فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال یازدهم، شماره چهل و یکم، بهار ۱۳۹۶
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 11, No. 41, Spring 2017

مقاله پژوهشی
Research Article

ارزیابی مدل مفهومی پیشایندها و پسایندهای مهم اعتیاد در مراجعین به مراکز درمانی زنجان

رقیه خانبابایی[۱]، ذکراله مروتی[۲]، مهرنوش حیدری[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۲۳

چکیده

هدف: هدف این پژوهش ارزیابی مدل مفهومی پیشایندها و پسایندهای مهم اعتیاد در مراجعین به مراکز درمانی زنجان بود. **روش:** در این مطالعه توصیفی-همبستگی، نمونه پژوهش شامل ۲۵۰ نفر مرد معتاد بود که به روش تصادفی ساده، از بین معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر زنجان انتخاب شدند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های فرزندپروری بامریند، حمایت اجتماعی فیلیپس وهمکاران، ویژگی‌های شخصیتی نئو و هیجان‌خواهی زاکرمن، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، بهزیستی روان‌شناختی ریف و بررسی وضعیت مصرف مواد محقق ساخته بودند. **یافته‌ها:** ارزیابی الگوی پیشنهادی‌با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری انجام گرفت. جهت آزمون روابط از آزمون بوت استراپ(AMOS) استفاده شد. براساس نتایج این پژوهش، مدل پیشنهادی معادلات ساختاری روابط علّی بین متغیرهای‌مذکور، از برازش قابل قبولی برخوردار بودند. همچنین نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که پیشایندها (سبک‌های فرزندپروری، حمایت اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی) در اعتیاد جوانان تأثیر دارد و همچنین‌اعتیادبر کیفیت زندگی، بهزیستی روانی جوانان تأثیرگذار می‌باشد. براساس نتایج مدل معادلات ساختاری کلیه فرضیه‌های پژوهش مورد تأیید قرار گرفتند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها تلویحات مهمی در زمینه توجه به تدوین برنامه‌های آموزشی-درمانی و سبک فرزندپروری مناسب به منظور تغییر و اصلاح ویژگی‌های شخصیتی و همچنین آموزش شادکامی در زندگی می‌توانند گام های موثری در پیشگیری و مهار اعتیاد باشند.

کلیدواژه‌ها: سبک‌های فرزندپروری، حمایت اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی، بهزیستی روانی و اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران، پست‌الکترونیک: royababaei30@gmail.com
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران
۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران

مقدمه

اعتیاد یکی از عواملی است که سلامت افـــراد و جامعـــه رابه خطر می‌اندازد. با نگاهی واقع بینـانـه به مســـأله اعتیاد به موادمخدر به راحتی در می یابیم که ســـوءمصـــرف مواد افیونی از قرن‌هـا پیش وجود داشـــتـه و اکنون نیز تقریباً کشـــوری وجود نـدارد کـه از گســـترش سـوءمصـرف این گونه مواد در امان مانده باشـد. اعتیاد به موادمخدر نوعی آسـیب اجتماعی اسـت که ریشـه در محرومیت‌های مزمن و طرد شـدگی افراد و گروه‌های خاص در جوامع مختلف دارد و هزینه‌های زیادی را بـــه جوامع تحمیل می کنـــــد (باران اولادی، نویدیان وکاوه فارسـانی، ۱۳۹۲). برای بررسـی و شـناخت پدیده اعتیاد توجه به جنبه‌های فردی و جسـمی و ژنتیکی، زمینه‌های روانی و ذهنی و بالاخره مسـائل اجتماعی لازم و ضـروری اسـت. از این‌رو، درباره علل و عوامل موثر بر اعتیاد می‌توان به عوامل شـخصی، بین‌فردی، محیطی و اجتماعی اشـاره کرد. تلاش در جهت شـناسایی عوامل خطر ابتلا به این مشکل در جمعیت‌های مختلف به ویژه در خانواده‌ها بسـیار ضـروری می‌باشـد (زرگر[1]، ۲۰۰۸) عوامل و زمینـه‌هـای بســـیاری در شـــکـل‌گیری اعتیـاد وجود دارنـد کـه از آن جملـه می‌توان بـه ویژگی‌های شـخصـیتی اشـاره کرد. تعدادی از عوامل و ویژگی‌های شـخصـیتی که احتمال می‌رود در سـوءمصـرف مواد دخیل باشـد و توسـط محققان مختلفی مورد تحقیق قرار گرفته اســـت عبـارتنـد از: روان‌رنجورخویی، برونگرایی و توافق‌پـذیری. پژوهش بـاران اولادی و همکـاران (۱۳۹۲) در زمینه ویژگی‌های شـــخصـــیت و اعتیادپذیری حاکی از این بود که از میان مؤلفه‌های شـخصـیتی رابطه بین روان‌رنجورخویی و اعتیاد پذیری مثبت می‌باشـد. نتایج پژوهش نشـــان از این داشـــت افرادی کـه در روان رنجوری، نمره بـالایی می‌گیرنـد معمولاً مضـطرب، بیمناک و مسـتعد نگرانی هسـتند و معمولاً احسـاس غم، تنهایی و طرد می‌کنند. این افراد احتمـالاً دارای افکـار غیرمنطقی می‌باشـــند و قدرت کمتری در کنترل تکانه دارند. همچنین این افراد درجه انطباق‌پذیری ضـعیف‌تری با دیگران و شـرایط فشـار روانی نشـان می‌دهنـد کـه احتمـالاً این ویژگی‌هـا در افراد دارای خصـــیصـــه روان‌رنجورخویی آن‌هـا را مســـتعد اعتیادپذیری می‌نماید. همچنین نتایج پژوهش نشـــان داد که اعتیادپذیری با وجدانی

1. Zargar

بودن و توافق‌گرایی رابطه منفی دارد. به نوعی می‌توان گفت تفاوت‌های شخصیتی افراد در مقابله با عوامل آسیب‌زا تاثیرگذار است. شخصیت مجموعه‌ای از ویژگی‌های روانی است که بر اساس آن می‌توان افراد را طبقه‌بندی کرد. این ویژگی‌ها به صورت پایدار بر رفتار حرفه‌ای، تحصیلی و شغلی همه افراد در موقعیت‌های گوناگون تاثیر می‌گذارد (آسترا[1]، ۲۰۰۸). در پژوهش بنی سعید، جوانمرد، زیواری، شکوهی مقدم، و ادهمی (۲۰۱۵) در رابطه با نقش ویژگی‌های شخصیتی در اعتیاد به نیکوتین نتایج حاکی از این بود که ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخویی رابطه بیشتری با اعتیاد به نیکوتین داشت. افراد دارای روان‌رنجورخویی بالا عقاید غیر منطقی دارند و به جای استفاده از شیوه‌های درست مقابله بیشتر به اعتیاد به موادمخدر روی می‌آورند. همچنین در پژوهش سانجیا، الیزابتا و کلمنتینا[2] (۲۰۱۷) در دو گروه از معتادان به هروئین و کسانی که تازه به مصرف موادمخدر روی آورده بودند، نتایج حاکی از بین بود که در گروه معتادین ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخویی، افسردگی و اضطراب بالاتر بود و گروهی که تازه به مصرف مواد روی آورده بودند از ویژگی شخصیتی برونگرایی برخوردار بودند. در همین رابطه نیز در پژوهشی که حاجعلی، بهبودی و دوکانه‌ای فرد (۱۳۹۳) در زمینه رابطه ویژگی‌های شخصیتی با گرایش به اعتیاد در دانشجویان غیر معتاد و معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد انجام دادند، نتایج حاکی از این بود که بر اساس یافته‌ها در مقیاس‌های باوجدان بودن و دلپذیربودن تفاوت معنادار و مثبتی با عدم گرایش به اعتیاد وجود داشت و تنها در مقیاس باز بودن به تجربه تفاوت معنادار و منفی با عدم گرایش به اعتیاد وجود داشت. همچنین در پژوهش اشراتی فراد، رجبی، دلگشاد، ارجمندی و اکبری (۲۰۱۴) نتایج نشان داد که بین ویژگی روان‌رنجورخویی با گرایش به اعتیاد رابطه مثبت وجود داشت.

عوامل متعددی درپیدایش مصرف داروهای روان‌گردان دخالت دارد یکی از این عوامل محرومیت‌های اجتماعی چندگانه است. محرومیت اجتماعی زمانی اتفاق می‌افتد که افراد از مجموع مسائل مربوط به هم از قبیل بیکاری، درآمد پایین، مسکن نامناسب، جرم و

