

مقایسه تکانشگری بین افراد مبتلا به ایدز، افراد دارای سوءمصرف مواد و همتایان سالم

منصوره نیکوگفتار^۱، شهلا عنافچه^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۰۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به مقایسه تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز بین افراد مبتلا به ایدز، افراد دارای سوءمصرف مواد و جمعیت غیربالینی پرداخته است. **روش:** این پژوهش، علی-مقایسه‌ای بوده که در شش ماهه‌ی اول سال ۹۱ انجام شد. در این پژوهش ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به ایدز و ۳۰ نفر بیمار سوءمصرف کننده مواد و ۳۰ نفر از جمعیت غیربالینی در محدوده سنی ۶۷-۱۵ سال به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه‌های انتخابی براساس متغیرهای سن، تحصیلات و جنس همتا بودند. مقیاس تکانشگری بارات (۱۹۹۷) در هر سه گروه نمونه اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین افراد سه گروه در خرده مقیاس‌های تکانشگری تفاوت وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درجاتی از آسیب در فرایند تصمیم‌گیری افراد وابسته به مواد و افراد مبتلا به ایدز وجود دارد، نقصی که ممکن است ریشه در پاره‌ای از رگه‌های شخصیتی، آسیب‌های عصب شناختی، مصرف مواد، عدم دریافت آموزش‌های مناسب و کافی در زمینه مهارت‌های زندگی، حل مسئله و تصمیم‌گیری و یا وجود احساسات، افکار و باورهای شخصی یا فرهنگی پیرامون رفتارهای محافظتی در حین رابطه جنسی باشد.

کلیدواژه‌ها: تکانشگری، ایدز، سوءمصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، پست الکترونیک: m.nikoogftar@pnu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روانشناسی

مقدمه

توانایی تفکر و اقدام سریع و موثر می تواند در پاره‌ای از موارد ضامن بقای ما و گاه در دنیای پر شتاب کنونی پاسخگوی نیازهایمان باشد و حتی می تواند برای برخی از افراد این امکان را فراهم کند تا خواسته‌های خود را به شیوه‌ای امن ولی جسورانه بیان کنند، رفتن به یک مرخصی برنامه ریزی نشده، اقدام به خریدهای کلان بدون طرح قبلی، و یا گذراندن یک روز به دور از مشغله کاری می تواند احساس فراغت و آسودگی را به همراه آورد (استراتون^۱، ۲۰۰۶). چنین اقداماتی تحت عنوان تکانشگری^۲ نامگذاری می شوند. به موازات مفهوم تکانشگری، مفاهیمی چون مخاطره‌جویی^۳، هیجان‌طلبی^۴ و رفتارهای مخاطره جویانه^۵ نیز مطرح می شوند که مفاهیم تخصصی تری مانند نوجویی^۶، آسیب‌گریزی^۷ و پاداش طلبی^۸ را در پی دارند (زاگرن^۹، ۱۹۹۳). با این حال، اقدامات تکانشی معمولاً پیامدهای ناگواری را به دنبال دارد. تکانشگری، عاملی محوری در بروز رفتارهای خودکشی، سوء مصرف مواد، پرخاشگری، اختلالات شخصیتی، مشکلات نارسایی توجه و رفتارهای مجرمانه در نظر گرفته شده است (مولر، بارات، دووتی، اشمیت و سوان^{۱۰}، ۲۰۰۱). اگر چه تکانشگری، رسماً در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۱۱} به عنوان عامل برخی از اختلالات معرفی شده، پژوهش‌های اندکی در مورد نقش تکانشگری در بروز اختلالات روانی انجام شده است (استراتون، ۲۰۰۶). در ادبیات پژوهشی، اصطلاحات تکانشگری شناختی^{۱۲}، نقص در تصمیم‌گیری^{۱۳}، تصمیم‌گیری تکانشی^{۱۴} و تصمیم‌گیری مخاطره آمیز، گاه به صورت جایگزین به کار رفته‌اند. به طوری که مطالعات متعددی از آزمون قمار^{۱۵} برای ارزیابی این مشکل شناختی استفاده کرده‌اند و عملکرد ضعیف در این آزمون را تکانشگری شناختی (مارتین^{۱۶} و همکاران، ۱۹۹۴)، نقص

