فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال سیزدهم، شماره پنجاه و چهارم، زمستان ۱۳۹۸
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 13, No. 54, Winter 2020

مقاله
پژوهشی
Research
Article

پیش‌بینی ماندگاری و خروج از مداخلات درمانی اعتیاد بر اساس تکانشگری و هیجان‌خواهی*

حسین قمری کیوی[۱]، بهنام خشنودنیای چماچایی[۲]، عفت قوی بازو[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۱۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی ماندگاری و خروج از مداخلات درمانی اعتیاد بر اساس تکانشگری و هیجان‌خواهی انجام شد. **روش:** طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری معتادان شهرستان اردبیل بودند که در سال ۱۳۹۶ به یکی از مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. تعداد ۳۴۹ نفر از آنان بر اساس جدول کرجسی و مورگان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. از پرسش‌نامه‌های هیجان‌خواهی آرنت و تکانشگری بارات استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل تابع تشخیص نشان داد تکانشگری (تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی و بی‌برنامگی) و هیجان‌خواهی (تازگی و شدت) توان پیش‌بینی ماندگاری و خروج معتادان از مداخلات درمان اعتیاد را دارند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت: ویژگی‌های شخصیتی مانند تکانشگری و هیجان‌خواهی با ماندگاری در درمان همبستگی منفی دارد. هر چه مقدار این ویژگی‌ها در فرد معتاد کمتر باشد ماندگاری درمان بیشتر است. بنابراین در درمانگاه‌ها و کمپ‌ها لازم است تمرکز روان‌درمانی و مشاور بر کاهش تکانشگری و هیجان‌خواهی باشد.

کلید واژه‌ها: تکانشگری، هیجان‌خواهی، ماندگاری در مداخلات درمانی، خروج از مداخلات درمانی

* مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه محقق اردبیلی است و با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شده است.

۱. استاد گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۳. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران، پست الکترونیکی: h_ghamari@uma.ac.ir

مقدمه

امروزه مصرف مواد مخدر یکی از مشکلات عمده جوامع بشری محسوب می‌شود. شواهد مختلف حاکی از این است که اعتیاد در حال حاضر یکی از پرهزینه‌ترین و بزرگترین مشکلات جامعه ما را تشکیل می‌دهد و جوانان به عنوان موتور محرکه کشور از آسیب‌پذیرترین اقشار در این رابطه می‌باشند (رفیعی و علی‌پور، ۲۰۱۵). 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[1]، ۲۰۱۱). 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 به نحوی در سوءمصرف مواد مخدر درگیر هستند (اختیاری و جیلسون[2]، ۲۰۰۸). اعتیاد موجب ایجاد آسیب‌های جسمانی از جمله سوءتغذیه، بیماری‌های جسمانی، مرگ و میر و احتمال خودکشی (شیفر، پدرسن، برورز، ویدرشاون و دنولت، ۲۰۰۸)، مشکلات خانوادگی مانند طلاق، متارکه، خشونت خانوادگی و مشکلات روانی از جمله پرخاشگری، افسردگی، استرس، اضطراب و حالات روان‌تنی (الگری[3] و همکاران، ۲۰۱۱) شده است. همچنین مصرف مشکل‌زای مواد، پیامدهای روانی اجتماعی گسترده‌ای از جمله مشکل در رسیدن به اهداف زندگی و افزایش تعارض‌های بین فردی را به دنبال دارد (اسلوان[4] و همکاران، ۲۰۱۱). با وجود آسیب‌های گسترده مصرف مواد، بررسی مکانیسم‌های زیربنایی مصرف مزمن مواد مخدر منبع آگهی دهنده‌ای است که می‌تواند راهبردهای مداخله‌ای مناسبی را تحول بخشد. پژوهش‌ها در علت‌شناسی مصرف مشکل‌زای مواد به عواملی چون شخصیت اشاره دارند و به نقش قدرتمند شخصیت افراد در تعامل با دیگر عوامل محیطی در شروع و تداوم مصرف مواد پرداخته‌اند (درمودی، چون و مانوک[5]، ۲۰۱۴). حتی برخی تحقیقات نیز ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری را یکی از موانع احتمالی عدم موفقیت درمان افراد وابسته

1. Newton
2. Ekhtiari & Jillson
3. Alegría
4. Sloan
5. Dermody, Cheong & Munuck

به مواد عنوان می‌کنند (میرث، پالسن، مالد، جانسن و اورویک[1]، ۲۰۰۹؛ دوران، مک‌چارج و کوهن[2]، ۲۰۰۶).