1. Astura

2. Sanja Elizabeta & Klementina

جنایت بالا، نداشتن سلامت جسمانی، ضعف مهارت‌ها، از هم پاشیدگی خانواده و ... رنج می‌برند. نتایج مطالعات نشان داده است که مصرف مواد با مسائل متعدد اجتماعی مرتبط است که محرومیت اجتماعی و ابعاد آن را در بر می‌گیرد. محرومیت اجتماعی زمانی اتفاق می‌افتد که افراد جامعه از برابری به معنای دسترسی به فرصت‌ها و حقوق مدنی محروم باشند (کول، لوگان و والکر[1]، ۲۰۱۱). همچنین یکی از متغیرهای شخصیتی مرتبط با اعتیاد هیجان‌خواهی[2] است. هیجان‌خواهی، از آن جهت که میزان باز بودن شخص نسبت به تجارب جدید را توصیف می‌نماید، می‌تواند نقش مهمی در سبب شناسی اعتیاد ایفا کند. هیجان واهی، نوعی تمایل ارثی برای شروع یک فعالیت مشتاقانه در پاسخ به محرک‌های جدید است. افراد با هیجان‌خواهی بالا معمولاً افرادی تنوع طلب، کم حوصله، تکانشی در رسیدن به پاداش، ناتوان از پذیرش ناکامی و عموماً نظم‌ناپذیر هستند (هاث بوک[3]، ۲۰۰۲) . در پژوهش حاجلو و جعفری (۱۳۹۴) با عنوان هیجان‌خواهی و گرایش به اعتیاد نتایج به دست آمده برخوردار از این مطلب بود که میزان هیجان‌خواهی در افراد معتاد به موادمخدر بیشتر از افراد غیر معتاد است و هیجان‌خواهی زیاد پیش‌بینی کننده مهمی می تواند برای روی آوردن به موادمخدر باشد. همچنین در پژوهش هراتیان (۱۳۹۲) نیز با عنوان رابطه هیجان‌خواهی با گرایش به سوءمصرف مواد نتایج حاکی از این بود که بین هیجان‌خواهی با گرایش به مصرف مواد رابطه وجود دارد. زاکرمن در سال ۱۹۷۹ با ترتیب دادن آزمونی برای اندازه گیری مؤلفه های شخصیتی نشان داد که در بین افراد از لحاظ میزان هیجان خواهی تفاوت زیادی وجود دارد و نمرات بالا در مقیاس فوق با بعضی خصوصیات رفتاری از جمله سوء مصرف مواد رابطه دارد (اتکینسون[4]، ۲۰۰۵). خانواده نخستین گروهی است که بشر در طول حیات خود عضوی از آن به شمار می‌رود و والدین می توانند از بدو تولد نوزاد با انجام یک سری راه‌کارهای ساده بدون هزینه و قابل اجرا آینده‌ای روشن تر را برای کودک خود رقم بزنند. گاهی پدر و مادر بیش از حد مراقب فرزندشان هستند و در تمامی امور از ساده ترین کار مانند بستن بند کفش،

سال یازدهم، شماره ۴۱، بهار ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 41, Spring 2017

1. Cole, Logan, & Walker
2. Sensation seeking
3. Huthbook
4. Atkinson

مراقبت از وسایل مدرسه، تغذیه در مدرسه و ... دخالت می کنند و دائم نگران فرزندان خود هستند. سبک‌ها و روش‌های فرزندپروری نقش مهمی را در اعتیاد بر عهده دارد. در پژوهشی که یعقوبی، عبدی و کریمی (۱۳۹۳) در زمینه سبک‌های فرزندپروری و نقش آن در گرایش به اعتیاد انجام دادند، نتایج حاکی از این بود که با توجه به جایگاه خانواده و نقش آن در اعتیاد افراد راه‌کارهایی را جهت روش‌های فرزندپروری مطلوب و آموزش خانواده برای پیشگیری از اعتیاد باید ارائه دهند. نتایج همچنین نشان از این داشت هر چه دعوا و نزاع بین والدین بیشتر باشد احتمال وقوع اعتیاد فرزندان نیز بیشتر خواهد بود. خانواده به عنوان عنصر و عامل اصلی شخصیت بخشی به نوجوان نقش عمده‌ای بر عهده دارد. نوجوان برای به دست آوردن اعتماد به نفس به حمایت‌های خانواده‌ی خود نیازمند است. محیط خانواده و برخورد والدین با نوجوان تأثیر به سزایی در تکوین شخصیت فرد می‌گذارد. بنابراین، این شیوه فرزندپروری زمینه را برای بروز آسیب فراهم می‌سازد (کلونینجر[1]، ۲۰۰۶). در پژوهشی که واحدیان (۱۳۹۳) نیز با عنوان اعتیاد نوجوانان و رابطه آن با سبک‌های فرزندپروری و ساختار خانواده انجام داد، نتایج نشان از این داشت که، روش تربیتی سهل‌گیرانه با اعتیاد نوجوانان و جوانان رابطه دارد در حالی که بین شیوه‌های تربیتی استبدادی و مقتدارانه با اعتیاد نوجوانان رابطه یافت نشد. در نهایت نتیجه پژوهش نشان داد که شیوه تربیتی سهل‌گیرانه، تحصیلات پایین‌تر از دیپلم والدین، فاصله سنی زیاد والد پدر با نوجوانان و جوانان، اقتصاد پایین‌تر از متوسط عواملی هستند که می‌تواند باعث اعتیاد نوجوانان و جوانان شوند. در همین راستا نیز پژوهش خانزاده، طاهر، نوری، یحیی‌زاده و عیسی‌پور (۱۳۹۲) در زمینه رابطه شیوه تعامل والد-فرزند با میزان اعتیادپذیری حاکی از رابطه منفی بین اعتیادپذیری جوانان با رابطه پدر و مادر بود. همچنین نتایج نشان داد که رابطه پدر و رابطه مادر می‌تواند هم اعتیاد دانشجوی دختر و هم دانشجوی پسر را پیش‌بینی کند.

مطالعات مختلف نشان داده که معتادان به موادمخدر و داروهای روان‌گردان از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار هستند، و از محرومیت‌های اجتماعی رنج می‌برند (صدری و

1. Cloninger

شریف‌نیا، ۱۳۸۹؛ کول و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهشی که توسط بساک، هانسون، گرین، ریچارد و لایودت[1] (۲۰۱۶) در زمینه اثربخشی خدمات حمایتی از افرادی که به الکل اعتیاد داشتند انجام شد، نتایج نشان داد که حمایت موسسات از این افراد به بهبودی در مقابل بازگشت به اعتیاد موثر است. همچنین در پژوهشی که روبرتز، برنستینگ و کالبای[2] (۲۰۱۶) نیز در زمینه ابتلا نوجوانان به سیگار کشیدن با حمایت اجتماعی روشن در این افراد انجام گرفت نتایج برخوردار از این بود که حمایت اجتماعی یک هدف امیدوار کننده برای مداخله و کمک به این افراد است. اما این مهم است که این حمایت روشن و صریح و همراه با مشاوره و آرامش عاطفی باشد. همچنین در پژوهش کرمی، باقری و واثقی (۱۳۹۵) نیز با عنوان استرس و حمایت اجتماعی با گرایش به اعتیاد نتایج نشان از این داشت که حمایت اجتماعی و استرس ادراک شده ۳۷ درصد گرایش به اعتیاد را پیش‌بینی می‌کنند. کاظمی‌پور و مکوندی (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی با عنوان حمایت اجتماعی با گرایش به موادمخدر به این نتیجه دست یافتند که معتادان نسبت به افراد بهنجار از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند و همچنین از محرومیت اجتماعی چندگانه‌ای رنج می‌برند. نتایج همچنین نشان داد که حمایت اجتماعی پایین، محرومیت اجتماعی معتادان را پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که محرومیت اجتماعی از عوامل خطرزا برای سوءمصرف مواد روان‌گردان محسوب می‌شود. در همین راستا طارمیان، جزایری و قاضی طباطبایی (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان عوامل پیش‌بین روانی اجتماعی مصرف موادمخدر در نوجوانان (انطباق نظریه‌ی"گروه دوستان" مصرف مواد با نوجوانان ایرانی) به ارزیابی متغیرهای پیش‌بین روانی اجتماعی مؤثر در مصرف مواد در دوره نوجوانی پرداخته‌اند. یافته‌های به‌دست آمده نشان دهنده‌ی آن بود که حمایت خانواده می‌تواند به‌عنوان بنیادی‌ترین عنصر تأثیرگذار در پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان در نظر گرفته شود. کیفیت زندگی درکی است که افراد از موقعیت‌شان در زندگی، در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی دارند و با اهداف، آرزوها و

1. Bassuk, Hanson, Greene, Richard, & Laudet

2. Roberts, Bernstein & Colby

استانداردهای آن‌ها در ارتباط است (کتیبایی و همکاران، ۱۳۸۹). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کند، اهداف، انتظارات، استاندارها و الویت‌هایشان است، پس موضوعی کاملا ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک و مقابله افراد از جنبه‌های مختلف زندگی تاثیرگذار می‌باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱). اختلال مصرف مواد به طور فزاینده‌ای به عنوان بیماری مزمن به نوع کیفیت زندگی بستگی دارد. از این منظر برای درمان اعتیاد بهبود کیفیت زندگی تاثیر گذار می‌باشد. در این زمینه نتایج پژوهش الکساند و لایودت[1] (۲۰۱۶) نشان از این داشت که کسانی که به اعتیاد مبتلا هستند از کیفیت زندگی بسیار پایینی برخوردار هستند. پژوهش مومنی، مشتاق و پور شهباز (۱۳۹۲) نیز نشان داد مداخله در کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان با متادون در کوتاه مدت اثربخش بوده اما در طولانی مدت تاثیر چندانی در کیفیت زندگی نداشته است. پژوهش عزیزی، جویباری و جویباری (۱۳۹۴) نیز نشان داد اعضای تیم درمانی می توانند با شناسایی خصوصیات رایج و صفات شخصیتی و کیفیت زندگی معتادین امر پیشگیری درمان بازتوانی را تسهیل نمایند. همچنین نتایج نشان داد معتادین با بهبود کیفیت زندگی و افزایش شادکامی بهتر می توانند درمان و مسیر زندگی خود را هدف‌مند دنبال کنند. در همین راستا پژوهش صادقی، داوری، ضیایی‌راد، رحمانی و قدوسی (۱۳۹۴) نشان داد سن شروع اعتیاد در نوجوانان با روابط خانوادگی و کیفیت زندگی نوجوان رابطه دارد. همچنین نشان داد افراد وابسته به موادمخدر در بدو شروع درمان از سطح کیفیت زندگی پایین به خصوص در بعد عملکرد اجتماعی برخوردارند.

