

بررسی مقایسه‌ای ابعاد آسیب‌پذیری به اعتیاد بین دانش‌آموزان با و بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای

کریم عبدالحمیدی^۱، عزت‌اله احمدی^۲، عسگر چوبداری^۳ و محمد حسینعلی‌زاده^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه مؤلفه‌های آسیب‌پذیری به اعتیاد بین دانش‌آموزان با و بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. پژوهش حاضر از نوع روش علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بود که بر اساس جدول نمونه‌گیری مورگان ۵۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و به وسیله پرسشنامه مشکلات رفتاری نوجوانان (YSR) مورد غربالگری قرار گرفتند. سپس ۴۰ دانش‌آموز مبتلا به ODD و ۴۰ دانش‌آموز عادی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد (نیسی، ۱۳۹۲) استفاده شد. آزمون مانوا به منظور تجزیه و تحلیل نتایج مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دو گروه از نظر مؤلفه‌های آسیب‌پذیری به اعتیاد (افسردگی، نگرش مثبت به مواد، اضطراب، هیجان‌خواهی بالا) و نمره کل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$) و دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل اعتیاد دارند؛ بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تشخیص به موقع و مداخله به هنگام برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌تواند احتمال آسیب‌پذیری در مقابل اعتیاد را در بین دانش‌آموزان و نوجوانان کمتر کند.

واژه‌های کلیدی: نافرمانی مقابله‌ای، آسیب‌پذیری به اعتیاد، دانش‌آموزان پسر

karim.abdolmohamadi@gmail.com

۱. نویسنده رابط: مدرس دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

۳. دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی

۴. دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه اصفهان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۱۵

DOI: 10.22098/JSP.2020.905

مقدمه

اعتیاد اختلالی است بسیار مزمن و عودکننده که تهدید کننده سلامت فردی و اجتماعی افراد جامعه است. (اویدو جکس^۱، بریزت، مارش^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). شواهد تجربی متعددی حاکی از این واقعیت است که، تقریباً ۱۳٪ بزرگسالان یک دوره زمانی وابستگی به مواد را گزارش کرده‌اند (گرن، ۱۹۹۷؛ به نقل از دهکردیان، دلاور و جلی، ۱۳۹۰). در ایران آمارهای متفاوتی برای نشان دادن تعداد معتادان مطرح شده است، در سال ۱۳۸۰ وزارت بهداشت و درمان با همکاری سازمان بهداشت جهانی در ۸۵ شهرستان که تمامی استان‌ها را در بر می‌گرفت تحقیقی را انجام دادند که نشان می‌دهد در ایران حداقل ۳ میلیون و ۷۶۱ هزار نفر مصرف‌کننده مواد افیونی وجود دارد (میری آشتیانی، ۱۳۸۵). برآوردهای صورت گرفته نیز نشان می‌دهد که میزان خسارت‌های اقتصادی - اجتماعی مستقیم و غیر مستقیم مواد مخدر و قاچاق آن در کشور سالیانه ۷۰۰ میلیارد تومان است (صادقی، ۱۳۸۲ به نقل از عبدالمحمدی، احمدی، فتحی و همکاران، ۱۳۹۵). اعتیاد در جامعه ما چنان گسترش یافته است که نه تنها سالمندان و جوانان را مورد تهدید قرار داده است، بلکه دانش‌آموزان به ویژه نوجوانان را نیز طعمه خود می‌کند. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی بیشترین افراد معتاد جامعه ایرانی در بازه سنی ۱۶ تا ۲۲ سال قرار دارند (ارفع، ۱۳۸۲). لذا بایستی در جهت جلوگیری از اشاعه این پدیده، برنامه‌ریزی و اقدام جدی و همه‌جانبه‌ای صورت پذیرد (مرعشی، محرابیان و طیبی، ۱۳۹۳).

برای شروع و ادامه مصرف مواد زمینه‌های رشد ناسالم و استعداد ویژه‌ای 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 هیچ یک از آن‌ها به تنهایی نمی‌توانند در وابستگی به مواد تعیین‌کننده باشند (فرانکوئیس، اوریاکومب و تیگنول^۳،

1. Oviedo-Jokes
2. Brissette, Marsh
3. Franques, Auriacombe & Tignol

۲۰۰۰). با توجه به مطالبی که گفته شد باید در نظر گرفت که تا زمانی که علل گرایش به مصرف مواد مخدر بررسی نشود، درمان جسمی و روانی فقط برای کوتاه‌مدت نتیجه‌بخش خواهد بود و فرد معتاد دوباره گرفتار مواد اعتیادآور می‌شود (قاسمی، ۱۳۸۴).

