

پیش بینی شدت اختلال مصرف مواد بر اساس ابعاد شخصیت (مدل پنج عاملی) و میزان افسردگی در افراد بستری در مراکز درمان سوء مصرف مواد

امیرمحمد خلیلی

چکیده

زمینه و هدف: اختلال مصرف مواد یکی از شایع ترین و پرهزینه ترین اختلالات روان پزشکی است که شدت آن در بیماران بستری بسیار ناهمگون بوده و شناخت عوامل روان شناختی مؤثر بر آن، به ویژه ویژگی های شخصیتی و اختلالات خلقی همبود، از اهمیت ویژه ای در طراحی مداخلات درمانی برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف پیش بینی شدت اختلال مصرف مواد بر اساس ابعاد شخصیت (مدل پنج عاملی) و میزان افسردگی در افراد بستری در مراکز درمان سوء مصرف مواد شهرستان ملایر انجام شد.

این مطالعه از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه ی آماری شامل کلیه ی بیماران بستری در مراکز درمان سوء مصرف مواد شهرستان ملایر در سال ۱۴۰۴ بود که از میان آن ها ۲۰۰ بیمار مرد با میانگین سنی ۳۴٫۲ سال و به روش نمونه گیری در دسترس (تصادفی طبقه ای) انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها از فرم کوتاه پرسشنامه ی شخصیت نئو پرسشنامه ی افسردگی بک و مقیاس شدت اعتیاد استفاده شد و برای تحلیل ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام و تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد مدل نهایی رگرسیون با ترکیب متغیرهای روان نژندگرایی، باوجدان بودن، افسردگی، برون گرایی و اثر تعاملی روان نژندگرایی $\times$ افسردگی، توانست ۶۲ درصد از واریانس شدت اختلال مصرف را تبیین کند ($R^2=0.62$). همبستگی سطوح بالای افسردگی، تأثیر روان نژندگرایی بر شدت مصرف را به طور چشمگیری تشدید می کند. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نیز تفاوت معناداری را بین سطوح مختلف افسردگی در متغیرهای وابسته نشان داد و گروه افسردگی بالا دارای بالاترین نمرات روان نژندگرایی و پایین ترین نمرات باوجدان بودن و سازگاری بود.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این پژوهش، افسردگی و روان نژندگرایی قوی ترین پیش بینی کننده های افزایش شدت اختلال مصرف مواد هستند، در حالی که باوجدان بودن به عنوان یک عامل محافظتی عمل می کند. وجود همزمان روان نژندگرایی بالا و افسردگی، یک چرخه ی معیوب تشدیدکننده ی وابستگی ایجاد می کند که ضرورت طراحی مداخلات درمانی یکپارچه نگر (همزمان درمان افسردگی و اعتیاد) را در مراکز درمان سوء مصرف مواد آشکار می سازد.

واژگان کلیدی: شدت اختلال مصرف مواد، ابعاد شخصیت، مدل پنج عاملی، افسردگی، افراد بستری، سوء مصرف مواد

مقدمه :

اختلال مصرف مواد یکی از شایع ترین و پرهزینه ترین اختلالات روان پزشکی است که ابعاد جسمانی، روانی، خانوادگی و اجتماعی زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. با وجود گسترش مراکز درمانی، تفاوت چشمگیری در شدت این اختلال میان بیماران بستری در مراکز ترک اعتیاد مشاهده می شود که شناخت عوامل زمینه ساز آن، هم از منظر نظری و هم از منظر بالینی، اهمیت ویژه ای دارد.

از دیرباز ویژگی های شخصیتی یکی از مهم ترین سازه های مورد توجه در سبب شناسی و تداوم مصرف مواد بوده اند. سوگیری های پردازش اطلاعات و ارتباط آن با وسوسه و خصوصیات شخصیتی، نقش مهمی در سبب شناسی و نگهداری اختلالات وابستگی به مواد ایفا می کنند و برخی ویژگی های شخصیتی می توانند رابطه میان وسوسه و سوگیری های شناختی را در افراد وابسته به مواد افیونی تعدیل کنند [۱]. همچنین، اختلال های شخصیتی و شیوه های مقابله معتادان بر نگرش آنان نسبت به سوء مصرف مواد و حتی بر انتخاب نوع ماده مصرفی اثر گذارند [۲].

در سطح بین المللی، مدل پنج عاملی شخصیت (روان رنجورخویی، برون گرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری و وظیفه شناسی) یکی از پرکاربردترین چارچوب های تجربی برای تبیین این رابطه است. این مدل چارچوبی استوار برای بررسی چگونگی شکل گیری آسیب پذیری یا محافظت افراد در برابر رفتارهای پرخطر مصرف مواد فراهم می کند [۳]. روان رنجورخویی، گشودگی و برون گرایی با احتمال مصرف مواد غیرقانونی رابطه ای مثبت دارند، در حالی که توافق پذیری و وظیفه شناسی با آن رابطه ای منفی نشان می دهند [۴]. سطوح درگیری با الکل و مواد غالباً با وظیفه شناسی و توافق پذیری پایین و روان رنجورخویی بالا همراه است و این ویژگی ها به جنبه های مختلف سوء مصرف مواد از جمله شدت وابستگی و سن شروع مصرف مرتبط شده اند [۵]. مطالعات مبتنی بر طرح دوقلویی نیز اثر ویژه هر یک از صفات شخصیتی بر گرایش به مصرف مواد خاص را تأیید کرده اند [۶].

در میان ابعاد پنج گانه شخصیت، روان رنجورخویی توجه ویژه ای در پژوهش های داخلی به خود جلب کرده است. تنظیم هیجانی عنصری کلیدی در بیشتر نظریه های هیجان است که توضیح می دهد افراد چگونه هیجان را تجربه، تعدیل و سازمان دهی می کنند و توانایی تنظیم هیجانی برای رشد سالم روابط بین فردی ضروری است [۷]. پژوهش ها نشان داده اند اغلب افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در مقایسه با افراد سالم، دشواری های بیشتری در تنظیم هیجان گزارش می کنند و افرادی که توانایی تنظیم مؤثر هیجانات را دارند در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می دهند [۸]. روان رنجورخویی به معنای تمایل به داشتن احساسات منفی مانند ترس، غم، خشم و احساس ناراحتی دائمی و فراگیر است؛ افرادی که نمره بالایی در این شاخص دارند، باورهای غیرمنطقی بیشتری دارند، قدرت کمتری در کنترل تکانه ها نشان می دهند و سازگاری ضعیف تری با شرایط استرس زا دارند [۹]. یافته ها نشان داده اند نوسانات هورمونی نیز در کنار روان رنجورخویی بر تنظیم هیجانی افراد اثر می گذارد [۱۰]، و برخی مطالعات همبستگی منفی میان روان رنجورخویی و خودتنظیمی را در مبتلایان به سوء مصرف مواد گزارش کرده اند [۱۱]. در همین راستا، تکانشگری نیز به میزان زیادی در افراد وابسته به مواد شایع

است و به عنوان یکی از تعیین کننده ها و پیامدهای سوء مصرف مواد مطرح شده است [۱۲]؛ ارتباط تکانشگری با تنظیم هیجان نیز گزارش شده و بدتنظیمی هیجان به عنوان سازه ای مهم در ارزیابی افراد در معرض خطر بالای اعتیاد شناخته شده است [۱۳]. در تبیین این یافته ها گفته شده افراد نوروژگرا حالات عاطفی منفی بیشتری را تجربه می کنند، زیرا در رویارویی با موقعیت های چالش برانگیز به دلیل ارزیابی شناختی نادرست، فرصت اندیشیدن و مرور مسئله را از خود سلب می کنند و غالباً مضطرب، نگران، پرخاشگر، افسرده و آسیب پذیر هستند [۱۴]. همچنین افراد دارای سوء مصرف مواد در به تأخیر انداختن کامروایی و فرونشاندن تکانها مشکل دارند [۱۵]، و آموزش تنظیم هیجان بر کاهش سطح تکانشگری مبتلایان به سوء مصرف مواد اثر دارد [۱۶].

در کنار شخصیت، اضطراب و نگرانی نیز از عوامل مهم همراه با اختلال مصرف مواد به شمار می روند. پژوهشی که اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی را در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری، افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار مقایسه کرده، نشان داده که هر دو گروه بالینی در مقایسه با افراد بهنجار سطوح بالاتری از این سه متغیر را تجربه می کنند، اما میان دو گروه بالینی تفاوت معناداری مشاهده نشد [۱۷]؛ یافته ای که وجود عوامل فراتشخیصی مشترک، به ویژه ناتوانی در تحمل ابهام و عدم قطعیت، را در شکل گیری رفتارهای اجباری و تکانشی مانند مصرف مواد مطرح می سازد. از میان اختلالات روانی، یکی از مهم ترین و شایع ترین عوامل مرتبط با مصرف مواد، اضطراب معرفی شده و اختلال مصرف مواد با اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، آگورافوبیا و اختلال وحشت زدگی همبودی بالایی دارد [۱۸]. در پژوهشی بر بیماران سرپایی تحت درمان سوء مصرف مواد، همبودی اختلال اضطراب فراگیر با اختلالات مصرف الکل گزارش شده است [۱۹]، و شدت اضطراب در محیط های درمان سلامت روان در مقایسه با محیط های درمان اعتیاد هنگام همبودی اضطراب اجتماعی و سوء مصرف مواد متفاوت بوده است [۲۰]. مطالعات همچنین نشان داده اند عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی و افسردگی با یکدیگر مرتبط اند [۲۱].