بهزیستی روان‌شناختی[2] نیز یکی از متغیرهای مهمی است که در زندگی معتادان تأثیر زیادی دارد که این امر سبب شده است که در سالیان اخیر، رویکرد آسیب‌شناختی به مطالعه‌ی سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گیرد. بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می‌کند، رویکردهای جدید بر خوب بودن به جای بد یا

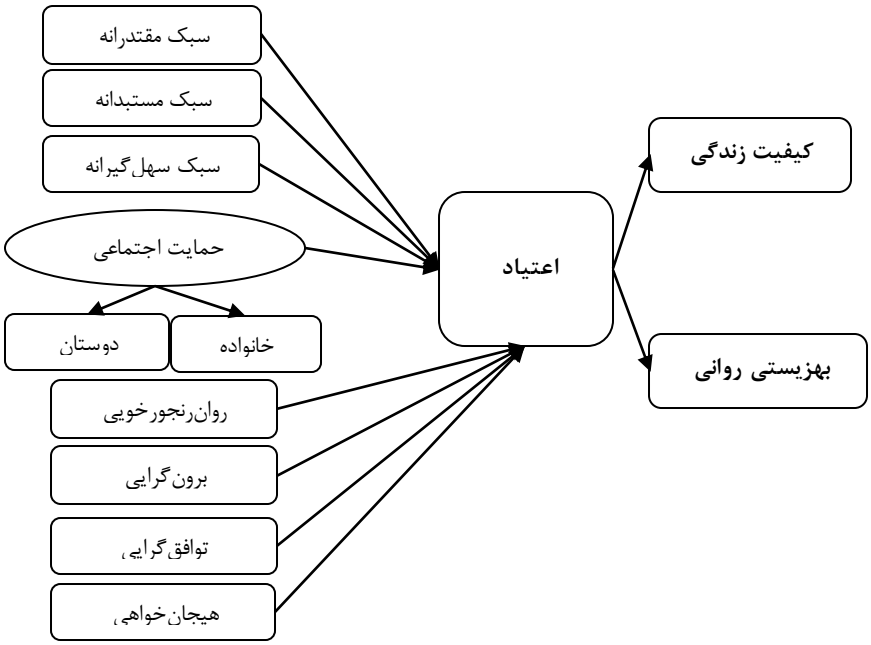
1. Alexandre & Laudet

2. psychological Well-Being

بیمار بودن تأکید می‌کنند. از این منظر، عدم وجود نشانه‌های بیماری‌های روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست نشان دهنده‌ی سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی قابلیت‌های خود است. از نظر هومر[1] و همکاران (۲۰۱۱) اعتیاد یکی از چالش‌هایی است که انسان‌ها در زندگی خود با آن مواجه می‌شوند. شواهد پژوهشی قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهند نقش و حوادث نامطبوع زندگی می توانند بهزیستی و روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهند و مختل کنند. علی مرادی (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان داد معتادان از سلامت روان کمتری نسبت به گروه غیرمعتاد برخوردارند. همچنین در پژوهش حسینی‌فر (۲۰۱۱) نشان داده شد معتادان از سلامت روان پایین‌تری نسبت به افراد سالم برخوردارند و نیازمند حمایت و کمک بیشتری هستند. در پژوهش خرمی و فربد مفیدی (۱۳۹۴) نیز نتایج نشان داد بین ابعاد سلامت روانی در افراد معتاد وعادی تفاوت وجود دارد. پژوهش مبینی، مفیدتهرانی و بهره‌دار (۲۰۱۵) نیز نشان داده شد در افراد دارای گرایش اعتیاد حالت روانشناختی منفی و بی‌قراری بیشتر مشاهده می شود. در نهایت نتایج نشان داد که خصوصیت روان‌شناختی مثبت کاهش‌دهنده گرایش به اعتیاد محسوب می‌شود. مشکلات ناشی از مواد تهدیدی جدی برای سلامت جامعه بوده و نقش عمده‌ای را در جرم و فساد به عهده دارد و مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۹). پژوهشگران با مطالعه افراد وابسته به مواد دریافتند که مهم‌ترین عامل مربوط به سلامت روان که بر نحوه زندگی افراد تاثیر می‌گذارد اضطراب است (رادولف و واتس[2]، ۲۰۰۲). چنانچه خشم افراد وابسته به مواد به درستی ابراز نشود و کنترل‌ناپذیر شود، این امکان وجود دارد که به درون فرد متمایل شده و منجر به افسردگی، ناامیدی و اقدام به خودکشی شود. از سوی دیگر مشکلات گوناگون روانی باعث اختلال درروند طبیعی زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌شوند (مورگان، مورگن‌اشترن، بلانچارد، لابووی، باکس[3]، ۲۰۰۳).

1. Homer
2. Rudolf & Watts
3. Morgan, Morgenstern, Blanchard, labouvie, & bux

در پژوهش حاضر نقش سبک‌های فرزندپروری و حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شخصیت به عنوان پیشایند و کیفیت زندگی و بهزیستی روانی به عنوان پیامدهای اعتیاد مورد بررسی قرار گرفته است. این پژوهش برای اولین بار با ترکیب این متغیرها پیشایندهای (سبک‌های فرزندپروری والدین و حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی) و پسایندها (بهزیستی روانی و کیفیت زندگی) در زمینه اعتیاد را مورد بررسی قرار داد که در نمودار زیر ارائه شده است.



شکل۱: رابطهٔ پیشایندها و پسایندها مهم اعتیاد در مراجعین به مراکز درمانی شهر زنجان

سال یازدهم، شماره ۴۱، بهار ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 41, Spring 2017

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های توصیفی از نوع همبستگی است. در این پژوهش جامعه‌ی آماری شامل معتادین مرد (۲۱ تا ۳۵ ساله) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در شهر زنجان می‌باشد که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده نمونه‌ای به اندازه ۲۵۰ نفر برای

شـــرکت در پژوهش انتخاب گردیدند. در این پژوهش که هدف آزمودن مدلی از روابط بین متغیرها بود، از روش تحلیل مدل معادلات ساختاری استفاده شد.

ابزار

۱-پرسـش‌نامه سبک فرزندپروری بامریند[1]: دارای ۳۰ سوال و سه خرده‌مقیاس (سهل‌گیرانه، مســتبدانه، و مقتدرانه) اســت که هرکدام دارای ۱۰ ســوال می‌باشــند. نحوه نمره‌گذاری بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشــد. این پرســش‌نامه در پژوهش‌های متعددی مورد بررســی قرار گرفته و اعتبار و روایی آن در حد مطلوبی گزارش شــده اســت. در انســتیتیو روان‌پزشـکی ایران نیز اسـفندیاری (۱۳۷۴) فرم اصـلی پرسـش‌نامه را ترجمه و اصـلاحات لازم را درآن صــورت داد. اسـفندیاری اعتبار بازآزمایی این پرســش‌نامه را برای ســبک آزادگـذاری ۰/۶۹، برای اســتبـداد ۰/۷۷ و اقتـدار منطقی ۰/۷۳ گزارش کرده اســت. در پژوهش حاضـر، ضـرایب اعتبار برای آزادگذاری ۰/۶۱، اسـتبداد ۰/۷۵ و اقتدار منطقی ۰/۶۹ به دســت آمد. همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشــان داد تمامی ســوالات دارای بارهای قابل قبول بزرگتر از ۰/۳۰ بوده و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معنادار داشتند.

۲-پرسـش‌نامه حمایت اجتماعی: این پرسـش‌نامه توسـط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسـون، ویلیامز و اسـتوارت[2] (۱۹۸۶) تدوین شـده اسـت و دارای ۲۳ سـوال اسـت که سـه حیطه حمایت اجتماعی را می‌سـنجد. خانواده (۸ سـوال)، دوسـتان (۷ سـوال) و سایرین (۸ سوال). برای اولین بـار در ایران توســط ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) مورد اســتفـاده قرار گرفـت. وی ضــریب اعتبار پرســش‌نامه را در نمونه دانشــجویی در کل پرســش‌نامه ۰/۹۰ و در نمونه دانش‌آموزی ۰/۷۰ به دســت آورد. همچنین اعتبار بازآزمایی در دانش‌آموزان پس از شــش هفته ۰/۸۱ بود. در پژوهش حاضـر، ضـرایب اعتبار برای کل پرسـش‌نامه ۰/۷۸ به دسـت آمد کـه نشــان دهنـده اعتبـار قـابـل قبول پرســش‌نامه بود. روایی این مقیاس نیز از طریق تحلیل

سال یازدهم، شماره ۴۱، بهار ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 41, Spring 2017

1. Baumrind parenting style questionnaire
2. Vaux, Phillips, Holly, Thomson, Williams & Stewart

عاملی تأییدی محاسبه شد. نتایج نشان داد که تمامی سوالات دارای بارهای قابل قبول بزرگتر از ۰/۳۰ بوده و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معنادار داشتند.

۳-پرسش‌نامه شخصیتی نئو-فرم کوتاه[1]: برای اولین بار مک‌کری و کاستا (۱۹۸۵) پرسش‌نامه‌ای تحت عنوان نئو با ۱۸۵ سوال تدوین کردند. در این پژوهش، به منظور بررسی ویژگی‌های شخصیت دانشجویان از فرم کوتاه نئو که دارای ۶۰ سوال می‌باشد و برای اولین بار توسط کیامهر (۱۳۸۱) به زبان فارسی ترجمه شده، استفاده شد. این مقیاس، پنج ویژگی شخصیت را مورد سنجش قرار می‌دهد، و هر کدام از این ویژگی‌ها با ۱۲ سوال مورد سنجش قرار می‌گیرد. شیوه پاسخ‌دهی به این صورت است که افراد جواب را در یک طیف ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) انتخاب می‌کنند. در هنجاریابی آزمون نئو که توسط گروسی فرشی (۱۳۸۰) روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی آن‌ها انجام شد ضریب همبستگی ۵ بعد اصلی بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش گردید. در پژوهش آتش‌روز (۱۳۸۶) با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ۵ صفت روان‌آزردگی‌خویی، برون‌گرایی، گشودگی، سازگاری و وجدانی بودن به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۵، ۰/۲۷، ۰/۳۸ و ۰/۷۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر، ضرایب اعتبار برای پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیت با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای برون‌گرایی ۰/۶۸، توافق‌پذیری ۰/۶۵و روان‌رنجورخویی ۰/۵۶ و برای نمره کل ویژگی‌های شخصیت ۰/۶۹ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر روایی از طریق تحلیل عاملی تأییدی محاسبه شد. نتایج نشان داد که تمامی سوالات دارای بارهای قابل قبول بزرگتر از ۰/۳۰ بوده و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معنادار دارند.

