

مقایسه مشکلات بین فردی، جسمانی سازی و پذیرش اجتماعی در دانشجویان با گرایش بالا و پایین به مواد

منصوره نیکوگفتار^۱، مهشید ارژنگ^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۰۲

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه مشکلات بین فردی، جسمانی سازی و پذیرش اجتماعی در دانشجویان با گرایش بالا و پایین به مواد انجام شد. **روش:** در قالب یک مطالعه علی مقایسه‌ای، از بین دانشجویان دانشگاه علمی کاربردی شهر تهران، ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های تمایل به مصرف مواد، مشکلات بین فردی، جسمانی سازی و پذیرش اجتماعی پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد در نمرات مشکلات بین فردی، جسمانی سازی و پذیرش اجتماعی تفاوت بین دو گروه با گرایش بالا و پایین به مواد وجود دارد. یعنی دانشجویان با گرایش بالا به مواد مشکلات بین فردی و جسمانی سازی بالاتری نسبت به افراد با گرایش پایین دارند؛ در حالی که دانشجویان با گرایش بالا پذیرش اجتماعی کمتری نسبت به افراد با گرایش پایین به مواد دارند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به نظر می‌رسد کاهش مشکلات بین فردی و جسمانی سازی و افزایش پذیرش اجتماعی به عنوان سه عامل تأثیرگذار بر گرایش به مواد می‌تواند در مداخلات پیشگیرانه و رفتارهای خود مراقبتی گروه‌های در معرض خطر وابستگی به مواد مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: مشکلات بین فردی، جسمانی سازی، پذیرش اجتماعی، گرایش به مواد

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، پست الکترونیکی:

mnikoooftar@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

سوء مصرف و وابستگی به مواد نگرانی رایج و در حال افزایش سلامت عمومی در سراسر جهان است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۰). طبق زمینه یابی ملی مصرف دارو و سلامت در آمریکا، ۲۱/۶ میلیون آمریکایی ۱۲ سال به بالا با سوء مصرف یا وابستگی به مواد طبقه بندی شدند. اغلب افراد سوء مصرف یا وابستگی به الکل، ماری جوانا، مسکن های درد و کوکائین و بیش از نیمی از پاسخ دهندگان (۵۲/۲٪) مصرف گاه به گاه الکل را گزارش دادند (اداره خدمات بهداشت روانی و سوء مصرف مواد، ۲۰۱۴). شیوع کلی سوء مصرف/وابستگی در میان برزیلی ها به ترتیب ۲۶/۹٪ الکل، ۲۴/۹٪ دخانیات و ۷/۳٪ نسبت به مواد غیرقانونی دیگر بود (دی ماتوس^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). فراتحلیلی در رابطه با شیوع تنباکو، الکل و مصرف دارو در میان نوجوانان ۱۹-۱۴ ساله ایرانی در ۲۰۱۶، نشان داد رایج ترین داروها در میان نوجوانان ایرانی توهم زها (۲۵/۳٪)، قرص های خواب آور و آرام بخش ها (۲۵٪)، قلیان (۲۳/۱٪)، مواد مخدر (۲۲٪) و محرک های سیستم عصبی مرکزی (۲۰/۱٪) بوده و علاوه بر این برآورد کلی مصرف سیگار، الکل و تنباکو/ناس به ترتیب در شرکت کنندگان ۱۶/۸٪، ۱۴/۷٪ و ۱۰٪ بود (انصاری مقدم و همکاران، ۲۰۱۶).

ویرایش چهارم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا^۳، ۱۹۹۴)، سه برجسب مجزا را برای اختلالات مرتبط با مواد به کار می برد: مصرف^۴، سوء مصرف^۵ و وابستگی^۶. مصرف مواد به مصرف غیر مسئله ساز داروها یا الکل اشاره می کند. سوء مصرف مواد زمانی معنا پیدا می کند که شواهدی از پیامدهای منفی محدود و وجود دارد. در نهایت وابستگی مواد به شکل شدیدتر مصرف اشاره می کند. بدین ترتیب که الگوی واضحی از «فقدان کنترل»^۷ رفتار مصرف دارو و همچنین شواهدی از ویژگی های بالینی تحمل^۸ و ترک^۹ وجود دارد (زالونسکی، کاسیبا، گراور و پرون^{۱۰}،

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration
2. De Matos
3. American Psychiatric Association
4. Use
5. Abuse

6. Dependence
7. loss of control
8. tolerance
9. withdrawal
10. Zvolensky, Kosiba, Grover, & Perrone

۲۰۱۳). مطابق پنجمین و آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اختلالات مصرف مواد به دو گروه اختلالات مصرف مواد و اختلالات ناشی از مواد تقسیم شده‌اند. اختلالات ناشی از مواد شامل مسمومیت، ترک و اختلالات روانی دیگر ناشی از مواد/دارو (اختلالات روان‌پریشی، دو قطبی و اختلال وابسته، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال خواب، کژکاری جنسی، دلیریوم، وسواس فکری-عملی و اختلالات عصب‌شناختی) است. طبق این نسخه ویژگی اصلی اختلال مصرف مواد مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می‌دهد فرد به رغم مشکلات قابل ملاحظه مربوط به مصرف مواد، همچنان به مصرف مواد ادامه می‌دهد. ویژگی مهم اختلالات مصرف مواد تغییر اساسی در مدارهای مغزی است که می‌تواند بعد از سم‌زدایی نیز ادامه یابد. تأثیرات رفتاری این تغییرات مغزی ممکن است در بازگشت‌های مکرر و اشتیاق زیاد به مواد در مواقعی که افراد با محرک‌های مرتبط با دارو مواجه می‌شوند، آشکار می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