تلاش‌های فراوانی برای پی بردن به عواملی که آسیب‌پذیری به اعتیاد را تشدید می‌کنند صورت گرفته است، در این راستا بررسی پیشینه پژوهشی و بالینی بزرگسالان نشان می‌دهد که ۵۰ تا ۸۰ درصد از افرادی که به انواع مختلف سوءمصرف مواد دچار هستند، حداقل تشخیص یک اختلال روانی را می‌توانند دریافت کنند. از سویی شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد رفتارهای ضد اجتماعی و پرخاشگرانه در سال‌های نوجوانی از مهمترین عوامل خطر برای مصرف مواد هستند. در واقع، یکی از موثرترین راه‌های تشخیص افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد، وجود رفتارهای ضد اجتماعی و پرخاشگرانه در کودکی و نوجوانی است (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲). در این راستا پژوهش‌ها گذشته‌نگر نشان داده‌اند افرادی که قبل از بیست سالگی به مصرف مواد روی آورده‌اند، نشانه‌هایی از قبیل قلدری، پرخاشگری و مقابله‌جویی با بزرگسالان را که همه از نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) است نشان داده‌اند (آمسترانگ و کاستلو^۱، ۲۰۰۲). برای مثال تحقیقات یوشیما سو^۲ (۲۰۱۶) نشان می‌دهد زمانی که اختلالات رفتاری، همبودی دارند، مانند همبودی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال سلوک و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، احتمال سوءمصرف مواد تا ۵۰ درصد نسبت به افراد عادی افزایش پیدا می‌کند.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۳ یک اختلال شایع دوران کودکی است که مجادله، خصومت و عدم فرمانبرداری از بزرگسالان مشخصه اصلی این اختلال است که با آینده علمی، اجتماعی و

-
1. Armstrong & Costello
 2. Yoshimasu
 3. oppositional defiant disorder

مشکلات رفتاری وی در آینده گره خورده است (بورکه، والدمن و لاهو^۱، ۲۰۱۰). این اختلال سومین اختلال شایع روان‌پزشکی است که در کودکان ۳ تا ۱۷ ساله به دفعات گزارش شده است (ویتنی، برامبر و استیو^۲، ۲۰۱۲). شیوع این اختلال با توجه به نوع ارزیابی و ملاک‌های تشخیصی که به کار گرفته می‌شود در بازه وسیعی بین ۲ تا ۱۶ درصد در سنین مدرسه گزارش شده است (گوپین، بریود، مارکز^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). تحقیقات در مورد سبب‌شناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودکان، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد و شرایط محیطی را عنوان کرده‌اند (استینر و رمسینگ^۴، ۲۰۰۷). در برخی از تحقیقات انجام شده مشخص شده است که کودکان نافرمان از نظر شناختی دارای نقص هستند (پالمر^۵، ۲۰۰۷).

همان‌گونه که در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تعریف شده است، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، الگوی عودکننده‌ای از رفتار منفی، نافرمانی، سرکشی و متخاصم در برابر اشخاص صاحب قدرت است. برای اینکه کودک ملاک‌های تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دریافت کند، باید دست کم چهار رفتار از رفتارهای زیر را حداقل در طول یک دوره ۶ ماهه نشان دهد ۱- لجبازی، ۲- جروبحث با بزرگسالان، ۳- امتناع از اطاعت کردن از درخواست‌ها یا اوامر بزرگسالان ۴- آزار عمدی مردم ۵- سرزنش کردن دیگران ۶- زودرنجی در برابر دیگران ۷- خشمگین شدن و رنجیدن یا غرض‌ورزی ۸- انتقام‌جویی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

با توجه به مطالب ذکر شده و تاثیر مخرب اعتیاد بر تمامی جنبه‌های زندگی دانش‌آموزان، این ضرورت احساس می‌شود که عوامل زمینه‌ساز اعتیاد در دانش‌آموزان بررسی شود. بنابراین سؤال

1. Burke, Waldman, Lahey
2. Whitney, Brammer & Steve
3. Gopin, Berwid & Marks
4. Steiner & Remsing
5. Palmer

پژوهش حاضر این است که آیا بین ابعاد آسیب‌پذیری به اعتیاد در بین دانش‌آموزان با و بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر با توجه به نحوه گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات توصیفی بوده و از نوع تحقیقات علی-مقایسه‌ای است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بود که از بین این جامعه، بر اساس جدول نمونه‌گیری مورگان و با در نظر گرفتن حجم جامعه، نمونه‌ای به حجم ۵۰۰ نفر و با در نظر گرفتن توزیع جمعیتی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و با استفاده از پرسشنامه مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان (YSR) غربال شدند. بعد از غربالگری، تعداد ۴۰ دانش‌آموز به عنوان دانش‌آموز دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای شناسایی گردید، در مقابل از بین دانش‌آموزان دیگر به صورت تصادفی خوشه‌ای ۴۰ دانش‌آموز عادی انتخاب گردید. میانگین سنی گروه کودکان دارای اختلال ۱۷/۸ با انحراف معیار ۱/۳۹ و میانگین سنی گروه کودکان عادی ۱۷/۴ با انحراف معیار ۱/۰۸ بود. در گام بعدی با استفاده از پرسشنامه شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد انیسی (۱۳۹۲) به جمع‌آوری اطلاعاتی که نشان‌دهنده آسیب‌پذیری نوجوانان به اعتیاد است، پرداخته شد و در انتها به مقایسه دو گروه پرداخته شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی و حقوق آزمودنی‌ها، ضمن اعلام داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، هم به صورت شفاهی (قبل از اجرا) و هم به صورت کتبی (بالای پرسشنامه) خاطر نشان شد اطلاعات درخواستی در این پرسشنامه‌ها، صرفاً به منظور اهداف پژوهشی است. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد: این پرسشنامه یک ابزار غربالگری است که در سال ۱۳۹۲ توسط جعفر انیسی در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله برای این منظور طراحی شد

