

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

رقیه خانبابایی^۱، ذکرااله مروتی^۱، مهرانوش حیدری^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۱۸

چکیده

هدف: هدف این پژوهش ارزیابی مدل مفهومی پیشایندها و پسانندهای مهم اعتیاد در مراجعین به مراکز درمانی زنجان بود. **روش:** در این مطالعه توصیفی-همبستگی، نمونه پژوهش شامل ۲۵۰ نفر مرد معتاد بود که به روش تصادفی ساده، از بین معتادین مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر زنجان انتخاب شدند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل پرسش نامه های فرزند پروری بامریند، حمایت اجتماعی فیلیس وهمکاران، ویژگی های شخصیتی نئو و هیجان خواهی زا کرمن، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، بهزیستی روان شناختی ریف و بررسی وضعیت مصرف مواد محقق ساخته بودند. **یافته ها:** ارزیابی الگوی پیشنهادی با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری انجام گرفت. جهت آزمون روابط از آزمون بوت استراپ (AMOS) استفاده شد. براساس نتایج این پژوهش، مدل پیشنهادی معادلات ساختاری روابط علی بین متغیرهای مذکور، از برآزش قابل قبولی برخوردار بودند. همچنین نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که پیشایندها (سبک های فرزند پروری، حمایت اجتماعی، ویژگی های شخصیتی) در اعتیاد جوانان تأثیر دارد و همچنین اعتیاد بر کیفیت زندگی، بهزیستی روانی جوانان تأثیر گذار می باشد. براساس نتایج مدل معادلات ساختاری کلیه فرضیه های پژوهش مورد تأیید قرار گرفتند. **نتیجه گیری:** با توجه به یافته ها تلویحات مهمی در زمینه توجه به تدوین برنامه های آموزشی-درمانی و سبک فرزند پروری مناسب به منظور تغییر و اصلاح ویژگی های شخصیتی و همچنین آموزش شادکامی در زندگی می توانند گام های موثری در پیشگیری و مهار اعتیاد باشند.

کلیدواژه ها: سبک های فرزند پروری، حمایت اجتماعی، ویژگی های شخصیتی، کیفیت زندگی، بهزیستی

روانی و اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران، پست الکترونیک:

royababaei30@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران

مقدمه

اعتیاد یکی از عواملی است که سلامت افراد و جامعه را به خطر می‌اندازد. با نگاهی واقع بینانه به مسأله اعتیاد به موادمخدر به راحتی در می‌یابیم که سوء مصرف مواد افیونی از قرن‌ها پیش وجود داشته و اکنون نیز تقریباً کشوری وجود ندارد که از گسترش سوء مصرف این گونه مواد در امان مانده باشد. اعتیاد به موادمخدر نوعی آسیب اجتماعی است که ریشه در محرومیت‌های مزمن و طرد شدگی افراد و گروه‌های خاص در جوامع مختلف دارد و هزینه‌های زیادی را به جوامع تحمیل می‌کند (باران اولادی، نویدیان و کاوه فارسانی، ۱۳۹۲). برای بررسی و شناخت پدیده اعتیاد توجه به جنبه‌های فردی و جسمی و ژنتیکی، زمینه‌های روانی و ذهنی و بالاخره مسائل اجتماعی لازم و ضروری است. از این‌رو، درباره علل و عوامل موثر بر اعتیاد می‌توان به عوامل شخصی، بین فردی، محیطی و اجتماعی اشاره کرد. تلاش در جهت شناسایی عوامل خطر ابتلا به این مشکل در جمعیت‌های مختلف به ویژه در خانواده‌ها بسیار ضروری می‌باشد (زرگر، ۲۰۰۸) عوامل زمینه‌های بسیاری در شکل‌گیری اعتیاد وجود دارند که از آن جمله می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی اشاره کرد. تعدادی از عوامل و ویژگی‌های شخصیتی که احتمال می‌رود در سوء مصرف مواد دخیل باشد و توسط محققان مختلفی مورد تحقیق قرار گرفته است عبارتند از: روان‌رنجورخویی، برونگرایی و توافق‌پذیری. پژوهش باران اولادی و همکاران (۱۳۹۲) در زمینه ویژگی‌های شخصیت و اعتیادپذیری حاکی از این بود که از میان مؤلفه‌های شخصیتی رابطه بین روان‌رنجورخویی و اعتیادپذیری مثبت می‌باشد. نتایج پژوهش نشان از این داشت افرادی که در روان‌رنجوری، نمره بالایی می‌گیرند معمولاً مضطرب، بیمناک و مستعد نگرانی هستند و معمولاً احساس غم، تنهایی و طرد می‌کنند. این افراد احتمالاً دارای افکار غیرمنطقی می‌باشند و قدرت کمتری در کنترل تکانه دارند. همچنین این افراد درجه انطباق‌پذیری ضعیف‌تری با دیگران و شرایط فشار روانی نشان می‌دهند که احتمالاً این ویژگی‌ها در افراد دارای خصیصه روان‌رنجورخویی آن‌ها را مستعد اعتیادپذیری می‌نماید. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که اعتیادپذیری با وجدانی

