۲۳	۰/۴۸۳	۰/۰۰۱
	افسردگی	۰/۷۱۱	۱۹/۶۸۳	۰/۵۰۱	
	پرخاشگری	۰/۶۸۲	۱۹/۹۴۳	۰/۴۹۵	
۴	تکانشگری	۰/۶۱۸	۹/۴۰۶	۰/۴۴۲	۰/۰۰۱
	افسردگی	۰/۷۰۹	۱۸/۲۱۸	۰/۴۸۹	
	پرخاشگری	۰/۶۷۴	۱۴/۴۵۰	۰/۴۸۲	
	نگرش مثبت به مواد	۰/۹۵۴	۴/۲۹۸	۰/۴۶۲	

طبق نتایج جدول ۳ در تحلیل ۴ گام محاسبه شد که در بین همه متغیرهای وارد شده در تحلیل، تکانشگری اولین متغیری است که تمایز قابل ملاحظه‌ای را در بین دو گروه نشان می‌دهد و در گام‌های بعدی به ترتیب افسردگی، پرخاشگری و نگرش مثبت به مواد بهترین عوامل تشخیص داده شده برای تمایز دو گروه بیماران سوءمصرف‌کننده مواد و افراد سالم است. همچنین این جدول نشان می‌دهد متغیرهای خطر ساز اضطراب، استرس توان تشخیص لازم را ندارند و از معادله حذف شده‌اند. در جدول ۴ خلاصه ابعاد تحلیل ممیز ارائه شده است.

**جدول ۴: خلاصه ابعاد تحلیل ممیز**

ابعاد	مقدار همبستگی کانونی	واریانس مشترک	لامبدای ویلکز	$X^2$	درجه آزادی	معناداری
۱	۰/۷۳۹	۵۶/۳۵	۰/۴۵۴	۱۸۶/۴۷	۴	۰/۰۰۰۵

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود فقط یک تابع تشخیص از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. مقدار همبستگی کانونی بین مجموعه‌ی متغیرهای وابسته و

مستقل برای تابع ۱ عبارت است از  $R=0/744$ ، و این نشان می‌دهد که  $55/35$  درصد واریانس توسط این مدل تبیین می‌شود. همچنین آزمون لامبدای ویلکز برابر با  $0/454$  و  $chi$  دو تبدیل شده آن  $186/476$  نشان‌دهنده معنادار بودن تابع تشخیصی بدست آمده در سطح حداقل  $99$  درصد است. از دیگر یافته‌های آزمون تحلیل ممیز فراهم کردن تحلیل طبقه‌بندی است. تحلیلی که عضویت تک تک افراد را بر اساس متغیرهای وابسته پیش‌بینی می‌کند. به عبارت دیگر تحلیل ممیز نشان می‌دهد چه تعداد از اعضای نمونه به درستی و چه تعدادی به اشتباه در گروه‌های پژوهش طبقه‌بندی شده‌اند. نتایج تحلیل ممیز در این زمینه نشان داد  $87/5$  درصد اعضای نمونه به درستی طبقه‌بندی شده‌اند که در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵: میزان موفقیت تابع تشخیص در طبقه‌بندی افراد گروه

مجموع	عضویت گروهی پیش‌بینی شده				عضویت گروهی واقعی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سالم	۱۲۰	۱۰۰	۱۸	۱۵	۱۰۰	۸۳/۳
بیمار	۱۲۰	۱۰۰	۱۲	۱۰	۱۱۰	۹۱/۶
کل	۲۴۰	۱۰۰	۳۰	۲۵	۲۱۰	۸۷/۵

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود،  $87/5$  درصد ( $210$  نفر) به درستی، و  $12/5$  درصد ( $30$  نفر) به اشتباه در گروه‌های پژوهش طبقه‌بندی شده‌اند. با این توصیف به نظر می‌رسد، مدل تحلیل ممیزی، به صورت کلی با اعتباری معادل  $87/5$  درصد به درستی به طبقه‌بندی افراد پرداخته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد دو گروه در متغیرهای خطر ساز فردی تفاوت دارند. سوء مصرف کنندگان مواد در متغیرهای خطر ساز تکانشگری، پرخاشگری، اضطراب، استرس، افسردگی و نگرش مثبت به مواد نمره بالاتر کسب کردند که این نتایج همسو با

