

هنجاریابی آزمون آمادگی اعتیاد به منظور شناسایی افراد مستعد سوء مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران

عزت‌اله کردمیرزا ۱
دکتر حسین آزاد ۲
دکتر حسین اسکندری ۳

چکیده:

تحقیقات اخیر با استناد به مطالعات جامع و الگول نشان داده است که در کنار افراد وابسته به یکی از انواع مواد مخدر، تعداد قابل توجهی از افراد را می‌توان یافت که از نظر شخصیتی مستعد اعتیاد به مواد مخدر هستند. پژوهش حاضر نیز با امان نظر به این تحقیقات و با هدف آماده سازی و بررسی ارزش تشخیصی سه خرده مقیاس پذیرش اعتیاد (AAS)، استعداد اعتیاد (APS) و می‌بارگی مک اندرو (MAC.R) از فرم بلند آزمون چند وجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI-۲) در مورد سوء مصرف مواد طراحی شده است که پس از مطالعه مقدماتی (Pilot Study) به صورت مشترک و در قالب یک فرم ۹۰ سوالی تنظیم و بر روی ۱۰۸ معتاد داوطلب درمان و همچنین ۵۰۰ دانشجویی که به روش نمونه گیری طبقه ای و تصادفی ساده از چهار گروه آموزشی پزشکی، هنر، فنی و مهندسی و علوم انسانی در سطح دانشگاه های تهران انتخاب شده بودند، اجرا و پاسخ به سوال زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۱. آیا بین مصرف مواد و نمره حاصل در مقیاس سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد؟
۲. آیا بین جنسیت و نمره حاصل از مقیاس آمادگی سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد؟
۳. آیا بین نمرات گروه های آموزشی (هنر، فنی و مهندسی، پزشکی و انسانی) در مقیاس آمادگی اعتیاد رابطه وجود دارد؟

بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، مقیاس مورد سنجش، توانایی تفکیک معتادان را از سایر اقشار جامعه، تعیین موارد سوء مصرف مواد و تفکیک گروه‌های پر خطر را دارد و نیز محاسبه آلفای کرونباخ نشان می‌دهد که مقیاس‌های AAS، MAC.R، و APS به ترتیب حائز بیشترین توان هستند. همچنین نتایج حاصل از تحلیل عوامل به روش تأییدی، سه عامل را مشخص کرد که به ترتیب، عامل A (Addiction)، N (Neurosis) و E (Emotional) نامگذاری شدند.

کلید واژگان: هنجاریابی، MMPI-۲، عوامل خطر ساز اعتیاد، استعداد اعتیاد، اعتراف به مصرف مواد، تحلیل عامل

-
- ۱- کارشناس ارشد روان شناسی- اداره کل درمان و بازتوانی ستاد
 - ۲- هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی
 - ۳- هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه:

بسیاری از مردم در طول زندگی خود ممکن است به مصرف الکل یا داروهای غیرقانونی بپردازند که در این میان نه تنها تمامی آنها با مشکلات مرتبط با مواد مواجه نمی‌شوند، بلکه دامنه مشکلاتی که احتمالاً تجربه خواهند کرد از فردی به فرد دیگر متفاوت است؛ به همین نسبت هر طبقه از داروها، اثرات کوتاه مدت و بلند مدت دارند که به میزان مصرف و قدرت دارو بستگی دارد که این اثرات نیز از شخصی به شخص دیگر متفاوت است.

آنچه مهم جلوه می‌نماید سنجش سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد، از طریق تعیین عوامل خطر ساز^۱ و به همین نسبت جلوگیری از بغرنج شدن رفتار اعتیادی است. بر این اساس و با استناد به مدارک جامع و الگول، برخی از محققان ارزیابی استعداد اعتیاد را مسلّم دانسته و تلاش‌های وافر در این رابطه به عمل آورده‌اند؛ از جمله اقدامات صورت گرفته، استفاده از آزمون‌های قلم-کاغذی مثل MMPI-۲ برای سنجش اعتیاد و استعداد گرایش به آن بوده است. برخی امید به ساخت ابزارهایی برای تشخیص استعداد اعتیاد دارند و بعضی دیگر وجود شخصیت معتادگونه را انکار کرده‌اند (اخوت، ۱۳۵۵، ۸۴).

به‌رغم همه کوشش‌های علمی و بین‌المللی، در کشور ایران با این‌که وابستگی دارویی و سوء مصرف آن به‌عنوان یکی از جدی‌ترین آسیب‌های اجتماعی و روانی تلقی می‌شود و بخش عمده‌ای از زندانیان کشور را به خود اختصاص می‌دهد، هنوز رویکردی علمی که بر الگوهای^۲ رایج زیستی، روانی و اجتماعی مبتنی باشد به محک تجربه در نیامده است. به عبارت دیگر عمده مطالب تحریر شده، بر تاریخچه و ادبیات نوشتاری مبتنی بوده است، لذا ضمن حفظ اصول وابسته به فرهنگ و ساختار ارزش‌های خانوادگی و اجتماعی، می‌بایست نسبت به تجربه الگوهای آزمایشی و استفاده از دستاوردهای برون مرزی در قالب استانداردهای ایرانی اقدام لازم را مبذول داشت.

۱-Risk Factors

۲-Models

بدیهی است نیاز فوری و مبرم به آزمون‌های روانشناختی، بویژه وسایلی که ما را در ارزشیابی شخصیت افراد ایرانی، شناخت خصوصیات روانی - اجتماعی و درمان آنان یاری می‌دهد، نباید باعث شود که مبانی و اصول علمی روانسنجی نادیده گرفته شود. کاربرد آزمون‌های ترجمه شده خارجی، بویژه آزمون‌های ارزشیابی شخصیت و تشخیص مشکلات عاطفی باید مبتنی بر پژوهش‌هایی در زمینه محتوای این قبیل آزمون‌ها، نحوه اجرا، نمره گذاری، تفسیر و به طور کلی میزان کردن آنها برای جمعیت ایرانی باشد.

طرح و بیان مسأله:

هم اکنون در کشور ما تنها نظام رسمی که توسط مراجع ذیصلاح (بویژه در زمینه محکومیت دستگیرشدگان، صدور مجوز پیشه‌وری، استخدام و ازدواج) مورد استفاده قرار می‌گیرد، مبتنی بر الگوی پزشکی است. آزمایش نمونه‌های خون و ادرار می‌تواند موادی را که به تازگی مصرف شده است نشان دهد و مقادیر موجود در سرم خون می‌تواند اطلاعات اضافی در مورد میزان ماده‌ای که هنوز در بدن وجود دارد فراهم کند، اما، باید توجه داشت که مثبت بودن نتیجه آزمایش خون یا ادرار به خودی خود نمی‌تواند حاکی از آن باشد که شخص الگوئی از مصرف دارد که با ملاک‌های اختلال مرتبط با مواد مطابقت می‌کند و منفی بودن نتیجه آزمایش خون یا ادرار نیز به خودی خود نمی‌تواند تشخیص اختلال مرتبط با مواد را منتفی سازد.

این امر در حالی است که برخی گزارش‌ها حکایت از آن دارد که دلایل عمده مرگ زودرس، بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها، تصادفات و خودکشی هاست؛ یعنی، تمام آنچه که ممکن است به سوء مصرف مواد مرتبط باشد (گرانیت و هاجسون، ۱۹۹۲، ص ۱۴). از طرف دیگر احتمال دارد رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت‌بار با مصرف مواد رابطه داشته باشد که به شکل زودخورد یا اعمال جنایتکارانه رخ می‌دهند، و ممکن است به مصدوم شدن مصرف‌کننده مواد یا دیگران منجر شود. تصادفات اتومبیل و انواع حوادث در خانه و محل کار، از مهمترین مشکلات مسمومیت با مواد بوده و میزان قابل ملاحظه

ای از بیماری‌ها و مرگ و میر را موجب می‌شوند. به‌طور تقریبی در حدود نیمی از مرگ و میرهای بزرگراه‌ها را رانندگان یا عابرانی تشکیل می‌دهند که دچار مسمومیت ناشی از مصرف مواد بوده‌اند. از این گذشته، حدود ۱۰ درصد افرادی که به مواد وابستگی دارند اقدام به خودکشی می‌کنند، که اغلب در بافت یک اختلال خلقی ناشی از مواد اتفاق می‌افتد. همچنین بیشتر و شاید همه مواد از جفت عبور کرده و ممکن است عوارض نامطلوبی بر جنین بگذارند (DSM.IV، ۱۹۹۴، : ۳۴۲).

هدف از بیان مطالب مذکور این است که اقدام در هر زمینه و سطحی، مستلزم یک ارزیابی کامل حتی در شرایطی که محدودیت زمان و منابع وجود دارد، است. اگر چه فرایند ارزیابی همیشه درست و صحیح انجام نمی‌گیرد با این حال، شناسایی دامنه بروز و شیوع سوء مصرف مواد و وابستگی دارویی اولین و مهمترین گام در کنترل و پیشگیری از آن است.

اغلب سوء مصرف کنندگان مواد را نمی‌توان به سادگی شناخت به ویژه آنهایی را که در مراحل اولیه هستند. چرا که تظاهرات روانشناختی، اجتماعی، و جسمانی آنان بسیار گسترده است و به طور خاص بستگی به ماده یا مواد مورد سوء مصرف، دفعات مصرف و سایر عوامل از قبیل سن و سلامت جسمانی مصرف کننده دارد. در مراحل اولیه، سوء مصرف مواد ممکن است، نشانگانی شبیه بسیاری از بیماری‌های جسمانی و روانپزشکی از قبیل اضطراب، افسردگی، پارانوئیا، و کسالت های جسمانی مبهم همراه باشد. از این رو اهمیت ارزیابی را می‌توان در موارد زیر خلاصه کرد:

- افزایش آگاهی در مورد دامنه سوء مصرف مواد و الکل و آمادگی برای کنترل آن؛
- ترغیب و تسهیل مطالعه درباره مشکلات مواد و الکل برای کسانی که در مراکز بهداشتی-درمانی و یا پیشگیری فعالیت دارند؛
- رشد مهارت‌های مناسب به منظور مقابله با مشکلات سوء مصرف مواد؛
- ارائه خدمات اطلاعاتی به مراکز بهداشت روانی، مددکاران اجتماعی و نیروهای انتظامی؛

- اتخاذ رویکردهای مناسب به منظور تأثیرگذاری بر جامعه در جهت کاهش تقاضای سوء مصرف مواد.

اهداف پژوهش:

- (۱) هنجاریابی سه خرده مقیاس مرتبط به سوء مصرف مواد در آزمون MMPI-۲ در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی تهران
 - (۲) مقایسه دانشجویان گروه‌های چهار گانه آموزشی (هنر، فنی مهندسی، پزشکی و علوم انسانی) از نظر آمادگی اعتیاد و گرایش به سوء مصرف مواد.
 - (۳) مقایسه دانشجویان دختر و پسر از نظر آمادگی گرایش به اعتیاد و سوء مصرف مواد.
- در این پژوهش فرض بر آن است که شخصیت معتاد کاریکاتور دقیقی از خطوط مشترک شخصیتی افراد معتاد با ویژگی‌هایی از قبیل عدم بلوغ عاطفی، نامعلوم بودن آرمان‌ها یا افول آرمان‌ها، عدم باور نیروی شخصی برای حل مشکلات و کم‌رنگ شدن ارزش‌های مذهبی است.

