



دانشکده ادبیات و علوم انسانی
گروه روان شناسی عمومی

رابطه هیجان خواهی، اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه و تاب آوری
در افراد معتاد و غیرمعتاد در شهر اصفهان

از:

مریم فتحی رنانی

استاد راهنما:

دکتر ایرج صالحی

استادان مشاور:

دکتر فرهاد اصفری

دکتر حمید کاظمی

اسفند ۱۳۹۲

سپاس و ستایش خدایی که اول است، بی آن که اولی پیش از او باشد و آخر است، بی آن که آخری پس از او باشد. خداوندی که دیده‌های بندگانش ز دیدارش قاصر است و اندیشه‌های وصف‌کنندگان، از وصفش ناتوان....

و با سپاس و تقدیر فراوان از:

اساتید راهنما و مشاور

جناب آقای دکتر ایرج صالحی

جناب آقای دکتر فرهاد اصغری

جناب آقای دکتر حمید کاظمی

و داوران گرامی

سرکار خانم دکتر مهناز خسروجاوید

جناب آقای دکتر عباس صادقی

و با سپاس و تشکر از تمامی افرادی که در فرایند این پژوهش همکاری داشتند...

پیشکش به

پدرم؛

عصاره‌ی جاودانگی و رنج که همواره در تمام این سال‌ها حمایت کرد و افسوس که تنها روح بزرگوارش
شاهد اتمام این پژوهش بود

به مادرم

تندیس مهر، محبت و ایثار

و

خواهران عزیزم....

رابطه هیجان‌خواهی، اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه و تاب‌آوری در افراد معتاد و غیرمعتاد در شهر اصفهان
دانشجو: مریم فتحی

با توجه به نقش عوامل شخصیتی و بعضی از اختلالات روانی در گرایش افراد به مصرف مواد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه بین هیجان‌خواهی، اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه و تاب‌آوری در افراد معتاد و غیر معتاد صورت گرفت. در این مطالعه همبستگی، تعداد ۱۰۰ نفر معتاد و ۱۰۰ نفر غیر معتاد به روش نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۳۹۲ که مراجعه کننده به مراکز وابسته به بهزیستی اصفهان بودند، انتخاب شدند و برای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های هیجان‌خواهی آرنت، پرسشنامه‌ی تشخیصی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه کانرز فرم کوتاه و تاب‌آوری کونور- دیویدسون را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون t و تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین سه متغیر هیجان‌خواهی، اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه و تاب‌آوری بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که در افراد معتاد، اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه قابلیت پیش‌بینی تاب‌آوری و هیجان‌خواهی را به صورت معنادار دارد ولی این قابلیت در مورد هیجان‌خواهی و تاب‌آوری دیده نشد. یافته‌های این پژوهش بیان می‌کند که هیجان‌خواهی، اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه و تاب‌آوری می‌توانند در گرایش افراد به مصرف مواد نقش مهمی را ایفا نمایند که می‌توان از این یافته در مداخلات پیش‌گیرانه و درمانی استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، هیجان‌خواهی، اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه، تاب‌آوری

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
ی	چکیده فارسی.....
ک	چکیده انگلیسی.....
	فصل اول : کلیات پژوهش
۱	پیش درآمد.....
۱	مقدمه
۴	بیان مسئله
۷	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۸	اهداف اصلی
۸	اهداف فرعی
۸	سؤالات پژوهش
۸	سؤال‌های اصلی
۸	سؤالات فرعی
۹	فرضیه‌های پژوهش
۹	فرضیه‌های اصلی.....
۹	فرضیه‌های فرعی.....
۹	تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها
۹	اعتیاد
۹	تعریف نظری
۹	هیجان خواهی
۹	تعریف نظری
۹	تعریف عملیاتی.....
۱۰	اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه در بزرگسالان.....
۱۰	تعریف نظری
۱۰	تاب‌آوری
۱۰	تعریف نظری
۱۰	تعریف عملیاتی

فصل دوم: پیشینه پژوهش

۱۱	پیش درآمد
۱۱	اعتیاد
۱۱	مقدمه
۱۱	اختلال‌های مصرف مواد
۱۱	طبقه بندی و ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های مصرف مواد
۱۲	مراحل وابستگی به مواد
۱۴	همه گیرشناسی سوء مصرف مواد
۱۴	ابعاد و زمینه‌های اختلال مصرف مواد
۱۵	ابعاد و زمینه‌های روان‌شناختی
۱۷	زمینه‌های اجتماعی - فرهنگی
۱۷	تبیین‌های نظری اختلال‌های مصرف مواد
۱۸	نظریه‌های روان‌شناختی
۱۸	نظریه‌های روان تحلیل گری
۱۹	نظریه‌های یادگیری در مورد اختلال‌های مصرف مواد
۲۰	نظریه های اجتماعی
۲۰	نظریه شناختی و شناختی - رفتاری
۲۱	نظریه تعامل خانواده
۲۲	نظریه‌های زیست شناختی
۲۲	هیجان‌خواهی
۲۲	مقدمه
۲۴	مؤلفه های هیجان‌خواهی
۲۵	هیجان‌های اصلی
۲۷	سطح بهینه‌ی تحریک‌شدگی و نظریه‌های برانگیختگی
۳۰	اساس زیست شیمیایی هیجان‌خواهی
۳۲	اساس روان فیزیولوژیکی هیجان‌خواهی (بازتاب جهت‌جویی)
۳۳	تعامل متغیرهای زیست‌شناختی و شناختی
۳۳	نظریه‌ی خودکارآمدی و هیجان‌خواهی
۳۴	تأثیر عوامل ارثی و محیطی در هیجان‌خواهی
۳۵	ارتباط تئوری هیجان‌خواهی با دیدگاه آیزنک