پژوهش‌های گذشته است که نشان داده‌اند تکانشگری (برادی و راندل<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹؛ پاتون، و همکاران، ۱۹۹۵؛ آلن، مولر، رودز و چرک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ مولر، بارات، دوئرتی، اشمیتز و اسوان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱، ویلس و استون‌میلر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ لی، هامفرز، فلوری، لیو و گلاس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱؛ آشتون و لی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵؛ گونارسون، گوستاوسون، تنگسترن، فرانک و فالکه<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸؛ میرمهدی و کریمی، ۱۳۹۱) پرخاشگری (حیات‌بخش، نجمن، بوور، اکلهان و ویلیامز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹؛ و سینها<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱؛ لانگ‌بن، کدورت، کسپر، تروسن و یاکسین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳؛ فورتیجل و انزمینگر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶؛ آشتون و لی، ۲۰۰۵؛ گونارسون و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۸)، نگرش به مواد (استون، بکر، هوپر و کاتالانو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲؛ ساسمن، دنت و لئو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۰؛ سیدوو و همکاران، ۲۰۰۰؛ گلپایگانی و خادمی اشکذری، ۱۳۹۱)، اضطراب، استرس و افسردگی (گرت، ۱۹۹۵ و کانوی و همکاران، ۲۰۰۶؛ گرین، زبارک، روبرتسون، فوترجیل و انزمینگر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۲؛ بروک، کوهن و بروک<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۸؛ چيسن، فورا، کینگ<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۴) از جمله عوامل مؤثر در پیش‌بینی سوءمصرف مواد است. کرسیکی و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که کنترل ضعیف رفتار، تکانشگری، پرخاشگری از شایع‌ترین خصوصیات مرتبط با سوءمصرف مواد محسوب می‌شوند. استون و همکاران (۲۰۱۲)، در یک مطالعه مروری با شناسایی مهم‌ترین عوامل خطر برای سوءمصرف مواد در آغاز بزرگسالی نشان دادند نگرش مثبت به مواد و افسردگی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در سوءمصرف مواد در آغاز بزرگسالی است.

1. Brady, & Randall
2. Allen, Moeller, Rhoades, & Cherek
3. Moeller, Barratt, Deugherty, Schminz, & Swann
4. Wills & Stoolmiller
5. Lee, Humphreys, Flory, Liu, & Glass
6. Ashton, & Lee
7. Gunnarsson, Gustavsson, Tengstrm, Franck, & Fahlke
8. Hayatbakhsh, Najman, Bor, O'Callaghan, & Williams
9. Sinha

10. Langbehn, Cadoret, Caspers, Troughton, & Yucuis
11. Fothergill, & Ensminger
12. Gunnarsson
13. Stone, Becker, Huber, & Catalano
14. Sussman, Dent, & Lew
15. Green, Zebrak, Robertson, Fothergill, & Ensminger
16. Brook, Cohen, & Brook
17. Chassin, Fora, & King

یکی از اهداف این پژوهش شناسایی متغیرهایی بود که در میان عوامل خطر ساز دو گروه را به نحو مطلوبی متمایز می کند. در میان ۶ متغیر مطالعه شده، به ترتیب سه متغیر تکانشگری، افسردگی و پر خاشگری و نگرش مثبت به مواد بیماران سوء مصرف کننده و افراد سالم را دقیق تر از سایر متغیرها متمایز می کنند.

