

## زمینه‌های مستعدکننده پیش‌اعتیادی معتادان بهبودیافته

علی زینالی\*، رقیه وحدت\*\*، دکتر محسن عیسوی\*\*\*

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی شش زمینه ناسالم مستعدکننده اعتیاد (ویژگی‌های شخصیتی، شیوه زندگی، روابط اجتماعی و خانوادگی، نگرش و باورها، احساسات، عواطف و رفتارها) انجام شده است.

**روش:** در یک بررسی علی-مقایسه‌ای ۲۴۰ نفر (۱۲۰ نفر معتادان بهبودیافته مواد افیونی و ۱۲۰ نفر افراد سالم) به شیوه نمونه‌گیری تصادفی-طبقه‌ای از مراکز بازتوانی معتادان چهار شهر ارومیه، قم، شیراز و تهران انتخاب شدند. داده‌ها به کمک پرسش‌نامه استعداد اعتیاد (ASQ) گردآوری و به کمک آزمون آماری t تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** ۹۵٪ افراد مورد بررسی مرد بودند. سن آنان ۱۸ سال و بالاتر بود. معتادان در هر یک از شش زمینه مستعدکننده پیش‌اعتیادی به‌طور معنی‌داری ( $P < 0.001$ ) با افراد سالم تفاوت داشتند. این زمینه‌ها در شکل‌دهی استعداد اعتیاد مؤثرند.

**نتیجه‌گیری:** معتادان بیش از افراد سالم دارای ویژگی‌های غیرطبیعی (شیوه زندگی نادرست، روابط اجتماعی و خانوادگی ناسالم، افکار و باورهای نادرست، احساسات و عواطف غیرطبیعی و رفتارهای مخاطره‌آمیز) هستند.

**کلیدواژه:** اعتیاد، زمینه‌های مستعدکننده، مواد افیونی

### مقدمه

لازم است که بنیان آن در درون نظام خانواده و سپس در اجتماع ریخته می‌شود. در زمینه وابستگی به مواد عوامل گوناگون روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و زیست‌شناختی درگیر هستند، اما هیچ‌یک از آنها به تنهایی نمی‌توانند در وابستگی به مواد تعیین‌کننده باشند (فرانکوئیس<sup>۳</sup>، اوریاکومب<sup>۴</sup>

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی<sup>۱</sup> است (گالانتر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶) که در شکل‌گیری آن زمینه‌های پیش‌اعتیادی چندی نقش دارند. به بیان دیگر برای شروع و ادامه مصرف مواد زمینه‌های رشد ناسالم و استعداد ویژه‌ای

\* دانشجوی دوره دکترای روانشناسی، مربی دانشگاه آزاد اسلامی خوی، علوم تحقیقات اهواز. آذربایجان غربی، خوی، واحد ولایت فقیه، دانشگاه آزاد

E-mail: cognition20@yahoo.com

اسلامی خوی. دورنگار: ۳۸۵۶۶۲۶-۰۴۴۱ (نویسنده مسئول).

\*\* دانشجوی دوره دکترای مدیریت آموزش عالی، مربی دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، علوم تحقیقات تهران.

\*\*\* دکترای تعلیم و تربیت، استادیار دانشگاه پیام نور ارومیه.

1- bio-psycho-socio-spiritual

2- Galanter

3- Franques

4- Auriacombe

و تیگنول<sup>۱</sup>، (۲۰۰۰). سادوک<sup>۲</sup> و سادوک (۲۰۰۰) به عوامل فردی و اجتماعی از یک سو و یادگیری‌های اولیه و روابط خانوادگی و بین فردی از سوی دیگر اشاره کرده‌اند. برخی از پژوهشگران ناراحتی‌های عصبی و روانی، دردهای بدنی، مشکلات جنسی و برخی دیگر، فقر، بی‌سوادی، بی‌کاری و مجرد را علت اعتیاد دانسته‌اند، در حالی که یافته‌های بالینی اخیر ۷۰٪ معتادان را متأهل و دارای شغل دانسته‌اند و ۳۰٪ بقیه در جریان اعتیاد شغل خود را از دست داده‌اند (زینالی، ۱۳۷۹). این یافته‌ها هم‌چنین زمینه‌های رشدی ناسالم، استعداد و آمادگی برای اعتیاد را دارای نقش اساسی معرفی کرده‌اند. برخی بررسی‌ها پنج تا ده درصد افراد جامعه را دارای زمینه مستعد برای اعتیاد دانسته‌اند (پیران، ۱۳۷۶). وابستگی تنها در بخش کوچکی از افراد مستعد وابستگی، دارای یک رشته ویژگی‌های رفتاری و اختلال‌های رفتاری همراه، مانند جستجوی لذت، جستجوی تازگی و شخصیت ضداجتماعی نشان داده شده است (آگاتسوما<sup>۳</sup> و هیروی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که مشکلات شخصیتی، پیش‌بینی‌کننده قوی در وابسته‌شدن به مواد افیونی و کوکائین به‌شمار می‌روند (فرانکوویس و همکاران، ۲۰۰۰). هم‌چنین حس جویی<sup>۵</sup> به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیر در وابستگی به مواد معرفی شده است. لوینسون<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) نشان داد که حس جویی را می‌توان به‌عنوان یک آمادگی شخصیتی برای اعتیاد، در کودکان شش تا نه ساله اندازه‌گیری نمود. کوزلو<sup>۷</sup> و روخلینا<sup>۸</sup> (۲۰۰۰) در بررسی ۱۰۰ معتاد مرد و زن ۱۳ تا ۵۰ ساله نشان دادند که همه بیماران ویژگی‌های شخصیتی نابهنجار مانند تحریک‌پذیری بالا برای نشاط، اختلال‌های عاطفی پیش‌رونده مانند کج خلقی، افسردگی، بی‌تفاوتی و عاطفه لغزنده، اشکال شایع هیستریک، تهییج‌پذیری، اختلال عملکرد روانی-اجتماعی، علایق کاهش‌یافته، هیجان غیرطبیعی، اختلال کنترل تکانه، کاهش اخلاق و منطق و فراموشی زودگذر را دارند. آنان در بررسی دیگری (کوزلو و روخلینا، ۲۰۰۱) عوامل پیش‌آگهی بد را در اعتیاد به شرح زیر گزارش نمودند: ۱- سابقه خانوادگی الکلیسم، ۲- اعتیاد دارویی، ۳- سایر اختلالات ذهنی، ۴- سابقه قبلی انحراف شخصیتی، ۵- شروع زود هنگام اعتیاد دارویی، ۶- نوع دارو، ۷- تحصیلات، ۸- سوء‌مصرف الکل پیش از اعتیاد و ۹- مدت زمان اعتیاد.