تا افراد با احتمال بالای اختلال مصرف مواد و به خصوص وابستگی به مواد را مشخص کند. این پرسشنامه شامل ۷۵ سوال و ۴ خرده‌مقیاس است که خرده‌مقیاس‌های آن عبارتند از: افسردگی و درماندگی، نگرش مثبت به مواد، اضطراب و ترس از دیگران، هیجان‌خواهی بالا. شیوه نمره-گذاری سوالات به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم / اصلاً (۰)، مخالفم / به ندرت (۱)، تا حدی موافقم / اغلب (۲) و موافقم / همیشه (۳) است. دامنه نمرات پرسشنامه از ۰ تا ۲۲۵ متغیر است و نمره برش در این آزمون برابر است با ۸۰. به عبارت دیگر افرادی که نمره ۸۰ یا بالاتر داشته باشند در معرض خطر اعتیاد هستند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۷ گزارش شده است (انیسی، ۱۳۹۲ به نقل از غدیری، عبدالمحمدی، باباپور و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان (YSR): یک پرسشنامه خود گزارشی

است که توسط آخنباخ در سال ۱۹۹۱ ساخته شده است، این مقیاس برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدایی به منظور بررسی مشکلات روانشناختی نوجوانان طراحی شده است. این مقیاس ۱۲۲ سوالی است و گویه‌های این مقیاس، به صورت سه گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً است که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند، که بیشترین نمره ۲۲۴ است. در این مقیاس، گویه‌ها بر اساس اختلالات راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست چهارم با تجدید نظر در متن تنظیم شده که عبارت از مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه-بیش‌فعالی، سلوک، نافرمانی مقابله‌ای هستند. پایایی مقیاس‌های آن از طریق بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته، بین ۰/۳ تا ۰/۶ و با فاصله زمانی هفت ماه، بین ۰/۴۷ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. همین ضرایب با فاصله زمانی بین سه تا چهار هفته در مقیاس کلی مشکلات ۰/۸۷ و در مقیاس قابلیت‌ها ۰/۶۹ به دست آمده است (آخنباخ، ۲۰۰۵؛ به نقل از مینایی، ۱۳۸۵). روایی این پرسشنامه مکرراً مورد بررسی قرار گرفته است. در ایران نیز این پرسشنامه توسط مینایی (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است که نتایج نشان دهنده ضریب همسانی درونی

بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ و ضریب همبستگی مناسب با پرسشنامه شخصیتی نوجوانان آیزنگ است. پایایی خرده مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پژوهش حاضر با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

نتایج

جدول ۱. آماره‌های توصیفی پژوهش براساس گروه مورد مطالعه

گروه عادی		گروه اختلال نافرمانی مقابله‌ای		متغیرها
SD	M	SD	M	
۸/۴۷	۱۹/۳۲	۱۰/۰۵	۳۴/۵۵	افسردگی
۲/۲۲	۳/۹۲	۴/۰۱	۱۰/۰۵	نگرش مثبت به مواد
۴/۷۰	۱۱/۵۰	۳/۳۹	۱۵/۳۰	اضطراب
۶/۸۹	۱۴/۲۷	۵/۵۸	۲۱/۹۰	هیجان خواهی بالا
۱۷/۵۵	۵۱/۰۲	۱۵/۵۹	۸۱/۸۰	نمره کل آسیب‌پذیری به اعتیاد

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد گروه اختلال نافرمانی مقابله‌ای از بین مؤلفه‌های آسیب‌پذیری در مؤلفه‌های (افسردگی، نگرش مثبت به مواد، اضطراب و ترس از دیگران، هیجان خواهی بالا) و نمره کل آسیب‌پذیری به اعتیاد نمره بالاتری را به دست آورده‌اند، برای آزمون مقایسه تفاوت میانگین‌های نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های مورد نظر از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است. قبل از استفاده از تحلیل واریانس مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس بین متغیرها در ادامه مورد قرار گرفت و نتایج نشان داد که تمامی مفروضه‌ها برقرار است ($P > 0.05$). برای آزمون وجود یا عدم وجود معناداری ترکیب خطی متغیرهای وابسته براساس متغیرهای مستقل محقق از بین آماره‌های چهارگانه (بیلابی، لامبدا و یلکز، هتلینگ و ریشه روی) آماره لامبدا و یلکز را برای محاسبه F انتخاب کرده است.

جدول ۲. تحلیل واریانس چند متغیره بر روی نمرات متغیر آسیب‌پذیری به اعتیاد

منبع	آزمون	مقدار	df فرضیه	F	df خطای	p
گروه	اثر پیلایی	۰/۵۱	۴	۱۸/۷۶	۷۵	۰/۰۰۱
	لامبدا ویلکز	۰/۴۸	۴	۱۸/۷۶	۷۵	۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۱/۰۴	۴	۱۸/۷۶	۷۵	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱/۰۴	۴	۱۸/۷۶	۷۵	۰/۰۰۱

بر اساس جدول ۲ می‌توان گفت که آماره ویلکز لامبدا با ($F=18/76, P < 0/001$) نشان می‌دهد که فرضیه مشابه بودن میانگین‌های جامعه بر اساس متغیرهای وابسته برای دو گروه متفاوت است. حال برای این که بفهمیم تفاوت در کدام یک از متغیرها وجود دارد از نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره استفاده می‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره در بین دو گروه