۲۱۹

219

مطالعات زیادی در راستای عوامل مؤثر بر مصرف مواد صورت گرفته‌اند که به‌طور کلی نشان می‌دهند عوامل فردی، بین فردی، محیطی و اجتماعی بر گرایش به سوء مصرف مواد مخدر اثر گذارند (سحافی، قربان صباغ و محمدی، ۱۳۹۶). بر اساس مطالعه کیفی در افراد ۱۵ تا ۳۰ ساله، برانگیزاننده‌های درونی شامل کسب آسان منفعت‌های روانی و جسمی (مقابله با درد، افزایش توانایی جسمی و جنسی و غیره)، داشتن شخصیت لذت طلب، روحیه کنجکاوی، تمایل به متفاوت بودن و نداشتن مهارت‌های زندگی (مانند حل مسئله و نه گفتن) و انگیزاننده‌های بیرونی شامل وضعیت فرهنگی خانواده و جامعه (مانند اعتیاد سایر اعضای خانواده)، وضعیت اجتماعی و وضعیت اقتصادی (مانند فقر مالی) بر اعتیاد به مواد مخدر اثر گذار بوده‌اند (مدبرنیا، میرحسینی، تبری و روشن، ۱۳۹۲). مطالعه‌ای دیگر نشان داد شکست عاطفی، فشارهای روان‌شناختی، کمبود محبت والدین، احساس تنهایی، تسکین درد، کسب لذت و بی‌هدف بودن در زندگی از عوامل مؤثر بر مصرف مواد در دانشجویان است (کردلر، رضایی و خلخالی، ۱۳۹۶).

به نظر می‌رسد یکی از عوامل تأثیرگذار بر مصرف مواد، مشکلات بین فردی^۱ است. مشکلات بین فردی دشواری‌های مکرر در رابطه با دیگران و یکی از دلایل معمول افراد برای مراجعه به روان‌درمانی است (هورویتز، روزنبرگ و برتولومو^۲، ۱۹۹۳). مطالعات نشان می‌دهند مشکلات بین فردی در خانه و مدرسه، روابط نامناسب با والدین و ارتباط با دوستانی که رفتارهای غیرانطباقی دارند در آزمایش و استفاده از مواد مخدر نقش داشته و عوامل خطر ساز مصرف مواد هستند (کامات، هگد و روی^۳، ۲۰۱۶؛ فاکوندو و پدراو^۴، ۲۰۰۸). همین‌طور خشونت بین فردی مانند قربانی فیزیکی شدن در مردان و قربانی جنسی شدن در زنان با همه اشکال مصرف مواد در دانشجویان رابطه دارد (رید، آمارو، ماتسوموتو و کایسن^۵، ۲۰۰۹). طبق مطالعه‌ای تنهایی^۶ و مسائل بین فردی پیش‌بینی کننده‌های مهم اعتیاد به اینترنت در میان دانشجویان پزشکی بودند (سیمکارون^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). سطوح اعتیاد به موبایل به طور معنادار و مثبتی با مسائل بین فردی و هیجانات منفی رابطه دارد و مسائل بین فردی رابطه میان سطح اعتیاد به موبایل و هیجانات منفی را نیز میانجی‌گری می‌کند (چن^۸ و همکاران، ۲۰۱۶).

همچنین بین نشانه‌های جسمانی و مصرف مواد رابطه وجود دارد (حسن و علی، ۲۰۱۱). اصطلاح جسمانی سازی^۹ پریشانی معنادار هیجانی طیف مختلفی از احساسات جسمانی را توصیف می‌کند (کرونکه، اسپیتزر و ویلیامز^{۱۰}، ۲۰۰۲). پنج الگوی اصلی وجود دارد که ارتباط بین نشانه‌های جسمانی و اختلالات مرتبط با مواد را در بیماران بدون اختلالات عضوی توضیح می‌دهد. نشانه‌های جسمانی کناره گیرانه^{۱۱}، نشانه‌های جسمانی مربوط به اختلالات روانی همراه، نشانه‌های جسمانی مربوط به بیماری‌های عفونی همراه، نشانه‌های جسمانی مختل کننده کارکرد (شامل اختلالات جسمانی شکل) و نشانه‌های

1. Interpersonal problems
2. Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew
3. Kamath, Hegde, & Roy
4. Facundo, & Pedrão
5. Reed, Amaro, Matsumoto, & Kaysen

6. loneliness
7. Simcharoen
8. Chen
9. Somatization
10. Kroenke, Spitzer, Williams
11. withdrawal somatic symptoms

مرتبط با مسمومیت (یوشیماسو^۱، ۲۰۱۲)؛ بنابراین درک نحوه ارتباط بین نشانه‌های جسمانی و اختلالات مرتبط با مواد دشوار است. بر اساس نتایج مطالعه در جوانان تایوانی، میان علائم جسمانی با مصرف مواد رابطه وجود دارد (کو، یانگ، سونگ و چن^۲، ۲۰۰۲). نتایج پژوهشی نشان داد که جسمانی سازی با مصرف خیلی کم و خیلی زیاد داروهای مخدر رابطه دارد. بدین صورت که جسمانی سازی شدیدتر با افزایش بیش از حد مصرف همراه است (ترافتون، کوکیار، لوئیس و اوزر^۳، ۲۰۱۱). نتایج مطالعه‌ای در جوانان فنلاندی نشانگر وجود همبستگی بین نوشیدن سنگین الکل با علائم روان‌تنی (مثل درد، اختلالات خواب، اضطراب، افسردگی و تنش) بود (لاکانن، شماکا، وایناماکی، پائولکی و لتونن^۴، ۲۰۰۱). طبق مطالعه سعیدیان، اشرفی‌زاده، پاک سرشت و سیاح برگرد (۱۳۸۹)، دردهای مزمن جسمانی عامل گرایش به مواد مخدر محسوب می‌شود. نتایج مطالعه موحدی، نوتاش و بیگلو (۱۳۹۳) نشان داد بین ابعاد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و عادی در مؤلفه‌های عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی و درد بدنی تفاوت وجود دارد.