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های شخصیتی که با مصرف مواد مرتبط است، تکانشگری می‌باشد. تکانشگری ویژگی شخصیتی است که با ترجیح پاداش‌های فوری، تمایل به ماجراجویی، جست و جوی حس‌های نو، یافتن راه‌های ساده دستیابی به پاداش، عدم پشتکار و اصرار در انجام امور و همچنین زمان کوتاه واکنش فردی مشخص می‌شود (مک‌کان، جانسون و شور[3]، ۱۹۹۴). رابطه تکانشگری با سوءمصرف مواد، به طور گسترده‌ای مورد بررسی قرار گرفته و بر نقش آن در شکل‌گیری و تداوم رفتارهای مشکل‌ساز و عود تأکید شده است (میرث و همکاران، ۲۰۰۹). به طوری‌که مطالعات کریشنان‌سارین[4] و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد هرچه میزان تکانشگری در افراد بالاتر باشد، احتمال بازداری رفتار کمتر و به تبع آن رفتار لغزش یا عود بیشتر خواهد بود. همچنین پاتکر[5] و همکاران (۲۰۰۴) نیز طی پژوهشی نشان دادند که تکانشگری با میزان خروج از درمان اعتیاد رابطه مثبت معناداری دارد. لوپز-تورکیلاس[6] و همکاران (۲۰۱۴) با بررسی نقش تکانشگری در خروج از درمان مصرف سیگار دریافتند که تکانشگری در گروه خروج کننده از درمان کمتر از گروه عود مصرف سیگار پس از درمان است. همچنین لوپز-تورکیلاس، پرالس، نیتو-رویز و وردجو-گارسیا[7] (۲۰۱۴) نشان دادند که تکانشگری توان پیش‌بینی خروج از درمان یا عود اعتیاد پس از درمان را دارد.

ویژگی دیگری که می‌تواند با خروج از درمان اعتیاد مرتبط باشد، هیجان‌خواهی است. از ویژگی‌های هیجان‌خواهی، جستجوی هیجان و تجارب متنوع، تازه، پیچیده و جدید و میل به پرداختن خطرهای بدنی، اجتماعی و مالی به خاطر خود این تجربه‌هاست. زاکرمن هیجان خواهی را دارای چهار بعد دانسته است: ۱-ماجراجویی۲- تجربه جویی۳-بازداری

1. Myrsth, Pallesen, Molde, Johnsen, Lorvik
2. Doran, McChargue & Cohen
3. McCown, Johnson & Shure
4. Krishnan-Sarin
5. Patkar
6. Lopez-Torrecilas
7. Nieto-Ruiz, Velasco-Ortuno, Lara-Fernandez, Lopez-Quirantes & Castillo-Fernandez

زدایی۴-حساسیت به یکنواختی (زاکرمن، آیزنک[1] و آیزنک، ۱۹۷۸). تحقیقات بسیاری ارتباط بین سوءمصرف مواد و هیجان‌خواهی را نشان داده‌اند (شر، وود، کروز و وندیور[2]، ۱۹۹۵؛ باب-میلکیچ، میالوویچ و مارینکویچ[3]، ۱۹۹۵؛ لایمسن[4] و همکاران، ۱۹۹۱). هیجان‌خواهی به طور مستقیم با حفظ درمان ارتباط دارد (هلموس، دانی، آرفکن، هندرسون و چاستر[5]، ۲۰۰۱). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است افرادی که در هیجان‌خواهی نمرات بیشتری کسب می‌کنند، به احتمال زیادتری از برنامه درمانی اعتیاد خارج می‌شوند (کراویتز، فاکت، مک‌گوری[6]، کراویتز و ویتنی[7]، ۱۹۹۹؛ مزاروس[8] و همکاران، ۱۹۹۹). مک‌کای[9] و همکاران (۱۹۹۵) طی پژوهشی نشان دادند که هیجان‌خواهی یکی از عوامل قطع درمان و برگشت اعتیاد است. هلموس و همکاران (۲۰۰۱) طی پژوهشی دریافتند که اگرچه معتادین با نوجویی بالاتر نسبت به معتادین با نوجویی پایین‌تر، بیشتر اقدام به خروج از درمان اعتیاد می‌کنند اما معتادین با نمرات نوجویی بالاتر در مراحل اولیه درمان اعتیاد عملکرد بهتری دارند. پاتکر و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان دادند هیجان‌خواهی با خروج از درمان اعتیاد رابطه دارد. فولدز، نیوتن-هاوس، گای، بودن و مولدر[10] (۲۰۱۷) طی یک مطالعه مروری در خصوص درمان افراد مبتلا اختلال استفاده از الکل دریافتند افراد خروج کننده از درمان و افراد عودکننده، دارای نمرات بالاتری در جستجوی نوجویی و نمرات پایین‌تری در پشتکار، وابستگی به پاداش و همکاری هستند.