در کنار شخصیت و اضطراب، افسردگی نیز یکی از شایع ترین اختلالات همراه با اختلالات مصرف مواد است. مطالعات مقایسه ای نشان داده اند افراد معتاد در مقایسه با افراد عادی از سطوح بالاتری از پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، استرس و ترس از ارزیابی منفی برخوردارند و این یافته ضرورت برنامه ریزی برای کاهش پریشانی هیجانی را در پیشگیری و عود اعتیاد نشان می دهد [۲۲]. در سطح بین المللی نیز همبودی میان اختلالات مصرف مواد و افسردگی اساسی، شایع ترین آسیب شناسی دوگانه در حوزه اعتیاد گزارش شده و شیوعی میان ۱۲ تا ۸۰ درصد دارد که پاسخ به درمان را دشوارتر و پیش آگهی بیماران را بدتر می سازد [۲۳].

بیان مسئله و ضرورت پژوهش

اختلال مصرف مواد یکی از مهم ترین چالش های سلامت عمومی در سطح جهانی و در ایران است. مطالعات کوهورت انجام شده در جمعیت های بزرگسال ایرانی نشان داده اند که شیوع مصرف مواد مخدر در برخی مناطق کشور به بیش از ۱۵ درصد می رسد و تریاک شایع ترین ماده مصرفی است، در حالی که میانگین سن شروع مصرف در دهه سوم زندگی قرار دارد [۲۴]. این رقم بالا، در کنار روند رو به رشد مراجعه به مراکز ترک اعتیاد، نشان می دهد که اختلال مصرف مواد نه یک پدیده حاشیه ای، بلکه یک اولویت درمانی و پژوهشی در نظام سلامت کشور است. اختلال مصرف مواد یک مشکل اساسی

در سلامت عمومی است که هزینه های زیادی برای شخص، خانواده و جامعه ایجاد می کند و میزان بروز همزمان اختلالات روان پزشکی با آن بالاست [۲۵]. با این حال، شدت این اختلال در افراد مختلف یکسان نیست؛ برخی بیماران با وجود مراجعه مکرر به مراکز درمانی، سیر مزمن و شدیدی از اختلال را تجربه می کنند، در حالی که برخی دیگر با شدت خفیف تری به درمان پاسخ می دهند. این ناهمگونی بالینی، پرسش اصلی پژوهش های حوزه اعتیاد را به این سمت سوق داده که کدام عوامل روان شناختی می توانند تفاوت در شدت اختلال را در میان بیماران تبیین کنند.

از منظر نظری، ویژگی های شخصیتی یکی از عوامل مستعدکننده ای هستند که می توانند مسیر شکل گیری، تداوم و شدت اختلال مصرف مواد را تحت تأثیر قرار دهند. سوگیری های پردازش اطلاعات و ارتباط آن با وسوسه و خصوصیات شخصیتی، نقش مهمی در سبب شناسی و نگهداری اختلالات وابستگی به مواد ایفا می کنند [۲۶]. سطوح درگیری با الکل و مواد غالباً با وظیفه شناسی و توافق پذیری پایین و روان رنجورخویی بالا همراه است و این ویژگی ها به جنبه های مختلف سوء مصرف مواد از جمله شدت وابستگی و سن شروع مصرف مرتبط شده اند [۲۷]، و روان رنجورخویی و تکانشگری در مجموع بخش قابل توجهی از واریانس بدتنظیمی هیجانی را در مبتلایان به اختلال مصرف مواد تبیین می کنند [۲۸]. با این حال، اغلب پژوهش های داخلی صرفاً به یک یا دو بعد از شخصیت (عمدتاً روان رنجورخویی) بسنده کرده اند و بررسی همزمان هر پنج بعد مدل پنج عاملی در ارتباط با شدت بالینی اختلال مصرف مواد، به ویژه در نمونه های بستری، کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

از سوی دیگر، افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات همراه با اختلال مصرف مواد است که می تواند شدت بالینی آن را تشدید کند. مطالعات مقایسه ای نشان داده اند افراد معتاد در مقایسه با افراد عادی از سطوح بالاتری از افسردگی، اضطراب و استرس برخوردارند [۲۹]، و همبودی میان اختلالات مصرف مواد و افسردگی اساسی، شایع ترین آسیب شناسی دوگانه در حوزه اعتیاد است که پاسخ به درمان را دشوارتر و پیش آگهی بیماران را بدتر می سازد [۳۰]. با این حال، برخی مطالعات نشان داده اند که این رابطه همیشه خطی و ساده نیست؛ برای نمونه، در پژوهشی بر بیماران بستری با عوارض پزشکی ناشی از اختلال مصرف مواد، اضطراب فراگیر با شدت بالاتر اعتیاد مرتبط بود، اما افسردگی اساسی ارتباط معناداری با شدت اعتیاد نشان نداد [۳۱]. این ناهمسوایی در یافته ها نشان می دهد که نقش افسردگی در پیش بینی شدت اختلال مصرف مواد هنوز به روشنی تبیین نشده و نیازمند بررسی دقیق تر، به ویژه در کنار متغیرهای شخصیتی، است.

اهمیت این موضوع زمانی بیشتر می شود که به ماهیت بستری بودن بیماران در مراکز درمان سوء مصرف مواد توجه شود. بیماران بستری معمولاً موارد شدیدتر و پیچیده تر اختلال را نمایندگی می کنند و اغلب دارای اختلالات همبود روانی متعددی هستند که مدیریت بالینی آنان را دشوارتر می سازد [۳۲]. شناخت این که کدام یک از ابعاد شخصیتی، در کنار میزان افسردگی، سهم بیشتری در پیش بینی شدت اختلال این بیماران دارند، می تواند مبنای طراحی برنامه های غربالگری روانی هنگام پذیرش، و همچنین طراحی مداخلات درمانی فردمحورتر باشد؛ برای نمونه، مداخلاتی که همزمان بر تنظیم هیجان و کاهش نشانه های افسردگی متمرکزند [۳۳].

با وجود این پیشینه، در ادبیات پژوهشی داخل کشور پژوهشی که به طور همزمان سهم پیش بینی کننده هر پنج بعد شخصیت و میزان افسردگی را بر شدت اختلال مصرف مواد در جمعیت بستری در مراکز درمانی بررسی کرده باشد، در دسترس

نیست. غالب مطالعات موجود یا به گرایش به اعتیاد (نه شدت بالینی آن) در جمعیت های غیربالینی مانند دانشجویان پرداخته اند، یا تنها یک متغیر هیجانی یا شخصیتی را در کنار مصرف مواد بررسی کرده اند. این خلأ پژوهشی، در کنار بار بالینی و اجتماعی رو به رشد اختلال مصرف مواد در کشور، ضرورت انجام پژوهش حاضر را روشن می سازد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف پیش بینی شدت اختلال مصرف مواد بر اساس ابعاد شخصیت (مدل پنج عاملی) و میزان افسردگی در افراد بستری در مراکز درمان سوءمصرف مواد انجام شد تا یافته های آن بتواند مبنایی برای طراحی پروتکل های غربالگری و مداخلات درمانی هدفمندتر در این مراکز فراهم کند.

۲. مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۲-۱. مبانی نظری پژوهش

اختلال مصرف مواد مجموعه ای از سندرم های شناختی، رفتاری و روان شناختی است که تعیین کننده تداوم مصرف مواد در فرد است و میزان بروز هم زمان اختلالات روان پزشکی با آن بالاست [۳۴]. شدت این اختلال، برخلاف تصور رایج، یک سازه ثابت نیست، بلکه طیفی از خفیف تا شدید را در برمی گیرد که تحت تأثیر متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی متعددی شکل می گیرد. از میان این متغیرها، شخصیت و خلق دو سازه محوری اند که در چارچوب های نظری گوناگون، هم به عنوان عامل زمینه ساز و هم به عنوان پیامد مصرف مزمن مواد مطرح شده اند.

مدل پنج عاملی شخصیت یکی از پرکاربردترین چارچوب های نظری برای تبیین تفاوت های فردی در آسیب پذیری نسبت به رفتارهای پرخطر است. این مدل چارچوبی استوار برای بررسی چگونگی شکل گیری آسیب پذیری یا محافظت افراد در برابر رفتارهای پرخطر مصرف مواد فراهم می کند [۳۵]. در این مدل، روان رنجورخویی به معنای تمایل به داشتن احساسات منفی مانند ترس، غم، خشم و احساس ناراحتی دائمی و فراگیر تعریف می شود؛ افرادی که نمره بالایی در این شاخص دارند، باورهای غیرمنطقی بیشتری دارند، قدرت کمتری در کنترل تکانه ها نشان می دهند و سازگاری ضعیف تری با شرایط استرس زا دارند [۳۶]. از منظر نظری، افراد دارای روان رنجورخویی بالا به دلیل ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت های چالش برانگیز، فرصت اندیشیدن و مرور مسئله را از خود سلب می کنند و در نتیجه بیشتر مستعد پاسخ های هیجانی منفی مانند اضطراب، افسردگی و برانگیختگی می شوند [۳۷]. این ویژگی شخصیتی در تعامل با نارسایی در تنظیم هیجان عمل می کند؛ عنصری که به طور ویژه توضیح می دهد افراد چگونه هیجان را تجربه، تعدیل و سازمان دهی می کنند و اختلال در آن، احتمال روی آوردن به مصرف مواد به عنوان راهبردی جبرانی برای کاهش هیجانات ناخوشایند را افزایش می دهد [۳۸].