بودن و توافق‌گرایی رابطه منفی دارد. به نوعی می‌توان گفت تفاوت‌های شخصیتی افراد در مقابله با عوامل آسیب‌زا تاثیرگذار است. شخصیت مجموعه‌ای از ویژگی‌های روانی است که بر اساس آن می‌توان افراد را طبقه‌بندی کرد. این ویژگی‌ها به صورت پایدار بر رفتار حرفه‌ای، تحصیلی و شغلی همه افراد در موقعیت‌های گوناگون تاثیر می‌گذارد (آسترا^۱، ۲۰۰۸). در پژوهش بنی سعید، جوانمرد، زیواری، شکوهی مقدم، و ادهمی (۲۰۱۵) در رابطه با نقش ویژگی‌های شخصیتی در اعتیاد به نیکوتین نتایج حاکی از این بود که ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخویی رابطه بیشتری با اعتیاد به نیکوتین داشت. افراد دارای روان‌رنجورخویی بالا عقاید غیر منطقی دارند و به جای استفاده از شیوه‌های درست مقابله بیشتر به اعتیاد به موادمخدر روی می‌آورند. همچنین در پژوهش سانجیا، الیزابتا و کلمنتینا^۲ (۲۰۱۷) در دو گروه از معتادان به هرئین و کسانلی که تازه به مصرف موادمخدر روی آورده بودند، نتایج حاکی از بین بود که در گروه معتادین ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخویی، افسردگی و اضطراب بالاتر بود و گروهی که تازه به مصرف مواد روی آورده بودند از ویژگی شخصیتی برونگرایی برخوردار بودند. در همین رابطه نیز در پژوهشی که حاجعلی، بهبودی و دوکانه‌ای فرد (۱۳۹۳) در زمینه رابطه ویژگی‌های شخصیتی با گرایش به اعتیاد در دانشجویان غیر معتاد و معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد انجام دادند، نتایج حاکی از این بود که بر اساس یافته‌ها در مقیاس‌های باوجدان بودن و دلپذیربودن تفاوت معنادار و مثبتی با عدم گرایش به اعتیاد وجود داشت و تنها در مقیاس باز بودن به تجربه تفاوت معنادار و منفی با عدم گرایش به اعتیاد وجود داشت. همچنین در پژوهش اشراتی فرد، رجبی، دلگشاد، ارجمندی و اکبری (۲۰۱۴) نتایج نشان داد که بین ویژگی روان‌رنجورخویی با گرایش به اعتیاد رابطه مثبت وجود داشت.

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

جنایت بالا، نداشتن سلامت جسمانی، ضعف مهارت‌ها، از هم پاشیدگی خانواده و ... رنج می‌برند. نتایج مطالعات نشان داده است که مصرف مواد با مسائل متعدد اجتماعی مرتبط است که محرومیت اجتماعی و ابعاد آن را در بر می‌گیرد. محرومیت اجتماعی زمانی اتفاق می‌افتد که افراد جامعه از برابری به معنای دسترسی به فرصت‌ها و حقوق مدنی محروم باشند (کول، لوگان و والکر^۱، ۲۰۱۱). همچنین یکی از متغیرهای شخصیتی مرتبط با اعتیاد هیجان‌خواهی^۲ است. هیجان‌خواهی، از آن جهت که میزان باز بودن شخص نسبت به تجارب جدید را توصیف می‌نماید، می‌تواند نقش مهمی در سبب شناسی اعتیاد ایفا کند. هیجان‌واهی، نوعی تمایل ارثی برای شروع یک فعالیت مشتاقانه در پاسخ به محرک‌های جدید است. افراد با هیجان‌خواهی بالا معمولاً افرادی تنوع طلب، کم حوصله، تکانشی در رسیدن به پاداش، ناتوان از پذیرش ناکامی و عموماً نظم‌ناپذیر هستند (هاث بوک^۳، ۲۰۰۲). در پژوهش حاجلو و جعفری (۱۳۹۴) با عنوان هیجان‌خواهی و گرایش به اعتیاد نتایج به دست آمده برخوردار از این مطلب بود که میزان هیجان‌خواهی در افراد معتاد به مواد مخدر بیشتر از افراد غیر معتاد است و هیجان‌خواهی زیاد پیش‌بینی کننده مهمی می‌تواند برای روی آوردن به مواد مخدر باشد. همچنین در پژوهش هراتیان (۱۳۹۲) نیز با عنوان رابطه هیجان‌خواهی با گرایش به سوء مصرف مواد نتایج حاکی از این بود که بین هیجان‌خواهی با گرایش به مصرف مواد رابطه وجود دارد. زاکرمن در سال ۱۹۷۹ با ترتیب دادن آزمونی برای اندازه‌گیری مؤلفه‌های شخصیتی نشان داد که در بین افراد از لحاظ میزان هیجان‌خواهی تفاوت زیادی وجود دارد و نمرات بالا در مقیاس فوق با بعضی خصوصیات رفتاری از جمله سوء مصرف مواد رابطه دارد (اتکینسون^۴، ۲۰۰۵). خانواده نخستین گروهی است که بشر در طول حیات خود عضوی از آن به شمار می‌رود و والدین می‌توانند از بدو تولد نوزاد با انجام یک سری راه‌کارهای ساده بدون هزینه و قابل اجرا آینده‌ای روشن تر را برای کودک خود رقم بزنند. گاهی پدر و مادر بیش از حد مراقب فرزندشان هستند و در تمامی امور از ساده‌ترین کار مانند بستن بند کفش،

1. Cole, Logan, & Walker
2. Sensation seeking

3. Huthbook
4. Atkinson

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

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

شریف‌نیا، ۱۳۸۹؛ کول و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهشی که توسط بساک، هانسون، گرین، ریچارد و لایودت^۱ (۲۰۱۶) در زمینه اثربخشی خدمات حمایتی از افرادی که به الکل اعتیاد داشتند انجام شد، نتایج نشان داد که حمایت موسسات از این افراد به بهبودی در مقابل بازگشت به اعتیاد موثر است. همچنین در پژوهشی که روبرتز، برنستینگ و کالبای^۲ (۲۰۱۶) نیز در زمینه ابتلا نوجوانان به سیگار کشیدن با حمایت اجتماعی روشن در این افراد انجام گرفت نتایج برخوردار از این بود که حمایت اجتماعی یک هدف امیدوار کننده برای مداخله و کمک به این افراد است. اما این مهم است که این حمایت روشن و صریح و همراه با مشاوره و آرامش عاطفی باشد. همچنین در پژوهش کرمی، باقری و واتقی (۱۳۹۵) نیز با عنوان استرس و حمایت اجتماعی با گرایش به اعتیاد نتایج نشان از این داشت که حمایت اجتماعی و استرس ادراک شده ۳۷ درصد گرایش به اعتیاد را پیش‌بینی می‌کنند. کاظمی‌پور و مکوندی (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی با عنوان حمایت اجتماعی با گرایش به مواد مخدر به این نتیجه دست یافتند که معتادان نسبت به افراد بهنجار از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند و همچنین از محرومیت اجتماعی چندگانه‌ای رنج می‌برند. نتایج همچنین نشان داد که حمایت اجتماعی پایین، محرومیت اجتماعی معتادان را پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که محرومیت اجتماعی از عوامل خطرزا برای سوء مصرف مواد روان گردان محسوب می‌شود. در همین راستا طارمیان، جزایری و قاضی طباطبایی (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان عوامل پیش‌بین روانی اجتماعی مصرف مواد مخدر در نوجوانان (انطباق نظریه‌ی "گروه دوستان" مصرف مواد با نوجوانان ایرانی) به ارزیابی متغیرهای پیش‌بین روانی اجتماعی مؤثر در مصرف مواد در دوره نوجوانی پرداخته‌اند. یافته‌های به دست آمده نشان دهنده‌ی آن بود که حمایت خانواده می‌تواند به‌عنوان بنیادی‌ترین عنصر تأثیرگذار در پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان در نظر گرفته شود. کیفیت زندگی درکی است که افراد از موقعیت‌شان در زندگی، در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی دارند و با اهداف، آرزوها و