عامل تأثیرگذار دیگر بر مصرف مواد پذیرش اجتماعی^۵ است. پذیرش اجتماعی به این معناست که فرد از طریق شخصیت و خصوصیات افراد دیگر جامعه را به‌عنوان طبقه کلی تفسیر می‌کند که تضمین می‌کند افراد احساسات خوبی نسبت به دیگران داشته باشند و در شرافت داشتن و سخت‌کوش بودن به آن‌ها اعتماد کنند. این موضوع به‌طور عمومی و یک‌نگرش مثبت نسبت به جامعه منجر می‌شود (کییز^۶، ۱۹۹۸). پذیرش اجتماعی یعنی افراد تمایل خود را برای حضور فردی دیگر در گروه‌ها و روابط‌شان نشان دهند. پذیرش اجتماعی در یک طیف اتفاق می‌افتد که از صرفاً تحمل کردن وجود فردی دیگر تا پیگیری فعالانه برای حضور او به‌عنوان شریک رابطه تغییر می‌کند. در واقع در طرف دیگر طیف طرد اجتماعی^۷ قرار می‌گیرد. به این معنا که دیگران تمایل کمی برای حضور فردی

1. Yoshimasu
2. Kuo, Yang, Soong, & Chen
3. Trafton, Cucciare, Lewis and Oser
4. Laukkanen, Shemeikka, Viinamäki, Pölkki, & Lehtonen
5. Social Acceptance
6. Keyes
7. Social Rejection

دیگر در گروه‌ها و روابط‌شان نشان می‌دهند. طرد اجتماعی نیز می‌تواند دامنه‌ای از نادیده گرفتن وجود فردی دیگر تا اخراج فعالانه او از گروه یا روابط موجود باشد (لری، ۲۰۱۰). مطالعه کرمی (۱۳۹۱) نشان می‌دهد میان آمادگی برای اعتیاد و پذیرش اجتماعی همبستگی وجود دارد. به این معنا که با افزایش پذیرش اجتماعی آمادگی برای اعتیاد کاهش می‌یابد. طبق نتایج مطالعه بیرامی، موحدی، خرازی نوتاش و البرت (۱۳۹۴) میزان پذیرش اجتماعی در دانشجویان با اعتیاد به اینترنت نسبت به دانشجویان عادی کمتر است؛ یعنی هر چه پذیرش اجتماعی در دانشجویان کمتر باشد خطر اعتیاد به اینترنت بیشتر است.

با توجه به افزایش شیوع وابستگی به مواد و چالش‌های این پدیده در جامعه امروزی، در پژوهش حاضر سعی شد تا به مقایسه مشکلات بین فردی، جسمانی سازی و پذیرش اجتماعی در دانشجویان با گرایش بالا و پایین به مواد پرداخته شود تا گامی در راستای ارتقا برنامه‌های موجود در زمینه پیشگیری و درمان وابستگی به مواد برداشته شود. سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا مشکلات بین فردی، جسمانی سازی و پذیرش اجتماعی در افراد با گرایش بالا و پایین به مواد تفاوت دارد؟

۲۲۲

222

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش حاضر دانشجویان دانشگاه علمی کاربردی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ بود که بر اساس اطلاعات موجود مراکز علمی-کاربردی در استان تهران حدود ۱۳۰ هزار دانشجو دارند. با مراجعه به جدول کرجسی و مورگان از جامعه مورد نظر ۳۰۰ نفر (که پس از حذف داده‌های پرت به ۲۷۹ نفر تقلیل یافت) با دامنه سنی ۱۹ تا ۳۸ سال (۱۳۰ مرد با میانگین سنی ۲۶ و انحراف استاندارد ۵/۱۸ سال و ۱۴۱ زن با میانگین سنی ۲۶ و انحراف استاندارد ۴/۸۷ سال) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند.

ابزارها

۱- پرسش نامه مشکلات بین فردی^۱: این پرسش نامه به منظور بررسی مشکلات بین فردی افراد بزرگسال اولین بار توسط هر ویتز^۲ (۱۹۸۸) تحت عنوان پرسش نامه مشکلات بین فردی ۱۲۷ سؤالی ارائه شد. بعدها فرم کوتاه ۳۲ سؤالی آن توسط بارخام و همکاران (۱۹۹۶) بر اساس رویکرد تحلیل عوامل برگرفته شده از فرم اصلی طراحی و ضریب آلفای کرونباخ توسط آن‌ها در دامنه ۰/۷ تا ۰/۸ گزارش شد. عوامل اصلی شامل مردم آمیزی، جرأت ورزی^۳، پرخاشگری^۴، حمایتگری^۵، مشارکت^۶، در نظر گرفتن دیگران^۷، گشودگی^۸ و وابستگی^۹ است. بر اساس نتایج هنجاریابی پرسش نامه ۳۲ سؤالی توسط فتح و همکاران (۱۳۹۳) در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل صراحت و مردم آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت گری و مشارکت و وابستگی به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۶۳، ۰/۶۰، ۰/۸۳، ۰/۷۱ و ۰/۶ و برای نمره کل مقیاس ۰/۸۲ و در مطالعه حاضر برای عوامل به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۶۸ و برای نمره کل مقیاس ۰/۷۵ به دست آمد. رابطه بین نمرات این آزمون و آزمون الکسی تایمیا مثبت و معنادار بود (روایی همگرا). همچنین روایی سازه وجود عوامل فوق را تأیید نمود و ۲۹ سؤال از ۳۲ سؤال مورد تأیید قرار گرفت.