سبب‌شناسی و پیشگیری از عوامل موثر بر سوءمصرف مواد ضروری به نظر می‌رسد (دنی و کونور[11]، ۲۰۱۶)، زیرا برنامه‌های درمانی سوءمصرف مواد، هزینه مالی سنگینی را بر دوش جوامع می‌گذارد (هاروپ و کاتالانو[12]، ۲۰۱۶). حجم زیادی از پژوهش‌ها بر

1. Zuckerman, Eysenk
2. Sher, Wood, Crews & Vandiver
3. Bab-Milkic, Mijalkovic, & Marinkovic
4. Limson
5. Helmus, Downey, Arfken, Henderson & Schuster
6. Kravitz, Fawcett, McGuire
7. Whitney
8. Meszaros
9. McKay
10. Foulds, Newton-Howes, Guy, Boden & Mulder
11. Denney & Connor
12. Harrop & Catalano

شناسایی عوامل پیشگیرانه و خطرهای بالقوه مرتبط با مصرف مواد تمرکز کرده‌اند. به این امید که شناسایی گروه‌های در معرض خطر به راهبردهای موثری برای جلوگیری از سوءمصرف مواد منجر شود (مک‌کانل، ممتوویک و ریچاردسون[1]، ۲۰۱۴). در راستای نتایج تحقیقات، می‌توان گفت در پدیده ماندگاری و خروج از درمان اعتیاد، بعضی از ویژگی‌های شخصیت، فرآیند درمان و ترک مصرف مواد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. پژوهش حاضر در پی دستیابی به این هدف است که کدام یک از این ویژگی‌های شخصیت در ماندگاری و خروج معتادان از مداخلات درمان تأثیرگذار هستند.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را معتادان شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. مطابق گزارش منتشر شده ستاد مبارزه با مواد مخدر اردبیل در سال ۱۳۹۳ حدوداً ۹۰۰۰ نفر در چرخه درمان اعتیاد بودند. طبق جدول کرجسی و مورگان، حجم نمونه ۳۶۸ نفر انتخاب شد اما به علت ناقص بودن برخی پرسش‌نامه‌ها به ۳۴۹ نفر کاهش یافت. به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، ابتدا فهرست تمامی مراکز ترک اعتیاد شهرستان اردبیل که با مجوز سازمان بهزیستی یا دانشگاه علوم پزشکی اردبیل فعالیت می‌کردند تهیه شد. سپس معتادانی که از مداخلات درمانی بهره‌مند شده و جدیداً برای این امر پذیرش شده بودند، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. یعنی از بین ۸۵ درمانگاه و کمپ ۲۰ مورد به تصادف انتخاب و پس از مراجعه به هر یک فقط در روزهای فرد همه افراد موجود و مراجعه‌کنندگان به شرط دارا بودن ملاک‌های ورود مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل دریافت حداقل ۲ هفته مداخلات درمانی اعتیاد، دارا بودن تحصیلات حداقل سیکل و قرارگیری در بازه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال و پذیرش پاسخ به پرسش‌نامه‌ها بود. ملاک‌های خروج شامل وجود اختلال سایکوز و عدم همکاری در

1. McConnell, Memetovic & Richardson

تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. در نهایت پس از شش ماه که مدت ترک کامل اعتیاد در نظر گرفته شد، ماندگاری یا خروج از مراحل درمانی مشخص شد.

ابزار

۱-مقیاس تکانشگری بارت[1]: این مقیاس دارای ۳۰ سوال چهار گزینه‌ای تدوین شده که سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات بین ۳۰ تا ۱۲۰ است. پاتون، استنفورد و بارت (۱۹۹۵) همسانی درونی را از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. نادری و حق‌شناس (۱۳۸۸) در پژوهشی نخستین بار در ایران به اعتباریابی مقیاس پرداخته و روایی همگرای آن را با نمرات مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن در جامعه دانشجویی ۰/۲۸ گزارش نمودند که در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. آلفای کرونباخ کل ۰/۷۲ و اعتبار به روش تنصیف ۰/۶۰ به دست آمد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۷۶ به دست آمد.

۲-پرسش‌نامه هیجان‌خواهی آرنت[2]: این آزمون در سال ۱۹۹۳ توسط جفری آرنت ساخته شد. دارای ۲۰ گویه است که شامل ۲ خرده‌مقیاس تازگی و شدت است. مقیاس هیجان‌خواهی آرنت، با اجتناب از محدودیت‌های نسخه پنجم زاکرمن در پی کشف رابطه هیجان‌خواهی با انواع گوناگون رفتار ساخته شده است. مقیاس آرنت با مفهومی از هیجان‌خواهی با نیاز به تازگی و شدت محرک به عنوان دو محور فرعی مشخص شده است. در آن به نقش جامعه‌پذیری و تعامل اجتماعی در هدایت رفتار توجه شده است (کارترو-دیوس و سالیناس، ۲۰۰۸). در مطالعه کارترو-دیوس و سالیناس (۲۰۰۸) همبستگی خرده‌مقیاس‌های این آزمون با خرده‌مقیاس‌های آزمون هیجان‌خواهی زاکرمن بین ۰/۲۰ تا ۰/۵۴ بود. آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های تازگی و شدت به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۹ به دست آمد. مطالعه دیس‌ریچارد، وس، بووارد، دانتزر و پیگنان (۲۰۰۸) نشان داد که مقیاس آرنت علاوه بر این که از اعتبار متوسطی برخوردار است اعتبار پیش‌بین بالایی دارد و با مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن همبستگی خوبی دارد. ویژگی‌های روان‌سنجی

سال سیزدهم، شماره ۵۴، زمستان ۱۳۹۸
Vol. 13, No. 54, Winter 2020

1. Barratt Impulsiveness Scale

2. Arnett inventory of sensation seeking

مقیاس هیجان‌خواهی آرنت در ایران توسط پوروفایی (۱۳۷۶) قابل قبول و ابزاری جانشین برای پژوهشگران علاقه‌مند به صفات شخصیت در هیجان‌خواهی گزارش شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

روند اجرا

پس از انتخاب نمونه طبق ملاک‌های ورود و خروج، از افراد درخواست شد تا در پژوهش شرکت کنند. با توجه به ملاحظات اخلاقی این درخواست به گونه‌ای بود که حق انتخاب به افراد داده شد. در صورت تمایل، فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش در اختیار افراد قرار داده شد تا بعد از مطالعه، آن را امضا کنند. به آن‌ها توضیح داده شد که اسامی و اطلاعات محفوظ است و در صورت تمایل از ذکر نام خود خودداری کنند. سپس پرسش‌نامه‌ها اجرا شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۸۸ نفر از معتادان خروج کننده از مداخلات و ۱۶۱ نفر ماندگار در مداخلات درمانی بودند. تعداد ۲۷۶ نفر مرد و ۷۳ نفر زن؛ و ۱۲۱ نفر مجرد، ۲۰۱ نفر متأهل و ۲۷ نفر مطلقه می‌بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	خارج شده از درمان		ماندگار در درمان	
	میانگین	انحراف‌استاندارد	میانگین	انحراف‌استاندارد
تکانشگری حرکتی	۲۱/۷۹	۵/۸۹	۲۰/۳۹	۶/۸۲
تکانشگری شناختی	۱۴/۹۹	۳/۷۰	۱۳/۹۸	۳/۸۵
بی‌برنامگی	۲۲/۹۸	۶/۶۲	۱۹/۳۲	۶/۷۲
تازگی	۲۷/۵۹	۷/۶۷	۲۰/۳۲	۷/۷۴
شدت	۲۰/۱۸	۶/۳۳	۱۸/۸۰	۶/۲۹

نتایج آزمون باکس حکایت از همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس داشت (M= ۱۷/۷۳, F= ۱/۱۶۴, P>۰/۰۵باکس). خلاصه‌ی یافته‌های تابع ممیز متعارف برای متغیرهای تکانشگری و هیجان‌خواهی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: خلاصه یافته‌های تابع ممیز متعارف و برخی اطلاعات مهم تابع برای تکانشگری و هیجان‌خواهی

اطلاعات مهم مربوط به تابع ممیز	تحلیل ممیز به روش همزمان
مقدار ویژه	۰/۳۰۳
درصد واریانس	۱۰۰
همبستگی متعارف	۰/۴۸۲
مجذور اتا	۰/۲۳۲
لامبدای ویلکز	۰/۷۶۷
مجذور کای	۱۰۰/۵۰۸
درجه آزادی	۵
معنی‌داری تابع ممیز	۰/۰۰۱
مرکز واره نمره‌ها برای گروه ماندگار در درمان	-۰/۶۰۷
مرکز واره نمره‌ها برای گروه خارج شده از درمان	۰/۴۹۷
پیش‌بینی عضویت گروهی	۷۳/۲٪

نتایج آزمون تحلیل ممیز نشان داد مقدار ویژه، قدرت تمیز تابع تشخیصی بین طبقات را دارد. به عبارت دیگر مجذور اتا نشان می‌دهد که در روش همزمان ۲۳٪ از پراکندگی کل توضیح داده می‌شود که درصد قابل قبولی است. از سوی دیگر سطح معناداری نشان می‌دهد تحلیل تابع تشخیص برای پیش‌بینی گروه خارج شده از درمان اعتیاد و ماندگار در درمان اعتیاد معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر تابع تشخیص دارای قدرت تشخیصی معناداری در تفکیک دو سطح متغیر ملاک است. مرکزواره برای گروه خارج شده از درمان اعتیاد برابر ۰/۴۹۷ و در گروه ماندگار در درمان اعتیاد ۰/۶۰۷- به دست آمد. بنابراین نقطه برش برای تمیز دو گروه برابر صفر است که نشان می‌دهد چنانچه برای یک فرد تابع تشخیص مقدار منفی نتیجه دهد، آن فرد یک فرد ماندگار در درمان اعتیاد پیش‌بینی می‌شود. پیش‌بینی عضویت گروهی نشان می‌دهد که ۷۳/۲٪ از افراد نمونه، در گروه صحیح طبقه‌بندی شده‌اند.