۴-مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن: این مقیاس توسط زاکرمن، آیزنک و آیزنک[2] (۱۹۷۸) ساخته شده است. مقیاس مورد استفاده در این پژوهش مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن فرم کوتاه (۱۹۷۱) است و شامل ۱۴ سؤال ۲ گزینه‌ای صحیح و غلط می‌باشد. سؤالات این

1. NEO Personality Inventory-Short Form

2. Eysenck & Eysenck

مقیاس برای ارزیابی تمایل فرد به فعالیت‌های مخاطره‌آمیز به کار می‌رود. اعتبار این مقیاس توسط زاکرمن و آیزنک (۱۹۷۸) در حدود ۰/۸۵ تا ۰/۸۶ برآورد شده است. ریدی و راسل[1] (۱۹۸۰) همسانی درونی خرده مقیاس‌های شکل پنجم را در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضرایب اعتبار برای پرسش‌نامه هیجان‌خواهی با استفاده از روش آلفا ۰/۶۹ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر روایی از طریق تحلیل عاملی تأییدی محاسبه شد. نتایج نشان داد که تمامی سوالات دارای بارهای قابل قبول بزرگتر از ۰/۳۰ بوده و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معنادار داشتند.

۵-پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسش‌نامه دارای ۲۶ سوال است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد و دارای چهار خرده‌مقیاس سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، و سلامت محیط اطراف است. برای بررسی روایی و اعتبار این پرسش‌نامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. اعتبار بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ (نجات و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر، ضرایب اعتبار برای پرسش‌نامه کیفیت زندگی برای سلامت جسمی ۰/۶۸، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۸۲، و سلامت محیط ۰/۷۷ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر روایی از طریق تحلیل عاملی تأییدی محاسبه شد. نتایج نشان داد که سوالات دارای بارهای قابل قبول بزرگتر از ۰/۳۰ بوده و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معناداری دارند.

۶-پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی[2]: ریف و کیز[1] (۱۹۸۹) در دهه‌ی گذشته الگوی بهزیستی روان‌شناختی را پیشنهاد نمودند که به طور گسترده‌ای توسط پژوهش‌گران بررسی گردید. ریف (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری سازه پرسش‌نامه ۲۰ سوالی، ۱۴ سوالی، و ۳ سوالی را طراحی کرد. پس از بررسی‌های اولیه نسخه اصلی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی که

سال یازدهم، شماره ۴۱، بهار ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 41, Spring 2017

1. Ridgeway & Russell
2. Psychological Well-Being Scale

دارای ۸۴ عبارت بود، تهیه شد، سپس نسخه‌های ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی طراحی شد. در این پژوهش از نسخه کوتاه ۱۸ سوالی استفاده شده است. نحوه پاسخ‌گویی به سوالات بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱ کاملا مخالفم تا ۶ کاملا موافقم) می‌باشد. در ایران خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی واستقلال را به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۳، ۰/۷۳، و ۰/۷۲ به دست آوردند. همچنین این پژوهش‌گران آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۷۱ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر، همسانی درونی برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۸ به دست آمد. همچنین روایی از طریق تحلیل عاملی تأییدی محاسبه شد. نتایج نشان داد که سوالات دارای بارهای قابل قبول بزرگتر از ۰/۳۰ بوده و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معنادار دارند.

۷-پرسش‌نامه وضعیت و میزان تمایل به مصرف مواد: این پرسش‌نامه دارای ۱۸ سؤال است و هدف آن بررسی وضعیت و میزان تمایل به مصرف مواد از سه بعد اجتماعی، فردی، خانوادگی و محیطی در افراد معتاد می‌باشد. این پرسش‌نامه به صورت محقق ساخته و با استفاده از برخی منابع علمی از قبیل فرجاد و همکاران (۱۳۸۵) طراحی گردیده است. روش نمره‌گذاری با استفاده از طیف لیکرت است. در پژوهش محمدی، پورقاز و رقیب (۱۳۹۲) روایی محتوایی آن با توجه به نظر اساتید روان‌شناسی و جامعه‌شناسی مورد تائید قرار گرفت. مقدار آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر روایی از طریق تحلیل عاملی تأییدی محاسبه شد. نتایج نشان داد که تمامی سوالات دارای بارهای قابل قبول بزرگتر از ۰/۳۰ بوده و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معنادار داشتند.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کم‌ترین نمره	بیشترین نمره
سبک مقتدرانه	۲۷/۷۰	۴/۱۴	۱۵	۴۰
سبک مستبدانه	۲۸/۶۷	۳/۹۴	۱۷	۴۰
سبک سهل‌گیرانه	۲۴/۶۲	۳/۹۴	۱۴	۳۵
روان‌رنجورخویی	۳۱/۰۱	۸/۶۴	۱۳	۵۰
برون‌گرایی	۲۹/۵۸	۴/۰۱	۱۷	۴۲
توافق‌پذیری	۲۵/۵۴	۶/۶۷	۱۴	۳۷
هیجان‌خواهی	۲۱/۹۹	۴/۳۵	۹	۳۳
حمایت اجتماعی	۴۰/۵۸	۲/۹۷	۳۰	۵۰
کیفیت زندگی	۹۶/۵۸	۱۴/۸۱	۵۴	۱۲۴
بهزیستی روانی	۶۹/۵۸	۱۰/۱۵	۴۱	۹۸
وضعیت اعتیاد	۶۵/۴۱	۱۰/۶۸	۲۶	۸۳

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنف تک گروهی استفاه شد که نتایج آن نشان داد سبک فرزندپروری مقتدرانه (z=۱/۵۳, P>۰/۰۵)، سبک فرزندپروری مستبدانه (z=۱/۷۴, P>۰/۰۵)، سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه (z=۱/۷۱, P>۰/۰۵)، روان‌رنجورخویی (z=۱/۵۶, P>۰/۰۵)، برون‌گرایی (z=۰/۷۷, P>۰/۰۵)، توافق‌گرایی (z=۱/۱۶, P>۰/۰۵)، هیجان‌خواهی (z=۱/۲۴, P>۰/۰۵)، حمایت اجتماعی (z=۰/۸۹, P>۰/۰۵)، کیفیت زندگی (z=۱/۳۲, P>۰/۰۵)، بهزیستی روانی (z=۱/۱۲, P>۰/۰۵)، و وضعیت اعتیاد (z=۱/۵۱, P>۰/۰۵) همگی دارای توزیع نرمال می‌باشند. بنابراین شاخص‌های پراکندگی مدل مفروض مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

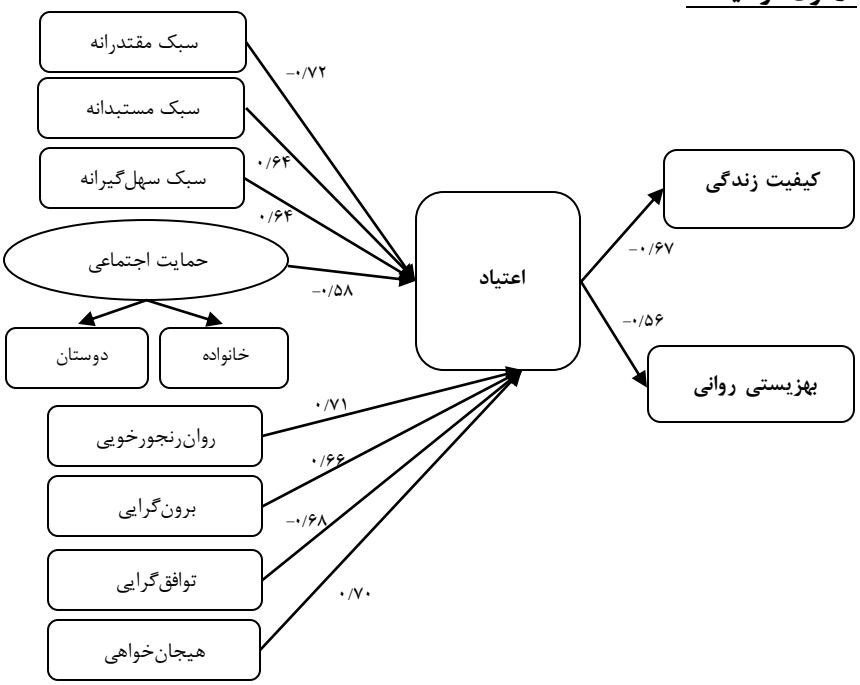
جدول۳: شاخص‌های برازندگی مدل فرضی پژوهش

آماره‌ها	χ^2	Df	χ^2/df	GFI	AGFI	NFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA
مقدار	۲۶/۴۸	۱۵	۱/۷۶	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۰۵

نتایج حاصل از برازندگی مدل پیشنهادی نشان داد مقدار شاخص نیکویی برازش مجذور کای برابر با ۲۶/۴۸، و درجه آزادی ۱۵ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. با توجه به اینکه مجذور کای نسبت به افزایش حجم نمونه و همبستگی موجود بین متغیرها حساس است،

لـذا در اکثر موارد این شـــاخص از لحـاظ آمـاری معنادار اســـت. از این رو برای آگاهی از برازش مدل از شـاخص‌های دیگری اسـتفاده گردید. بنابراین شـاخص نسبت مجذور کای بر درجه‌ی آزادی محاسـبه شـد که برابر ۱/۷۶ به دسـت آمد. همچنین شـاخص نیکویی برازش (GFI) برابر بـا ۰/۹۸، شـــاخص نیکویی برازش تعـدیل یافته (AGFI) برابر ۰/۹۳، شـــاخص برازنـدگی فزاینـده (IFI) برابر بـا ۰/۹۶، شـــاخص برازنـدگی تطبیقی (CFI) برابر بـا ۰/۹۷، شـــاخص برازندگی هنجار شـــده (NFI) برابر با ۰/۹۶، شـــاخص توکر-لویس (TLI) برابر با ۰/۹۵ و شـاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۵ به دسـت آمدند که حکایت از برازش مناسـب الگو دارند. ضـرائب اسـتاندارد مدل پیشنهادی در شکل ۲ ارائه شده است.