این نتایج تاییدی است بر پژوهش های گذشته که نشان داده اند تکانشگری، و پر خاشگری قوی ترین پیش بینی کننده مصرف مواد هستند (پاتون و همکاران، ۱۹۹۵؛ آلن و همکاران، ۱۹۹۸؛ مووس، یائو، پانزاک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰؛ والتون و روبرتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ گونارسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ آکتون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ کانچه، نبه، جیای می، انگل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ کرنور و نوردویک، ۲۰۰۷؛ تراچیانو، لاکن هاف، بینوین و کاستا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ دویی و آرورا، گوپتا، کومار<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰؛ زولنسکی و همکاران، ۲۰۱۱). از منظر علت شناختی، تکانشگری مربوط به مصرف مواد اعتیاد آور می تواند از دو راهبرد متفاوت تبیین شود. تکانشگری به عنوان یکی از تبعات مصرف مستمر مواد به خودی خودست که منجر به تغییرات عصب-شیمیایی در مغز و در نتیجه آن تکانشگری بالا و ناتوانی در کنترل میل به مصرف مواد است. دوم اینکه، تکانشگری می تواند قبل از شروع مصرف وجود داشته باشد که به عنوان یک صفت، مصرف مواد را پیش بینی می نماید و بیانگر یکی از وجوه شخصیتی فرد است (ورجوگاریسیا، لاورنس، و کلارک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). افرادی که از نظر سرشتی آمادگی بیشتری برای خشم و رفتارهای خصومت ورزانه دارند، مستعد سوء مصرف مواد هستند. آن ها برای رهایی از احساسات خصمانه ای که تجربه می کنند و برای کسب آرامش بیشتر به مواد مخدر پناه می آورند (مووس و تارتر<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳). بنابراین این دو سازه مهم شخصیتی نقش برجسته ای در تبیین سوء مصرف و وابستگی به مواد دارند.

1. Moos, Yao, & Panzak  
2. Walton, & Roberts  
3. Acton  
4. Kuntsche, Knibbe, Gme, & Engels  
5. Terracciano, Löckenhoff, Bienven, & Costa

6. Dubey, Arora, Gupta, & Kumar  
7. Verdejo-Garcia, Lawrence, & Clark  
8. Moss, & Tarter

در کنار پرخاشگری و تکانشگری مطالعات به صورت گسترده‌ای نشان داده‌اند که آشفتگی‌های روان‌شناختی به خصوص اضطراب و افسردگی در سوءمصرف مواد نقش بسزایی دارد (گرت، ۱۹۹۵؛ کانوی و همکاران، ۲۰۰۶؛ مودی و همکاران، ۲۰۱۶). طبق برخی پژوهش‌ها مصرف مواد، آشفتگی‌های روان‌شناختی را در آینده پیش‌بینی می‌کند (بروک و همکاران، ۱۹۹۸). در حالی که برخی دیگر نشان داده‌اند، آشفتگی‌های روان‌شناختی در نوجوانی مصرف مواد را در بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند (جانسون و کاپلان، ۱۹۹۹ و مک‌گی، ویلیامز، پولتن و مافیت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). طبق پژوهش گرین و همکاران (۲۰۱۲)، آشفتگی‌های روان‌شناختی و مصرف مواد در دوره نوجوانی به آشفتگی و مصرف مواد بیشتر در بزرگسالی منجر می‌شود و این ارتباط تا میانه عمر ادامه می‌یابد. یک تبیین برای هم‌ابتلائی اختلالات مصرف مواد و آشفتگی‌های روان‌شناختی و استفاده از مواد به عنوان خود درمانی است (گرین و همکاران، ۲۰۱۲). به این معنا که افراد، مواد مخدر را مصرف می‌کنند تا نشانه‌های بالینی خود را تسکین دهند (بلووم، اسکالینگ، مارلات<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰ و سوانسن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ نقل از گرین و همکاران، ۲۰۱۲). تبیین دیگر این است که مصرف مواد به آشفتگی‌های روان‌شناختی منجر می‌شود (گرت و همکاران، ۲۰۰۴). علائم ترک و مسمومیت ناشی از مواد نشانه‌های افسردگی و اضطراب را ایجاد می‌کند که ممکن است با رفع علایم ترک و مسمومیت به طور خود انگیخته برطرف شود (داویدسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵؛ نقل از گرین و همکاران، ۲۰۱۲). آخرین مدل نظری، بر متغیر سوم یا یک علیت مشترک تأکید دارد. در این مدل، بین سوءمصرف مواد و آشفتگی‌های روان‌شناختی یک رابطه علی فرض نمی‌شود به جای آن هر دو، متأثر از یک متغیر سوم مثل گرایش‌ات ژنتیکی و سرشتی قرار دارند (مرکینگاس<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۸ و مک‌گی و همکاران، ۲۰۰۰). یافته پژوهش مودی و همکاران (۲۰۱۶) از فرضیه سوم و وجود گرایش‌ات ژنتیک و سرشتی بین سوءمصرف مواد و آشفتگی‌های روان‌شناختی حمایت می‌کند. از این منظر فردی که از نظر ژنتیکی شخصیت روان‌رنجور دارد، هیجان‌ات

