

Prediction of life quality based on Behavioral Activator-Inhibitor Systems and adulthood hyperactivity in male drug abusers

M. Shah Mohammadi^{1*} & S. Taghiloo²

1*. Department of Psychology, Faculty of Science and Research, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran

2. Department of Psychology, Astara Branch, Islamic Azad University, Astara, Iran

Abstract

Aim: The aim of this research was to predict life quality based on behavioral activator and inhibitor systems and adulthood hyperactivity in male drug abusers. **Method:** A correlational method was employed. The statistical population consisted of 1637 drug abusers residing in the Alborz province, Iran. 232 drug abusers were selected based on Krejces & Morgan's table (1970). Participants completed the following questionnaires: The World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL) Questionnaire (Varsharbun, 1998); Conner's (1999) List of the Symptoms of Adulthood ADHD Indicator and the Behavioral Activator and Brain inhibitor System Questionnaire (Carver and White, 1994). Data was analyzed using the structural equation-modeling test. **Findings:** Findings showed that the indirect path coefficients between life quality and components of behavioral activator system ($\beta = -0.292$, $P = 0.01$) and adulthood ($\beta = -0.584$, $P = 0.001$) were negative. Changes of scores of behavioral-brain system explained 22% of adulthood hyperactivity variance and explained 47% of life quality variance along with changes of ADHD in adulthood. **Conclusion:** This research shows that adulthood hyperactivity has negative effects on the relationship between behavioral activator system and life quality. Therefore, it can be argued that hyperactivity has negative and destructive effects on personal and social affairs of male drug abuse. We suggest that some workshops should be held to improve the quality of life and decrease the dangerous behaviors in individuals with hyperactivity disorder in order to solve conflicts and improve interpersonal relationships.

Key words: activator, hyperactivity, inhibitor, quality of life, substance abuse

Citation: Shah Mohammadi, M., & Taghiloo, S. (2019). Prediction of life quality based on Behavioral Activator-Inhibitor Systems and adulthood hyperactivity in male drug abusers. *Quarterly of Applied Psychology*, 13(1): 33-53.

Received: 02 December 2017
Accepted: 12 July 2018
Corresponding author: Shahmohammadi@iau.qazvin.ac.ir

پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس نظام‌های فعال‌ساز-بازدارنده رفتاری و بیش فعالی بزرگسالی در مردان دچار سوء مصرف مواد

معصومه شاه محمدی^{۱*} و صادق تقی لو^۲

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم و تحقیقات، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس نظام‌های فعال‌ساز-بازدارنده رفتاری و بیش فعالی بزرگسالی در مردان دچار سوء مصرف مواد بود. **روش:** روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری کلیه افراد دچار سوء مصرف مواد استان البرز به تعداد ۱۶۷۳ بود. بر اساس جدول کرجسی-مورگان ۱۹۷۰ حجم نمونه ۲۳۲ نفر تعیین و به صورت در دسترس از دو مرکز اقامتی توسکا و رویش سبز انتخاب شد. پرسشنامه‌های پژوهش کیفیت زندگی سوء مصرف‌کنندگان مواد سازمان بهداشت جهانی واروشربون ۱۹۹۸، فهرست علائم شاخص خود معرفی بیش فعالی بزرگسالان کانرز (۱۹۹۹) و پرسشنامه نظام بازدارنده مغزی-فعال‌ساز رفتاری کارور و وایت (۱۹۹۴) بود. پس از حذف ۵ پرسشنامه مخدوش و ۲ داده پرت، داده‌ها با استفاده از آزمون الگویابی معادله‌های ساختاری تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که ضرایب مسیر غیرمستقیم بین کیفیت زندگی با مؤلفه‌های نظام فعال‌ساز رفتاری ($\beta = -0/292$) و بیش فعالی بزرگسالی ($\beta = 0/01$) منفی است. همچنین تغییرات نمره‌های نظام مغزی-رفتاری قادر به تبیین ۲۲ درصد از واریانس بیش فعالی بزرگسالان و تغییرات یادشده همراه با تغییرات بیش فعالی بزرگسالی قادر به تبیین ۴۷ درصد از واریانس کیفیت زندگی بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این پژوهش بیش فعالی بزرگسالی رابطه بین نظام فعال‌ساز رفتاری و کیفیت زندگی را به صورت منفی میانجی‌گری می‌کند؛ بنابراین می‌توان گفت که بیش فعالی در اکثر زمینه‌های زندگی فردی و اجتماعی مردان دچار سوء مصرف مواد آثار منفی و مخربی بر جای می‌گذارد؛ لذا پیشنهاد می‌شود برای ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای پرخطر در بزرگسالان دچار اختلال بیش فعالی، جلسه‌هایی در قالب کارگاه‌های آموزشی برای حل تعارض‌ها و بهبود روابط بین فردی آن‌ها انجام پذیرد.

دریافت مقاله: ۹۶/۰۹/۱۱
پذیرش مقاله: ۹۷/۰۴/۳۱

نویسنده مسئول:
Shahmohammadi@iaui.Qazvin.ac.ir

کلیدواژه‌ها: بازدارنده، بیش فعالی، سوء مصرف مواد، کیفیت زندگی، فعال‌ساز

استناد به این مقاله: شاه محمدی، معصومه، و تقی لو، صادق. (۱۳۹۸). پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس نظام‌های فعال‌ساز-بازدارنده رفتاری و بیش فعالی بزرگسالی در مردان دچار سوء مصرف مواد. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۱(۱۳) (پیاپی ۴۹): ۵۳-۳۳.

مقدمه

اعتیاد، اختلال عودکننده و مزمنی است که به اختلال‌های انگیزشی شدید و فقدان تسلط رفتاری منجر می‌شود (چاپ، ۲۰۱۴). اعتیاد به مواد مخدر بر اساس سه ویژگی تعریف می‌شود که شامل ولع برای مصرف و تهیه آن، علاقه شدید به افزایش مداوم میزان مصرف آن و وجود وابستگی روانی و جسمی به آثار دارو به‌گونه‌ای است که در اثر عدم دسترسی به آن علائم وابستگی روانی و جسمانی در فرد آشکار شود (وینترز، مارتین و چونگ، ۲۰۱۱). سوء مصرف مواد با رفتارهای مخاطره‌آمیز زیادی مانند نابودی دارایی‌های شخصی، افزایش خشونت، افزایش رفتارهای جنسی پرخطر و بیماری‌های سرایت‌کننده‌ای مانند ایدز، افزایش اختلال‌های روانی و افکار خودکشی ارتباط دارد (رید، آمارو، ماتسوموتو و کایسن، ۲۰۰۹).

بررسی‌های پیشین در زمینه میزان شیوع اعتیاد در ایران، همگی مؤید شیوع به نسبت بالای اعتیاد در کشور هستند. اگرچه اعتیاد به‌عنوان آسیب اجتماعی هیچ‌گاه به‌طور کامل ریشه‌کن نخواهد شد؛ آسیب‌های وارده ناشی از این معضل جهانی و مافیای موجود، نیاز به توجه بیش از پیش به برنامه‌های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد به‌عنوان سیاست‌های کاهش تقاضا را تأکید می‌کند. بر اساس گزارش‌های سازمان ملل متحد از ۷۷۰۰ تن مواد مخدر تولیدی افغانستان در سال ۲۰۰۸، سه هزار تن مواد مخدر به ایران وارد شده است. بررسی‌های در زمینه میزان شیوع اعتیاد در ایران، همگی مؤید شیوع به نسبت بالای اعتیاد در کشور است (مکری، ۱۳۹۲). اختلال‌های سوء مصرف مواد و پیامدهای وخیم و ناخوشایند ناشی از آنکه به‌عنوان یکی از خطرهای سلامت روانی و جسمانی در سراسر دنیا به شمار می‌آید؛ با بسیاری مشکلات جدی پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، معنوی و اخلاقی رابطه دارد و نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شود؛ بلکه بار و آسیب فراوانی را نیز بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (حبیبی، ایمانی، پاشایی، ظهیری سروری و همکاران، ۱۳۹۲).