- | | | |
|---|-------------------------------|---------------------|
| 1 . Stratton | 2 . impulsivity | 3 . venturesomeness |
| 4 . sensation seeking | 5 . risk-taking behavior | 6 . novelty seeking |
| 7 . harm avoidance | 8 . reward dependence | 9 . Zuckerman |
| 10 . Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann | | |
| 11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | | |
| 12. cognitive impulsivity | 13 . decision making deficits | |
| 14 . impulsive decision making | 15 . gambling task | 16 . Martin |

در تصمیم‌گیری (ارنست و همکاران^۱، ۲۰۰۳؛ بچارا^۲ و مارتین، ۲۰۰۴) و تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز (হারدی، هینکین، لوین، کستلون و لم^۳، ۲۰۰۶) نامیده‌اند. تکانشگری بر حسب نظر مولفان (پاتون، استفورد و بارات^۴، ۱۹۹۵) مبادرت آنی به عمل، عدم تمرکز بر فعالیت در دست اقدام و فقدان برنامه‌ریزی و تفکر و همچنین به عنوان پیش‌آمادگی^۵ و بخشی از یک الگوی رفتاری و نه یک اقدام منفرد (مولر و همکاران، ۲۰۰۱) تعریف شده است. هماهنگ با این تعاریف، مولر و همکاران (۲۰۰۱) مدلی برای تکانشگری ارائه کرده‌اند که در چارچوب «کاهش حساسیت به پیامدهای منفی رفتار، واکنش‌های سریع برنامه‌ریزی نشده برای پاسخ به محرک‌ها پیش از پردازش کامل اطلاعات، و عدم توجه به پیامدهای دراز مدت» بیان می‌شود. تحقیقات اخیر نشان داده است که ناحیه پیش‌پیشانی مغز^۶ که مرکز فرماندهی مغز در آن قرار گرفته است برخی اختلالات کارکردی را از خود نشان می‌دهد که با رفتار حساب شده تداخل دارد. مانوک، فلوری، فرل، مولدون^۷ (۲۰۰۰) به شواهدی مقدماتی در خصوص رابطه بین گونه‌ای از ژن برای مونو آمین اکسیداز^۸ و تغییر پذیری فردی قابلیت پرخاشگری، تکانشگری و پاسخگویی سیستم عصبی مرکزی دست یافتند. نتایج این بررسی نشان داد که در میان شرکت کنندگان مذکر در آزمایش، گونه مونو آمین اکسیداز در نواحی از مغز که مسئول شکل‌دهی و اندازه‌گیری پاسخ یا واکنش مناسب یا تعدیل هیجان است به طور قابل ملاحظه‌ای فعالیت کمتری دارد. چنین پیش‌زمینه‌های ژنتیکی می‌تواند با تجارب گیج‌کننده زندگی ترکیب شود و منجر به یک الگوی تکانشی در فرد گردد.

اگرچه تکانشگری می‌تواند با یا بدون اختلالات روانپزشکی باشد، اما رفتارهای تکانشی به احتمال بیشتر از مولفه‌های تشکیل‌دهنده اختلالات معینی نظیر اختلالات شخصیتی، شیدایی^۹، و سوء مصرف هستند (به نقل از انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). علیرغم شیوع تکانشگری در اختلالات روانپزشکی، بر اساس مطالعات انجام گرفته، تاکنون درمان