مبانی نظری پژوهش:

فنیچل (۱۹۴۵) در یک چارچوب روان تحلیل‌گرانه می‌نویسد: "دلایل برای گرایش به الکل (و سایر مواد اعتیاد آور)، وجود ناکامی‌های بیرونی و یا بازداری‌های درونی است، به گونه‌ای که فرد جرأت فعالیت مجدد سوپرایگو را بدون کمک مصنوعی ندارد. براساس دیدگاه روان تحلیلگری، سوء مصرف داروها و الکل بر حسب تثبیت لیبیدوئی، با پسرفت به سطح پیش تناسلی، دهانی، یا حتی سطوح ابتدائی‌تر رشد روانی-جنسی توصیف شده است و بیش از همه بر مرحله دهانی تأکید شده است (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۳ : ۲۱۷).

براساس این دیدگاه، سوء مصرف کننده مواد، شخصیتی است که از جنبه اقتصاد روانی عمیقاً و برای همیشه براساس نمونه مشهور روان نژند یعنی اودیپی - مثلثی - تناسلی شکل گرفته است (برژره، ۱۳۶۸: ۴).

از سوی دیگر، نظریه های رفتاری بر عواملی از قبیل کاهش تنش، الگوهای شناختی و انتظار و شرطی سازی، تأکید دارند. از نظر این دیدگاه، نوع و مدت استرس که احتمالاً پایه تنش است، بر مواد مصرف شده و تفاوت های فردی در آسیب پذیری نسبت به آن مؤثر است (کاپل و گرلی، ۱۹۸۷).

همچنین، نگرش های فردی که الکل یا مواد را مصرف می کند، و انتظاراتی که در مورد پیامدهای دلخواه خود دارد، نقشی اساسی را در سوء مصرف بازی می کند، برای مثال تلقی الکل به عنوان یک «اکسیر جادویی» (مارلات، ۱۹۸۷).

در چارچوب روانی - اجتماعی نیز توجه به سه نظریه ضروری است. نخست نظریه یادگیری اجتماعی، که ترکیبی از الگوهای سبب شناسی (از جمله فرضیه کاهش تنش، مفهوم انتظار و ژنتیک) است و بر اهمیت نمادها، جانشین ها، فرایندهای خود نظم بخشی و شناخت تأکید دارد. (اسکیلیت، ۱۹۹۱: ۱۳۵). رویکرد بعدی، تعامل خانوادگی است که از طریق مطالعه تأثیرات والدینی، ارتباط پایدار الکلیسم را با کمبودهای رفتاری والدین از قبیل غیبت، تنش خانوادگی، عدم پذیرش، فاصله های هیجانی، بیگانگی و عدم پاسخدهی والدین به نیازهای کودکان بررسی می کند (همان منبع، ص ۱۳۶).

و بالاخره رویکرد سیستم های تحولی در نظریه یادگیری اجتماعی که بر پایه مفهوم سازی ها گسترش یافته است. یک مفهوم سازی عبارتست از «مرزبندی کردن»، به این معنی که خانواده دارای مرزی است که درون و بیرون آن را جدا می سازد و یک مفهوم دیگر «تبادل حیاتی» است.

و اما تبیین در سطح فرهنگی - اجتماعی، نقطه تلاقی بین جامعه شناسان و مردم شناسان است (بالکان، ۱۹۴۳، بالز، ۱۹۴۶؛ گاسفیلد، ۱۹۳۶؛ پیتمن و اشنايدر، ۱۹۶۲؛ آلمن، ۱۹۵۸). در این سطح، باورها و رفتارهای مشترک اجتماعی به گونه ای که با نوع مواد مرتبط هستند، مهم تلقی می شوند. بالز (۱۹۴۶) سه متغیر اجتماعی - فرهنگی را که بر الکلیسم اثرگذار است تعیین و معتقد بود مشکل از تعامل بین این سه متغیر به

وجود می آید که از این قرار است : عوامل پویا یا درجه ای از تنش که به وسیله فرهنگ ایجاد می شود، هنجارها درباره سوء مصرف، و درجه ای که فرهنگ راهبردهای کنار آمدن با استرس را فراهم می آورد.

برخی از نظریه های اجتماعی فرهنگی (هیس، ۱۹۸۸)، بین عوامل سبب شناختی که « مستعد کننده ها» نامیده شده اند و معمولاً دارای ماهیت زیست شناختی- ژنتیکی هستند و « تسریع کننده ها» که اغلب محیطی یا فرهنگی هستند، تمایز قائل شده اند. به عبارت دیگر، تبیین های اجتماعی- فرهنگی بر باورها، ارزش ها، نگرش های حفظ شده به وسیله گروه ها (درباره مواد) به عنوان عاملی مهم، تاکید می کنند (اسکیت، ۱۹۸۹: ۱۳۹).

عوامل خطر ساز اعتیاد^۱

بسیاری از پژوهشگران حوزه اعتیاد و بویژه اکثر افراد عادی جامعه، بر این باورند که ساختمان شخصیت برخی افراد برای پذیرش اعتیاد مساعدتر از دیگران است. اینان می پندارند که این زمینه مساعد بی گمان شرط اولیه و لازم ابتلا به اعتیاد است و بدین ترتیب مسأله را بیش از حد ساده می انگارند. تنها مزیت این کار آن است که به مسأله، ظاهری روشن و آشکار می بخشد (برزهره ، ۱۳۶۸: ۵).

بدین ترتیب عواملی وجود دارند که احتمال یا امکان سوء مصرف مواد و اعتیاد را افزایش می دهند. عوامل خطر ساز در گرایش به اعتیاد ضامن اعتیاد در آینده نیستند، بلکه بیشتر پیش بینی کننده ها و شاخص های اعتیاد بالقوه هستند (لاندری، ۱۹۹۳: ۱۵)

عوامل خطر ساز از نظر روان پزشکی

مشکلات روان پزشکی ممکن است نقش های چندگانه ای را در رشد اعتیاد بازی کند. چنین مشکلاتی اغلب دلیلی برای شروع و نیز حفظ مصرف مواد هستند؛ برای مثال، این

احتمال وجود دارد که مردم الکل را به منظور کاهش علائم درد و اضطراب مصرف کنند. اگرچه شاهدی برای یک شخصیت معتاد^۱ که منجر به اعتیاد شود وجود ندارد، اما یک دسته صفات شخصیتی نظیر سطح پایین تحمل استرس، تصویر منفی از خود، فقدان شایستگی، انزوا و افسردگی وجود دارد که از اعتیاد ناشی می شوند

عوامل خطر ساز از نظر رفتاری

اجتماع ستیزی اولیه و رفتار بزهکارانه (مانند اختلال کرداری) با سوء مصرف اولیه مواد و اعتیاد مرتبط است. عملکرد تحصیلی ضعیف و فقدان تعهد آموزشی نیز با احتمال افزایش سوء مصرف مواد مرتبط هستند. سوء مصرف، اغلب به دنبال یک دوره نگرش‌های منفی نسبت به خود و سایرین، گرفتاری (تعامل) اجتماعی با سایر همسالان ناراحت و رفتار غیر قابل قبول اجتماعی برای دستیابی به خود ارزشی و رضای خاطر ایجاد می شود.

عوامل خطر ساز جمعیت شناختی

برخی عوامل جمعیتی با سوء مصرف و اعتیاد مرتبط هستند. برای نمونه در مجموع مردان میزان بالاتری از سوء مصرف و اعتیاد را نسبت به زنان نشان داده اند. برخی گروه‌های نژادی و فرهنگی از قبیل آمریکایی‌های آفریقائی تبار و اسپانیایی‌ها، سطح بالاتری از اعتیاد را نسبت به سایر گروه‌ها (در جامعه آمریکا) داشته اند. زندگی در داخل شهر با موانع شغلی، آموزشی و اقتصادی توأم است که احتمال سوء مصرف و اعتیاد را افزایش می دهند.

عوامل خطر ساز خانوادگی

والدین و سایر اعضای خانواده می توانند احتمال مصرف و سوء مصرف مواد کودکان را از طریق الگوسازی و سرمشق گیری افزایش دهند. انطباق متناقض والدین، فقدان

صمیمیت خانوادگی و وجود والدینی که فاقد مهارت‌های لازم هستند با درگیری اولیه با الکل و سایر مواد، مرتبط هستند. یک مطالعه جدید اشاره کرده است که الکل و والدین از طریق استرس و اثر منفی آن، کاهش نظارت والدین و افزایش تهیج‌پذیری مزاجی آنان، می‌تواند بر مصرف مواد نوجوانان تأثیرگذار.

عوامل خطر ساز اجتماعی

کودکان از طریق مصرف الکل توسط همسالان و نگرش‌های آنان نسبت به مصرف مواد، تحت تأثیر قرار می‌گیرند. نوجوانانی که دوستانشان به الکل و سایر مواد دسترسی دارند بطور فزاینده در معرض خطر بوده و احتمال زیادی برای تبدیل آنها به مصرف‌کننده مواد وجود دارد. بزرگسالان اغلب از طریق همسالانشان به این صورت تأثیر می‌پذیرند که ماده خاصی را انتخاب کنند.

عوامل خطر ساز وراثتی

از قدیم یک عامل وراثتی که بر افزایش احتمال اعتیاد به الکل تأثیر می‌گذارد فرض شده است. به عنوان مثال، پسران و دختران افراد الکل‌سزم سه یا چهار برابر بیشتر احتمال دارد که نسبت به افرادی که تاریخچه خانوادگی الکل‌سزم ندارند، به عنوان یک الکل‌سزم رشد کنند. به همین دلیل، اعتیاد به سایر مواد نیز با یک تاریخچه خانوادگی الکل‌سزم مرتبط است.

برخی از افراد، پس از نخستین حمله ناشی از مصرف الکل سطح پایین تری از یک انتقال دهنده عصبی به نام سروتونین را نشان داده‌اند. بنابراین، ممکن است تعدادی از افراد الکل‌سزم از پیش تعیین شده در این انتقال دهنده عصبی داشته باشند. در واقع، مصرف الکل تلاشی برای رهایی از این عدم تعادل انتقال دهنده عصبی است. به عبارت دیگر ممکن است نوعی از الکل‌سزم با کمبود سروتونین مرتبط باشد و نوعی دیگر، از سایر کمبودهای زیست‌شناختی ناشی شود.

عوامل خطر ساز دارو شناختی

داروشناسی عبارتست از مطالعه داروها و اثرات آنها بر بدن. چندین عامل داروشناختی، خطر ادامه مصرف، سوء مصرف و اعتیاد را افزایش می دهند (همان منبع، : ۱۷-۱۵).

سازوکارهای تقویتی مغز

شاید مهمترین عامل داروشناختی روانی مؤثر در سوء مصرف خودسرانه داروها، به قابلیت دارو در تقویت وضعیت موجود و ایجاد وضعیت مثبت بستگی داشته باشد. تا چندی پیش دانش اندکی درباره سازوکارهای مغزی در تقویت داروها وجود داشت. بنابراین، اثبات این که حیوانات آزمایشگاهی گونه ای از سوء مصرف داروها را اعمال خواهند کرد الگوی مهمی را به وجود آورد که به واسطه آن سازوکارهای مغزی در تقویت دارو مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است.