فریش (۲۰۰۹) معتقد است؛ زندگی دارای کیفیت که به‌طور معمول با خشنودی، رضایت، شادی، خرسندی و توانایی فائق آمدن بر مشکلات همراه است؛ در واقع به‌وسیله فرد ارزیابی و توصیف می‌شود. اسپچفر، پدرسون، پرورز، ویدرشون، دنالت (۲۰۰۸) در بررسی کیفیت زندگی ۳۱۵ فرد دچار مصرف مواد دریافتند که میزان عملکرد شناختی، سطح فعالیت اجتماعی و حس سلامت عمومی در آن‌ها کمتر و وضعیت سلامت جسمانی مانند میزان بروز نشانه‌های جسمانی و اختلال خواب آن‌ها بیشتر است؛ بنابراین دلایل زیادی برای مطالعه عامل‌هایی که به مصرف مواد منجر می‌شوند؛ وجود دارد. ممکن است؛ برخی از آن‌ها عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی مانند جنبه‌های اعتیادآور شخصیت، فشار هم‌سال‌ها، الگوهای خانوادگی ضعیف و حوادث فشارزای شدید باشد (استفانسون و هسی، ۲۰۰۸).

از آنجا که در بروز و ظهور سوء مصرف مواد، نقش عوامل شخصیتی غیرقابل انکار است؛ بنابراین در یک دهه گذشته بر نقش نظام‌های مغزی رفتاری در سوء مصرف مواد تأکید شده است. تفاوت‌های شخصیتی افراد ریشه در تفاوت نظام پاداش افراد دارد. نظام بازدارنده رفتاری به نشانه‌های تنبیه حساس است و به‌عنوان عاملی برای هشدار به فرد برای توجه به احتمال خطر و تنبیه عمل می‌کند. نظام فعال‌ساز رفتاری که به نشانه‌های پاداش حساس است؛ فرد را به انجام رفتار سوق می‌دهد. تفاوت‌های فردی در نظام‌های فعال‌ساز و بازدارنده رفتاری نشانگر ابعاد اساسی شخصیتی است (ویگت، دیلارد، برادداک، اندرسون و استفانو، ۲۰۰۹). بر اساس نظر هچت (۲۰۱۳) نظام بازدارنده رفتاری به رفتار مستقیم در پاسخ به تهدیدها و محرک جدید فرض شده می‌پردازد؛ حال آنکه نظام فعال‌ساز رفتاری، رفتار را در پاسخ به انگیزه‌ها و مشوق‌ها تعدیل می‌کند. طبق تعریف، نظام مغزی-رفتاری به وضعیت حساسیت فرد به محرک‌های پاداش یا تنبیه اطلاق می‌شود.

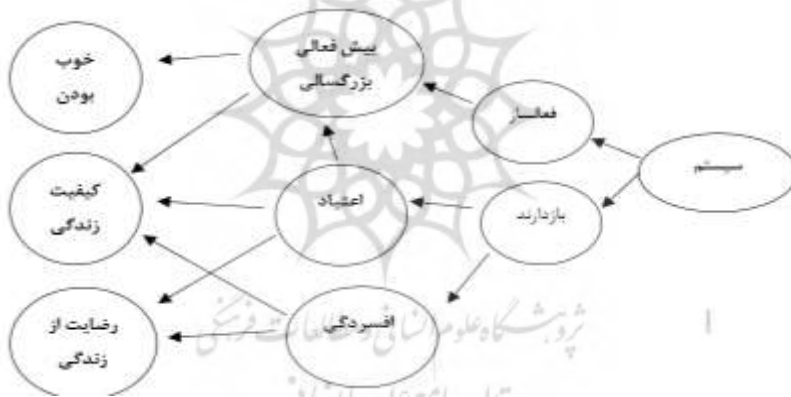
لاکستون و داو (۲۰۰۹) گزارش کردند که نمره‌های پایین بازدارنده رفتاری و نمره‌های بالای گرایش رفتاری با سوء مصرف الکل و مواد مرتبط هستند. به بیان دیگر می‌توان گفت که فعالیت یا حساسیت بالای گرایش رفتاری در فرد موجب انجام اعمالی می‌شود که به احتمال بالا به جای منتهی شدن به پیامدهای منفی، به پاداش منجر می‌شود. به نظر می‌رسد که این سامانه به دلیل همین ویژگی نقش مهمی در گرایش به مصرف مواد دارد. به‌طوری‌که برخی از پژوهشگران مفهوم نشانگان نارسایی پاداش را عامل احتمالی مهم در پدیدایی مشکل مصرف مواد بیان کرده‌اند (بلوم، براویرمن، هولدر، لوبار، موستارا و همکاران، ۲۰۰۹).

در پژوهشی دیگر رابطه مثبت بین اعتیاد و خرده مقیاس سائق و نیز رابطه مثبت اعتیاد با خرده مقیاس جستجوی لذت یافت شد (اکانر، استوارت و وات، ۲۰۰۹). در پژوهش هانت، کیمبرل، مایکل، نلسون و گری (۲۰۰۹) بر رابطه مثبت سوء مصرف مواد با فعالیت بالای نظام فعال‌ساز رفتاری صحه گذاشته شد و لوکستون، ناین، کیسی و دیو (۲۰۰۸) نیز دریافتند که این مساله افراد را دچار چالش‌هایی می‌کند و تغییراتی را در کیفیت زندگی آن‌ها پدید می‌آورد.

از جمله متغیرهایی که می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد تأثیرگذار باشد؛ اختلال نقص توجه بیش فعالی^۱ بزرگسالی است که علاوه بر دوره کودکی در بزرگسالی هم ظاهر می‌شود و از نظر تکاملی با میزان نامتناسبی از عدم توجه، تکانش‌گری و پرتحرکی بروز می‌کند (گوپتا و کار، ۲۰۰۹). این اختلال می‌تواند از کودکی تا بزرگسالی تداوم داشته باشد و علائم و نقص‌های متعددی در حوزه‌های توجه، فعالیت و تکانش‌گری از خود بر جای بگذارد و با مشکلاتی در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد تحصیلی، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، سلامت

1. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD)

روان پایین، رفتارهای گوشه‌گیرانه همراه با اضطراب و افسردگی و سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین همراه شود (هالان و کافمن، ۲۰۰۹). در بزرگسالان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی، همچون کودکان دچار این اختلال، میزان اختلال‌هایی چون یادگیری، اضطرابی، خلقی و مصرف مواد بالاتر از جمعیت عمومی است (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۱). در پژوهشی شیوع نقص توجه و بیش‌فعالی در میان مصرف‌کنندگان الکل ۳۳/۳، کوکائین ۴۲/۲ درصد، حشیش ۴۸/۹ درصد و هروئین ۱۳/۳ درصد بود. افراد دچار نقص توجه و بیش‌فعالی کیفیت زندگی بدتر، روابط اجتماعی ضعیف‌تر و گرایش با شدت بیشتری در استفاده از سوء مصرف مواد مخدر دارند (بارکلی، ۲۰۰۸). با توجه به مطالب یادشده می‌توان گفت که اعتیاد یک بیماری زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی است و عوامل متعددی در نگرش به سوء مصرف مواد تأثیر دارند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند. با توجه به مطالبی که بیان شد؛ شکل ۱ به‌عنوان الگوی پیشنهادی این پژوهش برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس نظام‌های فعال‌ساز-بازداری رفتاری و بیش‌فعالی بزرگسالی در مردان سوء مصرف‌کننده مواد ارائه شد.