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

2. Roberts, Bernstein & Colby

استانداردهای آن‌ها در ارتباط است (کتیبایی و همکاران، ۱۳۸۹). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند، اهداف، انتظارات، استانداردها و الویت‌هایشان است، پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک و مقابله افراد از جنبه‌های مختلف زندگی تاثیر گذار می‌باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱). اختلال مصرف مواد به طور فزاینده‌ای به عنوان بیماری مزمن به نوع کیفیت زندگی بستگی دارد. از این منظر برای درمان اعتیاد بهبود کیفیت زندگی تاثیر گذار می‌باشد. در این زمینه نتایج پژوهش الکساندر و لایودت^۱ (۲۰۱۶) نشان از این داشت که کسانی که به اعتیاد مبتلا هستند از کیفیت زندگی بسیار پایینی برخوردار هستند. پژوهش مومنی، مشتاق و پور شهباز (۱۳۹۲) نیز نشان داد مداخله در کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان با متادون در کوتاه مدت اثربخش بوده اما در طولانی مدت تاثیر چندانی در کیفیت زندگی نداشته است. پژوهش عزیزی، جویباری و جویباری (۱۳۹۴) نیز نشان داد اعضای تیم درمانی می‌توانند با شناسایی خصوصیات رایج و صفات شخصیتی و کیفیت زندگی معتادین امر پیشگیری درمان بازتوانی را تسهیل نمایند. همچنین نتایج نشان داد معتادین با بهبود کیفیت زندگی و افزایش شادکامی بهتر می‌توانند درمان و مسیر زندگی خود را هدف مند دنبال کنند. در همین راستا پژوهش صادقی، داوری، ضیایی‌راد، رحمانی و قدوسی (۱۳۹۴) نشان داد سن شروع اعتیاد در نوجوانان با روابط خانوادگی و کیفیت زندگی نوجوان رابطه دارد. همچنین نشان داد افراد وابسته به مواد مخدر در بدو شروع درمان از سطح کیفیت زندگی پایین به خصوص در بعد عملکرد اجتماعی برخوردارند.

بهبودی روان‌شناختی^۲ نیز یکی از متغیرهای مهمی است که در زندگی معتادان تأثیر زیادی دارد که این امر سبب شده است که در سالیان اخیر، رویکرد آسیب‌شناختی به مطالعه‌ی سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گیرد. بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می‌کند، رویکردهای جدید بر خوب بودن به جای بد یا

