

# مقایسه ویژگی‌های شخصی، راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های اسنادی بین بیماران وابسته به مواد افیونی و افراد سالم

\* افسانه مرادی<sup>۱</sup>، هادی بهرامی احسان<sup>۲</sup>

## چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه ویژگیهای شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبکهای اسنادی بین بیماران وابسته به مواد افیونی و افراد سالم انجام گرفت. **روش بررسی:** در این پژوهش مقطعی و مقایسه‌ای ویژگیهای شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبکهای اسنادی ۷۸ بیمار وابسته به مواد افیونی و ۸۰ فرد سالم که با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، با استفاده از سه مقیاس ویژگیهای شخصیتی تجدیدنظر شده آیزنک - فرم کوتاه (EPI)، مقیاس سبکهای مقابله (CRI) و پرسشنامه سبکهای اسنادی (ASQ) مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از آزمونهای آماری تی مستقل و رگرسیون لجستیک استفاده شد. **یافته‌ها:** بین دو گروه سالم و بیمار در تمامی زیر مقیاس های راهبردهای مقابله‌ای و ویژگی شخصیتی (به جز دروغگویی) و سبکهای اسنادی برای رویدادهای منفی تفاوت معنادار وجود داشت ( $P < 0/001$ ) و نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که همه متغیرهای فوق قادرند به نحو معناداری تفکیک افراد به گروههای بیمار و سالم را پیش بینی کنند ( $P < 0/001$ ). **نتیجه‌گیری:** بیماران وابسته به مواد افیونی در هنگام بروز مشکل از راهبردهای حل مسئله، جلب حمایت اجتماعی و ارزیابی شناختی کمتر و از راهبردهای مقابله‌ای مهار جسمانی و مهار هیجانی بیشتر از افراد سالم استفاده می‌کنند. همچنین بیماران وابسته به مواد به لحاظ روان‌نژندی‌گرایی، روان‌پریشی‌گرایی و درونگرایی بالاتر بوده و نسبت به رویدادهای منفی سبکهای اسنادی بدبینانه‌تری داشتند. از سوی دیگر آشکار شد که برخی از ابعاد ویژگیهای شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبکهای اسنادی به نحو قابل توجهی قادرند افراد سالم را از بیماران وابسته به مواد افیونی متمایز سازند. **کلیدواژه‌ها:** ویژگیهای شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای، سبکهای اسنادی، بیماران وابسته به مواد افیونی

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران  
۲- دکترای روان‌شناسی، دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

دریافت مقاله: ۸۸/۷/۱۵  
پذیرش مقاله: ۸۹/۹/۲۹

\* آدرس نویسنده مسئول:

بزرگراه شهید چمران، زیر پل گیشا،  
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی  
دانشگاه تهران  
\* تلفن: ۶۱۱۱۷۴۸۰

E-mail: moradi.afsane@yahoo.com\*



## مقدمه

وابستگی به مواد شامل عوامل مختلفی است که ممکن است به صورت همزمان و یا به دنبال هم در مورد یک فرد وجود داشته باشد. اما اینکه چه عاملی منجر به پدیدآیی قطعی وابستگی به مواد می‌شود و چه عواملی احیاناً پس از وابستگی موجب تداوم و ثبات آن می‌شود، اتفاق نظر کاملی وجود ندارد. در بین عوامل موثر در ابتلا به اعتیاد، عوامل روانشناختی از جمله عوامل مهمی محسوب می‌شود. در رابطه با این عوامل می‌توان به عواملی چون ویژگیهای شخصیتی، سبکهای مقابله و سبکهای اسنادی اشاره کرد.

به نظر می‌رسد ابعاد شخصیتی معینی به عنوان عوامل خطر ساز، واسطه یا برآیند شکل‌گیری، پیشرفت و پیامد اختلالات سوء مصرف مواد دخیل باشند (۱). در مطالعاتی با تکیه بر نظریه مک کری و کاستا (۱۹۸۵)، ویژگیهای شخصیتی بیماران وابسته به مواد و افراد سالم مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بیماران وابسته به مواد در مقایسه با گروه بهنجار نمره‌های بالاتری در روان‌نژندی‌گرایی و نمره‌های پایینی در ابعاد توافق‌پذیری<sup>۲</sup> و گشودگی در برابر تجربه<sup>۳</sup> کسب کردند (۲،۳). در چندین تحقیق نشان داده شد که بیماران وابسته به مواد در مقایسه با گروه گواه نمره‌های بالاتری در ابعاد روان‌پریشی‌گرایی<sup>۴</sup> (P) و روان‌نژندی‌گرایی<sup>۵</sup> (N) و نمره‌های پایین‌تری در برون‌گرایی<sup>۶</sup> (E) کسب نمودند (۴،۵). همچنین در مقایسه‌ای بین بیماران وابسته به مواد و افراد سالم آشکار شد که بیماران وابسته به مواد به طور معناداری روان‌پریشی‌گرایی بالاتر و برون‌گرایی پایین‌تر از گروه گواه داشتند (۶). مطالعه‌ای، با کاربرد مقیاس سیاهه شخصیت آیزنک<sup>۷</sup> (۱۹۸۵) در معتادان هروئینی نشان داد که این معتادان در مقایسه با گروه غیر معتاد، نمره‌های بالاتری در روان‌نژندی‌گرایی، برون‌گرایی و تکانشگری بدست آوردند (۷). همچنین، در یک مطالعه بین فرهنگی، بر افراد وابسته به هروئین نیز نتایج مشابهی به دست آمد (۸).

همچنین تحقیقات اخیر معتقدند که می‌توان اعتیاد و بهبودی از آن را در اصطلاحات مربوط به یادگیری نیز مورد بررسی قرار داد. از این دیدگاه، افراد وابسته به مواد در روبرو شدن با استرس، مهارتهای مقابله‌ای ناسازگار (نامناسب) را به کار برده (۹) و یا بر طبق فرضیه خوددرمانی، مصرف مواد را وسیله‌ای برای مقابله با موقعیتهای استرس‌زا می‌دانند (۱۰). به عبارت دیگر، با توجه به اینکه مصرف‌کنندگان مواد سطوح بالاتری از اضطراب و درماندگی را گزارش می‌کنند، رفتار سوء مصرف مواد، خود

ممکن است به عنوان شکلی از مقابله ناسازگار باشد که در جهت کاهش عواطف منفی عمل می‌کند (۱۱)؛ بنابراین مطابق تحقیقات انجام شده، فقدان راهبردهای مقابله‌ای سازگار، یک عامل سوق‌دهنده به سوی مصرف مواد است و به تداوم مصرف مواد کمک می‌کند. چندین محقق به اهمیت آموزش شیوه‌های سازگارانه مقابله با استرس، به افراد وابسته به مواد تاکید کرده‌اند (۹). در مطالعه‌ای بر روی ۳۰۹ نفر (۱۵۹ زن الکلی و ۱۵۰ زن غیر الکلی) در فاصله سنی ۲۰ تا ۴۹ سال، میزان استفاده از انواع راهبردهای مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد زنان الکلی به طور معناداری از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار (مثل راهبرد اجتناب‌مدار از قبیل انکار، رهایی از قیدهای رفتاری و روانی و انزوا<sup>۱</sup>) استفاده می‌کردند، در حالی که زنان غیر الکلی به طور معناداری، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کردند. همچنین در این مطالعه آشکار شد که میزان جستجوی حمایت اجتماعی زنان الکلی به طور معناداری پایین‌تر از گروه غیر الکلی بود. زنان الکلی گزارش کردند که تمایلی برای صحبت کردن در مورد مشکلات با اعضای خانواده و دوستان خود ندارند (۱۲). در مطالعه‌ای دیگر، نتایج نشان داد که بیماران وابسته به مواد از روشهای حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی به طور قابل توجهی کمتر از گروه شاهد و از روشهای مهار جسمانی و مهار هیجانی به طور قابل توجهی بیشتر از گروه شاهد استفاده می‌کنند (۱۳). در تحقیق دیگری بر افراد وابسته به مواد افیونی نیز نتایجی مشابهی بدست آمد، با این تفاوت که از لحاظ جلب حمایت اجتماعی بین گروه معتاد و غیر معتاد هیچ تفاوت معناداری یافت نشد (۱۴). بر اساس مطالعات مبتنی بر مدل درماندگی آموخته شده، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اسنادهای علی به تمایز فرایندهای شناختی بین افراد وابسته به مواد و افراد سالم حساس است. همچنین این نظریه معتقد است که اسنادها به عنوان یک متغیر پیش‌آگهی در درمان و روند بازتوانی معتادین از لحاظ بالینی سودمند هستند (۱۵). اکثر مطالعات، مبتنی بر این فرض هستند که مصرف‌کنندگان مواد، سبکهای اسنادی ناسازگار دارند؛ یعنی آنها موفقیت‌های خود را به عوامل بیرونی، ناپایدار و خاص نسبت می‌دهند و شکست‌های خود را به عوامل درونی، ثابت و کلی نسبت می‌دهند. در مطالعه‌ای بر روی افراد وابسته به کوکائین آشکار شد که این افراد دارای سبکهای اسنادی ناسازگار هستند و نمره‌های آنها در مقیاس درماندگی آموخته شده تنها متغیر پیش‌بینی‌کننده ادامه درمان بود (۱۶). در مطالعه‌ای بر روی الکلی‌ها و غیر الکلی‌ها



فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند: میزان روان‌نژندی‌گرایی بیماران وابسته به مواد افیونی بیشتر از افراد سالم است. ۲- میزان روان‌پریشی‌گرایی بیماران وابسته به مواد افیونی بیشتر از افراد سالم است. ۳- میزان برونگرایی بیماران وابسته به مواد افیونی کمتر از افراد سالم است. ۴- بیماران وابسته به مواد افیونی بیشتر از افراد سالم از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی و مهار جسمانی استفاده می‌کنند. ۵- بیماران وابسته به مواد افیونی کمتر از افراد سالم از راهبردهای مبتنی بر حل مساله، حمایت اجتماعی و ارزیابی شناختی استفاده می‌کنند. ۶- بیماران وابسته به مواد افیونی در مقایسه با افراد سالم، نسبت به رویدادهای مثبت و رویدادهای منفی سبکهای اسنادی بدبینانه‌ای دارند.

**سئوال پژوهش:** سهم خالص هر یک از ویژگی‌های شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبکهای اسنادی در تخصیص آزمودنیها به گروههای سالم و بیمار چقدر است؟

### روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه پس‌رویدادی و مقطعی-مقایسه‌ای (به عبارتی در مطالعات روانشناسی علی-مقایسه‌ای) است. جامعه آماری شامل مردان معتاد به تریاک یا مشتقات آن در فاصله سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، با تحصیلات حداقل ابتدایی و مراجعه‌کننده به کلینیکهای ترک اعتیاد در شهر تهران که حداقل ۶ ماه تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار داشتند و همچنین گروه مقایسه که شامل مردان غیرمعتاد، در فاصله سنی ۲۰ تا ۴۵ سال با تحصیلات حداقل ابتدایی و ساکن شهر تهران بود. نمونه بیمار شامل ۷۸ نفر بودند که از میان کسانی که به صورت خودمعرف (اختیاری)، برای درمان به مرکز ملی مطالعات اعتیاد، کلینیک آتیه، کلینیک شهرداری منطقه ۱۲، کلینیک موعود و کلینیک البرز مراجعه کرده و به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه سالم نیز شامل ۸۰ نفر که به لحاظ سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و موقعیت شغلی با گروه بیمار تقریباً همسان بوده و از افراد حاضر در مراکز عمومی شهر (پس از اطمینان از عدم مصرف هر گونه مواد مخدر)، از بین کسانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، به صورت در دسترس انتخاب شدند. پس از هماهنگی با مسئولان مراکز ترک اعتیاد مورد نظر، پرسشنامه‌های ویژگی‌های شخصیتی، سبکهای مقابله‌ای و سبکهای اسنادی در اختیار بیماران مراجعه‌کننده به مراکز قرار گرفت و از آنها خواسته شد مطابق دستورالعمل و در کمال صداقت به سئوالات پرسشنامه پاسخ دهند. پاسخ به پرسشنامه‌ها به صورت فردی و با حضور پژوهشگر صورت گرفت.

آشکار شد که الکی‌ها اسنادهای ثابت و کلی بیشتری برای رویدادهایی با پیامدهای خوب به کار می‌بردند و هیچ تفاوتی در اسنادهای مربوط به رویدادهای منفی بین دو گروه یافت نشد. همچنین نتایج نشان داد که در نتیجه پیشرفت روند برنامه‌های بازتوانی در معتادان، گرایش به اسنادهای علی ناسازگار تدریجاً کاهش می‌یابد (۱۷). در مطالعه‌ای براساس مدل اسنادی وینر، آشکار شد که بیماران وابسته به مواد علت رویدادهای منفی را درونی‌تر و ثابت‌تر درک می‌کنند. همچنین در حیطه درمان نتایج نشان داد بیماران وابسته به موادی که علت موفقیت‌های خود را به علت‌های بیرونی و ناپایدار نسبت می‌دادند در مقایسه با بیمارانی که موفقیت‌های خود را به علت‌های درونی و ثابت نسبت می‌دادند، نتیجه درمانی مطلوبی نداشتند (۱۵). در مطالعه‌ای آشکار شد معتادانی که در جستجوی درمان هستند، معمولاً سبکهای تبیین درونی برای موفقیت‌های خود به کار می‌برند (۱۸). در یک مطالعه طولی نیز گزارش شد که تعامل بین رویدادهای منفی و سبکهای اسنادی بدبینانه، افزایش مصرف را پیش بینی می‌کند (۱۹).

بررسی شواهد پژوهشی مورد اشاره دو نتیجه قابل توجه را تصریح می‌کند. نخست آن که سهم عوامل روانشناختی نظیر ویژگی‌های شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبکهای اسنادی در آغاز و یا احتمالاً تداوم مصرف مواد نقشی قابل توجه به‌عهده دارند و دوم آن که علیرغم اهمیت این متغیرهای روانشناختی کماکان ابهام اساسی وجود دارد. این ابهام به این نکته با اهمیت تصریح دارد که این متغیرها که در مطالعات جداگانه نقشی را در تفکیک بیماران معتاد و غیرمعتاد ایفا می‌کنند، در یک مدل جامع در کنار یکدیگر چگونه قادر به ایفای نقش خواهند بود. این موضوع هم از جهت نظری بسیار با اهمیت است و هم واجد پیامدهای عملیاتی است. از جنبه نظری، ارزیابی سهم هر یک از این دسته متغیرها در یک مطالعه همزمان، می‌تواند اهمیت نسبی متغیرهای خصیصه‌ای (ویژگی‌های شخصیتی) را در مقایسه با متغیرهای یادگیری (راهبردهای مقابله‌ای) و نهایتاً در مقایسه با متغیرهای شناختی (اسنادهای علی) را مشخص سازد. از این زاویه این پرسش اساسی مطرح است که این سه دسته متغیر چگونه قادرند تا در تفکیک و تخصیص افراد به گروههای سالم و بیمار ایفای نقش کنند؟ بر این اساس آیا می‌توان برای تفاوت‌هایی که تاکنون تحقیقات مختلف نشان داده‌اند، سهم یکسانی برای این دسته از متغیرها در نظر گرفت. به‌علاوه مطالعه همزمان این متغیرها دارای مزیت دیگری نیز است. در صورتی که بتوان سهم تفکیکی هر دسته از متغیرها را بازشناسی کرد، می‌توان اهمیت نسبی آن دسته از متغیرها را در تداوم اعتیاد و نیز اثربخشی درمان بازشناسی کرد.