شکل ۱. الگوی پیشنهادی پژوهش برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس نظام‌های فعال‌ساز-بازداری رفتاری و بیش‌فعالی بزرگسالی در مردان دچار سوء مصرف مواد

در شکل ۱ فرض شد متغیر نظام فعال‌ساز-بازداری رفتاری می‌تواند کیفیت زندگی فرد را پیش‌بینی کند و بیش‌فعالی بزرگسالی نیز می‌تواند میانجیگر نظام فعال‌ساز رفتاری و کیفیت زندگی باشد؛ بنابراین، با توجه به شکل ۱ پژوهش حاضر با هدف ارزیابی ارتباط کیفیت زندگی در معتادان به مواد مخدر با نظام‌های مغزی رفتاری و بیش‌فعالی دوره بزرگسالی انجام شد تا پاسخ به سؤال‌های زیر مشخص شود.

۱. کدام‌یک از نظام‌های فعال‌ساز رفتاری و نظام‌های بازدارنده رفتاری می‌تواند کیفیت زندگی افراد معتاد به مواد مخدر را بهتر پیش‌بینی کند؟
۲. آیا بیش‌فعالی دوره بزرگسالی می‌تواند کیفیت زندگی افراد معتاد به مواد مخدر را پیش‌بینی کند؟
۳. آیا بیش‌فعالی دوره بزرگسالی رابطه بین نظام فعال‌ساز رفتاری و کیفیت زندگی را در سوء مصرف‌کنندگان مواد میانجی‌گری می‌کند؟
۴. آیا بیش‌فعالی دوره بزرگسالی رابطه بین نظام بازدارنده رفتاری و کیفیت زندگی را در سوء مصرف‌کنندگان مواد میانجی‌گری می‌کند؟

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه آماری کلیه مردان دچار سوء مصرف مواد استان البرز به تعداد ۱۶۷۳ نفر بود. حجم نمونه بر اساس جدول کرجسی-مورگان ۱۹۷۰، تعداد ۲۳۷ نفر در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۵ سال در نظر گرفته شد و به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان جامعه یادشده انتخاب شد. در جریان پژوهش، ۵ پرسشنامه به دلیل تکمیل نشدن از پژوهش خارج و در نهایت پرسشنامه ۲۳۲ نفر تحلیل شد. نمونه مورد مطالعه از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز اقامتی^۱ و گروه‌های انجمن معتادان گمنام^۲ شهر تهران و کرج انتخاب شد. معیارهای ورود به پژوهش، رضایت کتبی برای انجام پژوهش، دارا بودن حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن و معیار خروج از پژوهش نیز ابتلا به اختلال‌های جسمی و روان‌پزشکی بارز بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی سوء مصرف‌کنندگان مواد سازمان بهداشت جهانی^۳. این پرسشنامه خود گزارشی ۴۰ سؤالی توسط واروشربورن^۴ ۱۹۹۸ طراحی شده و شامل چهار حوزه است. عملکرد جسمی نظیر حرکت بدن، ادراک حسی، اشتها، تمایل‌های جنسی، خواب و انرژی را با سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۱۵، ۱۶، ۳۳، ۳۵، ۳۹ و ۴۰، تابع روانی نظیر احساسات، شناخت، استرس مقاومت و عزت نفس را با سؤال‌های ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۷ و ۳۴، عملکرد اجتماعی نظیر حمایت اجتماعی و انطباق، خانواده و زندگی حرفه‌ای را با سؤال‌های ۱۲، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۶، ۳۷ و ۳۸ و خروج علائم و عوارض جانبی را با سؤال‌های ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲،

1. Camp
2. Community Groups of Anonymous Addicts
3. World Health Organization Substance Abuse Quality Questionnaire
4. Washerburne

۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰ می‌سنجد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۵؛ نقل از معصومی جهندیزی، ۱۳۷۴). آزمودنی باید در مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از خیلی زیاد= ۵ تا اصلاً= ۱ به هر سؤال پاسخ دهد. این آزمون باید توسط خود آزمودنی تکمیل شود؛ اما در صورت بی‌سواد یا معلول بودن آزمودنی می‌توان برای تکمیل آن از فرد دیگری که با وی آشنایی کامل دارد؛ کمک گرفت. آلفای کرونباخ برای ۴ مقیاس به ترتیب برابر ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۹۳ و ۰/۸۶ و نتایج مرحله آزمون-آزمون مجدد در حوزه‌های عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و خروج علائم و عوارض جانبی به-ترتیب برابر ۰/۸۲، ۰/۶۴، ۰/۷۸ و ۰/۷۶ و روایی و پایایی آن در ایران در ابعاد زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (نصیری، هاشمی و حسینی، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ و همسانی درونی این آزمون ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین آزمون روایی همگرایی به‌منظور بررسی فرضیه‌ها با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داد و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار پیشنهادی ۰/۴ به دست آمد. در مجموع یافته‌ها نشان داد که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزار مناسبی با روایی و پایایی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است.

۲. پرسشنامه نظام بازدارنده مغزی-فعال‌ساز رفتاری. این مقیاس ۲۴ گویه‌ای با نمره‌گذاری لیکرتی توسط کارور و وایت (۱۹۹۴) تهیه شد. ۷ گویه با سؤال‌های ۲، ۸، ۱۳، ۱۶، ۱۹، ۲۲ و ۲۴ حساسیت نظام بازداری رفتاری، پاسخ‌دهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید را اندازه می‌گیرد. ۱۳ سؤال نیز به نظام انگیزشی رفتاری مربوط می‌شود که شامل ۳ خرده مقیاس رفتاری است. خرده مقیاس پاداش با سؤال‌های ۴، ۷، ۱۴، ۱۸ و ۲۳ درجه‌ای را که پاداش‌ها به هیجان مثبت منجر می‌شود و تمایل به روی‌آوری به رویدادهای بالقوه پاداش‌دهنده را در تحریک لحظه‌ای اندازه‌گیری می‌کند. خرده مقیاس سائق با سؤال‌های ۳، ۹، ۱۲ و ۲۱ تمایل فرد را به تعقیب فعالانه اهداف مطلوب و سومین خرده مقیاس طلب هیجان و سرگرمی با سؤال‌های ۵، ۱۰، ۱۵ و ۲۰ تمایل فرد را به تعقیب فعالانه سرگرمی و هیجان اندازه‌گیری می‌کند و ۴ گویه باقی‌مانده ۱، ۶، ۱۱ و ۱۷ خنثی است که در اندازه‌گیری و ارزیابی نقشی ندارد (کارور و وایت، ۱۹۹۴). مطابق با آخرین تغییرات الگوی گری و ناتان (۲۰۰۰)، ضرایب آلفای کرونباخ این آزمون برای فعال‌ساز رفتاری ۰/۷۸ و برای سائق، شادی‌جویی و پاداش به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۱ و ۰/۷۰ و برای بازداری رفتاری نیز ۰/۷۹ گزارش شده است. ساختار عاملی این آزمون در مطالعه محمدی (۱۳۸۷) تأیید شد. وی این مقیاس‌ها را در مورد ۱۸۸ نفر از دانشجویان دانشگاه اجرا و روایی و پایایی آن را برای کل نمونه در مقیاس بازداری ۰/۶۹، کل مقیاس فعال‌ساز ۰/۷۸ و سه زیر مقیاس

کشاننده، پاداش و جستجوگری به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۴ و ۰/۶۵ برآورد کرد. همچنین برای برآورد پایایی بازآزمایی این مقیاس، آن را دو بار با فاصله زمانی ۲ هفته در مورد ۴۳ نفر از پسران دانشجوی اجرا و ضرایب مقیاس بازداری و زیرمقیاس‌های فعال‌سازی، کشاننده، پاداش، جستجوگری و کل مقیاس فعال‌سازی را به ترتیب برابر با ۰/۶۸، ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۶۲ و ۰/۷۱ گزارش کرد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای نظام فعال‌ساز، بازدارنده رفتاری، کشاننده، پاداش و جستجوگری به ترتیب برابر با ۰/۷۲/۶۸، ۰/۰/۶۶، ۰/۷۳ و ۰/۷۶ به دست آمد.