- 1 . Ernest
- 2 . Bechara
- 3 . Hardy, Hinkin, Levine, Castellon, & Lam
- 4 . Patton, Stanford & Barratt
- 5 . predisposition
- 6 . prefrontal cortical
- 7 . Manuck, Flory, Ferrell, Mann, & Muldoon
- 8 . monoamine oxidase-A
- 9 . mania

موثری برای آن ارائه نشده است. اغلب مطالعات انجام شده، پرخاشگری تکانشی را مورد بررسی قرار داده‌اند، چه، این نوع رفتارها را می‌توان نسبت به سایر جنبه‌های تکانشگری به طور ساده‌تر اندازه‌گیری کرد. در واقع، تکانشگری در شرایط خطر بالا به بیشترین حد ظهور پیدا می‌کند و بنابراین بررسی آن در شرایط آزمایشگاهی دشوار می‌شود (کری، ۲۰۰۶). تکانشگری با حالت‌های عاطفی منفی و بی‌نظمی هیجانی مرتبط شده است، اگر چه روشن نیست که آیا تکانشگری یکی از پیامدها یا عامل‌های کمک‌کننده برای بی‌نظمی هیجانی است یا خیر (اریسمن، سالترز-پدنیالت و رومر^۲، ۲۰۰۵).

پژوهش حاضر، با ملاحظه این موضوع که تکانشگری هسته مرکزی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند سوءمصرف مواد، قماربازی مرضی، اختلال‌های شخصیت و مبادرت به پرخاشگری است (ارس و سانستین^۳، ۲۰۰۶) به دنبال تعیین و مقایسه تکانشگری در افراد دارای سوءمصرف مواد، اچ آی وی مثبت و همتای سالم آنها است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. برای انجام پژوهش در شش ماهه‌ی اول سال ۹۱ تعداد ۳۰ نفر مبتلا به سوءمصرف مواد از بیمارستان آیت الله طالقانی شهر تهران و ۳۰ نفر مبتلا به ایدز از مرکز بهداشت شمیرانات و ۳۰ نفر از پرسنل بیمارستان طالقانی به عنوان گروه بهنجار انتخاب شدند. دامنه سنی افراد در گروه مبتلا به ایدز ۱۵ تا ۵۲ سال با میانگین ۲۳/۷۰ سال، در گروه افراد دارای سوءمصرف مواد ۱۷ تا ۶۷ سال با میانگین ۳۱/۶۰ سال و در گروه عادی ۱۸ تا ۴۷ با میانگین ۲۲ سال بود. نتایج نشان داد که سه گروه از لحاظ میانگین سن با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند ($F=0/55$, $P> 0/05$). بیشترین فراوانی گروه تحصیلی در هر سه گروه، دیپلم و فوق دیپلم بود. تعداد ۳۴ نفر از گروه نمونه زن و ۴۸ نفر مرد، ۵۸ نفر مجرد و ۲۴ نفر متأهل بودند و ۸ نفر جنسیت و وضع تاهل خود را مشخص نکردند.

ابزار

۱- پرسشنامه تکانشگری بارات^۱: این پرسشنامه توسط بارات، استفورد، کنت و فلتوس^۲، در سال ۱۹۹۷ ساخته شد. دارای ۳۰ سؤال چهار گزینه‌ای است و سه عامل تکانشگری شناختی^۳ (تصمیمات سریع)، تکانشگری حرکتی^۴ (وارد عمل شدن بدون تصمیم پیشین) و تکانشگری بی برنامه‌گی^۵ (عدم آینده‌نگری) را ارزیابی می‌کند. مطالعات متعددی، روایی و اعتبار قابل قبول این مقیاس را گزارش کرده‌اند (استنفورد و بارات، ۲۰۰۹؛ مک لیش و اوکسبای^۶، ۲۰۰۶). نسخه فارسی این آزمون در سال ۱۳۸۷ توسط اختیاری و همکاران به فارسی ترجمه شد و کارایی آن در جمعیت ایرانی به اثبات رسید (فرید حسینی و همکاران، ۱۳۸۸) ضریب کرونباخ به دست آمده برای کل پرسشنامه در گروه دارای سوءمصرف مواد و هم‌تایان سالم به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ گزارش شد.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی مولفه‌های تکانشگری به تفکیک گروه‌ها در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مولفه‌های تکانشگری به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه غیربالینی		گروه سوءمصرف مواد		گروه مبتلا به ایدز	
	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد
تکانشگری-بی توجهی	۱۶/۸۰	۳/۲۳	۲۱/۸۳	۵/۴۹	۲۲/۳۰	۶/۳۶
تکانشگری-حرکتی	۲۰/۰۰	۳/۱۴	۲۷/۰۷	۶/۳۱	۲۴/۹۳	۸/۳۷
تکانشگری-بی برنامه‌گی	۲۳/۳۳	۴/۵۵	۲۹/۵۰	۵/۷۷	۳۰/۰۷	۸/۰۹
تکانشگری کل	۶۰/۱۳	۹/۰۷	۷۸/۴۰	۱۵/۳۶	۸۰/۱۰	۲۱/۶۰