است. هر یک از این موقعیتها، به وسیله چهار پرسش پیگیری می‌شود. بنابراین کل پرسشنامه شامل ۴۸ سؤال است. برای هر موقعیت، از آزمودنیها خواسته می‌شود که تصور کنند آن موقعیت در واقع برای آنان اتفاق افتاده است. سپس باید درباره علت عمده آن موقعیت تصمیم گرفته و پس از آن علت واقعه را در یک مقیاس هفت‌رتبه‌ای درجه‌بندی کنند (۲۴). در مطالعه‌ای آشکار شد که ضرایب پایایی ۰/۶۴ برای رویدادهای مثبت، ۰/۶۱ برای رویدادهای منفی و ۰/۷۶ برای کل رویدادها بدست آمد (۲۵). همچنین همسانی درونی و ضریب پایایی به‌روش بازآزمایی سه مقیاس پرسشنامه سبک اسناد در یک نمونه دانشجویی توسط پترسون و همکارانش (۱۹۸۲) بررسی شده است (۲۴). آنان چنین ابراز داشته‌اند که دلیل ضرایب پایین در مقیاسهای هر یک از ابعاد به‌طور جداگانه (بین ۰/۴۴ تا ۰/۶۹) تعداد کم رویدادهاست. در ضمن از آنجا که مقیاسها در موقعیت‌های مثبت و منفی دارای همسانی درونی هستند، می‌توان آنها را به‌صورت ترکیبی برای رویدادهای خوب و بد مخلوط کرد؛ بدین ترتیب اعتبار به سطوح بالاتری (آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و ۰/۷۲) افزایش می‌یابد. در ایران نیز اعتبار این پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ و تصنیف و بازآزمایی در نمونه‌ای از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر اهواز مورد آزمون قرار داده شد. یافته‌های روانسنجی مربوط به ضرایب اعتبار در مرحله مطالعه مقدماتی نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف برای سبک اسنادی مثبت به‌ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۶۸ و برای سبک اسنادی منفی برابر با ۰/۶۳ و ۰/۶۶ می‌باشد. ضرایب اعتبار آلفای کرونباخ و تصنیف و بازآزمایی پس از دو هفته در مرحله مطالعه اصلی به‌ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۶۵ و ۰/۸۲ و ۰/۸۵ برای سبک اسنادی مثبت، ۰/۶۳ و ۰/۶۱ و ۰/۸۵ و ۰/۸۵ برای سبک اسنادی منفی و ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف به‌ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۶۰ برای کل رویدادها محاسبه شد. همچنین در این پژوهش، روایی سازه پرسشنامه مذکور با استفاده از تحلیل عاملی (روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی) در مرحله مطالعه مقدماتی و اصلی تحقیق انجام گرفت که دو عامل استخراج شد و سبک اسنادی مثبت و سبک اسنادی منفی نام گرفتند. در مرحله مقدماتی دو عامل روی هم ۴۰/۱۶٪ و در مرحله اصلی تحقیق ۳۸/۱۵٪ واریانس ماده‌های پرسشنامه سبک‌های اسنادی را تبیین کردند. به‌عبارت دیگر، این پرسشنامه یک ابزار یک بعدی است (۲۶).

**۳- پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای (CRI):** موس و بیلینگز (۱۹۸۱) برای بررسی نحوه مقابله افراد با حوادث استرس‌زا یک پرسشنامه ۱۹ سؤالی بلی/خیر ساختند که سه نوع مقابله را

پرسشنامه‌ها بعد از موافقت افراد به‌شکل انفرادی در اختیار آنها قرار گرفت. در ضمن اجرای پرسشنامه‌ها سعی بر آن بود که ویژگیهای جمعیت‌شناختی افراد سالم با نمونه بیمار هم‌تا شوند. پاسخ دادن به تمام مواد (۱۲۸ ماده) به‌طور متوسط ۴۵ دقیقه به‌طول می‌انجامید. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

**۱- پرسشنامه تجدیدنظر شده آیزنک - فرم کوتاه (EPQ-RS):** این آزمون یک پرسشنامه خودسنجی ۴۸ سؤالی است که برای سنجش سه بعد شخصیت روان‌نژندی گرای، برونگرایی و روان‌پریشی گرای در افراد با دامنه سنی ۱۶ تا ۷۰ سال مورد استفاده قرار می‌گیرد و همچنین دارای یک مقیاس دروغ‌سنج است که گرایش به خوب‌نمایی را می‌سنجد. EPQ-RS نسخه کوتاه پرسشنامه تجدیدنظر شده شخصیت آیزنک است (۲۰). ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۶۲ (مردان) و ۰/۶۱ (زنان) برای مقیاس روان‌پریشی گرای ۰/۸۸ (P) (مردان) و ۰/۸۴ (زنان) برای مقیاس برونگرایی ۰/۸۴ (E) (مردان) و ۰/۸۰ (زنان) برای مقیاس روان‌نژندی گرای (N)، ۰/۷۷ (مردان) و ۰/۷۳ (زنان) برای مقیاس دروغ‌سنجی گزارش شده است. همبستگی مقیاسهای فرم کوتاه با فرم بلند رضایت بخش است و ساختار چهار عاملی نیز بهترین برازش را دارا است (۲۱، ۲۲). در ایران در تحقیقی اعتبار این پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد آزمون قرار داده شده و ضریب پایایی این پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ برای مقیاس برونگرایی ۰/۷۴ (E) برای مقیاس روان‌نژندی گرای ۰/۵۲ (N)، برای مقیاس روان‌پریشی گرای (P) و ۰/۶۱ برای مقیاس دروغ‌سنجی (L) گزارش شده است. از سویی ضریب پایایی به‌روش بازآزمایی، ۰/۸۹ برای مقیاس برونگرایی ۰/۹۰ (E)، برای مقیاس روان‌نژندی گرای ۰/۶۷ (N)، برای مقیاس روان‌پریشی گرای (P) و ۰/۸۸ برای مقیاس دروغ‌سنجی (L) بدست آمده است. روایی آزمون از طریق همبستگی مقیاسهای ERQ-RS با NEO-FFI-R و نیز تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) و تحلیل عاملی تاییدی (CFA) برآورد شد. ابعاد E و N همبستگی بالایی داشتند و این میزان برای مقیاس P چندان رضایت بخش نبود. تحلیل عاملی اکتشافی صحت ساختار چهار عاملی آیزنک را تایید کرد، اما در تحلیل عاملی تاییدی، شاخصهای برازش چندان رضایت بخش نبود (۲۳).

**۲- پرسشنامه سبک‌های اسنادی (ASQ):** پرسشنامه سبک‌های اسنادی برای اندازه‌گیری سبک‌های تفکر مثبت یا منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۱۲ موقعیت فرضی (شش موقعیت مثبت و شش موقعیت منفی)



می‌سنجید: مقابله رفتاری فعال، شناختی فعال و اجتماعی (۲۷). در سال ۱۹۸۴ این دو پژوهشگر در بررسی رفتارهای مقابله‌ای گروهی از بیماران افسرده آیت‌های پرسشنامه قبلی را تا ۳۲ ماده افزایش دادند و به جای بلی/خیر از مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای استفاده نمودند. آنها در پرسشنامه جدید خود سه نوع راهبرد مقابله‌ای را مشخص ساختند: مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، مقابله متمرکز بر حل مساله و مقابله متمرکز بر هیجان؛ و اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه را از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش کردند (۲۸). در پژوهش حاضر از پرسشنامه ۳۲ ماده‌ای که حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶) با اندکی دخل و تصرف مجدداً آن را تنظیم نموده است، استفاده شد. این پرسشنامه ۵ نوع راهبرد مقابله‌ای را می‌سنجد: مقابله مبتنی بر حل مساله (با ۳ ماده)، مقابله مبتنی بر مهار هیجانی (با ۱۱ ماده)، مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی (با ۵ ماده)، مقابله مبتنی بر مهار جسمانی مشکلات (با ۹ ماده) و مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی (با ۴ ماده). حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶) ضریب پایایی باز آزمایی این پرسشنامه را ۰/۷۹ به دست آورد. همچنین مقدار پایایی برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه در پژوهش قدمگاهی عبارت بود از:  $I=0/9$  برای مقابله مبتنی بر حل مساله،  $I=0/65$  برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی،  $I=0/68$  برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی،  $I=0/9$  برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات،  $I=0/9$  برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی (۲۹). در پژوهش قدمگاهی حسینی (۱۳۷۶) و سایر پژوهش‌هایی که به کرات از این پرسشنامه استفاده شده، هیچ‌گونه گزارشی از روایی این مقیاس نشده است.