۳. فهرست علائم شاخص خود معرفی بیش فعالی بزرگسالان. این مقیاس توسط کانرز ۱۹۹۹ تهیه شد و شامل ۱۸ معیار راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است. ۶ سؤال آن شامل سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ پیش‌بینی کننده‌ترین علائم دائمی مبتلایان و مربوط به بخش نقص توجه (A) از فهرست علائم است. بخش بیش فعالی (B) ۱۲ سؤال باقی‌مانده شامل سؤال‌های ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ است. بیمار هر دو بخش B و A از فهرست علائم را با گذاشتن ضربدر در قسمتی که دقیق‌تر از بقیه می‌تواند میزان وقوع هریک از علائم را نشان دهد؛ علامت می‌زند. اگر چهار علامت ضربدر یا بیشتر در قسمت‌های تیره شده در بخش A باشند؛ آنگاه بیمار دارای نشانه‌های بارز بیش فعالی بزرگسالی است. امتیازهای کثرت وقوع در قسمت B راهنمایی‌های بیشتری را ارائه می‌دهد و می‌تواند به‌عنوان بررسی‌های بیشتر در زمینه علائم بیمار عمل کند. هیچ امتیاز کلی یا احتمال تشخیصی برای ۱۲ سؤال مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. ثابت شده است که ۶ سؤال بخش A پیش‌بینانه‌ترین علائم بیماری و بهترین وسیله جهت استفاده در پژوهش است. فهرست علائم شاخص خود معرفی بیش فعالی بزرگسالان در همکاری با سازمان سلامت جهانی و گروه فعالیت در بیش فعالی بزرگسالان تهیه شده و شامل تیمی از روان‌پزشکان و پژوهشگران است (شوایتزر، کامینز و کانت، ۲۰۰۸). در این پژوهش پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

شیوه اجرا. ابتدا از مسئول دو مرکز اقامتی توسکا و رویش سبز مرکز مجوز ورود به مرکز گرفته شد. پس از بیان اهداف پژوهش، از میان آزمودنی‌های داوطلب، افرادی که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند انتخاب و مصاحبه اولیه با آن‌ها انجام و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها برای شرکت‌کنندگان بیان و سپس پرسشنامه‌ها بین افراد توزیع و به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. سپس شرکت‌کننده‌ها به صورت فردی در همان مرکز اقامتی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. پس از حذف ۵ پرسشنامه مخدوش و حذف اطلاعات پرت ۲ شرکت‌کننده ۱۲۸ و ۱۲۹ بر اساس ارزیابی نمره‌های «فاصله مهلنوبایس» داده‌ها با استفاده از روش الگویابی معادله‌های ساختاری تحلیل شد. روش الگویابی معادله‌های ساختاری، بسط الگوی خطی

خرده مقیاس روان‌شناختی کیفیت زندگی با همه ابعاد نظام رفتاری مغزی و متغیر بیش فعالی رابطه منفی دارد ($P= 0/01$). خرده مقیاس جسمی کیفیت زندگی معنادان با بعد جستجوی سرگرمی نظام فعال‌ساز ($P= 0/05$) و با بعد سائق آن رابطه منفی دارد ($P= 0/01$).

جدول ۲. کشیدگی، چولگی، عامل تورم واریانس و ضریب تحمل ابعاد نظام مغزی رفتاری، بیش

فعال‌ی بزرگسالی کیفیت زندگی معنادان

متغیر	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
کیفیت زندگی-حوزه جسمی	-0/848	0/241	-	-
کیفیت زندگی-حوزه روان‌شناختی	0/306	0/801	-	-
کیفیت زندگی-حوزه اجتماعی	-0/749	0/074	-	-
کیفیت زندگی-حوزه نشانگان	0/408	-0/255	-	-
نظام فعال‌ساز رفتار-سائق	0/044	-0/047	0/491	2/038
نظام فعال‌ساز رفتار-پاسخ‌دهی به پاداش	-0/650	-0/381	0/598	1/673
نظام فعال‌ساز رفتار-جستجوی سرگرمی	-0/955	0/243	0/492	2/034
حساسیت نظام بازدارنده رفتاری	-0/580	-0/184	641	1/561
بیش فعالی بزرگسالی	-0/852	0/077	0/788	1/261

طبق نتایج جدول ۲ ارزش‌های چولگی و کشیدگی همه متغیرهای پژوهش در محدوده ۲+ و ۲- طبق نظر کلاین (۲۰۰۵) قرار دارد و بنابراین توزیع داده‌های تک متغیری طبیعی است. مقادیر ضریب تحمل همه متغیرهای پیش بین بیشتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس آن‌ها پایین‌تر از ۱۰ است. این نتیجه بیانگر برقراری مفروضه هم‌خطی بودن در بین داده‌های پژوهش حاضر است. بررسی نمودار پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها نیز نشان داد که مفروضه همگنی واریانس در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است.

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی الگوی اصلاح شده اندازه‌گیری و الگوی ساختاری

شاخص‌های برازندگی	مجدورکا	مجدور کای	ریشه خطای میانگین مجدورات تقریب	نکوبی	نکوبی	نکوبی
الگوی اندازه‌گیری اصلاح شده	34/16	2/84	0/069	0/964	0/908	0/970
الگوی ساختاری	54/47	2/47	0/078	0/952	0/902	0/965
نقاط برش مورد قبول	>0/05	5<	0/08<	>0/90	>0/90	>0/90

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که الگوی ساختاری و نیز الگوی اندازه‌گیری پس از اصلاح با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. در الگوی اندازه‌گیری پایین‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر حوزه اجتماعی ($= 0/623$) و بالاترین بار عاملی متعلق به حوزه روان‌شناختی ($= 0/932$) کیفیت زندگی بود.

جدول ۴. ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیرمستقیم بین ابعاد نظام مغزی-رفتاری، بیش فعالی

بزرگسالی و کیفیت زندگی

غیرمستقیم		مستقیم		ضریب مسیر کل		مسیرها
خطای معیار	پارامتر معیار	خطای معیار	پارامتر معیار	خطای معیار	پارامتر معیار	
۰/۰۶۵	۰/۰۲۵	۰/۰۸۲	۰/۰۷۷	۰/۱۱۰	۰/۱۰۳	نظام بازداری رفتاری-کیفیت زندگی
۰/۰۷۷	-۰/۳۹۲**	۰/۱۱۰	-۰/۲۳۶**	۰/۱۱۰	-۰/۵۲۸**	نظام فعال ساز رفتاری-کیفیت زندگی
				۰/۱۱۱	-۰/۰۴۳	نظام بازداری رفتاری-بیش فعالی
				۰/۱۲۱	۰/۵۰۰**	نظام فعال ساز رفتاری-بیش فعالی
				۰/۰۷۷	-۰/۵۸۴**	بیش فعالی-کیفیت زندگی

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

طبق جدول ۴ ضریب مسیر کل نظام فعال ساز رفتاری و کیفیت زندگی منفی ($P = 0.01$)، ضریب مسیر کل نظام بازداری رفتاری و کیفیت زندگی غیرمعنادار ($P = 0.05$) و ضریب مسیر بیش فعالی بزرگسالی و کیفیت زندگی منفی ($P = 0.01$) و بیانگر آن است که متغیر مکنون نظام فعال ساز رفتاری و بیش فعالی به صورت معکوس کیفیت زندگی را پیش بینی می کند. در مقابل متغیر نظام بازداری رفتاری قادر به پیش بینی کیفیت زندگی نیست؛ اما نظام فعال ساز رفتاری به صورت مثبت، قادر به پیش بینی بیش فعالی بزرگسالی ($P = 0.01$) و نکته مهم دیگر این است که رابطه غیرمستقیم نظام فعال ساز رفتاری و کیفیت زندگی، برخلاف رابطه غیرمستقیم مربوط به نظام بازداری رفتاری معنادار ($P = 0.01$) و بیانگر آن است که بیش فعالی بزرگسالی به صورت منفی رابطه بین نظام فعال ساز رفتاری و کیفیت زندگی را میانجیگری می کند.