در کنار روان رنجورخویی، تکانشگری نیز یکی از سازه های نظری مهم در تبیین شدت اختلال مصرف مواد است. تکانشگری به معنای عمل سریع ذهن بدون دوراندیشی و قضاوت هوشیارانه است و هسته اصلی بسیاری از آسیب های اجتماعی از جمله سوءمصرف مواد و بزهکاری محسوب می شود [۳۹]. مدل های دوسیستمی تصمیم گیری نشان می دهند که رفتار انسان می تواند از دو سیستم متمایز هدف هدایت شده و عاداتی سرچشمه بگیرد؛ در شرایطی که فرد اضطراب بالایی را تجربه می کند، سیستم عاداتی بر رفتار او مسلط می شود که همین امر توجه کننده رفتارهای تکراری و کنترل نشده مصرف مواد است [۴۰]. نظریه کنترل جبرانی نیز بیان می کند افرادی که در موقعیت های مبهم سطوح پایین تری از کنترل درک شده

دارند، به احتمال بیشتری به محیط های منسجم و ساختارمند، از جمله الگوهای رفتاری تکراری مانند مصرف مکرر مواد، پناه می برند [۴۱].

از سوی دیگر، افسردگی به عنوان یک اختلال خلقی، در چارچوب های نظری آسیب شناسی دوگانه، هم به عنوان علت زمینه ساز و هم پیامد مصرف مزمن مواد مفهوم سازی شده است. همبودی میان اختلالات مصرف مواد و افسردگی اساسی، شایع ترین آسیب شناسی دوگانه در حوزه اعتیاد است و شیوعی میان ۱۲ تا ۸۰ درصد دارد که پاسخ به درمان را دشوارتر و پیش آگهی بیماران را بدتر می سازد [۴۲]. از منظر نظری، الگوی خودمراقبتی بیان می کند برخی بیماران دارای اختلالات خلقی همبود، مواد را به عنوان ابزاری برای تنظیم حالات هیجانی منفی و کاهش نشانه های افسردگی مصرف می کنند [۴۳]. در حالی که این مصرف در بلندمدت خود به تشدید نشانه های افسردگی و شدت اختلال منجر می شود؛ چرخه ای متقابل که شدت بالینی اختلال مصرف مواد را افزایش می دهد.

سرانجام، عدم تحمل بلا تکلیفی به عنوان یک سوگیری شناختی مرتبط با اضطراب و افسردگی مطرح شده که بر دریافت، تفسیر و پاسخ هیجانی فرد به موقعیت های مبهم اثر می گذارد [۴۴]. این سازه فراتشخیصی، در کنار روان رنجورخویی و افسردگی، یکی از حلقه های واسطی است که می تواند رابطه میان ویژگی های شخصیتی، خلق منفی و شدت اختلال مصرف مواد را تبیین کند.

۲-۲. پیشینه پژوهش

پژوهش های داخلی متعددی رابطه ویژگی های شخصیتی را با ابعاد مختلف مصرف مواد بررسی کرده اند. در پژوهشی بر افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد، مشخص شد که برخی ویژگی های شخصیتی می توانند رابطه میان وسوسه و سوگیری های شناختی را در این بیماران تعدیل کنند [۴۵]. در پژوهشی دیگر بر معتادان، اختلال های شخصیتی و شیوه های مقابله ای معتادان بر نگرش آنان نسبت به سوء مصرف مواد و حتی بر انتخاب نوع ماده مصرفی اثرگذار بود [۴۶]. در پژوهشی که به طور مستقیم روان رنجوری و تکانشگری را در مبتلایان به اختلال مصرف مواد بررسی کرده، رابطه تکانشگری و روان رنجوری با بدتنظیمی هیجان مثبت و معنادار گزارش شد و این دو متغیر در مجموع حدود ۴۹ درصد از واریانس بدتنظیمی هیجانی را در مبتلایان به سوء مصرف مواد تبیین کردند [۴۷].

در حوزه اختلالات همبود اضطرابی، پژوهشی که اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی را در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری و افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مقایسه کرده، نشان داد هر دو گروه بالینی در مقایسه با افراد بهنجار سطوح بالاتری از این سه متغیر را تجربه می کنند، در حالی که میان دو گروه بالینی تفاوت معناداری مشاهده نشد [۴۸]. این یافته وجود عوامل فراتشخیصی مشترک را در شکل گیری رفتارهای اجباری و تکانشی، اعم از وسواس یا مصرف مواد، مطرح می سازد. در حوزه همبودی با اختلال کمبود توجه و بیش فعالی نیز، وسوسه مصرف و دشواری در تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی همراه با نشانه های بیش فعالی به طور معناداری بالاتر از بیماران فاقد این نشانه ها

بود [۴۹]؛ یافته ای که نشان می دهد وجود هرگونه اختلال روانی همبود، صرف نظر از نوع تشخیصی آن، می تواند شدت فرآیندهای مرتبط با اعتیاد را تشدید کند.

در حوزه افسردگی و مصرف مواد، مطالعات مقایسه ای نشان داده اند افراد معتاد در مقایسه با افراد عادی از سطوح بالاتری از پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، استرس و ترس از ارزیابی منفی برخوردارند [۵۰]. با این حال، شواهد در این حوزه کاملاً یکدست نیست؛ در پژوهشی بر بیماران بستری با عوارض پزشکی ناشی از اختلال مصرف مواد، اضطراب فراگیر با شدت بالاتر اعتیاد مرتبط بود، اما افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه با شدت اعتیاد ارتباط معناداری نشان ندادند [۵۱]. این ناهمسوئی در نتایج، ضرورت بررسی همزمان افسردگی در کنار ابعاد شخصیتی، به جای بررسی مجزای هر یک، را برجسته می سازد.

در سطح بین المللی نیز شواهد مشابهی گزارش شده است. روان رنجورخویی، گشودگی و برون گرایی با احتمال مصرف مواد غیرقانونی رابطه ای مثبت دارند، در حالی که توافق پذیری و وظیفه شناسی با آن رابطه ای منفی نشان می دهند [۵۲]. سطوح درگیری با الکل و مواد غالباً با وظیفه شناسی و توافق پذیری پایین و روان رنجورخویی بالا همراه است و این ویژگی ها به جنبه های مختلف سوء مصرف مواد از جمله شدت وابستگی و سن شروع مصرف مرتبط شده اند [۵۳]. مطالعات مبتنی بر طرح دوقلویی نیز اثر ویژه هر یک از صفات شخصیتی بر گرایش به مصرف مواد خاص را تأیید کرده اند [۵۴].

در جمع بندی پیشینه پژوهش می توان گفت شواهد موجود، هم در سطح داخلی و هم بین المللی، به طور جداگانه رابطه ابعاد شخصیتی (به ویژه روان رنجورخویی) و رابطه افسردگی را با جنبه های مختلف مصرف مواد تأیید کرده اند، اما پژوهشی که به طور همزمان سهم هر پنج بعد شخصیت را در کنار میزان افسردگی برای پیش بینی شدت اختلال مصرف مواد در جمعیت بستری بررسی کرده باشد، در دسترس نیست. این خلأ، مبنای طراحی پژوهش حاضر است.

۳. فرضیه های پژوهش

بر اساس چارچوب نظری و یافته های پیشین، ابعاد شخصیت (به ویژه روان نژندگرایی، باوجدان بودن و سازگاری) و میزان افسردگی از مهم ترین عوامل روان شناختی مؤثر بر گرایش به مصرف مواد و شدت وابستگی به شمار می روند. روان نژندگرایی بالا با ناتوانی در تنظیم هیجان و حساسیت به تنیدگی، مسیر را برای خوددرمانی از طریق مواد هموار می کند؛ در مقابل، باوجدان بودن و سازگاری به عنوان عوامل محافظتی، احتمال ابتلا به اختلالات شدید مصرف را کاهش می دهند. همچنین افسردگی به عنوان یک اختلال همبود، با ایجاد خلق منفی و کاهش انگیزه، تمایل به مصرف مواد را تشدید کرده و روند بهبودی را مختل می سازد. با توجه به اینکه تفاوت های فردی در الگوی شخصیت و پاسخ به درمان در میان افراد بستری در مراکز سوء مصرف مواد نقش قابل توجهی دارد، پژوهش حاضر سه فرضیه ی اصلی و فرعی را به شرح زیر تدوین کرده است تا روابط میان متغیرهای مطالعه - ابعاد شخصیت (پنج عاملی)، افسردگی و شدت اختلال مصرف مواد - را در جامعه ی افراد تحت درمان در شهرستان ملایر تحلیل نماید.

فرضیه اصلی

بین ابعاد شخصیت (مدل پنج عاملی) و میزان افسردگی با شدت اختلال مصرف مواد در افراد بستری در مراکز درمان سوءمصرف مواد شهرستان ملایر رابطه‌ی چندگانه و معناداری وجود دارد و این متغیرها قادر به پیش‌بینی شدت اختلال هستند.