۴- پرسشنامه محقق ساخته: پرسشنامه محقق ساخته شامل مجموعه سئوالهایی در زمینه ویژگی‌های جمعیت شناختی (از قبیل سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل) و مراجعه یا عدم مراجعه به روانپزشک را شامل می‌شود. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده، از نرم افزار SPSS، آزمون تی گروه‌های مستقل و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی گروه بیمار ۳۱/۳۴ (انحراف معیار ۷/۱) و میانگین گروه سالم ۲۹/۶۸ (انحراف معیار ۷/۰۹) بود. از گروه بیمار ۴۱ نفر (۵۲/۶٪) متاهل و ۳۴ نفر (۴۳/۶٪) مجرد و از گروه سالم ۳۱ نفر (۳۸/۸٪) متاهل و ۴۶ نفر (۵۷/۷٪) مجرد بودند. در گروه بیمار ۵۹٪ و در گروه سالم ۲۰/۵٪ آنها به روانپزشک مراجعه کرده بودند [یادآوری می‌گردد که علت این تفاوت آشکار در مراجعه به روانپزشک در دو گروه به فرآیند درمان اعتیاد تحت نظر روانپزشک باز می‌گردد. به عبارت دیگر اکثریت بیماران وابسته به مواد افیونی تحت نظر یک روانپزشک در حال مداوای اعتیاد بوده‌اند (نه به خاطر بیماری روانی دیگری) و طبیعی است که از این نظر قابل هم‌تاسازی با افراد سالم نخواهند بود. از لحاظ سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان هر دو گروه بیشترین فراوانی را در مقطع دیپلم داشتند. از نظر وضعیت شغلی، در گروه بیمار اکثر افراد در طبقه شغل آزاد (۳۳/۳٪) و طبقه قراردادی-شرکتی (۲۵/۶٪) و در گروه سالم بیشتر افراد در طبقه بیکار (۳۱/۳٪) و در طبقه قراردادی-شرکتی (۳۳/۸٪) قرار داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع افراد مورد مطالعه بر حسب ویژگی‌های جمعیت شناختی به تفکیک گروه سالم و بیمار

متغیر	شاخص	بیمار		سالم	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد
سطح تحصیلات	ابتدایی	۵	۶/۴	۵	۶/۲
	راهنمایی	۱	۱/۳	۴	۵
	دبیرستانی	۲۷	۳۴/۶	۲۰	۲۵
	دیپلم	۲۷	۳۴/۶	۳۹	۴۸/۸
	فوق دیپلم	۶	۷/۷	۶	۷/۵
	لیسانس و بالاتر	۱۲	۱۵/۴	۶	۷/۵
	رسمی یا پیمانی	۱۰	۱۲/۸	۱۲	۱۵
وضعیت شغلی	قراردادی - شرکتی	۲۰	۲۵/۶	۲۷	۳۳/۸
	شغل آزاد	۲۶	۳۳/۳	۱۵	۱۸/۸
	بیکار	۱۹	۲۴/۴	۲۵	۳۱/۳
	بازنشسته	۳	۳/۸	۱	۱/۲
وضعیت تأهل	مجرد	۳۴	۴۳/۶	۴۶	۵۷/۵
	متاهل	۴۱	۵۲/۶	۳۱	۳۸/۸
	جدا شده	۲	۲/۶	۲	۲/۵
	طلاق گرفته	۱	۳/۱	۱	۱/۲



به لحاظ روان‌نژندی گرای، روان‌پریشی گرای و درونگرایی بالاتر هستند. همچنین، بیماران وابسته به مواد افیونی از راهبردهای حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی به‌طور معناداری کمتر از گروه سالم و از راهبردهای مقابله‌ای مهار جسمانی و مهار هیجانی به‌طور معناداری بیشتر از گروه سالم استفاده می‌کنند و نسبت به رویدادهای منفی به‌طور معناداری سبکهای اسنادی بدبینانه‌تری دارند. اما قسمت اول فرضیه ششم در مورد این که گروه بیمار در برابر رویدادهای مثبت سبکهای اسنادی بدبینانه‌ای دارند رد می‌شود. به عبارت دیگر بین دو گروه به لحاظ سبکهای اسنادی مثبت تفاوت معنادار وجود ندارد.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش، یعنی مقایسه ویژگیهای شخصیتی، سبکهای مقابله‌ای و سبکهای اسنادی بین دو گروه بیمار و سالم از روش آماری تی گروههای مستقل استفاده گردید. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد دو گروه بیمار و سالم به لحاظ ابعاد شخصیتی روان‌نژندی گرای، روان‌پریشی گرای و برونگرایی و به لحاظ تمام ابعاد راهبردهای مقابله‌ای حل مساله، ارزیابی شناختی، حمایت اجتماعی، مهار هیجانی و مهار جسمانی و سبکهای اسنادی منفی با هم تفاوت معنادار دارند ( $P < 0/001$ ). این یافته‌ها در جهت تایید فرضیه‌های اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم و قسمت دوم فرضیه ششم پژوهش هستند. به عبارت دیگر، بیماران وابسته به مواد در مقایسه با گروه سالم به‌طور معناداری

جدول ۲- مقایسه بیماران وابسته به مواد افیونی و افراد سالم برای سه مقیاس ویژگیهای شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبکهای اسنادی

مقدار احتمال	افراد بهنجار		گروه بیمار		متغیرها شاخص
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<0/001	۲/۲۱	۳/۷۶	۲/۷۱	۱۹/۹	روان‌نژندی گرای
<0/001	۱/۳۳۲	۶/۰۷	۱/۳۶	۶/۷۱	روان‌پریشی گرای
<0/001	۱/۶۴	۷/۹۳	۲/۲۸	۶/۴۸	برونگرایی
۰/۸۳۵	۲/۳۱	۶/۶۱	۲/۰۶	۶/۷۳	مقیاس دروغ
<0/001	۱/۳۱	۷/۲۲	۱/۷۹	۵/۲۵	حل مساله
<0/001	۲/۲۲	۱۲/۵۷	۲/۹۶	۱۰/۲۵	ارزیابی شناختی
<0/001	۱/۸۶	۷۲/۶	۲/۴۶	۴/۶۷	حمایت اجتماعی
<0/001	۲/۶۱	۹/۹۲	۴/۵۱	۱۶/۷۴	مهار هیجانی
<0/001	۱/۹۴	۲/۳۰	۴/۴۴	۶/۸۳	مهار جسمانی
۰/۱۲۳	۲/۰۱	۱۷/۳۴	۲/۲۵	۱۶/۸۱	رویدادهای مثبت
<0/001	۱/۲۹	-۷/۸۲	۲/۳۱	-۱۱/۳۸	رویدادهای منفی