شکل ۲. الگوی ساختاری روابط بین نظام مغزی-رفتاری، بیش فعالی بزرگسالی و کیفیت زندگی

طبق شکل ۲ مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای متغیر کیفیت زندگی ۰/۴۷ و بیانگر آن است که ۴۷ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تغییرات در نمره‌های نظام مغزی-رفتاری و بیش‌فعالی بزرگسالی تبیین می‌کند. R^2 بیش‌فعالی برابر با ۰/۲۲ و به این معنا است که ۲۲ درصد از واریانس بیش‌فعالی بزرگسالان را تغییر در نمره‌های نظام مغزی-رفتاری تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل یافته‌های این پژوهش نشان داد که نظام بازدارندگی رفتار به همراه نظام فعال‌ساز رفتاری و بیش‌فعالی بزرگسالی، کیفیت زندگی فردی و اجتماعی را به صورت منفی و معنادار پیش‌بینی می‌کند که این نتایج با یافته‌های پژوهش نوری پور لیاولی، رسولی، پور ابراهیم و سلیمی نیا (۱۳۹۲)؛ سید موسوی، پوراعتقاد، قبری (۱۳۹۳)؛ جنگی قوجه بیگلو، نریمانی، جانی و اصغریور (۱۳۹۲)؛ شاهنده و آقاپوسفی (۱۳۹۱)؛ لاکستون و داو (۲۰۰۹)؛ هانت، کیمبرل، مایکل، نلسون و گری (۲۰۰۹) همسو است.

در بحث و تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که نتایج مبنی بر توان نظام‌های بازدارندگی و فعال‌ساز رفتاری در پیش‌بینی سطح کیفیت زندگی، مطابق با پژوهش‌های کالوگرادس و کر (۲۰۱۱) است. نظام فعال‌ساز رفتاری به محرک‌های شرطی پاداش و فقدان تنبیه پاسخ می‌دهد. این نظام در خدمت کارکردهای انگیزشی مثبت است و رفتارهای اجتنابی فعال و رفتار نزدیک‌تری را موجب می‌شود. افرادی که نظام فعال‌ساز رفتاری در آن‌ها حساسیت بیشتری دارد؛ گرایش بیشتری به ارزیابی مثبت و خوش‌بینانه از حوادث و محیط و استعداد بیشتری برای درگیری در موقعیت‌هایی با احتمال پاداش دارند. این امر به درک شخصی مثبتی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی و در نتیجه سطح بالاتری از کیفیت زندگی منجر می‌شود.

همچنین از تحلیل یافته‌های پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که نظام بازدارندگی رفتاری قادر به پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی اجتماعی و فردی را در سوء مصرف‌کنندگان مواد نیست. این نتایج نیز با نتایج پژوهش جنگی قوجه بیگلو و همکاران (۱۳۹۲) همسو است؛ اما با نتایج پژوهش کلاگرداس و کر (۲۰۱۱) ناهمسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که نظام‌های مغزی و رفتاری اساس تفاوت‌های فردی را مشخص می‌کنند. هر یک از این نظام‌ها موجب فراخوانی رفتاری خاص در فرد می‌شوند که این امر می‌تواند بر شرایط زندگی فرد تأثیرگذار باشد. نظام فعال‌ساز رفتاری از طریق محرک‌های خوشایند مرتبط با پاداش یا حذف تنبیه، فعال می‌شود. دو مؤلفه رفتاری این نظام شامل روی آوردن یعنی جستجوی فعالانه پاداش و اجتناب فعال یعنی ارائه رفتارهای خاص برای اجتناب از تنبیه هستند. حساسیت این نظام نمایانگر زودانگیزگی و

تکانشگری فرد است و به نظر می‌رسد که برای تجاری نظیر امید، وجد و شادی پاسخگو باشد. فرض بر این است که نظام فعال ساز رفتاری دلیل بنیادی صفت زودانگیزگی، مرتبط با انگیزش، برونگردی و جستجوی احساس است. فعالیت این نظام در موارد شادی و زمانی اتفاق می‌افتد که فرد با هیجان‌های مختلف رو به رو می‌شود و با توجه به این هیجان‌ها به موقعیت پاسخ می‌دهد که می‌تواند موجب افزایش کیفیت زندگی در فرد مورد نظر شود.

اما دومین نظام که از آن با عنوان بازداری رفتاری یاد می‌شود؛ حاصل فعالیت مسیرهای آوران، عصبی-آدرنرژیک و سروتونینرژیک است. از نظر کالبدشناسی اعصاب، نظام تنبیه رفتاری در نظام جداری هیپوکامپی، ساقه مغز، مدار پایز^۱ و کرتکس حدقه‌ای پیشانی^۲ قرار دارد (هوینگ، هاگمان، سیفرت، ناومان و بارتوسیک، ۲۰۰۸). دو مؤلفه این نظام شامل اجتناب منفعل یعنی اجتناب از تنبیه از طریق عدم فعالیت و دیگری تسلیم و خاموشی یعنی متوقف شدن رفتارهایی است که پاداشی در پی ندارد. این ساختارها موجب افزایش برانگیزگی و توجه، فراخوانی حالت‌های عاطفی اضطراب، بازداری رفتاری، اجتناب منفعل، خاموشی و تجربه عواطف منفی می‌شوند و با نظام‌هایی که اضطراب در آن نقش دارند؛ هم‌پوشی دارند. در نتیجه، نظام بازداری رفتاری فعال با احساس اضطراب، نگرانی و نشخوار فکری مطابقت دارد که می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی در افراد مختلف شود (هوینگ و همکاران، ۲۰۰۸). کیفیت زندگی به‌عنوان درک فرد از وضعیت کنونی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی محیط زندگی‌اش و نیز ارتباط این دریافت با اهداف، انتظارات، معیارها و اولویت‌های مورد نظرش تعریف شده است (الیس، ۲۰۱۰).

کیفیت زندگی افراد بیش فعال می‌تواند نامطلوب باشد؛ به این دلیل که علائم بیش فعالی مانند اکثر اختلال‌های روانی در اکثر زمینه‌های زندگی آثار منفی و مخرب بر جای می‌گذارد. در درجه اول، نقص در توجه و بیش فعالی باعث می‌شود که افراد در مقابل انفجار خشم، دلسردی، زورگویی، یکدندگی، نوسانات خلقی و عدم اعتماد به نفس آسیب‌پذیرتر باشند؛ زیرا رفتارهای این قبیل افراد پیامدهای فراگیر دارد و بر بسیاری از جنبه‌های زندگی آن‌ها تأثیری منفی دارد. اعضای خانواده فکر می‌کنند که این رفتارها عمدی، به‌علت مسئولیت ناپذیری و لجبازی است و این نوع طرز فکر باعث خشم و رنجش اعضای خانواده آن‌ها می‌شود. در مقابل، افرادی که نشانه‌های بیش فعالی بیشتری دارند؛ با فراوانی بیشتری در معرض طرد از سوی دوستان و جراحات تصادفی قرار می‌گیرند که همه این عوامل می‌تواند کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد را تحت تأثیر قرار دهد. سالو، گابا، فاساندندر و هنیگ (۲۰۱۱) نشان دادند که افرادی که سوء مصرف مواد دارند سطح کیفیت زندگی پایین‌تری دارند.

-
1. popcorn circuit
 2. forex cortex

نظام بازدارنده رفتاری به محرک‌های شرطی تنبیه و فقدان پاداش و همچنین به محرک‌های جدید و محرک‌های ترس‌آور ذاتی پاسخ می‌دهد (بشرپور و مظفری، ۱۳۹۲). فعالیت این نظام موجب فراخوانی حالت عاطفی اضطراب و بازدارنده رفتاری، اجتناب فعل‌پذیر، خاموشی، افزایش توجه و برپایی می‌شود (لی و گومز، ۲۰۱۴). با توجه به حساسیت نظام بازدارنده رفتاری به علائم تنبیه و فقدان پاداش و تازگی، افرادی که این نظام در آن‌ها غلبه دارد؛ رفتاری را که ممکن است؛ منجر به نتیجه منفی یا دردناک شود؛ بازدارنده می‌کنند.

همچنین کلانتری، باقریان سارارودی و بابایی پور (۱۳۹۳) با توجه به یافته‌های پژوهش خود دریافتند که این نظام موجب احساس اضطراب می‌شود و فعالیت فعلی فرد را متوقف می‌سازد تا فرد بتواند نشانه‌های موجود در موقعیت را به‌خوبی بررسی کند. در نتیجه چنین افرادی ممکن است؛ در برخورد با رویدادهای فشارزای زندگی به علائم تنبیه حساس شوند و از هر رفتاری که به نظرشان عواقبی منفی داشته باشد؛ بگریزند و یا به خاطر رابطه نزدیک فعالیت این نظام با هیجان‌های مخرب و ارزیابی‌های شناختی منفی، به‌صورت هیجانی پاسخ دهند (ورورت، والترز، هاگندورن، دی‌هان، بویر و پرینز، ۲۰۱۰).

علاوه بر این، بزرگ‌بینی علائم تنبیه و فقدان پاداش و از دست دادن توانایی مهار هیجانی منجر به این می‌شود که فرد عامل ایجادکننده استرس را قابل‌مهار نداند و در نتیجه سراغ راهبردهای منطقی و مساله‌مدارانه نرود. در تبیین اینکه نظام بازدارنده رفتاری در این پژوهش متغیر کیفیت زندگی اجتماعی و فردی را در سوء مصرف‌کنندگان مواد به‌صورت معنادار پیش‌بینی نکرد؛ می‌توان گفت که به خاطر تفاوت در آزمون مورد استفاده برای ارزیابی کیفیت زندگی ممکن است که این نتیجه حاصل شده باشد. در الگوی ساختاری این پژوهش برای تبیین کیفیت زندگی سوء مصرف‌کنندگان مواد چنین فرض شده بود که متغیر نظام بازدارنده رفتاری مشاهده شده، نظام بازدارنده رفتاری کیفیت زندگی فردی را پیش‌بینی می‌کند. بر اساس نتایج به دست آمده چنین نتیجه‌گیری شد که این الگو می‌تواند کیفیت زندگی فردی را از جنبه سوء مصرف‌کنندگان مواد پیش‌بینی کند.

استفن و فیلیپ (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که نظام فعال‌ساز رفتاری با انتظار پاداش، عزت نفس بالا و عاطفه مثبت و نظام بازدارنده رفتاری با انتظار مجازات و عاطفه منفی رابطه معنی‌داری دارد. از جهتی دیگر به نظر می‌رسد که نظام فعال‌ساز رفتاری با یکی از شاخصه‌های لذت بردن از لحظه و افزایش کیفیت زندگی فردی و اجتماعی، ارتباط مثبت و برعکس با نظام بازدارنده رفتاری ارتباط منفی داشته باشد. چرا که نظام فعال‌ساز رفتاری با عواطف مثبت همراه است و عواطف منفی منجر به افزایش گشودگی و بازبودن نسبت به تجارب خوشایند و ناخوشایند می‌شود. این موضوع بیانگر این است که متغیر نظام فعال‌ساز رفتاری به‌صورت منفی و معکوس کیفیت زندگی

فردی را پیش بینی می کند و متغیر مشاهده شده نظام بازداری رفتاری به صورت معنادار قادر به پیش بینی کیفیت زندگی فردی نیست. در رابطه با توجیه و تبیین این مساله می توان گفت که به دلیل عدم وجود پیشینه پژوهشی قوی در زمینه تأیید وجود رابطه بین نظام های فعال ساز-بازدارنده رفتاری و بیش فعالی در بزرگسالان با کیفیت زندگی سو مصرف کنندگان مواد مخدر، رابطه بین این سازه ها در دستور کار قرار گرفت و مطابق با آنچه که در این الگوی ساختاری فرض شده بود؛ متغیر مشاهده شده نظام بازداری رفتاری به همراه نظام فعال ساز رفتاری به صورت مستقیم پیش بینی کننده متغیر مشاهده شده کیفیت زندگی اجتماعی بود.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر ناتوانی در امکان استنباط رابطه شبه علت و معلولی و نیز محدود محدود بودن پژوهش به آزمودنی های مرد بود. پیشنهاد می شود در پژوهش های دیگری مردان و زنان مقایسه تا تعمیم پذیری نتایج بیشتر شود. نیز پیشنهاد می شود که از این الگو برای پیش بینی و مداخله در رابطه با افزایش کیفیت زندگی افراد دارای اعتیاد به مواد مخدر استفاده شود تا از طریق آموزش ها در قالب جلسه ها و کارگاه های تخصصی در این حوزه بتوان از مصائب و مشکلات ناشی از آن از جمله گرایش به رفتارهای پرخطر و مخل کیفیت زندگی، تعارض های بین فردی، بی ثباتی های عاطفی در روابط بین شخصی، مشکلات مربوط به اعتماد به نفس، تجربه های ناخوشایند روزانه و جز آن در بین افراد یادشده جلوگیری شود.

سپاسگزاری

لازم است؛ از مسئولان و تمامی کارمندان دو مرکز اقامتی توسکا و رویش و شرکت کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه ای داشتند؛ سپاسگزاری شود. مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روان شناسی بالینی است.

منابع

بشرپور، سجاد. و مظفری، سیده صغری. (۱۳۹۲). نقش نظام های فعال سازی/بازداری رفتاری در پیش بینی اضطراب حالت/صفت دانش آموزان مقطع متوسطه. *فصلنامه روان شناسی مدرسه*، ۳(۴): ۳۶-۲۲.

جنگی قوجه بیگلو، شهلا. نیرمائی، محمد. جانی، ستاره. و اصغرپور، اسمعلی. (۱۳۹۲). نقش نظام های مغزی-رفتاری در پیش بینی کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله ای در بیماران دچار سرطان. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۷(۲): ۷۸۸-۷۷۹.

حبیبی، مجتبی. ایمانی، سعید. پاشایی، سودابه. ظهیری سروری، معصومه. میرزایی، جعفر. و زارع، مریم. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر (تریاک). *فصلنامه روان شناسی سلامت*، ۲(۱): ۷۹-۶۳.

سید موسوی، پریاسادات، پورا اعتماد، حمیدرضا. و قنبری، سعید. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نظام‌های بازداری و فعال‌ساز رفتاری در نوجوانان ایرانی: مقایسه الگوهای دو و چهار عاملی این مقیاس. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۸(۳ پیاپی ۳۱): ۹۷-۱۱۵.

شاهنده، مریم. و آقاییوسفی، علی‌رضا. (۱۳۹۱). مقایسه نظام‌های مغزی فعال‌سازی/بازداری رفتاری و منبع کنترل دانشجویان دختر و پسر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶(۳ پیاپی ۲۳): ۷-۲۶.

کاپلان. سادوک. (۱۳۹۱). خلاصه *روان‌پزشکی علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی. جلد دوم. تهران. نشر ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۲).