آزمون فرضیه ها



شکل۲: ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی رابطهٔ پیشایندها و پسایندهای مهم اعتیاد در پژوهش حاضر

پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم در مدل پیشنهادی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳: پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم در مدل پیشنهادی

پارامترها	نوع برآورد		خطای	نسبت	معناداری
مسیرها	غیراستاندارد (B)	استاندارد (β)	استاندارد	بحرانی	
سبک مقتدرانه به اعتیاد	-۰/۳۱۴	-۰/۷۲۵	۰/۰۱۶	-۱۷/۳۵۷	۰/۰۰۰۵
سبک مستبدانه به اعتیاد	۰/۳۶۸	۰/۶۵۰	۰/۰۳۰	۱۳/۷۶۰	۰/۰۰۰۵
سبک سهل‌گیرانه به اعتیاد	۰/۳۲۳	۰/۶۲۷	۰/۰۴۳	۱۲/۶۸۱	۰/۰۰۰۵
روان‌رنجورخویی به اعتیاد	۰/۴۱۵	۰/۷۱۳	۰/۰۲۸	۱۶/۷۸۳	۰/۰۰۰۵
برون‌گرایی به اعتیاد	۰/۳۱۴	۰/۶۶۴	۰/۰۴۰	۱۲/۸۲۶	۰/۰۰۰۵
توافق‌گرایی به اعتیاد	-۰/۲۹۸	-۰/۶۸۴	۰/۰۴۵	-۱۰/۱۵۰	۰/۰۰۰۵
هیجان‌خواهی به اعتیاد	۰/۴۵۱	۰/۷۰۹	۰/۰۱۷	۱۲/۴۱۴	۰/۰۰۰۵
حمایت اجتماعی به اعتیاد	-۰/۲۶۳	-۰/۵۸۱	۰/۰۳۰	-۸/۳۷۶	۰/۰۰۰۵
اعتیاد به کیفیت زندگی	-۰/۳۶۰	-۰/۶۷۲	۰/۰۲۵	-۱۱/۳۵۱	۰/۰۰۰۵
اعتیاد به بهزیستی روانی	-۰/۳۴۲	-۰/۵۶۷	۰/۰۴۲	-۶/۲۷۴	۰/۰۰۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف رابطهٔ علّی بین پیشایندها (سبک‌های فرزندپروری، حمایت اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی) و پسایندهای مهم (کیفیت زندگی، بهزیستی روانی) اعتیاد در مراجعین به مراکز درمانی شهر زنجان صورت گرفت. همان‌طور که در نتیجه‌های آزمون فرضیه‌های پژوهش در بخش یافته‌ها مشاهده شد، تمامی فرضیه‌ها مورد تأیید قرار گرفتند. شیوه‌های فرزندپروری (مستبدانه، سهل گیرانه، مقتدرانه) بر اعتیاد اثر دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، شیوه‌های فرزندپروری بر اعتیاد اثر دارد. این یافته، با پژوهش‌های پیکو و بالاس[1] (۲۰۱۲)، کالافات، گارسیا، جان، بنکونا و هرمیدا[2] (۲۰۱۴)، هارتمن و همکاران[3] (۲۰۱۵)، فیضی (۱۳۸۹) و حسینی دولت آبادی و همکاران (۱۳۹۲)، خانزاده و همکاران (۱۳۹۲)، واحدیان (۱۳۹۳) و یعقوبی و همکاران (۱۳۹۳) همخوان می‌باشد. به طور کلی، در تبیین یافته‌های فرضیه اول این‌گونه گفته می‌شود که سبک فرزندپروی مستبدانه با آن که ظاهراً به نظر می‌رسد فرزندان این خانواده‌ها، به دلیل کنترل و محدودیت

1. Piko & Balázs
2. Calafat, García, Juan, Becona, & Hermida
3. Hartman

شـدیدی که والدین بر آنان اعمال می‌کنند کمتر در خطر مصـرف مواد هسـتند، ولی چنین نیسـت. عوامـل مهمی زمینـه مصـرف مواد در فرزنـدان این خـانواده‌هـا را مهیـا می‌کننـد (محمـدخـانی و نوری، ۱۳۹۱). الیور و پـال[1]، (۱۹۹۵)، معتقـدند که میزان ابتلا به افسـردگی فرزندان خانواده‌های مسـتبد بالاسـت. به عبارت دیگر، والدینی که در ارتباط با فرزندان‌شـان روش کنترل بـدون محبـت اسـتفـاده می‌کننـد عزت نفس و خودکارآمدی فرزندان خود را پـایین آورده و زمینـه بروز افسـردگی را در آن‌هـا فراهم می‌آورند. این در حالی اسـت که افسـردگی، خود یکی از عوامل خطر مصـرف و وابسـتگی به مواد اسـت (نقل از دانش و همکـاران، ۱۳۸۶). ناتوانی در مقابله با افسـردگی و گاهی خود درمانی افسـردگی از دلایلی اسـت که ممکن اسـت فرزندان این خانواده‌ها به سـوی مواد کشـیده شـوند. همچنین، از آن جایی که فرزندان خانواده‌های مسـتبد به شـدت تحت کنترل و هدایت والدین خود هسـتند، مهارت‌های زندگی مسـتقلانه از جمله تصـمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، هدف‌گزینی، شـناخت خود و مواردی از این قبیـل، کـه پـایه‌های پختگی فرد را تشـکیل می‌دهند در آن‌ها شـکل نمی‌گیرد. چنین وضـعیتی، فرد را در شـرایطی قرار می‌دهـد کـه قـادر بـه مقابله صـحیح با اسـترس‌های زندگی نباشـد. به ویژه در مواقع جدایی از خانواده که مسـلم اسـت در چنین شـرایطی، احتمال افسـردگی و سـایر اختلالات روانی افزایش می‌یابند و به صـورت غیر مستقیم می‌تواند به مصرف مواد بینجامد (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱).

در رابطه با سـبک فرزندپروری سـهل‌گیرانه، فرزندان این خانواده‌ها نیز به شـدت در معرض خطر مصـرف مواد هستند. عواملی نیز منجر به چنین آسیب‌پذیری در فرزندان این خانواده‌ها می‌شـود، مثلاً توانایی‌های روانی اجتماعی فرزندان این خانواده‌ها به شـدت ضـعیف اسـت و چنین شـرایطی، از توان مقـابلـه آنـان بـا موقعیـت‌هـای زندگی می‌کاهد. همچنین، ضـعف مهـارت‌هـای ارتبـاطی، نـاپختگی‌هـای رفتـارهای آنان، رفتارهای تکانشـی و مواردی از این قبیل، هر یک به تنهایی نیز خطر مصـرف مواد در این عده را افزایش می‌دهد. از آنجایی که والـدین، مرتباً برای مشـکلات فرزندان‌شـان دیگران را محکوم و مقصـر دانسـته‌اند، این فرزنـدان در زمـان منـاسـب، نـاکـامی‌هـای زنـدگی را تجربـه نکرده‌انـد و برای آن آمـاده

1. Oliver & Paul

سال یازدهم، شماره ۴۱، بهار ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 41, Spring 2017

نمی‌باشند، لذا برای مقابله با شکست‌ها، محدودیت‌ها و ناکامی‌ها، از توانایی مناسب برخوردار نیستند و احتمال مصرف مواد به عنوان روشی برای تنظیم هیجانی افزایش می‌یابد. همچنین، نبود نظارت، محدودیت و ضعف والدین در هدایت فرزندان، احتمال انجام رفتارهای پر خطر را در آنان افزایش می‌دهد. علاوه بر این، ضعف والدین در اعمال انضباط پایدار، استوار و ثابت از قدرت آنان در هدایت فرزندان‌شان می‌کاهد. در چنین شرایطی، والدین ناتوان از اعمال قدرت و هدایت فرزندان خود به روش‌های سالم می‌باشند و به همین دلیل بر میزان خطر در اطراف این فرزندان افزوده می‌شود (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱). در نهایت سبک فرزندپروری قاطعانه به عنوان سالم‌ترین سبک فرزندپروری نشان می‌دهد که پیامدهای مثبت شناختی، اجتماعی، تحصیلی و سازگاری بهتر فقط در خانواده‌های قاطع وجود دارد. زیرا، چنین خانواده‌هایی به نیازهای فرزندان خود چه در زمینه هیجانی و ارتباطی و چه در زمینه نظارتی و هدایتی به درستی جواب می‌دهند. توجه والدین قاطع به استدلال و بیان کردن منطق قواعد و قوانین برای فرزندان کمک می‌کند تا بتوانند پیامدهای رفتارهای خود را به درستی متوجه شوند و در نتیجه میزان بالایی از قضاوت‌های صحیح برخوردار شوند (محمد خانی و نوری، ۱۳۹۱).