به منظور بررسی تفاوت سه گروه در تکانشگری می‌بایستی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این آزمون برابری ماتریس کواریانس هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ($F = ۲/۲۳, P > ۰/۰۵$).

1 . Barrat Impulsivity Scale
3 . cognitive impulsivity
5 . nonplaning

2 . Barrat, Stanford, Kent & Felthous
4 . motor impulsivity
6 . McLeish & Oxoby

نتایج (M=۳۹/۱۱ باکس). پیش شرط دیگر این آزمون برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش شرط داشت که در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در سه گروه

متغیرها	آماره F	درجه آزادی	معناداری
تکانشگری-بی توجهی	۰/۶۶	۸۷	۰/۴۷
تکانشگری-حرکتی	۰/۴۵	۸۷	۰/۶۵
تکانشگری-بی برنامه‌گی	۰/۳۷	۸۷	۰/۷۴

با توجه به برقراری پیش شرط‌ها، تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از تفاوت معنادر بین گروه‌ها داشت ($F=۸/۲۵۴$, $P<۰/۰۵$, $F=۸/۲۵۴$, $P<۰/۰۵$, $F=۸/۲۵۴$, $P<۰/۰۵$)، لامبدای ویلکز). به منظور بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در نمرات تکانشگری

متغیرها	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری
تکانشگری-بی توجهی	۱۵۳/۲۲	۵/۷۱	۰/۰۱
تکانشگری-حرکتی	۲۲۰/۱۴	۷/۴۴	۰/۰۱
تکانشگری-بی برنامه‌گی	۱۸۴/۳۸	۵/۱۴	۰/۰۱

همان طور که جدول فوق مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد در تمام مولفه‌ها بین جمعیت غیربالینی با دو گروه دارای سوء مصرف مواد و مبتلا به ایدز تفاوت معناداری وجود دارد، در حالی که بین دو گروه دارای سوء مصرف مواد و مبتلا به ایدز تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز در حالت کلی به بروز مشکلاتی در فرآیند تصمیم‌گیری اشاره دارد که می‌تواند شخص را به اتخاذ تصمیماتی با پیامدهای منفی گاه غیرقابل جبران سوق دهد. تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز می‌تواند به دلایل مختلف و با ریشه‌های متفاوت رخ دهد. از سویی می‌تواند به عنوان یک پیامد رفتاری مولفه تکانشگری در افرادی که نوجویی