۳۵	ویژگی های افراد هیجان خواه
۳۸	اختلال نقص توجه / بیش فعالی - تکانشگری
۳۹	تعریف ADHD
۴۰	تاریخچه اختلال کمبود توجه / بیش فعالی
۴۱	توصیف نشانه های اصلی ADHD
۴۱	بیش فعالی
۴۲	ملاک تشخیصی کنونی ADHD
۴۴	شیوع اختلال ADHD
۴۵	سبب شناسی
۴۶	ژنتیک
۴۶	مطالعات خانوادگی
۴۶	مطالعات دوقلوها
۴۷	مطالعات فرزندخواندگی
۴۷	عوامل عصبی - شیمیایی
۴۸	آسیب مغزی
۴۸	محیط
۴۹	عوامل نوروشیمیایی
۴۹	رژیم غذایی
۴۹	عوامل روانی - اجتماعی
۴۹	عوامل روان شناختی
۵۰	مسمومیت با سرب
۵۰	تأثیر تشعشع
۵۰	شکل گیری اختلال ADHD در طول عمر
۵۰	فرآیند تحول نشانه ها در نوزادی و خردسالی
۵۱	فرآیند تحول نشانه ها در کودکان پیش دبستانی
۵۱	فرآیند تحول نشانه ها در دوره دبستان
۵۱	فرآیند تحول نشانه ها در نوجوانی
۵۲	فرآیند تحول نشانه ها در بزرگسالی
۵۴	تظاهر ADHD در دوره بزرگسالی
۵۶	شناخت ADHD

۵۶	بهبود روابط
۵۷	استفاده از اصول اداره رفتار
۵۷	استفاده از راهبردهای شناختی
۵۷	استفاده از فنون آرمیدگی
۵۷	تاب‌آوری
۵۷	تعریف تاب‌آوری
۵۹	تاب‌آوری به عنوان یک پیامد
۶۰	تاب‌آوری به عنوان یک فرایند
۶۰	عوامل خطر آفرین، عوامل حفاظتی
۶۱	تاب‌آوری به عنوان یک صفت ژنتیکی با یک صفت وابسته با محیط
۶۳	مفاهیم مشابه تاب‌آوری
۶۳	سرسختی روانی
۶۵	شکست ناپذیری
۶۶	امواج تاب‌آوری
۶۷	موج اول
۶۹	موج دوم (نظریه تاب‌آوری ریچاردسون)
۷۱	موج سوم: الگوهای تاب‌آوری
۷۱	الگوی چالش
۷۴	الگوی عامل حفاظتی
۷۴	سازوکار حفاظتی - حفاظتی
۷۴	الگوهای متمرکز بر متغیر
۷۵	الگوی تزایدی
۷۵	الگوی غیر مستقیم
۷۵	الگوی تعاملی
۷۵	الگوهای متمرکز بر شخص
۷۶	ویژگی‌های فرد تاب‌آور
۷۷	پژوهش‌های داخلی و خارجی در زمینه هیجان‌خواهی
۷۸	پژوهش‌های داخلی و خارجی در زمینه تاب‌آوری
	فصل سوم: روش‌شناسی
۸۰	طرح پژوهشی

۸۰	جامعه‌ی آماری، نمونه مورد مشاهده و روش نمونه‌گیری
۸۰	روش جمع‌آوری اطلاعات
۸۰	ابزارهای پژوهش
۸۲	مقیاس هیجان‌خواهی آرنت (AISS)
۸۲	پرسشنامه تشخیصی نقص توجه- بیش‌فعالی کانرزبزرگسالان فرم کوتاه (CAARS)
۸۳	مقیاس تاب‌آوری کونور- دیویدسون (CD-RIS)
۸۳	پرسشنامه‌ی اختلال‌های مصرف مواد:

فصل چهارم : یافته‌ها

۸۴	یافته‌های توصیفی
۸۷	یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش
۸۹	یافته‌های تکمیلی

فصل پنجم : بحث و نتیجه‌گیری

۹۱	بحث و نتیجه‌گیری پیرامون فرضیات پژوهش
۹۳	یافته‌های تکمیلی
۹۴	محدودیت‌ها و پیشنهاد‌های پژوهش
۹۶	منابع فارسی
۱۰۰	منابع انگلیسی

پیوست

۱۰۷	پرسشنامه اختلال مصرف مواد
۱۰۸	پرسشنامه هیجان‌خواهی آرنت
۱۰۹	پرسشنامه تشخیصی اختلال بیش‌فعال/ نارسایی توجه کانرز
۱۱۰	پرسشنامه تاب‌آوری کونور- دیویدسون

فهرست جدول‌ها

جدول ۱-۲.....	۴۳.....
جدول ۲-۲.....	۶۶.....
جدول ۱-۴.....	۸۴.....
جدول ۲-۴.....	۸۴.....
جدول ۳-۴.....	۸۵.....
جدول ۴-۴.....	۸۶.....
جدول ۵-۴.....	۸۷.....
جدول ۶-۴.....	۸۷.....
جدول ۷-۴.....	۸۸.....
جدول ۸-۴.....	۸۸.....
جدول ۹-۴.....	۸۹.....
جدول ۱۰-۴.....	۸۹.....
جدول ۱۱-۴.....	۹۰.....
جدول ۱۲-۴.....	۹۰.....

فهرست نمودارها

نمودار ۱-۲.....	۶۸.....
نمودار ۲-۲.....	۷۳.....
نمودار ۳-۲.....	۷۶.....