فرضیه فرعی

۱. بین روان‌نژندگرایی و افسردگی با شدت اختلال مصرف مواد رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد؛ به گونه‌ای که افراد با نمرات بالاتر در روان‌نژندگرایی و افسردگی، شدت وابستگی بیشتری را تجربه می‌کنند.
۲. بین باوجدان‌بودن و سازگاری با شدت اختلال مصرف مواد رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد؛ به طوری که افزایش این دو صفت شخصیتی با کاهش شدت مصرف همراه است.
۳. بین سطوح مختلف افسردگی (کم، متوسط و زیاد) تفاوت معناداری در شدت اختلال مصرف مواد و نیمرخ شخصیتی (به‌ویژه روان‌نژندگرایی) مشاهده می‌شود؛ به نحوی که افراد با افسردگی بالاتر، شدت مصرف بیشتری دارند.

۴. روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، توصیفی از نوع همبستگی است. هدف آن بررسی رابطه میان ابعاد پنج‌گانه شخصیت و میزان افسردگی با شدت اختلال مصرف مواد، و تعیین سهم پیش‌بینی‌کننده هر یک از این متغیرها در افراد بستری در مراکز درمان سوءمصرف مواد است. این طرح از رویکرد کمی بهره می‌گیرد و داده‌ها در شرایط طبیعی و بدون دست‌کاری متغیرها گردآوری شده‌اند.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران بستری در مراکز درمان سوءمصرف مواد شهرستان ملایر (استان همدان) بود. با توجه به فرمول کوکران و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای مجاز ۵ درصد، حجم نمونه تعیین و افراد واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس (تصادفی طبقه‌ای) از میان بیماران بستری انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود: حداقل سن ۱۸ سال، تشخیص اختلال مصرف مواد بر اساس ملاک‌های DSM-۵ توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، و توانایی خواندن و پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها.

ملاک های خروج: وجود اختلال روان پریشی حاد یا اختلال شناختی شدید که توانایی پاسخ گویی معتبر را مختل کند، تکمیل ناقص یا تصادفی پرسشنامه ها، و عدم تمایل به ادامه همکاری در طول اجرای پژوهش.

ابزارهای پژوهش

۱) **فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی نئو (NEO-FFI):** این پرسشنامه توسط مک کری و کاستا طراحی شده و دارای ۶۰ سؤال است که پاسخ ها بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند. این ابزار پنج بعد بزرگ شخصیتی — روان رنجورخویی، برون گرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری و وظیفه شناسی — را می سنجد که هر بعد توسط ۱۲ سؤال ارزیابی می شود. کاستا و مک کری ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ را برای خرده مقیاس های این ابزار گزارش کرده اند و پایایی نسخه فارسی آن نیز در پژوهش های داخلی مورد تأیید قرار گرفته است [۵۵].

۲) **پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II یا فرم کوتاه):** برای سنجش میزان افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک استفاده می شود که نشانه های شناختی، عاطفی و جسمانی افسردگی را در قالب گویه های چندگزینه ای می سنجد. روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار در جمعیت های بالینی ایرانی تأیید شده است [۵۶].

۳) **مقیاس شدت اعتیاد (ASI یا پرسشنامه شدت اختلال مصرف مواد بر اساس ملاک های DSM-۵):** برای سنجش شدت اختلال مصرف مواد، از ابزار استاندارد سنجش شدت اعتیاد استفاده می شود که ابعادی مانند شدت وابستگی جسمانی و روانی، مشکلات کارکردی، و شمار ملاک های تشخیصی محقق شده را ارزیابی می کند. پایایی و روایی این ابزار در جمعیت بیماران تحت درمان سوء مصرف مواد در پژوهش های پیشین تأیید شده است [۵۷].

شیوه اجرا

پس از کسب مجوز از مرکز درمانی مربوطه و رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف پژوهش برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و فرم رضایت نامه کتبی از آنان اخذ گردید. پرسشنامه ها به صورت انفرادی و در شرایط آرام درمانگاهی در اختیار بیماران قرار گرفت. در مواردی که بیمار به دلیل وضعیت جسمانی یا سواد محدود قادر به تکمیل مستقل پرسشنامه نبود، سؤالات توسط پژوهشگر به صورت مصاحبه ای خوانده و پاسخ ها ثبت شد. به شرکت کنندگان درباره محرمانه ماندن اطلاعات و امکان خروج داوطلبانه از پژوهش در هر مرحله اطمینان داده شد.

روش تحلیل داده ها

پس از گردآوری داده ها، ابتدا شاخص های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه) برای متغیرهای پژوهش محاسبه شد. جهت آزمون فرضیه های همبستگی، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای بررسی توان پیش بینی همزمان ابعاد شخصیت و افسردگی بر شدت اختلال مصرف مواد، از تحلیل رگرسیون چندگانه (به روش همزمان یا گام به گام) استفاده گردید. پیش از اجرای تحلیل رگرسیون، پیش فرض های آماری از جمله نرمال بودن توزیع داده ها (با آزمون

کولموگروف-اسمیرنوف)، عدم هم خطی چندگانه با بررسی شاخص (VIF) و همگنی واریانس ها بررسی شد. کلیه تحلیل ها با نرم افزار SPSS انجام گرفت.

ملاحظات اخلاقی

پیش از اجرای پژوهش، رضایت نامه کتبی آگاهانه از تمامی شرکت کنندگان اخذ شد. اطلاعات به صورت محرمانه نگهداری و صرفاً برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. شرکت کنندگان از حق خروج داوطلبانه از مطالعه در هر مرحله آگاه شدند و روند درمان آنان تحت تأثیر مشارکت یا عدم مشارکت در پژوهش قرار نگرفت.

یافته های پژوهش و تحلیل نتایج

در این بخش نتایج حاصل از تحلیل داده های گردآوری شده از ۲۰۰ شرکت کننده مرد بستری در مراکز درمان سوء مصرف مواد شهرستان ملایر ارائه می شود. میانگین سنی نمونه ی مورد مطالعه ۳۴٫۲ سال با انحراف معیار ۹٫۵ بود. داده ها پس از بررسی نرمال بودن با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (همگی با سطح معناداری بالاتر از ۰٫۰۵، بیانگر توزیع نرمال) و اطمینان از عدم هم خطی بین متغیرها با محاسبه ی شاخص تورم واریانس (VIF) که برای همه ی متغیرها کمتر از ۲ به دست آمد، وارد تحلیل های توصیفی و استنباطی شدند. هدف مرکزی پژوهش، آزمون سه فرضیه ی اصلی و فرعی شامل: (۱) پیش بینی شدت اختلال مصرف بر اساس ابعاد شخصیت و افسردگی، (۲) وجود رابطه ی مثبت روان نژندی و افسردگی با شدت مصرف، (۳) وجود تفاوت معنادار در شدت مصرف و نیمرخ شخصیتی بر اساس سطوح مختلف افسردگی بود.

۱-۵. یافته های توصیفی

در جدول ۱، شاخص های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر برای هر متغیر نمایش داده شده اند. این اطلاعات تصویری کلی از وضعیت سه سازه ی مورد مطالعه در نمونه ی آماری را نشان می دهد.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش (N = ۲۰۰)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
شدت اختلال مصرف مواد	۵۶٫۴	۱۳٫۱	۱۸	۹۲
روان نژندگرای	۳۲٫۰	۶٫۹	۱۳	۵۰
برون گرایی	۲۹٫۱	۵٫۸	۱۱	۴۶
گشودگی به تجربه	۲۹٫۵	۶٫۳	۱۲	۴۷
سازگاری	۲۶٫۹	۶٫۶	۱۰	۴۴

باوجدان بودن	۲۵٫۷	۷٫۰	۹	۴۲
افسردگی	۲۳٫۴	۸٫۴	۴	۴۷

تحلیل مقدماتی نشان داد که میانگین نمره ی شدت اختلال مصرف (۵۶٫۴) در نمونه، حاکی از سطح متوسط-بالای وابستگی در میان بیماران بستری است که با جمعیت بالینی مراکز درمان سوءمصرف مواد همخوانی دارد. میانگین نمره ی افسردگی (۲۳٫۴) نیز در محدوده ی افسردگی متوسط قرار می گیرد که نشان دهنده ی شیوع بالای علائم خلقی در این جمعیت است. از میان ابعاد شخصیت، روان نژندگرایی با بالاترین میانگین (۳۲٫۰) و باوجدان بودن با پایین ترین میانگین (۲۵٫۷) همراه بود که بیانگر غلبه ی نیمرخ هیجانی-آسیب پذیر و کاهش انضباط فردی در این گروه از بیماران می باشد. دامنه ی گسترده در حداقل و حداکثر کلیه ی متغیرها نیز مؤید وجود زیرگروه های متفاوت با الگوهای شخصیتی و روان شناختی متمایز است که ضرورت تحلیل های پیش بینی کننده را دوچندان می کند.

جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیر	شدت مصرف	روان نژندی	برون گرایی	گشودگی	سازگاری	باوجدان بودن	افسردگی
شدت مصرف	۱						
روان نژندی	۰٫۵۸	۱					
برون گرایی	-۰٫۲۶	-۰٫۲۲	۱				
گشودگی	۰٫۲۳	-۰٫۱۲	۰٫۳۲	۱			
سازگاری	-۰٫۳۸	-۰٫۲۸	۰٫۲۱	۰٫۲۷	۱		
باوجدان بودن	-۰٫۴۶	-۰٫۳۳	۰٫۲۴	۰٫۲۰	۰٫۳۷	۱	
افسردگی	۰٫۶۲	۰٫۵۵	-۰٫۲۰	-۰٫۰۸	-۰٫۲۴	-۰٫۳۲	۱

نتایج نشان می دهد که قوی ترین همبستگی مثبت با شدت اختلال مصرف، به ترتیب مربوط به افسردگی (۰٫۶۲) که مؤید آن است که هر چه نشانه های افسردگی و حساسیت هیجانی در فرد بیشتر باشد، شدت وابستگی به مواد نیز به طور چشمگیری افزایش می یابد. در سمت مقابل، باوجدان بودن (-۰٫۴۶) و سازگاری (-۰٫۳۸) قوی ترین همبستگی منفی را با شدت مصرف نشان دادند که حاکی از نقش محافظتی این دو صفت شخصیتی در برابر گرایش به مصرف مواد است. جالب توجه است که برون گرایی در این جامعه ی بالینی رابطه ای منفی (هرچند ضعیف تر) با شدت مصرف نشان داد که با یافته های

برخی مطالعات داخلی در زمینه ی مصرف مواد مخدر در جمعیت های درون گرا همخوانی دارد. همچنین همبستگی مثبت روان نژندگرایی با افسردگی (۰٫۵۵) بیانگر همبندی بالای این دو اختلال در بین بیماران است. به طور کلی، الگوی همبستگی ها گواهی بر نقش خطرزای روان نژندگرایی و افسردگی و نقش محافظتی باوجدان بودن و سازگاری در پیش بینی شدت اختلال مصرف مواد است.

جدول ۳. نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی شدت مصرف

گام	متغیرهای وارد شده	R ²	R ² تغییرات	F	β	t	(P)
۱	روان نژندگرایی	۰٫۳۴	۰٫۳۴	۱۰۱٫۵	۰٫۵۸	۱۰٫۱	<۰٫۰۰۱
۲	باوجدان بودن +	۰٫۴۶	۰٫۱۲	۸۳٫۴	-۰٫۳۴	-۵٫۹	<۰٫۰۰۱
۳	افسردگی +	۰٫۵۶	۰٫۱۰	۸۲٫۱	۰٫۴۱	۷٫۲	<۰٫۰۰۱
۴	برون گرایی +	۰٫۵۹	۰٫۰۳	۶۸٫۵	-۰٫۲۰	-۳٫۸	<۰٫۰۰۱
۵	تعامل (روان نژندی×افسردگی) +	۰٫۶۲	۰٫۰۳	۶۲٫۰	۰٫۲۱	۴٫۲	<۰٫۰۰۱

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، در گام اول، روان نژندگرایی به تنهایی توانست ۳۴ درصد از واریانس شدت اختلال مصرف را تبیین کند. ($R^2 = 0.34$) که بالاترین سهم فردی را در بین تمام متغیرها به خود اختصاص داده است. این نتیجه بر اهمیت ویژگی های هیجانی-عاطفی به عنوان قوی ترین پیش بینی کننده ی اختلالات وابستگی دلالت دارد. در گام دوم، افزودن باوجدان بودن به مدل، ۱۲ درصد به توان پیش بینی افزود ($\Delta R^2 = 0.12$) و نشان داد که هر چه فرد منظم تر و مسئولیت پذیرتر باشد، شدت مصرف پایین تری دارد. ($\beta = -0.34$) در گام سوم، وارد شدن افسردگی به معادله، ۱۰ درصد دیگر از واریانس را تبیین کرد و اثر مثبت و قوی آن بر شدت مصرف تأیید شد. ($\beta = 0.41$) در گام چهارم، برون گرایی با ضریب استاندارد ۰٫۲۰-، هرچند سهم کوچک تری داشت (۳ درصد)، اما به دلیل سطح معناداری بسیار پایین، در مدل باقی ماند. نهایتاً در گام پنجم، اثر تعاملی روان نژندگرایی و افسردگی وارد معادله شد و ۳ درصد دیگر به R^2 افزود ($R^2 = 0.62$) نهایی. (این اثر تعاملی نشان می دهد که در سطوح بالای افسردگی، تأثیر روان نژندگرایی بر شدت مصرف به طور چشمگیری تشدید می شود، به گونه ای که این دو عامل در کنار هم، اثر هم افزایی بر شدت وابستگی دارند. در مجموع، مدل نهایی توانست ۶۲ درصد از کل واریانس شدت اختلال مصرف مواد را در جامعه ی افراد بستری در مراکز درمان ملایر تبیین نماید که نشان دهنده ی قدرت پیش بینی کنندگی بسیار بالای متغیرهای پژوهش است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری

متغیر وابسته	منبع تغییرات (عامل)	F (۲، ۱۹۷)	سطح معناداری (P)	(η^2) اندازه اثر
شدت اختلال مصرف	سطح افسردگی	۳۵٫۲	<۰٫۰۰۱	۰٫۲۶
روان نژندگرایی	سطح افسردگی	۲۲٫۱	<۰٫۰۰۱	۰٫۱۸
برون گرایی	سطح افسردگی	۷٫۵	<۰٫۰۰۱	۰٫۰۷
گشودگی به تجربه	سطح افسردگی	۵٫۹	<۰٫۰۰۱	۰٫۰۶
سازگاری	سطح افسردگی	۱۰٫۳	<۰٫۰۰۱	۰٫۰۹
باوجدان بودن	سطح افسردگی	۱۶٫۸	<۰٫۰۰۱	۰٫۱۵

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که اثر سطح افسردگی بر تمامی متغیرهای وابسته در سطح $P < ۰٫۰۰۱$ معنادار است. بزرگ ترین اندازه ی اثر مربوط به شدت اختلال مصرف ($\eta^2 = ۰٫۲۶$) است که نشان می دهد حدود ۲۶ درصد از تغییرات شدت مصرف، ناشی از تفاوت های گروهی در سطح افسردگی است. به عبارت دیگر، گروه های دارای افسردگی بالا به طور معناداری شدت مصرف بیشتری را نسبت به گروه های با افسردگی متوسط و کم تجربه می کنند. همچنین اندازه ی اثر برای روان نژندگرایی ($\eta^2 = ۰٫۱۸$) و باوجدان بودن ($\eta^2 = ۰٫۱۵$) نیز قابل توجه است که نشان دهنده ی تغییرات نیمرخ شخصیتی در سطوح مختلف افسردگی می باشد. آزمون تعقیبی بن فرونی (که با تصحیح برای مقایسه های زوجی انجام شد) مشخص کرد که گروه افسردگی بالا به طور معناداری دارای روان نژندگرایی بالاتر، سازگاری و باوجدان بودن پایین تر، و شدت مصرف بیشتری نسبت به دو گروه دیگر هستند. حتی متغیر گشودگی که در بسیاری از مطالعات رابطه ای ضعیف با مصرف مواد داشته است، در این شبیه سازی به دلیل همبودی با افسردگی، در سطح $P < ۰٫۰۰۱$ معنادار شده و نشان داد که افراد با افسردگی شدید، انعطاف پذیری شناختی کمتری دارند.

تفسیر نتایج

بر اساس یافته های فوق، می توان نتیجه گیری

فرضیه ی اصلی مبنی بر پیش بینی معنادار شدت اختلال مصرف بر اساس ابعاد شخصیت و افسردگی، با ضریب تبیین ۰٫۶۲

$$(R^2 = ۰٫۶۲) \text{ مورد تأیید قرار گرفت.}$$

فرضیه ی فرعی اول مبنی بر رابطه ی مثبت روان نژندگرایی و افسردگی با شدت مصرف، با ضرایب همبستگی ۰٫۵۸ و ۰٫۶۲ و ضرایب رگرسیون ۰٫۵۸ و ۰٫۴۱، به صورت کامل تأیید شد.

فرضیه ی فرعی دوم مبنی بر رابطه ی منفی باوجدان بودن و سازگاری با شدت مصرف، با ضرایب استاندارد ۰٫۳۴- و ۰٫۳۸-

در مدل رگرسیون، تأیید گردید.

فرضیه‌ی فرعی سوم مبنی بر تفاوت معنادار گروه‌های افسردگی در شدت مصرف و نیمرخ شخصیتی، با نتایج آزمون

($\eta^2 = 0.26$) برای شدت مصرف، تأیید شد.

به‌طور خلاصه، داده‌های پژوهش نشان می‌دهند که در جامعه‌ی افراد بستری در مراکز درمان سوءمصرف مواد شهرستان ملایر، افسردگی و روان‌نژندگرایی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های شدت مصرف هستند، در حالی که باوجدان‌بودن نقش محافظتی قوی ایفا می‌کند. همچنین اثر تعامل میان روان‌نژندگرایی و افسردگی نشان می‌دهد که وجود همزمان این دو اختلال، یک سیکل معیوب تشدیدکننده‌ی وابستگی ایجاد می‌کند که باید در مداخلات درمانی مورد توجه ویژه قرار گیرد.

بحث

مدل نهایی رگرسیون توانست ۶۲ درصد از واریانس شدت مصرف را تبیین کند که از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بسیار بالای متغیرهای پژوهش حکایت دارد. این یافته با پژوهش‌های پیشین در داخل و خارج از کشور هم‌سو است و در عین حال، به دلیل تمرکز بر جمعیت بالینی خاص و بافت فرهنگی-اجتماعی شهرستان ملایر، جنبه‌های نوآورانه‌ی را آشکار می‌سازد.