1. McGee, Williams, Poulton, & Moffitt  
2. Blume, Scaling & Marlatt

3. Swendsen  
4. Davidson  
5. Merikangas



منفی بیشتری را تجربه که او را درگیر سوء مصرف مواد می کند (مک گی و همکاران، ۲۰۰۰، مودی و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین در سوء مصرف کنندگان ضعف های شخصیتی وجود دارد که آن ها را متمایل (کورنور و نوردویک، ۲۰۰۷؛ تراچیانو و همکاران، ۲۰۱۲) و فقدان برخی توانمندی های روان شناختی آن ها را درگیر سوء مصرف مواد می کند (گریفین و همکاران، ۲۰۰۱).

این یافته ها بر این نکته تأکید می کنند که برای آنکه فردی مستعد و درگیر در رفتار مصرف مواد شود، زمینه های سرشتی و شخصیتی خاصی لازم است. درد و ناراحتی ناشی از افکار و هیجان های منفی از یک طرف، نگرش مثبت به مواد به منظور کاهش و مقابله با این تجربیات دردناک از طرف دیگر، و نیز ناتوانی در کنترل هیجانها و تکانه ها منجر به مصرف مواد می شود (برسلین، زاک و مک مین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ پالن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱، گودرز، ۲۰۰۴). منحصر بودن نمونه به مردان، عدم کنترل ماده مورد سوء مصرف قرار گرفته در بیماران، عدم بررسی سایر متغیرهای مؤثر در سوء مصرف مواد مانند عوامل خانوادگی و اجتماعی از جمله محدودیت های پژوهش حاضر هستند. پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی بیماران سوء مصرف کننده براساس نوع ماده مصرفی با یکدیگر و با افراد سالم مقایسه شوند. همچنین پیشنهاد می شود با استفاده از نتایج این پژوهش برنامه های مداخله ای، آموزشی و پیشگیرانه مناسبی که متغیرهای مؤثر در سوء مصرف مواد را لحاظ کرده است، طراحی شود.

## منابع

اختیاری، حامد؛ صفایی، هومن؛ اسماعیلی جاوید، غلامرضا؛ عاطف وحید، کاظم؛ و مگری، آذرخش (۱۳۸۷). بررسی و پایایی نسخه های فارسی پرسش نامه های آیزنک، بارت، دیکمن و زاكرمن در تعیین رفتارهای مخاطره جویانه و تکانشگری. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۳(۱۴)، ۳۶-۳۲۶.

بیگلان، آنتونی؛ برنان، پاتریشیا آبرنتان؛ فوستر، شارون ال؛ و هولدر، هولدر (۲۰۰۴). *مشکلات رفتاری نوجوانان، نجات جوانان از گرداب مشکلات*. ترجمه سیاوش جمالفر (۱۳۸۷)، تهران: ویرایش.

پرتو، مسلم (۱۳۸۹). *بهبوشیاری، تاب آوری و وضعیت مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: سنجش مدل تبیینی نقش متغیرهای واسطه ای و مکانیسم های تأثیرگذاری*. پایان نامه دکتری تخصصی روان شناسی سلامت، دانشگاه تهران: تهران