جدول۳: بررسی اثر معناداری هر کدام از مولفه‌های تکانشگری و هیجان‌خواهی

متغیرهای پیش‌بین	لامبدای ویلکز	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
تکانشگری حرکتی	۰/۹۸۸	۴/۶۱۵	۱	۰/۳۸۲	۰/۰۳۲
تکانشگری شناختی	۰/۹۸۳	۶/۸۰۳	۱	۰/۳۸۲	۰/۰۰۹
بی برنامگی	۰/۹۳۰	۲۸/۷۰۴	۱	۰/۳۸۲	۰/۰۰۱
تازگی	۰/۸۱۹	۸۴/۵۰۹	۱	۰/۳۸۲	۰/۰۰۱
شدت	۰/۹۸۸	۴/۵۵۲	۱	۰/۳۸۲	۰/۰۳۴

مطابق جدول ۳ مولفه‌های تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی، بی‌برنامگی از متغیر تکانشگری و مولفه‌های تازگی و شدت از متغیر هیجان‌خواهی تأثیر معناداری در تحلیل تابع تشخیص دارند.

جدول۴: تعیین توانایی مولفه‌های تکانشگری و هیجان‌خواهی در تشخیص بین گروه‌ها

متغیرها	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب ساختاری
تکانشگری حرکتی	۰/۱۰۳	۰/۰۱۶	۰/۸۵۴
تکانشگری شناختی	۰/۲۱۵	۰/۰۵۷	۰/۴۹۸
بی‌برنامگی	۰/۴۰۴	۰/۰۶۱	۰/۲۴۲
تازگی	۰/۸۰۹	۰/۱۰۵	۰/۲۰۰
شدت	۰/۱۷۷	۰/۰۲۸	۰/۱۹۸
عدد ثابت	–	-۵/۵۶۷	–

مطابق جدول ۴، برای توابع ممیز با روش همزمان سه دسته ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و ضرایب ساختاری ارائه شده است. ضرایب استاندارد توابع ممیز، معادل ضرایب رگرسیون تفکیکی (بتا) در تحلیل رگرسیون هستند. این ضرایب، در واقع وزن تفکیکی هر متغیر را در تمایز گروهی نشان می‌دهند. با استفاده از ضرایب غیراستاندارد معادله توابع ممیز را می‌توان به دست آورد. با قرار دادن نمره هر فرد در هر یک از متغیرهای مربوط به توابع، نمره فرد به دست می‌آید.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال مصرف مواد یکی از عواملی است که به طور مستقیم و غیرمستقیم سبب اختلال در نظم و امنیت جامعه شده و هم از بُعد شخصی و هم از بُعد اجتماعی تأثیر عمیقی بر

حوزه‌های حقوقی، اجتماعی، زیستی و مالی در جهان به جا گذاشته است. علاوه بر میلیون‌ها نفر در جهان که از این عارضه اجتماعی رنج می‌برند، آثار و تبعات آن، روی زندگی میلیون‌ها نفر دیگر نیز به طور غیرمستقیم تأثیر می‌گذارد (کمرزین، زارع و بروکی‌میلان، ۱۳۹۱).

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی ماندگاری و خروج از مداخلات درمانی اعتیاد بر اساس تکانشگری و هیجان‌خواهی بود. نتایج آزمون تحلیل ممیز نشان داد که مقدار ویژه قدرت تمیز تابع تشخیصی بین طبقات را دارد. به عبارت دیگر مجذور اتا نشان می‌دهد که در روش همزمان ۲۳٪ از پراکندگی کل تبیین می‌شود. از سوی دیگر سطح معناداری نشان می‌دهد که تحلیل تابع تشخیص برای پیش‌بینی گروه خارج شده از درمان اعتیاد و ماندگار در درمان اعتیاد معنادار است. بدین صورت که مولفه‌های تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی، بی‌برنامگی از متغیر تکانشگری و مولفه‌های تازگی و شدت از متغیر هیجان‌خواهی تأثیر معناداری در تحلیل تابع تشخیص دارند. به عبارت دیگر تابع تشخیص دارای قدرت تشخیصی معناداری در تفکیک دو سطح متغیر ملاک است. همچنین پیش‌بینی عضویت گروهی نشان می‌دهد که ۷۳/۲٪ از افراد نمونه، در گروه صحیح طبقه‌بندی شده‌اند. یافته پژوهش حاضر در خصوص متغیر تکانشگری با نتایج پژوهش‌های پاتکر و همکاران (۲۰۰۴)، کریشنان‌سارین و همکاران (۲۰۰۷)، لوپز-تورکیلاس و همکاران (۲۰۱۴) و لوپز-تورکیلاس و همکاران (۲۰۱۴) همخوان است. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت که اعتیاد حالتی است که شخص هم از نظر جسمانی و هم از نظر روانی به ماده‌ای وابستگی پیدا می‌کند، احتیاج شدید و احساس اجبار به ادامه مصرف آن دارد و قادر نیست به میل و اراده خود آن را کم کند و تحمل او در مقابل مصرف تدریجی مواد کمتر می‌شود (میرآشتیانی، ۱۳۸۴). از دیدگاه روان‌شناسی، وابستگی به مواد، یک اختلال محسوب می‌شود. این واژه که در تقسیم‌بندی‌های روان‌شناسی تحت عنوان اختلالات سوءمصرف مواد تعریف شده، دومین اختلال شایع است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵؛ ترجمه فرزین رضاعی). اعتیاد به مواد از سوی متخصصین تشخیص مواد اعتیادآور اینگونه تعریف شده است: مسمومیت حاد و مزمنی است که مضر به حال شخص

و اجتماع بوده و زاییده مصرف دارویی طبیعی یا صنعتی است و دارای خصوصیاتی از قبیل احتیاج به ادامه استعمال مواد، علاقه شدید به ازدیاد مصرف و وابستگی روانی یا جسمی به آثار مواد و ایجاد علائم ترک بعد از قطع مصرف می‌باشد (طباطبایی‌چهر، ابراهیمی‌ثانی و مرتضوی، ۱۳۹۱). حال تعریف اعتیاد هر چه که باشد، در اعتیاد نوعی دوسوگرایی در مصرف و عدم‌مصرف مواد مخدر وجود دارد که فرد را گمراه کرده و منجر به کارگیری مکانیزم دفاعی انکار می‌شود (کمرزین، زارع و بروکی‌میلان، ۱۳۹۱). برخی موارد از جمله تکانشگری وجود این دوسوگرایی را تقویت نموده و فرد را در اجرای درمان اعتیاد با مشکلاتی روبرو می‌سازند. تکانه[1] اصرار و میل شدید به انجام یک عمل در پاسخ به یک محرک ذهنی یا بیرونی است (بروکر[2]، ۱۹۸۹؛ به نقل از اختیاری، رضوان‌فرد و مکری، ۱۳۸۷). تکانشگری[3] طیف گسترده‌ای از رفتارهایی است که روی آن کمتر تفکر شده، به صورت رشدنایافته برای دست‌یابی به یک پاداش یا لذت بروز می‌کنند، از خطر بالایی برخوردارند، و پیامدهای ناخواسته قابل توجهی را در پی دارند. به عبارتی این رفتارها دربرگیرنده سود کوتاه مدت هر چند کم ارزش در برابر دستاوردهای بلند مدت ولی با ارزش‌تر می‌باشند (پتری[4]، ۲۰۰۱). به همین رو است که تکانشگری قابلیت پیش‌بینی خروج افراد از درمان را داراست.

یافته پژوهش حاضر در خصوص متغیر تکانشگری با نتایج پژوهش‌های مک‌کای و همکاران (۱۹۹۵)، کراویتز و همکاران (۱۹۹۹)، مزاروس و همکاران (۱۹۹۹)، هلموس و همکاران (۲۰۰۱)، پاتکر و همکاران (۲۰۰۴) و فولدز و همکاران (۲۰۱۷) همخوان است. در تبیین یافته بدست آمده باید بیان کرد که در زمینه درمان اعتیاد، روش‌های مختلفی به کار گرفته شده است از جمله می‌توان به انواع روش‌های دارو درمانی، مشاوره، مددکاری، خانواده‌درمانی و روان‌درمانی اشاره کرد (کمرزین، زارع و بروکی‌میلان، ۱۳۹۱). در کنار انتخاب و آغاز درمان برای ترک اعتیاد، توانایی برای حفظ حضور در فرایند درمان نیز از اهمیت بالایی برخوردار است که هیجان‌خواهی موجود در فرد می‌تواند آن را تحت تاثیر

1. impulse
2. Brooker
3. impulsivitiy
4. Petry

قرار بدهد. هیجان‌خواهی به عنوان یک نیاز با منشاء عصبی- زیستی[1]، به داشتن احساسات و تجربه‌های متنوع، جدید، پیچیده و خطرناک تعریف می‌شود (زاکرمن[2]، ۱۹۹۴). افراد هیجان‌خواه به دلیل سطح اضطراب پایین و تحریک‌پذیری و تکانشگری بالا (مگید، مک‌لین و کولدر[3]، ۲۰۰۷) در هنگام برخورد با محرک‌هایی چون مواد افیونی، خطرات آن را کمتر متصور شده و بیشتر به سمت مصرف آن گرایش دارند. نیاز مداوم به داشتن هیجان بالا و لذت‌جویی و خطر به دلیل افزایش حس هیجان امکان حضور در یک فرایند یکنواخت را برای افراد شرکت کننده در درمان اعتیاد که سطوح بالای هیجان‌خواهی دارند را دشوار نموده و فراهم کننده زمینه برای ترک درمان می‌باشد.