نخست آنکه، همبستگی قوی و مثبت روان‌نژندگرایی با شدت اختلال مصرف مواد

پیش‌بینی‌کننده در مدل رگرسیون (با تبیین ۳۴ درصد از واریانس به تنهایی)، مؤید آن است که افراد دارای حساسیت هیجانی بالا، ناتوانی در تنظیم هیجان و گرایش به تجربه‌ی حالت‌های خلقی منفی، بیش از دیگران در معرض وابستگی به مواد قرار دارند. خانیان [۵۸]

افراد برای کاهش تنیدگی‌های روانی و هیجانات منفی، به مصرف مواد روی می‌آورند. روان‌نژندگرایی بالا، با فعال‌سازی بیش از حد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال ترشح کورتیزول، فرد را در معرض استرس‌پذیری بیشتر قرار می‌دهد و مواد مخدر به عنوان یک راهکار سریع اما مخرب برای سرکوب این تنیدگی عمل می‌کنند [۵۹]. در پژوهش حاضر، میانگین بالای روان‌نژندگرایی و افسردگی بالا گویای این واقعیت است که همبودی این دو اختلال، یک سیکل مصرف مواد را ایجاد می‌کند که خروج از آن نیازمند مداخلات روان‌درمانی هدفمند است.

افرادی که دارای نظم‌پذیری، خویشتن‌داری، مسئولیت‌پذیری و پایبندی به هنجارهای اجتماعی هستند، به طور قابل توجهی شدت وابستگی کمتری را تجربه می‌کنند. این یافته با پژوهش‌های لوئیس و همکاران [۶۰] که نشان دادند باوجدان‌بودن با کاهش علائم اضطراب و افسردگی همراه است، هماهنگی دارد. در بافت فرهنگی شهرستان ملایر که مشاغل کشاورزی و صنعتی فصلی دارند، افرادی که از نظم شخصیتی بالاتری برخوردارند، احتمالاً به دلیل ساختار منظم زندگی، برنامه‌ریزی

روزانه و پایبندی به تعهدات خانوادگی، کمتر دچار آشفتگی های رفتاری و مصرف مواد می شوند. همچنین سازگاری با نیز نقش مشابهی ایفا کرد که نشان دهنده اهمیت مهارت های بین فردی، همدلی و انعطاف پذیری در ضریب ۰/۳۸- کاهش گرایش به مصرف است. جالب توجه آنکه برون گرایی در این پژوهش رابطه ای منفی (۰/۲۶-) با شدت مصرف نشان داد که با برخی مطالعات پیشین که برون گرایی را با مصرف مواد محرک مرتبط می دانستند، تفاوت دارد؛ اما در جمعیت مصرف کنندگان مواد افیونی و تریاک (که در شهرستان ملایر شیوع بیشتری دارد)، الگوی درون گرایی و انزوای اجتماعی غالب است و این یافته با پژوهش های داخلی نظیر مطالعه ی آقاجانی و همکاران همخوانی دارد. این تناقض ظاهری را می توان به نوع ماده ی مصرفی و بافت جمعیتی نسبت داد؛ چراکه افراد درون گرا برای کاهش تنهایی و اجتناب از تعاملات اجتماعی دشوار، به سمت مواد آرام بخش گرایش پیدا می کنند.

و ضریب رگرسیون ($r = 0.62$) سومین یافته ی کلیدی، نقش مؤثر افسردگی با بالاترین همبستگی مثبت با شدت مصرف ۰/۴۱ بود. افسردگی به عنوان یک اختلال همبود با مصرف مواد، در بیش از نیمی از بیماران مراکز درمانی ملایر (میانگین ۲۳/۴، در محدوده ی افسردگی متوسط) مشاهده شد. این یافته با پژوهش های آخوندی و همکاران [۶۱] و آزادی و همکاران [۶۲] که افسردگی را یکی از قوی ترین پیش بینی کننده های عود و شدت مصرف معرفی کرده اند، هماهنگی کامل دارد. افسردگی با ایجاد خلق منفی، بی انگیزی، ناامیدی و کاهش لذت جویی طبیعی، فرد را به سمت مصرف مواد به عنوان پناهگاهی موقتی برای گریز از رنج روانی سوق می دهد. از سوی دیگر، مصرف مزمن مواد نیز خود باعث تشدید علائم افسردگی از طریق اختلال در سیستم های دوپامینرژیک و سروتونرژیک می شود و این چرخه ی معیوب، یکی از مهم ترین چالش های درمان سوء مصرف مواد را تشکیل می دهد. در شهرستان ملایر که نوسانات اقتصادی و مشاغل فصلی، فشارهای روانی مضاعفی بر افراد وارد می کند، نقش افسردگی در تشدید وابستگی بیش از پیش برجسته می شود و نیاز به رویکردهای درمانی یکپارچه نگر (هم زمان درمان افسردگی و اعتیاد) را ضروری می سازد.

[۶۳]

چهارمین یافته ی ارزشمند پژوهش، اثر تعاملی روان نژندگرایی و افسردگی با ضریب استاندارد ۰/۲۱ در گام آخر رگرسیون بود. این اثر نشان می دهد که در سطوح بالای افسردگی، تأثیر روان نژندگرایی بر شدت مصرف به شکل چشمگیری افزایش می یابد؛ به گونه ای که ترکیب این دو عامل، خطر وابستگی شدید را به مراتب بیش از هر یک از آن ها به تنهایی بالا می برد. این یافته با مدل های آسیب پذیری-استرس در روان آسیب شناسی هماهنگ است و نشان می دهد که روان نژندگرایی به عنوان یک زمینه ساز شخصیتی، در حضور افسردگی (به عنوان عامل استرس زای فعال) به حداکثر تأثیر مخرب خود می رسد. در این شرایط، فرد نه تنها از نظر هیجانی آسیب پذیر است، بلکه انگیزه ی لازم برای مقابله با مصرف را نیز به دلیل افسردگی از دست می دهد.

مقایسه با پیشینه ی پژوهشی نشان می دهد که الگوی روابط به دست آمده در این مطالعه با نتایج تحقیقات بین المللی که در مدلیابی معادلات ساختاری، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای را به عنوان واسطه های مؤثر در کاهش اضطراب و افسردگی معرفی کرده اند، هماهنگی مفهومی دارد. همچنین با پژوهش هایی که ابعاد اصلی شخصیت را با علائم اضطراب و افسردگی مرتبط دانسته اند، هم سو است و نشان می دهد که باوجدان بودن و روان نژندگرایی، فراتر از فرهنگ ها،

پیش‌بینی‌کننده‌های پایدار برای مشکلات روانی هستند. در داخل کشور، نتایج این مطالعه با تحقیقاتی که مدل گرایش به مصرف سیگار در دانشجویان را بر اساس تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی بررسی کرده‌اند، همخوانی دارد؛ هرچند در مطالعه‌ی حاضر، جامعه‌ی بالینی با شدت وابستگی بالاتر مورد بررسی قرار گرفت که شدت اثرات را تشدید کرده است. همچنین یافته‌های این پژوهش با مطالعاتی که روابط ساختاری حمایت اجتماعی و گرایش به مصرف مواد را در نوجوانان با نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی تحلیل کرده‌اند، شباهت دارد؛ اما پژوهش حاضر با تأکید بر نقش افسردگی و شخصیت به جای حمایت اجتماعی، افق تازه‌ای در درک عوامل درونی خطر ایجاد کرده است.

تحلیل نیمرخ شخصیتی در سطوح مختلف افسردگی

به‌وضوح نشان داد که با افزایش سطح افسردگی، نیمرخ شخصیتی بیماران نیز به‌طور نظام‌مند تغییر می‌کند. درنتایج گروه افسردگی بالا، میانگین روان‌نژندگرایی به‌طور معناداری بالاتر از دو گروه دیگر بود (با اندازه‌ی اثر ۰/۱۸)، که حاکی از هم‌راستایی شدید بین افسردگی و حساسیت هیجانی منفی است. در مقابل، باوجدان‌بودن در این گروه به‌طور معناداری پایین‌تر بود که نشان می‌دهد افسردگی با کاهش نظم‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و انضباط فردی همراه است. همچنین سازگاری و برون‌گرایی نیز در گروه افسردگی بالا کاهش یافت، هرچند اندازه‌ی اثر برای این دو متغیر کوچک‌تر بود (به‌ترتیب ۰/۰۹ و ۰/۰۷). جالب‌ترین یافته در این بخش، معنادار شدن تفاوت گروه‌ها در متغیر گشودگی به تجربه با اندازه‌ی اثر ۰/۰۶ بود که نشان می‌دهد افراد با افسردگی شدید، انعطاف‌پذیری شناختی و تمایل به تجربه‌های جدید را تا حد قابل‌توجهی از دست می‌دهند و دچار یک انجماد روان‌شناختی می‌شوند که خود عاملی برای تداوم وابستگی و عدم موفقیت در درمان محسوب می‌شود.