حمایت اجتماعی (دوستان و خانواده) در اعتیاد اثر منفی دارد. نتایج این یافته با پژوهش‌های لین و همکاران (۲۰۱۱)، بساک و همکاران (۲۰۱۶)، روبرتز وهمکاران (۲۰۱۶) و طیبی و همکاران (۱۳۹۱) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت خانواده می‌تواند آموزش رفتارهای سالم را پرورش دهد و منبع حمایت برای درمان افرادی با مشکلات سوءمصرف الکل و مواد باشد. حمایت خانواده می‌تواند با ابراز وجود، حمایت، راحتی، محافظت، علاقه، عاطفه و همدلی بین اعضا ایجاد گردد. مصرف‌کنندگان و وابستگان شدید الکل و مواد اغلب اختلال‌های شدیدی را در محیط خانواده تجربه می‌کنند که با همراهی آن با اختلال‌های روانی وضعیت از این هم بدتر می‌شود (سهرابی و همکاران، ۱۳۸۷). افراد سوءمصرف‌کننده مواد را بیشتر اطرافیان طرد می‌کنند و آن‌ها حمایت اندکی از خانواده خود دریافت می‌کنند و از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند. در افراد معتاد با افزایش نیازها وکمبود آن‌ها در زندگی شخصی بسیاری دچار محرومیت

سال یازدهم، شماره ۴۱، بهار ۱۳۹۶
Vol.11,No.41,Spring 2017

می‌شوند. از سوی دیگر نداشتن امنیت درحوزه‌های دیگر زندگی براحساس محرومیت آن‌ها می‌افزاید و از آنجا که کسب پایگاه اجتماعی برای این افراد تقریبا غیرعملی است، واکنش این افراد به وضعیت اجتماعی احساس بی‌ارزشی است که با مصرف موادمخدر و داروهای روان‌گردان به این وضعیت پاسخ فوری می‌دهند (الله‌پناه، ۱۳۸۹).

ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، توافق‌گرایی، هیجان‌خواهی) بر اعتیاد اثر دارد. نتایج این یافته با پژوهش‌های کورنور و نورویک[1] (۲۰۰۷)، دوبی و همکاران (۲۰۱۰)، سانجیا و همکاران (۲۰۱۷)، بنی‌سعید و همکاران (۲۰۱۵) باران اولادی و همکاران (۱۳۹۲)، و اکبری و همکاران (۱۳۹۲) همخوان است. نتایج نشان داد که روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی با اعتیاد رابطه مثبت دارد. در تبیین این یافته می توان گفت، روان‌رنجورخویی یک صفت شخصیتی است که افراد واجد آن غالباً نگران، مضطرب و افسرده بوده و خلق آن‌ها در نوسان است. احتمالاً در خواب مشکل دارند و از اختلال‌های روان‌تنی بسیاری در رنج هستند. مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای روان‌رنجورخویی بالا عقاید غیرمنطقی دارند و قادر به کنترل تکانش‌های خود نبوده و به جای استفاده ازشیوه‌های حل‌مسئله برای کنار آمدن با استرس از شیوه‌های هیجانی و یا اجتنابی استفاده می کنند و اصولا درمقابله با استرس‌ها ضعیف هستند و احتمال دارد یکی از راه‌های اجتناب از استرس برای این افراد پناه بردن به موادمخدر برای فراموشی مشکلات باشد. برون‌گرایی نیز بیانگر وجود رویکردی پرانرژی به جهان مادی و اجتماعی درفرد می‌باشد که ویژگی‌ای چون مردم‌آمیزی، قاطعیت وجرات را شامل می‌شود. جعفری‌زاده (۱۳۸۴) درپژوهشی به نتایج مشابهی دست یافت. برون‌گرایان ساخت عصبی غیرمحرک وبازدارنده دارند وطبعا نیاز به تحریک در بیرون تعقیب می‌شود. به دلیل غلبه رویکرد لذت‌گرایانه محرک‌های پاداش‌بخش بیرونی دنبال می‌شوند و به دلیل ناتوانی در به تعویق انداختن تحریک‌پذیری‌های لذت‌بخش، محرک‌های تنبیهی و بازدارنده یادگیری و درونی نمی‌شوند. به همین دلیل دشواری آشکاری در فراگیری و شرطی شدن و اجتماعی پذیری نشان داده و درموارد ترکیب با بی‌ثباتی هیجانی بیشتراحتمال دارد درگیر رفتارهای

سال یازدهم، شماره ۴۱، بهار ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 41, Spring 2017

1. Kornor & Nordvik

پرخاشگرانه و بزهکارانه وانحراف اجتماعی شوند. همچنین میزان توافق‌پذیری پایین می باشد. افرادی که توافق‌پذیری بالاتری دارند، همدردی بیشتری دارند، مشتاق کمک به دیگران هستند و آرام بوده و دیگران را درنظر می‌گیرند. هر چه فرد کمتر خود شیفته باشد و توافق‌پذیری و سازگاری بیشتری نسبت به مسائل از خود نشان دهد و همچنین مسئولیت کارها و امور خود را چه مثبت و چه منفی به طور کامل پذیرفته و انکار نکنند، کمتر به سمت مصرف مواد کشیده می‌شوند. افراد دارای خصیصه توافق به سمت جنبه‌های مثبت اجتماعی و سلامت بیشتر روانی سوق پیدا می‌کنند. همچنین توافق‌گرایی بر گرایش‌های بین فردی تأکید دارد. نمرات پایین در این بعد به هیجان‌خواهی تکانشی منجر شده و در نتیجه آسیب‌پذیری و آمادگی ویژه نسبت به رفتارهای پر خطر مانند مصرف مواد را افزایش می‌دهد (باران اولادی و همکاران، ۱۳۹۲).

در تبیین رابطه مثبت بین هیجان‌خواهی و اعتیاد این‌طور می‌توان گفت که هیجان‌خواهی با سطح منوآمین اکسیداز (MAO) رابطه منفی دارد. بدین معنی که سطوح منوآمین اکسیداز در افرادی که هیجان‌خواهی پایین دارند بالا و در افرادی که هیجان‌خواهی بالا دارند، پایین است. منوآمین اکسیداز آنزیمی است که در تنظیم انتقال دهنده‌های عصبی مانند نور اپی‌نفرین مهم است. سطح نوراپی‌نفرین با فعال بودن مراکز پاداش در مغز، رابطه دارد. چون از ویژگی‌های افراد هیجان‌خواه، سطوح پایین منوآمین اکسیداز در آن‌هاست، سطوح نوراپی‌نفرین آن‌ها تمایل به بالا بودن دارد، و مراکز پاداش مغز آن‌ها آمادگی فعالیت دارند. این بدین معنی است که افراد با هیجان‌خواهی بالا اگر موادمخدری مانند کوکائین که مراکز پاداش مغز را تحریک می‌کند مورد استفاده قرار دهند، احتمالاً لذت بیشتری را تجربه می‌کنند یا پاداش بیشتری دریافت می‌کنند. در نتیجه، افراد با هیجان‌خواهی بالا مجدداً از موادمخدر استفاده خواهند کرد. برعکس، افراد با هیجان‌خواهی پایین به خاطر تفاوت در شیمی مغزشان، وقتی موادمخدر مصرف می‌کنند، سطح یکسانی از پاداش را تجربه نمی‌کنند و لذا احتمال کمتری وجود دارد که آن را مجدداً مورد استفاده قرار دهند (هراتیان، ۱۳۹۲).

اعتیـاد بر کیفیت زندگی معتادان اثر منفی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های لین و دتالس[1] (۲۰۱۱)، حسـینی‌فر (۱۳۹۰)، عزیزی و همکـاران (۱۳۹۴) و صـادقی و همکـاران (۱۳۹۴) همخوان اسـت. برای تبیین این یـافتـه بـاید گفت، کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شـود که منعکس کننده وضـعیت جسـمی، روانی و اجتماعی می‌باشـد و اختلالات مزمن و طولانی مـانند اعتیاد، به عنوان یک بحران در زندگی افراد به خصـوص معتـادین می توانـد منجر بـه کـاهش کیفیـت زنـدگی در بعـد روحی و جسـمانی شـود. لذا مبتلایان به اعتیاد نیازهای زیسـت‌شـناختی، روان‌شـناختی، اجتماعی و هیجانی دارند، که در مقایسـه با افراد سـالم متفاوت اسـت. با وجود یک فرد معتاد در خانواده، زندگی همه اعضـا به نحوی صـدمه می‌بیند. اعضـای خانواده برای ادامه حیات مجبور می‌شـوند که در زندگی خود تغییراتی بـدهنـد تـا بتواننـد با اثرات ویران‌گر اعتیاد کنار بیایند. به مرور زمان این روش بـاعـث می‌شـود تـا خود آن‌هـا نیز در زندگی خود با مشـکلات فراوانی رو به رو شـوند. از آنجـایی کـه اعتیـاد بر کیفیـت زندگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد بنابراین، کیفیت زندگی در خانواده‌های معتادان از ضـعف‌های بسـیاری برخوردار اسـت و مشـکلات اسـاسـی خانواده را شـدت می‌بخشـد و علاوه بر اثرات مخرب بر زنـدگی فرد، اطرافیـان و بسـتگـان نیز تـاثیر می‌گـذارد. غـالبـاً کمبود امکـانات لازم برای ارضـای نیازهای روانی و اجتماعی نوجوانان از قبیـل کنجکاوی، تنوع‌طلبی، هیجان‌خواهی، ماجراجویی، مورد تأیید و پذیرش قرار گرفتن، و کسـب موفقیـت بین همسـالان، موجـب گرایش آنـان بـه کسـب لذت و تفنن از طریق مصـرف مواد و عضـویت در گروه‌های غیر سـالم می‌شـود. در این میان عوامل شـغلی و نداشـتن شـغل دائم، بیشـترین گرایش به اعتیاد را منجر می‌شـود. زیرا کسی که خود را منشاء اثر نمی‌بینـد، کسـی کـه خود را بی‌مصـرف می‌بینـد و نمی‌توانـد از حقوق خود دفاع کند و خود را کوچـک و جـامعـه را دشـمن فرضـی می‌پنـدارد، به دلیل پایین بودن عزت نفس و اعتمـاد بـه نفس بـه سـمـت مواد می‌رود، و این عوامـل بـاعـث می‌شـود که کیفیت زندگی شخص معتاد پایین باشد (امامی‌پور، شمس اسفندآباد، صدرالسادات و نادری، ۲۰۰۹).