منبع	متغیرهای وابسته	SS	DF	MS	F	P
آسیب‌پذیری به اعتیاد	افسردگی	۴۶۳۶/۰۱	۱	۴۶۳۶/۰۱	۵۳/۶۴	۰/۰۰۱
	نگرش مثبت به مواد	۷۵۰/۳۱	۱	۷۵۰/۳۱	۲۴/۷۰	۰/۰۰۱
	اضطراب	۶۴۹/۸۰	۱	۶۴۹/۸۰	۱۳/۸۵	۰/۰۰۴
	هیجان خواهی بالا	۱۱۶۲/۸۱	۱	۱۱۶۲/۸۱	۲۹/۵۲	۰/۰۰۱
	مقیاس کل	۱۸۹۴۲/۰۱	۱	۱۸۹۴۲/۰۱	۶۸/۷۰	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول بالا ملاحظه می‌شود، در مقایسه دو گروه بین میانگین مؤلفه‌های آسیب‌پذیری در مؤلفه‌های (افسردگی، نگرش مثبت به مواد، اضطراب و ترس از دیگران، هیجان خواهی بالا) و مقیاس کل آسیب‌پذیری به اعتیاد تفاوت معناداری با احتمال ۹۵ درصد وجود دارد. با توجه به تفاوت میانگین‌های مندرج در جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت گروه دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به صورت معناداری نمره بالاتری گرفته‌اند و این نتایج نشان دهنده گرایش بیشتر این گروه به سمت اعتیاد است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه ابعاد آسیب‌پذیری به اعتیاد در بین دانش‌آموزان با و بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که بین دو گروه از نظر مؤلفه‌های آسیب‌پذیری به اعتیاد و نمره کل تفاوت معناداری وجود دارد، این تفاوت به نفع گروه سالم است به بیان دیگر این آزمون مشخص کرده است که دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل اعتیاد دارند. این یافته با نتایج تحقیقات انجام شده توسط (کیم-کوهن، کاپسی، مفیت او همکاران، ۲۰۰۳؛ لرنر و ویکاری^۲، ۱۹۸۴؛ ساسن^۳، ۱۹۹۶؛ آمسترانگ و کاستلو^۴، ۲۰۰۲؛ یوشیما سو^۵، ۲۰۱۶) همسو است.

در تبیین تفاوت آسیب‌پذیری بیشتر دانش‌آموزان و نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به نوجوانان عادی در مقابل اعتیاد می‌توان چنین مطرح کرد که اعتیاد یک ناهنجاری با نشانه‌های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد آن، عوامل اجتماعی و روان‌شناختی از یک طرف و عوامل زیست‌شناختی و داروشناختی از طرف دیگر نقش دارند. دلایل مختلفی برای گرایش به مواد مخدر وجود دارد. برخی افراد برای پذیرفته شدن در جامعه به سمت مواد می‌روند و برخی دیگر سعی می‌کنند خود را رشد یافته‌تر و بزرگتر جلوه دهند (ابولقاسمی، محمدی و سلیمانی، ۲۰۰۵). در همین راستا باید توجه داشت که لجبازی و نافرمانی کودکان یک مرحله اجتناب‌ناپذیر از رشد آنهاست. بارزترین رفتارهای مقابله‌ای بین ۱۸ تا ۲۴ ماهگی نمود می‌یابد و در سه سالگی به اوج می‌رسد، این وضعیت زمانی جنبه آسیب‌شناختی پیدا می‌کند که از نظر تداوم یا شدت، وضعیتی غیرعادی پیدا کند و فراوانی آن چشمگیرتر شود، و به بیان روشن‌تر با وضعیت رشدی و سنی کودک همانند نباشد (امینی، ۱۳۸۳). باید توجه داشت که اختلال نافرمانی

1. Kim-Cohen, Caspi & Moffitt
2. Lerner & Vicary
3. Sussen
4. Armstrong & Costello
5. Yoshimasu

مقابله‌ای در طی کودکی و نوجوانی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و تنها در سطح بزرگسالی و در قالب اختلال ضداجتماعی یا اختلال شخصیت مرزی به آن نگریسته می‌شود. بسیار مهم است بدانیم اگر این اختلال تحت درمان قرار نگیرد و مداخله‌های پیشگیرانه در مورد آن‌ها صورت نگیرد، اغلب می‌تواند در نوجوانی و بزرگسالی منجر به بروز اختلال سوءمصرف مواد و دیگر اختلال‌های روانی عمده شود (کیم-کوهن و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر افسردگی یکی از مؤلفه‌های مورد بررسی است که نتایج به دست آمده نشان دهنده ارتباط معنادار بین افسردگی و گرایش به اعتیاد است، تحقیقات انجام شده نشان داده است که اختلال نافرمانی مقابله‌ای با اختلالات روانپزشکی مثل بیش‌فعالی/ نارسایی توجه، سلوک همبودی دارد ولی اخیراً یافته‌هایی در مورد ارتباط بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای با افسردگی به دست آمده است (کلدر^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). برخی شواهد نشان می‌دهد که اختلال نافرمانی مقابله‌ای نه تنها به عنوان پیش‌آیندی برای اختلال سلوک و رفتار ضداجتماعی عمل می‌کند، بلکه اختلالات خلقی و اضطرابی را هم پیش‌بینی می‌کند (بویلان و همکاران، ۲۰۰۷ به نقل از لوبر، بورکه و پاردینی^۲، ۲۰۰۹).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که مصرف مواد با اختلالات خلقی و هیجانی ارتباط دارد (کاپلان، ۲۰۰۳) در این راستا مشخص گردیده است که ۱۴/۴ درصد افرادی که دچار اعتیاد شده‌اند مبتلا افسردگی بودند (عصاریان، امیدی و اکبری، ۲۰۰۴). در تبیین علت ارتباط افسردگی با اعتیاد می‌توان به تأثیرات مواد مخدر بر آزاد شدن دوپامین اشاره کرد، مصرف مواد مخدر باعث می‌شود که به صورت موقت دوپامین بیشتری رها شود و از سویی باز جذب دوپامین با وقفه صورت می‌گیرد و همه این موارد به فرد افسرده کمک می‌کند که به صورت موقت احساس بهتری داشته باشد و این امر باعث گرایش افراد افسرده به سمت مصرف مواد می‌شود (ایزنواسر و کخ^۳، ۱۹۹۲). البته می‌توان یک عامل دیگر را راه انداز گرایش به مواد و افسردگی دانست، برای