1. Alexandre & Laudet

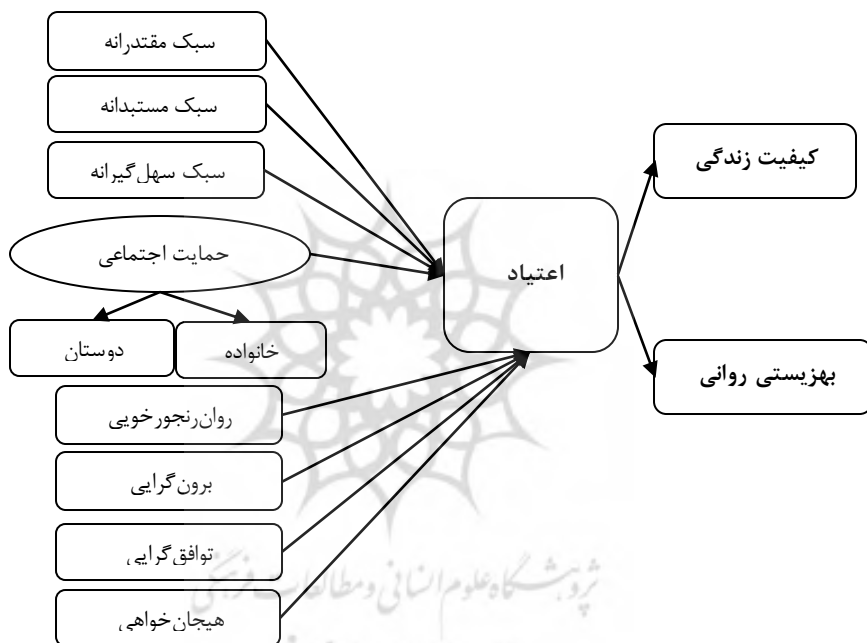
2. psychological Well-Being

بیمار بودن تأکید می‌کنند. از این منظر، عدم وجود نشانه‌های بیماری‌های روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست نشان دهنده‌ی سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی قابلیت‌های خود است. از نظر هومر^۱ و همکاران (۲۰۱۱) اعتیاد یکی از چالش‌هایی است که انسان‌ها در زندگی خود با آن مواجه می‌شوند. شواهد پژوهشی قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهند نقش و حوادث نامطبوع زندگی می‌توانند بهزیستی و روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهند و مختل کنند. علی‌مرادی (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان داد معتادان از سلامت روان کمتری نسبت به گروه غیرمعتاد برخوردارند. همچنین در پژوهش حسینی‌فر (۲۰۱۱) نشان داده شد معتادان از سلامت روان پایین‌تری نسبت به افراد سالم برخوردارند و نیازمند حمایت و کمک بیشتری هستند. در پژوهش خرمی و فرید مفیدی (۱۳۹۴) نیز نتایج نشان داد بین ابعاد سلامت روانی در افراد معتاد و عادی تفاوت وجود دارد. پژوهش مبینی، مفیدتهرانی و بهره‌دار (۲۰۱۵) نیز نشان داد شدت در افراد دارای گرایش اعتیاد حالت روان‌شناختی منفی و بی‌قراری بیشتر مشاهده می‌شود. در نهایت نتایج نشان داد که خصوصیت روان‌شناختی مثبت کاهش‌دهنده گرایش به اعتیاد محسوب می‌شود. مشکلات ناشی از مواد تهدیدی جدی برای سلامت جامعه بوده و نقش عمده‌ای را در جرم و فساد به عهده دارد و مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۹). پژوهشگران با مطالعه افراد وابسته به مواد دریافتند که مهم‌ترین عامل مربوط به سلامت روان که بر نحوه زندگی افراد تأثیر می‌گذارد اضطراب است (رادولف و واتس، ۲۰۰۲). چنانچه خشم افراد وابسته به مواد به درستی ابراز نشود و کنترل‌ناپذیر شود، این امکان وجود دارد که به درون فرد متمایل شده و منجر به افسردگی، ناامیدی و اقدام به خودکشی شود. از سوی دیگر مشکلات گوناگون روانی باعث اختلال در روند طبیعی زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌شوند (مورگان، مورگن‌اشترن، بلانچارد، لابووی، باکس، ۲۰۰۳).

1. Homer
2. Rudolf & Watts

3. Morgan, Morgenstern, Blanchard,
labouvie, & bux

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



شکل ۱: رابطه پیشایندها و پسایندها مهم اعتیاد در مراجعین به مراکز درمانی شهر زنجان

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

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

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

ابزار

۱- پرسش نامه سبک فرزندپروری بامریند^۱: دارای ۳۰ سوال و سه خرده مقیاس (سهل گیرانه، مستبدانه، و مقتدرانه) است که هر کدام دارای ۱۰ سوال می باشند. نحوه نمره گذاری بر مبنای مقیاس ۵ درجه ای لیکرت می باشد. این پرسش نامه در پژوهش های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار و روایی آن در حد مطلوبی گزارش شده است. در انستیتو روان پزشکی ایران نیز اسفندیاری (۱۳۷۴) فرم اصلی پرسش نامه را ترجمه و اصلاحات لازم را در آن صورت داد. اسفندیاری اعتبار بازآزمایی این پرسش نامه را برای سبک آزاد گذاری ۰/۶۹، برای استبداد ۰/۷۷ و اقتدار منطقی ۰/۷۳ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر، ضرایب اعتبار برای آزاد گذاری ۰/۶۱، استبداد ۰/۷۵ و اقتدار منطقی ۰/۶۹ به دست آمد. همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد تمامی سوالات دارای بارهای قابل قبول بزرگتر از ۰/۳۰ بوده و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معنادار داشتند.

۲- پرسش نامه حمایت اجتماعی: این پرسش نامه توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت^۲ (۱۹۸۶) تدوین شده است و دارای ۲۳ سوال است که سه حیطه حمایت اجتماعی را می سنجد. خانواده (۸ سوال)، دوستان (۷ سوال) و سایرین (۸ سوال). برای اولین بار در ایران توسط ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) مورد استفاده قرار گرفت. وی ضریب اعتبار پرسش نامه را در نمونه دانشجویی در کل پرسش نامه ۰/۹۰ و در نمونه دانش آموزی ۰/۷۰ به دست آورد. همچنین اعتبار بازآزمایی در دانش آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ بود. در پژوهش حاضر، ضرایب اعتبار برای کل پرسش نامه ۰/۷۸ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار قابل قبول پرسش نامه بود. روایی این مقیاس نیز از طریق تحلیل

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

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

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

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

۱۳۵

135

مقیاس برای ارزیابی تمایل فرد به فعالیت‌های مخاطره‌آمیز به کار می‌رود. اعتبار این مقیاس توسط زاگرمین و آیزنک (۱۹۷۸) در حدود ۰/۸۵ تا ۰/۸۶ برآورد شده است. ریدی و راسل^۱ (۱۹۸۰) همسانی درونی خرده مقیاس‌های شکل پنجم را در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضرایب اعتبار برای پرسش‌نامه هیجان‌خواهی با استفاده از روش آلفا ۰/۶۹ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر روایی از طریق تحلیل عاملی تأییدی محاسبه شد. نتایج نشان داد که تمامی سوالات دارای بارهای قابل قبول بزرگتر از ۰/۳۰ بوده و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معنادار داشتند.

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

۶- پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی^۲: ریف و کیز^۱ (۱۹۸۹) در دهه‌ی گذشته الگوی بهزیستی روان‌شناختی را پیشنهاد نمودند که به طور گسترده‌ای توسط پژوهش‌گران بررسی گردید. ریف (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری سازه پرسش‌نامه ۲۰ سوالی، ۱۴ سوالی، و ۳ سوالی را طراحی کرد. پس از بررسی‌های اولیه نسخه اصلی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی که

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

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

یافته‌ها

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

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

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

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک گروهی استفاده شد که نتایج آن نشان داد سبک فرزندپروری مقتدرانه ($z=1/53, P>0/05$)، سبک فرزندپروری مستبدانه ($z=1/74, P>0/05$)، سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه ($z=1/71, P>0/05$)، روان‌رنجورخویی ($z=1/56, P>0/05$)، برون‌گرایی ($z=0/77, P>0/05$)، توافق‌گرایی ($z=1/16, P>0/05$)، هیجان‌خواهی ($z=1/24, P>0/05$)، حمایت اجتماعی ($z=0/89, P>0/05$)، کیفیت زندگی ($z=1/32, P>0/05$)، بهبودی روانی ($z=1/12, P>0/05$)، و وضعیت اعتیاد ($z=1/51, P>0/05$) همگی دارای توزیع نرمال می‌باشند. بنابراین شاخص‌های پراکندگی مدل مفروض مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

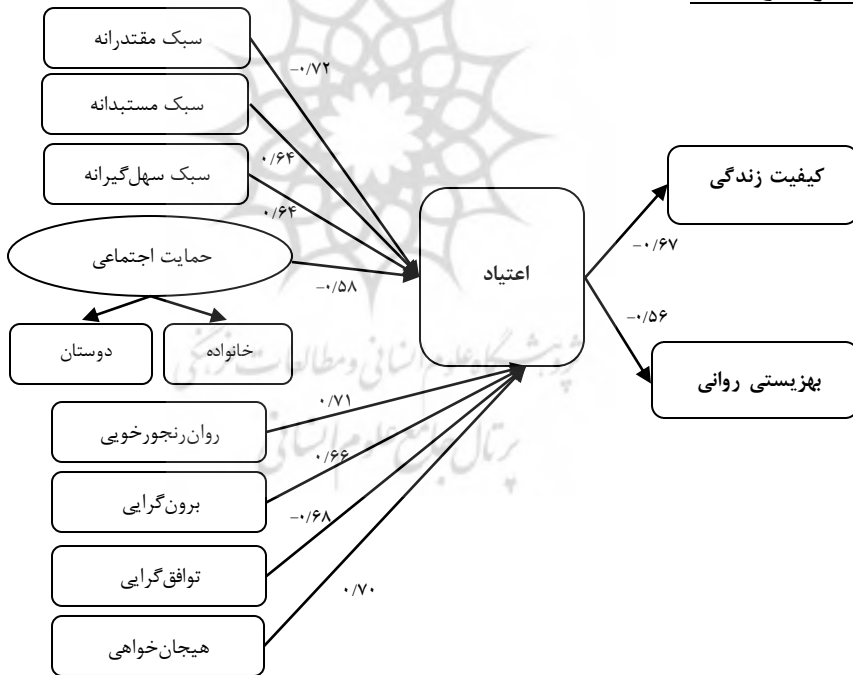
جدول ۲: شاخص‌های برازندگی مدل فرضی پژوهش

آماره‌ها	۲	Df	df بر ۲	GFI	AGFI	NFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA
مقدار	۲۶/۴۸	۱۵	۱/۷۶	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۰۵

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

لذا در اکثر موارد این شاخص از لحاظ آماری معنادار است. از این رو برای آگاهی از برازش مدل از شاخص‌های دیگری استفاده گردید. بنابراین شاخص نسبت مجذور کای بر درجه‌ی آزادی محاسبه شد که برابر $1/76$ به دست آمد. همچنین شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با $0/98$ ، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) برابر $0/93$ ، شاخص برازندگی فزاینده (IFI) برابر با $0/96$ ، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با $0/97$ ، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) برابر با $0/96$ ، شاخص توکر-لویس (TLI) برابر با $0/95$ و شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) برابر با $0/05$ به دست آمدند که حکایت از برازش مناسب الگو دارند. ضرائب استاندارد مدل پیشنهادی در شکل ۲ ارائه شده است.

آزمون فرضیه‌ها



شکل ۲: ضرائب استاندارد مدل پیشنهادی رابطه پیشاندها و پساندهای مهم اعتیاد در پژوهش حاضر

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

جدول ۳: پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم در مدل پیشنهادی

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

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف رابطه‌ی علی بین پیشایندها (سبک‌های فرزندپروری، حمایت اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی) و پسایندهای مهم (کیفیت زندگی، بهزیستی روانی) اعتیاد در مراجعین به مراکز درمانی شهر زنجان صورت گرفت. همان‌طور که در نتیجه‌های آزمون فرضیه‌های پژوهش در بخش یافته‌ها مشاهده شد، تمامی فرضیه‌ها مورد تأیید قرار گرفتند. شیوه‌های فرزندپروری (مستبدانه، سهل‌گیرانه، مقتدرانه) بر اعتیاد اثر دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، شیوه‌های فرزندپروری بر اعتیاد اثر دارد. این یافته، با پژوهش‌های پیکو و بالاس^۱ (۲۰۱۲)، کالافات، گارسسیا، جان، بنکونا و هرمیدا^۲ (۲۰۱۴)، هارتمن و همکاران^۳ (۲۰۱۵)، فیضی (۱۳۸۹) و حسینی دولت‌آبادی و همکاران (۱۳۹۲)، خانزاده و همکاران (۱۳۹۲)، واحدیان (۱۳۹۳) و یعقوبی و همکاران (۱۳۹۳) همخوان می‌باشد. به طور کلی، در تبیین یافته‌های فرضیه اول این‌گونه گفته می‌شود که سبک فرزندپروری مستبدانه با آن که ظاهراً به نظر می‌رسد فرزندان این خانواده‌ها، به دلیل کنترل و محدودیت

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

3. Hartman

شدیدی که والدین بر آنان اعمال می‌کنند کمتر در خطر مصرف مواد هستند، ولی چنین نیست. عوامل مهمی زمینه مصرف مواد در فرزندان این خانواده‌ها را مهیا می‌کنند (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱). الیور و پال^۱، (۱۹۹۵)، معتقدند که میزان ابتلا به افسردگی فرزندان خانواده‌های مستبد بالاست. به عبارت دیگر، والدینی که در ارتباط با فرزندان‌شان روش کنترل بدون محبت استفاده می‌کنند عزت نفس و خودکارآمدی فرزندان خود را پایین آورده و زمینه بروز افسردگی را در آن‌ها فراهم می‌آورند. این در حالی است که افسردگی، خود یکی از عوامل خطر مصرف و وابستگی به مواد است (نقل از دانش و همکاران، ۱۳۸۶). ناتوانی در مقابله با افسردگی و گاهی خود درمانی افسردگی از دلایلی است که ممکن است فرزندان این خانواده‌ها به سوی مواد کشیده شوند. همچنین، از آن جایی که فرزندان خانواده‌های مستبد به شدت تحت کنترل و هدایت والدین خود هستند، مهارت‌های زندگی مستقلانه از جمله تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، هدف‌گزینی، شناخت خود و مواردی از این قبیل، که پایه‌های پختگی فرد را تشکیل می‌دهند در آن‌ها شکل نمی‌گیرد. چنین وضعیتی، فرد را در شرایطی قرار می‌دهد که قادر به مقابله صحیح با استرس‌های زندگی نباشد. به ویژه در مواقع جدایی از خانواده که مسلم است در چنین شرایطی، احتمال افسردگی و سایر اختلالات روانی افزایش می‌یابد و به صورت غیر مستقیم می‌تواند به مصرف مواد بینجامد (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱).

در رابطه با سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه، فرزندان این خانواده‌ها نیز به شدت در معرض خطر مصرف مواد هستند. عواملی نیز منجر به چنین آسیب‌پذیری در فرزندان این خانواده‌ها می‌شود، مثلاً توانایی‌های روانی اجتماعی فرزندان این خانواده‌ها به شدت ضعیف است و چنین شرایطی، از توان مقابله آنان با موقعیت‌های زندگی می‌کاهد. همچنین، ضعف مهارت‌های ارتباطی، ناپختگی‌های رفتارهای آنان، رفتارهای تکانشی و مواردی از این قبیل، هر یک به تنهایی نیز خطر مصرف مواد در این عده را افزایش می‌دهد. از آنجایی که والدین، مرتباً برای مشکلات فرزندان‌شان دیگران را محکوم و مقصر دانسته‌اند، این فرزندان در زمان مناسب، ناکامی‌های زندگی را تجربه نکرده‌اند و برای آن آماده

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

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

می شوند. از سوی دیگر نداشتن امنیت در حوزه‌های دیگر زندگی بر احساس محرومیت آن‌ها می‌افزاید و از آنجا که کسب پایگاه اجتماعی برای این افراد تقریباً غیر عملی است، واکنش این افراد به وضعیت اجتماعی احساس بی‌ارزشی است که با مصرف موادمخدر و داروهای روان‌گردان به این وضعیت پاسخ فوری می‌دهند (الله‌پناه، ۱۳۸۹).

ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، توافق‌گرایی، هیجان‌خواهی) بر اعتیاد اثر دارد. نتایج این یافته با پژوهش‌های کورنور و نورویک^۱ (۲۰۰۷)، دویی و همکاران (۲۰۱۰)، سانجیا و همکاران (۲۰۱۷)، بنی‌سعید و همکاران (۲۰۱۵) باران اولادی و همکاران (۱۳۹۲)، و اکبری و همکاران (۱۳۹۲) همخوان است. نتایج نشان داد که روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی با اعتیاد رابطه مثبت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، روان‌رنجورخویی یک صفت شخصیتی است که افراد واجد آن غالباً نگران، مضطرب و افسرده بوده و خلق آن‌ها در نوسان است. احتمالاً در خواب مشکل دارند و از اختلال‌های روان‌تنی بسیاری در رنج هستند. مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای روان‌رنجورخویی بالا عقاید غیرمنطقی دارند و قادر به کنترل تکانش‌های خود نبوده و به جای استفاده از شیوه‌های حل مسئله برای کنار آمدن با استرس از شیوه‌های هیجانی و یا اجتنابی استفاده می‌کنند و اصولاً در مقابله با استرس‌ها ضعیف هستند و احتمال دارد یکی از راه‌های اجتناب از استرس برای این افراد پناه بردن به موادمخدر برای فراموشی مشکلات باشد. برون‌گرایی نیز بیانگر وجود رویکردی پرنرزی به جهان مادی و اجتماعی در فرد می‌باشد که ویژگی‌ای چون مردم‌آمیزی، قاطعیت و جرات را شامل می‌شود. جعفری‌زاده (۱۳۸۴) در پژوهشی به نتایج مشابهی دست یافت. برون‌گرایان ساخت عصبی غیر محرک و بازدارنده دارند و طبعاً نیاز به تحریک در بیرون تعقیب می‌شود. به دلیل غلبه رویکرد لذت‌گرایانه محرک‌های پاداش‌بخش بیرونی دنبال می‌شوند و به دلیل ناتوانی در به تعویق انداختن تحریک‌پذیری‌های لذت‌بخش، محرک‌های تنبیهی و بازدارنده یادگیری و درونی نمی‌شوند. به همین دلیل دشواری آشکاری در فراگیری و شرطی شدن و اجتماعی‌پذیری نشان داده و در موارد ترکیب بای‌ثباتی هیجانی بیشتر احتمال دارد درگیر رفتارهای

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

در تبیین رابطه مثبت بین هیجان خواهی و اعتیاد این طور می توان گفت که هیجان خواهی با سطح منوآمین اکسیداز (MAO) رابطه منفی دارد. بدین معنی که سطوح منوآمین اکسیداز در افرادی که هیجان خواهی پایین دارند بالا و در افرادی که هیجان خواهی بالا دارند، پایین است. منوآمین اکسیداز آنزیمی است که در تنظیم انتقال دهنده های عصبی مانند نور اپی نفرین مهم است. سطح نوراپی نفرین با فعال بودن مراکز پاداش در مغز، رابطه دارد. چون از ویژگی های افراد هیجان خواه، سطوح پایین منوآمین اکسیداز در آنهاست، سطوح نوراپی نفرین آنها تمایل به بالا بودن دارد، و مراکز پاداش مغز آنها آمادگی فعالیت دارند. این بدین معنی است که افراد با هیجان خواهی بالا اگر موادمخدری مانند کوکائین که مراکز پاداش مغز را تحریک می کند مورد استفاده قرار دهند، احتمالاً لذت بیشتری را تجربه می کنند یا پاداش بیشتری دریافت می کنند. در نتیجه، افراد با هیجان خواهی بالا مجدداً از موادمخدر استفاده خواهند کرد. برعکس، افراد با هیجان خواهی پایین به خاطر تفاوت در شیمی مغزشان، وقتی موادمخدر مصرف می کنند، سطح یکسانی از پاداش را تجربه نمی کنند و لذا احتمال کمتری وجود دارد که آن را مجدداً مورد استفاده قرار دهند (هراتیان، ۱۳۹۲).

اعتیاد بر کیفیت زندگی معتادان اثر منفی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های لین و دتالس^۱ (۲۰۱۱)، حسینی‌فر (۱۳۹۰)، عزیزی و همکاران (۱۳۹۴) و صادقی و همکاران (۱۳۹۴) همخوان است. برای تبیین این یافته باید گفت، کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که منعکس‌کننده وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد و اختلالات مزمن و طولانی مانند اعتیاد، به عنوان یک بحران در زندگی افراد به خصوص معتادین می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد روحی و جسمانی شود. لذا مبتلایان به اعتیاد نیازهای زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی دارند، که در مقایسه با افراد سالم متفاوت است. با وجود یک فرد معتاد در خانواده، زندگی همه اعضا به نحوی صدمه می‌بیند. اعضای خانواده برای ادامه حیات مجبور می‌شوند که در زندگی خود تغییراتی بدهند تا بتوانند با اثرات ویران‌گر اعتیاد کنار بیایند. به مرور زمان این روش باعث می‌شود تا خود آن‌ها نیز در زندگی خود با مشکلات فراوانی روبه‌رو شوند. از آنجایی که اعتیاد بر کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد بنابراین، کیفیت زندگی در خانواده‌های معتادان از ضعف‌های بسیاری برخوردار است و مشکلات اساسی خانواده را شدت می‌بخشد و علاوه بر اثرات مخرب بر زندگی فرد، اطرافیان و بستگان نیز تأثیر می‌گذارد. غالباً کمبود امکانات لازم برای ارضای نیازهای روانی و اجتماعی نوجوانان از قبیل کنجکاوی، تنوع‌طلبی، هیجان‌خواهی، ماجراجویی، مورد تأیید و پذیرش قرار گرفتن، و کسب موفقیت بین همسالان، موجب گرایش آنان به کسب لذت و تفریح از طریق مصرف مواد و عضویت در گروه‌های غیر سالم می‌شود. در این میان عوامل شغلی و نداشتن شغل دائم، بیشترین گرایش به اعتیاد را منجر می‌شود. زیرا کسی که خود را منشاء اثر نمی‌بیند، کسی که خود را بی‌مصرف می‌بیند و نمی‌تواند از حقوق خود دفاع کند و خود را کوچک و جامعه را دشمن فرضی می‌پندارد، به دلیل پایین بودن عزت نفس و اعتماد به نفس به سمت مواد می‌رود، و این عوامل باعث می‌شود که کیفیت زندگی شخص معتاد پایین باشد (امامی‌پور، شمس اسفندآباد، صدرالسادات و نادری، ۲۰۰۹).

۱۴۵

145

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

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

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

منابع

- ابراهیمی قوام، صغری (۱۳۷۰). بررسی اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی (پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی). دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران.
- اکبری شایه، یحیی؛ وطن خواه، محمد؛ زرگر، یداله؛ تیموری باخرزی، نسیم؛ احمدیان، علی (۱۳۹۲). رابطه ویژگی های شخصیتی (روان رنجوری، توافق) هیجان خواهی، ناگویی خلقی و سبک های مقابله ایی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. مجله مطالعات امنیت اجتماعی، (۳۳)، ۱۷۹-۱۶۳.
- آتش روز، بهرام (۱۳۸۶). پیش بینی پیشرفت تحصیلی از طریق دل بستگی و صفات پنجگانه شخصیتی (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- اسفندیاری، غلامرضا (۱۳۷۴). بررسی و مقایسه شیوه های فرزند پروری مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری و مادران کودکان بهنجار و تاثیر آموزش مادران بر اختلالات رفتاری فرزندان (پایان نامه کارشناسی ارشد). تهران.
- الله پناه، شبنم (۱۳۸۹). زاویه جامعه شناسی اعتیاد به مواد مخدر. ماهنامه اصلاح و تربیت، ۹ (۱۰۵)، ۱۷-۱۰.
- باران اولادی، صادق، نویدیان، علی و کاوه فارسانی، ذبیح الله (۱۳۹۲). بررسی اعتیاد پذیری با ویژگی های شخصیت، همنوایی و جنسیت دانش آموزان پیش دانشگاهی. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۵ (۲)، ۴۲-۳۳.
- باقری یزدی، عباس (۱۳۸۴). راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد. تهران: انتشارت رشد.
- حاجلو، نادر؛ جعفری، عیسی (۱۳۹۴). نقش استرس ادراک شده، هیجان خواهی و حمایت اجتماعی در گرایش به اعتیاد. فصلنامه روانشناسی سلامت، (۱۶)، ۱۳-۱.
- حاجعلی، سمیه؛ بهودی، معصومه؛ دوگانه ای فرد، فریده (۱۳۹۳). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی با گرایش به اعتیاد در دانشجویان غیر معتاد و معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در سال ۹۳-۹۲. فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی بوشهر، ۱۲ (۴)، ۱۲۷-۱۰۹.
- حسینی دولت آبادی، فاطمه؛ سعادت، سجاده؛ قاسمی جوبنه، رضا (۱۳۹۲). رابطه بین سبک های فرزند پروری، خود کار آمدی و نگرش به بزهکاری در دانش آموزان دبیرستانی. پژوهشنامه حقوق کیفری، ۴ (۲)، ۸۸-۶۷.

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

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

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

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

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

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

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

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

فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۵(۵۷)، ۷۲-۵۷.

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

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

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

فرجاد، محمد حسین (۱۳۸۵). مشکلات و اختلالات رفتاری- روانی در خانواده. تهران: نشر بدر. فیضی، وحید (۱۳۸۹). بررسی رابطه شیوه های تربیتی والدین و نگرش به رفتارهای بزهکارانه در بین نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ سال شهر تهران. فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم، ۵(۱۴)، ۷۹-۱۱۲.

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

کرمی، جهانگیر؛ باقری، اشکان؛ واتقی، فائزه (۱۳۹۵). رابطه استرس و حمایت اجتماعی با گرایش به اعتیاد: کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم. شیراز. کیامهر، جواد (۱۳۸۱). هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه ی پنج عاملی FFI-NEO و بررسی ساختار عاملی آن در بین دانشجویان علوم انسانی دانشگاههای تهران (پایان نامه ی کارشناسی ارشد). دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

گروسی فرشی، میر تقی (۱۳۸۰). رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت). تبریز: نشر دنیال و جامعه پژوه.

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

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

مومنی، فرشته؛ مشتاق، نهاله؛ پوشهباز، عباس (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۲۷(۲)، ۷۹-۹۲.