۲- چک لیست نشانگان استرس^{۱۰} (پرسشنامه جسمانی سازی): این چک لیست به امید و چنگ^{۱۱} (۱۹۹۶) برای اندازه گیری جسمانی سازی در جمعیت چین ساخته شده و ارزیابی متوازی از علائم فیزیکی و روانی در یک مقیاس فراهم می آورد. شامل ۴۰ گویه (۲۰ گویه فیزیکی و ۲۰ گویه روانی) است. با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود. نمره بالا بیانگر جسمانی سازی زیاد است. حامید و چنگ برای ارزیابی اعتبار پرسش نامه از دو گروه دانش آموز و بزرگ سالان استفاده کردند. در نمونه دانش آموزان،

1. Inventory of Interpersonal Problems
2. Horowitz
3. assertiveness
4. aggression
5. to be supportive

6. Involvement
7. Caring
8. openness
9. independent
10. stress syndrome check list
11. Hamid, & Cheng

همسانی درونی برای علائم فیزیکی، علائم روانی و مقیاس کلی بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و برای نمونه بزرگ سالان ۰/۸۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و در مطالعه حاضر به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به دست آمد. روایی هم‌زمان با اندازه روان‌رنجوری ($r=0/55$ و $r=0/55$)، برونگرایی ($r=-0/12$ و $r=-0/22$)، حالت عاطفه منفی ($r=0/48$) و ($r=0/47$) به دست آمده است. در پژوهش غفاری، زرگر و مردانی (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و ضرایب روایی هم‌زمان این مقیاس با پرسش‌نامه سلامت عمومی ۰/۶۰ به دست آمد.

۳- مقیاس پذیرش اجتماعی کراون و مارلو^۱: این مقیاس دارای ۳۳ سؤال است که به صورت صحیح و غلط پاسخ داده می‌شود. نمرات بین ۰ تا ۸ بیانگر اشخاصی است که پاسخ‌های آنان پذیرش اجتماعی به دنبال ندارد و احتمالاً مورد طرد قرار می‌گیرند. نمرات ۹ تا ۱۹ نشان‌دهنده پذیرش اجتماعی متوسط و نمرات ۲۰ تا ۳۲ بیانگر این است که رفتار واقعی افراد با قواعد و هنجارهای اجتماعی سازگاری بالایی دارد (گنجی، ۱۳۸۳). در پژوهش عسگری، احتشام‌زاده و پیرزمان (۱۳۸۹) برای تعیین اعتبار از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده و برای نمره کل به ترتیب برابر با ۰/۷۱ و ۰/۷۷ گزارش شد. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمد. نگر ضرایب پایایی قابل قبول آن است.

۴- پرسش‌نامه میزان تمایل به مصرف مواد: این پرسش‌نامه ۱۶ سؤالی با هدف بررسی میزان تمایل به مصرف مواد از سه بعد اجتماعی، فردی و محیطی ساخته شد. این پرسش‌نامه به صورت محقق ساخته و با استفاده از برخی منابع علمی از قبیل فرچاد و همکاران (۱۳۸۵) طراحی شد. طیف پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه به صورت لیکرت از نمره ۱ (خیلی کم) تا نمره ۵ (خیلی زیاد) بود. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تمایل بیشتر شخص پاسخ‌دهنده به سوء مصرف مواد خواهد بود و برعکس. آلفای کرونباخ در مطالعه میر حسامی (۱۳۸۸) برابر با ۰/۷۹ و در مطالعه حاضر ۰/۶۸ به دست آمد.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

گرایش پایین به وابستگی		گرایش بالا به وابستگی		مؤلفه‌ها	متغیرها	
میانگین	انحراف - استاندارد	میانگین	انحراف - استاندارد			
۴/۵۹	۳/۸۶	۶/۸۰	۴/۵۶	صراحت و مردم‌آمیزی	مشکلات بین فردی	
۳/۱۰	۱/۸۸	۳/۹۰	۲/۴۲	گشودگی		
۳/۵۷	۲/۴۰	۳/۴۱	۱/۴۱	در نظر گرفتن دیگران		
۴/۱۷	۲/۴۰	۴/۸۵	۱/۶۲	پرخاشگری		
۴/۲۴	۳/۱۷	۷/۴۶	۳/۶۴	حمایت‌گری و مشارکت		
۲/۶۱	۱/۷۵	۳/۱۹	۱/۴۳	وابستگی		
۲۲/۳۱	۸/۷۵	۲۹/۶۳	۱۰/۴۰	مشکلات بین فردی کلی		
۴۲/۸۹	۹/۳۴	۵۵/۴۳	۸/۲۲	علائم فیزیکی		جسمانی سازی
۵۱/۰۷	۹/۳۶	۵۷/۰۷	۸۲/۴۶	علائم روانی		
۱۰۰/۹۷	۱۶/۹۱	۱۱۲/۵۱	۱۵/۲۶	جسمانی سازی کلی		
۴۶/۴۲	۴/۳۳	۴۳/۴۱	۴/۵۳	-	پذیرش اجتماعی	

برای بررسی تفاوت دو گروه از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوآ) استفاده شد. قبل از انجام تحلیل، مفروضه‌های نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. از آنجا که سطوح معناداری به دست آمده از انجام آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، بیشتر از ۰/۰۵ بود، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع مربوط به مشکلات بین فردی و جسمانی سازی تأیید شد. همچنین سطوح معناداری حاصل از آزمون لون مربوط به همگنی واریانس‌ها نشان داد، واریانس‌های مؤلفه‌های مشکلات بین فردی و جسمانی سازی در گروه‌های مورد پژوهش با هم همگن هستند ($p > 0.05$). نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در مشکلات بین فردی بیانگر آن بود که بین دو گروه در ترکیب خطی متغیرها تفاوت وجود دارد ($P < 0.001$)، $F(4, 175) = 6.49$ ، $P < 0.001$). همچنین

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری در جسمانی سازی بیانگر آن بود که بین دو گروه در ترکیب خطی متغیرها تفاوت وجود دارد ($P < 0/001$, $F = 8/37$, $\eta^2 = 0/943$) = لامبدای ویلکز). بنابراین برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح جدول ۲ استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های مشکلات بین فردی و جسمانی‌سازی

متغیرها	مولفه‌ها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
مشکلات بین فردی	صراحت و مردم‌آمیزی	۱۷۰/۵۴	۱۰/۸۲	۰/۰۰۱
	گشودگی	۲۲/۴۷	۵/۷۹	۰/۰۱۷
	در نظر گرفتن دیگران	۰/۹۵۴	۰/۲۱۹	۰/۶۴۱
	پرخاشگری	۱۶/۰۳	۳/۰۱	۰/۰۸۴
	حمایت‌گری و مشارکت	۳۶۲/۵۷	۳۴/۳۲	۰/۰۰۱
	وابستگی	۱۱/۶۶	۳/۹۸	۰/۰۴۷
جسمانی سازی	علائم فیزیکی	۱۰۷۳/۳۸	۱۲/۷۰	۰/۰۰۰۵
	علائم روانی	۱۲۵۶/۳۰	۱۴/۷۱	۰/۰۰۰۵

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در تمام مولفه‌ها به جز مولفه‌های در نظر گرفتن دیگران، و پرخاشگری از مولفه‌های مشکلات بین فردی، در سایر مولفه‌ها تفاوت بین دو گروه وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی می‌توان گفت در مولفه‌های صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، حمایت‌گری و مشارکت، وابستگی، علائم فیزیکی، و علائم روانی افراد دارای گرایش بالا به مواد نمرات بالاتری دریافت کرده‌اند. همچنین نتایج تحلیل واریانس تک متغیری نشان داد بین دو گروه در پذیرش اجتماعی تفاوت وجود دارد ($F = 4/53$, $P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه مشکلات بین فردی، جسمانی سازی و پذیرش اجتماعی در دانشجویان با گرایش بالا و پایین به مواد انجام شد. نتایج نشان داد میان مشکلات بین فردی در دانشجویان با گرایش بالا نسبت به دانشجویان با گرایش پایین به مواد تفاوت وجود

دارد. یعنی دانشجویان با گرایش بالا مشکلات بین فردی بیشتری نسبت به دانشجویان با گرایش پایین دارند. این یافته با نتایج کامات و همکاران (۲۰۱۶)؛ فاکوندو و پدراو (۲۰۰۸)؛ رید و همکاران (۲۰۰۹) مبنی بر تأثیر روابط نامناسب با والدین، دوستان و مدرسه بر مصرف مواد همخوانی دارد. برای مثال وقتی فرد در رابطه با والدین طرد شود، احساس بی‌ارزشی و اهمیت نداشتن به او دست می‌دهد و باعث می‌شود برای کسب احساس ارزشمندی دریافت نشده از والدین، به گروه همسالان نامتعارف گرایش پیدا کند. اغلب در این بافت از همسالان، امکان مواجهه با دوستان و افراد مصرف‌کننده مواد وجود دارد که مشوق، الگو و تقویت‌کننده رفتار مصرف مواد مخدر و الکل است (کاسین، کوران، هاسونگ و کلدر، ۱۹۹۶؛ سوئم، اوتینگ، ادواردز و بیوایز، ۱۹۸۹). در معرض خشونت فیزیکی و جنسی والدین یا همسالان قرار گرفتن، شکست در روابط عاطفی با جنس مخالف، احساس تنهایی ناشی از عدم توانایی برقراری روابط مناسب با دوستان و همکلاسی‌ها و به دنبال آن احساس انزوا و افسردگی می‌تواند زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد مخدر باشد. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش سحاقی و همکاران (۱۳۹۶)، مبنی بر تأثیر عوامل مخاطره‌آمیز فردی، بین فردی و اجتماعی بر گرایش به مصرف مواد مخدر هم‌راستا است. همچنین با نتایج پژوهش وجودی، عطارد و پورشریفی (۱۳۹۳) مبنی بر احتمال بیشتر وابستگی به مواد در افرادی که قادر به ابراز خودشان نیستند، در روابط بین فردی حساسیت به خرج می‌دهند و نسبت به طرد حساس هستند، همخوانی دارد. طبق مطالعه مذکور افراد وابسته به مواد در روابط بین فردی حساسیت بیشتری در قیاس با افراد غیر وابسته دارند و برای به حداقل رساندن طرد شدن سعی می‌کنند در موقعیت‌های جمعی رفتار خود را مطابق با خواسته‌های جمع تغییر دهند تا طرد نشوند و مورد انتقاد قرار نگیرند. مطالعات نشان می‌دهند مسائل بین فردی به طور معنادار و مثبتی با افسردگی، اضطراب و اضطراب اجتماعی در ارتباط هستند (چن و همکاران، ۲۰۱۶؛ مک او، برجس، پیج،

ناتان و فورزند، ۲۰۱۳) و به دنبال آن افسردگی و اضطراب با مصرف مداوم تنباکو، الکل، کوکائین، حشیش، محرک، افیون، توهم‌زها و دیگر داروها همراه است (والنتینرا، مونتا و دیاکون، ۲۰۰۴) و دو ویژگی روان‌شناختی شایع در میان وابستگان به مواد است (عصاریان، امیدی و اکبری، ۱۳۸۳). بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت مسائل بین فردی با تسهیل اختلالاتی چون افسردگی و اضطراب، زمینه مصرف مواد را فراهم می‌کنند. از سوی دیگر نتایج این مطالعه نشان داد جسمانی‌سازی به طور معناداری در دانشجویان دارای گرایش بالا به مصرف مواد بیشتر از دانشجویان دارای گرایش پائین به مصرف مواد است. این یافته با تحقیق سعیدیان و همکاران (۱۳۹۰) که نشان دادند درد مزمن جسمانی به عنوان علت اصلی روی آوردن به مواد مخدر مراجعین به مرکز ترک اعتیاد است، همسو است. طبق مطالعه مذکور شروع گرایش به سوء مصرف مواد در ۹/۳٪ از جمعیت مورد مطالعه به منظور استفاده از اثر ضد درد مواد مخدر برای کاهش شدت دردی با منشأ جسمانی بوده که با نمایش دیگر التیام نیافته و نیز افراد مبتلا به درد مزمن نسبت به عوامل خطرزای اجتماعی مانند پیشنهاد دوستان به سوء مصرف مواد مخدر آسیب‌پذیرتر از افراد بدون درد بودند. مصرف مواد مخدر از دیرباز تاکنون به عنوان یکی از شیوه‌های تسکین درد در میان افراد به کار می‌رود. این خاصیت تسکین‌دهی می‌تواند در مقابله با انواع درد مربوط به بیماری‌های خاص و غیره به کار رود. ممکن است بیماران مبتلا به اختلالات خودبیمارانگاری و روان‌تنی نیز به دلیل پایدار بودن علائم جسمانی بدون دستیابی به روش درمانی پزشکی مؤثر از مواد مخدر به عنوان مسکن استفاده کنند. طبق مطالعه بیگدلی، رضایی و رحیمیان بوگر (۱۳۹۱) خودبیمارانگاری سومین مقیاس بالینی شایع در افراد وابسته به مواد بر اساس آزمون ام‌ام‌پی‌آی است. مطالعه مک‌گاورنتال^۱ (۲۰۰۹)؛ به نقل از آسیابان، منشئی و عسگری، (۱۳۹۵) نشان داد علائم روان‌تنی در افراد وابسته به مواد بسیار شایع است. به نظر می‌رسد درد تنها مربوط به موارد جسمانی نیست و اگر درد روانی نیز در نظر گرفته شود می‌توان تصور کرد که به عنوان مثال فرد برای کاهش

1. McEvoy, Burgess, Page, Natha, & Fursland

2. Valentinera, Mountsa, & Deacon
3. Mc-Governetal

دردهای عمیق روانی ناشی از اضطراب و افسردگی به مواد مخدر متمایل شود (والنتینرا و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین این نتیجه با یافته‌های عباسی (۱۳۹۳) که نشان داد سلامت عمومی، جسمی، روانی و منبع کنترل درونی در افراد معتاد به طور معناداری از افراد سالم کمتر است، در یک راستا قرار دارد. بدین ترتیب عدم وجود ابزارهای مناسب درونی و بیرونی جهت مدیریت دردهای جسمانی و روانی می‌تواند باعث شود تا فرد راهبرد مقابله‌ای ناکارآمدی چون مواد مخدر را اتخاذ کند. از سوی دیگر ممکن است شدت درد، میزان تحمل درد یا ادراک فرد از درد بر راهبردی که جهت مقابله اتخاذ می‌کند تأثیرگذار باشد. هر چه شدت درد بیشتر شود ناتوانی و به دنبال آن جستجوی راه فوری و قوی مانند مصرف مواد مخدر برای تسکین درد نیز بیشتر می‌شود. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد پذیرش اجتماعی به طور معناداری در دانشجویان دارای گرایش بالا به مصرف مواد کمتر از دانشجویان دارای گرایش پائین به مصرف مواد است. این نتیجه با یافته‌های حجتی، شریف‌نیا، فغانی و سلماسی (۱۳۹۱) که به ارتباط معنادار و مثبت بین پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد دست یافت، همسو است. نتایج پژوهش هاشمی، بکلو، محمد زادگان، و کیلی و ایرانی (۱۳۹۳) نشان داد معتادان از سلامت روان و حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردارند؛ نتایج مطالعه حیدر نژاد، باقری بنجار و اصانلو (۱۳۹۱) بیانگر آن بود که سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی در افراد غیر معتاد نسبت به معتادان بیشتر است. همچنین یافته حاضر با مطالعه کرمی (۱۳۹۱) در رابطه با وجود همبستگی منفی میان آمادگی برای اعتیاد و پذیرش اجتماعی و مطالعه بیرامی و همکاران (۱۳۹۴) مبنی بر کمتر بودن میزان پذیرش اجتماعی در دانشجویان با اعتیاد به اینترنت نسبت به دانشجویان عادی همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت پذیرش اجتماعی یا به عبارتی دیگر درک از جامعه، اعتماد به دیگران، دیدن از زاویه دید دیگران ابتدا نیازمند پذیرش خود یا نگرش مثبت نسبت به خود و گذشته است. پذیرش اجتماعی در افراد متمایل به مصرف مواد کمتر است زیرا مسئله عدم پذیرش خود وجود دارد که در مواردی می‌تواند به خودسرزنبشی منجر شود. کسانی که خودسرزنبشی بالایی دارند مستعد انواع مسائل روانی مانند افسردگی

هستند که آن‌ها را در خود فرورفته می‌کند و هر چه افسردگی بیشتر باشد احتمال گرایش به مصرف مواد بیشتر است. از طرفی دیگر پذیرش اجتماعی به معنای عمل کردن مطابق انتظارات دیگران و همین‌طور دلبستگی به دیگران نیز هست. افراد وابسته به مواد در روابط خود با دیگران مهم زندگی مانند والدین مشکلاتی دارند. ممکن است دلبستگی ایمنی به مراقبان اولیه نداشته باشند؛ در نتیجه احساس ناامنی را مدام با خود همراه دارند. این ناامنی منجر به انواع اضطراب‌ها می‌شود و در افراد مضطرب استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد بسیار کاهش یافته (گلستان جهرمی و اعتصامی پور، ۱۳۹۱) و مصرف مواد راهبردی ناکارآمد برای کاهش تنش می‌شود. افراد وابسته به مواد به دلیل مسائل بین فردی خود قادر به هم‌نوایی و رفتار کردن مطابق انتظارات دیگران نیستند. در نتیجه بیشتر از سوی جامعه طرد می‌شوند و طرد دیگران زمینه ملحق شدن آن‌ها به گروه‌های همسالان منحرف را افزایش می‌دهد که مصرف مواد را در آن‌ها تشویق می‌کنند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در تدوین مداخلات پیشگیرانه گروه‌های در معرض خطر وابستگی به مواد در جامعه به‌طور کلی و در سطح کلان و مداخلات درمانی فردی در افراد وابسته به مواد کاربرد داشته باشد. در همین راستا متغیرهای موجود در پژوهش (مشکلات بین فردی، جسمانی سازی و پذیرش اجتماعی) می‌تواند در تنظیم مداخلات مرتبط با کاهش گرایش به مصرف مواد لحاظ شود. تمرکز بر والدین به عنوان افراد مهم تأثیرگذار بر گرایش به مصرف مواد، ارتقاء مهارت‌های فرزندپروری و برقراری رابطه مناسب با فرزندان جهت کاهش مسائل بین فردی و در نتیجه پیشگیری از مصرف مواد ضروری به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر علاوه بر دانشجویان در سایر گروه‌های سنی، سایر دانشگاه‌ها (روزانه، آزاد و پیام نور) و در نقاط دیگر کشور جهت تعمیم‌دهی بیشتر نتایج کسب شده، اجرا شود.

منابع

آسیابان، سمیرا؛ منشی، غلامرضا و عسگری، پرویز (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی بر علائم روان تنی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۱۰(۴۰)، ۱۹۹-۱۸۲.

بیرامی، منصوره؛ موحدی، یزدان؛ خرازی نوتاش، هانیه و البرت، سونیا (۱۳۹۴). پذیرش اجتماعی و سلامت عمومی در دانشجویان با و بدون اعتیاد به اینترنت. *سلامت جامعه*، ۹(۲)، ۲۸-۲۱.

بیگدلی، ایمان الله؛ رضایی، علی محمد و رحیمیان بوگر، اسحق (۱۳۹۱). اختلالات روانی شایع در سوء مصرف کنندگان مواد. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۲(۱)، ۹۳-۱۰۹.

حیدرنژاد، علی رضا؛ باقری بنجار، عبدالرضا و اصانلو، علی (۱۳۹۱). مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد و غیرمعتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۶(۲۴)، ۸۵-۹۴.

سحقی، حکیم؛ قران صباغ، فاطمه؛ و محمدی، علی (۱۳۹۶). مروری بر عوامل مخاطره آمیز فردی، بین فردی، محیطی و اجتماعی مرتبط با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۲(۱۵)، ۳۰-۲۳.

سعیدیان، سید رضا؛ اشرفی زاده، سیده ثریا؛ پاک سرشت، سیروس و سیاح برگرد، مهدی (۱۳۹۰). تعیین فراوانی سوء مصرف مواد افیونی در بیماران با درد مزمن جسمانی به عنوان علت اصلی روی آوردن به مواد مخدر مراجعین به مرکز درمانی ترک اعتیاد. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۵۳(۲)، ۸۶-۹۳.

عباسی، محمدعلی (۱۳۹۳). *مقایسه سلامت عمومی، تاب‌آوری منبع کنترل در معتادین به مواد مخدر و افراد عادی شهرستان بوانات*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت.

عسگری، پرویز؛ احتشام‌زاده، پروین، و پیر زمان، سهیلا (۱۳۸۹). رابطه پذیرش اجتماعی و نقش جنسیتی (آندروژنی) با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دختر. *فصلنامه زن و فرهنگ*، ۲(۵)، ۹۹-۱۱۰.

عصاریان، فاطمه؛ عبدالله، امیدی و اکبری، حسین (۱۳۸۳). بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی و شخصیتی جوانان وابسته به مواد مخدر افیونی در شهر کاشان. *نشریه فیض*، ۸(۱)، ۳۷-۴۲.

غفاری، زینب؛ زرگر، یدالله، و مردانی، مریم (۱۳۹۴). بررسی رابطه ساده و چند گانه ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب‌زا و اختلالات شخصیت با علائم جسمانی سازی در پرستاران شاغل بیمارستان‌های شهر اهواز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳(۳)، ۲۶-۳۵.

فرچاد، محمدحسین (۱۳۸۵). *آسیب‌شناسی اجتماعی و جامعه‌شناسی انحرافات*. نشر معلم، تهران.

کرمی، جهانگیر (۱۳۹۱). رابطه بین باورهای فراشناختی و پذیرش اجتماعی با آمادگی برای اعتیاد در دانشجویان. *دستاوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روانشناسی)*، ۴(۲)، ۱۴-۱.