لجستیک، ضرایب  $\beta$  متغیرهای روان‌نژندی گرای ( $\beta = -0/75$ )، روان‌پریشی گرای ( $\beta = -0/42$ )، مهار هیجانی ( $\beta = -0/56$ ) و مهار جسمانی ( $\beta = -0/48$ ) دارای ضرایب منفی است. ضرایب منفی در این متغیرها حکایت از آن دارد که افزایش در میزان هر یک از این متغیرها، احتمال تخصیص افراد به گروه بیمار را به‌درجات مختلفی افزایش می‌دهد. مقادیر نسبت‌برتری هر یک از این متغیرها نیز در دامنه‌ای از ۰/۴۷ تا ۰/۶۶ در نوسان است. بر اساس این نتایج می‌توان گفت که با افزایش یک واحد در متغیر روان‌نژندی گرای، ۴۷ درصد بر احتمال تخصیص فرد به گروه بیمار افزایش خواهد یافت. این موضوع در مورد روان‌پریشی گرای ۶۶٪، مهار هیجانی ۵۷٪ و نهایتاً مهار جسمانی دارای نسبت برتری ۶۲٪ است. از سوی دیگر متغیرهای برونگرایی دارای ضرایبی معادل ( $\beta = 0/37$ )، راهبرد حل مساله ( $\beta = 0/76$ )، ارزیابی

برای پاسخ به سؤال پژوهش و بررسی سهم خالص ویژگیهای شخصیتی، سبکهای مقابله و سبکهای اسنادی در تخصیص گروهها به سالم و بیمار از رگرسیون لجستیک استفاده شد. نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که از مجموع سه دسته متغیر اصلی وارد شده در مدل (ویژگیهای شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبکهای اسنادی) برای پیش‌بینی توان تخصیص افراد به گروه بیماران وابسته به مواد افیونی و افراد سالم، دو خرده‌مقیاس دروغ‌گویی و سبکهای اسنادی مثبت، قادر نیستند تا در معادله تخصیص افراد به گروه بیمار و سالم به‌نحو معناداری حضور یابند. بررسی مقادیر و جهت  $\beta$  و نیز ارزیابی مقادیر نسبت‌برتری نشان‌دهنده تفاوت‌های نسبی بین انواع متغیرهای موجود برای پیش‌بینی تخصیص افراد به گروه بیمار و سالم است.

از میان مجموع متغیرهای وارد شده در تحلیل رگرسیون



می‌توان این یافته را بر مبنای فرضیه خوددرمانی تبیین کرد. افرادی که دارای عواطف منفی و بی‌ثبات (روان‌نژندی‌گرایی) هستند، ممکن است نوعی درماندگی روانی را تجربه کنند که در هنگام مصرف مواد کاهش یافته و به آرامش برسند. به عبارت دیگر خوددرمانی هیجانهای دردناک باعث می‌شود افراد برای گریز از هیجانها به دارو و الکل پناه ببرند (۳۰). بنابراین می‌توان مصرف مواد را به‌عنوان یک پاسخ در فرآیند تقویت‌کننده منفی در نظر گرفت. یعنی مصرف مواد پاسخی است که منجر به حذف محرک شرطی آزارنده (درماندگی روانی و عواطف منفی) می‌شود. در چنین حالتی پاسخ که همان مصرف مواد است تقویت شده و احتمال مصرف مجدد افزایش می‌یابد.

نتایج پژوهش نشان داد که روان‌پریشی‌گرایی بیماران وابسته به مواد افیونی بیشتر از افراد سالم بوده و این ویژگی زمینه‌ای برای رشد رفتارهای ضداجتماعی و بزهکاری است که عامل مهمی در گرایش به اعتیاد است (۳۱). آیزنک معتقد است روان‌پریشی‌گرایی یک ویژگی زیرساز شخصیت است که به درجات گوناگونی در تمامی افراد دیده می‌شود. چنانچه عیار این ویژگی برجسته باشد، فرد را مستعد ابتلا به برخی ناهنجاریهای روانی می‌کند. در واقع افرادی که در این بعد نمره بالایی کسب می‌کنند، معمولاً افرادی پرخاشگر، جامعه ستیز، سرد، خود محور، بی‌رحم، متخاصم و نسبت به نیازها و احساسات دیگران بی‌اعتنا و بی‌اهمیت هستند. بنابراین می‌توان گفت هرچه درجه روان‌پریش‌خویی بیشتر باشد، فرد رفتارهای ضد اجتماعی و ناهنجار بیشتری را مرتکب شده و این به نوبه خود زمینه‌ای برای گرایش به مصرف مواد است (۴-۶). نتایج پژوهش نشان داد که بیماران وابسته به مواد افیونی نسبت به افراد سالم درونگرتر هستند. یک دسته از پژوهشها این یافته را

شناختی ( $\beta=0/34$ )، حمایت اجتماعی ( $\beta=0/42$ ) و سبک اسنادی منفی ( $\beta=1/26$ ) دارای ضرایب مثبتی هستند که نشان‌دهنده حضور میزان این متغیرها در پیش‌بینی و تخصیص افراد به گروه سالم است. براساس نتایج جدول شماره ۳، بالاترین مقدار نسبت برتری از آن سبک اسنادی منفی با نسبت برتری معادل  $3/45$  و پس از آن راهبرد حل مساله با نسبت برتری  $2/13$  قرار دارد. کمینه مقدار نسبت برتری نیز از آن متغیر ارزیابی شناختی است. براساس نتایج به‌دست آمده از تحلیل رگرسیون لجستیک با افزایش یک واحد در برون‌گرایی، احتمال تخصیص فرد به گروه سالم  $1/44$  افزایش می‌یابد. مقادیر نسبت برتری برای راهبرد حل مساله برابر با  $2/13$ ، ارزیابی شناختی معادل  $1/40$ ، حمایت اجتماعی  $1/52$  و سبک اسناد منفی معادل  $3/54$  است. در خصوص سبک اسناد منفی یادآوری این نکته ضروری است که همان‌گونه که میانگین نمرات این زیرمقیاس نشان می‌دهد، نمره این مقیاس به‌صورت منفی است، این بدان معنی است که با کاهش یک واحد در سبک اسناد منفی آزمودنیها، احتمال تخصیص فرد به گروه سالم  $3/54$  برابر افزایش خواهد یافت.

### بحث

نتایج این پژوهش همسو با بسیاری از مطالعات نشان داد که بیماران وابسته به مواد افیونی در مقایسه با افراد سالم روان‌نژندگراتر هستند. گرچه تحقیقات مختلف از مقیاسهای متفاوتی برای سنجش ویژگیهای شخصیتی استفاده کرده‌اند، ولی به‌طور کلی نتایج آنها در جهت تایید نتایج پژوهش حاضر می‌باشد (۵-۱).

جدول ۳- آزمون رگرسیون لجستیک، جهت پیش‌بینی اعتیاد بر اساس ویژگیهای شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبکهای اسنادی

متغیرها	مقدار $\beta$	خطای استاندارد	مقدار احتمال	نسبت برتری
روان‌نژندی‌گرایی	-۰/۷۵	۰/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
روان‌پریشی‌گرایی	-۰/۴۲	۰/۱۴	۰/۰۰۲	۰/۶۶
برون‌گرایی	۰/۳۷	۰/۰۹	<۰/۰۰۱	۱/۴۴
دروغگویی	-۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۷۳	۰/۹۸
راهبرد حل مساله	۰/۷۶	۰/۱۳	<۰/۰۰۱	۲/۱۳
ارزیابی شناختی	۰/۳۴	۰/۰۷	<۰/۰۰۱	۱/۴۰
حمایت اجتماعی	۰/۴۲	۰/۰۹	<۰/۰۰۱	۱/۵۲
مهار هیجانی	-۰/۵۶	۰/۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۷
مهار جسمانی	-۰/۴۸	۰/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
سبک اسنادی مثبت	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۱۲	۱/۱۲
سبک اسنادی منفی	۱/۲۶	۰/۲۱	<۰/۰۰۱	۳/۵۴