1. Kelder
2. Loeber, Burke & Pardini
3. Izenwasser & Cox

مثال، استرس‌های بیرونی شدید، خانواده نامناسب با روابط منفی یا وضعیت اجتماعی و اقتصادی بسیار بد می‌تواند عاملی باشد که به صورت همزمان هم گرایش به اعتیاد و هم افسردگی را به وجود آورد (کووال و پدerson، ۱۹۹۲).

یکی دیگر از مؤلفه‌های پژوهش حاضر هیجان‌خواهی بالا بود و نتایج به دست آمده نشان دهنده ارتباط بین هیجان‌خواهی بالا و اختلال نافرمانی مقابله‌ای است، در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان مطرح کرد که عوامل زیادی می‌تواند باعث آسیب‌پذیری بیشتر نوجوانان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای به اعتیاد شود، تحقیقات قبلی نشان داده است که کودکان دارای نافرمانی مقابله‌ای از هیجان‌خواهی بالاتری نسبت به همسالان برخوردار هستند. آپتر (۱۹۹۳) معتقد است بسیاری از رفتارهای به ظاهر بی‌معنا مانند خراب‌کاری، رفتارهای انحرافی و رفتارهای پرخاشگرانه که از ویژگی‌های بزهکاران هستند، در نتیجه نیاز انسان برای برانگیختگی است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۰). نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که افراد با مشکلات رفتاری از نظر هیجان‌خواهی در سطح بسیار بالایی قرار دارند (آشتون و لی، ۲۰۰۹). هیجان‌خواهی به صورت نیاز به تجارب و هیجان‌های متنوع، جدید و پیچیده و همچنین تمایل به پذیرش خطرات جسمی و اجتماعی برای دستیابی به این‌گونه تجارب تعریف شده است. از نظر زاكرمن رفتار هیجان‌خواهی نوعی نیاز به احساسات و تجربیات جدید؛ گوناگون و پیچیده است و شخص دارای چنین رفتاری حاضر است برای به‌دست آوردن این‌گونه تجربیات به اعمال مخاطره‌آمیز اجتماعی یا فیزیکی اقدام کند. هیجان‌خواهی می‌تواند، بر رفتار، ویژگی‌ها و اولویت‌های افراد اثر بگذارد. افراد دارای هیجان‌جویی به فعالیت‌هایی می‌پردازند که با تحرک و انگیزش زیادی همراه است (احمدی و الهی، ۱۳۹۳).

برای نمونه شرکت بیشتر نوجوانان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه‌های بزهکار را می‌توان به عنوان نمودی از هیجان‌خواهی بالای این نوجوانان مطرح کرد، چنانچه تحقیقات نیز نشان داده

1. Koval & Pederson
2. Ashton & lee

است کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای از سایر کودکان بیشتر به عضویت در گروه‌های بزهکار رغبت نشان می‌دهند و بعد از عضویت به علت در دسترس بودن مواد، داشتن دوستان معتاد و هم‌نوایی با همسالان این افراد بیشتر نسبت به اعتیاد آسیب‌پذیر می‌شوند. مطالعات مختلف نشان‌دهنده رابطه مثبت بین هیجان‌خواهی و اعتیاد است و مطالعه انجام شده در ایران نیز نشان داده است که افراد هیجان‌خواه آمادگی بالایی به اعتیاد دارند (زرگر، نجاریان و نامی، ۲۰۰۸).

مؤلفه دیگری که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت اضطراب و ارتباط آن با گرایش به اعتیاد بود و نتایج به دست آمده نشان‌دهنده ارتباط این مؤلفه با گرایش به اعتیاد است، اعتیاد نوعی آسیب اجتماعی است که ریشه در محرومیت‌های مزمن و طرد شدگی افراد و گروه‌های خاص در جوامع مختلف دارد و هزینه‌های زیادی را به جوامع تحمیل می‌کند (قاضی نژاد و ساوالان پور، ۲۰۰۹). اضطراب از جمله مواردی است که با اعتیاد ارتباط دارد و در تحقیقات انجام گرفته نیز مشخص شده است که ۱۷/۶ درصد افرادی که اضطراب دارند به اعتیاد گرایش دارند (اعصاریان و همکاران، ۲۰۰۴). تحقیقات انجام شده توسط رویستر، رویستر و خینگ^۱ (۲۰۰۷) نشان داده است که وابستگی به مواد اغلب با اختلالات اضطرابی همراه است.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین مطرح کرد که علاوه بر روابط مستقیمی که بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای و آسیب‌پذیری به اعتیاد وجود دارد می‌توان به عوامل میانجی نیز اشاره کرد، برای مثال، اضطراب باعث به وجود آمدن هم‌نوایی بیشتری می‌شود که به صورت مستقیم بر آسیب‌پذیری بر اعتیاد تأثیر دارد (اسپوهن^۲، ۲۰۰۷). هم‌نوایی حوزه نسبتاً وسیعی را شامل می‌شود و معمولاً به نوعی تسلیم در برابر نفوذ گروهی اشاره دارد (الیوت، ۲۰۰۸). هم‌نوایی یا هم‌رنگی جلوه‌ای از قدرت و نفوذ اجتماع است و می‌توان آن را به تسلیم شدن به فشارهای گروهی وقتی که تقاضای مستقیمی از سوی گروه در مورد هم‌رنگ شدن فرد با گروه ابراز نشده باشد تعریف کرد (کریمی، ۲۰۰۵). با توجه به مطالب مطرح شده افراد دارای اضطراب جهت جلوگیری از طرد

1. Roberts, Roberts & Xing
2. Spohn

شدن به وسیله گروه و اطرافیان با آن‌ها هم‌نوایی می‌کنند و اگر این فرد در معرض افراد و گروه‌های بزه‌کار قرار گیرد به احتمال زیاد دچار سوء‌مصرف مواد می‌شود.