تقریباً در تمام نوشته‌های مربوط به اعتیاد از ویژگی‌های شخصیت به عنوان عاملی برای کشانده شدن به سمت اعتیاد، یاد شده است. به عبارتی نارسایی‌ها و ناپختگی‌های شخصیتی، برخورد و ایجاد روابط وابسته با افراد معتاد می‌تواند یکی از عوامل موثر در ایجاد و تداوم اعتیاد محسوب شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰). خوشه‌های اختلال شخصیت به خصوص خوشه B بالاترین میزان هم‌رویدادی را با اختلالات سوءمصرف مواد دارند (اُکنِل[4]، ۱۹۹۰) و وجود عادات تخریبی و از هم پاشیدن خود کنترلی یا نیاز به سطوح برانگیختگی و محرک، می‌تواند از جمله دلایل دیگر خروج از فرایند درمان برای معتادین باشد. از سویی وقتی مکانیزم‌های دفاعی موثر نیستند و صفات شخصیتی معیوب و مختل شده‌اند احتمال این‌که افراد بتوانند خود را با فرایند درمان هماهنگ نمایند دشوار می‌شود. از سویی عدم انگیزه، علاقه و همکاری جهت تغییر شرایط می‌تواند به جدایی افراد از فرایند درمان نیز دامن بزند (بال، کارول، کانینگ- بال و رانسیول[5]، ۲۰۰۶).

منحصر بودن نمونه به شهرستان اردبیل و عدم کنترل نحوه مراجعه فرد (به خواست خود یا با فشار خانواده) برای اقدام به درمان اعتیاد، امکان خروج فرد تحت درمان از مراکز ترک اعتیاد به دلیل عدم امنیت از محدویت‌های پژوهش حاضر است که در تعمیم نتایج باید احتیاط شود. تحقیق در سایر شهرها و فرهنگ‌ها و با کنترل وضعیت ارجاع فرد مبتلا

1. neurobiology
2. Zuckerman
3. Magid, Mclean & Coldor
4. O,Connell
5. Ball, Carroll, Canning-Ball & Rounsaville

به اعتیاد می‌تواند نتایج مطمئن‌تری به دست دهد. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش با تفکیک نوع اعتیاد به مواد انجام شود. از این نتایج در آسیب‌شناسی و درمان افراد مبتلا به اعتیاد و طراحی دوره‌های درمانی مبتنی بر ویژگی‌های شخصیتی نظیر هیجان‌خواهی و تکانشگری استفاده شود.

منابع

اختیاری، حامد؛ رضوان‌فرد، مهرناز و مکری، آذرخش (۱۳۸۷). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن؛ بازبینی دیدگاه‌ها و بررسی‌های انجام شده. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۵۷-۲۴۷.

پوروفایی، پروین (۱۳۷۶). *بررسی ارتباط فرم موسیقی با خلق نوازندگان شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

سادوک، بنجامین و سادوک، ویرجینیا (۲۰۱۵). *خلاصه روان‌پزشکی (علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی)*. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.

طباطبایی‌چهر، محبوبه؛ ابراهیمی‌ثانی، ابراهیم و مرتضوی، حامد (۱۳۹۱). اثربخشی روان‌درمانی گروهی شناختی -رفتاری در تغییر باورهای غیرمنطقی افراد معتاد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۳(۴۰)، ۴۳۰- ۴۱۹.

کمرزرین، حمید؛ زارع، حسین و بروکی‌میلان، حسن (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی —رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ی و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۰)، ۱۴۳-۱۵۵.

میرآشتیانی، الهام (۱۳۸۴). *جامعه‌شناسی اعتیاد در ایران امروز*. تهران: انتشارات مهاجر.

نادری، فرح و حق‌شناس، فریبا (۱۳۸۸). *اعتباریابی مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11) و رابطه تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

References

Alegría, A. A., Hasin, D, S., Nunes, E, V., Liu, S. M., Davies, C., & Grant, B. F. (2011). Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(9), 1187-1195.

Bab-Milkic, V.M., Mijalkovic, L.D., & Marinkovic, J. (1995). Personality dimensions of opiate addicts. *Acta* Psychiatrica *Scandinavica*, 91, 103–107.

Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment, symptoms, personality and motivation. *Addictive Behaviors, 31*, 320-330.

Carretero-Dios, H., & Salinas, J. M. (2008). Using a structural equation model to assess the equivalence between assessment instruments: the dimension of sensation seeking as measured by zuckerman's SSS-V and arnett's AISS. *Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(1), 219-232.

Denney, A. S., & Connor, D. P. (2016). Serious juvenile offenders who have experienced emerging adulthood: Substance use and recidivism. *Children and Youth Services Review*, 67, 11-19.

Dermody, S. S., Cheong, J., & Munuck, S. (2013). An evaluation of the stress negative affect model in explaining alcohol use. The role of components of negative affect and coping style. *Substance use & Misuse*, 48, 297-308.

Desrichard, O., Vos, P., Bouvard, M., Dantzer, C., & Paignon, A. (2008). The French version of the Arnett inventory of sensation seeking: Internal and predictive validity. *Personality and Individual Differences*, 44(8), 1673-1683.

Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2006). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 80-90.

Ekhtiari, H., & Jillson, I. (2008). Prevention of opioid abuse in Iran. *Quarterly journal of Addiction, 2*, 123-136.

Foulds, J., Newton-Howes, G., Guy, N. H., Boden, J. M., & Mulder, R. T. (2017). Dimensional personality traint and alchol treatment outcome: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 112(8), 1345-1357.

Harrop, E., & Catalano, R. F. (2016). Evidence-Based Prevention for Adolescent Substance Use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 387-410.

Helmus, T. C., Downey, K. K., Arfken, C. L., Henderson, M. J., & Schuster, C. R. (2001). Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 61, 287-295.

Kaplan, H., & Sadok, B. (2000). *Comperhensive Texbook of Psychiatry*. Vol 2. Williams & Willkins.

Kravitz, H. M., Fawcett, J., McGuire, M., Kravitz, G. S., & Whitney, M. (1999). Treatment attrition among alcohol-dependant men: Is it related to novelty seeking personality traits? *Journal* of *Clinical* Psychopharmacology, 19, 51–56.

Krishnan-Sarin, S., Reynolds, B., Duhig, A. M., Smith, A., Liss, T., McFetridge, A., Cavallo, D. A., Carroll, K. M., Potenza, M. N. (2007). Behavioral impulsivity predicts treatment outcome in a smoking cessation program for adolescent smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 79-82.

Limson, R., Goldman, D., Roy, A., Lamparski, D., Ravits, B., Adinoff, B., & Linnoila, M. (1991). Personalty and cerebrospinal fluid monoamine metabolites in alcoholics and controls. *Archives of* General *Psychiatry*, 48, 437–441.

Lopez-Torrecilas, F., Nieto-Ruiz, A., Velasco-Ortuno, S., Lara-Fernandez, M., Lopez-Quirantes, E. M., & Castillo-Fernandez, E. (2014). The role of impulsivity in dropout from treatment for cigarette smoking. *Comprehensive Psychiatry,* 55, 1609-1613.

Lopez-Torrecillas, F., Perales, J. C., Nieto-Ruiz, A., Verdejo-Garcia, A. (2014). Temperament and impulsivity predictors of smoking cessation outcomes. *Plos One,* 9(12), e112440.

Magid, V., McLean, M. G., & Colder, C. R. (2007). Differentiating between sensation seeking and impulsivity through their relation with alochol use and problems. *Addictive Behaviors,* 32, 2046-2061.

McConnell, M. M., Memetovic, J., & Richardson, C. G. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive Behaviors, 39*(10), 1394-1397.

McCown, W. G., Johnson, J. L., & Shure, M. B. (1994). *The impulsive client: Theory, research and treatment*. New York: American Psychological Association.

McKay, J. R., Rutherford, M. J., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., & Kaplan, M. R. (1995). An examination of the cocaine relapse process. *Drug and Alcohol Dependence,* 38, 35–43.

Meszaros, K., Lenzinger, E., Hornik, K., Fureder, T., Willinger, U., Fischer, G., Schonbeck, G., & Aschauer, H. N. (1999). The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. The European Fluvoxamine in Alcoholism Study Group Alcoholism*: Clinical and Experimental Research,* 23, 483–496.

Myrsth, H., Pallesen, S., Molde, H., Johnsen, B. H., Lorvik, I. M. (2009). Personality factors as predictors of pathological gambling. *Personality and Individual Differences, 47*, 933-937.

Newton, D. E. (2011). *Substance abuse a reference handbook*. New York: ABC- CLIO.

O·Connell, D. F. (1990). *Managing the Dualla Diagnosed Patient. Current issues and Clinical Approaches*. Bingamton, New York: The Haworth Press Inc.

Patkar, A. A., Murray, H. W., Mannelli, P., Gottheil, E., Weinstein, S. P., & Vergare, M. J. (2004). Pre-treatment measures of impulsivity, aggression and sensation seeking are associated with treatment outcome for African-American cocaine-dependent patients. *Journal of Addiction Diseases,* 23(2), 109-122.

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology,* 51, 768-774.

Petry, N. M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness, *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 29-38.

Rafieypour, H., & Alipour, F. (2015). Development and Validation of a Scale for Measuring Youth's Attitudes to Substance Abuse in Iran. *Social Welfare*, 15(57), 95-107.

Schiffer. A., Pedersen. S., Broers. H., Widdershoven. J., & Denollet J. (2008). Type-D personality but not depression predicts severity of anxiety in heart failure patients at 1-year follow-up. *Journal of Affect Disorder*, 106(1-2), 73-81.

Sher, K. J., Wood, M. D., Crews, T. M., & Vandiver, P. A. (1995). The Tridimensional Personality Questionnaire: reliability and validity studies and derivation of a short form. *Psychological Assessment*, 7, 195–208.

Sloan, F. A., Costanzo, P. R., Belsky, D., Holmberg, E., Malone, P. S., Wang, Y., & Kertesz, S. (2011). Heavy drinking in early adulthood and outcomes at midlife. *Journal of Epidemiology Community Health*, 65, 600–605.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.

Zuckerman, M., Eysenk, S. E., & Eysenk, H. J. (1978). Sensation Seeking in England and American Cross-cultural Age 8 Comparisons 7. *Journal of Clinical Psychology*, 46,139-149.