تایید (۱، ۵، ۶) و دسته دیگر آن را نقض می‌کنند (۷، ۸). این تضاد نتایج می‌تواند ناشی از چند نکته باشد: ابزار مورد استفاده، نوع ماده مصرفی، تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی. برای مثال در مطالعه‌ای در رابطه با نوع ماده مصرفی، آشکار شد که میزان برونگرایی و گشودگی در برابر تجربه، در مصرف‌کنندگان کوکائین در مقایسه با مصرف‌کنندگان الکل بیشتر بود (۳۲). به عبارت دیگر افرادی که به دنبال مصرف محرکها هستند، افرادی با ریسک‌پذیری بالا و برونگرتر هستند. با توجه به اینکه نمونه بیمار در پژوهش حاضر شامل افرادی می‌شود که مواد افیونی (تریاک و مشتقات آن) مصرف می‌کردند و این مواد آرام بخشهایی هستند که باعث تضعیف عملکرد طبیعی سیستم عصبی مرکزی می‌شوند، احتمالاً افرادی که این مواد را ترجیح می‌دهند، آرامتر و درونگرتر از کسانی هستند که به دنبال مصرف محرکها هستند. یافته‌های متعددی نشان می‌دهد که درونگرها کمتر از برونگرها متمایل به استفاده از مواد محرک هستند. شاید اگر در پژوهش حاضر نمونه سالم با نمونه‌ای از مصرف‌کنندگان کوکائین و دیگر محرکها مقایسه می‌شد، یافته متضادی به دست می‌آمد. نکته دیگری که حائز اهمیت است تفاوت فرهنگی، جغرافیایی و اجتماعی است که می‌تواند تاثیرگذار باشد. مثلاً در بعضی فرهنگها ممکن است درونگرایی و فردگرایی و در فرهنگ دیگری برونگرایی و اجتماعی بودن مورد تشویق قرار گیرد و این نتایج مقایسه‌ها را تحت تاثیر قرار دهد. در فرهنگ ایرانی به نظر می‌رسد بیشتر برونگرایی تشویق می‌شود. اما نکته‌ای که باید به آن توجه شود اینکه نباید مولفه برونگرایی به تنهایی معیار قضاوت قرار گیرد؛ بلکه ضروری است به تعامل آن با دیگر مولفه‌های تاثیرگذار (مثل تهییج طلبی، تکانشی، نوحواهی و موارد مشابه آن) توجه شود. ممکن است برونگرایی بالا در ترکیب با مولفه‌های شخصیتی خاص و یا در بافت محیطی خاص، زمینه‌ای برای اعتیاد باشد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد بیماران وابسته به مواد در مقایسه با افراد سالم از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی و مهار جسمانی بیشتر و از راهبردهای مبتنی بر حل مساله، حمایت اجتماعی و ارزیابی شناختی کمتر استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر بیماران وابسته به مواد افیونی در مقایسه با افراد سالم از راهبردهای مقابله‌ای کم اثر یا غیر موثر استفاده می‌کنند. این یافته با پژوهشهای مختلف مطابقت می‌کند. البته باید ذکر کرد که یکی از مشکلات موجود در حوزه پژوهش مقابله، نبود الگویی واحد در سنجش مقابله است. به همین دلیل نمی‌توان نتایج پژوهش حاضر را به طور مستقیم با پژوهشهای دیگر بررسی و مقایسه نمود. از سوی دیگر نمونه بیماران پژوهش حاضر تنها مختص افراد وابسته به مواد افیونی است، در حالی که سایر مطالعات اکثراً به بررسی سبکهای مقابله‌ای در الکلی‌ها و سایر مواد پرداخته‌اند. آنها در مطالعه حاجی‌پور (۱۳۸۱) و طوفانی و

همکاران (۱۳۸۱) از ابزار و نمونه‌ای مشابه ابزار و نمونه پژوهش حاضر استفاده شده که نتایج آنها، همسو با نتایج پژوهش حاضر است. اما به طور کلی اکثر قریب به اتفاق تحقیقات بر تفاوت افراد معتاد و غیرمعتاد مبنی بر استفاده بیشتر از راهبردهای کم اثر و غیر موثر (مثل راهبردهای اجتنابی و هیجان مدار) در افراد معتاد حکایت دارد که همسو و در حمایت از نتایج حاضر است (-۱۲). در تبیین این یافته‌ها از دیدگاه نظریه یادگیری می‌توان گفت که افراد وابسته به مواد در هنگام روبرو شدن با استرس، مهارتهای مقابله‌ای ناسازگار (نامناسب) را به کار می‌برند (۹). با توجه به اینکه مصرف‌کنندگان مواد سطوح بالاتری از اضطراب و درماندگی را گزارش می‌کنند، رفتار سوء مصرف مواد خود ممکن است به عنوان شکلی از مقابله ناسازگار باشد که در جهت کاهش عواطف منفی عمل می‌کند (۱۱). به عبارت دیگر فقدان راهبردهای مقابله‌ای سازگار، یک عامل خطر برای گرایش به مصرف مواد و تداوم مصرف مواد است. از آنجا که افراد وابسته به مواد افیونی شیوه‌های مقابله سازگار و مناسب در هنگام رویارویی با استرس را نیاموخته‌اند، بنابراین در مواقع استرس، فرد به جای مواجه شدن با مشکل و ارزیابی راههای مناسب برای حل آن و یا کمک گرفتن از دیگران، از راهبردهایی استفاده می‌کند که تنها به صورت موقتی پیامدهای هیجانی مشکل را مهار و باعث تسکین فرد می‌شوند. بدین ترتیب عدم توانایی برای حل مشکل، باعث می‌شود استرس همچنان در سطح بالا باقی مانده و در نتیجه تداوم استرس، فرد احساس بی‌کفایتی کند. بنابراین فرد سعی می‌کند از هر روشی استفاده کند تا از این عواطف منفی و احساسات ناخوشایند رها شود. در تحقیقات مختلفی آشکار شد هرچه فرد از راهبردهای مقابله هیجان‌مدار بیشتر استفاده کند، عواطف منفی و درماندگی روانی (اضطراب، افسردگی) بیشتری را تجربه خواهد کرد. بنابراین در چنین شرایطی، این فرایند، خود منجر به شکل‌گیری یک دور باطل، بین راهبردهای ناسازگار و عواطف منفی می‌شود و فرد در این دور باطل، به دام می‌افتد و دیگر فرصتی برای حل مشکلات و یادگیری راهبردهای مقابله‌ای سازگار پیدا نمی‌کند. در نتیجه، افراد وابسته به مواد افیونی برای رهایی از این دور باطل، متوسل به مصرف مواد می‌شوند. دلیلی بر درستی این تبیین اینست که اکثر رویکردهای درمانی وابستگی به الکل و سایر مواد از مولفه‌های حل مساله و آموزش مهارتهای اجتماعی استفاده می‌نمایند. فلسفه این نوع درمان بر اساس مدل پیشگیری از عود بنا نهاده شده است. مولفه‌های مقابله با استرس در این مدل شامل بازسازی شناختی، مهارتهای مقابله‌ای و مهارتهای حل مساله است (۳۳). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که راهبردهای حل مساله و ارزیابی مجدد مثبت، در پی درمان افزایش می‌یابد، در حالی که اجتناب شناختی و کاربرد راهبرد هیجان‌مدار در پی درمان کاهش می‌یابد. بنابراین یکی از مولفه‌های اساسی درمانهای اعتیاد، آموزش راهبردهای