شیوه زندگی معتادان با دوست‌گزینی افراطی بدون ارزیابی دوستان و گذراندن اوقات بیشتری از زندگی خود با آنان و اوقات کمتر با خانواده همراه است. این افراد شیوه زندگی بی‌نظم داشته، رفت و آمد و حضور منظم در خانواده ندارند (زینالی، ۱۳۸۰ ب). آنها دارای ویژگی‌های عملکرد تحصیلی ضعیف، غیبت بیشتر از مدرسه، کمک کمتر به والدین در امور منزل و صرف وقت کمتر برای انجام تکالیف هستند (کلارک<sup>۹</sup>، نیرز<sup>۱۰</sup>، لزنیک<sup>۱۱</sup>، لینچ<sup>۱۲</sup> و دونوان<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۸). وینستین<sup>۱۴</sup> (۱۹۹۳) در بررسی ۳۳۸ دانشجو در ایالات متحده نشان داد که دوستان و هم‌سالان مهم‌ترین تأثیر را در مصرف مواد دارند. کلاهدراری، زیرپا گذاشتن ارزش‌های اجتماعی، دروغ‌گویی، فریب‌دادن دیگران، شیوه تربیتی، روابط درون خانواده و شیوه زندگی خانواده عوامل مهمی هستند که می‌توانند در شکل‌دهی اعتیاد مؤثر باشند. خانواده به‌عنوان نخستین منبع تأثیرگذار در دوران کودکی و نوجوانی، بر تصمیم فرد در انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز اثر تعیین‌کننده‌ای دارد. شیوه‌های فرزند پروری و اعتیاد والدین در بروز و ظهور رفتارهای مخاطره‌آمیز تأثیر دارند. کینی<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۶) و کامفر<sup>۱۶</sup> و الوارادو<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۸) ارتباط ضعیف فرزند با والدین، فقدان پای‌بندی به مذهب، وجود دوستان معتاد و شروع زود هنگام سیگار را از عوامل اجتماعی پیش‌بینی‌کننده اعتیاد در نوجوانان گزارش کرده‌اند.

داشتن نگرش مثبت به مواد عامل مهمی در روی آوردن به مصرف مواد به‌شمار می‌رود. این باور که «من معتاد نمی‌شوم»، «من با دیگران فرق دارم» و «برخی مواد مثل حشیش و گراس اعتیادآور نیستند»، فرد را آماده مصرف مواد می‌کند (زینالی، ۱۳۸۰ الف). اشخاص به‌طور ناگهانی و توجیه‌ناپذیر، قربانی اعتیاد به مواد نمی‌شوند. آنها به‌طور فعال درگیر مصرف داروها می‌شوند و نگرش‌ها، باورها، هدف‌ها و چشم‌داشت‌هایشان در این زمینه نقش مهمی دارند (مارلات<sup>۱۸</sup> و روهسونوف<sup>۱۹</sup>، ۱۹۸۰؛ بک<sup>۲۰</sup>، رایت<sup>۲۱</sup>، نیومن<sup>۲۲</sup> و لیس<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۳).

- |              |                      |
|--------------|----------------------|
| 1- Tignol    | 2- Sadock            |
| 3- Agatsuma  | 4- Hiroi             |
| 5- Lowinson  | 6- sensation seeking |
| 7- Kozlov    | 8- Rokhlina          |
| 9- Clark     | 10- Neighbors        |
| 11- Lesnick  | 12- Lynch            |
| 13- Donovan  | 14- Weinstein        |
| 15- Kinney   | 16- Kumpfer          |
| 17- Alvarado | 18- Marlatt          |
| 19- Rohsenow | 20- Beck             |
| 21- Wright   | 22- Newman           |
| 23- Liese    |                      |

## روش

این بررسی از نوع علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) است. جامعه مورد بررسی را معتادان مواد افیونی بهبودیافته بالای یک سال ایران تشکیل داده‌اند که بینش نسبی به گذشته خود پیدا کرده‌اند و عضو انجمن NA، TC<sup>۱</sup> و GT<sup>۲</sup> مراکز بازتوانی معتادان بوده‌اند. آزمودنی‌ها ۲۴۰ نفر بودند که ۱۲۰ نفر آنان را معتادان بهبودیافته مواد افیونی و ۱۲۰ نفر دیگر را افراد سالم تشکیل دادند. ۹۵٪ آنان مرد و ۵٪ زن بودند. آزمودنی‌ها دارای تحصیلات پنجم ابتدایی و بالاتر بودند. کوشش بر آن بود که افراد سالم از نظر سن، جنس، تحصیلات، شغل و وضعیت اقتصادی و اجتماعی با معتادان همتا شوند. دلایل انتخاب معتادان بهبودیافته به‌عنوان نمونه در این پژوهش عبارتند از: ۱- معتاد بهبودیافته (عدم مصرف در بیش از یک سال گذشته و عضو GT، TC و NA) نسبت به معتاد در حال مصرف، به دلیل داشتن بینش نسبی به گذشته خود می‌تواند بازتاب‌دهنده خوب شرایط زندگی گذشته و وضعیت رشد خود باشد (پروچسکا<sup>۳</sup>، دی کلمنت<sup>۴</sup> و نور کراس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲؛ دی کلمنت، ۲۰۰۳). ۲- معتاد بهبودیافته برخلاف معتاد در حال مصرف، با مواد مسموم نیست (رحیمی موقر، رزاقی، نوری خواجه‌جوی، حسینی و فیض‌زاده، ۱۳۷۶). ۳- معتاد بهبودیافته برخلاف معتاد در حال درمان یا در چند ماه اوایل درمان، دچار عوارض مواد نبوده و درگیر مسایل جسمی و به‌ویژه مسایل روانشناختی خود نیست (۱۰ مرحله تغییر سوتون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶). ۴- معتاد بهبودیافته عضو NA، GT و TC نسبت به مکانیزم‌های دفاعی انکار، توجیه و فرافکنی تا اندازه‌ای آگاه بوده، و اطلاعات درستی از وضعیت رشدی گذشته خود به پژوهشگر می‌دهد (لیندزی و پاول، ۱۳۷۷). ۵- معتادی که یک سال یا بیشتر مواد مصرف نکرده باشد، اما عضو NA، GT و TC نباشد، به دلیل این که مصرف نکردن او مورد شک است، نمونه خوبی برای پژوهش نیست (بک و همکاران، ۱۹۹۳).