فصل اول

کلیات پژوهش

پیش درآمد:

این فصل شامل مقدمه، بیان مسئله، اهمیت و ضرورت پژوهش، هدف‌های پژوهش و تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش می‌باشد.

مقدمه :

از گذشته تا کنون، افراد به شیوه‌های مختلف مواد مخدر را به امید کاستن از آلام خویش و یا تغییر دادن حالت‌های هوشیاری مورد استفاده قرار داده‌اند (دیویدسون و نیل، ۲۰۰۱). معمولاً مصرف مواد مخدر به صورت تفننی بوده، پس از مدتی به الگوی اجباری مصرف تبدیل می‌شود (بهرامی، احسان، ۱۳۸۳). اعتیاد یا وابستگی به مواد مخدر در جهان یکی از معضلات بزرگ در راستای فروپاشی نظام خانواده و اجتماع به شمار می‌رود و دامی است که در کمین بسیاری از افراد جامعه به ویژه جوانان نشسته است. آمارهای سازمان‌های بین‌المللی مثل سازمان جهانی بهداشت و برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد حاکی از افزایش فزاینده‌ی تولید و مصرف این مواد در سطح جهان، می‌باشد (صحرايي، ۱۳۸۷).

وابستگی به مواد مخدر زیان‌های قابل توجهی را به جامعه‌ی جهانی به لحاظ از دست رفتن بهره وری، انتقال بیماری‌های عفونی، ایجاد مشکلات خانوادگی، افزایش جرم و لزوم تخصیص مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را تحمیل می‌کند. هم فرد را به خطر می‌اندازد و هم افت کیفیت زندگی وی را به دنبال دارد. امروزه مبارزه با مواد مخدر، شناسایی بیماران (مصرف کنندگان) و ارائه خدمات پیشگیری کننده و درمانی جز فعالیت‌های جدی سیستم بهداشتی_ درمانی بیشتر کشورهای جهان قرار گرفته است (وزیران و همکاران، ۱۳۸۱).

در کشور ما اعتیاد به مواد مخدر طی دهه اخیر یکی از مهمترین بحران‌های بهداشتی و اجتماعی بوده است و می‌توان گفت با توجه به بازار آشوب‌زده‌ی افیون‌زدگی (که بالای عظیم جامعه‌ی ماست) و کشورهای همسایه‌ی خشخاش‌کار از یک طرف و عرضه، انتقال و هزینه‌ی بالای اعمال قانونی و اتلاف نیروی انسانی و ضعف برنامه‌های درمانی از طرف دیگر، این معضل هر روز سایه‌اش را سنگین‌تر می‌نماید (وزیران و همکاران، ۱۳۸۱).

وابستگی به مواد مخدر یا اعتیاد موضوع پیچیده‌ای است که با عوامل گوناگون روان‌شناسی و اجتماعی در هم آمیخته و نادیده انگاشتن هر یک از این عوامل بی‌توجهی به این مشکل بزرگ است. از این رو آگاهی داشتن از ویژگی‌های این افراد موجب شناسایی این عوامل گردیده و زمینه موفقیت بیشتر درمانگران را در کاهش شمار این بیماران فراهم می‌آورد.

در ۵۰ سال گذشته، تلاش‌ها و پژوهش‌های بسیاری در راستای شناسایی ارتباط بین سوء مصرف مواد و سازه‌های شخصیتی^۱ انجام شده است (بخشی‌پور، علیلو و ایرانی، ۱۳۸۷). این پژوهش‌ها از نقش ویژگی‌های شخصیتی در شروع، سیرو پدیدآیی، تداوم و درمان اعتیاد و وجود رابطه بین ابعاد مختلف شخصیت با گرایش به سوء مصرف مواد^۲ حمایت کرده‌اند (جوس، فلور و فرانسیسکا، ۲۰۰۷؛ کلی و همکاران، ۲۰۰۶ و سانتیستبان^۳، ۲۰۰۶). در بین این ابعاد و عوامل، خصیصه‌ی هیجان‌خواهی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است (جوس و همکاران، ۲۰۰۷؛ رومر و هنسی، ۲۰۰۷).

1. Personality structure

2. Substance abuse

3. Santisteban

زاگرمین به عنوان نظریه پرداز هیجان خواهی، هیجان خواهی را به عنوان یک نیاز با منشاء عصبی-زیستی^۱، به داشتن احساسات و تجربه های متنوع، جدید، پیچیده و خطرناک تعریف کرده است (زاگرمین^۲، ۱۹۹۴). وی معتقد است که هیجان شخصیتی پویا، در طول عمر می تواند شکل ها و شدت های متفاوتی به خود بگیرد و افراد بر حسب جنسیت و تجربه های خود، به شکلهای متعددی آن را بروز می دهند. پژوهش های اخیر نیز در این ارتباط نشان می دهد که یکی از عوامل مهم در آسیب پذیری در سوء مصرف و وابستگی به مواد و الکل، سطح هیجان خواهی بالا است (هیتمنل، اسویکرت، ۲۰۰۹؛ وایت، لات و وید، ۲۰۰۵). به گونه ای که شولتز در بررسی بیش از ۵۰۰ سوء مصرف کننده مواد افیونی نشان داد که میزان هیجان خواهی در این افراد (از هر دو جنس) نسبت به گروه سالم به طور معناداری بالاتر است و معتادانی که نمره بالاتری در هیجان خواهی آورده اند، مصرف مواد را در سنین پایبتری تجربه کرده اند (شولتز و شولتز، ۲۰۰۵). بوتوین و گریفین (۲۰۰۴) نشان دادند که هیجان خواهی یکی از ویژگی های مهم سوء مصرف کنندگان از مواد است. همچنین زرگر، نجاریان و نعامی (۱۳۸۷) در پژوهشی دریافتند که افراد هیجان خواه آمادگی بیشتری برای اعتیاد دارند. در بسیاری از موارد علت سوء مصرف مواد (به خصوص در بین نوجوانان پسر) کسب تجربه های هیجان انگیز و ارضای حس هیجان خواهی است (داکیس^۳ و ابرین^۴، ۲۰۰۵).