مقابله‌ای مناسب است. با این توصیف بر اساس فرضیه خوددرمانی می‌توان گفت افراد از شیوه خوددرمانی برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌کنند (۱۰). به عبارت دیگر برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا و به‌نوعی فرار از مشکلات و تعدیل هیجانهای دردناک، مواد مصرف می‌شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین بیماران وابسته به مواد و افراد سالم از لحاظ سبک‌های اسنادی برای رویدادهای مثبت هیچ تفاوتی وجود ندارد. اما از لحاظ سبک‌های اسنادی برای رویدادهای منفی بین این دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر بیماران وابسته به مواد در مقایسه با افراد سالم در برابر رویدادهای منفی، سبک‌های اسنادی بدبینانه‌تری دارند. بنابراین قسمت اول فرضیه رد و قسمت دوم فرضیه تایید شد. به‌طورکلی تحقیقات اندکی در حوزه سبک‌های اسنادی و اعتیاد صورت گرفته است. در مطالعه‌ای بر افراد معتاد به کوکائین آشکار شد که این افراد دارای سبک‌های اسنادی ناسازگار هستند و نمره‌های آنها در مقیاس درماندگی آموخته‌شده تنها متغیر پیش‌بینی‌کننده ادامه درمان بود (۱۶). داود و همکاران (۱۹۸۶) در مطالعه‌ای بر روی الکلی‌ها و غیرالکلی‌ها مشاهده کردند که الکلی‌ها اسنادهای ثابت و کلی بیشتری برای رویدادهایی با پیامدهای خوب به‌کار می‌بردند و هیچ تفاوتی در اسنادهای مربوط به رویدادهای منفی بین دو گروه یافت نشد. همچنین نتایج نشان داد که در نتیجه پیشرفت روند برنامه‌های بازتوانی، در معتادین گرایش به اسنادهای علی ناسازگار، تدریجاً کاهش می‌یابد (۱۷).

در تبیین این فرضیه می‌توان این‌گونه مطرح کرد: نمونه بیمار در این پژوهش شامل افرادی می‌شود که به‌صورت خودمعرف (اختیاری) و داوطلبانه به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. از سویی در مطالعه‌ای آشکار شد معتادانی که در جستجوی درمان هستند، معمولاً سبک‌های تبیین درونی برای موفقیتها (رویدادهایی با پیامدهای مثبت) به‌کار می‌برند (۱۸). بنابراین، شاید افرادی که به‌صورت داوطلبانه در جستجوی درمان هستند، از لحاظ سبک‌های اسنادی برای رویدادهای مثبت با افراد سالم از همان ابتدا تفاوتی نداشته باشند، اما از لحاظ سبک‌های اسنادی برای رویدادهای منفی این دو گروه متفاوت باشند. همان‌طور که قبلاً ذکر شد افراد معتاد در هنگام رویارویی با استرس و وقایع منفی زندگی، فاقد راهبردهای مقابله‌ای موثر هستند؛ در نتیجه چنین افرادی در حل مشکل ناکام می‌مانند و احساس می‌کنند در زمان وقوع رویدادهای منفی زندگی، نمی‌توانند بر شرایط موجود مسلط شده و آن را کنترل کنند. به‌عبارت دیگر برطبق نظریه درماندگی آموخته‌شده، بیماران وابسته به مواد در برابر رویدادهای منفی زندگی به‌نوعی درماندگی آموخته‌شده دچار می‌شوند.

اما برای پاسخ به این سؤال که سهم خالص هر یک از ویژگی‌های

شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های اسنادی در تخصیص آزمودنی‌ها به گروه‌های سالم و بیمار چقدر است؟ نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک نشان داد که این سه مقیاس با هم توانستند به‌نحو مطلوبی افراد سالم و بیمار را به گروه‌های بیمار و سالم اختصاص دهند. در حالی که با استفاده از مقادیر تی تفاوتی معناداری به‌صورت مقایسه زوجی متغیرها تولید شده است، اما بررسی همزمان این متغیرها نشان می‌دهد که بین این سه دسته از متغیرها همپوشی قابل توجهی وجود دارد. لذا پیشنهاد می‌شود تا تحقیقات آتی به کشف زوایای پنهان این همپوشی پرداخته و ماهیت این همپوشی را روشن کنند.

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که میزان روان‌نژندی‌گرایی، روان‌پریشی‌خوبی، درون‌گرایی، کاربرد راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (مهار جسمانی و مهار هیجانی) و سبک اسنادی منفی در بیماران وابسته به مواد در مقایسه با افراد سالم بالاتر و برخی از ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های اسنادی در کنار هم به‌نحو قابل توجهی قادرند افراد سالم را از بیماران وابسته به مواد افیونی متمایز سازند. نظر به اهمیت سهم روان‌نژندی‌گرایی، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (مهار هیجانی و مهار جسمانی) در شکل‌گیری و یا تداوم اعتیاد، توصیه می‌شود که آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله‌ای مناسب در جهت تقویت شیوه‌های مقابله‌ای و سبک‌های اسنادی مثبت بیماران وابسته به مواد به‌عنوان منابع درونی در برنامه‌های درمانی بیماران وابسته به مواد گنجانده شود. این برنامه‌های آموزشی می‌توانند به چهارچوب برنامه‌های مداخله‌ای موجود در زمینه درمان‌های مبتنی بر اختلالات روانشناختی (روان‌نژندی‌گرایی) بیماران اضافه شوند و بر کارآمدی آنها بیفزایند. با این توصیف، گرچه پژوهش حاضر یک طرح مداخله‌ای نیست، اما با تکیه بر این یافته‌ها می‌توان محتوای برنامه‌های آموزشی و درمانی بیماران وابسته به مواد را بهبود بخشید.

یکی از مهمترین محدودیتهای پژوهش حاضر اینست که همان‌گونه که ویژگی‌های شخصیتی خاص (مثل روان‌نژندی‌گرایی) و راهبردهای نامناسب و سبک‌های اسنادی منفی می‌توانند از علت‌های روی آوردن به اعتیاد باشد، ممکن است پیامد آن نیز به حساب آیند. چه بسا اعتیاد خود زمینه‌ای برای بروز علائم روان‌نژندی‌گرایی، راهبردهای مقابله‌ای نامناسب و سبک‌های اسنادی منفی باشد. از دیگر محدودیتهای پژوهش حاضر، استفاده از پرسشنامه‌های خودسنجی برای سنجش متغیرهای مستقل بود، بنابراین یک محدودیت بالقوه در این پژوهش گذشته‌نگر-که در واقع نوعی محدودیت مختص پژوهش‌های مبتنی بر ارزیابی‌های خودسنجی است- اینست که این‌گونه بررسیها



متادون زیر نظر یک روانپزشک بوده (نه این که به خاطر بیماری روانی دیگری به روانپزشک مراجعه کرده باشند) و طبیعی است که از این نظر قابل هم‌تاسازی با افراد سالم نخواهند بود که البته می‌توان به‌عنوان بخش اجتناب‌ناپذیر تحقیق در نظر گرفت. لذا برای بررسی دقیق‌تر در پژوهش‌های آتی توصیه می‌گردد که نمونه بیمار شامل بیماران معتاد معرفی شده توسط دیگران (بیماران اجباری) نیز باشد. از محدودیت‌های آخر پژوهش حاضر این است که نمونه پژوهش فقط شامل مردان وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به‌طور خودمعرف (اجباری) به مراکز ترک اعتیاد است و از سوی دیگر روش نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بوده، به‌همین دلیل در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. بنابراین بر اساس این محدودیت‌ها نتایج پژوهش نمی‌تواند قابل تعمیم به کل جامعه باشد. لذا توصیه می‌شود برای افزایش اعتبار بیرونی پژوهش، نمونه مورد مطالعه شامل هر دو جنس و بیماران دگر معرف (اجباری) نیز باشد. برای بدست آوردن نتایج دقیق و کاملتر توصیه می‌شود از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. همچنین به‌علت پیچیده‌بودن موضوع اعتیاد بهتر است علاوه بر ابزارهای خودسنجی از روش‌های پیچیده‌تر و دقیق‌تر سنجش نیز استفاده گردد.