- سامانی، سیامک (۱۳۸۶). بررسی پایایی و اعتبار پرسشنامه پرخاشگری باس و پری. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴)، ۶۵-۳۵۹.
- سامانی، سیامک؛ و جوکار، بهرام (۱۳۸۶). بررسی اعتبار وروایی فرم و تاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز ( ویژه نامه علوم تربیتی)*، ۳۶(۳)، ۶۵-۷۷.
- صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد؛ و سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. *فصلنامه روان شناسی تحولی*، ۴(۱)، ۶۸-۵۲.
- گلپایگانی، فهیمه؛ خادمی اشکذری، ملوک (۱۳۹۱). رابطه تعهد به مدرسه، نگرش به مواد مخدر و مصرف آن در دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۲)، ۶۷-۷۷.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۵). *مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان: ارزیابی اثر آموزشی مهارت های زندگی بر عوامل میانجی مصرف مواد*. رساله دکتری روان شناسی بالینی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- محمدی، نورالله (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی شاخص های روان سنجی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۴(۲۵)، ۳۶۵-۳۵۹.
- میرمهدی، رضا؛ کریمی، نرگس (۱۳۹۱). رابطه خود کارآمدی، برانگیختگی و مهارت های اجتماعی با سوء مصرف مواد. *فصلنامه روان شناسی تحولی*، ۹(۳۳)، ۱۱۹-۱۰۴.
- هاو کینز، جی. دیوید؛ میلر، یانت؛ کاتالانو، ریچارد. اف؛ و بارنارد، کری ای (۱۳۸۲). *راهنمای جوامع مراقب*. نگاهی نو به پیش گیری از سوء مصرف مواد مخدر و آسیب های اجتماعی. مترجمان: طارمیان، فرهاد؛ ماه جویی، مهیار؛ خادمی اشکذری، ملوک؛ و اسدیگی، حسین. تهران: موسسه فرهنگی منادی تربیت.
- Acton, S. (2003). Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: Implications for substance use. *Substance Use & Misuse*, 38, 67-83.
- Ashton, M.C.; & Lee, K. (2005). Honesty-Humility, the Big Five, and the Five-Factor Model. *Journal of Personality*. 73(5), 1321-54.
- Allen T.J.; Moeller F.G; Rhoades H.M.; Cherek D.R. (1998). Impulsivity and history of drug dependence. *Drug Alcohol Depend*, 50, 137-45.
- Arteaga, I.; Chen, C.C.; & Reynolds, A.J. (2010). Childhood predictors of adult substance Children and Youth. *Services Review*, 32, 1108-20.
- Avenevoli, S.; Conway, K.P.; & Merikangas, R.K. (2005). *Psychopathology and the Family*. New York: Elsevier Ltd.
- Ball, S.A. (2014). *Psychobiology of Personality*. New York: Elsevier. Ltd.
- Belume, A.W. (2005). *Training drug problem*. New York: John Wiley.
- Blume, A.W.; Scaling, K.B.; & Marlatt, G.A. (2000). Revisiting the self-medication hypothesis from a Behavioral perspective. *Cognitive Behavior Practice*, 7, 379-84.
- Botvin, G.J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting Individual-level etiological factors. *Addictive Behaviors*, 25, 887- 97.

- Brady, K.T.; & Randall, C.L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22, 241-52.
- Breslin, F.C.; Zack, M.; & McMain, S. (2002). An Information-Processing Analysis of Mindfulness: Implications for Relapse Prevention in the Treatment of Substance Abuse Clinical Psychology: *Science and Practice*, 9(3), 275-99.
- Brook, J.S.; Cohen, P.; Brook, D.W. (1998.) Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use. *Journal Academic child adolescence Psychiatry*, 37, 322-30.
- Chassin, L.; Foras, D.B.; & King, K.M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and Dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 483-98.
- Conway, K.P.; Compton, W.; Stinson, F.S.; Grant, B.F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 247-57.
- Dubey, C.; Arora, M.; Gupta, S.; & Kumar, B. (2010). Five Factor Correlates: A comparison Abusers and non-substance Abusers. *Indian Journal of Applied psychology*, 1(36), 107-14.
- Ekhtiari, H.; & Jillson, I. (2008). Prevention of opioid abuse in Iran. *Quarterly journal of addiction*, 2, 123-6.
- Fothergill, E.K.; & Ensminger, M.E. (2006). Childhood and adolescent antecedents of drug and Alcohol problems: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence* 82, 61-76.
- Gilman, S.E.; & Abraham, H.D. (2001). A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 63(1), 277-86.
- Glantz, M.; & Pickens, R.W. (1992). *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goeders, N.E. (2004). Stress, motivation, and drug addiction. *Current directions in psychological science*, 13(1), 33-5.
- Grant, B.F. (1995). Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression results of a national survey of adults. *Journal Substance Abuse*, 7, 481-97.
- Grant, B.F.; Stinson, F.S.; Dawson, D.A.; Chou, S.P.; Dufour, M.C.; Compton, W.; Pickering, R.P.; & Kaplan, K. (2006). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol research & health*, 29(2), 107-20.
- Green, K.M.; Zebrak, K.A.; Robertson, J.A.; Fothergill, K.A.; & Ensminger, M.E. (2012). Interrelationship of substance use and psychological distress over the life course among a cohort of urban African Americans. *Drug and Alcohol Dependence*, 123, 239-48.
- Griffin, K.W.; Botvin, G.J.; Scheier, L.M.; & Diaz, T. (2001). Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: Psychological well-being as a mediating factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 194-203.