گلستان جهرمی، فاطمه و اعتصامی پور، راضیه (۱۳۹۱). مقایسه راهبردهای مقابله ای شناختی با نشانه های اضطراب و افسردگی در نوجوانان و بزرسالان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی زابل*، ۱۴(۶)، ۶۷-۶۰.

گنجی، حمزه (۱۳۸۳). *ارزشیابی شخصیت (پرسش نامه ها)*. تهران، انتشارات ساوالان.
 موحدی، یزدان؛ خرازی نوتاش، هانیه و بیگلر، محمد حسین (۱۳۹۳). مقایسه ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد معتاد و هم‌متیان عادی. *پژوهش توان بخشی در پرستاری*، ۱(۲)، ۷۲-۶۳.

میرحسامی، شریف (۱۳۸۸). *بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان و نوجوانان به اعتیاد*. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه پیام نور.

وجودی، بابک؛ عطارد، نسترن؛ و پورشریفی، حمید (۱۳۹۳). مقایسه حساسیت بین فردی و ابراز وجود در افراد وابسته به مواد مخدر و عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۸(۳۱)، ۱۱۸-۱۱۰.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Ansari-Moghaddam, A., Rakhshani, F., Shahraki-Sanavi, F., Mohammadi, M., Miri-Bonjar, M., & Bakhshani, N. M. (2016). Prevalence and patterns of tobacco, alcohol, and drug use among Iranian adolescents: A meta-analysis of 58 studies. *Children and Youth Services Review*, 60, 68-79.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP- 32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-35.
- Chassin, L., Curran, P. J., Hussong, A. M., & Colder, C. R. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow-up study. *Journal of abnormal psychology*, 105(1), 70-81.
- Chen, L., Yan, Z., Tang, W., Yang, F., Xie, X., & He, J. (2016). Mobile phone addiction levels and negative emotions among Chinese young adults: The mediating role of interpersonal problems. *Computers in Human Behavior*, 55, 856-866.
- De Matos, M. B., De Mola, C. L., Trettim, J. P., Jansen, K., Da Silva, R. A., De Mattos Souza, L. D., ... & De Quevedo, L. A. (2018). Psychoactive substance abuse and dependence and its association with anxiety disorders: a population-based study of young adults in Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40, 349-353.
- Facundo, F. R. G., & Pedrão, L. J. (2008). Personal and interpersonal risk factors in the consumption of illicit drugs by marginal adolescents and

- young people from juvenile gangs. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 16(3), 368-374.
- Hamid, P. N., & Cheng, S. T. (1996). The development and validation of an index of emotional disposition and mood state, the Chinese affect scale. *Educational Psychology Measurement*, 56, 995-1014.
- Hassan, I., & Ali, R. (2011). The association between somatic symptoms, anxiety disorders and substance use. A literature review. *Psychiatric Quarterly*, 82(4), 315-321.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 56(6), 885-894.
- Kamath, A., Hegde, A., & Roy, K. (2016). Do interpersonal problems catalyze experimentation of substance use among adolescents? An observational study. *Australasian Medical Journal (Online)*, 9(6), 152-160.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 61(2), 121-140. DOI: 10.2307/2787065.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266.
- Kuo, P. H., Yang, H. J., Soong, W. T., & Chen, W. J. (2002). Substance use among adolescents in Taiwan: associated personality traits, incompetence, and behavioral/emotional problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 27-39.
- Laukkanen, E. R., Shemeikka, S. L., Viinamäki, H. T., Pölkki, P. L., & Lehtonen, J. O. (2001). Heavy drinking is associated with more severe psychosocial dysfunction among girls than boys in Finland. *Journal of Adolescent Health*, 28(4), 270-277.
- Leary, M. R. (2010). Affiliation, acceptance, and belonging. *Handbook of social psychology*, 2, 864-897.
- McEvoy, P. M., Burgess, M. M., Page, A. C., Nathan, P., & Fursland, A. (2013). Interpersonal problems across anxiety, depression, and eating disorders: A trans diagnostic examination. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 129-147.
- Reed, E., Amaro, H., Matsumoto, A., & Kaysen, D. (2009). The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: Examination of the role of victim and perpetrator substance use. *Addictive Behaviors*, 34(3), 316-318.
- Simcharoen, S., Pinyopornpanish, M., Haoprom, P., Kuntawong, P., Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2018). Prevalence, associated factors and impact of loneliness and interpersonal problems on internet

- addiction: A study in Chiang Mai medical students. *Asian journal of psychiatry*, 31, 2-7.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). Results from the national survey on drug use and health: Summary of national findings, NSDUH Series H-48, HHS publication no. (SMA) 14-4863. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Swain, R. C., Oetting, E. R., Edwards, R.W., & Beauvais, F. (1989). Links from emotional distress to adolescent drug use: A path model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 227-231. DOI: 10.1037/0022-006X.57.2.227.
- Trafton, J. A., Cucciare, M. A., Lewis, E., & Oser, M. (2011). Somatization is associated with non-adherence to opioid prescriptions. *The Journal of Pain*, 12(5), 573-580.
- Valentiner, D. P., Mounts, N. S., & Deacon, B. J. (2004). Panic attacks, depression and anxiety symptoms, and substance use behaviors during late adolescence. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 573-585.
- World Health Organization, (2010). Atlas on Substance Use: Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders. World Health Organization Geneva.
- Yoshimasu, K. (2012). Substance-related disorders and somatic symptoms: how should clinicians understand the associations? *Current Drug Abuse Reviews*, 5(4), 291-303.
- Zvolensky, M. J., Kosiba, J. D., Grover, K. W., & Perrone, M. D. (2013). Assessment of Substance Abuse and Dependence in Anxiety Disorders. In *Handbook of Assessing Variants and Complications in Anxiety Disorders* (pp. 93-106). Springer, New York, NY.