بالایی دارند (کلونینجر^۱، ۲۰۰۰) در نظر گرفته شود و از سوی دیگر، می‌تواند ناشی از ضعف در مهارت تصمیم‌گیری و عدم بهره‌مندی از دانش و مهارت کافی در این حوزه باشد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی شامل مهارت تصمیم‌گیری می‌تواند میزان تصمیم‌گیری‌های تکانشی و مخاطره‌آمیز را در افراد مصرف‌کننده مواد و الکل و افراد مبتلا به ایدز (وودز^۲، ۲۰۰۲) کاهش دهد. اگرچه در گذشته، مطالعات و فرآیند درمان بیشتر بر جنبه‌های اجباری و ولع در مصرف مواد متمرکز بودند، اما امروزه آشکار شده است که تکانشگری نیز عامل مهمی در شروع و تداوم اختلال مصرف مواد به شمار می‌رود. در پژوهش حاضر، نتایج تحلیل با هدف مقایسه نمرات سه گروه عادی، دارای سوءمصرف مواد و مبتلا به ایدز در نمره تکانشگری نشان داد که میزان تکانشگری بین گروه عادی با دو گروه دارای سوءمصرف مواد و مبتلا به ایدز تفاوت معناداری دارد. بین دو گروه افراد دارای سوءمصرف و مبتلا به ایدز در نمره کل تکانشگری تفاوت معناداری مشاهده نشد. همسو با نتایج پژوهش حاضر، پژوهش‌هایلی، فجفار و میلر^۳ (۲۰۰۰) روی ۲۳ مطالعه انجام شده بر جمعیت‌های دانشجویی در معرض خطر نشان داد که دو ویژگی شخصیتی هیجان‌طلبی و تکانشگری، بسیاری از رفتارهای پرخطر جنسی، رابطه جنسی با غریبه‌ها، داشتن شرکای جنسی متعدد، و اقدام به رابطه جنسی پس از مصرف مواد یا الکل را پیش‌بینی می‌کنند. نتایج پژوهش سوآن، دوورتی، پازاگلیا، فام و مولر^۴ (۲۰۰۴) نشان داد که افراد دارای اختلال دوقطبی و افرادی که پیشینه سوءمصرف مواد داشته‌اند، در مقایسه با افراد سالم در مقیاس تکانشگری بارات (تکانشگری به عنوان یک صفت پایدار) نمرات بیشتری دریافت می‌کنند. مطالعه هاردی و همکاران (۲۰۰۶) حاکی از عملکرد ضعیف‌تر گروه ایدز مثبت در تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز بود. اعضای گروه ایدز منفی نیز اگرچه گاه کارت‌های مخاطره‌آمیز را انتخاب می‌کردند، ولی به سرعت یاد می‌گرفتند که از این کار اجتناب کنند. دیوکس^۵ و همکاران (۲۰۰۸) نقش مؤلفه تکانشگری در اتخاذ رفتارها و نگرش‌های خطرناک برای ابتلا به ایدز را در نمونه‌ای