کلانتری، حمید. باقریان سراوردی، رضا. و بابایی‌پور، الناز (۱۳۹۳) مقایسه فعالیت نظام‌های مغزی مهارکننده و فعال‌کننده رفتاری بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر با گروه کنترل. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۱۴(۲): ۵۹-۶۵.

محمدی، نوراله. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های سنظام بازداری و فعال‌ساز رفتاری در دانشجویان دانشگاه شیراز. *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۵(۱): ۶۹-۶۱.

معصومی جهندی، حسین. (۱۳۷۴). گزارش سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۵). *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۳(۳): ۵۱-۵۲.

مکری، آذرخش. (۱۳۹۲). *راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس (چاپ اول)*. تهران: انتشارات سپیدبرگ.

نصیری، حبیب‌الله. هاشمی، لادن. و حسینی، سیده مریم. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز بر اساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی. مقاله ارائه شده در سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. شیراز. دانشگاه شیراز.

نوری‌پور لیاولی، رقیه، رسولی، رؤیا، پورابراهیم، تقی و سلیمی‌نیا، علی‌رضا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی جنسی معتادان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۳ پیاپی ۲۷): ۷-۲۳.

References

- Barkley, R. A. (2008). *ADHD in adult*. (3 rd Ed). New York: Guilfordpress.
- Carver, C. S, & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1): 319-333.
- Conners CK. (1999). *Conner's adult ADHD rating scales (CAARS) technical manual*. N Tonawanda NY: Multi-Health systems.
- Ellis, A. (2010). Translate by Firoozbakht Tehran: Rasa.
- Frisch, M. B. (2009). Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(1): 60-68.

- Gray, J.A. (2007) *An enquiry into the functions of the septohippocampal system*. New York: Oxford University.
- Gupta, R. & Kar, B. R. (2009). Development of attentional processes in ADHD and normal children. *Progress in Brain Research*, 176(1): 259-276.
- Hecht, D. (2013). The neural basis of optimism and pessimism *Experimental Neurobiology*; 22(3): 173-199.
- Halahan, D.P. & Kaffman, J.M. (2009). Exceptional learners. Introduction to special education (10th edition). Allyn and Bacon. *American Journal of Psychiatry*, 15(9): 1214-1224.
- Hewig, J. Hageman, D. Seifert, J. Naumann, E. & Bartussek, D. (2008). The relation of cortical activity and BIS/BAS on the trait level. *Journal of Biol Psychol*, 71(2): 42-53.
- Hundt, N. E. Kimbrel, N. A. Mitchell, J. T. & Nelson-Gray, R.O. (2009). High BAS, but not low BIS, predicts externalizing symptoms in adults. *Personality and Individual Differences*, 44(3): 563-573.
- Jupp, B. & Dalley, J.W. (2014). Behavioral endophenotypes of drug addiction: ethological insights from neuroimaging studies. *Neuropharmacology*, 76(1): 487-491.
- Kaloupek, L. & Philip, J.C. (2011) Quality of life and level of functioning in cancer patients: The roles of behavioural inhibition and approach systems. *Personality and Individual Differences*, 50(8): 1191-1195.
- Kaloupek, L. & Corr, P.J. (2011). Quality of life and level of functioning in cancer patients: The roles of behavioural inhibition and approach systems. *Personality and Individual Differences*, 50(8): 1191-1195.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford press: New York & London.
- Loxton, N.J. & Dawe, S. (2009). Alcohol abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorders*, 29(1): 45-62.
- Ly, C. & Gomez, Y.R. (2014). Unique associations of reinforcement sensitivity theory dimensions with social interaction anxiety and social observation anxiety. *Personality and Individual Differences*, 60(2): 20-24.
- Blum, K. Braverman, E.R. Holder, J.M. Lubar, J.F. Monasta, V.J. Miller, D. Lubar, J.O. Chen, T.J. & Comings, D.E. (2009). Reward deficiency syndrome: A biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 8(4): 1-68.
- O Connor, R.M. Stewart, S.H. & Watt, M.C. (2009). Distinguishing BAS risk for university students drinking, smoking and gambling behaviors. *Per Indiv Differ*, 11(2): 514-519.
- Reed, E. Amaro, H. Matsumoto, A. & Kaysen, D. (2009). The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: Examination of the role of victimism and perpetrator substance use. *Addictive Behaviors*, 34(3): 316-318.

- Salo, R. Gabay, S. Fassbender, C. & Henik, A. (2011). *Distributed attentional deficits in chronic methamphetamine abusers: evidence from the Attentional Network Task (ANT)*. *Journal of brain cognition*, 77(3), 446-52
- Schiffer, A.A. Pedersen, S.S. Broers, H. Widdershoven, J.W. & Denollet, J. (2008). Type personality but not depression predicts severity of anxiety in heart failure patients at 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 106(1-2): 73-81.
- Stefansson, R. & Hesse, M. (2008). Personality disorders in substance abusers: A comparison of patients treated in a prison unit and patients treated in inpatient treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 6(1): 402-406.
- Stephen, E.J. & Philippe, R. (2010). The general factor of personality, BIS° BAS, expectancies of reward and punishment, self-esteem, and positive and negative affect. *Journal of Personality and Individual Differences*, 12(4): 762-766.
- Schweitzer, J.B. Cummins, T.K. & Kant, C.A. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder, *Med Clin North Am*. 85(3): 757-777.
- Vervoort, L. Wolters, L.H. Hogendoorn, S.M. De Haan, N.E. Boer, F. & Prins, P.J.M. (2010). Sensitivity of gray non-anxious children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 48(5): 629° 633.
- Voigt, D.C. Dillard, J.P. Braddock, K.H. Anderson, J.W. Sopory, P. & Stephenson, M.T. (2009). BIS/BAS scales and their relationship to risky health behaviours. *Pers Indiv Differ*, 12(3): 89-93.
- Winters, K.C. Martin, C.S. & Chung, T. (2011). *Substance use disorders in DSM-V when applied to adolescents*. *Addiction*, 106(5): 882-884.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

فهرست علائم شاخص خود معرفی بیش فعالی بزرگسالی

عبارت‌ها	اصلاً کم	زیاد	خیلی زیاد
۱. چقدر برای شما سخت است که طرح‌های خود را تمام کنید؛ زمانی که قسمت‌های چالش برانگیز آن تمام شده است؟	۰	۱	۳
۲. وقتی کاری نیازمند سازماندهی است؛ چقدر به مشکل بر می‌خورید؟	۰	۱	۳
۳. چقدر در به یاد آوردن قرارهای ملاقات یا وظایف خود دچار مشکل می‌شوید؟	۰	۱	۳
۴. هرچند وقت یکبار، زمانی که یک کار نیازمند تفکر است؛ (تفکر بسیار) از انجام چنین کاری اجتناب می‌کنید یا شروع آن را به تأخیر می‌اندازید؟	۰	۱	۳
۵. وقتی که مجبورید برای مدت طولانی جایی بنشینید؛ چقدر دست و پای خود را تکان می‌دهید یا احساس بی‌قراری می‌کنید؟	۰	۱	۳
۶. هر چند وقت یک بار احساس می‌کنید بیش از حد فعالید و همچنین مجبورید کارهایی را انجام دهید؛ مثل اینکه موتوری شما را به حرکت وا می‌دارد؟	۰	۱	۳
۷. وقتی که مجبورید روی پروژه‌های سخت یا خسته کننده کار کنید؛ چقدر اشتباهاتی از روی بی‌دقتی انجام می‌دهید؟	۰	۱	۳
۸. وقتی کاری خسته کننده یا تکراری انجام می‌دهید؛ چقدر اتفاق می‌افتد که نتوانید تمرکز کنید؟	۰	۱	۳
۹. وقتی دیگران با شما به‌طور مستقیم حرف می‌زنند؛ چه میزان در تمرکز روی صحبت‌های آن‌ها مشکل دارید؟	۰	۱	۳
۱۰. در خانه یا محیط کار، چقدر وسایل را جا می‌گذارید یا پیدا کردن وسایل برایتان سخت است؟	۰	۱	۳
۱۱. سر و صدا یا فعالیت‌های اطراف، چقدر حواستان را پرت می‌کند؟	۰	۱	۳
۱۲. زمانی که در جلسه‌ها باید سر جای خود بمانید؛ چقدر صندلی خود را ترک می‌کنید؟	۰	۱	۳
۱۳. چقدر احساس می‌کنید که بی‌قرار هستید؟	۰	۱	۳
۱۴. هر چند وقت یک بار زمانی که برای خودتان وقت آزاد دارید؛ دچار مشکل در استراحت کردن و آرام گرفتن می‌شوید؟	۰	۱	۳
۱۵. چه موقع احساس می‌کنید؛ زیاد صحبت می‌کنید وقتی در محیط اجتماعی هستید؟	۰	۱	۳
۱۶. وقتی که کسی صحبت می‌کند؛ چقدر اتفاق افتاده صحبت او را قطع کنید؟	۰	۱	۳
۱۷. در موقعیت‌هایی که لازم است؛ در نوبت باشید؛ چقدر برایتان دشوار است که منتظر نوبت بمانید؟	۰	۱	۳
۱۸. چقدر دیگران را متوقف می‌کنید؛ زمانی که آن‌ها مشغول هستند؟	۰	۱	۳