اکنون شواهدی قوی نشان می دهد که سیستم لیمبیک میانی مغز در تقویت دارو دخالت دارد. سیستم لیمبیک میانی، مشتمل بر دوپامین مؤثر در یاخته های عصبی است که اجسام سلولی آنها در ناحیه میانی مغز می باشد. این اجسام سلولی اکسون های درازی را در مسیر بخش میانی جلو مغز (قدامی مغز) به وجود می آورد تا هسته آکومبنس^۱ و دیگر ساختار پراکنده سیستم لیمبیک از جمله سپتوم، آمیگدال و گره های بویائی را تحریک کند (ایزاکسون، ۱۹۷۴). تحریک الکتریکی لیمبیک میانی در امتداد بخش میانی قدامی مغز تقویت می شود و این اثر تقویتی به نظر می رسد که از طریق آزادسازی دوپامین از پایانه های پیش سیناپسی که ساختار لیمبیک مورد نظر را تحریک می کنند، به وجود می آید. در سیستم لیمبیک میانی دوپامین ظاهراً نقش حیاتی در ایجاد اثر تقویتی تحریک الکتریکی بخش میانی قدامی مغز داشته و در کاهش اثر تقویتی داروهای محرک تأثیر دارند. در حال حاضر، روشن نیست که آیا دیگر سیستم های دوپامین مانند سیستم های توبروهایپوفاییل^۲ نیز در حفظ و نگهداری داروهای محرک به صورت ارادی دخالت دارند یا خیر؟

۱- Accumbens

۲- Tuberohypophyseal

سرانجام این که، سازوکارهای مؤثر مغزی در اثرات تقویتی توهم زاها و تأثیر تی . اچ سی^۳ موجود در آن مواد، کمتر قابل فهم هستند، زیرا حیوانات آزمایشگاهی این داروها را به راحتی مصرف نخواهند کرد. بنابراین گفته می‌شود که ال. اس. دی^۴ اتیلامید لیزرژیک یک داروی ضد درد آگونیست در گیرنده‌های سروتونین است که اجسام سلولی سروتونین مؤثر بر اعصاب در هسته راف واقع شده اند. به علاوه، یافته اخیر نشان می‌دهد که راه‌های استیل کولین در محدوده سیستم لیمبیک، حداقل تا حدی، برخی از اثرات رفتاری ناشی از تی اچ سی آن را سبب می‌شود (اسکیت، ۱۹۹۱: ۲۵ و ۲۴). برخی از منابع دیگر، عوامل خطر آفرین اعتیاد را در قالب مقوله هائی متفاوت از نوع ذکر شده در صفحات قبل، اما با ماهیتی کم و بیش یکسان دسته بندی کرده اند که در زیر به نمونه‌ای از آن اشاره می‌شود.



جدول ۹-۲ عوامل مخاطره آفرین در گرایش به سوء مصرف مواد

عوامل مخاطره آفرین اجتماعی	عوامل مخاطره آفرین محیطی و بین فردی	عوامل مخاطره آفرین فردی
<ul style="list-style-type: none"> • فقدان قوانین و مقررات جدی ضد مواد مخدر • بازار مواد • مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی • کمبود فعالیتهای جایگزین • کمبود امکانات حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی • حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی • توسعه صنعتی، محرومیت اقتصادی - اجتماعی 	<ul style="list-style-type: none"> • عوامل مربوط به خانواده • غفلت از فرزندان • وجود الگوی نامناسب در خانواده • خانواده آشفته • عوامل مربوط به دوستان • دوستان مصرف کننده مواد • عوامل مربوط به مدرسه • فقدان حمایت • فقدان محدودیت • عوامل مربوط به محل سکونت • شیوع خشونت و اعمال خلاف 	<ul style="list-style-type: none"> • دوره نوجوانی • استعداد ارثی • صفات شخصیتی • صفات ضد اجتماعی • پرخاشگری • اعتماد به نفس پائین • اختلالات روانی • افسردگی • فوبی • نگرش مثبت به مواد • موقعیت‌های مخاطره آفرین • ترک تحصیل • بی سرپرستی • تأثیر مثبت مواد بر فرد

منبع: رحیمی، ۱۳۷۶: ۴، ۲ و ۱، پژوهش‌های علمی و مطالعات فرهنگی

مبانی تجربی تحقیق: *رساله جامع علوم انسانی*

پرسکر^۱ از جمله پژوهشگرانی است که سعی داشته معتادان مورد مطالعه خود را در طبقه‌بندی‌های رایج روانپزشکی جای دهد. وی که گروه مورد مطالعه خود را از میان معتادان بستری در بیمارستان لک‌زینگتون انتخاب کرده است، نتیجه می‌گیرد که ۸۸/۱

درصد دارای خصوصیات ضد اجتماعی و ۶/۸ درصد دارای شخصیت روان نژند و ۵/۶ درصد واجد خصوصیات افراد ضد اجتماعی بوده اند. گرایش‌های ضد اجتماعی در معتادان مورد مطالعه چین لاند^۱ نیز مشهود بوده است. در گروه مورد مطالعه اسکالر^۲ نیز رفتارهای ضد اجتماعی خصومت و عناد و کینه توزی و سایر آثار و علائم سوسیوپاتی را می بینیم. پژوهش حکیمیان و گرشان^۳ بر روی ۱۱۲ معتاد به هروئین در بیمارستان بلویر نیز وجود آثار و علائم مرضی شخصیت‌های جامعه ستیز را در آنها تأیید می کند. مطالعات لومباردی^۴ و گیلبر^۵ و یافته آزوبل^۶ نیز مؤید آن است که بسیاری از معتادان صفات و ویژگی‌های افراد جامعه ستیز را از خود نشان می دهند. به منظور بررسی دقیق‌تر و عینی‌تر این ویژگی‌ها، گریوز آزمون ام. ام. پی. آی را بکار برد و به این نتیجه رسید که تقریباً ۸۰ درصد از معتادان مورد مطالعه وی در ترکیب میزان‌های D (افسردگی)^۷، انحرافات جامعه ستیز و اسکیزوفرنیا، نمره زیادتری آورده‌اند. در شرح پژوهش گریوز باید یادآور شد که نمره زیادی در مقیاس D در اکثریت بیماران روانی مشاهده می شود که نشان دهنده خود کم انگاری و نیاز به ارضای فوری خواسته‌ها است. بیشتر افرادی که در این میزان نمره زیاد می آورند افرادی هستند گوشه گیر و مردم گریز و خجالتی که انعطاف لازم را در کنشهای متقابل اجتماعی از خود نشان نمی دهند. نمره زیاد در میزان D برای گروه مورد مطالعه گریوز، وجود تمایلات خودآزاری و تنش‌های فراوان را نشان می دهند. بالاترین نمره برای گروه مورد مطالعه گریوز در مقیاس انحراف روانی اجتماعی pd بود که تابلوی بالینی افرادی را ترسیم می کند که بر ضد خانواده و سایر نهادهای اجتماعی عصیان نشان می دهند و خود را قربانی خانواده های خود می دانند، خود را جدا از دیگران احساس کرده و متعلق به اجتماعی که در آن زندگی می کنند، نمی دانند و از درونی ساختن آداب، سنن و ارزش‌های آن عاجز هستند یا از آنها سر باز می زنند. این افراد قادر نیستند از تجربیات

۱- Chinlund

۲- Scholar

۳- Greshon

۴- Lombardi

۵- Gilber

۶- Ausubel

۷-Depression

خود استفاده کنند و از طرح نقشه برای آینده ناتوان هستند. در واقع، روابط اجتماعی آنان بسیار سطحی و تصنعی است به ندرت می‌توانند پیوندهای مستحکم عاطفی و وفاداری داشته باشند.

نمره زیاد در مقیاس‌های افسردگی (D)، انحراف روانی اجتماعی^۱ (Pd)، اسکیزوفرنیا^۲ (Sc)، در مطالعه پیتل نیز نمایان بود. نمره زیاد در مقیاس هیستری (Hy) در زنان مورد مطالعه پیتل نشان می‌دهد که این زنان به مشکلات خویش بینش نداشته و نیاز به حمایت از طرف دیگران و برقراری روابط نزدیک با افراد، در آنها چشمگیر بوده است. پیتل وجود علائم و آثار اضطراب را در هر دو گروه زنان و مردان مورد آزمایش خود گزارش می‌دهد.

اضطراب فراوان در معتادان را می‌توان از پژوهش‌های فجر و رجینالد که آزمون سنجش اضطراب تیلور را بکار بردند، نیز استنباط کرد. ناگفته نماند که افراد معتاد به آمفتامین‌ها در گروه مورد مطالعه این دو پژوهشگر، اضطراب زیادتری را نسبت به سایر معتادان نشان داده‌اند (اخوت، ۱۳۵۵ : ۸۸ - ۹۰).

تفاوت زیادی که بین شخصیت ایرانی و مردم جوامع غربی وجود دارد، ما را از تعمیم بدون چون و چرای یافته‌های غربی در مورد معتادان ایرانی باز می‌دارد و نیاز مبرم به شناخت دقیق صفات و ویژگی‌های افراد معتاد در ایران را محسوس می‌سازد. از اولین پژوهش‌هایی که در جهت تحقق این هدف بکار رفت، پژوهشی بود که اخوت بر روی ۳۰ نفر از معتادان بستری در بیمارستان معتادان انجام داد. در این تحقیق، فرم کوتاه آزمون شخصیتی مینه سوتا (MMPI) که به وسیله اخوت، براهنی، شاملو و نوع پرست برای جمعیت ایرانی تدوین و استاندارد شده است، بکار رفت. از تعداد افراد مورد مطالعه اخوت ۱۷ نفر به علت اعتیاد به هروئین و ۱۳ نفر به علت الکلیسم یا سایر انواع اعتیاد، تحت درمان بودند. سن گروه آزمایشی از ۱۹ تا ۴۵ سال بود. با کنترل سن، جنس، طبقه اجتماعی و تحصیلات، ۴۵ نفر از افراد عادی را نیز به عنوان گروه گواه مورد آزمایش قرار دادند. در این پژوهش‌ها نه تنها ارزش تشخیصی فرم کوتاه MMPI برای ایران تأیید

۱-Deviation Psychopathic

۲-Schizophrenia

شد، بلکه این مطالعه ما را در شناخت خصوصیات معتادان ایرانی نیز یاری داد. افراد معتاد مورد مطالعه در این پژوهش افرادی بی ثبات بودند که نافع‌الانه پرخاشگری‌هایی داشتند.

وجود تشابه در پاره‌ای از خصوصیات شخصیتی را در معتادان ایرانی می‌توان، با آنچه در جوامع غربی می‌بینیم از این پژوهش استنباط کرد. در مطالعه دیگری که اخوت، براهنی، طریقتی، گریگوریان و وهاب زاده بر روی ۱۰۳ نفر از معتادان بستری در بیمارستان معتادان انجام داده‌اند، پرسشنامه‌ای که اخوت اقتباس و برای جمعیت ایرانی تدوین کرده بود به کار برده شد. در پیش پژوهش‌های متعددی که انجام گرفت ارزش تشخیصی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. معتادان مورد مطالعه در این پژوهش در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ ساله قرار داشتند. ۶۱ درصد به هرئین، ۲۰ درصد به تریاک معتاد بودند و بقیه انواع دیگر وابستگی‌ها را نشان می‌دادند. با کنترل سن، جنس، تحصیلات و تا حدودی که مقدور بود طبقه اجتماعی ۸۹ نفر از افراد عادی به عنوان گروه گواه مورد مطالعه قرار گرفتند. معتادان در این پژوهش خصوصیات جامعه‌سستیزی و روان‌نژندی را از خود نشان داده‌اند. نمرات معتادان در مقیاس‌های اضطراب، گرایش به افسردگی و احساس تنهایی بزرگترین عدد را نشان می‌داد که این الگو تقریباً مشابه است با آنچه در جوامع غربی می‌بینیم. این پژوهش نشان داد که معتادان مرد ایرانی دارای نگرانی‌های فراوان هستند، احساس ناامنی و بی‌کفایتی و اندیشناکی فراوان در مورد وضع جسمانی از خود نشان می‌دهند. افسردگی زودرس، نوسان شدید عاطفی، یأس و ناامیدی و احساس این‌که فردی هستند یکه و تنها و سدی بین آنها و سایر مردم وجود دارد نیز از دیگر یافته‌های مهم این پژوهش است. در تجزیه و تحلیلی که براهنی بر روی نمرات مورد بحث انجام داده است تفاوت معنی‌دار و قابل ملاحظه‌ای را بین خصوصیات گروه‌های مختلف معتادان مشاهده نکرده است.