باورها و نگرش‌های افراد درباره مواد و پیامدهای منفی و مثبت مصرف آن، در اصطلاح گرایش به مصرف مواد تعریف شده است (بلوس و میتو، ۲۰۰۳). گرایش به مصرف مواد رابطه مستقیم با حوزه‌های نگرشی افراد از قبیل درک آن‌ها از قانونی بودن و میزان پذیرش اجتماعی مواد، ضررهای ناشی از مصرف مواد و یا حالات و پیامدهای خوشایند مصرف مواد دارد (سارولا، ۱۹۸۸). نگرش مثبت به مواد متغیر دیگری که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت و نتایج به دست آمده از بالا بودن نگرش مثبت در نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به نوجوانان عادی بود. دلایل بسیاری در گرایش نوجوانان به مصرف مواد مخدر نقش دارد که از جمله آن‌ها، می‌توان به در دسترس بودن مواد، محیط مدرسه، محروم بودن محل زندگی، تأثیر رسانه‌ها (گانارسون، ۲۰۱۲)، وضعیت اقتصادی، شرایط خانوادگی، نحوه رابطه فرد با دیگران و نگرش مثبت به مواد مخدر اشاره کرد (شمسی ممندی، ضیام الدینی و شریفی یزدی، ۱۳۸۷). نگرش، زمینه‌ساز بسیاری از رفتارها از جمله رفتارهای پرخطر در انسان است و با شناخت و اندازه‌گیری آن می‌توان بسیاری از رفتارهای آینده افراد را پیش‌بینی نمود (هیلسون و مورای-وبستر، ۲۰۰۷). نگرش مثبت به مواد مخدر به تصورات غیر واقعی فرد نسبت به مصرف و خطرات و اثرات مواد مخدر، گفته می‌شود. نگرش مثبت به مواد مخدر یک سازه چند بُعدی است که از سه بُعد اثرات، مصرف و خطرات مواد مخدر تشکیل شده است. نگرش نسبت به اثرات استفاده از مواد مخدر به پیامدهای فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی مثبت حاصل از مصرف مواد مخدر اشاره دارد (دلاور، علیزاد و رضایی، ۱۳۸۳).

1. Boles & Miotto
2. Sarvela
3. Gunnarsson
4. Hillson & Murray-Webster

بُعد نگرش نسبت به خطرات استفاده از مواد مخدر به تصورات غیر واقعی فرد درباره خطرات آن اشاره دارد؛ برای نمونه، فردی که باور دارد که مواد مخدر فقط زمانی خطرناک است که مواد غیرخالص باشند، در واقع او تصویری غیرواقعی نسبت به خطرات استفاده از مواد مخدر دارد؛ بنابراین، چنین فردی نگرش مثبتی به استفاده از مواد مخدر دارد و اگر افرادی به او مواد مخدر بدهند و او را مطمئن کنند که مواد کاملاً خالص است، احتمال زیادی دارد که مواد را مصرف نماید. نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر به علاقه و تمایل فرد برای استفاده از مواد مخدر اشاره دارد که این علاقه بدون در نظر گرفتن اثرات مثبت (فیزیکی، روانی، اجتماعی) و صرف نظر از خطراتی است که برای او در پی دارد (گنجی، رهنمای نمین و شریفی، ۱۳۹۳). در نهایت نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتارهای پرخطر و اختلال نافرمانی مقابله‌ای گرایش به اعتیاد را بیشتر می‌کند و می‌توان به عنوان مسأله که در اعتیاد نقش دارد مورد توجه قرار گیرد. محدود بودن جامعه آماری به یک شهر و به جنس مذکر را می‌توان به عنوان محدودیت‌های پژوهش عنوان کرد که باعث می‌شود در تعمیم نتایج احتیاط بیشتری داشته باشیم، از سویی می‌توان پیشنهاد کرد که در بازه‌های سنی بالاتر و در جامعه آماری گسترده‌تر با شرکت دادن افراد مؤنث نیز این پژوهش را انجام داد.

منابع

- احمدی، محمدحسین و الهی، طاهره. (۱۳۹۳). رابطه هیجان‌خواهی و کاربری از امکانات جانبی تلفن همراه در دانشجویان دانشگاه زنجان. *فصلنامه فناوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی*، ۳ (۴)، ۱۰۷-۱۲۶.
- ارفع، مصطفی. (۱۳۸۲). *اعتیاد و تراژدی آن*. چاپ اول، شیراز: نشرات نوید شیراز.
- امینی، کوروش؛ امینی، داریوش؛ افشارمقدم، فاطمه و ماهیار، آذر. (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، *مجله علوم پزشکی زنجان*، ۴۵ (۱۱)، ۴۷-۴۱.