1 . Cloninger

2 . Woods

3 . Hoyle, Fejfar & Miller

4 . Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham, & Moeller

5 . Deuieux

از نوجوانان شامل ۲۶۶ پسر و ۱۱۱ دختر مورد مطالعه قرار دادند. آزمودنی‌ها براساس مقیاس تکانشگری پرسشنامه بالینی میلون برای نوجوانان به دو گروه دارای تکانشگری بالا و دارای تکانشگری پایین تقسیم شدند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که گروه دارای تکانشگری بالا در مقایسه با گروه تکانشگری پایین، با فراوانی بیشتری در طول ۳ ماه گذشته الکل و ماری جوانا مصرف کرده‌اند. دونوهو^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در یک مطالعه پیشگیرانه روی ۲۹۴۹ دانش آموز کلاس در ۱۷ دبیرستان از دو شهر آمریکا رابطه هیجان‌طلبی و تصمیم‌گیری تکانشی را با شاخص‌های مختلف خطرپذیری جنسی مورد بررسی قرار دادند. شاخص‌های خطرپذیری جنسی در این مطالعه شامل قصد داشتن رابطه جنسی، داشتن رابطه جنسی در گذشته، تعداد شرکای جنسی در طول زندگی، باردارشدن در گذشته، استفاده از ماری‌جوآنا، نه گفتن به یک رابطه جنسی، و استفاده از مشروب قبل از رابطه جنسی بود. نتایج حاصل از این مطالعه وجود رابطه معنادار میان هیجان‌طلبی و تصمیم‌گیری تکانشی را با اکثر شاخص‌های خطرپذیری جنسی تأیید نمود. قوی‌ترین ارتباط میان هیجان‌طلبی و تصمیم‌گیری تکانشی با شاخص‌های خطرپذیری جنسی در میان دانش‌آموزانی مشاهده شد که به لحاظ جنسی فعال بودند. مارتین و همکاران (۱۹۹۴) نقش پرخاشگری، بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری را در آسیب‌پذیری برای وابستگی به مواد مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد که نوجوانانی که تاریخچه خانوادگی وابستگی به مواد دارند، در مقایسه با گروه کنترل نمرات بالاتری در پرخاشگری، بی‌توجهی و تکانشگری کسب می‌کنند. در نمرات مربوط به بیش‌فعالی تفاوت معناداری میان دو گروه مشاهده نشد. این پژوهش نشان داد که سه شاخص پرخاشگری، بی‌توجهی و تکانشگری می‌توانند نوجوانان را برای سوءمصرف مواد در آینده مستعد سازند. همچنین نتایج مارتین و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که افراد دارای ایدز تکانشگری شناختی بیشتری دارند. مکرری، اختیاری، عدالتی، گنجگاهی و نادری (۱۳۸۷) در تحقیقی بدین نتیجه دست یافتند که ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند عامل پیش‌بینی‌کننده مهمی برای میزان ولع مصرف باشند.

مرور پژوهش‌های انجام شده و پژوهش حاضر در مجموع نشان می‌دهد که درجاتی از آسیب و نقص در فرایند تصمیم‌گیری افراد وابسته به مواد و بیماران مبتلا به ایدز وجود دارد. نقصی که ممکن است ناشی از پاره‌ای از صفات و گرایشات شخصیتی، آسیب‌های عصب‌شناختی، مصرف مواد، عدم دریافت آموزش‌های مناسب و کافی در زمینه مهارت-های زندگی باشد. یافته‌های مطالعه حاضر، اهمیت انجام پژوهش‌های گسترده‌تر پیرامون نقش نقائص تصمیم‌گیری و تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز به عنوان یکی از عوامل خطر مهم در ابتلا به وابستگی به مواد و ایدز را برجسته می‌سازد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد اندک نمونه آماری و دشواری در دسترسی و جلب همکاری گروه بالینی اشاره کرد که این موضوع تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل روبرو می‌سازد. بنابراین، با توجه به اهمیت موضوع در سطح نظری و عملی، پیشنهاد می‌شود به منظور ارزیابی هر چه دقیق‌تر، پژوهش‌هایی در حجم نمونه وسیع‌تر و با ملاحظه متغیر جنسیت صورت گیرد.

منابع

- اختیاری، حامد؛ صفایی، هومن؛ اسماعیلی، جاوید؛ غلامرضا، عاطف وحید، محمد کاظم؛ عدالتی، هانیه و مکرری، آذرخش (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه‌های فارسی پرسشنامه‌های آیزنک، بارت، دیکمن و زاگرن در تعیین رفتارهای مخاطره‌جویانه و تکانشگری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۳۳۶-۳۲۶.
- فرید حسینی، فرهاد، علی ملایری، نوشین، اسعدی، سید محمدی، اختیاری، حامد، صفایی، هومن، و عدالتی، هانیه (۱۳۸۸). ارزیابی تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی و ضد اجتماعی، *مجله علمی - پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۲)، ۱۰۴-۹۵.
- مکرری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ گنجگاهی، حبیب، و نادری، پریسا (۱۳۸۷). ارتباط شاخص‌های تکانشگری و رفتارهای مخاطره‌جویانه با شدت ولع مصرف در گروه‌های مختلف معتادان به مواد افیونی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۶۸-۲۵۸.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arce, E., & Santisteban, C. (2006). Impulsivity: A review. *Psicothema*, 18, 213-220.
- Bechara, A., & Martin, E. M. (2004). Impaired Decision Making Related to Working Memory Deficits in Individuals With Substance Addictions, *Journal of Neuropsychology*, 18(1), 152-162.
- Carey, B. (2006). *Living on impulse*. The New York Times.
- Cloninger CR. (2000). Biology of personality dimensions. *Current Opinions in Psychiatry*, 13, 611-616.