برای گزینش آزمودنی‌های پژوهش نخست استان‌ها به دو گروه استان‌های با شیوع بالا و استان‌های با شیوع پایین تقسیم شدند (یاسمی و شاه‌محمدی، ۱۳۸۰). سپس از هر گروه، دو

عواطف شکننده و احساساتی که با کوچک‌ترین وضعیت ناراحت‌کننده جریحه‌دار می‌شوند، گویای عاطفه بی‌ثبات یا نوروپیک هستند. رفتارهای خشونت‌آمیز والدین موجب خودکم‌بینی کودکان شده و رضایت از خویشتن را در آنان کاهش می‌دهد. این کودکان احتمال دارد با افرادی که از نظر عاطفی آنها را حمایت می‌کنند و احیاناً مصرف مواد در بین آنها رواج دارد دوست شده و به مصرف مواد بپردازند. بسیاری از معتادان، مواد را به‌خاطر کاهش اضطراب و کنار آمدن با احساس‌های پرخاشگرانه به‌کار می‌برند (لیندزی و پاول، ۱۳۷۷).

همراه‌شدن فرار از خانه، فرار از مدرسه، درگیری و زدوخورد در اجتماع و مصرف زود هنگام سیگار با عوامل دیگر فرد را آماده مصرف مواد می‌کند. پاتون (۱۹۹۵) از آن با عنوان بی‌قید و بند بودن و کینی (۱۹۹۶) با عنوان رفتارهای ضداجتماعی یاد می‌کنند. داشتن دوستان مصرف‌کننده ماری‌جوانا یا سایر مواد و فرار از مدرسه پیش‌بینی‌کننده‌های قوی مصرف الکل و ماری‌جوانا یا هردوی آنها در نوجوانان است (تامسون<sup>۱</sup> و آسلاندر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). کلارک و همکاران (۱۹۹۸) وجود اختلال‌های همراه در معتادان مانند اختلال سلوک، ناتوانی در کنترل تکانه، ناتوانی در ارزیابی دقیق خطر آفرینی رفتارهای مخاطره‌آمیز، اضطراب و عملکرد تحصیلی ضعیف را در این زمینه مؤثر دانسته‌اند.

پژوهش حاضر در این راستا و با هدف نشان‌دادن رخداد زمینه‌های آسیب‌شناختی رشد و آمادگی ویژه در شش زمینه اساسی در طی زندگی که یک فرد را کاندیدای اعتیاد می‌کند انجام شده است. یافته پژوهش حاضر نه تنها موجب درک روشن‌تر و شناخت بیشتر اعتیاد می‌شود، بلکه اطلاعات سودمند و اساسی در زمینه پیش‌گیری، درمان و بازتوانی بیماران معتاد ارایه می‌کند. برای دستیابی به این اهداف، شش فرضیه و یک پرسش به شرح زیر ارایه شد:

«ویژگی‌های شخصیتی معتادان با افراد سالم غیر معتاد متفاوت است، افکار و عقاید معتادان با افراد سالم غیر معتاد تفاوت دارد، رفتارهای معتادان با افراد سالم غیر معتاد متفاوت است، شیوه زندگی معتادان با افراد سالم غیر معتاد تفاوت دارد، روابط اجتماعی و خانوادگی معتادان با افراد سالم غیر معتاد متفاوت است، احساسات و عواطف معتادان با افراد سالم غیر معتاد متفاوت است.» «هریک از شش زمینه مستعدکننده اعتیاد چند درصد از واریانس استعداد اعتیاد را تبیین می‌کنند؟»

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 1- Thompson            | 2- Auslander             |
| 3- Narcotics Anonymous | 4- Therapeutic Community |
| 5- Group Therapy       | 6- Prochaska             |
| 7- DiClemente          | 8- Norcross              |
| 9- Sutton              |                          |

۰/۹۵ (پرسش‌های ۲۲ و ۲۳) به‌دست آمد. پایایی زیرمقیاس‌های یک تا شش و کل آزمون به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۴، ۰/۸۵، ۰/۹۴، ۰/۸۶ و ۰/۹۸ و به روش تنصیف گاتمن، به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۴، ۰/۷۸، ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۸۸ و ۰/۹۸ به‌دست آمد.

اعتبار سازه<sup>۷</sup> پرسش‌نامه به کمک اجرای هم‌زمان و برآورد همبستگی به روش روایی همگرا (کوپر، ۱۳۷۹) با مقیاس استعداد اعتیاد<sup>۸</sup> (APS) ۰/۶۲ برآورد شد. مقیاس APS یکی از سه خرده مقیاس MMPI-2<sup>۹</sup> است که توسط وید<sup>۱۰</sup>، بوچر<sup>۱۱</sup>، مک‌کنا<sup>۱۲</sup> و بن‌پورات<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۲) ساخته شده و دارای ۳۹ پرسش است. پایایی آن با روش بازآزمایی با یک هفته فاصله در مردان و زنان به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۷ برآورد شده است. کردمیرزا، آزاد و اسکندری (۱۳۸۲) پایایی آزمون را روی دانش‌آموزان و مینویی و صالحی (۱۳۸۲) پایایی آزمون را روی معتادان ایران ۰/۵۳ برآورد نموده‌اند. در این بررسی به کمک برآورد همبستگی بین مقیاس‌ها با یکدیگر و با کل پرسش‌نامه، سازه‌های نظری مورد پژوهش ارزیابی شدند (جدول ۱).

در نهایت، شاخص افتراقی<sup>۱۴</sup> تک‌تک پرسش‌ها محاسبه شد که از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p < 0.01$ ،  $df=1$ ،  $\chi^2=6.64$ ).

در این بررسی متغیر وابسته استعداد اعتیاد و متغیر مستقل شش زمینه مستعدکننده پیش از اعتیاد بود. برای بررسی زمینه‌های مستعدکننده اعتیاد، نخست پرسش‌نامه یادشده در گروه معتادان و سپس در گروه مقایسه (افراد سالم) اجرا شد. پیش از ارایه پرسش‌نامه، رضایت آزمودنی‌ها برای شرکت در بررسی جلب و به بی‌نام و محرمانه‌ماندن اطلاعات فردی آنها تأکید می‌شد. به آزمودنی‌ها در زمینه چگونگی پاسخ‌گویی به پرسش‌ها، راهنمایی‌های لازم ارایه می‌شد. داده‌ها به کمک آزمون آماری  $t$ ، خی‌دو و رگرسیون چندمتغیری تحلیل شدند.

استان و از هر استان یک شهر به تصادف انتخاب شدند (ارومیه و قم از استان‌های با شیوع پایین و تهران و شیراز از استان‌های با شیوع بالا). سپس با روابط عمومی انجمن NA، مراکز بازتوانی معتادین و TC شهرهای یادشده تماس گرفته شد و شمار معتادانی که بیش از یک‌سال مواد مصرف نکرده‌اند (۷۴۰ نفر) برآورد شد. آن‌گاه بر پایه فرمول برآورد حجم نمونه (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۲)، نمونه مورد بررسی (N=۱۲۰) برآورد گردید. به نسبت اعضای گروه اول از شهرهای یادشده، افراد سالم انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه معتادان بهبودیافته و افراد سالم غیر معتاد نمونه‌گیری به شیوه تصادفی - طبقه‌ای انجام شد.

با الهام گرفتن از نظریه استعداد اعتیاد (پیران، ۱۳۷۶؛ ضرابی، ۱۳۵۹؛ فلاگل<sup>۱</sup>، وازاگوز<sup>۲</sup> و رابینسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ آگاتسوما و هیروی، ۲۰۰۴) در زمینه شکل‌گیری استعداد و آمادگی برای اعتیاد، سیر پیشرفت اعتیاد، سازوکارهای دفاعی، ویژگی‌های شخصیتی، ساختار خانواده، شیوه زندگی، شیوه تربیتی و پویایی و تغییرات در خانواده معتادان اطلاعات لازم گردآوری شد. سپس با شرکت در جلسات بازگروه NA و NAR-ANON<sup>۴</sup> و گرفتن زندگی‌نامه مفصل از ۱۵ معتاد، سایر داده‌ها گردآوری شد. بر پایه بازبینی بررسی‌های انجام‌شده عوامل زمینه‌ساز و مستعدکننده در شش گروه طبقه‌بندی شدند: ۱- ویژگی‌های شخصیتی، ۲- شیوه زندگی، ۳- روابط اجتماعی و خانوادگی، ۴- افکار و عقاید، ۵- رفتارها و ۶- احساسات و عواطف. برای هر یک از گروه‌های یادشده شمار زیادی پرسش در نظر گرفته شد و ۹۰ پرسش از بین آنها انتخاب و پس از ارزیابی سه متخصص در زمینه مربوطه و اجرای اولیه به ۷۰ پرسش کاهش یافت. سپس همبستگی تک‌تک پرسش‌ها با کل آزمون گرفته شد (کوپر، ۱۹۹۸). پرسش‌هایی که همبستگی پایین با کل آزمون داشتند حذف و در هر مرحله پایایی به‌دست آمد. در پایان، پرسش‌نامه ۵۰ ماده‌ای به نام پرسش‌نامه استعداد اعتیاد<sup>۵</sup> (ASQ) با شش زیرمقیاس (ویژگی‌های شخصیتی ۱۶ پرسش، شیوه زندگی هفت پرسش، روابط اجتماعی و خانوادگی نه پرسش، افکار و عقاید هفت پرسش، رفتارها پنج پرسش، احساسات و عواطف شش پرسش) ساخته شد. پیش از اجرای پژوهش اصلی، پرسش‌نامه به‌صورت آزمایشی<sup>۶</sup>، با ۲۵ نفر معتاد و ۲۵ فرد سالم اجرا شد. داده‌ها تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان دادند ( $t=10.9$ ،  $p < 0.01$ ). ضریب همبستگی تک‌تک پرسش‌ها با کل آزمون در دامنه‌ای از ۰/۵۷ (پرسش ۱۸) تا

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 1- Flagel                                      | 2- Vazquez            |
| 3- Robinson                                    |                       |
| 4- Narcotics Anonymous Family Group            |                       |
| 5- Addiction Susceptibility Questionnaire      |                       |
| 6- pilot                                       | 7- construct validity |
| 8- Addiction Potentially Scale                 |                       |
| 9- Minnesota Multiphasic Personality Inventory |                       |
| 10- Weed                                       | 11- Butcher           |
| 12- McKenna                                    | 13- Ben-Porath        |
| 14- discriminative index                       |                       |

جدول ۱- همبستگی بین مقیاس‌ها با یکدیگر و با کل پرسش‌نامه

ضریب همبستگی*	پرسش‌نامه استعداد اعتیاد	ویژگی‌های شخصیتی	افکار و باورها	رفتارها	شیوه زندگی	روابط اجتماعی و خانوادگی
	۱					
۰/۹۸		۱				
۰/۹۶	۰/۹۸		۱			
۰/۸۸	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۸۴	۱		
۰/۹۵	۰/۸۸	۰/۸۴	۰/۹۰	۰/۸۳	۱	
۰/۹۶	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۸۱	۰/۹۱	۱
۰/۹۲	۰/۹۶	۰/۸۸	۰/۸۹	۰/۷۶	۰/۸۶	۰/۸۶

\* همه ضریب‌های به دست آمده در سطح  $p < 0.001$  معنی‌دار بوده است.

## یافته‌ها

برای پیش‌بینی میزان تبیین استعداد اعتیاد در نمونه معتادان به‌وسیله شش عامل شناسایی‌شده، از رگرسیون چندمتغیری کمک گرفته شد. شش عامل به روش Enter برای تحلیل وارد شدند. این عامل‌ها ۹۴٪ واریانس استعداد اعتیاد را تبیین می‌کنند و میزان این تبیین معنی‌دار است ( $F=295, p < 0.001$ ). میزان Beta هر یک از عامل‌ها، ویژگی‌های شخصیتی غیرطبیعی (بیمارگونه) ۰/۳۵، افکار و باورهای نادرست ۰/۱۸، رفتارهای مخاطره‌آمیز ۰/۲۸، شیوه زندگی غلط ۰/۲۰، روابط اجتماعی و خانوادگی ناسالم ۰/۲۲ و احساسات و عواطف نامناسب (غیرطبیعی) ۰/۰۹، از نظر آماری معنی‌دار است ( $p < 0.001$ ).

جدول ۲- میانگین نمرات آزمودنی‌ها در هر یک از شش زمینه، آزمون t و سطح معنی‌داری

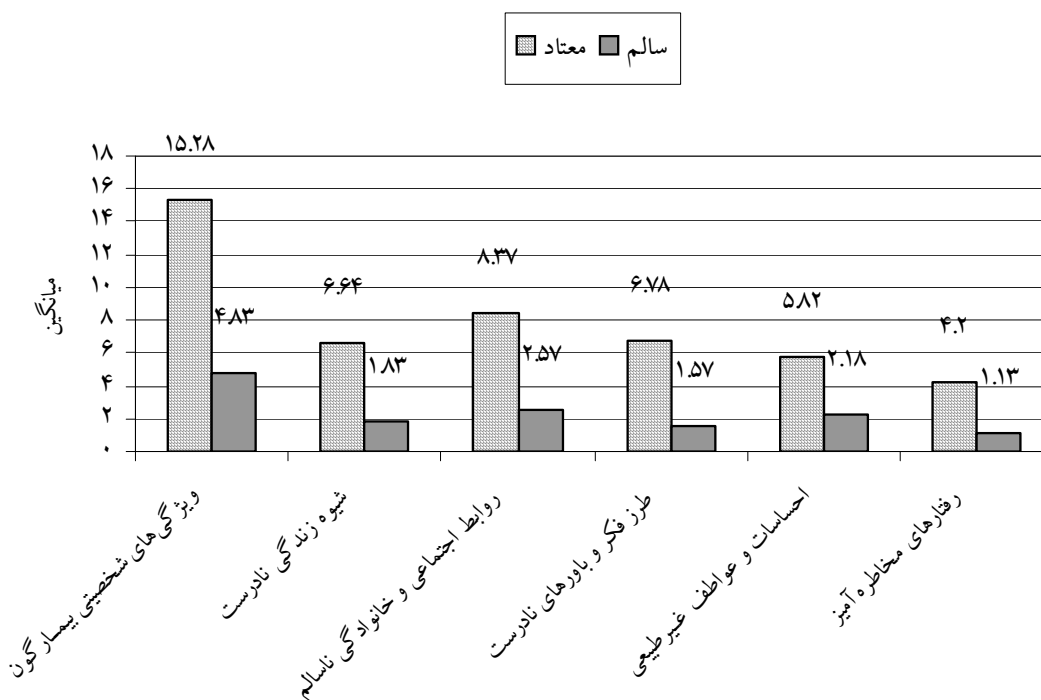
زمینه‌ها	آزمودنی‌ها	M	F-Leven	t
ویژگی‌های شخصیتی بیمارگون	معتاد سالم	۱۵/۲۸ ۴/۸۳	*۱۲۱/۵	*۳۳/۸
شیوه زندگی نادرست	معتاد سالم	۶/۶۴ ۱/۸۳	*۹۷/۷	*۲۷/۴
روابط اجتماعی و خانوادگی ناسالم	معتاد سالم	۸/۳۷ ۲/۵۷	*۳۹/۷	*۳۰/۹
طرز فکر و باورهای نادرست	معتاد سالم	۶/۷۸ ۱/۵۷	*۱۳/۵۱	*۳۷/۵
احساسات و عواطف غیرطبیعی	معتاد سالم	۵/۸۲ ۲/۱۸	*۱۰۷/۸	*۲۴/۵
رفتارهای مخاطره‌آمیز	معتاد سالم	۴/۲۰ ۱/۱۳	*۰/۷۴۸	*۱۹/۷
در کل زمینه‌ها	معتاد سالم	۴۷/۰۵ ۱۴/۱۷	*۹۶/۸	*۳۷/۷

\*  $p < 0.001$ ;  $df=238$

برای بررسی شش زمینه مستعدکننده اعتیاد، شش فرضیه و یک پرسش ارایه شد. در جدول ۲ و شکل ۱، میانگین نمرات، نتایج آزمون t و سطوح معنی‌داری در هر یک از زمینه‌ها نشان داده شده است. هم‌چنین برای فهم میزان اثر هر یک از متغیرها در ایجاد این تفاوت (استعداد اعتیاد)، برای تک‌تک متغیرها به‌طور جداگانه Eta محاسبه شد (جدول ۳) و برای شناخت سهم هر یک از عامل‌ها در تبیین استعداد اعتیاد، رگرسیون چندمتغیری به کار رفت.

جدول ۲ و شکل ۱ نشان می‌دهند که بین ویژگی‌های شخصیتی ( $t=33/8, p < 0.001$ )، افکار و عقاید ( $t=27/4, p < 0.001$ )، رفتارها ( $t=37/5, p < 0.001$ )، شیوه زندگی ( $t=27/4, p < 0.001$ )، روابط اجتماعی و خانوادگی ( $t=30/9, p < 0.001$ ) و احساسات و عواطف ( $t=24/5, p < 0.001$ ) معتادان و افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود دارد. معتادان نسبت به افراد سالم از ویژگی‌های شخصیتی غیرطبیعی (بیمارگونه)، افکار و باورهای نادرست، رفتارهای مخاطره‌آمیز، شیوه زندگی نادرست، روابط اجتماعی و خانوادگی ناسالم و احساسات و عواطف نامناسب (غیرطبیعی) بیشتری برخوردار هستند.

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش نشان دادند که در شش زمینه مستعدکننده بین معتادان و افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود دارد. جدول ۳، برآورد میزان اثر هر یک از متغیرها را به‌طور جداگانه در استعداد اعتیاد نشان می‌دهد. همان‌گونه که جدول یادشده نشان می‌دهد دامنه میزان اثر از ۹۸٪ در متغیر طرز فکر و باورها تا ۶۲٪ در متغیر رفتارها نوسان داشته است.



شکل ۱- میانگین نمرات وضعیت پیش‌اعتیاد معتادان و میانگین نمرات افراد سالم در شش زمینه

### بحث

پژوهش حاضر نشان داد که معتادان بیش از افراد سالم دارای ویژگی‌های غیرطبیعی (بیمارگونه)، شیوه زندگی نادرست، روابط اجتماعی و خانوادگی ناسالم، افکار و باورهای نادرست، احساسات و عواطف غیرطبیعی و رفتارهای مخاطره‌آمیز هستند. از آنجا که این بررسی پس‌رویدادی است، یافته‌های به دست آمده به وضعیت پیش از اعتیاد آزمودنی‌ها در مرحله کودکی، نوجوانی و جوانی اشاره دارد؛ زمینه‌هایی که فرد را آماده مصرف مواد می‌کنند.

آگاتسوما و هیروئی (۲۰۰۴) بر این باورند که اعتیاد در بخش کوچکی از افراد شکل می‌گیرد؛ آنهایی که آمادگی شخصی دارند. فلاگل و همکاران (۲۰۰۳) به ایجاد آمادگی در طی رشد اشاره نموده‌اند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. ویژگی‌های یادشده در افراد، آمادگی برای معتادشدن را پدید می‌آورند و از این رو پیش‌بینی‌کننده قوی در وابسته‌شدن به مواد به‌شمار می‌روند (فرانکوویس و همکاران، ۲۰۰۰؛ لوینسون، ۱۹۹۷).

کندل<sup>۱</sup> (۱۹۸۰) به نقش عشق و عطف در خانواده به‌عنوان عامل مهم بازدارنده تأکید نموده است که با یافته

بر پایه نمرات نُه‌بخشی و Z استاندارد نمرات افراد سالم و معتاد در آزمون ASQ نشان داده شد که نمره صفر تا ۲۸ نشان‌دهنده سالم‌بودن (عدم استعداد اعتیاد)، نمره ۲۹ تا ۳۸، مشکوک (استعداد متوسط) و نمره ۳۹ تا ۵۰ نشان‌دهنده استعداد اعتیاد است. بر پایه نمرات نُه‌بخشی و Z استاندارد نمره‌های هنجاری یادشده برای آزمون ASQ در نمونه مورد بررسی ارایه گردید.

جدول ۳- میزان اثر هر یک از متغیرها به‌طور جداگانه در استعداد اعتیاد

متغیرها	Eta	مجذور Eta
ویژگی‌های شخصیتی	۰/۹۷	۰/۹۴
طرز فکر و باورها	۰/۹۸	۰/۹۶
رفتارها	۰/۷۹	۰/۶۲
شیوه زندگی	۰/۹۱	۰/۸۳
روابط اجتماعی و خانوادگی	۰/۹۴	۰/۸۹
احساسات و عواطف	۰/۸۸	۰/۷۸

1- Kandel

و هیرسچی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰). کامفر و آلوارادو (۱۹۹۸) دریافتند که طرد کودک توسط والدین و نبود همکاری والد-کودک قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان است. رویکردهای نظری و یافته‌های پژوهش‌ها به نقش افراد مهم، خانواده و شیوه تربیتی و ارتباط آن در شکل‌دهی رفتارهای مخاطره‌آمیز اشاره دارد و با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌سو است. در پژوهش حاضر بیان شد که برای پذیرش و مصرف مواد زمینه رشد ناسالم لازم است. به بیان دیگر تا فرد مستعد اعتیاد نشود، با وجود دسترسی به مواد، معتاد نمی‌شود. در واقع معتادان کسانی هستند که به شش زمینه رشد ناسالم آنها مواد اضافه می‌شود، یعنی رشد ناسالم در این شش زمینه موجب گرایش آنها به مواد می‌شود. رشد این گرایش به مواد در طی زندگی، تحت عنوان استعداد اعتیاد مطرح است. در پژوهش حاضر نشان داده شد که معتادان نسبت به افراد سالم در هر یک از شش زمینه رشد ناسالم متفاوت هستند و این تفاوت همان آمادگی برای اعتیاد است.

پژوهش حاضر، آزمون ASQ را به دلیل داشتن پایایی بالا، اعتبارساز خوب و شاخص افتراقی قوی و هنجار، به‌عنوان یک آزمون مناسب برای سنجش استعداد اعتیاد معرفی نمود.

به‌طور کلی این بررسی نشان داد که اعتیاد یک بیماری پیچیده و چندوجهی است که در شکل‌گیری آن زمینه‌های آماده‌ساز نقش اساسی دارند و بنیان آن نخست در درون نظام خانواده و سپس در اجتماع ریخته می‌شود. امروزه گاه با پدیده اعتیاد به‌عنوان جرم برخورد شده، فرد معتاد مجازات می‌شود، در حالی که پیش از آنکه فرد مصرف مواد را آغاز نماید، در دوران رشد به موازات شکل‌گیری ویژگی‌های شخصیتی، افکار و باورها، رفتارها، روابط اجتماعی و خانوادگی، شیوه زندگی و احساسات و عواطف زمینه‌ساز روی آوردن به اعتیاد کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد.

از آن‌جا که خانواده به‌عنوان زیربنایی‌ترین و اساسی‌ترین بنیان شکل‌دهنده زمینه‌های آماده‌ساز مصرف مواد به‌شمار می‌رود، اقدامات پیش‌گیرانه بایستی در چهارچوب آموزش زندگی خانواده، آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش شیوه‌های تربیتی پیش از آن‌که نوجوان آماده مصرف مواد گردد، آغاز شود.

پژوهش حاضر مبنی بر نقش عشق و محبت در پیش‌گیری از روی آوردن نوجوانان به رفتار مخاطره‌آمیز هم‌خوانی دارد. کامفر و آلوارادو (۱۹۹۸) نشان دادند در خانواده‌هایی که درگیری و کشمکش زیاد بوده، نوجوانان توانایی تحمل و ایستادگی در برابر کشمکش‌های پیوسته داخل خانه را ندارند، بودن با دوستان را ترجیح می‌دهند و این شیوه زندگی، نوجوانان را آماده مصرف مواد می‌کند.

نظریه عملکرد استدلالی، پایه شکل‌گیری رفتارهای مخاطره‌آمیز را در رفتار پدر و مادر و دیگر افراد مهم زندگی یعنی دوستان و همسالان می‌داند (فاضلی، ۱۳۷۸). متغیرهای گوناگون خانوادگی مانند کشمکش و ناهمخوانی بین والدین، نبود نظارت والدین، غیبت و حضور کم‌رنگ پدر در خانواده و روابط مستبدانه والدین با فرزندان، با رفتارهای مخاطره‌آمیز نوجوانان همبستگی مثبت دارد (فیشر<sup>۱</sup> و فلدمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). به باور فلاگل و همکاران (۲۰۰۳) افزایش توجه پدر و مادر به‌دنبال رویدادهای استرس‌آمیز در دوران رشد اولیه، اثر بازدارنده در گرایش نوجوانان به مصرف مواد در آینده دارد که با یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ است.

مارلات و روهسنوف (۱۹۸۰) رویکردشناختی و باورهای فرد در زمینه مواد را موجب اعتیاد وی می‌داند. افکار و باورهای فرد در زندگی، متأثر از تجربه‌های وی و افراد مهم زندگی می‌باشد و در برخورد با موقعیت‌های پرخطر (از جمله مصرف مواد)، نقش تعیین‌کننده دارد. یافته پژوهش حاضر، رویکردهای موجود در این زمینه و پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهند، افکار و باورهای غیرمنطقی (بیمارگونه) در هدایت فرد به مصرف مواد نقش اساسی دارند.

یافته پژوهش حاضر هم‌سو با نظریه ناهماهنگی در سازمان اجتماع که برخی افراد توانایی بهره‌مندی از امکانات موجود جامعه را ندارند، نمی‌توانند به هدف‌های پسندیده اجتماعی برسند و از این رو احساس رضایت و کفایت نمی‌کنند (ویلیامز<sup>۳</sup> و مک‌شان<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹) هماهنگ است. بسیاری از معتادان، مواد را به‌خاطر کاهش اضطراب و کنار آمدن با احساس‌های پرخاشگرانه به کار می‌برند.

رفتارهای مخاطره‌آمیز در معتادان بیشتر از افراد سالم است و آنان را آماده گرایش به سوءمصرف مواد می‌کند (دی‌کلمنت، ۲۰۰۳). مطابق نظریه کنترل اجتماعی، رفتارهای نابهنجار ناشی از ناکارآمدی شیوه‌های فرزندپروری و نارسایی در شکل‌گیری خودکنترلی در کودکان است (گوت‌فردسون<sup>۵</sup>

1- Fisher  
3- Williams  
5- Gottfredson

2- Feldman  
4- McShane  
6- Hirschi

در پژوهش حاضر ابزار بررسی، پرسش‌نامه بود و آزمودنی‌ها دارای تحصیلات پنجم ابتدایی و بالاتر بودند که باعث شد بخشی از جامعه معتادان از بررسی خارج شوند. پیشنهاد می‌گردد، در بررسی‌های آینده روش مصاحبه به کار برده شود و سطح تحصیلی پایین‌تر از پنجم ابتدایی نیز بررسی شود. در پژوهش حاضر دست‌کم شش زمینه اساسی شکل‌دهنده بیماری اعتیاد معرفی شد و پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده ارتباط این سازه‌ها با سایر سازه‌های روان‌شناختی خانواده، مانند سبک‌های والدینی، سبک‌های دلبستگی و الگوهای کارکرد درون‌روانی (اسپیرس نوئیستر<sup>۱</sup> و فینچ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶) بررسی شود.

## سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی UNODC<sup>۳</sup> و مؤسسه داریوش انجام شده است.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۲/۲۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۵/۳؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۳۱

## منابع

- دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *فصلنامه علمی - پژوهشی سوءمصرف مواد*، سال اول، شماره ۲، ۸۰-۴۷.
- کوپر، کالین (۱۳۷۹). *تفاوت‌های فردی*. ترجمه: حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند. تهران: انتشارات سخن.
- گراهام، جان (۱۳۷۹). *راهنمای MMPI-2 ارزیابی شخصیت و آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه: حمید یعقوبی و موسی کافی. تهران: انتشارات ارجمند.
- لیندزی، پاول (۱۳۷۷). *اصول روان‌شناسی بالینی بزرگسالان*. ترجمه: هامایاک آوادیس بانس و محمدرضا نیکخو. تهران: انتشارات بیکران.
- مینوی، محمود؛ صالحی، مهدیه (۱۳۸۲). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و هنجاریابی آزمون‌های MAC، AAS، APS. *فصلنامه علمی - پژوهشی سوءمصرف مواد*، سال اول، شماره ۳، ۱۰۷-۷۷.
- یاسمی، محمدتقی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۸۰). *بررسی اپیدمیولوژی مصرف مواد مخدر در جمهوری اسلامی ایران*. تهران وزارت بهداشت و درمان و UNDCP.

Agatsuma, S., & Hiroi, N. (2004). Genetic basis of drug dependence and comorbid behavioral traits. *Nihon Shinkei Seishin*, 24, 137-145.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.

Clark, D. B., Neighbors, B. D., Lesnick, L. A., Lynch, K. G., & Donovan, J. E. (1998). Family functioning and adolescent alcohol use disorder. *Journal of Family Psychology*, 12, 81-91.

Di Clemente, C. C. (2003). *Addiction and change*. New York: Guilford Press.

Emrich, H. M., & Eggers, G. (2001). Addiction as a life style. *Psychiatrie Praxis*, 28, 55-59.

Fisher, L., & Feldman, S. S. (1998). Familial antecedents of young adult health risk behavior. *Journal of Family Psychology*, 12, 66-80.

Flagel, S. B., Vazquez, D. M., & Robinson, T. E. (2003). Manipulations during the second week of life increase susceptibility to cocaine self-administration in female rats. *Neuropsychopharmacology*, 28, 1741-1751.

Franke, P., Neef, D., Weiffenbach, O., Gansicke, M., Hautzinger, M., & Maier, W. (2003). Psychiatric comorbidity in risk groups of opioid addiction. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 71, 37-44.

Franques, P., Auriacombe, M., & Tignol, J. (2000). Addiction and personality. *Journal of Encephale*, 26, 68-78.

پیران، پرویز (۱۳۷۶). اپیدمیولوژی اعتیاد. *نشریه پیام پیشگیری*، سال دوم، شماره ۱۵، ۴-۱.

رحیمی‌موقر، آفرین؛ رزاقی، عمران محمد؛ نوری خواجوی، مرتضی؛ حسینی، مهدی؛ فیض‌زاده، گلناز (۱۳۷۶). *راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد*. تهران: معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.

زینالی، علی (۱۳۷۹). *گزارش عملکرد مرکز سرپائی بازتوانی معتادان ارومیه*. سازمان بهزیستی استان آذربایجان غربی.

زینالی، علی (۱۳۸۰الف). *گزارش عملکرد مرکز سرپائی بازتوانی معتادان ارومیه*. سازمان بهزیستی استان آذربایجان غربی.

زینالی، علی (۱۳۸۰ب). رویکرد بالینی در درمان روان‌شناختی بیماری اعتیاد. *مجله سراب*، شماره‌های ۲۹ و ۳۰، ۱۰-۷.

سرمد، زهره؛ بازگان، عباس؛ حجازی، الهه (۱۳۸۲). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه.

ضرابی، اصلاص (۱۳۵۹). اعتیاد، تعاریف و مفاهیم. *نشریه بازتاب*، ویژه اعتیاد، سال اول، شماره ۳، ۸۷-۸۰.

فاضلی، عصمت (۱۳۷۸). *نقش افراد مهم در زندگی، والدین و دوستان با همسالان، در مصرف مواد مخدر نوجوانان*. تهران، مقاله ارایه شده در سمپوزیوم خانواده و اعتیاد.

کردمیرزا، عزت‌ا...؛ آزاد، حسین؛ اسکندری، حسین (۱۳۸۲). هنجاریابی آزمون آمادگی اعتیاد به‌منظور شناسایی افراد مستعد سوءمصرف مواد در بین

1- Speirs Neumeister

2- Finch

3- United Nations Office for Drug Control



- Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous: *Psychiatric Services*, 57, 307-309.
- Galanter, M., & Kleber, H. D. (1994). *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Gottfredson, M., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Pacific Grove, CA: Stanford University Press.
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Manual Reviews of Sociology*, 6, 235-282.
- Kinney, J. (1996). *Clinical manual of substance abuse*. Baltimore: Mosby.
- Kozlov, A. A., & Rokhlina, M. L. (2001). Dependence of the formation of the addictive personality on the predisposing factors, *Neurology and Psychiatry*, 101, 16-20.
- Kozlov, A. A., & Rokhlina, M. L. (2000). Addictive personality. *Neurology and Psychiatry*, 100, 23-27.
- Kumpfer, L. K., & Alvarado, R. (1998). *Strengthening family to prevent drug use*. Geneva: WHO
- Lowinson, H. J. (1997). *Substance abuse*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Marlatt, G. A., & Rohsenow, D. J. (1980). *Cognitive processes in alcohol use*. Greenwich, Conn: JAI Press.
- Prochaska, J. O., DiClement, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Thompson, R. G., & Auslander, W. F. (2006). Risk factors for alcohol and marijuana use among adolescents in foster care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 61-69.
- Rogers, T. B. (1995). *The psychological testing enterprise*. California: Books/Cole.
- Schwartz, R. H. (1998). Adolescent heroin use: A review. *Pediatrics*, 102, 1461-1466.
- Speirs Neumeister, K. L., & Finch, H. (2006). Perfectionism in high-ability student. *Gifted Child Quarterly*, 50, 238-251.
- Sutton, S. (1996). Can stages of change provide guidance I treatments of addictions? In G. Edwards, & C. Dare (Eds.), *Psychotherapy, psychological treatment and the addictions*. New York: Cambridge University Press.
- Weed, N., Butcher, N. J., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. (1992). New measures for assessing alcohol and other drug problems with MMPI-2, APS & AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58, 389-404.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing for competing theories of health protective behavior. *Health Psychology*, 12, 324-333.
- Williams, F. P., & McShane, M. D. (1999). *Criminological theory*. London: Prentice-Hall.

## Pre-addiction Susceptibility Backgrounds in Recovered Drug Users

Zeinali, A., Wahdat, R., & Eisavi, M. (2008). Pre-addiction susceptibility backgrounds in recovered drug users. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14, 71-79.

### Abstract

**Objectives:** The following study was carried out with the aim of evaluating six pathological susceptibility backgrounds (personality traits, life style, social and family relationships, beliefs and thought, feelings and emotions and behaviors).

**Method:** In a causal-comparative study 240 subjects (120 recovered addicts and 120 normal individuals) were selected using stratified random sampling method from rehabilitation centers of four cities: Urmieh, Qum, Shiraz and Tehran. Males constituted 95% of the subjects with an age range of 18 and over. Data were gathered using Addiction Susceptibility Questionnaire (ASQ) and analyzed using t-test.

**Results:** Drug dependent subjects were significantly different from the normal subjects in each of the pre-addiction susceptibility backgrounds ( $p < 0.001$ ). These backgrounds are effective in forming the vulnerability for addiction.

**Conclusion:** Drug dependent subjects possess more abnormal characteristics (incorrect lifestyle, unhealthy social and familial relationships, erroneous thoughts and beliefs, abnormal emotions and hazardous behavior).

**Key words:** addiction, susceptibility backgrounds, opioid

Ali Zeinali<sup>\*</sup>, Rogayhe Wahdat<sup>a</sup>,  
Mohsen Eisavi<sup>b</sup>

\* Corresponding author: Postgraduate student in Psychology, Lecturer, Azad Eslami University, Khoy branch, Ahvaz Research Sciences; Khoy Azad Eslami University, Khoy, Iran, IR.

Fax: +98441-3856626

E-mail: cognition20@yahoo.com

<sup>a</sup> Postgraduate student in Management Education, Lecturer, Azad Eslami University, Urmia branch; <sup>b</sup> PhD. in Higher Education Management, Assistant Prof. of Urmia Payameh Noor University.