- حسینی، مهران؛ طباطبایی، محمود و آقامحمدیان، حمیدرضا. (۱۳۸۲). رابطه هیجان خواهی، برون‌گرایی و خشم در نوجوانان پسر بزه‌کار و عادی شهر تهران. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۲ (۴)، ۳۹-۲۱.
- دلاور، علی؛ علیزاده، ابراهیم و رضایی، علی‌محمد. (۱۳۸۳). ساخت و استانداردسازی آزمون نگرش سنج به مخدر و تعیین رابطه میان مؤلفه‌های فردی و خانوادگی با آن برای دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر تهران، *فصلنامه تعلیم و تربیت*، ۲ (۵)، ۵۱-۷۶.
- دهکردیان، پریسا؛ دلاور، علی و جلی، حمید رضا. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی آزمون تشخیص افراد در معرض اعتیاد در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی تهران، *اندازه‌گیری تربیتی*، ۶ (۲)، ۸۹-۱۱۰.
- شمسی‌میمندی، منظومه؛ ضیام‌الدینی، حسن و شریفی یزدی، علیرضا. (۱۳۸۷). عوامل موثر در گرایش به مواد مخدر از دیدگاه دانش‌آموزان دبیرستانی کرمان، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۳ (۱۲)، ۸۸-۸۰.
- عبدالحمیدی، کریم؛ احمدی، عزت‌اله؛ فتحی، آیت‌اله و عافی، ا. لیه. (۱۳۹۵). مقایسه مؤلفه‌های شخصیت در افراد معتاد به مواد مخدر و عادی، *فصلنامه دانش انتظامی آذربایجان شرقی*، ۵ (۵)، ۲۰، ۷۵-۹۱.
- قاسم‌پور، عبدالله؛ رمضانی، ولی‌الله و کلهری، عاطفه. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی در نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار، *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۳ (۳)، ۱۶۰-۱۵۳.
- گنجی، حمزه؛ رهنمای‌نمین، مریم و شریفی، حسن پاشا. (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش نوجوانان به اعتیاد براساس ویژگی‌های شخصیتی و شیوه‌های فرزندپروری به منظور ارائه مدلی برای پیشگیری، *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۳۳ (۹)، ۴۷-۵۶.
- مرعشی، سیدعلی؛ محرابیان، طاهره و طیبی، هاجر. (۱۳۹۳). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی، رضایت از زندگی و هوش معنوی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در شهرستان مهران. *دستاوردهای روانشناختی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱ (۲۱)، ۲۲۲-۲۰۳.
- میری آشتیانی، الهام. (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی اعتیاد در ایران امروز*، تهران: نشر مهاجر.

- مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱ (۶)، ۵۵۸-۵۲۹.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Armstrong, T. D. & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 12-24.
- Ashton, M. & Lee, M. (2009). Empirical theoretical and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Individual Differences*, 42, 1515-1526.
- Assarian, F. Omidi, A. & Akbari, H. (2004). Psychological and personality characteristics of young addicted subjects in Kashan. *KAUMS Journal (FEYZ)*, 8 (1), 37-42.
- Boles, S. M. & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 155-174.
- Burke, J. D. Waldman, I. & Lahey, B. B. (2010). Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 739-755.
- Dehkordian, P. Delavare, A. & Jalili, H. R. (2012). Preparing and normalization of addiction potential scale among students of Tehran universities. *Journal of Educational Measurement*, 6 (2), 1-24. (Persian)
- Delavare, A. Alizadeh, I. & Rezaie, A. M. (2004). Preparing and normalization of the optometrist attitude test and determining the relationship between personal and family components with high school students in Tehran, *Journal of Quarterly Education*, 4, 51-76. (Persian)
- Elliot, A. (2008). *Social Psychology*. Translated to Persian by: Shokrkon H. Tehran: Roshd Publication.
- Franques, P. Auriacombe, M. & Tignol, J. (2000). Addiction and personality. *Journal of Encephale*, 26, 68-78.
- Ganji, H. Rahnamaiy, M. & Pasha Sharifi, H. (2014). The Prediction of adolescence orientation to addiction, based on personality characteristics and parenting styles in order to present a model for prevention, *Journal of Clinical Psychology*, 8, 47-56. (Persian)
- Ghadiri Sourman Abadi, F. Abdolmohamadi, K. Babapur Kheiradin, J. & Ahmadi, E. (2016). Study of Vulnerability to Addiction With Regard to Self-Efficacy and Alexithymia in High School Students. *Practice in Clinical Psychology*, 4 (4), 221-228.
- Ghasempour, A. Ramzani, V. & Kalhori, A. (2014). The comparison of emotion regulation strategies in adolescents with oppositional defiant disorder and normal. *Journal of Alborz University of Medical Sciences*, 3 (3), 153-160. (Persian)
- Ghazinezhad, M. & Savalanpour, E. (2009). Social exclusion and addiction potential among female University students in Tehran. *Journal of Alborz University of Medical Science* 3 (3), 112-135. (Persian)