- Devieux, J., Malow, R., Stein, J. A., Jennings, S. T., Lucenko, B. A., Averhart, C., & Kalichman, S. (2008). Impulsivity and HIV risk among adjudicated alcohol and other drug abusing adolescent offenders, *AIDS Education and Prevention*, 14, 24-35.
- Donohew, L., Zimmerman, R., Cupp, P. S., Novak, S., Colon, S., & Abell, R. (2012). Sensation seeking, impulsive decision-making, and risky sex: implications for risk-taking and design of intervention, *Journal of Personality and Individual Differences*, 28 (6), 1079-1091.
- Erisman, S.M., Salters-Pedneault, K., & Roemer, L. (2005). *Emotion regulation and mindfulness. Poster pre- sented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy*. Ashington, DC. November 17 – 20.
- Ernest, M., Grant, S. J., London, E. D., Contoreggi, C. S., Kimes, A. S., & Spurgeon, L. (2003). Decision Making in Adolescents with Behavior Disorders and Adults with Substance Abuse, *American Journal of Psychiatry*, 160, 33-40.
- Hardy, D. J., Hinkin, C. H., Levine, A. J., Castellon, S. A., & Lam, M. N. (2006). Risky decision making assessed with the gambling task in adults with HIV, *Journal of Neuropsychology*, 20 (3), 355-360
- Hoyle, R. H., Fejfar, M. C., & Miller, J. D. (2000). Personality and sexual risk-taking: A *Journal of Personality quantitative review*. 68, 1203–1231
- Manuck, S., Flory, J., Ferrell, R., Mann, J., & Muldoon, M. (2000). A regulatory polymorphism of the monoamine oxidase-A gene may be associated with variability in aggression, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsivity. *Psychiatry Research*, 95, 9-23.
- Martin, C. S., Earleywine, M., Blackson, T. C., Vanyuko, M. M., Moss, H. B., & Tarter, R. E. (1994). Aggressivity, inattention, hyperactivity, and impulsivity in boys at high and low risk for substance abuse, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (2), 177-203.
- Martin, E. M., Pitrak, D. L., Weddington, W., Rains, N. A., Nunnally, G., Nixon, H., Grbesic, S., Vassileva, J., & Bechara, A. (2010). Cognitive impulsivity and HIV serostatus in substance dependent males, *Journal of the International europsychological Society*, 10 (7), 931-938.
- McLeish A., & Oxoby, R. (2006). Measuring impatience: elicited discount rates and the Barratt impulsiveness scale. *Clinical Psychology*, 65(4), 679-692.
- Moeller, G., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J., & Swann, A. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (2009). Impulsivity and the multiimpulsive personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 831-834.
- Stratton, K. J. (2006). Mindfulness-Based Approaches to Impulsive Behaviors. *The New School Psychology Bulletin*, Volume 4, No. 2, 49-71.
- Swann, A. C., Dougherty, D. M., pazzaglia, P. J., Pham, M., & Moeller, F. G. (2004). Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance a based, *Journal of bipolar disorders*, 6(3), 204-212.
- Woods ,M.B. (2002). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal psychology*, 78, 107-126.
- Zuckerman, M. (1993). P-impulsive sensation seeking and it's behavioral, psychophysiological and biochemical correlates. *NeuroPsychobiology*, 28, 30-36.