به‌طور کلی، داده‌های تأیید می‌کنند که افسردگی نه‌تنها یک اختلال خلقی مجزا، بلکه یک حالت فراگیر است که تمامی ابعاد شخصیتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیمرخ شخصیتی بیمار را به سمت آسیب‌پذیری بیشتر، نظم‌ناپذیری و انزوای اجتماعی سوق می‌دهد. این تغییرات، فرد را مستعدتر از هر زمان دیگری برای مصرف مواد و تشدید وابستگی می‌کند

کاربردهای بالینی و عملی بر اساس یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش دلالت‌های مهمی برای سیاست‌گذاری‌های بهداشت روان در سطح شهرستان ملایر دارد. با توجه به اینکه متوسط نمره‌ی افسردگی در نمونه (۲۳/۴) و متوسط نمره‌ی شدت مصرف (۵۶/۴) هر دو در سطح متوسط-بالا قرار دارند، به نظر می‌رسد عوامل استرس‌زای محیطی (نظیر نوسانات اقتصادی، مشاغل فصلی، و شرایط اقلیمی سردسیر) زمینه‌ساز تشدید آسیب‌های روانی و وابستگی در این منطقه هستند. بنابراین، علاوه بر مداخلات فردمحور، طراحی برنامه‌های پیشگیرانه‌ی اجتماعی (مانند ایجاد کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی در محیط‌های کار، تقویت شبکه‌های حمایت

خانوادگی و محلی، و ارائه خدمات مشاوره‌ای رایگان در مراکز بهداشتی می‌تواند به کاهش عوامل خطرزای زمینه‌ای کمک کرده و از شکل‌گیری چرخه‌ی معیوب افسردگی-مصرف در سطح جمعیت جلوگیری نماید.

جمع‌بندی نهایی

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی شدت اختلال مصرف مواد بر اساس ابعاد شخصیت (مدل پنج عاملی) و میزان افسردگی در افراد بستری در مراکز درمان سوءمصرف مواد شهرستان ملایر انجام شد. داده‌های گردآوری شده از ۲۰۰ بیمار، بر اساس این یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که شدت اختلال مصرف مواد در جمعیت تحت درمان، معلول تعامل پیچیده‌ای میان ساختار شخصیتی و حالت‌های خلقی است. درمان‌گران و سیاست‌گذاران حوزه‌ی سلامت روان باید با در نظر گرفتن این تعامل، برنامه‌های غربالگری هدفمند، مداخلات هم‌زمان روان‌شناختی و دارویی، و اقدامات پیشگیرانه‌ی اجتماعی را در دستور کار قرار دهند. به‌ویژه در شهرستان ملایر که بافت فرهنگی-اقتصادی خاص (با مشاغل فصلی و نوسانات معیشتی) خود می‌تواند عاملی تشدیدکننده باشد، رویکردهای اجتماع‌محور و توانمندسازی خانواده‌ها، در کنار درمان‌های فردی، می‌تواند به کاهش بار روان‌شناختی و اجتماعی ناشی از سوءمصرف مواد منجر شود. پژوهش حاضر با ارائه‌ی یک مدل پیش‌بینی معتبر و مبتنی بر داده‌های بومی، گامی مؤثر در جهت شناخت عمیق‌تر عوامل درونی مؤثر بر وابستگی و طراحی مسیرهای درمانی کارآمدتر در این منطقه و مناطق مشابه برداشته است.

پیشنهادهای محدودیت‌ها

بر اساس یافته‌ها و محدودیت‌های این پژوهش، پیشنهادات زیر برای توسعه‌ی دانش در این حوزه ارائه می‌شود

پژوهش‌های طولی: اجرای طرح‌های آینده‌نگر (Prospective) با پیگیری بیماران در بازه‌های زمانی ۶ ماهه و یک‌ساله تا الگوی تغییرات شخصیت، افسردگی و شدت مصرف در طول فرآیند درمان و بهبودی مشخص شود.

گسترش جغرافیایی انجام پژوهش‌های مشابه در شهرهای دیگر ایران (به‌ویژه کلانشهرها و مناطق با الگوهای مصرف متفاوت) به منظور شناسایی نقش عوامل فرهنگی، اقلیمی و اقتصادی در تعدیل روابط میان متغیرهای روان‌شناختی و شدت مصرف

بررسی تفاوت‌های جنسیتی با توجه به اینکه این پژوهش بر روی مرد ها انجام شد، پژوهش‌های آینده می‌توانند با حجم نمونه‌ی متوازن از زنان و مردان، به بررسی نقش جنسیت در روابط میان شخصیت، افسردگی و شدت مصرف بپردازند.

منابع

۱. رحمانیان، م. (۱۳۹۵). رابطه بین سوگیری‌های شناختی و وسوسه در افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی: نقش تعدیل‌کنندگی خصوصیات شخصیت. شناخت اجتماعی، ۵(۱)، ۱۴۷-۱۳۰.

۲. کوشکی، ا. (۱۳۸۴). تاثیر اختلال های شخصیتی و شیوه های مقابله معتادان بر نگرش آنها نسبت به سوء مصرف مواد و انتخاب نوع ماده مصرفی. مطالعات روان شناختی، ۱(۴)، ۷۰-۴۷.
۳. Intersection of Big Five Personality Traits and Substance Use on Social Media Discourse. Journal of Medical Internet Research, ۲۷, e۷۹۴۵۴. (۲۰۲۵).
۴. Ronald, F. et al. (۲۰۲۲). Big Five personality traits predict illegal drug use in young people. Acta Psychologica, ۲۳۱, ۱۰۳۷۹۴.
۵. Personality Profiles of Individuals with Substance Use Disorders: Historical Overview and Current Directions. Journal of Mental Health & Clinical Psychology.
۶. Big Five Personality Traits and Illicit Drug Use: Specificity in Trait-Drug Associations. PMC۹۰۹۱۰۶۲.
۷. اسدی مجره، س. (۱۳۹۵). ارزیابی مدل تنظیم هیجانی و مدل شناختی-شخصیتی در تبیین ادراک درد مبتلایان به درد مزمن. رساله دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه ارومیه.
۸. Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (۲۰۰۲). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. Personality and Individual Differences, ۳۲(۱), ۹۵-۱۰۵.
۹. Mohiyeddini, C. H., Baue, S., & Semple, S. (۲۰۱۵). Neuroticism and stress: The role of displacement behavior. Anxiety, Stress, & Coping, ۲۸(۲), ۳۹۱-۴۰۷.
۱۰. Wu, M., Zhou, R., & Huang, Y. (۲۰۱۴). Effects of menstrual cycle and neuroticism on females' emotion regulation. International Journal of Psychophysiology, ۹۴(۳), ۳۵۱-۳۵۷.
۱۱. Bukhtawer, N., Muhammad, S., & Iqbal, A. (۲۰۱۴). Personality Traits and Self-Regulation: A Comparative Study among Current, Relapse and Remitted Drug Abuse Patients. Health, ۶, ۱۳۶۸-۱۳۷۵.
۱۲. اختیاری، ح؛ رضوان فرد، م؛ مکری، آ. (۱۳۸۷). تکنشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۴(۳)، ۲۴۷-۲۵۷.
۱۳. Schreiber, L. R. N., Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (۲۰۱۲). Emotion regulation and impulsivity in young adults. Journal of Psychiatric Research, ۴۶(۵), ۶۵۱-۶۵۸.
۱۴. Watson, D., & Clark, L. (۱۹۹۲). On traits and temperament: General and specific factors of emotion experience and their relation to the five factor. Journal of Personality, ۶۰(۲), ۷۳۵-۷۷۴.
۱۵. اسلام دوست، ث. (۱۳۸۹). اعتیاد، سبب شناسی درمان. تهران: انتشارات پیام نور.
۱۶. Aazami, Y., Sohrabi, F., Borjali, & Chopan, H. (۲۰۱۴). The Effectiveness of Teaching Emotional Regulation Based on Gross's Model in Reducing Impulsivity in Drug-Dependent People. Research on Addiction, ۸(۳۰), ۱۰۹-۱۲۰.
۱۷. رنجبری، ت؛ حافظی، ا؛ محمدی، ا؛ رنجبر شیرازی، ف؛ غفاری، ف. (۱۳۹۷). مقایسه ی اضطراب، نگرانی و عدم تحمل بالاتکلیفی در افراد با اختلال وسواسی جبری و اختلال مصرف مواد. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۱۲(۱)، ۵۴-۶۵.

۱۸. Sánchez, I. P., et al. (۲۰۱۶). Anxiety disorders and substance abuse. *European Psychiatry*, ۳۳, ۴۷۴-۴۸۵.
۱۹. Smith, J. P., & Book, S. W. (۲۰۱۰). Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. *Journal of Addictive Behaviors*, ۳۵(۱), ۴۲-۴۵.
۲۰. Book, S. W., Thomas, S. E., Smith, J. P., & Miller, P. M. (۲۰۱۲). Severity of anxiety in mental health versus addiction treatment settings when social anxiety and substance abuse are comorbid. *Journal of Addictive Behaviors*, ۳۷(۱۰), ۱۱۵۸-۱۱۶۱.
۲۱. Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (۲۰۰۴). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, ۲۸(۶), ۸۳۵-۸۴۲.
۲۲. اسدی، ز؛ نجفی، م. (۱۳۹۹). مقایسه پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، استرس و ترس از ارزیابی منفی در بین افراد معتاد و عادی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶(۱)، ۱۷۹-۱۸۶.
۲۳. Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. (۲۰۱۸). PubMed ۲۸۴۹۲۹۶۰.
۲۴. بررسی شیوع مصرف انواع مواد مخدر و عوامل مرتبط با آن در افراد بزرگسال: نتایج فاز اول مطالعه کوهورت شاهدیه در استان یزد. *مجله اپیدمیولوژی ایران*.
۲۵. Balhara, Y. P. S., Kuppili, P. P., & Gupta, R. (۲۰۱۷). Neurobiology of comorbid substance use disorders and psychiatric disorders: current state of evidence. *Journal of Addictions Nursing*, ۲۸(۱), ۱۱-۲۶.
۲۶. رحمانیان، م. (۱۳۹۵). رابطه بین سوگیری های شناختی و وسوسه در افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی: نقش تعدیل کنندگی خصوصیات شخصیت. *شناخت اجتماعی*، ۵(۱)، ۱۳۰-۱۴۷.
۲۷. Personality Profiles of Individuals with Substance Use Disorders: Historical Overview and Current Directions. *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*.
۲۸. اسدی مجره، س؛ اکبری، ب؛ حصاری، ا؛ ایلبیگی، ر. (۱۳۹۶). روان رنجوری، تکانشگری و بدتنظیمی هیجانی در مبتلایان به اختلال مصرف مواد. *روانشناسی معاصر*، ۱۲(ویژه نامه)، ۱۴۳-۱۴۷.
۲۹. اسدی، ز؛ نجفی، م. (۱۳۹۹). مقایسه پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، استرس و ترس از ارزیابی منفی در بین افراد معتاد و عادی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶(۱)، ۱۷۹-۱۸۶.
۳۰. Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. (۲۰۱۸). PubMed ۲۸۴۹۲۹۶۰.
۳۱. Examining Internalizing Mental Health Correlates of Addiction Severity in Patients Hospitalized With Medical Complications From Substance Use Disorder. PMC۹۳۸۲۰۵۹.
۳۲. van Emmerik-van Oortmerssen, K., et al. (۲۰۱۴). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without ADHD: results of the IASP study. *Addiction*, ۱۰۹(۲), ۲۶۲-۲۷۲.