- Gopin, C. B. Berwid, O. Marks, D. J. Mlodnicka, A. & Halperin, J. M. (2013). ADHD preschoolers with and without ODD: do they act differently depending on degree of task engagement/reward? *Journal of Attention Disorders*, 17 (7), 608-619.
- Gunnarsson, M. (2012). Psychological factors associated with substance use in adolescents, unpublished doctoral dissertation, University of Gothenburg: Sweden.
- Hawkins, J. D. Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64.
- Hillson, D. A. & Murray-Webster, R. (2007). *Understanding and managing risk attitude*. Burlington Vt.: Grower Publishing Co.
- Hosseini, M. Tabatabaei, M. & Aghamohammadian, H. R. (2004). Relationship between excitement, extroversion and anger in delinquent adolescents and normal in Tehran. *Journal of Educational and Psychological Studies*, 2 (4), 21-39. (Persian)
- Izenwasser, S. & Cox, B. M. (1992). Inhibition of dopamine uptake by cocaine and nicotine: tolerance to chronic treatments. *Brain research*, 573 (1), 119-125.
- Kaplan, H. & Sadock B. (2003). *Synopsis of psychiatry*. 9th ed. New York: Williams and Wilkins.
- Kazdin, A. E. & Whitley, M. K. (2006). Comorbidity, case complexity, and effects of evidence-based treatment for children referred for disruptive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 455.
- Kelder S. H. Murray, N.G. Orpinas, P. Prokhorov, A. McReynolds, L. Zhang, Q & Roberts, R. (2001). Depression and substance use in minority middle-school students. *American Journal of Public Health*, 91, 761-766.
- Kim-Cohen, J. Caspi, A. Moffitt, T. E. Harrington, H. Miline, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709– 717.
- Koval, J. J. & Pederson, L. L. (1999). Stress-coping and other psychosocial risk factors: a model for smoking in grade 6 students. *Addictive behaviors*, 24(2), 207-218.
- Lerner, J. & Vicary, J. (1984). Difficult temperament and drug use: analysis from the New York longitudinal study. *Journal of Drug Education*, 14, 1–7.
- Loeber, R. Burke, J. D. & Pardini, D. A. (2009). Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 291-310.
- Marashi, A. Mehrabian, T. & Tayebi, H. (2014). Investigate the relationship between personality characteristics, spiritual intelligence and life satisfaction with potential Addiction in personnel of an industrial company in the city of Mehran. *Journal of Psychological Achievements*, 4 (1), 203-224. (Persian)
- Meymandi, M. Ziaeddini, H. & Yazdi, A. S. (2008). Opinion of high school students of Kerman towards affecting factors on narcotics tendency. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 3 (12), 88-80. (Persian)
- Minai, A. (2006). Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. *Research on Exceptional Children*, 6(119), 529-558. (Persian).

- Miri Ashtiani, E. (2006). *Sociology of Addiction in Iran*. Tehran: Mohajer Publication. (Persian)
- Oviedo-Joekes, E. Brissette, S. Marsh, D. C. Lauzon, P. Guh, D. Anis, A. & Schechter, M. T. (2009). Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *New England Journal of Medicine*, 361(8), 777-786.
- Palmer, E. J. (2007). Criminal Thinking. In D. Carson, B. Milne, F. Pakes, K. Shalev, & A. Sawyer (Eds.). *Applying Psychology to Criminal Justice*, 4, 147-165.
- Roberts, R. E. Roberts, C. R. & Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, S4-S13.
- Sarvela, P. D. & McClendon, E. J. (1988). Indicators of rural youth drug use. *Journal of Youth and Adolescence*, 17(4), 335-347.
- Spohn, C. (2007). The deterrent effect of imprisonment and offenders' stakes in conformity. *Crim. Justice Pol. Rev*, 18, 31-50.
- Steiner, H. & Remsing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 126-141.
- Sussen, S. (1996) Development of a school based drug abused prevention curriculum for high risk youths. *Journal of Behavioural Medicine*, 28(2):169-182
- Whitney, A. Brammer, B. & Steve, S. (2012). Impairment in children with and without ADHD: Contributions from oppositional defiant disorder and callous-unemotional traits. *Journal of Attention Disorders*, 16, 535-543.
- Yoshimasu, K. (2016). Substance related and addictive disorders connect ADHD with catastrophic life events: a mini review. *Current Drug Abuse Reviews*, 5, 12-29.

The comparison of vulnerability dimensions to addiction between student with and without oppositional defiant disorder

K. Abdolmohamadi¹, E. Ahmadi², A. Chobdary³ & M. Hosseinalizade⁴

Abstract

Vulnerability to addiction is one of the main components of the prediction of social health and addiction in adolescent. The purpose of this study was to compare the components of vulnerability to addiction between adolescents with and without Oppositional Defiant Disorder. The research design was a causal-comparative research. The statistical population of this study consisted of all male students' high school in Tabriz city in the academic year of 2016-2017 that Based on the Morgan sampling table, 500 were selected and were screened by the YSR (Youth Self-Report) then 40 students with Oppositional Defiant Disorder. And 40 Normal students were selected. In the next step, by using of Inci addiction questionnaire identified people at risk to addiction tendency in two groups. To investigate the research hypothesis, MANOVA test was used and the results showed there is a significant difference between the two groups in the components of the vulnerability to addiction (depression, positive attitude towards drugs, anxiety, and high excitement) and total score in confidence level of 0.99. This difference was in favor of without Oppositional Defiant Disorder. In other words, this test has determined that adolescents with Oppositional Defiant Disorder are more vulnerable to addiction. Early diagnosis and early intervention for Oppositional Defiant Disorder can reduce the likelihood of vulnerability to addiction among adolescents.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder, vulnerability to addiction, mal students

1. **Corresponding author:** lecturer of Payam Noor University, Tehran, Iran
(karim.abdolmohamadi@gmail.com)

2. Associate Professor of Psychology, Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

3. Ph.D of Psychology of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University

4. Ph.D of Psychology of Exceptional Children, University of Isfahan