همچنین، در پژوهش دیگری که کاشانی بر روی ۱۰۷ معتاد بستری در بیمارستان ویژه معتادان انجام داد بار دیگر آزمون بررسی شخصیت معتاد به مقیاس وسیعی بکار رفت. از ۱۰۷ نفر معتاد مورد مطالعه در این پژوهش، ۱۶ نفر تریاکی و بقیه معتاد به هرئین و سایر مواد مخدر بودند. دامنه سنی این گروه بین ۱۹ تا ۴۲ سال بود. ۵۰ نفر دارای

تحصیلاتی پائین تر از دیپلم، ۳۳ نفر دیپلمه و ۲۴ نفر دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند. نمره T محاسبه شده برای مقیاس‌های مختلف آزمون در سطح یک درصد احتمال، به‌طور قابل ملاحظه‌ای معنی دار و نشان دهنده این است که گروه معتادان مورد مطالعه این پژوهشگر در مقیاس‌های اضطراب، احساس تنهائی، گرایش به افسردگی و بالاخره حساسیت عاطفی نمره زیادتری از گروه گواه داشته‌اند. در این پژوهش نیز گروه معتاد درصفت و خصوصیات مربوط به رفتارهای جامعه‌ستیزی نمره بیشتری از آنچه در میزانهای پسیکونوروتیک محاسبه شده است، داشته‌اند (اخوت، ۱۳۵۵، ۹۳-۹۱).

سوران سوآنوم^۱ جان مک گریو^۲، و لیزا اهرمن^۳ (۱۹۹۴) مقیاس‌های سوء مصرف مواد ۲- MMPI را بر روی نمونه‌ای از دانشجویان با هدف ارزشیابی سودمندی مقیاس پذیرش اعتیاد (AAS)^۴، مقیاس استعداد و اعتیاد، (APS)^۵ و مقیاس تجدید نظر شده می‌بارگی مک‌اندروه (MAC.R)^۶ برای کشف الکلیسم و سایر شکل‌های سوء مصرف مواد در یک زمینه دانشگاهی انجام دادند. ابزار پژوهش علاوه بر مقیاس‌های AAS، APS و MAC.R به عنوان شاخص اولیه الکلیسم و سوء مصرف مواد یک مصاحبه تشخیصی رایانه‌ای مبتنی بر ملاک‌های سومین چاپ تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM.III.R)^۷ بود.

نمونه پژوهش عبارت از ۳۰۸ دانشجوی در حال تحصیل در یک دانشگاه محلی بزرگ در ایالات متحده [۲۲۲ زن (۷۲ درصد) و ۸۶ مرد (۲۸ درصد)] با دامنه سنی ۱۸ تا ۴۸ سال با میانگین ۲۵/۸ (SD = ۷/۳) و میانه ۲۴۰ بود. ۲۳۰ نفر از آزمودنی‌ها

۱-Soren Suanum

۲-John Mc. Grew

۳-Lisa Ehrman

۴-Addiction Acknowledgment Scale, (AAS)

۵-Addiction Potential Scale (APS)

۶- Mac Andrew Alcoholism Scale - Revised (MAC -R)

۷- Diagnostic and statistical manual of mental Disorder

سفیدپوست (۷۷/۹ درصد)، ۴۲ نفر سیاه پوست (۱۳/۶)، ۱۱ نفر آسیائی (۳/۶ درصد)، ۳ نفر امریکائی الاصل (۱ درصد)، یک نفر از جزایر آرام (۳ درصد) و ۱۱ نفر نامشخص (۳/۶ درصد). از این تعداد ۶ پرسشنامه به دلیل عدم تکمیل و ۵ پرسشنامه به دلیل عدم اعتبار حذف شدند.

پس از محاسبه میانگین، انحراف معیار برای APS، MAC.R و AAS به تفکیک جنس، همبستگی بین مقیاس‌ها و نیز ضریب آلفا به عنوان یک شاخص ثبات درونی مقیاس مشخص شد:

الف) ارزش‌های آلفای به دست آمده برای MAC.R و APS بسیار پایین بود.

ب) آلفای به دست آمده برای AAS نسبت به دو مقیاس فوق بالاتر بوده اما هنوز تا حدی با یک شاخص ارزشی خوب فاصله دارد.

ج) ۳۳ نفر از شرکت کنندگان در پژوهش (۱۰/۷ درصد) با معیارهای DSM.III.R برای اختلال مصرف مواد با حضور نشانگان در ۱۲ ماه گذشته، مطابقت داشتند که از این تعداد، ۳۰ نفر با معیارهای وابستگی الکلی و ۳ نفر با معیار وابستگی به کانابیس مطابقت داشتند، یک نفر وابسته به مواد افیونی و یک نفر وابسته به مواد کند کننده بودند. یک نفر هم به الکل و هم به کانابیس (هر دو) وابسته بود.

آزمودنی‌های مرد با احتمال بیشتری وابسته به مواد بودند تا آزمودنی‌های زن، (۱۵ درصد در مقابل ۹ درصد)، اما این تمایز از نظر آماری معتبر نبود.

د) ود و همکارانش (۱۹۹۲) دریافته بودند که APS و AAS بیشترین صحت تشخیصی را در تمایز بیماران سوء مصرف کننده مواد، از همتاهای بهنجار و روانپزشکی در زمانی که به صورت توأم (ترکیبی) بکار برده شوند، دارند. این نظریه نیز تحت بررسی قرار گرفت و مشخص شد، برخلاف یافته‌های ود و همکارانش (۱۹۹۲)، نه تنها APS، ۵ درصد $P = T(307) = 5$ بود، بلکه تعامل بین APS، AAS، ۵ درصد $P > 2$ و $T(306) = 3$ واریانس بیشتری را نشان داد. بنابراین استفاده از APS به صورت توأم صحت پیش بینی کننده بیشتری از AAS به تنهایی ندارد.

ه) براساس ملاک‌های DSM.III.R برای وابستگی به مواد یک پیوستار در نظر گرفته شد که در یک سوی آن یک یا دو علامت مصرف نابجا یا سوء مصرف و در سوی دیگر،

دامنه وسیعی از علامت های وابستگی روانشناختی، بهداشتی، هیجانی و روانشناختی مرتبط با مواد یا الکل بود و به منظور کامپیوتری کردن مشکلات آزمودنی ها با مواد و الکل درازمدت و نیز زمان حال در نظر گرفته شد و سپس برای ایجاد شاخص های درجه ای از تجربه اشخاص، علامت های (a) وابستگی الکلی، (b) وابستگی دارویی و (c) هم وابستگی به الکل و مواد فرض شد.

میانگین و انحراف معیار، ضریب آلفا، همبستگی درونی به دست آمده با MAC.R،

AAS و APS

همبستگی ها					
APS	AAS	آلفا			
۰/۲۹	۰/۳۴	۰/۳۶	۳/۷	۲۰/۶	مجموع MAC.R
			۳/۳	۲۲/۸	مرد
			۳/۵	۱۹/۷	زن
	۰/۲۸	۰/۵۵	۱/۹	۲/۹	مجموع AAS
			۲	۳/۷	مرد
			۱/۷	۲/۶	زن
		۰/۴۸	۳/۶	۲۴/۷	مجموع APS
			۳/۵	۲۵/۱	مرد
			۳/۶	۲۴/۶	زن

نکته:

- N برای مردان = ۸۶
- N برای زنان = ۲۲۲
- تمام همبستگی به طور معناداری از صفر فرق می کند. $P < ۰/۰۱$

روش اجراء

جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش عبارت است از کلیه دانشجویان دختر و پسر شاغل در دانشگاه‌های دولتی تهران، در چهار گروه آموزشی پزشکی، هنر، فنی مهندسی و علوم انسانی. تعداد آزمودنی‌ها در هر یک از مقاطع و گروه‌های آموزشی با رعایت نسبت‌ها محاسبه سپس ۵۰۰ دانشجو با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و تصادفی ساده انتخاب شدند. ضمناً به منظور مقایسه عملکرد دانشجویان، یک گروه از معنادان داوطلب درمان که به مراکز پذیرش معنادان مراجعه کرده بودند نیز به صورت تصادفی انتخاب شدند که تعداد این گروه ۱۰۶ نفر بود.

ابزار پژوهش: پس از تعریف جامعه و نمونه پژوهش، سه خرده‌مقیاس MAC.R، APS و AAS در یک فرم واحد ۹۰ سئوالی طراحی شد. این امر به گونه‌ای بود که هریک از خرده‌مقیاس‌ها نیز ماهیت مجزای خود را حفظ و قابل‌قیاس با یکدیگر بودند. در اجرای این آزمون، بهتر است آزمودنی به همه سئوال‌ات (که حدود ۲۰ دقیقه وقت لازم دارد)، پاسخ دهد. بدیهی است به لحاظ ماهیت نمونه پژوهش که از بین دانشجویان دانشگاه‌ها انتخاب شدند، شرط تحصیل برای فهم جملات نیاز به یادآوری ندارد (حدافل تحصیلات مناسب برای بزرگسالان به نظر می‌رسد حدود کلاس سوم راهنمائی باشد). کلیه پاسخ‌ها نیز به صورت بلی، خیر است.

در این پژوهش نه تنها ترجمه‌های موجود در کشور مورد بررسی دقیق قرار گرفت بلکه به صورت بررسی مقدماتی^۱ بر روی یک نمونه ۶۰ نفری اجرا و ضمن مصاحبه با آنان برخی اصلاحات جزئی در برخی کلمات که بار فرهنگی و ارزشی داشت، به وجود آمد و به صورت فرم نهائی تنظیم شد.

چگونگی جمع‌آوری اطلاعات: علاوه بر پاسخنامه یک فرم تحت عنوان «اطلاعات کلی» که شامل متغیرهای مورد نظر (وضعیت تأهل، جنس، دین، مذهب، محل سکونت، اعضاء خانواده و شغل) بود، و به پاسخنامه الصاق شد. به هریک از این متغیرها یک کد و برای هر ۹۰ سئوال نیز یک کد دیگر اختصاص یافت و آزمون نیز به سه خرده‌مقیاس اولیه تفکیک و بر همان اساس کدگذاری شدند.

روشهای تجزیه و تحلیل اطلاعات: برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، ابتدا از جداول درصد فراوانی به همراه نمرات Z و T و برای سنجش اعتبار از آزمون کودرریچاردسون استفاده شد. همچنین به منظور سنجش همسانی درونی عوامل با یکدیگر و سئوالات مطرح شده در طول پژوهش، آزمون T مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه بکار برده شد. ضمناً برای بررسی محتوای آزمون و عوامل زیربنایی تشکیل دهنده آن (اعتبارسازه) از روش آماری تحلیل عامل استفاده شد.