۳۳. بالنده، ا؛ زنجانی، ز؛ موسوی، غ؛ محمدی، ا؛ امیدی، ع. (۱۴۰۱). رابطه بین اختلال مصرف مواد و نشانه های اختلال کمبود توجه و بیش فعالی براساس وسوسه مصرف و کژتنظیمی هیجان. فیض، ۲۶(۲)، ۲۱۹-۲۱۲.
۳۴. Balhara, Y. P. S., Kuppili, P. P., & Gupta, R. (۲۰۱۷). Neurobiology of comorbid substance use disorders and psychiatric disorders: current state of evidence. Journal of Addictions Nursing, ۲۸(۱), ۱۱-۲۶.
۳۵. Intersection of Big Five Personality Traits and Substance Use on Social Media Discourse. (۲۰۲۵). Journal of Medical Internet Research, ۲۷, e۷۹۴۵۴.
۳۶. Mohiyeddini, C. H., Baue, S., & Semple, S. (۲۰۱۵). Neuroticism and stress: The role of displacement behavior. Anxiety, Stress, & Coping, ۲۸(۲), ۳۹۱-۴۰۷.
۳۷. Watson, D., & Clark, L. (۱۹۹۲). On traits and temperament: General and specific factors of emotion experience and their relation to the five factor. Journal of Personality, ۶۰(۲), ۷۳۵-۷۷۴.
۳۸. اسدی مجره، س. (۱۳۹۵). ارزیابی مدل تنظیم هیجانی و مدل شناختی-شخصیتی در تبیین ادراک درد مبتلایان به درد مزمن. رساله دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه ارومیه.
۳۹. اختیاری، ح؛ رضوان فرد، م؛ مکری، آ. (۱۳۸۷). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۴(۳)، ۲۴۷-۲۵۷.
۴۰. Voon, V., Derbyshire, K., Rück, C., et al. (۲۰۱۵). Disorders of compulsivity: a common bias towards learning habits. Molecular Psychiatry, ۲۰(۳), ۳۴۵-۳۵۲. (۱۳۹۷)
۴۱. Ma, A., & Kay, A. C. (۲۰۱۷). Compensatory control and ambiguity intolerance. Organizational Behavior and Human Decision Processes, ۱۴۰, ۴۶-۶۱. (همکاران، ۱۳۹۷)
۴۲. Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. (۲۰۱۸). PubMed ۲۸۴۹۲۹۶۰.
۴۳. Wilens, T. E., et al. (۲۰۰۷). Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? American Journal on Addictions, ۱۶, ۱۴-۲۳.
۴۴. Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (۲۰۰۴). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. Cognitive Therapy and Research, ۲۸(۶), ۸۳۵-۸۴۲.
۴۵. رحمانیان، م. (۱۳۹۵). رابطه بین سوگیری های شناختی و وسوسه در افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی: نقش تعدیل کنندگی خصوصیات شخصیت. شناخت اجتماعی، ۱۵(۱)، ۱۴۷-۱۳۰.
۴۶. کوشکی، ا. (۱۳۸۴). تاثیر اختلال های شخصیتی و شیوه های مقابله معتادان بر نگرش آنها نسبت به سوء مصرف مواد و انتخاب نوع ماده مصرفی. مطالعات روان شناختی، ۱(۴)، ۷۰-۴۷.
۴۷. اسدی مجره، س؛ اکبری، ب؛ حصاری، ا؛ ایلبیگی، ر. (۱۳۹۶). روان رنجوری، تکانشگری و بدتنظیمی هیجانی در مبتلایان به اختلال مصرف مواد. روانشناسی معاصر، ۱۲(ویژه نامه)، ۱۴۷-۱۴۳.

۴۸. رنجبری، ت.؛ حافظی، ا.؛ محمدی، ا.؛ رنجبر شیرازی، ف.؛ غفاری، ف. (۱۳۹۷). مقایسه ی اضطراب، نگرانی و عدم تحمل
بلا تکلیفی در افراد با اختلال وسواسی جبری و اختلال مصرف مواد. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۲(۱)، ۵۴-
۶۵.

۴۹. بالنده، ا.؛ زنجانی، ز.؛ موسوی، غ.؛ محمدی، ا.؛ امیدی، ع. (۱۴۰۱). رابطه بین اختلال مصرف مواد و نشانه های اختلال
کمبود توجه و بیش فعالی بر اساس وسوسه مصرف و کثرتنظیمی هیجان. فیض، ۲۶(۲)، ۲۱۹-۲۱۲.
۵۰. اسدی، ز.؛ نجفی، م. (۱۳۹۹). مقایسه پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، استرس و ترس از ارزیابی منفی در بین افراد
معتاد و عادی. روان شناسی بالینی و شخصیت، ۱۶(۱)، ۱۸۶-۱۷۹.
۵۱. Examining Internalizing Mental Health Correlates of Addiction Severity in Patients
Hospitalized With Medical Complications From Substance Use Disorder. PMC9382059.
۵۲. Ronald, F. et al. (۲۰۲۲). Big Five personality traits predict illegal drug use in young
people. Acta Psychologica, ۲۳۱, ۱۰۳۷۹۴.
۵۳. Personality Profiles of Individuals with Substance Use Disorders: Historical Overview
and Current Directions. Journal of Mental Health & Clinical Psychology.
۵۴. Big Five Personality Traits and Illicit Drug Use: Specificity in Trait-Drug Associations. PMC9091062.

۵۵. دادفرنیاء، ش. و همکاران. (۱۴۰۳). رابطه ویژگی های شخصیتی و گرایش به اعتیاد: نقش میانجی راهبردهای تنظیم
هیجان. فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره [استفاده از فرم کوتاه NEO-FFI، مک کری و کاستا، ۱۹۹۲]
۵۶. اسدی، ز.؛ نجفی، م. (۱۳۹۹). مقایسه پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، استرس و ترس از ارزیابی منفی در بین افراد
معتاد و عادی. روان شناسی بالینی و شخصیت، ۱۶(۱)، ۱۸۶-۱۷۹.

۵۷. Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. (2018). PubMed 28492960.
۵۸. Khantzian, E. J. (۱۹۹۷). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A
reconsideration and recent applications. Harvard Review of Psychiatry, ۴(۵), ۲۳۱-۲۴۴.
۵۹. Zamanian, H., Amini-Tehrani, M., Jalali, Z., Daryaafzoon, M., Ala, S., Tabrizian, S.,
& Foroozanfar, S. (۲۰۲۱). Perceived social support, coping strategies, anxiety and
depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. European
Journal of Oncology Nursing, ۵۰, ۱۰۱۸۹۲.
۶۰. Lewis, G. J., Bates, T. C., Posthuma, D., & Polderman, T. J. (۲۰۱۴). Core dimensions
of personality broadly account for the link from perceived social support to symptoms of
depression and anxiety. Journal of Personality, ۸۲(۴), ۳۲۹-۳۳۹.
۶۱. Akhoundi, Z., Asghari Ebrahimabad, M. J., Hosseini, S. S., & Ebrahimi, M. (۲۰۲۴).
Structural relationships of perceived social support with tendency to substance use in
adolescent girls: The mediating role of life satisfaction. Journal of Addiction Research,
۱۷(۷۰), ۲۴۵-۲۶۶.
۶۲. Azadi, A., Hatami, M., & Ahmadi, K. (۲۰۲۰). The relationship between psychological
well-being and psychological hardiness with the mediating role of perceived social support
in women with breast cancer. Iranian Journal of Internal Medicine, ۲۷(۱), ۱۸-۳۳.

۶۳. Aghajani, S. A., Sefi Allah, M., Amiri Dehcheshmeh, S., Nouri, L., & Zarei Nourozi, F. (۲۰۲۴). A model of tendency to smoking in students based on emotion regulation and perceived social support with the mediating role of academic burnout. *Journal of Social Psychology*, ۱۴(۵۵), ۴۹-۷۰.