پرتال جامع علوم انسانی

مقیاس کیفیت زندگی افراد با وابستگی به مواد

سؤال‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. آیا شما احساس کمبود انرژی می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲. آیا شما در برخی قسمت‌های بدنتان احساس ضعف می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳. آیا شما احساس گیجی یا منگی می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۴. آیا عملکرد جنسی شما ضعیف شده است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۵. آیا شما احساس می‌کنید که حافظه‌تان افت کرده است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۶. آیا در انجام دادن کارها مشکل دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۷. آیا احساس تنهایی می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۸. آیا احساس افسردگی و غمگینی می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۹. آیا نسبت به آینده خودتان احساس ناامیدی می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰. آیا شما نسبت به بیشتر مردم بی‌اعتماد هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱. آیا شما احساس می‌کنید که خودتان بی‌ارزش هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲. آیا احساس می‌کنید هیچ کسی نیست که با شما احساس همدردی کند؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳. آیا مصرف مواد بر وضعیت شما در محل کار یا خانه تأثیر می‌گذارد؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴. آیا شما به مواد پزشکی وابسته هستید تا در خودتان احساس راحتی ایجاد کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵. آیا احساس فقدان سلامتی می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶. آیا شما احساس فقدان آزادی عمل می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷. آیا شما احساس گناه می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸. آیا مواد مصرف کردن شما خوشایوندان یا دوستان شما را ناراحت می‌کند؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹. آیا مواد مصرف کردن شما سبب مشکلات مالی در خانواده‌تان شده است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰. آیا شما اغلب آبریزش بینی یا چشم دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱. آیا شما تشنج‌هایی در شکم‌تان و در دیگر قسمت‌های بدنتان دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲. آیا شما اسپاسم‌ها و گرفتگی دست و پا دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳. آیا گه‌گاهی احساس سرما یا گرما می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۴. آیا شما استفراغ دارید یا احساس تهوع می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۵. آیا شما اسهال دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۶. آیا شما احساس‌های دردناکی از تنش‌های شکمی دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۷. آیا شما اغلب عرق می‌کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۸. آیا شما لرزش دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۹. آیا شما تنفس کوتاه دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳۰. آیا شما در پوست‌تان جوش‌هایی دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳۱. آیا شما به آسانی رنجیده خاطر می‌شوید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳۲. آیا شما به آسانی هیجان زده می‌شوید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳۳. آیا شما می‌توانید؛ به راحتی با دیگران دوست شوید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳۴. آیا شما قادر به تمرکز کردن هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳۵. آیا شما با محیط سازگار هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳۶. آیا شما می‌توانید از خانواده‌تان کمک یا حمایت بگیرید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳۷. تا چه حد می‌توانید روی دوستان‌تان حساب کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳۸. با خانواده‌تان خوب هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳۹. اشتیاق‌تان خوب است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۴۰. خواب‌تان خوب است؟	۱	۲	۳	۴	۵

مقیاس نظام‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری

کاملاً مخالفم	ناحدهی مخالفم	ناحدهی موافقم	کاملاً موافقم	سؤال‌ها
۱	۲	۳	۴	۱. خانواده مهم‌ترین چیز در زندگی است.
۱	۲	۳	۴	۲. حتی اگر اتفاق‌های بدی برایم بیوفتد؛ به‌ندرت می‌ترسم و نگران می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۳. من برای رسیدن به چیزهای که می‌خواهم از راه و روش خود دست می‌کشم.
۱	۲	۳	۴	۴. وقتی کارهایم را خوب انجام می‌دهم؛ دوست دارم که آن کارها را ادامه دهم.
۱	۲	۳	۴	۵. همیشه می‌خواهم چیزهای جدید را امتحان کنم؛ اگر فکرکنم آن‌ها چیزهای سرگرم‌کننده‌ای هستند.
۱	۲	۳	۴	۶. طرز لباس پوشیدن برایم مهم است.
۱	۲	۳	۴	۷. وقتی چیزهایی را که می‌خواهم به دست می‌آورم؛ احساس شور و شغف می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۸. انتقاد یا سرزنش خیلی کم آزارم می‌دهد.
۱	۲	۳	۴	۹. وقتی چیزی را می‌خواهم؛ معمولاً برای رسیدن به آن دست از هر برنامه‌ای می‌کشم.
۱	۲	۳	۴	۱۰. اغلب کارها را فقط به دلیل سرگرمی و تفریح انجام می‌دهم.
۱	۲	۳	۴	۱۱. آن قدر مشغله دارم که حتی برای رفتن به آرایشگاه هم وقت ندارم.
۱	۲	۳	۴	۱۲. اگر برای رسیدن به چیزهایی که می‌خواهم شانس مناسبی بینم؛ فوراً دست به کار می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۱۳. وقتی فکر می‌کنم یا می‌دانم کسی از من عصبانی است؛ احساس نگرانی و ناراحتی زیادی می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۱۴. وقتی فرصت مناسب برای انجام چیزهایی که دوست دارم فراهم می‌شود؛ بی‌درنگ هیجان‌زده می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۱۵. اغلب کارهایم را خیلی سریع انجام می‌دهم.
۱	۲	۳	۴	۱۶. اگر فکر کنم چیز ناخوشایندی در حال رخ دادن است؛ معمولاً خیلی هیجان‌زده می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۱۷. اغلب شگفت زده می‌شوم وقتی می‌بینم افراد به شیوه‌های خاصی رفتار می‌کنند.
۱	۲	۳	۴	۱۸. وقتی چیزهای خوبی برایم اتفاق می‌افتد؛ به‌شدت مرا تحت تأثیر قرار می‌دهند.
۱	۲	۳	۴	۱۹. وقتی فکر کنم که عملکردم در انجام کاری ضعیف بوده، نگران می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۲۰. همیشه به‌دنبال هیجان و تجربه احساسات جدید هستم.
۱	۲	۳	۴	۲۱. وقتی به دنبال چیزی که می‌خواهم هستم؛ از روش "هیچ مانعی جلودارم نیست" استفاده می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۲۲. در مقایسه با دوستانم ترس خیلی کمتری دارم.
۱	۲	۳	۴	۲۳. بردن یک مسابقه یا رقابت مرا هیجان زده می‌کند.
۱	۲	۳	۴	۲۴. از اینکه در انجام کاری مرتکب اشتباه شوم؛ نگرانم.