بر اساس نظر زاگرمین، یک دلیل این که هیجان خواهان مصرف مواد را چنین تقویت کننده می یابند آن است که سطح پایین آنزیم مونوآمین اکسیداز^۵ به آنها اجازه می دهد، تا در مقایسه با افرادی که سطح این آنزیم در آنها بالاست، تأثیر بیشتری را تجربه کنند. این عقیده وجود دارد که بسیاری از کودکان بیش فعال هیجان خواه می شوند (ریو، ۲۰۰۳).

اختلال بیش فعالی - نارسایی توجه یک الگوی رفتاری است که در کودکی ظاهر می شود و از نظر تکاملی با میزان نامتناسبی از عدم توجه، تکانش و پرتحرکی بروز می کند. زمانی این اختلال یک بیماری دوران کودکی تلقی می شود که تأثیر اندکی بر عملکرد دوره بزرگسالی بگذارد، در حالی که تحقیقات اخیر نشان داده اند تعداد زیادی از کودکان ADHD، در طول زندگی شان اثراتی از مهارگسیختگی، تکانشگری، به هم ریختگی، بی توجهی و بی ثباتی هیجانی را تجربه می کنند (تیترا^۶، ۱۹۹۸).

مطالعات طولی نشان می دهد که ADHD به دوره ی بزرگسالی کشیده می شود و برای عده زیادی که در کودکی این تشخیص را گرفته اند، مشکل ایجاد می کند (بارکلی^۷، فیشر^۸، ادلبروک^۹ و اسمالیش^{۱۰}، ۱۹۹۰؛ وندر^{۱۱}، ۱۹۹۵).

۶۶ درصد از این افراد گزارش می کنند که حداقل یک علامت از اختلال (مانند بی قراری، تمرکز ضعیف، تکانشگری و حالات انفجاری) را دارند. ۶۴ درصد از بی قراری شکات دارند و بی قراری ۴۴ درصد از آنها در طی مصاحبه بالینی مشهود است (ویس و هچمن، ۱۹۹۳). مشکلات توجه و تمرکز و سیستم حرکتی، تکانشگری، به هم ریختگی، عدم تحمل استرس،

1. Neurobiology

2. Zuckerman

3. Dackis

4. Obrin

5. Monoamin oxidase

6. Teeter

7. Barkley

8. Fischer

9. Edelbrock

10. Smallish

11. Wander

تغییرات هیجانی و خلقی و احتمالاً اختلال در روابط فردی، ADHD بزرگسالان را مشخص می‌کند (تیتز، ۱۹۹۸). ویژگی‌های دیگر این بیماری، ناپایداری عاطفی، عصبانیت‌های ناگهانی و شدید، پاسخ‌های هیجانی شدید، آشفتگی در انجام کارها، بی‌ثباتی در روابط بین فردی، ناکامی شغلی و تحصیلی، سوء مصرف الکل و پاسخ‌های غیرمعمول به روان‌درمانی می‌باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰). درصد بالایی از هم‌ابتلائی نیز در این بیماری مشاهده می‌شود که از جمله آن‌ها اختلالات مربوط به مصرف مواد است. این همراهی در سال‌های اخیر مورد توجه فراوان قرار گرفته است (ویلنز، ۲۰۰۴؛ ریگز^۱، ۱۹۹۸). چرا که سابقه‌ی ADHD احتمال SUD را در نوجوانان و بزرگسالان افزایش می‌دهد (فیشر^۲، بارکلی^۳، اسمالیش^۴ و فلچر^۵، ۲۰۰۲؛ ویلنز، ۲۰۰۴).

دیسنی^۶ و الکنز^۷ و مک‌گو^۸ (۱۹۹۹) ارتباط مستقیمی بین ADHD بزرگسالان و سوء مصرف مواد در آن‌ها گزارش نموده، ADHD همراه با اختلال سلوک یا ADHD مستقل از سایر اختلال‌های روانپزشکی را به عنوان عامل خطر برای سوء مصرف مواد به شمار آوردند. گرچه در بررسی بیدرمن^۹ و همکاران (۱۹۹۷) خطر مصرف مواد در بزرگسالان مبتلا به ADHD و گروه گواه یکسان گزارش شده، خطر مصرف مواد در بزرگسالان مبتلا به ADHD بالاتر از گروه گواه بوده است. همچنین تامپسون و همکاران (۱۹۹۶) نشان دادند که اگر چه سن شروع مصرف مواد در افراد با و بدون ADHD تفاوتی نداشته است، اما در گروهی که دارای سابقه‌ی ADHD بودند، سن شروع مصرف منظم مواد کمتر و احتمال وابستگی بیشتر از گروه دیگر بود.

از سوی دیگر اخیراً محققان از نقش عوامل مثبت و محافظت‌کننده در زندگی افراد و تأثیر آن بر مصرف مواد آگاه شده‌اند (فرگوس و زیمرمن^{۱۰}، ۲۰۰۵). این تغییر به سمت عوامل محافظت‌کننده با رشد تحقیقات در حوزه‌ی تاب‌آوری همواره بوده است (کگلر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۵؛ هسه و گرایدون^{۱۲}، ۲۰۰۹). تاب‌آوری توانایی مقاومت در برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه‌ی عوامل استرس‌زا تعریف می‌شود (ورنر^{۱۳}، ۲۰۰۴).