نتایج پژوهش:

جدول شماره ۱: اطلاعات عمومی آزمودنی‌ها

وضعیت سکونت			دین					وضعیت تأهل				جنسیت		گروه آزمودنی‌ها				
خوابگاه	آجاره ای	شخصی	یهودی	مسیحی	زرتشت	اسلام	مترکد	مطلقه	متاهل	مجرد	مرد	زن	معتادان	هنر	انسانی	پزشکی	فنی مهندسی	
۲۱	۹۷	۲۹	۴	۱	۲	۵۹	۱	۱	۱۰	۴۹	۴۱	۱۹	۱۰	۴۳	۱۹	۹۸	۱۶۶	
۳		۵				۸			۵	۸	۴	۱	۶		۲			

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد افراد گروه نمونه پژوهش در

مقایسه با دو گروه نمونه ایالات متحده آمریکا

مقیاس ه ۱	میانگین کلی نمونه پژوهش		انحراف استاندارد کلی نمونه پژوهش		گروه‌ها به تفکیک	میانگین		انحراف استاندارد	
	زن	مرد	زن	مرد		زن	مرد	زن	مرد
MAC.R	زن	مرد	زن	مرد	معتاد فنی مهندسی پزشکی انسانی هنر دانشجویان آمریکا هنجاریابی اولیه آمریکا	۲۷/۸۷	۲۶/۵۰	۲/۹۹	۴/۴۲
						۲۱/۸۴	۲۲/۲۰	۳/۹۱	۴/۳۵
						۲۲/۶۳	۲۱/۱۰	۴/۱۹	۳/۸۷
						۲۲/۰۶	۲۳/۵۷	۳/۷۷	۴/۵۱
						۲۲/۵۲	۲۴/۴۵	۴/۶۰	۳/۵۵
						۱۹/۷	۲۲/۸	۳/۵	۳/۳
۱۹/۷۸	۲۱/۷۲	۳/۶۵	۴/۳۲	۴/۶۷	۴/۱۱	۲۳/۵۸	۲۲/۴۷		
AAS	زن	مرد	زن	مرد	معتاد فنی مهندسی پزشکی انسانی هنر دانشجویان آمریکا هنجاریابی اولیه آمریکا	۸/۵۰	۷/۱۷	۱/۷۵	۲/۲۶
						۱/۹۶	۵/۱۵	۱/۴۶	۱/۸۵
						۱/۹۰	۲/۰۲	۱/۲۵	۲/۲۰
						۱/۹۱	۲/۶۲	۱/۴۰	۱/۷۲
						۲/۲۳	۳/۵۹	۱/۱۷	۲/۷۱
						۲/۶	۳/۷	۱/۷	۲
۱/۹۸	۲/۸۶	۱/۷۶	۲/۰۵	۲/۸۶	۱/۸۶	۳/۵۲	۲/۲۳		
APS	زن	مرد	زن	مرد	معتاد فنی مهندسی پزشکی انسانی هنر دانشجویان آمریکا هنجاریابی اولیه آمریکا	۲۱/۱۲	۲۱/۷۷	۲/۹۴	۳/۳۴
						۲۱/۶۸	۲۲/۰۶	۳/۳۳	۳/۲۷
						۲۲/۱۱	۲۱/۲۳	۴/۲۵	۳/۳۰
						۲۱/۶۲	۲۲/۲۲	۳/۱۷	۳/۷۴
						۲۲/۰۹	۲۰/۵۹	۳/۵۴	۳/۸۹
						۲۴/۶	۲۵/۱	۳/۶	۳/۵
۲۳/۱۳	۲۳/۳۷	۳/۷۱	۳/۶۹	۳/۴۷	۳/۵۳	۲۱/۸۶	۲۱/۸۰		

همان‌طور که از جدول شماره ۲ می‌توان استنباط کرد: ۱- میانگین گروه معتادان در خرده مقیاس‌های MAC.R و AAS از دانشجویان بیشتر است اما در مورد APS اینگونه نیست. ۲- میانگین و انحراف استاندارد کلی پژوهش در مقیاس‌های MAC.R و AAS بالاتر از هنجاریابی اولیه در آمریکا است. ۳- میانگین و انحراف استاندارد کلی در مقیاس APS پائین‌تر از هنجاریابی اولیه در آمریکا است

جدول شماره ۳: آلفای به دست آمده برای خرده مقیاس‌های افراد گروه نمونه در مقایسه با یک گروه از دانشجویان آمریکا

آلفای نمونه خارجی	آلفا	مقیاس
۳۶ درصد	۴۸ درصد	MAC.R
۵۵ درصد	۷۵ درصد	AAS
۴۸ درصد	۲۹ درصد	APS

جدول شماره ۳، میزان آلفای به دست آمده برای خرده مقیاس‌های افراد گروه نمونه را نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، در نمونه ایرانی بیشترین آلفا AAS (۷۵ درصد) و کمترین آلفا را APS (۲۹ درصد) دارد. دقیقاً مطابق نتیجه حاصله از نمونه خارجی، یعنی به ترتیب AAS ، MAC.R ، APS قرار گرفته اند.

جدول شماره ۴: همبستگی خرده مقیاس‌های سوء مصرف مواد

مقیاس	MAC.R	AAS	APS
MAC.R	۱/۰۰۰۰	۰/۴۹۶۲	۰/۳۲۱۸
AAS	۰/۴۹۶۲	۱/۰۰۰۰	۰/۰۷۴۸
APS	۰/۳۲۱۸	۰/۰۷۴۸	۱/۰۰۰۰

جدول شماره ۴ میزان همبستگی خرده مقیاس‌ها را با یکدیگر نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در این جدول، مقیاس MAC.R با دو مقیاس دیگری یعنی AAS و APS با احتمال بیش از ۹۹ درصد همبستگی دارد و نیز با توجه به اینکه میزان همبستگی محاسبه شده برای APS (۷۴۸ درصد = r) از مقدار r جدول (۶۲ درصد = r) در درجه آزادی ۶۰۳ بزرگتر است بنابراین در سطح ۹۵ درصد بین دو مقیاس همبستگی وجود دارد.

جدول شماره ۵: آزمون T مستقل بین دانشجویان و معنادان در مورد خرده مقیاس های MAC.R، APS و AAS

خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	شاخص ها	
				گروه ها	شاخص ها
۰/۱۹	۴/۲۵۰	۲۲/۵	۵۰۰	MAC.R	دانشجویان
۰/۰۷	۱/۷۵	۲/۲۲	۵۰۰	AAS	
۰/۱۵	۳/۵۴	۲۱/۸۷	۵۰۰	APS	
۰/۴۱۱	۴/۲۱	۲۶/۶۷	۱۰۵	MAC.R	معنادان
۰/۲۰	۲/۰۵	۷/۴۱	۱۰۵	AAS	
۰/۳۱	۳/۲۰	۲۱/۷۶	۱۰۵	APS	

در جدول شماره ۵ نتایج آزمون مستقل بین گروه دانشجویان و معنادان در عوامل سه گانه خرده مقیاس ها آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده: عامل MAC.R: چون مقدار T مشاهده شده ($T = ۹/۱۳$) از T جدول ($T = ۲/۵۷$) در درجه آزادی ۶۰۳ بزرگتر است، بنابراین بین دو گروه دانشجو و معنادان در عامل MAC.R تفاوت معناداری مشاهده می شود. به عبارت دیگر، این خرده مقیاس توانایی تمییز سوء مصرف کنندگان مواد خصوصاً الکل را از کسانی که این مواد را مصرف نمی کنند، دارد.

عامل AAS: چون مقدار T مشاهده شده ($T = ۲۴/۱۷$) از T جدول ($T = ۲/۵۷$) در درجات آز

ادی ۴۹۹ و ۱۰۴ بزرگتر است، بنابراین بین دو گروه دانشجوی و معنادار در عامل AAS تفاوت معناداری مشاهده می شود. به عبارت دیگر این خرده مقیاس توانایی تمییز سوء مصرف کنندگان مواد و کسانی را که به مواد وابسته نیستند را دارد.

عامل APS: چون T مشاهده شده ($T = ۰/۳۱$) از مقدار T جدول (۲/۵۷) جدول (۲/۵۷) = در درجه آزادی ۶۰۳ کوچکتر است، بنابراین بین دو گروه دانشجوی و معنادار در عامل APS تفاوت معناداری مشاهده نمی شود. به عبارت دیگر، به نظر می رسد این خرده مقیاس در نمونه ایرانی توانایی تمییز افرادی را که آمادگی گرایش به سوء مصرف مواد دارند را از سایر افراد کم خطر ندارد.

جدول شماره ۶: آزمون تحلیل واریانس یکطرفه

بین معناداران و دانشجویان در مورد خرده مقیاس های MAC.R، AAS و APS

گروه ها	مقیاس ها	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
معناداران	MAC.R	۱۰۶	۲۶/۵۶	۴/۳۰	۰/۴۱
	AAS	۱۰۶	۷/۳۰	۲/۱۹	۰/۲۱
	APS	۱۰۶	۲۱/۷۶	۳/۲۹	۰/۳۱
مهندسان فنی	MAC.R	۱۶۶	۲۲/۱۵	۴/۲۵	۰/۳۳
	AAS	۱۶۶	۲/۱۰	۱/۷۸	۰/۱۳
	APS	۱۶۶	۲۱/۹۸	۳/۲۶	۰/۲۵
پرستاران	MAC.R	۹۸	۲۱/۹۱	۴/۰۹	۰/۴۱
	AAS	۹۸	۱/۹۵	۱/۷۵	۰/۱۷
	APS	۹۸	۲۱/۷۰	۳/۸۴	۰/۳۸
انسانی	MAC.R	۱۹۲	۲۲/۹۵	۴/۲۸	۰/۳۰
	AAS	۱۹۲	۲/۹۳	۱/۶۳	۰/۱۱
	APS	۱۹۲	۲۱/۹۸	۳/۵۲	۰/۲۵
سایر	MAC.R	۴۳	۲۳/۵۱	۴/۱۶	۰/۶۳
	AAS	۴۳	۳/۱۲	۲/۱۹	۰/۳۳
	APS	۴۳	۲۱/۲۳	۳/۷۶	۰/۵۷

هنجاریابی آزمون آمادگی اعتیاد □ ۷۱

احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	شاخص‌ها	
					گروه‌ها	
۰/۰۰۰۰	۲۱/۶۵	۳۸۹/۸۰	۱۵۵۹	۴	MAC.R	واریانس
۰/۰۰۰۰	۱۶۶/۷۲۶۶	۵۶۹/۰۰۵۱	۲۲۷۶/۰۲۰۶	۴	AAS	بین
۰/۷۸۱۸	۰/۴۳۷۱	۵/۳۲۶۷	۲۱/۳۰۷۰	۴	APS	گروهی
		۱۷/۹۹	۱۰۷۹۹/۰۳	۶۰۰	MAC.R	واریانس
		۳/۴۱۱۲۸	۲۰۴۷/۶۸۱۹	۶۰۰	AAS	درون
		۱۲/۱۸۶۵	۷۳۱۱/۸۹۳۰	۶۰۰	APS	گروهی

در جدول شماره ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه بین دانشجویان گروه‌های آموزشی مختلف و معنادان در عوامل سه گانه خرده مقیاس‌ها آورده شده است، بر اساس نتایج به دست آمده :

عامل MAC.R: با توجه به نتایج به دست آمده، چون در درجات آزادی ۴ و ۶۰۰ نسبت F بدست آمده ($F=۲۱/۶۵$) از مقدار F جدول ($F=۳/۳۶$) بزرگتر است، بنابراین بین گروه‌های فوق الذکر در عامل MAC.R تفاوت معناداری وجود دارد.

عامل AAS: با توجه به نتایج به دست آمده، چون در درجات آزادی ۴ و ۶۰۰ نسبت F محاسبه شده ($F=۱۶۶/۷۲$) از مقدار F جدول ($F=۳/۳۶$) بزرگتر است، بنابراین بین گروه‌های فوق الذکر در عامل AAS تفاوت معناداری وجود دارد.

عامل APS: با توجه به نتایج به دست آمده، چون در درجات آزادی ۴ و ۶۰۰ نسبت F بدست آمده ($F=۰/۴۳۷$) از مقدار F جدول ($F=۳/۳۶$) کوچکتر است، بنابراین بین گروه‌های فوق الذکر در عامل APS تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. به عبارت دیگر، این خرده مقیاس توانائی تمییز بین معنادان و دانشجویان را ندارد.

نکته: به منظور سنجش دقیق بین دو گروه در عامل MAC.R و AAS از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد و نتایج به دست آمده بیانگر آن است که بین معنادان و دانشجویان گروه‌های تحصیلی مختلف تفاوت معناداری وجود دارد ولی بین خود دانشجویان گروه‌های آموزشی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول شماره ۷: فراوانی و درصد افراد وابسته به مواد و یا در معرض گرایش به سوء مصرف مواد در بین افراد گروه نمونه براساس سه خرده مقیاس

APS		AAS		MAC.R		مقیاس‌ها گروه‌ها
درصد	N	درصد	N	درصد	N	
۱۱/۶۲	۵	۱۶/۲۷	۷	۱۶/۲۷	۷	هنر
۱۱/۴۵	۲۲	۸/۸۵	۱۷	۱۵/۶۲	۳۰	انسانی
۷/۲	۱۲	۶/۲۰	۱۰	۱۱/۴	۱۹	فنی مهندسی
۱۰/۲	۱۰	۵/۱	۵	۱۰/۲	۱۰	پزشکی
۱۳/۲	۱۴	۸۶/۷۹	۹۲	۳۸/۶۷	۴۱	معتادان
	۶۳		۱۳۱		۱۰۷	مجموع

جدول شماره ۷ فراوانی و درصد افراد گروه نمونه را در سه خرده مقیاس که وابسته به مواد و یا در معرض گرایش به سوء مصرف هستند، نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در این جدول به رغم معنادار نبودن تفاوت بین گروه‌های آموزشی، گروه آموزشی هنر بیشترین آسیب پذیری را نسبت به سایر گروه‌ها نشان می‌دهد، به عبارت دیگر، مقیاس AAS بیشترین افراد آسیب پذیر را در بین گروه‌ها تشخیص داده است.

جدول شماره ۸: فراوانی و درصد افراد وابسته به مواد یا در معرض گرایش به

سوء مصرف مواد به تفکیک جنسیت

APS		AAS		MAC.R		مقیاس‌ها جنسیت
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۱/۷	۴۲	۱۷	۳۲	۲۵	۴۷	زن
۱۰/۹	۴۵	۲۷/۷۳	۱۱۴	۲۰/۲	۸۳	مرد

جدول شماره ۸ فراوانی و درصد افراد وابسته به مواد و یا در معرض گرایش به سوء مصرف مواد را به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در این جدول، مردان در خرده مقیاس AAS (معیارهایی برای وابستگی به مواد و اعتراف به مصرف مواد) آسیب پذیرتر از زنان هستند. اما خرده مقیاس APS نشان می‌دهد که گرچه

زنان نسبت به مردان کمتر به مواد وابسته هستند، لیکن به نظر می رسد آمادگی بیشتری برای سوء مصرف دارند.

بحث و نتیجه گیری:

براساس نتایج به دست آمده از پژوهش، مقیاس آمادگی سوء مصرف مواد : توانایی تفکیک معتادان را از سایر اقشار جامعه، تعیین موارد سوء مصرف مواد و تفکیک گروه های پرخطر را دارد، اما علی رغم این توانایی تصریح چند نکته ضروری به نظر می رسد:

۱) در مقیاس MAC.R که کریک "مک اندرو" آن را برای تفکیک بیماران روانی سرپائی مرد از افراد تحت درمان برای سوء مصرف الکل و از بیماران روانی سرپائی مرد که دچار سوء مصرف الکل نیستند ساخته بود، نمره برشی ۲۴ و بالاتر از آن را به منظور مشخص کردن الکلی ها بکار برد و این نمره ۸۱/۵ درصد از جمعیت مورد مطالعه مک اندرو را به دقت طبقه بندی می کرد (داک ورث و اندرسون، ۱۳۷۸: ۳۹۵).

از سال ۱۹۶۵ این مقیاس ۴۹ ماده ای، بارها از نظر روائی درباره جمعیت های بسیار گوناگون مورد بررسی قرار گرفته است و در این مطالعات و مطالعات دیگر، باز هم تقریباً ۸۵ درصد از الکلی ها به دقت مشخص شدند. در حالی که ۱۵ درصد از آنان به طور نادرست به عنوان غیرالکلی طبقه بندی شده بودند (همان منبع ص ۳۹۶).

به میزان بسیار کمتر از مردان الکلی، زنان الکلی نیز تحت مطالعه قرار گرفته اند. به طور کلی در مطالعه "مک اندرو" نمره های زنان پایین تر از مردان است. نویسندگان یکی از پژوهش ها (سونوم، لویت و مک آدو، ۱۹۸۲)، نمره ۲۳ و بالاتر از آن را دقیق ترین نمره برش برای جمعیت زنان الکلی مورد مطالعه خود گزارش کرده اند. در کاری که "داک ورث" (۱۹۸۳) با مراجعان غیر روانی انجام داده است دریافت که به طور کلی نمره زنان در مقیاس MAC پایین تر از مردان است. نمره متوسط زنان ۱۹، در حالی که نمره متوسط مردان ۲۱ بود. (همان منبع ص ۳۹۶).

اما در پژوهش انجام شده با دانشجویان دانشگاه‌های تهران و براساس دیگر نتایج جمع آوری شده به نظر می‌رسد:

الف) نمره برشی ۲۴ برای مردان و ۲۳ برای زنان در مورد نمونه ایرانی صدق نمی‌کند زیرا در پژوهش مک اندرو و دیگران میانگین به دست آمده (نمره متوسط زنان ۱۹ و نمره متوسط مردان ۲۱) با میانگین پژوهش حاضر (نمره متوسط زنان ۲۲/۴۷ و نمره متوسط مردان ۲۳/۵۸) متفاوت است.

یافته‌های این پژوهش مؤید نظریه "داک ورث" و "اندرسون" است که می‌گویند «استفاده از این مقیاس در موقعیت‌های دانشگاهی و بهداشت روانی ممکن است تا اندازه‌ای متفاوت از کاربرد آن در یک جمعیت روانپزشکی باشد. در مورد افرادی که مشکل مصرف الکل یا مواد داشته‌اند ما نیز همان نمره برش ۲۴ و بالاتر برای مردان و ۲۳ برای زنان را که "مک اندرو" و دیگران به کار گرفته‌اند مشاهده کردیم، اما به نظر ما اگر افراد مشکل می‌گساری یا سوء مصرف مواد نداشته باشند، مطمئن‌تر آن است که فقط هنگامی به آنها برچسب معتاد بزنیم که نمره مردان برابر یا بالاتر از ۲۶ باشد.

این پژوهندگان می‌افزایند افرادی که در موقعیت‌های دانشگاهی و بهداشت روانی، در این مقیاس نمره ۲۴ تا ۲۷ می‌گیرند نیز ممکن است تا اندازه‌ای «جاذبه» مصرف الکل یا مواد را گزارش کنند، اما فراوانی این گزارش‌ها کمتر از افرادی است که دارای نمره ۲۸ یا بالاتر هستند. همچنین، یافته‌ایم که افرادی که نمره هایشان در این دامنه است و به دلیل داشتن باورهای مذهبی هرگز الکل یا مواد مخدر را امتحان نکرده‌اند، احتمالاً اگر آنان چنین باورهائی نداشتند و می‌گساری یا مصرف مواد مخدر را امتحان کرده بودند، ممکن بود به الکل یا سوء مصرف دارو معتاد شوند (همان منبع: ۹۷ و ۹۶).

ب) با توجه به آلفای ۰/۴۸٪ که برای نمونه پژوهشی ایرانی به دست آمد و نشان دهنده توان متوسط این مقیاس است می‌توان با نظر "هوفمان"، "لوپر و کامیر" که معتقدند این مقیاس ممکن است ابتدا به الکلسم درآینده را از اوائل ورود به دانشگاه پیش بینی کند، موافق بود. هوفمان و دیگران (۱۹۷۴) مشاهده کردند که میانگین نمره‌های مقیاس MAC ۲۵ فرد الکلی بستری شده در بیمارستان، با نمره‌های متوسط آنان در

هنگام ورود به دانشگاه (که تقریباً ۱۳ سال پیش از قرار گرفتن نمره آنان در دامنه اعتیاد بود) تفاوت معنا داری نداشت (همان منبع، ص ۳۹۹).

پس از تعیین نمره برشی و نیز آلفای مقیاس، آزمون T مستقل بین یک گروه از معتادان و دانشجویان اجراء گردید و نتایج حاصل از آن بیانگر این مطلب است که مقیاس توان تفکیک سوء مصرف کنندگان مواد خصوصاً الکل را از کسانی که این مواد را مصرف نمی کنند دارد. به عبارت دیگر نتایج آزمون T مستقل و تحلیل واریانس یکطرفه بیانگر تفاوت معنادار بین معتادان و دانشجویان است.

۲) مقیاس پذیرش یا اعتراف به اعتیاد (AAS) که توسط "وید" و دیگران (۱۹۹۲) برای اندازه گیری تمایل آزمایش شونده به پذیرش مشکلات مرتبط به الکل یا مواد ساخته شده بود با آزمون T مستقل و تحلیل واریانس یکطرفه مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاصل از آن بیانگر وجود تفاوت معنا دار بین معتادان و دانشجویان است. به عبارت دیگر، این مقیاس به طور معناداری توانست بین کسانی که به مواد وابستگی دارند و کسانی که وابستگی داروئی ندارند تمایز قائل شود.

شایان ذکر است که میزان دقت این مقیاس نسبت به APS و MAC.R بسیار بالاتر بود؛ به طوری که در این پژوهش از میان ۱۰۵ معتاد که پاسخ های آنان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، مقیاس AAS توانست ۹۲ نفر را که علائم وابستگی داروئی را بروز داده بودند تشخیص دهد و این یافته مطابق است با نظر "وید" و همکاران (۱۹۹۲) و نیز "سوآنوم"، "مک گریو" و "هرمن" (۱۹۹۴)، پژوهش انجام شده توسط سه محقق فوق یک نمره برشی AAS بزرگتر از ۳، دقیقاً ۹۱ نفر از ۱۴۴ آزمودنی را که یک علامت یا بیشتر از یک علامت از وابستگی الکی را گزارش داده بودند، تشخیص داد و آنان اشاره می کنند که این مقیاس در مقایسه با MAC.R و APS از قدرت پیش بینی بالاتری برخوردار است و از نظر بالینی کارایی بیشتری دارد (سوآنوم و همکاران، ۱۹۹۴: ۴۲۷). همچنین "گرین" و دیگران (۱۹۹۲) گزارش داده اند که وقتی این مقیاس درباره افرادی که قبلاً تحت برنامه های درمانی الکل و مواد بوده اند اجرا شد در مقایسه با

مقیاس MAC.R سوء مصرف کنندگان مواد را بهتر مشخص می‌کند (داک ورث و اندرسون، ۱۳۷۸: ۴۰۸).

۳) نتایج حاصل از آزمون T مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه بین یک گروه از معتادان و یک گروه از دانشجویان در مورد مقیاس آمادگی اعتیاد که به عنوان شاخصی از عوامل شخصیتی همبسته با اختلالهای اعتیادی توسط "وید"، "بوچر"، "بن پوراث" و "مک کنا" (۱۹۹۲) ساخته شده بود، بیانگر فقدان تفاوت معنا دار بین این دو گروه است به عبارت دیگر، این مقیاس نتوانست افرادی را که وابستگی داروئی دارند و کسانی که وابسته نیستند را بطور معنا دار تفکیک نماید و این نکته خلاف نظر "گرین"، "ویک"، "بوچر"، "آردوندو" و "دیویس" (۱۹۹۲)، شوندویک و دیگران (۱۹۹۲) است. گزارش این محققین در مورد روائی، بیانگر این مطلب است که مقیاس APS در تعیین گروه‌های سوء مصرف کننده مواد از MAC و MAC.R بهتر است (همان منبع، ص ۴۰۸). این نتیجه حتی مخالف نظر "سوآنوم"، "مک گریو"، "واهرمن" (۱۹۹۴) است که معتقدند ترکیب دو مقیاس AAS و APS بیشترین درجه صحت تشخیص را دارد، زیرا میزان همبستگی دو مقیاس مذکور در مورد دانشجویان دانشگاههای تهران حدود ۷۴ درصد است در حالی که بین دو مقیاس MAC.R و APS با احتمال بیش از ۹۹ درصد رابطه وجود دارد.

با توجه به نتایج حاصل از بررسی سه خرده مقیاس سوء مصرف مواد بر روی دانشجویان دانشگاههای تهران می‌توان گفت، چنانچه در مقیاس MAC.R نمره مردان ۲۸ و بالاتر و زنان ۲۶ و بالاتر، در مقیاس AAS نمره مردان ۵ و بالاتر و زنان ۴ و بالاتر و در مقیاس APS نمره زنان ۲۶ و بالاتر باشد و فشار روانی که شخص تجربه می‌کند افزایش یابد احتمال ابتلا به سوء مصرف مواد بیشتر است.

۴) پس از اجرای آزمون تعقیبی شفه مشخص شد که بین چهار گروه آموزشی از نظر میزان ابتلاء، تفاوت معنا دار وجود ندارد. به عبارت دیگر، رشته تحصیلی نمی‌تواند یک عامل قوی در وابستگی داروئی باشد. اما به رغم فقدان تفاوت معنا دار بین چهار گروه آموزشی در نمرات حاصل از مقیاس آمادگی اعتیاد، وجود موارد سوء مصرف مواد در بین

دانشجویان حتی بیش از تصور موجود، و نیز برخی گزارشات (گزارش اخیر سازمان بهزیستی و ستاد مبارزه با مواد مخدر مبنی بر این که میزان اعتیاد ۱/۱۸ درصد از جمعیت کل کشور است) را نشان می‌دهد. در مقیاس AAS که مقیاس اعتراف به اعتیاد است به ترتیب دانشجویان هنر، فنی مهندسی و پزشکی با ۱۶/۲۷ درصد، ۸/۸۵ درصد، ۶/۰۲ درصد و ۵/۱ درصد مصرف مواد را تصدیق کرده اند.

۵) نتایج حاصل از اجرای آزمون T مستقل بیانگر آن است که تفاوت معنا دار بین زنان و مردان در مقیاس‌های AAS و MAC.R وجود دارد اما در مقیاس APS، تفاوت معنا دار نیست. به عبارت دیگر مردان در اعتراف به مصرف مواد نمره بالاتری را نسبت به زنان می‌گیرند که این خود می‌تواند گویای بخشی از تفاوت‌های جمعیت شناختی و فرهنگی باشد.

حال این سؤال پیش می‌آید که فقدان تفاوت معنا دار در مقیاس APS چیست؟ در پاسخ به این سؤال شاید بتوان گفت: دو مقیاس MAC.R و AAS مصرف مواد را می‌سنجد اما مقیاس APS به عنوان شاخصی از عوامل شخصیتی همبسته با اختلال‌های اعتیادی تلقی شده و استعداد مصرف را که ممکن است در هر دو گروه وجود داشته باشد را می‌سنجد. استعداد یک عمل برای به فعلیت درآمدن محتاج شرایط مساعد است که در اینجا می‌توان به نقش بارز عوامل خطر ساز از یک طرف و هنجارها و فرهنگ کشور از طرف دیگر اشاره کرد.

در همین راستا یکی از مسائلی که به تازگی نظر بسیاری از محققین را در زمینه اعتیاد به خود جلب کرده است، موضوع اختلالات همراه (هم مریضی) است. با توجه به وجود بیماری‌های روانی در بسیاری از معتادان این سؤال مطرح می‌شود که آیا اختلالات روانی منجر به مصرف مواد می‌شود یا مصرف مواد مخدر باعث بروز اختلالات روانی می‌گردند؟ برای پاسخ به این سؤال جنسیت فرد معتاد نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند؛ برای مثال، شیوع افسردگی به‌طور کلی، در میان زنان دو برابر بیشتر از مردان است ولی در افراد معتاد به کوکائین و الکل، هیچ تفاوتی در شیوع افسردگی میان

زنان و مردان وجود ندارد. آیا این به معنای آن است که احتمال ایجاد افسردگی به واسطه مصرف کوکائین و الکل در مردان بیشتر از زنان است؟ پاسخ در اینجا مثبت است زیرا نتایج حاصل از پژوهش‌های متعدد نشان داده اند مردانی که قبل از آغاز استعمال موادمخدر از نظر کلینیکی دچار افسردگی نبوده اند بعد از استعمال آن دچار افسردگی شده اند. خلاف این موضوع در زنان صادق است، بدین معنا که آن دسته از زنانی که از نظر کلینیکی مبتلا به افسردگی بودند، متعاقباً به استعمال مواد بویژه کوکائین و الکل برای کاهش افسردگی روی آورده‌اند.

علاوه بر افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در زنان معتاد بیشتر از مردان معتاد، قبل از آغاز مصرف مواد مخدر مشاهده شده است. همچنین، زمینه ساز بودن اختلالات خلقی و اضطرابی برای اعتیاد زنان و اختلالات شخصیت ضداجتماعی برای مردان توسط "گریس"، "داستان"، "وراندا" (۱۹۹۳) نشان داده شده است.

۶) به رغم این که این امر می تواند تاییدی بر وجود تفاوت معنی دار در هنجارهای دو کشور باشد، اما نیازمند توجیه نیز هست. دلایل چنین تفاوتی را احتمالاً می توان این گونه بیان کرد:

الف) گذشت بیش از ۸ سال از هنجارگزینی اولیه آزمون، احتمالاً بر نتایج فعلی تأثیر گذاشته است. بدین معنا که از سال ۱۹۹۲ که این مقیاس‌ها تدوین شده‌اند، تاکنون جوامع مختلف دستخوش تغییرات متعددی شده اند که می تواند بر نتیجه کلی آزمون تأثیر گذارد. شاید رد پای پیشرفت‌های فزاینده صنعتی و اجتماعی را بتوان در اینجا دید. به عبارتی پیشرفت‌های فزاینده اجتماعی و صنعتی در کشورهای مختلف بویژه کشورهای در حال توسعه (از جمله ایران)، بالا رفتن انتظارات افراد از خود و جامعه از آنان، مشکلات ناشی از مهاجرت و شهرنشینی (از مجموع ۶۰۵ آزمودنی انتخاب شده شهر تهران، فقط ۴۹/۹ درصد آزمودنیها (۳۰۲) نفر متولدین تهران بودند)، و سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی از جمله مذهب و مشکلات اقتصادی بر حصول چنین نتیجه ای تأثیر گذاشته است.

ب) یک دلیل دیگر شاید توجیه بر پایه آسیب پذیری کلی جامعه در برابر جرائم و آسیب های اجتماعی مختلف به عنوان نتیجه ای از یک جنگ فرسایشی پس از انقلاب و مبتنی بر ارزش ها باشد. نسلی که هم اکنون در دانشگاه های کشور مشغول به تحصیل است، اغلب شامل کسانی است که حدود ۸ سال در استرس و اضطراب دائمی بسر برده اند، پدیده ای که می تواند عوارض متعددی را به وجود آورد، اگر چه براساس نظام های رایج تشخیصی نتوان نام PTSD (اختلال استرس پس از سانحه) را بر آن نهاد، اما می توان ردپای آسیب زائی جنگ را حتی سال ها پس از اتمام آن در آسیب های اجتماعی دید.

ج) نمونه پژوهشی، دانشجویان دانشگاه های تهران بودند، دانشجویانی که احتمالاً در مباحث درسی سرآمد بوده اند که توانسته اند از رقابت فشرده کنکور به بهترین دانشگاه های کشور در پایتخت راه یابند. احتمالاً گروه دانشجویان و آن هم سرآمدان جامعه، مشکلات خاص خود را دارند که می بایست مورد توجه قرار گیرند. همیشه زیاد دانستن نشان دهنده ایمنی از آسیب ها نیست، بلکه هر که جامعه را بهتر درک کند تنگناها و محدودیت های آن را نیز به خوبی درک خواهد کرد و اگر جای تغییر در محیط نباشد احتمال سرخوردگی شخصی و بروز برخی آسیب های اجتماعی وجود دارد.

۷) تحلیل عوامل به منظور تعیین سازه های تشکیل دهنده مقیاس، می تواند در پیشبرد اهداف پژوهشی و نیز توانبخشی آسیب دیدگان مفید باشد. براین اساس و با این فرض که بتوان آزمونی عینی تر و مبتنی بر ابعاد رایج در تحلیل شخصیت تدوین کرد عوامل ساختاری مقیاس آمادگی سوء مصرف مواد مورد بررسی قرار گرفت که در نهایت سه عامل به ترتیب با ۲۵،۳۲ و ۳۳ سؤال به دست آمد. هر یک از عوامل، جنبه خاصی را می سنجد که تا حد زیادی نیز با نظریه های قوی در روان شناسی از جمله نظریه آیزنک همخوانی دارد.

عامل اول: بر پرس و جوی تقریباً مستقیم وابستگی داروئی و سوء مصرف مواد و علائم آن، نگرانی‌های جسمانی، نیاز به آرامش، تضاد با محیط، گرفتاری‌های قانونی و نیاز به جلب نظر دیگران تمرکز دارد.

عامل دوم: بر پرخاشگری، درنظر گرفتن مفروضه‌های ماوراء الطبیعه، پشیمانی و احساس گناه، خوددرگیری، سیر در گذشته، بی توجهی به اطراف، اضطراب، تمارض، استرس و سطح پائین تحمل تأکید دارد.

عامل سوم: بر تنوع طلبی، هیجان خواهی، تمایلات برون‌گرایانه، بی توجهی به نتیجه کار، تمایل به جنس مخالف و در عین حال احساس عدم ارضاء جنسی، آزادی از قید و بند خانواده، فقدان تمرکز، تنوع در ارتباطات، ریسک پذیری بالا و در عین حال ترس از مواجهه با مشکلات و بحران‌ها، پرخاشگری و نیاز به جلب توجه دیگران تأکید دارد.

در کنار تحلیل فوق نامگذاری عوامل نیز بسیار مهم به نظر می‌رسد. عامل اول که مستقیماً سوء مصرف مواد را نشانه رفته است، شاید بتوان عامل A یا Addicton (اعتیاد) نامید، عامل دوم را که بیشتر بر ویژگی‌های روان رنجوری تمرکز دارد می‌توان عامل N یا Neurosis (روان رنجوری) نامید و بالاخره عامل سوم را که بیشتر تمایلات برون‌گرایانه توأم با هیجان خواهی را مورد توجه قرار می‌دهد عامل E یا EMOTIONAL (هیجانی) نامید.

حال در اینجا یک عامل مرکزی به نام اعتیاد داریم و دو عامل هم‌بسته با اعتیاد، یکی روان رنجوری و دیگری تهییج‌پذیری که این دو بی شباهت به نظریه آیزنک نیست؛ وی می‌گوید: "به همان ترتیب که مزاج سوداوی جالینوس همانند گروه بزرگ روان رنجوران در جامعه ماست یعنی به صورت آمیزه ای از درونگرایی و ناستواری هیجانی، همان‌گونه نیز مزاج صفاوی جالینوس همانند مفهوم جدید ما از بزهکاری است یعنی ترکیبی از برونگرایی و ناستواری شدید هیجانی. توجه کنید که در هر دو مورد، ترکیب برونگرایی یا درونگرایی با هیجان‌پذیری شدید است که حالت خطرناکی به وجود می‌آورد.

البته درون گرایان و برون‌گرایان بی شماری وجود دارند که فاقد تهییج پذیری شدید هستند و مثل افراد بهنجار زندگی می کنند، بی آن که گرفتار اختلالات روان رنجوری شوند یا با قانون در بیافتند. (آیزنک، ۱۳۷۷: ۲۸۹)

در کنار نظریه آیزنک، بنا به فرض "مک اندرو" الکی‌هایی که نمره هایشان در مقیاس MAC برافراشته نیست احتمالاً اشخاصی درونگرا و روان رنجور هستند که الکل را برای خوددرمانی مصرف می کنند (۱۹۸۱). "گراهام" و "استرنگر" (۱۹۸۸) تکانشوری، بی‌زاری از مراجع قدرت، تحمل اندک در برابر ناکامی و کنترل ناکامی بر خشم را گزارش می کنند و "شواتزوگراهام" نیز مقیاس را تحلیل عاملی کردند و به این یافته که مقیاس تکانشوری، سطح بالای انرژی، سطحی بودن در روابط میان فردی و ناسازگاری کلی روانی را می‌سنجد، نایل شد (داک ورث و اندرسون، ۱۳۷۸: ۳۹۸) و بالاخره این که پروفیسور هیل نیز پس از بررسی های متعدد به این نتیجه رسید که داروهای محرک در افرادی اثر مساعد دارند که هنگام روبه‌رو شدن با ناکامی در روابط اجتماعی خود کز خلقی و گرایش‌های پر خاشگرانه و خصمانه نشان می‌دهند. (آیزنک، ۱۳۷۷: ۲۸۲)

چنانچه بتوان بر نتایج حاصل از تحلیل عوامل مقیاس آمادگی سوء مصرف مواد اطمینان کرد و مطالعات وسیع‌تری در این زمینه انجام داد، احتمالاً در توجیه بهتر پدیده وابستگی داروئی، سیر پدید آئی و تکامل آن، عوامل خطر ساز مؤثر در زمینه سازی و برون ریزی آن و بالاخره درمان آن موفق تر از قبل عمل کرد.

پیشنهادات:

پژوهش حاضر، به رغم مواجهه با محدودیت‌هایی از قبیل فقدان منابع جدید یا حتی قدیمی در خصوص آزمون‌های غربالگری اعتیاد به زبان فارسی، فقر پژوهشی در مورد عوامل مخاطره‌آفرین اعتیاد و همکاری محدود مسئولین دانشگاه‌ها، بنظر میرسد چنانچه موارد ذیل در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد، قطعاً نتایج بهتری حاصل خواهد شد.

۱. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی برای اجرای آن و فقدان امکانات لازم فقط در سطح دانشگاه‌های تهران صورت گرفت. به‌رغم این‌که تعداد زیادی از دانشجویان دانشگاه‌های تهران از سایر نقاط کشور برای تحصیل آمده‌اند، پیشنهاد می‌شود برای این‌که به یک هنجار ملی دست پیدا کنیم این آزمون در سایر مراکز دانشگاهی کشور نیز اجرا شود تا مورد استفاده وسیع‌تری داشته باشد؛
۲. با توجه به بالا بودن میانگین و انحراف معیار نمونه ایرانی پس از گذشت ۸ سال از هنجاریابی اولیه آن، بهتر است هر چند سال یک‌بار، برای بررسی و تایید بعدی مجدداً اجرا و مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.
۳. با توجه به نیاز گواهی عدم اعتیاد برای مشاغل مختلف و ازدواج، اجرای تست در موقعیت‌های شغلی و نیز مشاوره ازدواج و درمان توصیه می‌شود.
۴. پژوهش در زمینه عوامل خطر ساز اعتیاد در سطح دانشگاه‌ها، با توجه به اطلاعات جمعیت‌شناختی دانشجویان توسعه یابد.
۵. پدیده اعتیاد براساس تحلیل عوامل و از طریق شبیه سازی با الگوهای رایج ابعادی شخصیت بررسی شود.
۶. اعتیاد در سطح دانشگاه‌ها و بین دانشجویان جدی گرفته شود و جایگزین مناسب برای آن پیش بینی شود.
۷. ارتباط بین گروه‌های آموزشی، ویژگی‌های شخصیتی، رفتاری و جمعیت‌شناختی آنان با نمره حاصل از مقیاس آمادگی سوء مصرف مواد مورد بررسی قرار گیرد.

منابع:

۱. آزاد، حسین. (۱۳۷۷)؛ "آسیب شناسی روانی". انتشارات بعثت، چاپ اول.
۲. آیسنک، هانس یورگن. (۱۳۷۷)؛ "واقعیت و خیال در روان شناسی". ترجمه محمدنقی براهنی و نیسان گاهان، انتشارات رشد، چاپ دوم
۳. اتکینسون، لریتا و همکاران. (۱۳۷۶)؛ "زمینه روانشناسی"، ترجمه محمدنقی براهنی و همکاران؛ انتشارات رشد، چاپ دوم.
۴. اخوت، ولی‌اله. (۱۳۵۵)، "روان درمانی"، انتشارات پیام، چاپ اول
۵. ایزاک، استفان. (۱۳۷۶)، "راهنمای تحقیق و ارزشیابی در روانشناسی و علوم تربیتی". ترجمه علی دلاور؛ انتشارات ارسباران، چاپ اول.
۶. بررژره، ژان. (۱۳۶۸)، "اعتیاد و شخصیت"، ترجمه توفان گرگانی؛ سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی، چاپ اول
۷. تقوی، ابراهیم. (۱۳۷۰)، "خیال دیو"، انتشارات جهاد دانشگاهی.
۸. داک ورث، سی؛ جین. آندرسون؛ پی، وین. (۱۳۷۸)، "راهنمای تفسیر MMPI و MMPI.۲ برای مشاوران و متخصصان بالینی". انتشارات سخن، چاپ اول.
۹. دلاور، علی. (۱۳۷۱)؛ "روش‌های آماری در روانشناسی و علوم تربیتی"، دانشگاه پیام نور، چاپ پنجم .
۱۰. دلاور، علی. (۱۳۷۴)، "مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی"، انتشارات رشد، چاپ دوم.
۱۱. رحیمی موقر، آفرین و همکاران. (۱۳۷۶)، "راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد"، انتشارات رشد، چاپ اول.
۱۲. شفر، مارتین، (۱۳۷۵)؛ "فشار روانی"، ترجمه پروین بلورچی؛ انتشارات پاژنگ، چاپ دوم.
۱۳. کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین. (۱۳۷۳)؛ "خلاصه روانپزشکی"، ترجمه نصرت اله پور افکاری؛ انتشارات آزاده، چاپ دوم.

۱۴. کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین. گرب، جک. (۱۳۷۶)؛ "خلاصه روانپزشکی"، ترجمه نصرت اله پور افکاری؛ انتشارات شهراب، چاپ دوم.
۱۵. کوآراکیوس، سی ویلیام. (۱۳۷۶)، "بزهکاری نوجوانان"، ترجمه جعفر نجفی زند؛ انتشارات نمایشگاه کتاب کودک، چاپ اول
۱۶. کی نیا، مهدی. (۱۳۷۶)؛ "روانشناسی جنائی"، انتشارات رشد، چاپ اول.
۱۷. گراث، گری؛ مارنات. (۱۳۷۵)؛ "راهنمای سنجش روانی"، ترجمه پاشا شریفی و نیکخو؛ انتشارات رشد، چاپ دوم.
۱۸. موتابی، فرشته؛ شهرامی، علی. (۱۳۷۴)، "آماده‌سازی و هنجاریابی پرسشنامه MMPI.۲ در شهر تهران"، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران - انستیتو روانپزشکی تهران.
۱۹. میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۰)؛ "بهداشت روانی". نشر قومس، چاپ اول.
۲۰. میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۴)؛ "روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنائی". نشر قومس، چاپ ششم.
۲۱. مهریار، امیرهوشنگ؛ جزایری، مجتبی. (۱۳۷۷)؛ "اعتیاد، پیشگیری و درمان". نشر روان پویا، چاپ اول.
۲۲. نیکخو و همکاران. (۱۳۷۳)؛ "راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی". انتشارات سخن، چاپ سوم.

References

۱. AARONSON, L, ARTHUR. DENT, B, ORAN AND KLINE, D, CHRISTOPHER. (۱۹۹۶): "crass validation of MMPI.۲ redictor scale", Journal of clinical Psychology, vol. ۵۲ (۳) ۳۱۱-۳۱۵
۲. ALLOY, B, LAUREN. JACOBSON, S, NEEL. COCELLA, JOAN. (۱۹۹۹): "Abnormal Psuchology", MC Graw _ Hill Companies , INC, USA.

۳. BARLOW, DURAND. (۱۹۹۷) : **"Abnormal Psychology"**, Brooks/cole Publishing Company _ USA
۴. BRADY, K, T. GRICE, D, E. DUSTANL AND RANDALL, C. (۱۹۹۳) : **"Gender Differences In Substance Use Disorders"**, American Journal of Psychiatry, ۱۵۰ (۱۱) : ۱۷۰۷- ۱۱
۵. GRANT, M. AND HODGSON, R. (۱۹۹۱) : **"Responding TO Drug And Alcohol Problems In The Community"**, W. H. O, Printed In India By Print Pack : New Delhi.
۶. GRIFFIN, ML. WEISS, RD. MIPIU, SM. LANGU, A. (۱۹۸۹). **"Comparison of Male and female cocaine Abusers"**, Archives of Psychiatry, ۴۶ (۲) : ۱۲۲- ۱۲۶
۷. MIZIKER, G, MARLENE. (۱۹۹۴) : **"Counseling the Adolescent substance Abuser"**, SAGE Publicarions, USA
۸. LANDRY, MIM, J (۱۹۹۴) : **"Understanding Drugs of Abuse"**, American Psychiatric Press, INC. USA.
۹. LEWIS, A, JUDITH. DANA, Q ROBERT. BLEVINS, A, GREGORY. (۱۹۹۴) : **"Substance Abuse Counseling"**, Brooks / cole Publishing Company, USA.
۱۰. NAVARATNAM, V. Kin, FOONG. (۱۹۹۵) : **"Report of the Asian Multi – City Epidemiology work group"**, W. H. O Research And Training Center Universitisains Malausia.
۱۱. PARSHANT, SAROJ. (۱۹۹۳) : **"Drugs Abuse And Society"**, Published By S. B. Nangia, New Delh.
۱۲. SCHILIT, REBECCA. (۱۹۹۱) : **"Drugs And Behavior"**, SAGE Publications, USA.
۱۳. SIRIGATTI, SAULO. And STEFANILE, CRISTINA. (۱۹۹۶) : **"Nuove Misure Per Lo Studio Della Dipendenza" "Da Sostanze Con IL MMPI.۲ : AAS, APS & MAC.R"**, Bollettino Di Psicologin Applicata, ۱۷.۲۵

۱۴. SVANUM, SOREN, MCGREW, JOHN . EHRMANN, LISA. (۱۹۹۴) : “**Validity Of The Substance Abuse Scale of The MMPI. ۲ In a Colloge Student Sample**”, Journal of Personality – Assessment , Vol ۶۲ (۳) ۴۲۷ - ۴۳۹