1. Lin & Detels

اعتیاد بر بهزیستی روانی معتادان اثر منفی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های معلمی و همکاران (۱۳۸۹)، حسینی‌فر (۱۳۹۰) و خرمی و فربد مفیدی (۱۳۹۴) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان به این مسئله اشاره کرد که افرادی که از بهزیستی روانی پایین برخوردار هستند، در زندگی خود هدف مشخصی ندارند و معنای مهمی برای زندگی خود نیافته‌اند، با هر سختی و مشکلی از هم می‌پاشند، و انگیزه خود را از دست می‌دهند، نسبت به تغییرات زندگی منعطف نیستند و همواره در بیم و ترس باقی می‌مانند، و توانایی مواجه شدن با آن را ندارند در نتیجه در شرایط و موقعیت‌های تهدیدآمیز به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. این افراد در برابر مشکلات بسیار آسیب‌پذیر عمل می‌کنند و به سرعت در هم می‌شکنند و نمی‌توانند احساسات و هیجان‌های خود را کنترل و به شیوه سالم مدیریت کنند. در مواقع بحرانی دچار استرس می‌شوند و خود را فردی قربانی و ناتوان تصور می‌کنند و قادر نیستند با استفاده از فنون حل‌مسأله به راه‌حل‌های امن و مطمئن دست یابند (باقری یزدی ،۱۳۸۴).

این مطالعه نیز مانند سایر پژوهش‌ها، در مراحل انجام با برخی از محدودیت‌ها همراه بوده است. این پژوهش روی معتادان مرکز درمانی شهر زنجان انجام شده است. لذا تعمیم آن به افراد دیگر امکان‌پذیر نمی‌باشد. با توجه به نتایج این پژوهش در پایان پیشنهاد می‌شود برنامه آموزشی رفتارهای سالم در نگرش افراد نسبت به سوءمصرف مواد در نظر گرفته شود چون این برنامه‌های آموزشی «ساخت رفتارهای سالم» موجب تقویت نگرش منفی نسبت به سوءمصرف مواد می‌شود. تدوین برنامه‌های آموزشی- درمانی مناسب به منظور تغییر و اصلاح ویژگی‌های شخصیتی همچون آموزش شادکامی در زندگی می‌تواند گام موثری در پیشگیری و مهار اعتیاد باشد. پیشنهاد می‌شود برای والدین، کارگاه‌های آموزش مهارت‌های فرزندپروری گذاشته شود، و باورهای اشتباه آنان در زمینه پرورش فرزندان اصلاح شود. از آنجا که اعتیاد اثرات بازدارنده بر روی رشد و شکوفایی جامعه دارد و با توجه به اینکه گروه بزرگی از جمعیت کشور ما به طور مستقیم با اعتیاد درگیر هستند، از این رو شناخت گسترده جنبه‌های فردی و اجتماعی اعتیاد و

شناسایی میزان تأثیر آن‌ها در موفقیت برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد به عنوان یک مشکل بهداشتی و اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

ابراهیمی قوام، صغری (۱۳۷۰). *بررسی اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی* (پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی). دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران.

اکبری شایه، یحیی؛ وطن‌خواه، محمد؛ زرگر، یداله؛ تیموری باخرزی، نسیم؛ احمدیان، علی(۱۳۹۲). رابطه ویژگی های شخصیتی (روان رنجوری، توافق) هیجان خواهی ، ناگویی خلقی و سبک های مقابله ایی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد . *مجله مطالعات امنیت اجتماعی* ،(۳۳)، ۱۷۹-۱۶۳ .

آتش‌روز، بهرام (۱۳۸۶). *پیش بینی پیشرفت تحصیلی از طریق دلبستگی و صفات پنجگانه شخصیتی* (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

اسفندیاری، غلام‌رضا (۱۳۷۴). *بررسی و مقایسه شیوه های فرزند پروری مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری و مادران کودکان بهنجار و تاثیر آموزش مادران بر اختلالات رفتاری فرزندان* (پایان نامه کارشناسی ارشد). تهران.

الله پناه، شبنم (۱۳۸۹). زاویه جامعه شناسی اعتیاد به موادمخدر. *ماهنامه اصلاح و تربیت*، ۹(۱۰۵) ، ۱۷-۱۰.

باران اولادی، صادق، نویدیان، علی و کاوه فارسانی، ذبیح الله (۱۳۹۲). بررسی اعتیاد پذیری با ویژگی های شخصیت،همنوایی وجنسیت دانش آموزان پیش دانشگاهی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۵(۲)، ۴۲-۳۳.

باقری یزدی، عباس(۱۳۸۴). *راهنمای پیشگیری ودر مان سوء مصرف مواد*. تهران: انتشارت رشد.

حاجلو، نادر؛ جعفری، عیسی (۱۳۹۴). نقش استرس ادراک شده، هیجان خواهی و حمایت اجتماعی در گرایش به اعتیاد. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، (۱۶)، ۱۳-۱.

حاجعلی، سمیه؛ بهبودی، معصومه؛ دوگانه ای فرد، فریده(۱۳۹۳). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی با گرایش به اعتیاد در دانشجویان غیر معتاد و معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در سال ۹۳-۹۲. *فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی بوشهر*، ۱۲(۴)، ۱۲۷-۱۰۹.

حسینی دولت آبادی، فاطمه؛ سعادت، سجاد؛ قاسمی جوبنه، رضا (۱۳۹۲). رابطه بین سبک های فرزندپروری، خودکارآمدی و نگرش به بزهکاری در دانش آموزان دبیرستانی. *پژوهشنامه حقوق کیفری*، ۴(۲)، ۸۸-۶۷.

خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح آبادی، جلیل؛ مظاهری، محمدعلی؛ شکری، امید(۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگیهای روانسنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه و رفتار* ، ۸(۳۲) ، ۲۷-۹.

خانزاده، حسین؛ طاهر، محبوبه؛ سید نوری، زهرا؛ یحیی زاده، آیدا؛ پور مهدی، عیسی (۱۳۹۲). رابطه شیوه تعامل والد-فرزند با میزان اعتیاد پذیری و گرایش به جنس مخالف در دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۸)، ۷۴-۵۹.

خرمی، فوزیه؛ فربد مفیدی، حسن(۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان و نیمرخ شخصیتی افراد وابسته به مواد مخدر در حال درمان و افراد وابسته به مواد در حال مصرف: دومین کنفرانس بین اللملی روانشناسی و علوم تربیتی سبک زندگی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کیش.

دانش، عصمت؛ تکریمی، زیبا؛ نفیسی، غلامرضا (۱۳۸۶). نقش شیوه های فرزندپروری در میزان افسردگی فرزندانشان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*. ۱ (۲)، ۱۲-۱۹.

رضا خانی مقدم، حامد؛ شجاعی زاده، داود؛ لشگرآرا، بهنام؛ سواد پور، محمدتقی؛ صحبت زاده، رزاق (۱۳۹۳). مقایسه مصرف مواد مخدر و علل گرایش به آن در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی*، ۸ (۷)، ۱۰-۲.

سادوک، ویرجینیا؛ سادوک، بنجامین (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی (جلد دوم)*(ترجمه فرزین رضاعی). تهران: انتشارات ارجمند.

سهرابی، فرامرز؛ هادیان، مینا؛ دائمی، حمیدرضا؛ اصغرنژاد، علی‌اصغر (۱۳۸۷). اثربخشی برنامه آموزش رفتارهای سالم در نگرش دانشجویان نسبت به سوء مصرف مواد. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۲ (۳)، ۲۹-۲۰.

صادقی، نرگس؛ داوری، الهام؛ ضیایی راد، مرضیه؛ رحمانی، اعظم؛ قدوسی، آرش(۱۳۹۴). کیفیت زندگی و ارتباط آن با مشخصات زمینه و ارتباطات خانواده در نوجوانان و جوانان مراجعه به مرکز ترک اعتیاد. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۵(۵۷)، ۷۲-۵۷.

حجتی، حمید؛ آلوستانی، سودابه؛ آخوندزاده، گلبهار؛ حیدری، بهروز؛ شریف نیا، سید حمید (۱۳۸۹). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸ (۳)، ۲۱۴-۲۰۷.

طارمیان، فرهاد؛ جزایری، علیرضا؛ قاضی طباطبایی؛ سید محمد (۱۳۹۲). عوامل پیش بین روانی اجتماعی مصرف مواد مخدر در نوجوانان (انطباق نظریه‌ی " گروه دوستان" مصرف مواد با نوجوانان ایرانی). *مجله علمی ،پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان* ،۲۱(۸۵)، ۱۲۰-۱۰۸.

عزیزی، سعد؛ جویباری، شهاب؛ جویباری، حشمت (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین ویژگی های شخصیت با کیفیت زندگی و شادکامی معتادین به مراکز ترک اعتیاد شهر ساری: اولین همایش علمی پژوهشی و آسیب شناسی جامعه. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران.

فرجاد، محمد حسین (۱۳۸۵). *مشکلات و اختلالات رفتاری- روانی در خانواده*. تهران : نشر بدر.