تاب‌آوری از مشکلات روان‌شناختی بین نوجوانان و جوانان جلوگیری کرده و آن‌ها را در برابر تأثیرات روان‌شناختی رویدادهای مشکل‌زا مصون نگه می‌دارد (پین‌کوآرت^{۱۴}، ۲۰۰۹). شواهد نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور به احتمال کمتری جذب رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد می‌شوند (باکتر، مزاکاپا، بردسلی^{۱۵}، ۲۰۰۳؛ کومو، سارچیاپون، گیانانتونیو^{۱۶}، ۲۰۰۸). همچنین در پژوهشی که در سال ۹۰ سید علی حسینی المدنی و همکاران در این زمینه انجام دادند نیز دریافتند که بین سطح

1. Riggs

2. Fischer

3. Barkley

4. Smallish

5. Fletcher

6. Disney

7. Elkins

8. McGue

9. Biederman

10. Fergus & Zimmerman

11. Kegler

12. Hessa & Graydon.

13. Werner

14. pinquart

15. Backner, Mezzacappa & Beardslee

16. Cuomo, Sarchiapone & Giannantonio

تاب‌آوری در افراد غیر معتاد و گروه معتادان و بهبودیافتگان تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. بدین معنی که از نظر سطح تاب‌آوری افراد غیر معتاد به طور معناداری در سطح بالاتری از گروه معتادان و گروه بهبودیافته قرار دارند. همچنین تاب‌آوری مرتبط با هیجان‌ات مثبت است که نقش حفاظتی را در برابر افسردگی و مصرف مواد ایفا می‌کند (بونانو، گله، بوسیاولی و الهو^۱، ۲۰۰۷).

با توجه به مطالب ذکر شده با توجه به اهمیت ویژگی‌های شخصیتی (همانند هیجان‌خواهی) و اختلال‌های روانی (اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه) از یک سو و برخورداری از عوامل محافظت‌کننده مانند تاب‌آوری در زندگی روزمره‌ی افراد معتاد و غیرمعتاد از سوی دیگر، بررسی و شناسایی این متغیرها برای مفهوم‌سازی کارآمدتر عوامل دخیل در سبب شناسی، پیشگیری و درمان اعتیاد می‌تواند سودمند باشد. به همین خاطر پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی سطح هیجان‌خواهی، اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه و تاب‌آوری بین افراد معتاد و غیر معتاد انجام شده است.

بیان مسئله:

امروزه دولت‌ها هزینه‌ی گزافی برای مبارزه با سوء مصرف مواد^۲ متحمل می‌شوند. چرا که این پدیده به عنوان معضلی فردی و اجتماعی کانون توجه متخصصین در حوزه‌های مختلف قرار گرفته است. اهمیت ایجاد راهبردهای پیشگیری و درمان مؤثر بی‌شک سالهاست بر همگان روشن شده است. اما علی‌رغم تلاش‌های روزافزونی که در راستای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد صورت می‌گیرد، همچنان شاهد انتشار آمارهای فزاینده از سوی سازمان بهداشت جهانی و انجمن روانپزشکی آمریکا در زمینه شیوع سوء مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن هستیم (لوینسون، میل مان و لانگ رود^۳، ۱۹۹۷).

اعتیاد به مواد مخدر نتیجه مصرف مکرر و مداوم ماده یا مواد تخدیرکننده و روان‌گردان تا حد گرفتاری شدید به آن است و فرد معتاد احساس می‌کند که نمی‌تواند یا نمی‌خواهد استفاده از این مواد را ترک و یا میزان آن را کم کند و در صورت ترک آن معمولاً دچار مسمومیت می‌شود. در پزشکی به جای واژه اعتیاد معمولاً کلمه وابستگی به مواد^۴ به کار می‌رود و معتاد کسی کسی است که از نظر روانی و جسمی به یک ماده مخدر وابستگی پیدا می‌کند (مرادی، ۱۳۸۱).

متغیرهای گوناگونی بر پدیدآیی و تداوم و درمان وابستگی به مواد مخدر تأثیر می‌گذارند. در پژوهش‌های بالینی متغیرهای چندی به منزله متغیرهای پیش بین در زمینه وابستگی به مواد مخدر بررسی شده‌اند که به چهار گروه تقسیم می‌شوند: الف) عوامل فرهنگی-اجتماعی، ب) عوامل بین شخصی، ج) عوامل روانی-رفتاری و د) عوامل زیستی-ژنتیکی (نیوکام و ریچاردسون^۵، ۲۰۰۰؛ نیوکام، ۱۹۹۵؛ لتیری^۶، ۱۹۸۵).