دارای سوگیری یادآوری بوده و از دقت کمتری برخوردارند و در نتیجه از تعمیم‌پذیری نتایج تا حدی کاسته خواهد شد. البته این خطای یادآوری در تمام گروه‌های پژوهش به‌طور یکسان وجود داشته است. احتمال وجود نقایصی مانند عدم بررسی دقیق اعتبار و روایی ابزارهای مورد استفاده خصوصاً مقیاس راهبرد مقابله‌ای (CRI) نیز باید به‌عنوان یک محدودیت مورد توجه قرار گیرد. با آن که از این مقیاس در پژوهش‌های مختلف به‌کرات استفاده شده و حتی موضوع یکی از پژوهش‌ها، پایایی و روایی این مقیاس است، با این وجود هیچ گزارشی از روایی این مقیاس در ایران نشده است (فقط پایایی آن ذکر شده). لذا توصیه می‌گردد، برای بررسی راهبردهای مقابله‌ای در بیماران وابسته به مواد از ابزار دقیق‌تری استفاده شود. اما نکته دیگری که حائز اهمیت است اینکه علت تفاوت آشکار در مراجعه به روانپزشک در دو گروه بیمار و سالم، به فرآیند درمان دارویی اعتیاد در گروه بیماران بازمی‌گردد. به‌عبارت دیگر، در یکی از روش‌های اصلی درمان بیماران وابسته به مواد افیونی، آنها تحت نظر یک پزشک یا روانپزشک تحت درمان دارویی متادون قرار می‌گیرند و در این پژوهش گروه نمونه بیمار به‌طور اتفاقی از کلینیک‌هایی انتخاب شد که همه بیماران تحت درمان دارویی با

## منابع:

- 1- Ball SA. Big five, alternative five, and seven personality dimension: validity in substance dependent patients. In: Costa PT, Widiger TA. (Eds.) Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington DC. USA. American Psychological Association; 2002, pp: 177-201.
- 2- Brooner RK, Schmidt CW, Herbst JH. Personality trait characteristics of opioid abusers with and without co-morbid personality disorders. In: Costa PT, Widiger TA. (Eds.) Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington DC. USA. American Psychological Association; 1994, pp: 131-148.
- 3- Martin ED, Sher KJ. Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five-factor model of personality. *J Stud Alcohol*. 1994; 55(1): 81-90.
- 4- Gossop MR, Eysenck SBG. A further investigation into the personality of drug addicts in treatment. *Br J Addict*. 1980; 75(3): 305-311.
- 5- Gossop MR, Eysenck SBG. A comparison of the personality of drug addicts in treatment with that of a prison population. *Pers Individ Dif*. 1983; 42(2): 207-209.
- 6- Doherty O, Matthews G. Personality characteristics opiate addicts. *PAID*. 1988; 99(1): 171-172.
- 7- Narayan R, Shams G, Jain R, Gupta B. Personality characteristics of personas addicted to heroin. *J Psychol: Interdisciplinary and Applied*. 1997; 131(1): 125-127.
- 8- Patalano F. Cross-cultural similarities in the personality dimensions of heroin users. *J Psychol: Interdisciplinary and Applied*. 1998; 132(6): 671-673.
- 9- Collier CW, Marlatt GA. Relapse prevention. In: Goreczny AJ. (Ed.) Handbook of health and rehabilitation psychology. New York. Plenum; 1995, pp: 307-321.
- 10- Murphy LS, Khantzian EJ. Addiction as a "self-medication" disorder: application of ego psychology to the treatment of substance abuse. In: Washton AM. (Ed.) Psychotherapy and substance abuse: a practitioner's handbook. New York. Guilford; 1995, pp: 200-225.
- 11- Will TA, Shiffman S. Coping and substance use: a conceptual framework. In: Shiffman S, Wills TA. (Eds.) Coping and substance use. Orlando. USA: Academic Press; 1985, pp: 3-24.
- 12- Michaels PJ, Joheson NP, Mallin R, Thornhill JT, Sharma S, Gonzales H, et al. Coping strategies of alcoholic women. *J Subst Abuse*. 1999; 20(4): 237-248.
- 13- Toofani H. Javanbakht M. [The comparison of unhealthy attitudes and coping styles in narcotic addicts with a nonaddicted healthy control group (Persian)]. *J Asrar*. 2003; 9(1): 70-78.
- 14- Hajipour H. [Investigating the ineffective attitudes, amount of stress, and coping strategies in treatment seeking narcotic addicts and nonaddicted people (Persian)]. Thesis for Ph.D. in Clinical Psychology. Medical Science Faculty of Iran University of Medical Sciences; 2003, pp: 136-140.
- 15- Reich JW, Gutierrez SE. Life event and treatment attributions in drug abuse and rehabilitation. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1987; 13(1-2): 73-94.
- 16- Quinles F, McDermott-Nelson NA. Development of a measure of learned helplessness. *Nurs Res*. 1988; 73(1): 11-15.
- 17- Dowd ET, Lawson GW, Petosa R. Attribution styles of alcoholics. *Int J Addict*. 1986; 21: 589-593.
- 18- López-Torrecillas F, Martín I, De La Fuente I, Godoy JF. Estilo atribucional autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*. 2000; 12: 331-334.
- 19- Goldstein BI, Abela JRZ, Buchanan GM, Sligman MEP. Attribution style and life event: a diathesis-stress theory of alcohol consumption. *Psychol Rep*. 2000; 87: 949-955.
- 20- Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrett PA. Revised version of the psychoticism scale. *Pers Individ Dif*. 1985; 6(1): 21-29.
- 21- Alexopoulos DS, Kalaitzidis I. Psychometric properties of Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) short scale in Greece. *Pers Individ Dif*. 2004; 37: 1205-1220.
- 22- Aluja A, Garcia O, Garcia LF. A psychometric analysis of the revised Eysenck Personality Questionnaire short scale. *Pers Individ Dif*. 2003; 35: 449-460.



- 23- Bakhshipour A, Bagharian Khosroshahi S. [Psychometric properties of Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ) Short Scale (Persian)]. *Contemporary Psychology*. 2006; 1(2): 3-12.
- 24- Peterson C, Semmel A, Von Baeyer C, Abramson LY, Metalsky GI, Seligman MEP. The attributional style questionnaire. *Cognit Ther Res*. 1982; 6: 287-299.
- 25- Smith BP, Hall HC, Woolcock-Henry C. The effects of gender and years of teaching experience on explanatory style of secondary vocational teachers. *Journal of Vocational Education Research*. 2000; 25(1): 24-31.
- 26- Rajabi Gh, Shahni Yeylagh M. [The effects of gender and major on Ahvaz high school students' attribution styles and Scale Psychometric findings (Persian)]. *Journal of Human and Social Science*. 2005; 22(4): 32-15.
- 27- Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J Behav Med*. 1981; 22(4): 139-157.
- 28- Billings AG, Moos RH. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *J Pers Soc Psychol*. 1984; 46(4): 877-891.
- 29- Hoseini Ghadamgahi H. [The quality of social relationship, stress amount and coping strategies in patients suffering from coronary heart disease (Persian)]. Thesis for Ph.D. in Clinical Psychology. Medical Science Faculty of Iran University of Medical Sciences; 2003, pp: 101-102.
- 30- Warner B. The relationship between alexithymia, wellness, and substance dependence [Ph.D. dissertation], University of New Orleans; 2007.
- 31- Zuckerman M. The effects of subliminal and supraliminal suggestion on verbal productivity. *J Abnorm Soc Psychol*. 1960; 60(3):404-411.
- 32- McCromick RA, Dowd ET, Quirk S, Zegarra JH. The relationship of NEO-PI performance to coping styles, patterns of use, and triggers for use among substance abusers. *Addict Behav*. 1998; 23(4): 497-507.
- 33- Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York. Guilford Press; 1985.

Archive of SID