فیضی، وحید (۱۳۸۹). بررسی رابطه شیوه های تربیتی والدین و نگرش به رفتارهای بزهکارانه در بین نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ سال شهر تهران. *فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم*، ۵(۱۴)، ۱۱۲-۷۹.

کتیبایی، ژیلا؛ حمیدی، هوشنگ؛ یاریان، سجاد؛ قنبری، سعید؛ سیدموسوی، پریسا(۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی، تنیدگی و سلامت روان در معتادان و غیر معتادان مبتلا به اچ آی وی و افراد سالم. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۱۲)، ۱۴۰-۱۳۵.

کرمی، جهانگیر؛ باقری، اشکان؛ واثقی، فائزه (۱۳۹۵). رابطه استرس و حمایت اجتماعی با گرایش به اعتیاد: کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم. شیراز.

کیامهر، جواد (۱۳۸۱). *هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه‌ی پنج عاملی FFI-NEO و بررسی ساختار عاملی آن در بین دانشجویان علوم انسانی دانشگاههای تهران* (پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد). دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

گروسی فرشی، میرتقی (۱۳۸۰). *رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت)*. تبریز: نشر دانیال و جامعه پژوه.

محمدخانی، شهرام؛ نوری، ربابه (۱۳۹۱). *پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر خانواده*. ستاد مبارزه با مواد مخدر.

معلمی، صدیقه؛ ربیبی، مهوش؛ سالاری درگی، زهره (۱۳۸۹). مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیرمعتاد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد* ، ۱۸(۳) ، ۹۴۹-۹۳۵.

مومنی، فرشته؛ مشتاق، نهاله؛ پوشهباز، عباس (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، (۲۷)، ۹۲-۷۹.

محمدی، امین؛ پورقاز، عبدالوهاب؛ رقیب، مائده (۱۳۹۲). ساخت و اعتباریابی مقیاس علل گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۶)، ۲۱-۱.

نجات، سحرناز، منتظری، محمدکاظم، هلاکویی، نایینی، کورش، مجدزاده، سیدرضا، نبوی، نازنین سادات، نجات و نبوی، سید مسعود (۱۳۸۴). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تهران در مقایسه با جمعیت سالم شهر تهران. *اپیدمیولوژی ایران*، ۱ (۴)، ۲۴-۱۹.

واحدیان، مجتبی (۱۳۸۶). بررسی رابطه اعتیاد نوجوانان و جوانان با شیوه های فرزند پروری و ساختار خانواده. *مطالعات امنیت اجتماعی*، (۱۱ و ۱۲)، ۷۰-۵۷.

یعقوبی، حسن؛ عبدی، رضا؛ کریمی، طاهره (۱۳۹۳). سبک های فرزند پروری ونقش آن در گرایش به اعتیاد: *اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی. مطالعات اجتماعی و فرهنگی*، تهران، موسسه آموزش عالی مهر اروند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.

هراتیان، سمانه (۱۳۹۲). *رابطه طرحواره های ناسازگار و هیجان خواهی با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر*(پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه رازی، کرمانشاه.

Alimoradi, L. (2011). The Comparing Activity Of Brain Behavioral Systems And Mental Health In Normal And Addicts Individuals. *Journal of Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30,170-178.

Alexandre, B. & Laudet, D. (2015). The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. *Addiction Science & Clinical Practice, 6(1)*, 44–55.

Astura, G.B. (2008). *Stress (new illness of civilization*) (P. Dadsetan, Trans.).Tehran: Roshd.

Atkinson, R., Hilgard, E. (2005). *Introduction to psychology* (6th ed.). Norton & Company Journal of Public Health, 3, 34-47.

Baumrind, D. (1973). *Parenting styles and adolescent development*. In J. Brooks-Gunn, R. M. Lerner, & A. C. Petersen (Eds.). The encyclopedia on adolescence. New York: Garland Publishin.

Baniassadi, T., Javanmard, Z., Zivari, M., Shokouhi-Moqhaddam, S., & Adhami, M. (2015). Investigating the Relationship between Personality Traits and Self-Control and Nicotine Dependence Symptoms in Male Prisoners in Kerman, Iran. *Addict Health, 7(1-2)*, 82–86.

Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M., Laudet, A. (2016). Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 63*, 1–9.

Calafat, A., Garcia, F., Juan, M., Becona, E. & Hermida, J. R. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and Alcohol Dependence, 138*(1), 185-192.

Cole, J., Logan, T.K., Walker, R. (2011). Social exclusion, Personal control, Self-regulation, and Stress among Substance Abuse Treatment Clients. *Journal of Drug and Alcohol Dependence, 113*, 13-20.

Cloninger, C.R. (2006). The science of well-being an integrated approach to mental health and its disorders. *Journal of World Psychiatry, 5*, 71-76.

Dubey, C., Arora, M., Gupta, S. & Kumar, B. (2010). Five factor correlates: A comparison of abusers and non-substance abusers. *Indian Journal of Applied Psychology, 4*, 17-25.

Eshrati, A., Rajabi, F., Delgoshad, A., Arjmandi Rad, Sh., & Akbari, S. (2014). The Possible Relationship between University Students' Personality Traits, Psychological Well-being and Addiction Potential. *International Journal of Social Science Studies, 2*, 2-18.

EmamiPour, S., Shams Esfandabad, H., Sadrossadat, S., & Nejadnaderi, S. (2009). Comparison of Life Quality and Psychological Disorders in Drug-using, Drug usingHIV Infected, Non-drug using HIV Infected and a Reference Group of Healthy Men. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 10(1), 69-77.

Hartman, J. D., Patock-Peckham, J. A., Corbin, W. R., Gates, J., Leeman, R., Luk, J. W. & King, K. M. (2015). Direct and indirect links between parenting styles, self-concealment (secrets), impaired control over drinking and alcohol-related outcomes. *Addictive Behaviors, 40*, 102–108.

Hoseinifar, Jafar., Zirak, S. R., Shaker, A., Meamar, E., Moharami, H., Siedkalan, M. M. (2011).Comparison Of Quality Of Life And Mental Health Of Addicts And Non-Addicts . *Journal of Procedia – Social and Behavioral Sciences, 30,* 1930-1934.

Hummer, T. A., Kronenberger, W. G., Wang, Y., Dunn, D. W., Mosier, K. M., Kalnin, A. J. & Mathews, V. P. (2011). Executive Functioning Characteristics Associated with ADHD Comorbidity in Adolescents with Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39(1),* 11-19.

Huth-Bocks و A.C. (2002). Personality, sensation seeking and risking-taking behavior in a collage population. *Journal of National Honor Psychology, 15*, 653-671.

Kornor Hو. Nordvik, H. (2008). Five-factor model personality traits in opioid depend-ence. *International Journal of Social Science Studies*, 138, 21-44.

Kazemipour, L. & Makvandi, B. (2017). The relationship between social support, attachment and personality characteristics and tendency to addiction. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 4(S3), 932-941.

Lin, C., Wu, Z., Detels, R. (2011). Family Support, Quality Of Life and Concurrent Substance Use among Methadone Maintenance Therapy Clients in China. *Journal of public health, 125*, 269-274.

Mobini, M., Mofidi Tehrani, F., & Bahredar, M. J. (2015). Comparison of mood and personality traits in two groups of patients with addiction and normal individuals. *Journal of Renewable Natural Resources Bhutan, 14*, 1608-4330.

Morgan, T., Morgenstern J., Blanchard, K., labouvie, E., bux, D. (2003). Health related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. *The American Journal on Addictions. 12 (3)*, 198-210.

Mommersteeg, P.M., Denollet, J., Spertus, J.A., & Pederesen, S.S. (2009). Health status as risk factor in cardiovascular disease: a systematic review of current evidence. *Addictive Behavior, 157*, 208-218.

Piko, B., & Balázs, M. Á. (2012). Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addictive Behaviors*, 37(3), 353–356.

Roberts, E. M., Bernstein, M. H., & Colby, S. M. (2016). The effects of eliciting implicit versus explicit social support among youths susceptible for late-onset smoking. Addict *Addictive Behaviors*, *62*, 60-64.

Rudolf, H., Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry. , 14(3)*, 190-197.

Ryff, C. D., Singer, B. H., Dienberg Love, G. (2006). Positive health: Connecting well-being with biology. Philosophical Transactions of the Royal Society of landan, *Addictive Behaviors, 359(1449)*, 1383-1394.

Sakir, O., Aydin, E., Remzi, O., Yasar, T., & Suleyman, G. (2005). Juvenile Delinquency in a Developing Country: A Province Example in Turkey. *International, Journal of Law and Psychiatry, 28*, 430-441.

Sanja, T. V. Elizabeta, D. H. & Klementina, R. (2016). The relationship between personality traits and anxiety/depression levels in different drug abusers' groups. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49(4), 365-369.

Sanders, M. R., Markie–Daddsand, C., Turner, T. (2010) .Teoretical, scientific and cthical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: Apopulation Approach to the promotion of parenting compelence. *Parenting Research and practice Monograph, (1)*, 1-25.

Stevanovic, D., Atilola, O., Balhara, S., Avicenna, M., Kandemir, H., & Vostanis, P. (2015). The Relationships between Alcohol/Drug Use and Quality of Life among Adolescents: An International, Cross-Sectional Study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 24 (4)*, 12-24.

Vaux, A., Phillips, J. Holley, L.Thompson, B. Williams, D. & Stewa, D. (1986). The Social Support Appraisals (SSA) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology, 14(1)*, 195-219.

Zargar Y. (2008). Construction of Iranian Addiction Potential Scale. *Proceedings of the 2nd congress on Iranian Psychology Association, 3*, 398-401.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, New Jersey: LEA.

Zuckerman, M. (1994). Behavioral expressions and biosocial bases of Sensation seeking. Newyork: Cambridge university press.