- Gunnarsson, M.; Gustavsson, P.; Tengström, A.; Franck, J.; & Fahlke, C. (2008). Personality traits and their association with substance use among adolescents. *Journal of Personality and Individual Differences*, 38(3), 346-68.
- Hayatbakhsh, M.R.; Najman, J.M.; Bor, W.; O'Callaghan, M.J.; Williams, M.M. (2009). Multiple risk factor model predicting cannabis use and use disorders: a longitudinal study. *The American journal of drug and Alcohol Abuse*, 35(6), 399-407.
- Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Heinz, A.J.; Bui, L.; Thomas, K.M.; & Blonigen, D.M. (2015). Distinct Facets of Impulsivity Exhibit Differential Associations with Substance Use Disorder Treatment Processes: A Cross-Sectional and Prospective Investigation among Military Veterans. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 55, 21-8, DOI: 10.1016/j.jsat.2015.02.005.
- Johnson, R.J.; Kaplan, H.B. (1990). Stability of psychological symptoms: drug use consequences and intervening processes. *Journal of Health Social Behavior*, 31, 277-91.
- Kaminer, Y.; & Wintres, K.C. (2011). *Clinical manual adolescent substance abuse treatment*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kornor, H.; & Nordvik, H. (2007). Five-factor model personality traits in opioid dependence. *Journal of Drug Education*, 3(37), 285-300.
- Kotov, R.; Gamez, W.; Schmidt, F.; & Watson, D. (2010). Linking "Big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768-821.
- Kirisci, L.; Tarter, R.E.; Vanyukov, M.; Reynolds, M.; & Habeych, M. (2004). Relation between cognitive distortions and neuro behavior disinhibition on the development of substance use during adolescence and substance use disorder by young adulthood: A prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(2), 125-33.
- Kuntsche, E.; Knibbe, T.R.; Gmel, G.; & Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 841-61, DOI: 10.1016/j.cpr.2005.06.002.
- Langbehn, D.R.; Cadoret, R.J.; Caspers, K.; Troughton, E.P. & Yucuis, R. (2003). Genetic and environmental risk factors for the onset of drug use and problems in adoptees. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(2), 151-67.
- Lee, S.S.; Humphreys, K.H.; 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. *Clinical Psychology Review*, 31, 328-41.
- Merikangas, K.R.; Mehta, R.L.; Molnar, B.E.; Walters, E.E.; Swendsen, J.D.; Aguilar-Gaziola, S.; Bijl, R.; Borges, G.; Caraveo-Anduaga, J.J.; Dewit, D.J.; Kolody, B.; Vega, W.A.; Wittchen, H.; Kessler, R.C. (1998). Comorbidity of substance use disorder with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addiction Behaviore*, 23(6), 893-907.

- McGee, R.; Williams, S.; Poulton, R.; Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95(4), 491-503.
- Moeller, G.F.; Barratt, E.S.; Deugherty, D.M.; Schmitz, J.M. & Swann, A.C. (2001). *Psychiatric aspects of impulsivity*. *American journal of psychiatry*, 158, 1783-93.
- Moody, L.; Francka, C.; & Bickel, W.K. (2016). Comorbid depression, antisocial personality, and substance dependence: Relationship with delay discounting. *Drug and Alcohol Dependence* 160, 190-6.
- Moos, H.B.; Yao, J.K.; Panzak, G.L. (1990). Serotonergic responsiveness and behavioral dimensions in antisocial personality disorder with substance abuse. *Biological Psychiatry*, 28, 325-38.
- Moss, H.B.; Tarter, A.E. (1993). Substance Abuse, Aggression, and Violence. *The American Journal on Addictions*, 2(2), 149-60.
- Mowlaie, M.; Abolghasemi, A.; & Aghababaei, N. (2016). Pathological narcissism, brain behavioral systems and tendency to substance abuse: The mediating role of self control. *Personality and Individual Differences*, 88, 247-50.
- Newcomb, M.; & Earlywine, M. (1996). Interpersonal contributors to drug abuse. *American Behavioral Scientist*, 39(2), 823-37.
- Newton. D.E. (2011). *Substance abuse a reference handbook*. New York: ABC-CLIO, LLO.
- Patton J.H.; Stanford, M.S.; Barratt E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal Clinical Psychology*, 51, 768-74.
- Pullen, M. (1994). *The relationship among alcohol abuse in college students and selected psychological demographic variables*. *Journal of Alcohol and Drug education*, 40, 36-50.
- Razali, M.; & Kliewer, W. (2015). Risk and protective factors for recreational and hard drug use among Malaysian adolescents and young adults. *Addictive Behaviors*, 50, 149-56.
- Reber, A. (1996). *Dictionary of Psychology*, penguin books, New York, 2Th edition.
- Roberts, W.; Peters, J.R.; Adams, Z.W.; Lynam, D.R.; & Milich, R. (2014). Identifying the facets of impulsivity that explain the relation between ADHD symptoms and substance use in a nonclinical sample. *Addictive Behaviors*, 39, 1272-7.
- Sedigh Sarvestani, R. (2004). Risk factors for substance abuse and other adolescents problem behaviors among Iranian high school students. *Journal of social science*, 11(22), 101-18.
- Scheier, L.M.; Botvin, G.J.; & Griffin, K.W. (2001). Preventive intervention effects on developmental progression in drug use: Structural equation modeling analyses using longitudinal data. *Prevention Science*, 2, 89-100.
- Schinke, S.; Schwinn, T.; Hopkins, J.; & Wahlstrom, L. (2016). Drug abuse risk and protective factors among Hispanic adolescents. *Preventive Medicine Reports*, 3, 185-8, DOI: 10.1016/j.pmedr.2016.01.012.
- Schlauch, R.C.; Stasiewicz, P.R.; Bradizza, C.M.; Coffey, S.F.; Gulliver, S.B.; & Gudleski, G.D. (2012). Relationship between approach and avoidance inclinations to use alcohol and treatment outcomes. *Addictive behaviors*, 37(7), 824-30.

- Sinha R. (2011). New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Current psychiatry reports*, 13(5), 398–405.
- Spooner, C.; Hall, W.; & Lynskey, M. (2001). *Structural determinants of youth drug use*. Canberra, Australian National Council on Drugs, 4(25), 257-69.
- Stevens, L.; Verdejo-Garcia, A.; Goudriaan, A.E.; Roeyers, H.; Dom, G.; & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58–72.
- Stone, L.R.; Becker, L.G.; Huber, A.M.F.; & Catalano, R.F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37, 747–75.
- Sussman, C.S.; Dent, W.C.; & Leu, L. (2000). The one-year prospective prediction of substance abuse and dependence among high-risk adolescents. *Journal Substance abuse*, 12(4), 373-86.
- Sydow C.V.; Lieb, R.; Pfister, H.; Ho fler, M.; Wittchena, H.U. (2000). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Journal Drug and Alcohol Dependence*, 68(1), 49-64.
- Terracciano, A.; Löckenhoff, C.E.; Crum, R.M.; Bienvén, O.J.; & Costa T.P. (2008). Five-factor model personality profiles of drug users. *BiomMed Central Psychiatry*, 8(22), 1-10, DOI: 10.1186/1471-244X-8-22.
- Turiano, N.A.; Whiteman, Sh.D; Hampson, S.D.; Roberts, B.W.; & Mroczek, K.M. (2012). Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as a moderator and the effects of trait change. *Journal of Research in Personality*, 46, 295-305.
- Verdejo-Garcia, A.; Lawrence, A.J.; & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker substance use disorders: Review of findings from high risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Bio behavioral Review*, 32, 777- 810.
- Walton, k.; Roberts, B.W. (2004). On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted. *Journal of Research in Personality*, 38(6), 515-35.
- Whelan, R.; Watts, R.; Orr, C.A.; Althoff, R.R.; Artiges, E.; Banaschewski, T.; & et al. (2014). Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers. *Nature*, 14; 512(7513), 185-9. DOI: 10.1038/ nature13402.
- Wills, T.A.; & Stoolmiller, M. (2002). The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 986-99.
- Xiong Lai, H.M.; Clearyb, M.; Sitharthana, T.; & Hunt, G.E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1-13.
- Zvolensky, M.J.; Jenkins, E.F.; Johnson, K.A.; & Goodwin, R.D. (2011). Personality disorders and cigarette smoking among adults in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 835-41, DOI: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.009.