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

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

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

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

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

- Alimoradi, L. (2011). The Comparing Activity Of Brain Behavioral Systems And Mental Health In Normal And Addicts Individuals. *Journal of Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30,170-178.
- Alexandre, B. & Laudet, D. (2015). The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6(1), 44° 55.
- Astura, G.B. (2008). *Stress (new illness of civilization)* (P. Dadsetan, Trans.). Tehran: Roshd.
- Atkinson, R., Hilgard, E. (2005). *Introduction to psychology* (6th ed.). Norton & Company Journal of Public Health, 3, 34-47.
- Baumrind, D. (1973). *Parenting styles and adolescent development*. In J. Brooks-Gunn, R. M. Lerner, & A. C. Petersen (Eds.). *The encyclopedia on adolescence*. New York: Garland Publishin.
- Baniassadi, T., Javanmard, Z., Zivari, M., Shokouhi-Moqhaddam, S., & Adhami, M. (2015). Investigating the Relationship between Personality Traits and Self-Control and Nicotine Dependence Symptoms in Male Prisoners in Kerman, Iran. *Addict Health*, 7(1-2), 82° 86.
- Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M., Laudet, A. (2016). Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1° 9.
- Calafat, A., Garcia, F., Juan, M., Becona, E. & Hermida, J. R. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and Alcohol Dependence*, 138(1), 185-192.
- Cole, J., Logan, T.K., Walker, R. (2011). Social exclusion, Personal control, Self-regulation, and Stress among Substance Abuse Treatment Clients. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 113, 13-20.
- Cloninger, C.R. (2006). The science of well-being an integrated approach to mental health and its disorders. *Journal of World Psychiatry*, 5, 71-76.
- Dubey, C., Arora, M., Gupta, S. & Kumar, B. (2010). Five factor correlates: A comparison of abusers and non-substance abusers. *Indian Journal of Applied Psychology*, 4, 17-25.
- Eshrati, A., Rajabi, F., Delgoshad, A., Arjmandi Rad, Sh., & Akbari, S. (2014). The Possible Relationship between University Students' Personality Traits, Psychological Well-being and Addiction Potential. *International Journal of Social Science Studies*, 2, 2-18.

- EmamiPour, S., Shams Esfandabad, H., Sadrossadat, S., & Nejadnaderi, S. (2009). Comparison of Life Quality and Psychological Disorders in Drug-using, Drug using HIV Infected, Non-drug using HIV Infected and a Reference Group of Healthy Men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(1), 69-77.
- Hartman, J. D., Patock-Peckham, J. A., Corbin, W. R., Gates, J., Leeman, R., Luk, J. W. & King, K. M. (2015). Direct and indirect links between parenting styles, self-concealment (secrets), impaired control over drinking and alcohol-related outcomes. *Addictive Behaviors*, 40, 102-108.
- Hoseinifar, Jafar., Zirak, S. R., Shaker, A., Meamar, E., Moharami, H., Siedkalan, M. M. (2011). Comparison Of Quality Of Life And Mental Health Of Addicts And Non-Addicts . *Journal of Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 1930-1934.
- Hummer, T. A., Kronenberger, W. G., Wang, Y., Dunn, D. W., Mosier, K. M., Kalnin, A. J. & Mathews, V. P. (2011). Executive Functioning Characteristics Associated with ADHD Comorbidity in Adolescents with Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 11-19.
- Huth-Bocks و A.C. (2002). Personality, sensation seeking and risk-taking behavior in a collage population. *Journal of National Honor Psychology*, 15, 653-671.
- Kornor H. و Nordvik, H. (2008). Five-factor model personality traits in opioid dependence. *International Journal of Social Science Studies*, 138, 21-44.
- Kazempour, L. & Makvandi, B. (2017). The relationship between social support, attachment and personality characteristics and tendency to addiction. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 4(S3), 932-941.
- Lin, C., Wu, Z., Detels, R. (2011). Family Support, Quality Of Life and Concurrent Substance Use among Methadone Maintenance Therapy Clients in China. *Journal of public health*, 125, 269-274.
- Mobini, M., Mofidi Tehrani, F., & Bahredar, M. J. (2015). Comparison of mood and personality traits in two groups of patients with addiction and normal individuals. *Journal of Renewable Natural Resources Bhutan*, 14, 1608-4330.
- Morgan, T., Morgenstern J., Blanchard, K., labouvie, E., bux, D. (2003). Health related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. *The American Journal on Addictions*. 12 (3), 198-210.
- Mommersteeg, P.M., Denollet, J., Spertus, J.A., & Pedersen, S.S. (2009). Health status as risk factor in cardiovascular disease: a systematic review of current evidence. *Addictive Behavior*, 157, 208-218.
- Piko, B., & Balázs, M. Á. (2012). Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addictive Behaviors*, 37(3), 353-356.
- Roberts, E. M., Bernstein, M. H., & Colby, S. M. (2016). The effects of eliciting implicit versus explicit social support among youths susceptible for late-onset smoking. *Addictive Behaviors*, 62, 60-64.
- Rudolf, H., Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 190-197.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., Dienberg Love, G. (2006). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of landan*, *Addictive Behaviors*, 359(1449), 1383-1394.

- Sakir, O., Aydin, E., Remzi, O., Yasar, T., & Suleyman, G. (2005). Juvenile Delinquency in a Developing Country: A Province Example in Turkey. *International, Journal of Law and Psychiatry*, 28, 430-441.
- Sanja, T. V. Elizabeta, D. H. & Klementina, R. (2016). The relationship between personality traits and anxiety/depression levels in different drug abusers groups. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49(4), 365-369.
- Sanders, M. R., Markie^o Daddsand, C., Turner, T. (2010). Teoretical, scientific and ethical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: Apopulation Approach to the promotion of parenting compelence. *Parenting Research and practice Monograph*, (1), 1-25.
- Stevanovic, D., Atilola, O., Balhara, S., Avicenna, M., Kandemir, H., & Vostanis, P. (2015). The Relationships between Alcohol/Drug Use and Quality of Life among Adolescents: An International, Cross-Sectional Study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 24 (4), 12-24.
- Vaux, A., Phillips, J. Holley, L. Thompson, B. Williams, D. & Stewa, D. (1986). The Social Support Appraisals (SSA) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(1), 195-219.
- Zargar Y. (2008). Construction of Iranian Addiction Potential Scale. *Proceedings of the 2nd congress on Iranian Psychology Association*, 3, 398-401.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, New Jersey: LEA.
- Zuckerman, M. (1994). Behavioral expressions and biosocial bases of Sensation seeking. Newyork: Cambridge university press.