کوپر، فرون، راسل و مودار (۱۹۹۵) در پژوهشی نشان دادند که مردم اغلب به دلایل مختلفی مواد مصرف می‌کنند و این دلایل زیربنایی تعیین می‌کند که آیا مصرف، گرایش به سوء مصرف دارد یا نه. تأکید این مطالعه بر مصرف الکل بود ولی یافته‌های آن الگوی مناسبی برای سایر مواد نیز به دست داد. مطالعه یکی از الگوهای مصرف الکل نشان می‌دهد که مردم مواد را برای تعدیل خلق و خو و به دو علت متمایز مصرف می‌کنند: افزایش تجارب هیجانی مثبت و کاهش خلق و خوی منفی، مانند

1. Bonanno, Galea, Bucciaveli & Vlahov

2. Substance abuse

3. Lowinson, Millam, & Longrod

4. Substance dependance

5. Newcomp, & Richardson

6. Letteri

افسردگی و اضطراب. بر طبق این الگو، افرادی که برای کنار آمدن با تجارب منفی مواد مصرف می‌کنند به احتمال بیشتری با عوارض مواجه می‌شوند. اساساً، تعریف وابستگی از دو مفهوم استنباط شده است: وابستگی رفتاری و وابستگی جسمانی. وابستگی رفتاری بر فعالیت‌های موادجویی و الگوهای مصرف بیمارگونه تأکید کرده است و وابستگی جسمی بر اثرات جسمی (فیزیولوژیک) دوره های متعدد مصرف مواد تأکید کرده است. آن دسته از تعاریف که بر وابستگی جسمی تأکید کرده‌اند در ملاک‌های طبقه بندی از وجود تحمل و اثرات ترک استفاده کرده‌اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۱).

برخی نظریه‌های روانشناسی درباره مصرف مواد مخدر مبتنی بر شخصیت است. اعتیاد به مواد مخدر عمدتاً یک اختلال شخصیتی و یکی از انواع سازگاری‌های شخص در زندگی است که افراد با گرایش‌های شخصیتی خاص ممکن است آن را انتخاب کنند. در این بین عواملی وجود دارند که احتمال یا امکان سوء مصرف مواد و اعتیاد را افزایش می‌دهند و بیشتر پیش-بینی کننده‌ی و شاخص‌هایی برای اعتیاد هستند (لاندری، ۲۰۰۰).

از جمله این گرایش‌های شخصیتی هیجان‌خواهی^۱ است. شواهد قابل ملاحظه‌ای مصرف مواد را به نوجویی ربط می‌دهد. زاکرمن (۱۹۷۹) هیجان‌خواهی را اینگونه تعریف کرده است: صفتی که با نیاز به احساسات و تجارب متغیر، تازه و پیچیده و نیز خطر کردن برای کسب چنین تجاربی تعریف می‌شود. بر اساس نظر زاکرمن، یک دلیل اینکه هیجان‌خواهان مصرف مواد را چنین تقویت کننده می‌یابند آن است که سطح پایین آنزیم مونوآمین اکسیداز به آنها اجازه می‌دهد، تا در مقایسه با افرادی که این آنزیم در آنها بالاست، تأثیر بیشتری تجربه کنند. این عقیده وجود دارد که بسیاری از کودکان بیش‌فعال در بزرگسالی هیجان‌خواه می‌شوند. فرد هیجان‌خواه همواره به دنبال تجربه‌های جدید است. مواد مخدر هم می‌تواند وسیله‌ای برای بالا بردن سریع انگیزتگی باشد، در را به روی تجربه‌های جدید بگشاید، از رفتارهای مخاطره آمیز بازداری زدایی کند و وسیله‌ای باشد برای گریختن از یکنواختی و بی‌حوصلگی.

زاکرمن و همکاران (ریو، ۲۰۰۳) برای اثبات این ادعاها، از دانشجویان خواستند مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن و پرسشنامه‌ای درباره انواع مصرف مواد مخدر و الکل را تکمیل کنند. چندین مقیاس با مصرف الکل و مواد مخدر به ویژه در مردان همبستگی داشت (ریو، ۲۰۰۳).

این گرایش در بعضی افراد بیشتر به چشم می‌خورد، از جمله مبتلایان به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه.

اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی شایع‌ترین اختلال عصبی رفتاری است که در مراجعان به درمانگاه‌های روانپزشکی کودک و نوجوان مشاهده می‌شود (ویلنز، فرائونه، بیدرمن و گاناواردن، ۲۰۰۴). شیوع این اختلال را که از اوایل کودکی آغاز می‌گردد تا ۱۲ درصد تخمین می‌زنند (ویس، ۱۹۹۶). بررسی‌ها حاکی از آن است که در ۵۰ تا ۶۰ درصد موارد، علائم این اختلال تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند (آدلر و کوهن، ۲۰۰۴).

شیوع ADHD در بزرگسالان حدود پنج درصد برآورد می‌شود (۲۰۰۴). درصد بالایی از موارد هم‌ابتلایی نیز در این بیماری مشاهده می‌شود که از جمله آنها اختلالات مربوط به مصرف مواد (SUD)^۲ می‌باشد. این همراهی در سال‌های اخیر مورد توجه فراوان بوده است. چرا که سابقه ADHD احتمال سوء مصرف مواد را در نوجوانان و جوانان افزایش می‌دهد (ویلنز، ۲۰۰۴).

1. Sensation seeking

2. Substance Use Disorder

چندین مطالعه نشان می‌دهد که ADHD باعث شروع زودتر و شدت بیشتر سوء مصرف مواد می‌شود (کینگ، برونر، کیدورف، استولر، میرسکی، ۱۹۹۹). همراهی ADHD با اختلال سلوک نیز باعث افزایش احتمال وابستگی شدیدتر به مواد و شروع زودتر و پیش‌آگهی بدتر اختلال سلوک^۱ و سوء مصرف مواد در نهایت ادامه‌ی این رفتارها تا بزرگسالی می‌گردد (مدستین، متوات و ورمل، ۲۰۰۱).

تامپسون و همکاران (۱۹۹۶) نشان دادند که اگرچه سن شروع مصرف مواد در افراد با و بدون ADHD تفاوتی نداشته است، اما در گروهی که دارای سابقه ADHD بودند، سن شروع مصرف مواد کمتر و احتمال وابستگی بیشتر از گروه دیگر بود. مطالعه بیدرمن و همکاران (۱۹۹۷) حاکی از این بود که وجود ADHD به تنهایی احتمال اختلال مصرف مواد را در اوائل نوجوانی بالا نمی‌برد، ولی وجود اختلالات سلوک و دو قطبی احتمال سوء مصرف مواد را در اوائل نوجوانی افزایش می‌دهد. در این پژوهش به بررسی وجود این اختلال در افراد با مصرف مواد مخدر و افراد عادی پرداخته خواهد شد. علاوه بر عواملی که افراد را به سوی استفاده از مصرف مواد سوق می‌دهد عواملی نیز وجود دارند که از این گرایش در افراد جلوگیری می‌کنند، مانند تاب‌آوری^۲.

در حال حاضر دو دیدگاه نسبت به پیشگیری از مصرف مواد وجود دارد: دیدگاه عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده و دیدگاه اصلاح هنجارها و آموزش مهارت‌های زندگی. یکی از عوامل محافظت‌کننده ویژگی است به نام تاب‌آوری که به فرآیند بازگشت فرد به کارکرد طبیعی، پس از تجربه‌ی یک رویداد استرس‌زا یا ناراحت‌کننده اشاره دارد. در رویکرد جدید پیشگیری از اعتیاد شناسایی و ارتقاء عوامل محافظت‌کننده از جمله عوامل تاب‌آوری و شناسایی و کاهش عوامل خطرناک از جایگاه پراهمیت و ویژه‌ای برخوردار است. تاب‌آوری یکی از مفاهیمی است که اخیراً در حوزه پیشگیری از اعتیاد و سایر اختلالات روانی و آسیب‌ها مطرح شده و می‌تواند کلید پیشگیری باشد.

در حال حاضر این عقیده در موضوع پیشگیری از اعتیاد در حال رشد است که برنامه‌های پیشگیری می‌تواند بر مبنای اطلاعات کسب شده از مطالعه بر روی کسانی باشد که به طور موفقیت‌آمیز از سوء مصرف مواد اجتناب کرده‌اند، نه آنهایی که الزاماً مواد مصرف کرده‌اند. شاید پاسخ گفتن به این سؤال که ((برنامه‌های پیشگیری باید بر مبنای مثبت‌ها باشد یا منفی‌ها؟)) دشوار باشد، اما باید در نظر داشته باشیم که از افرادی که به مصرف مواد ((نه گفته‌اند)) نیز می‌توان چیزهای بسیاری آموخت. در سالهای گذشته بیشتر توجهات در زمینه سوء مصرف مواد در جوانان به این نکته معطوف بود که چرا فلان جوان به راه خطا رفت (معتاد شد) و به این سؤال که چرا جوان دیگر راه درست را در پیش گرفت (یعنی از مواد اجتناب کرد) توجهی نمی‌شد.

جدیداً توجهات به مطالعه بر روی آن دسته از جوانان پرخطر که توانسته‌اند در اجتناب از مواد موفق باشند، معطوف شده است. این جوانان اگر چه موقعیت‌ها و شرایط تهدیدآمیز بسیاری برای گرایش به مصرف مواد داشته‌اند، اما توانسته‌اند از خطرات سربلند بیرون بیایند که بواسطه تاب‌آوری مبتنی بر عوامل محافظت‌کننده‌ای بوده است که به آن‌ها کمک کرده تا از مواد اجتناب کنند. مثلاً بچه‌های افراد الکلی بیشتر از بچه‌های دیگر در معرض خطر گرایش به الکل هستند اما طیف وسیعی از آنها به طرف الکل نمی‌روند و سالم می‌مانند و از همین رو تاب‌آور به شمار می‌آیند (کاظمی، ۱۳۸۳).

¹. Conduct Disorder

². Resilience

مفهوم تاب‌آوری شیفت به یک چهارچوب جدید را در زمینه پیشگیری از اعتیاد مطرح می‌کند. این شیفت از مبدأ کاهش ریسک فاکتورهای محیطی (که زمینه ساز بروز رفتارهای ناسازگار و اختلالات روانی هستند) به سمت تاب‌آوری و ارتقاء آن می‌باشد. در این چهارچوب جدید، شناخت عوامل محافظت‌کننده‌ی محیطی، اصلی است که از آن می‌توان به سان سپری در مقابل اثرات زیان‌آور ریسک فاکتورها استفاده کرد. به علاوه آگاهی و شناخت آسیب‌پذیری‌های فردی که تهدیدی برای تاب‌آوری به شمار می‌رود از اهمیت زیادی برخوردار است. بنابراین تاب‌آوری به عنوان محصول تعامل فاکتورهای فردی و محیطی و آنچه که در طی سالهای رشد کودکی و نوجوانی در فرد شکل می‌گیرد و پرورش می‌یابد، مطرح می‌گردد. پس تاب‌آوری می‌تواند با تقویت عوامل محافظت‌کننده در محیط کودک همراه با ارتقاء مهارت‌های زندگی و توانایی‌های شخصی وی توسعه یابد. با توجه به توضیحات بالا این پژوهش قصد دارد به بررسی این فاکتور شخصیتی در افراد معتاد غیر معتاد بپردازد.

اهمیت و ضرورت پژوهش :

در حال حاضر وابستگی به مواد یک مشکل حاد فراگیر می‌باشد که به صورت منبع نگرانی بارز جوامع درآمده است. امکان دارد این پدیده تصویری از یک مسئله مخاطره‌آمیز شخصی را منعکس سازد. حال آنکه می‌تواند به شکل یک معضل اجتماعی نیز جلوه نماید. مشکل فوق با خسارات اجتماعی (مثلاً در قالب فعالیت‌های مجرمانه)، لطمات بهداشتی و طبی (مرگ و میر، شیوع ایدز و سایر بیماری‌ها) از هم پاشیدگی خانوادگی و مانند آن توأم است.

به طور دقیق‌تر این مسئله را می‌توان به صورت یک فرایند در نظر گرفت که یکی از واقعیت‌های آن اثرات منفی و مهلکی بر جای می‌گذارد. اعتیاد مخصوص یک قشر خاص نیست، در میان هر طبقه‌ای چه مرفه و غیر مرفه، بی‌سواد و باسواد، مجرد و متأهل و سایرین، معتاد وجود دارد. اما اینکه چه افرادی و با چه ویژگی‌هایی بیشتر در معرض خطر هستند، بایستی گفت تا کنون پژوهش‌هایی که در مورد اعتیاد انجام شده مشخصات فردی، اجتماعی و روانی ویژه‌ای را برای افراد معتاد شناخته و مطرح کرده‌اند.

پژوهش‌هایی که در زمینه شناخت و ارزیابی صفات و ویژگی‌های مستعدکننده و پیشگیری از اعتیاد انجام می‌گیرد از اهمیت وافر برخوردار است. اساساً در پژوهش‌های مربوط به مشکلات اجتماعی مانند اعتیاد، بایستی بعد کاربردی آن مدنظر باشد و متغیرهایی بررسی شوند که بتوان با تدوین برنامه آموزشی-درمانی مناسب به تغییر و اصلاح رفتار پرداخت. در واقع با توجه به زایل شدن نیروی انسانی جوان کشور، مصرف هزینه‌های گزاف جهت درمان افراد معتاد و رسیدن به راهکارهای جدید در کاهش میزان مصرف مواد، پژوهش‌ها در این زمینه می‌تواند راهگشا و مؤثر باشد.

با نگاهی به آمار روزافزون اعتیاد به مواد مخدر، به خصوص اشاعه آن در نوجوانان و جوانان، به نظر می‌رسد نسل جوان که باید در جهت سازندگی و پیشرفت جامعه مشارکت داشته باشد در دام اعتیاد به هدر می‌رود. از این رو لازم است بررسی‌های وسیع و عمیقی در مورد عوامل زمینه ساز اعتیاد انجام گیرد. از آنجا که پدیده‌ی اعتیاد، ارتباط تنگاتنگی با فرهنگ، اعتقادات مذهبی، شرایط اقتصادی-اجتماعی و پیشینه‌ی تاریخی هر کشوری دارد، تکیه بر پژوهش‌های خارجی مشکل‌گشا نخواهد بود، بلکه به بررسی‌های منطقه‌ای و کشوری نیاز است.

از آنجا که در زمینه شناخت پیشایندها و عوامل زمینه ساز اعتیاد در ایران بررسی‌های کمتری انجام شده است، لذا این پژوهش به بررسی برخی از متغیرهایی که احتمالاً می‌توانند پیش‌بین وابستگی به مواد مخدر در جوانان باشند، پرداخته خواهد

شد. با توجه با اینکه دو متغیر هیجان‌خواهی و تاب‌آوری قابل آموزش و تغییر هستند، شاید بتوان گامی مؤثر در پیشگیری و درمان افرادی که به سوء مصرف مواد گرایش دارند و یا وابسته به آن هستند، برداشته شود. در مورد متغیر بیش‌فعالی نیز می‌توان با در نظر گرفتن تأثیر آن در گرایش به مواد، با تشخیص به موقع و درمان مناسب گامی در جهت جلوگیری از گرایش این دسته از افراد به مواد مخدر برداشت.

اهداف اصلی

- ۱- تعیین میزان تفاوت هیجان‌خواهی، اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه و تاب‌آوری در افراد معتاد و غیر معتاد
- ۲- تعیین میزان رابطه هیجان‌خواهی و اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه با تاب‌آوری در افراد معتاد

اهداف فرعی

- ۱- تعیین میزان تفاوت هیجان‌خواهی در بیماران وابسته به مواد
- ۲- تعیین میزان تفاوت اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در بیماران وابسته به مواد
- ۳- تعیین میزان تفاوت تاب‌آوری در بیماران وابسته به مواد
- ۴- تعیین میزان رابطه و توان پیش‌بینی‌کنندگی هیجان‌خواهی و اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه با تاب‌آوری در بیماران وابسته به مواد

فرضیه‌های پژوهش:

فرضیه اصلی

- ۱- هیجان‌خواهی، اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه و تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد و غیر وابسته متفاوت است.

فرضیه‌های فرعی

- ۱- میزان هیجان‌خواهی در افراد وابسته به مواد و غیر وابسته متفاوت است.
- ۲- هیجان‌خواهی و مؤلفه‌های آن (تنوع طلبی و شدت هیجان) در افراد وابسته به مواد و غیر وابسته متفاوت است
- ۳- میزان ابتلا به بیش‌فعالی / نارسایی توجه در افراد وابسته به مواد و غیر وابسته متفاوت است.
- ۴- اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه و مؤلفه‌های آن (کم‌توجهی / مشکل حافظه، بی‌قراری / بیش‌فعالی، بی‌ثباتی / تکانه‌ای بودن، مشکلات با تصورکلی از خود و شاخص بیش‌فعالی / کم‌توجهی) در افراد وابسته به مواد و غیر وابسته متفاوت است.
- ۵- میزان تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد و غیر وابسته متفاوت است.

سئوال اصلی:

آیا بین هیجان‌خواهی و اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه با تاب‌آوری در بیماران وابسته به مواد رابطه معناداری وجود دارد؟

سوالات فرعی: