

## مقایسه گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان عادی و آهسته‌گام

آمنه مرادی شکیب<sup>۱</sup>  
سمانه قدم‌پور<sup>۲</sup>  
مهديه سقایی پورسیفی<sup>۳</sup>

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان عادی و آهسته‌گام انجام شد. **روش:** این پژوهش، یک مطالعه علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش را نوجوانان عادی و آهسته‌گام ۱۶ تا ۱۸ ساله شهر تهران تشکیل دادند. در این پژوهش ۶۰ نوجوان شرکت داشتند که به دو گروه ۳۰ نفری تقسیم شدند. به‌نحوی که گروه اول از نوجوانان عادی تشکیل می‌شد که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب‌شده بودند درحالی‌که گروه دوم از نوجوانان آهسته‌گام تشکیل شد که به روش نمونه‌گیری دسترس انتخاب گردیدند. ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، مقیاس آمادگی به اعتیاد و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که گرایش به مصرف مواد و افسردگی در نوجوانان آهسته‌گام به‌طور معناداری بیشتر از نوجوانان عادی بود ولی استرس در نوجوانان آهسته‌گام به‌طور معناداری کمتر از نوجوانان عادی بود و تفاوت معناداری در اضطراب هر دو گروه وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس از پدیده‌های پیچیده و چندبعدی هستند که نقش بسیار مهمی در زندگی نوجوانان دارند. **کلیدواژه‌ها:** گرایش به مصرف مواد، مشکلات روان‌شناختی، نوجوانان آهسته‌گام

### مقدمه

گرایش به مصرف مواد<sup>۴</sup> آسیب‌پذیرتر از سایر افراد جامعه باشند (هالاهان، کافمن و پولن،<sup>۵</sup> ۲۰۱۵). گرایش به مصرف مواد به باورها و نگرش‌های افراد درباره مواد و پیامدهای منفی و مثبت مصرف آن گفته می‌شود که رابطه مستقیم با حوزه‌های نگرشی افراد و میزان پذیرش اجتماعی مواد، ضررهای ناشی از مصرف مواد و یا حالات و پیامدهای خوشایند مصرف مواد دارد (بولز و میوتو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ آدرام و نیک‌منش، ۱۳۹۲). مواد مخدر به‌طور سنتی در ترکیب بعضی داروها به‌عنوان ضد درد و ضد سرفه به کار می‌رود و بیش از سه قرن است که به این منظور استفاده می‌شود اما عوارض سوءمصرف آن مانند محرک بودن، ایجاد

نوجوانی دوره انتقال بین کودکی و بزرگسالی است و روان‌شناسان رشد از نوجوانی به‌عنوان زمان طوفان و فشار روان‌شناختی یاد کرده‌اند؛ یعنی به دوش کشیدن مسئولیت‌های خواسته از یک بزرگسال، قبل از این‌که به بزرگسالی برسد (عاشوری و جلیل‌آبکنار، ۱۳۹۵، کالن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱؛ آدولف و برگر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). با این وجود، به نظر می‌رسد نوجوانان آهسته‌گام<sup>۹</sup> که محدودیت‌های اساسی در کارکرد هوشی (هوش بهر ۷۰ تا ۷۵ یا پایین‌تر) و رفتار سازشی (مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی) در دوره رشد (قبل از ۱۸ سالگی) دارند (افروز، عاشوری و قاسم‌زاده، ۱۳۹۵) با توجه به مشکلات روان‌شناختی<sup>۱۰</sup> و هوشی خاص خود نسبت به

<sup>۱</sup> . کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران Moradi.amene@yahoo.com

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد سمندان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمندان، ایران  
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱/۲۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۳/۱۹

4. Cullen

5. Adolph & Berger

6. Slow paced adolescents

7. Psychological problems

8. Addiction potential

9. Hallahan, Kauffman & Pullen

10. Boles & Miotto

ادراک ذهنی است که با پاسخ بدنی به تهدید واقعی یا ادراک شده همراه است. اضطراب نوعی غریزه زندگی و بقا است که به ما می‌گوید از چه چیزی و با چه روشی اجتناب کنیم. وقتی که اضطراب به‌طور مکرر، مداوم و شدید باشد یا سابقه بروز آن بیش‌ازحد بوده و اختلالی در کارکرد روزمره فرد ایجاد کند که متناسب با سن و تحول بهنجاری وی نباشد به یک اختلال تبدیل می‌شود (به‌پژوه و عاشوری، ۱۳۹۳؛ تاش، واسیلسکی و ویتشیر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۵).

استرس هم شرایطی است که در نتیجه تعارض میان فرد و محیط به وجود می‌آید و باعث ایجاد ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود (چن، چان، لیاو، چن و وو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۳). محققان در حوزه سلامت روان، استرس را پاسخ فرد به وقایع یا تغییراتی که با موقعیت اجتماعی او متضاد و مخالف است تعریف می‌کنند. این پاسخ‌ها، یک یا چند واکنش شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی را در پی دارند (کوپر، مک‌لانیهان، مدوس و بروکس-گان<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۹). اگر عوامل بروز استرس برای مدتی طولانی به قوت خود باقی بمانند ممکن است علائم این اختلال که معمولاً فیزیکی و عاطفی هستند در ما بروز کنند (اسکریمین، هاینس، آلتو، برونستین و آکسیاس<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۹؛ زیدمن‌زیت و همکاران، ۲۰۱۶).

گرایش به مصرف مواد یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر است که گستره جهانی پیدا کرده است. این پدیده به یک معضل روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده و علاوه بر تلاش‌های گسترده برای کنترل آن، شیوعی رو به رشد به‌ویژه در افراد با بهره هوشی پایین‌تر از متوسط داشته و سن مصرف رو به کاهش است. اعتیاد به مواد مخدر که یکی از سه مشکل مهم بهداشتی در ایالت متحده است و سالانه هزینه‌های زیادی بر اقتصاد این کشورها وارد می‌کند، بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی بیش از شش درصد جمعیت جهان یعنی حدود دویست میلیون نفر سوءمصرف مواد مخدر دارند (زینالی، وحدت و حامدینیا، ۱۳۸۷؛ بریاند و بلندی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۰). این میزان در ایران تقریباً دو میلیون نفر برآورد شده است که بیشترین موارد آن مربوط به افراد ۱۵ تا ۶۴ سال است (زینالی و همکاران، ۱۳۸۷).

الگوی مصرف مواد طی سال‌های اخیر تغییر کرده است. در گذشته مصرف مواد استنشاقی شایع‌تر بود و مواد از تنوع کمی داشتند اما امروزه انواع مختلف آن به بیش از هزار نوع رسیده و فرم تزریقی

اعتیاد<sup>۱</sup> و وابستگی باعث به وجود آمدن مشکلاتی، به‌ویژه در میان نوجوانان شده است (بالدینی، ون کوف و لین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). اعتیاد یک ناهنجاری با نشانه‌های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد آن، عوامل زیست‌شناختی و دارو شناختی از یک‌طرف و عوامل اجتماعی و روان‌شناختی از طرف دیگر نقش دارند. عوامل اجتماعی و روان‌شناختی بیشتر در شروع مصرف و عوامل زیست‌شناختی در ادامه وابستگی مطرح هستند. در حقیقت، گرایش به مواد یک حالت یا ویژگی روانی است که با مشکلات روان‌شناختی یا واکنش‌های هیجانی افسردگی<sup>۳</sup>، اضطراب<sup>۴</sup> و استرس<sup>۵</sup> ارتباط دارد (جلیلیان، میرزایی الویژه، عمویی، زینت‌مطلق، حاتم‌زاده و الله‌وردی‌پور، ۲۰۱۳). علاوه بر این، مشکلات روان‌شناختی یا واکنش‌های هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس از اختلال‌های شایع قرن حاضر هستند (زیدمن‌زیت، موست، تاراسچ، هاداید، براند<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶).

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که به‌اصطلاح سرماخوردگی روانی نامیده می‌شود و به‌صورت مزمن و عودکننده به افت عملکرد تحصیلی، فردی و شغلی منجر می‌گردد. شیوع این اختلال در طول عمر ۱۵ درصد و در زنان تا ۲۵ درصد می‌رسد (سادوک و سادوک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). بعید به نظر می‌رسد که فقط یک عامل بتواند وقوع افسردگی را تبیین کند؛ بلکه افسردگی از تعامل چندین عامل مختلف حاصل می‌شود و لازم است که فرایندها، سازوکارها و عوامل خطر همزمان در آن مورد ارزیابی قرار گیرند تا فهم کاملی از سبب‌شناسی اختلال صورت گیرد (عسگریان مقدم زنجانی، باقری، جزایری، ترکمان و امیری، ۱۳۹۲؛ هانسن و بیانچی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). افسردگی یکی از چهار بیماری عمده در دنیا و شایع‌ترین علت ناتوانی ناشی از بیماری‌ها است. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک همراه است. عوامل متعددی با افسردگی رابطه دارند که اضطراب و استرس از مهم‌ترین عوامل اساسی محسوب می‌شوند (والریا و الپیدا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱).

احساس اضطراب در دوران مختلف زندگی، امری رایج و بهنجار است (ورهوون، بوگلز و ون‌دربروگن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲؛ کرک، گالاگر و کولمن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۵). اضطراب نوعی هیجان است، نوعی احساس و

10. Verhoeven, Bogels & Van der Bruggen

11. Kirk, Galager & Colmen

12. Tush, Wasilewski & Wiltshire

13. Chen, Chan, Liao, Chen & Wu

14. Cooper, McLanahan, Meadows & Brooks-Gunn

15. Scrimin, Haynes, Altoe, Bornstein & Axia

16. Briand & Blendy

1. Addiction

2. Baldini, Von Korff & Lin

3. Depression

4. Anxiety

5. Stress

6. Zaidman-Zait, Most, Tarrasch, Haddad-eid & Brand

7. Sadock & Sadock

8. Hansenne & Bianchi

9. Valeria & Elpida

استعداد الکل رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج نشان داد که اختلال نقص توجه بیش‌فعالی کودکی و بزرگ‌سالی، پذیرش مواد و استعداد الکل را به‌طور معنادار پیش‌بینی می‌کند. نتایج مطالعات نجاری (۱۳۸۷) و بیزری، روسی، سویرانا، گونلی، ماسی و راوانی<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) حاکی از آن بود که میان گرایش به مواد و مصرف آن با اضطراب، اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های خلقی رابطه معنادار و دوطرفه وجود دارد. یافته‌های این پژوهش‌ها بیانگر اثر خانواده، مدرسه، دوستان، رسانه‌های جمعی، وجود اختلال اضطرابی یا خلقی و مهمانی‌های شبانه به‌عنوان علل مستعد کننده گرایش به مواد مخدر بود. نتایج پژوهش احمدی و حسنی (۲۰۰۳) نشان داد که میان استرس و گرایش به مصرف مواد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. آن‌ها رهایی از استرس را به‌عنوان علت اصلی مصرف مواد مخدر در نوجوانان دبیرستانی مطرح کرده‌اند.

گرایش به سوءمصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی قبل یا پس از آن به‌عنوان یک مشکل جهانی مطرح است اما پژوهشگران اعتقاد دارند که راهکارهای رفع این مشکل بر اساس شرایط هر منطقه، افراد در معرض خطر و عوامل خطر ساز آن متفاوت است (فیضی و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به متنوع بودن علل گرایش به مواد مخدر در گروه‌های جمعیتی مختلف، همچنین خسارت‌های جبران‌ناپذیر این مشکل بهداشتی و اجتماعی بر اقتصاد و نیروی انسانی جامعه، مقایسه گرایش افراد و عوامل مستعد کننده مصرف مواد مخدر ضروری است، زیرا طراحی اقدامات پیشگیرانه و درمان مناسب این افراد، با بررسی دقیق این عوامل امکان‌پذیر است (بیزری و همکاران، ۲۰۰۷، فیضی و همکاران، ۱۳۹۴). با جستجو در پایگاه‌های علمی معتبر، هیچ پژوهشی یافت که به مقایسه گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان عادی و آهسته‌گام پرداخته باشد که حاکی از خلأ پژوهشی در این حوزه است. علاوه بر این، حساسیت و احتمال آسیب‌پذیری بیشتر در نوجوانان به‌طور عام و نوجوانان آهسته‌گام به‌طور خاص بیانگر ضرورت و اهمیت دوچندان پژوهش حاضر است. با توجه به نداشتن اطلاعات جامع در این مورد، مطالعه حاضر با هدف مقایسه گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان عادی و آهسته‌گام انجام شده است.

### روش

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش را نوجوانان پسر عادی و آهسته‌گام ۱۶ تا ۱۸ ساله شهر تهران تشکیل دادند. در این پژوهش ۶۰ نوجوان پسر شرکت داشتند که به

آن رو به افزایش است (زینالی و همکاران، ۱۳۸۷؛ جلیلیان و همکاران، ۲۰۱۳). گزارش‌ها نشان می‌دهد که در مناطقی مانند آمریکای شمالی، آفریقا و اروپا مصرف موادی مانند کراک، حشیش، هروئین، کوکائین، ماری‌جوانا، آمفتامین و توهم‌زاها شایع‌تر است اما در کشورهای آسیایی بیشتر گرایش به‌طرف سوءمصرف تریاک و حشیش دارند. در ایران نیز مصرف تریاک بالاترین میزان را دارد (جلیلیان و همکاران، ۲۰۱۳). همگام با تغییر الگوی مصرف مواد و افزایش سوءمصرف آن، بروز بیماری‌های عفونی و غیر عفونی نیز افزایش یافته است (فیضی، ویسی‌رایگانی، عبدی، شاکری و مردوخ، ۱۳۹۴).

مطالعات مختلفی در مورد گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی افراد در رده‌های سنی متفاوت انجام شده است. یافته‌های پژوهش‌های دگنهارت و هال<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)، نوئل<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) و کاسترمان، هاوکینز، گائو، کاتالانو و آبوت<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) حاکی از آن بود که گرایش به مواد مخدر و مصرف آن سبب افزایش اختلال‌های روانی، اضطراب، مشکلات عاطفی، رفتارهای ضداجتماعی، افسردگی و مرگ‌ومیر می‌شود. ویتارو، برندگن، لدوکیور و ترمبلای<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) عنوان کرده‌اند که قماربازی و گرایش به مواد در نوجوانان بزهکار که معمولاً هوش زیر متوسط دارند بیشتر از نوجوانان عادی است. همچنین عدم نظارت والدین بر دوستان فرزندان خود، علت اصلی گرایش به مواد مخدر در نوجوانان گزارش شد. در تحقیقی که جلیلیان، مطلق، عمویی، حاتم‌زاده، قریب‌نواز و میرزایی الویژه (۲۰۱۴) در مورد معتادان زندانی در کرمانشاه انجام دادند علل اصلی گرایش به مواد مخدر، عدم توانایی در رد پیشنهاد مصرف مواد و داشتن یک دوست معتاد ذکر شده است. یافته‌های پژوهش روشنی، جلالی، بیدهندی، عزتی و محبوبی (۲۰۱۴) نشان داد که مشکلات خانوادگی و ولع برای مصرف مواد، علل اصلی شکست درمان‌های مرسوم ترک اعتیاد است. نتایج مطالعه جلیلیان و همکاران (۲۰۱۴) و زمانی، کیهارا، گیویا، وزیر، اونوکیه‌هرا، رزاقی و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) نشان داد که بیش از ۱۵ درصد افرادی که به مواد اعتیاد دارند به بیماری ایدز مبتلا هستند که در این شرایط خانواده‌ها و جامعه نیز در معرض تهدید قرار می‌گیرند. علیزاده گورادل، بیرامی، هاشمی نصرت‌آباد (۱۳۹۲) در پژوهشی به پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس نشانه‌های اختلال نقص توجه بیش‌فعالی پرداختند. نمونه این پژوهش ۳۶۱ نفر از دانشجویان از دانشکده‌های مختلف دانشگاه تبریز بودند که با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نشانه‌های نقص توجه بیش‌فعالی کودکی و بزرگ‌سالی با پذیرش مواد و

5. Zamani, Kihara, Gouya, Vazirian, Ono-Kihara, Razzaghi & et al

6. Bizzarri, Rucci, Sbrana, Gonnelli, Massei, Ravani & et al.

1. Degenhardt & Hall

2. Noel

3. Kosterman, Hawkins, Guo, Catalano & Abbott

4. Vitaro, Brendgen, Ladouceur & Tremblay

به صورت لیکرت طراحی شده است و دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد می‌باشد. کمترین امتیاز مربوط به هر سؤال صفر و بیشترین نمره سه است و نمره نهایی هر خرده مقیاس از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. از آنجایی که فرم اصلی ۴۲ سؤالی و فرم کوتاه که ۲۱ سؤالی است نمرات به دست آمده از فرم ۲۱ سؤالی در دو ضرب می‌شوند. مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس در انگلیس بر روی تعداد زیادی از افراد مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است (کرافورد و هنری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). جهت تعیین پایایی مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس از روش بازآزمایی استفاده گردید. به این ترتیب که تکمیل پرسشنامه مذکور در دو نوبت و به فاصله زمانی هفت روز برای افسردگی، اضطراب، استرس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۷۱ و ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین پایایی کل ابزار برابر با ۰/۷۴ بود (غفاری، احمدی، نبوی و معاریان، ۱۳۸۷).

جهت انجام پژوهش از مدیریت آموزش و پرورش شهر تهران، معرفی نامه دریافت شد و با مدیریت محترم مرکز توان بخشی و حرفه‌آموزی مهرآوران هماهنگ شد. اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر برای مدیران و مشاوران مدارس و مرکز مورد نظر تشریح شد. سپس در جلسه‌ای توجیهی جداگانه برای نوجوانان عادی و آهسته‌گام و والدین آن‌ها، ضمن تشریح اهداف پژوهش از والدین آن‌ها خواسته شد تا رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش را تکمیل نمایند. سپس دانش‌آموزان منتخب مقیاس آمادگی به اعتیاد و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس را تکمیل کردند. فاصله زمانی ده دقیقه‌ای بعد از اجرای هر پرسشنامه برای استراحت در نظر گرفته شد. به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری و نسخه بیست و دوم نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

#### یافته‌ها

آزمودنی‌های پژوهش حاضر، شامل ۳۰ نفر از نوجوانان عادی و ۳۰ نفر از نوجوانان آهسته‌گام می‌شد که میانگین سن و انحراف معیار آن در آزمودنی‌ها ۱۷/۰۳ و ۱/۲۷ بود. میانگین و انحراف معیار گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان شناختی افسردگی، اضطراب و استرس در هر دو گروه نوجوانان عادی و آهسته‌گام در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج این جدول حاکی از آن است که میانگین نمره‌های گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان شناختی افسردگی، اضطراب و استرس در هر دو گروه نوجوانان عادی و آهسته‌گام تفاوت دارند. به علت وجود چهار متغیر وابسته (گرایش به مصرف مواد، افسردگی، اضطراب و استرس) در

دو گروه ۳۰ نفری تقسیم شدند؛ به نحوی که گروه اول از نوجوانان عادی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ در دبیرستان‌های منطقه ده شهر تهران تشکیل می‌شد که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده بودند در حالی که گروه دوم از نوجوانان آهسته‌گام تشکیل شد که از مرکز توان بخشی و حرفه‌آموزی مهرآوران واقع در منطقه ده در شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. سن نوجوانان (۱۶ تا ۱۸ سال) و زندگی با پدر و مادر و همچنین زندگی در منطقه ده شهر تهران از معیارهای ورود به پژوهش بود. داشتن هرگونه مشکلات خاص مانند افسردگی یا اختلال‌هایی مانند کم‌توجهی بیش‌فعالی یا اختلال رفتاری از ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده است.

۱- مقیاس آمادگی به اعتیاد<sup>۱</sup>: برای تعیین گرایش به مصرف مواد از این مقیاس استفاده شد. مقیاس آمادگی به اعتیاد در سال ۱۹۹۲ توسط وید و بوچر<sup>۲</sup> ساخته شد. فرم ایرانی آن توسط زرگر (۱۳۸۵) با توجه به شرایط روانی و اجتماعی جامعه ایرانی تدوین شد. این مقیاس دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ‌سنج است. مقیاس آمادگی به اعتیاد ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و منفعل می‌باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد و هیجان‌خواهی است. در آمادگی منفعل هم بیشترین ماده‌ها به عدم ابراز وجود و افسردگی مربوط می‌شود. نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) انجام می‌گیرد و سؤال‌های ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ که دروغ‌سنج هستند به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای محاسبه امتیاز کلی، باید مجموع امتیازات همه سؤال‌ها (به‌غیر از سؤال‌های دروغ‌سنج) را با هم جمع کرد. این نمره دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۸ دارد و نمره بالاتر به منزله آمادگی بیشتر به گرایش به مصرف مواد است. در پژوهش زرگر، نجاریان و نعامی (۱۳۸۷) روایی سازه پرسشنامه از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست علائم بالینی ۰/۴۵ به دست آمد که معنادار بود. اعتبار پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوبی است (زرگر و همکاران، ۱۳۹۲).

۲- مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس<sup>۳</sup>: در این پژوهش از فرم ۲۱ سؤالی مقیاس استاندارد افسردگی، اضطراب، استرس استفاده شد که شامل سه خرده مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی می‌شود و هر خرده مقیاس هفت سؤال دارد. این مقیاس اولین بار توسط لاپیاند در سال ۱۹۹۵ ارائه گردید و در یک نمونه بزرگ انسانی آزمایش شد. مقیاس استاندارد افسردگی، اضطراب، استرس

4. Crawford & Henry

1. Iranian addiction potential scale (IAPS)

2. Weed & Butcher

3. Depression anxiety stress scale (DASS-21)

( $P > 0.05$ )؛ بنابراین تمام مفروضه‌های آزمون آماری مانووا برقرار است و می‌توان جهت تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده کرد. به این منظور نتایج کلی تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های گرایش به مصرف مواد، افسردگی، اضطراب و استرس گروه‌ها توسط آزمون‌های چهارگانه «اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی» تحلیل شد که در جدول ۲ ارائه شده است.

گروه‌های مورد مطالعه (نوجوانان عادی و آهسته‌گام) از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری<sup>۱</sup> (مانووا) استفاده شد. به همین منظور، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کلموگروف-اسمیرنوف بررسی و تأیید شد ( $P > 0.05$ ). بنابراین می‌توان جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. نتایج آزمون ام. باکس بیانگر مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود ( $P > 0.05$ ). مفروضه همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش نیز با استفاده از آزمون لون تأیید شد

### جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

نوجوانان آهسته‌گام		نوجوانان عادی		متغیرها
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۳۲/۷۶	۲/۹۷	۲۸/۹۱	۲/۴۹	گرایش به مصرف مواد
۱۹/۷۶	۴/۲۲	۱۴/۶۱	۳/۰۴	افسردگی
۱۶/۹۱	۳/۱۸	۱۷/۰۷	۲/۹۸	اضطراب
۲۳/۴۰	۲/۷۷	۲۸/۹۲	۲/۰۸	استرس

### جدول ۲. نتایج کلی تحلیل واریانس چندمتغیری

نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	آماره F	مقدار احتمال
اثر پیلایی	۰/۸۱	۴	۵۱	۲۹/۴۶	<۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۷	۴	۵۱	۲۹/۴۶	<۰/۰۰۰۱
اثر هاتلینگ	۶/۹۲	۴	۵۱	۲۹/۴۶	<۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۶/۷۰	۴	۵۱	۲۹/۴۶	<۰/۰۰۰۱

( $F=17/11$  و  $P < 0.0001$ )، افسردگی ( $F=24/62$  و  $P < 0.0001$ ) و استرس ( $F=18/39$  و  $P < 0.0001$ ) تفاوت معناداری داشتند ولی تفاوت آن‌ها در اضطراب ( $F=1/03$  و  $P < 0.08$ ) معنادار نبود. برای تعیین این‌که کدام‌یک از گروه‌ها در متغیرهای گرایش به مصرف مواد، افسردگی و استرس تفاوت بیشتری دارند از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

نتایج آزمون‌های چهارگانه که در جدول ۲ آمده است حاکی از آن است که گروه نوجوانان عادی و آهسته‌گام حداقل در یکی از متغیرهای گرایش به مصرف مواد، افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معناداری دارند ( $P < 0.0001$ ). به‌منظور پی بردن به این تفاوت، چهار تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانووا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. با توجه به نتایج این جدول، گروه‌ها (نوجوانان عادی و آهسته‌گام) در گرایش به مصرف مواد

<sup>1</sup>. Multiple analysis of variance (MANOVA)

## جدول ۳. نتایج تفکیکی تحلیل واریانس چندمتغیری

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذوراتا
گرایش به مصرف مواد	۷۱/۲۸	۱	۷۱/۲۸	۱۷/۱۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
افسردگی	۳۹/۵۴	۱	۳۹/۵۴	۲۴/۶۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۱
اضطراب	۱۹/۸۱	۱	۱۹/۸۱	۱/۰۳	<۰/۰۰۸	۰/۱۷
استرس	۴۱/۴۳	۱	۴۱/۴۳	۱۸/۳۹	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۳

## جدول ۴. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین نمره گروه‌ها

متغیرها	گروه هدف	گروه مورد مقایسه	اختلاف میانگین‌ها	مقدار احتمال
گرایش به مصرف مواد	نوجوانان عادی	نوجوانان آهسته‌گام	-۳/۸۵	۰/۰۰۰۵
افسردگی	نوجوانان عادی	نوجوانان آهسته‌گام	-۵/۱۵	۰/۰۰۰۵
استرس	نوجوانان عادی	نوجوانان آهسته‌گام	۵/۵۲	۰/۰۰۰۵

(۲۰۰۰) که نشان دادند گرایش به مواد مخدر و مصرف آن سبب افزایش اختلال‌های روانی، مشکلات عاطفی و افسردگی می‌شود همسو است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه ویتارو و همکاران (۲۰۰۱) که عنوان کردند گرایش به مواد در نوجوانان بزهکار بیشتر از نوجوانان عادی است همخوانی دارد. جلیلیان و همکاران (۲۰۱۴) نیز علل اصلی گرایش به مواد مخدر، عدم توانایی در رد پیشنهاد مصرف مواد ذکر شده است که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. یافته‌های پژوهش روشنی و همکاران (۲۰۱۴) مبنی بر این که مشکلات خانوادگی بر گرایش به مصرف مواد مؤثر است با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق علیزاده گورداد و همکاران (۱۳۹۲) مبنی بر ارتباط معنادار اختلال نقص توجه بیش‌فعالی کودکان و بزرگ‌سالی، پذیرش مواد و استعداد؛ و نتایج مطالعات نجاری (۱۳۸۷) و بیزری و همکاران (۲۰۰۷) در خصوص رابطه معنادار و دوطرفه گرایش به مواد و مصرف آن با اضطراب و اختلال‌های اضطرابی، همسو است. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعه احمدی و حسنی (۲۰۰۳) که حاکی از رابطه مثبت و معنادار میان استرس و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان دبیرستانی بود همخوانی دارد.

بر اساس نتایج جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین نمرات گرایش به مصرف مواد در نوجوانان آهسته‌گام به‌طور معناداری بیشتر از نوجوانان عادی بود ( $P < 0/0005$ ). همچنین میانگین نمرات افسردگی در نوجوانان آهسته‌گام به‌طور معناداری بیشتر از نوجوانان عادی به دست آمد ( $P < 0/0005$ ). علاوه بر این، میانگین نمرات استرس در نوجوانان آهسته‌گام به‌طور معناداری کمتر از نوجوانان عادی بود ( $P < 0/0005$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان عادی و آهسته‌گام انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان عادی و آهسته‌گام تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج نشان داد که گرایش به مصرف مواد و افسردگی در نوجوانان آهسته‌گام به‌طور معناداری بیشتر از نوجوانان عادی بود ولی استرس در نوجوانان آهسته‌گام به‌طور معناداری کمتر از نوجوانان عادی بود و تفاوت معناداری در اضطراب هر دو گروه وجود نداشت.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دگنهارت و هال (۲۰۱۲)، نوتل (۲۰۰۲) و کاسترمان، هاوکینز، گائو، کاتالانو و آبوت

و آهسته‌گام تأثیر نسبتاً یکسانی بگذارد. به بیان دیگر، احتمال می‌رود گرایش به مصرف مواد بتواند اضطراب خاصی را در افراد و به خصوص نوجوانان ایجاد کند که ارتباط زیادی به بهره هوشی آن‌ها ندارد؛ بنابراین، دور از انتظار نیست که هر فردی را مضطرب سازد و تفاوت معناداری در میزان اضطراب نوجوانان عادی و آهسته‌گام وجود نداشته باشد.

متخصصان و روان‌شناسان در دهه‌های اخیر در بررسی مشکلات کودکان و نوجوانان به این نتیجه رسیده‌اند که بسیاری از مشکلات این افراد در تحلیل نادرست از هیجان‌های خود و دیگران، درک موقعیت خویش، عدم احساس کنترل روابط، برخورد مناسب جهت رویارویی با موقعیت‌های دشوار، عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب ریشه دارد (عاشوری و جلیل‌آکنار، ۱۳۹۵). بسیاری از یافته‌های پژوهشی واکنش‌های هیجانی و مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و افسردگی را از اساسی‌ترین عوامل معرفی می‌کنند که می‌تواند بر گرایش به مصرف مواد تأثیر بگذارد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند برای همه روان‌شناسان، مشاوران، والدین و معلمان دانش‌آموزان عادی و آهسته‌گام و همچنین تمامی متخصصان نظام آموزش و پرورش تلویحات مفیدی در ارتباط با گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان داشته باشد؛ بنابراین ایجاد آگاهی در مربیان، معلمان و والدین نسبت به نقش مشکلات روان‌شناختی و تأثیر متقابل آن در گرایش به مصرف مواد از اهمیت بسزایی برخوردار است.

بدون شک، هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، حجم نمونه اندک در شرایط سنی خاصی (نوجوانی) در یک منطقه جغرافیایی مشخص است. همچنین، در این پژوهش از ابزارهای خود گزارش‌دهی مقیاس آمادگی به اعتیاد و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس استفاده شده است. در چنین روشی، ممکن است آزمودنی‌ها نسبت به پاسخگویی سؤالات سوگیری داشته باشند و دقت نتایج کمتر شود. علاوه بر این، عوامل مختلفی از جمله محل زندگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، نگرش اطرافیان و دوستان، انتظارات آن‌ها، باور و نگرش خود فرد و شرایط خانوادگی بر مشکلات روان‌شناختی و گرایش به مصرف مواد اثرگذار هستند؛ بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی با در نظر گرفتن حجم نمونه بیشتر بر روی افراد در رده‌های سنی مختلف و در مناطق یا استان‌های متفاوت انجام گیرد و نتایج به‌دست‌آمده در گروه‌های مختلف با یکدیگر مقایسه شود. از آنجایی که ممکن است ابزارهای خودگزارش‌دهی به نتایج دقیقی نینجامد پیشنهاد می‌شود علاوه بر آن‌ها از مصاحبه و مشاهده هم استفاده شود. همچنین برای دستیابی به نتایج جامع‌تر است تأثیر عوامل مختلفی از جمله محل زندگی،

در تبیین این یافته که گرایش به مصرف مواد و افسردگی در نوجوانان آهسته‌گام به‌طور معناداری بیشتر از نوجوانان عادی است می‌توان عنوان کرد از آنجایی که نوجوانان آهسته‌گام در کارکردهای هوشی و رفتار سازشی با محدودیت‌های اساسی روبه‌رو هستند (افروز و همکاران، ۱۳۹۵) و از سوی دیگر، با توجه به این که مشکلات روان‌شناختی و هوشی در افراد آهسته‌گام وجود دارد بنابراین آن‌ها نسبت به گرایش به مصرف مواد آسیب‌پذیرتر از نوجوانان عادی هستند (هالاها و همکاران، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد بهره هوشی پایین و درک نامناسب واکنش‌های هیجانی منجر به اضطراب بیشتر در نوجوانان آهسته‌گام شود و این مسئله با گرایش به مصرف مواد رابطه نزدیکی داشته باشد. علاوه بر این، احتمال می‌رود چرخه معیوبی میان سه عامل هوش پایین، اضطراب و گرایش به مصرف مواد پدید آید که چنین رابطه‌ای را تقویت می‌کند؛ بنابراین، دور از انتظار نیست که گرایش به مصرف مواد و افسردگی در نوجوانان آهسته‌گام به‌طور معناداری بیشتر از نوجوانان عادی باشد.

در تبیین یافته دیگر پژوهش حاضر مبنی بر این که میزان استرس در نوجوانان آهسته‌گام به‌طور معناداری کمتر از نوجوانان عادی بود می‌توان گفت گرایش به مصرف مواد به باورها و نگرش‌های افراد درباره مواد و پیامدهای منفی و مثبت مصرف آن اشاره دارد و چنین گرایشی با حوزه‌های نگرشی افراد و میزان پذیرش اجتماعی مواد، ضررهای ناشی از مصرف مواد و یا حالات و پیامدهای خوشایند مصرف مواد رابطه مستقیمی دارد (بولز و میوتو، ۲۰۰۳؛ آدرام و نیک‌منش، ۱۳۹۲). از آنجایی که باورها و نگرش‌های افراد عادی نسبت به گرایش به مواد مخدر صحیح‌تر و واقعی‌تر از افراد آهسته‌گام است و آن‌ها بهتر می‌توانند مسائل دنیای واقعی و زندگی روزمره را تحلیل کنند. پس بعید به نظر نمی‌رسد که استرس یا فشار روانی در نوجوانان آهسته‌گام به‌طور معناداری کمتر از نوجوانان عادی باشد.

در تبیین آخرین یافته این پژوهش در خصوص این که تفاوت معناداری در میزان اضطراب نوجوانان عادی و آهسته‌گام وجود نداشت می‌توان گفت اگرچه افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد و اعتیاد و همچنین عوامل زمینه‌ساز آن متفاوت هستند ولی گرایش به سوءمصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی قبل یا پس از آن به‌عنوان یک مشکل جهانی مطرح است (فیضی و همکاران، ۱۳۹۴). علاوه بر این، اعتیاد یک ناهنجاری با نشانه‌های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد آن، عوامل زیست‌شناختی و دارو شناختی از یک طرف و عوامل اجتماعی و روان‌شناختی از طرف دیگر نقش دارند (جلیلیان و همکاران، ۲۰۱۳). به نظر می‌رسد چنین عواملی که در همه جوامع و به‌ویژه جامعه ایرانی مورد توجه همگان قرار می‌گیرد و جلب توجه می‌نماید و همچنین بر همه افراد از جمله نوجوانان عادی

- advanced textbook, (7th ed., pp. 261-333). New York: Psychology Press/Taylor & Francis.
- Ahmadi, J., & Hasani, M. (2003). Prevalence of substance use among Iranian high school students. *Addictive Behaviors*, 28, 375-379.
- Baldini, A., Von Korff, M., & Lin, E. H. (2012). A review of potential adverse effects of long-term opioid therapy: A practitioner's guide. *Prim Care Companion CNS Disord*, 14(3), 123-130.
- Bizzarri, J. V., Rucci, P., Sbrana, A., Gonnelli, C., Massei, G. J., Ravani, L., & et al. (2007). Reasons for substance use and vulnerability factors in patients with substance use disorder and anxiety or mood disorders. *Addict Behav*, 32(2), 384-391.
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggress Violent Behav*, 8, 155-174.
- Briand, L. A., & Blendy, J. A. (2010). Molecular and genetic substrates linking stress and addiction. *Brain Res*, 16, 1314, 219-34.
- Chen, Y. A., Chan, K. C. H., Liao, P. J., Chen, C. K., & Wu, C. M. (2013). Parental stress in raising mandarin-speaking children with cochlear implants. *The Laryngoscope*, 123(5), 1241-1246.
- Cooper, C. E., McLanahan, S. S., Meadows, S. O., & Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *J Marriage Fam*, 71(3), 558-574.
- Crawford, J. R., Henry, J. D. (2003). The depression anxiety stress scales (DASS). Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*, 42, 111-131.
- Cullen, K. (2011). *Child psychology*. (1st ed). Published in the UK by Icon Books Ltd, Omnibus Business Centre, North Road, London.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, 379(9810), 55-70.
- Jalilian, F., Mirzaei Alavijeh, M., Amoei, M. R., Zinat Motlagh, F., Hatamzadeh, N., & Allahverdi-pour, H. (2013). Prevalence and pattern of drug abuse among prisoners in Kermanshah city. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 1(2), 41-50.
- Jalilian, F., Zinat Motlagh, F., Amoei, M. R., Hatamzadeh, N., Gharibnavaz, H., Mirzaei Alavijeh, M. (2014). Which one support (family, friend or other significant) is much more important to drug cessation? A study among men Kermanshah addicts, the west of Iran. *J Addict Res Ther*, 5, 17-24.
- وضعیت اجتماعی و اقتصادی و شرایط خانوادگی مورد توجه قرار گیرد.
- منابع**
- آدرام، مهدیه و نیک‌منش، زهرا (۱۳۹۲). گرایش به مصرف مواد در جوانان بر اساس ویژگی‌های شخصیت. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۴(۲)، ۱۰۱-۱۰۴.
- افروز، غلامعلی، عاشوری، محمد و قاسم‌زاده، سوگند (۱۳۹۵). تحول تعریف آهسته‌گامی در AAMR و AAIDD و تفاوت ملاک‌های آن در DSM-IV-TR و DSM-V، *رشد آموزش مشاور مدرسه*، ۱۱(۱)، ۲۱-۲۴.
- زرگر، یداله؛ نجاریان، بهمن و نعیمی، عبدالزهر (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱(۳)، ۹۹-۱۲۰.
- زینالی، علی؛ وحدت، رقیه و حامدنی، صفر (۱۳۸۶). بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیرمعتاد. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۳۳)، ۱۴۹-۱۶۸.
- عاشوری، محمد و جلیل‌ایکنار، سیده سمیه (۱۳۹۵). *دانش‌آموزان با نیازهای ویژه و آموزش فراگیر*. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد فرهنگ.
- عسگریان مقدم زنجانی، هما؛ باقری، فریبرز؛ جزایری، سید مجتبی؛ ترکمان، محمد و امیری، حمید (۱۳۹۲). مقایسه هوش هیجانی و سبک‌های هویت در زنان مبتلابه اختلال افسردگی اساسی و زنان عادی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲(۵۲)، ۱۰۹-۱۱۹.
- علیزاده گورادل، جابر؛ بیرامی، منصور و هاشمی نصرت‌آباد، توج (۱۳۹۲). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس نشانه‌های اختلال نقص توجه بیش‌فعالی در بزرگسالان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، ۷(۲۷)، ۹۳-۱۰۶.
- غفاری، سمیه؛ احمدی، فضل‌الله؛ نبوی، سید مسعود و معماریان، ربابه (۱۳۸۷). بررسی تأثیر تکنیک آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلابه مولتیپل اسکروزیس. *پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)*، ۳۲(۱)، ۴۵-۵۳.
- نجاری (۱۳۸۶). بررسی اعتیاد در زنان معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد تهران در سال ۸۵-۱۳۸۴. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۲۵(۶)، ۴۵۷-۴۶۳.
- Adolph, K. E., & Berger, S. E. (2015). *Physical and motor development*. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science: An*



- Weed, N., & Butcher, N. J. (1992). New measures for assessing alcohol and other drug problems with MMPI-2, APS & AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58, 389-404.
- Valeria, N., & Elpida, B. A. (2011). Comparison of relationship between self-esteem and vulnerability to depression among high school and freshmen university students; *Published by Elsevier Ltd. Selection and/or peer-review under responsibility of the 2nd World Conference on Psychology*, 30, 1324-1330.
- Verhoeven, M., Bogels, S. M., & van der Bruggen C. C. (2012). Unique roles of mothering and fathering in child anxiety; moderation by child's age and gender. *Journal of Child Family Study*, 21, 331-343.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Ladouceur, R., & Tremblay, R. E. (2001). Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: mutual influences and common risk factors. *J Gambl Stud*, 17(3), 171-90.
- Zaidman-Zait, A., Most, T., Tarrasch, R., Haddad-eid, E., & Brand, D. (2016). The Impact of childhood hearing loss on the family: Mothers' and fathers' stress and coping resources. *Journal Deaf Stud Deaf Educ*, 21(1), 23-33.
- Zamani, S., Kihara, M., Gouya, M. M., Vazirian, M., Ono-Kihara, M., Razzaghi, E. M., & et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 29, 19(7), 709-716.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2015). *Exceptional learners: an introduction to special education* (13th Ed). Published by Pearson Education, Inc.
- Hansenne, M., & Bianchi, J. (2009). Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. *Psychiatry Research*, 166, 63-68.
- Kirk, S., Gallagher, G., & Coleman, M.R. (2015). *Educating Exceptional Children* (14th Ed). Cengage Learning, Printed in the United States of America.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Guo, J., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2000). The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health*, 90(3), 360-366.
- Noel, B. (2002). Vascular complications of cocaine use. *Stroke*, 33(7), 1747-1758.
- Roshani, B., Jalali, A., Bidhendi, Sh., Ezzati, E., & Mahboubi, M. (2014). Study the causes of relapse among Iranian drugs users in Kermanshah. *Life Science Journal*, 11(1), 66-71.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scrimin, S., Haynes, M., Altoe, G., Bornstein, M. H., & Axia, G. (2009). Anxiety and stress in mothers and fathers in the 24 h after their child's surgery. *Child: care, health and development*, 35, 227-233.
- Tush, A., Wasilewski, S., & Wiltshire, E. (2015). *Managing anxiety*. Family Engagement Parent Workshop.

## 4

**Comparison of Addiction Potential and Psychological Problems in Normal and Slow Paced Adolescents**

Amene Moradi Shakib<sup>1</sup>  
Samaneh Ghadampour<sup>2</sup>  
Mahdie Saghahi Poorseyfi<sup>3</sup>

**Abstract**

**Aim:** The aim of present study was to comparison of addiction potential and psychological problems in normal and slow paced adolescents. **Methods:** This research was a causal-comparative research. The study population included of normal and slow paced adolescents aged 16-18 years old in Tehran city. In this study were participated 60 adolescents that they were divided into two groups, each of which consisted of 30 adolescents. First group were selected randomly from normal adolescents; while the second group were selected from slow paced adolescents by convenient sampling method. The instruments of this research were Iranian addiction potential scale and depression, anxiety, stress scale (DASS-21). Data were analyzed by MANOVA. **Results:** The findings showed that addiction potential and depression in slow paced adolescents was significantly more than the normal adolescents; while that stress in slow paced adolescents was significantly less than the normal adolescents and anxiety in two groups had not significant.

**Conclusion:** Addiction potential and psychological problems such as depression, anxiety and stress are multidimensional and complex phenomena, which have a very important role in life of adolescents.

**Key words:** *Addiction potential, psychological problems, slow paced adolescents*

---

<sup>1</sup> MA of Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran

<sup>2</sup> MA of Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran

<sup>3</sup> MA of Clinical Psychology, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran