مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و نهم، شماره هشتم، آبان ۱۴۰۰
تاریخ دریافت:۱۳۹۹/۱۱/۲۶
تاریخ پذیرش:۱۴۰۰/۰۱/۰۷

بررسی نقش اختلالات روانی در پیش‌بینی جستجوی درمان (درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه) در بین افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد شهرستان میبد

محمدعلی صادقی‌پور میبدی[۱]، محمد زارع نیستانک*[۱]، الهام فروزنده[۱]، سید مصطفی بنی‌طبا[۱]

مقاله پژوهشی

مقدمه: هدف از این پژوهش تعیین نقش اختلالات روانی در پیش‌بینی جستجوی درمان (درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه) بین افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد بود.

روش بررسی: روش پژوهش، تحلیلی و از نوع مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد (اپیوئیدی) شهرستان میبد است. شرکت‌کنندگان پژوهش شامل دو گروه افراد دچار اختلال سوءمصرف مواد غیر درمان‌خواه (۴۰ نفر) و گروه جستجوی درمان (۴۰ نفر) که با توجه به شرایط خاص این افراد به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، آزمون اختلالات روانی میلون بود و تجزیه و تحلیل دادها با استفاده از روش تحلیل رگرسیون لجستیک به کمک نرم‌افزار SPSS version 16 انجام گرفت.

نتایج: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اختلالات روانی قادر به پیش‌بینی وضعیت افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد در درمان‌خواه بودن و غیر درمان‌خواه بودن است. یافته‌ها نشان داد که افراد دارای اختلال سوءمصرف غیر درمان‌خواه دارای نمره بالاتری در اختلال شخصیت خودشیفته (B=۰/۲۷ ؛ Exp(B)=۱/۳۱) هستند که این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار است، اما گروه افراد دارای اختلال سوءمصرف درمان‌خواه دارای نمره بالاتری در اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی(B=-۰/۱۸؛ Exp(B)=۰/۸۳) و اختلال هذیانی(B=-۰/۵۰؛ Exp(B)=۰/۶۱) هستند که این تفاوت نیز به لحاظ آماری معنی‌دار است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اختلالات متفاوت روانی در بین دو گروه درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه وجود دارد که باید موردتوجه درمانگران قرار گیرد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند راه‌گشایی برای پژوهش‌های آتی در ارتباط با اختلالات همبود سوءمصرف مواد باشد و به محققان حوزه درمان اعتیاد مسیرهای جدید پژوهشی را ایجاد کند.

واژه‌های کلیدی: اختلالات روانی، سوءمصرف مواد، مصرف‌کنندگان درمان‌خواهی، مصرف‌کنندگان غیر درمان‌خواهی

ارجاع: صادقی‌پور میبدی محمدعلی، زارع نیستانک محمد، فروزنده الهام، بنی‌طبا سید مصطفی. **بررسی نقش اختلالات روانی در پیش‌بینی جستجوی درمان (درمان‌خواه و غیر درمان خواه) در بین افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد شهرستان میبد.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۰؛ ۲۹ (۸): ۴۵-۴۰۳۴.

۱-گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران.
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۲۷۲۰۵۸۴۳، پست الکترونیکی: Zarehneyestanak@yahoo.com، صندوق پستی: ۸۳۹۱۸۴۴۱۷۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]

مقدمه

اختلال سوءمصرف مواد عبارت است از نشانه‌هایی که با الگوی رفتاری استفاده از یک ماده یا مجموعه‌ای از مواد روان‌گردان ظاهر می‌شود. به بیان دیگر اختلال سوءمصرف مواد شامل مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و روان‌شناختی است که فرد علی‌رغم بروز مشکلات عدیده مربوط به مواد، مصرف مواد را ادامه می‌دهد. به عبارت دیگر، وابستگی به مواد مجموعه‌ای از پدیده‌های رفتاری، شناختی و روان‌شناختی را شامل می‌شود که در پی مصرف مکرر مواد روان‌گردان به‌وجود می‌آید. مشخصه اساسی آن میل شدید به مصرف ماده، مشکلاتی در زمینه کنترل مصرف، یا فشاری در ادامه مصرف ماده علیرغم پیامدهای مضر آن بیش بها دادن به مصرف مواد در مقایسه با فعالیت‌ها و مسئولیت‌های فردی، افزایش تحمل و بروز حالات محرومیت جسمی است (۱). هرگاه دو بیماری یا اختلال در یک شخص به‌صورت هم‌زمان یا پیاپی اتفاق بیافتد آن را همبودی می‌نامند (۲،۳). در خدمات بهداشت روان، همبودی اغلب به‌عنوان «تشخیص دوگانه» تلقی می‌شود، مانند هم‌زمانی اختلال مصرف مواد با اسکیزوفرنی یا سایر اختلال روان‌پریشی دیگر. اختلالات همبود ممکن است به‌طور هم‌زمان و متوالی رخ دهد. همبودی هم‌زمان زمانی اتفاق می‌افتد که دو یا چند اختلال هم‌زمان وجود داشته باشد، مانند اسکیزوفرنی وابستگی به الکل (۴). همبودی متوالی زمانی اتفاق می‌افتد که اختلالات در دوره‌های مختلف زندگی فرد رخ دهد، از راه‌هایی که ممکن است ازنظر علتی با یکدیگر ارتباط داشته باشند یا نداشته باشند. در زمینه اعتیاد، همبودی روانپزشکی به معنای هم‌زمانی یک یا چند اختلال روانی با یک یا چند اختلال در مصرف مواد در طی یک دوره زمانی خاص مانند یک سال یا در طول عمر است. پیچیدگی همبودی بین اختلالات مصرف مواد و اختلالات روانی همچنان یک چالش مهم برای پزشکان و محققان است (۴). این پیچیدگی به نوعی است که برای بسیاری از افرادی که اختلال مصرف مواد دارند تشخیص اختلالات روانی گذاشته می‌شود و این موضوع به‌صورت برعکس هم وجود دارد یعنی برای بسیاری از افراد با اختلالات روانی برایشان تشخیص اختلالات مصرف مواد هم گذاشته می‌شود (۵). پیمایش‌های انجام‌گرفته در ایالات‌متحده نشان داده که نیمی از کسانی که در طول زندگی‌شان اختلال روانی تجربه کرده‌اند تجربه اختلال مصرف مواد هم دارند و این نسبت به‌صورت معکوس هم وجود دارد (۳،۶). این عدد برای نوجوانان تا میزان ۶۰ درصد هم می‌رسد (۷). این سؤال که چرا اعتیاد با سایر اختلالات روانپزشکی همبودی بالا دارد، دهه‌هاست که موضوع تحقیقات علمی است. اهمیت بالینی این بیماری در اصطلاحات «تشخیص دوگانه» و «اختلالات هم‌زمان» منعکس‌شده است که به‌طور مختلف در مورد افرادی که هم اختلال اعتیاد دارند و هم اختلال روانپزشکی دیگری مانند افسردگی، اضطراب یا روان‌پریشی دارند، اعمال می‌شود (۱۰-۸). با توجه به مطالبی که ذکر شد تحقیقات مرتبط با اختلالات همبود در اعتیاد از مطالعات متمرکز بر نتایج مربوط به درمان گرفته تا افرادی که علت‌شناسی این اختلالات را بررسی می‌کنند (۱۵-۱۱)؛ هم‌چنین می‌توان گفت این تحقیقات غالباً بر محور اختلالات افسردگی و اضطراب بوده است (۱۶)، اما بدنه تحقیقات در حال رشد، تمایل به بررسی اختلالات خاص چون اختلال شخصیت و هم‌چنین دخیل بودن همبودی نقایص شناختی در اختلال سوءمصرف مواد را نشان می‌دهد (۱۰). یک ویژگی مهم اما کمتر شناخته‌شده از اختلال سوءمصرف مواد تفاوت بین خصوصیات کسانی که به‌دنبال درمان هستند در مقایسه با کسانی که به‌دنبال درمان نیستند، می‌باشد (۱۷). به عنوان مثال در اختلال مصرف الکل فقط ۸/۴٪ از مبتلایان تحت درمان قرار می‌گیرند و دلایل این امر پیچیده است و از عوامل مختلف اجتماعی و فردی ناشی می‌شود (۱۷،۱۸). طبق مدل باور بهداشتی (۱۹) و مدل‌های استرس و مقابله (۲۰)، عوامل مهم در تصمیم‌گیری برای درمان اعتیاد، عواقب شدیدتر اعتیاد و شدت بیماری است (۱۷). علاوه بر این، افراد دارای اعتیاد که به سیستم قانونی و کیفری مراجعه می‌کنند، اغلب مجبور به درمان هستند (۱۷). در مقابل این موارد، موانعی برای جستجوی درمان مانند مقاومت در برابر کاهش مصرف مواد و الکل، هزینه، انگ اعتیاد و دسترسی به درمان، وجود دارد (۲۱، ۱۸). تحقیقات

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]

همه‌گیرشناسی عوامل مرتبط با رفتار درمان‌خواهی را در افراد دچار اعتیاد شناسایی کرده است که شامل سن بالاتر، جنسیت مرد، نژاد غیر سفید و هم‌چنین وضعیت بیکار یا مجرد می‌باشند (۲۲). نتایج پژوهش‌ها در رابطه بین پیامدهای اجتماعی و تمایل به درمان متفاوت است، با مطالعاتی که تأثیر مثبت، منفی یا هیچ تأثیری بر ورود به درمان را نشان دادند (۲۳، ۲۲ ،۲۰). اختلال در حافظه و عملکرد نیز با کاهش انگیزه برای درمان در افراد دارای اختلال سوءمصرف همراه است (۲۴). برخی از محققان به نقش اضطراب در افراد دارای اختلال سوءمصرف غیر درمان‌خواه اشاره کردند (۲۵)، برخی از محققان به نقش اختلالات همبود نیز در گرایش افراد دارای اختلال سوءمصرف به سمت درمان اشاره کردند (۲۶). نتایج پژوهش‌ها نشان از میزان بالای همبودی اختلال مصرف مواد و اختلالات اضطرابی شامل اختلال اضطرابی منتشر، اختلال پانیک و اختلال استرس پس از حادثه دارد (۲۷،۲۸). اختلال مصرف مواد همچنان با شیوع بالایی همبودی با افسردگی و اختلالات دوقطبی (۳۰-۲۸)، بیش‌فعالی و نقص توجه (۳۲، ۳۱)، بیماری‌های سایکوتیک (۳۴، ۳۳)، اختلال شخصیت مرزی (۳۵) و اختلال شخصیت ضداجتماعی دارد (۳۶، ۳۴). بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی میزان بسیار بالاتری از مصرف الکل، سیگار و اختلال مصرف دارو مواد نسبت به جمعیت عادی دارند (۳۷) هم‌پوشانی اصلی در واقع در بیماری‌های شدید روانی مثل افسردگی شدید، اسکیزوفرنی، اختلالات دوقطبی و بیماری‌هایی که اختلالات کارکردی شدید دارند است. حدود یک نفر از هر چهار نفر این گروه درگیر اختلال مصرف مواد هستند. در مدل عصبی-شناختی کودی و روکوکو (۲۰۲۰) در سطح عصبی شناختی، این علائم و صفات تا حدی تحت‌تأثیر کارکردهای اجرایی‌ها قرار می‌گیرند که رفتارهای هدفمند انطباقی را تسهیل می‌کنند و به تصمیم‌گیری مؤثر کمک می‌کنند (۱۰). هنگامی‌که این عملکردهای شناختی مختل می‌شود احتمال شروع مصرف مواد افزایش می‌یابد و در نتیجه استفاده از مواد می‌تواند اثرات مخربی بر روی شناخت و اختلالات روانی در سطح شناخت داشته باشد. مدل عصبی‌شناختی کودی و روکوکو تلاش می‌کند تا این یافته‌ها را با استفاده از یک مرجع عصبی شناختی تلفیق کند. پژوهش حاضر نیز با الهام از مدل کودی و روکوکو (۲۰۲۰) اختلالات روانی همچون اختلالات شخصیتی، افسردگی، هذیانی و اضطراب را به لحاظ روان‌شناختی همبود با اختلال مصرف مواد در معتادان در نظر گرفته و هم‌چنین فرض را بر این قرار داده که این اختلالات در گروه معتادان درمان‌خواه نسبت به گروه غیر درمان‌خواه به گونه‌ای متفاوت می‌باشند. به‌طوری‌که اختلالات روانی همبود قادر به پیش‌بینی جستجوی درمان در بین افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد است.

روش بررسی

پژوهش حاضر به لحاظ روش‌شناسی توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی می‌باشد. این روش به‌صورت علی مقایسه‌ای برای مقایسه همبودی نقایص شناختی در دو گروه (معتادان در جستجوی درمان و گروه غیر درمان‌خواه) استفاده شد جامعه آماری پژوهش تمام افراد معتاد به مواد مخدر اپیوییدی شهرستان میبد در سال ۱۳۹۹ است. این افراد بر اساس معیارهای ورود به پژوهش ازجمله، تشخیص اختلالات روانی و نقایص شناختی بر اساس مصاحبه بالینی، داشتن تحصیلات حداقل سیکل و بالاتر و مصرف‌کننده مواد مخدر اپیوییدی حداقل به مدت دو سال بودند. حجم نمونه ۸۰ نفر انتخاب شدند. این حجم نمونه در مطالعات تجربی و علی-مقایسه ای حجم کافی به نظر می‌رسد که بر اساس ارزیابی حجم نمونه در پرتو امکانات (۳۸) طبق فرمول زیر، حجم ۸۰ نفر نیز برآورد مناسبی است.

$$n = (T-K)/ c$$

T= (بودجه انجام پژوهش) ۴۰۰۰۰۰۰۰ ریال

K= (هزینه‌های مستقل از حجم نمونه) ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال

c = (هزینه سرانه آمارگیری و انجام آزمون‌ها) ۴۰۰۰۰۰ ریال

نمونه‌های گروه غیر درمان‌خواه شامل ۴۰ نفر از افرادی بودند که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند که تاکنون برای درمان اعتیاد خود مراجعه‌ای نداشته و هم‌اکنون نیز متقاضی درمان نبودند؛ بنابراین به دلیل شرایط خاص این افراد به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس به شیوه غیر تصادفی زنجیره‌ای انتخاب

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]

شدند. گروه معتادان در جستجوی درمان نیز ۴۰ نفر که برای درمان به مراکز سرپایی مراجعه کرده بودند. به منظور رعایت اصول اخلاقی در ابتدا توضیحاتی برای پژوهش مطرح و رضایت‌نامه‌ای برای اختیاری بودن شرکت برای پژوهش به آزمودنی‌ها و مراکز درمانی ارائه شد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش آزمون بالینی چند محوری میلون Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III) بود.

آزمون بالینی چند محوری میلون_۳(MCMI_III)

یک مقیاس خود سنجی با ۱۷۵ گویه بلی/ خیر که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. این آزمون بر اساس مدل آسیب‌شناسی روانی میلون (۱۹۶۹/ ۱۹۸۳) ساخته شده است و دو بار از زمان انتشار آن، تجدیدنظر شده است. MCMI یکی از پرکاربردترین آزمون‌های روانی است که به چندین زبان ترجمه‌شده است و در تحقیقات بین فرهنگی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. نسخه سوم آزمون در سال ۱۹۹۴ تجدیدنظر و در گردهمایی انجمن روان‌شناسی آمریکا معرفی شد، این فرم در ایران توسط شریفی ترجمه و در سال ۱۳۸۱ در اصفهان هنجاریابی شد (۳۹). میلون در اصل یک ابزار تشخیصی برای ارزیابی اختلالات شخصیت است. از این‌رو قسمت عمده پژوهش‌های MCMI به پژوهش در مورد روایی هم‌زمان و همگرا در ارزیابی اختلالات شخصیت پرداخته‌اند. روایی آزمون از طریق تحلیل عاملی تائید شده است و اعتبار آن از طریق همسانی درونی مورد باز آزمایی قرارگرفته است. به‌طوری‌که میزان ضریب باز آزمایی بالایی با میانه ۹۱٪ برای میلون سه گزارش‌شده است (۳۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی به روش همسانی درونی برای کل مقیاس از طریق آلفای کرونباخ انجام گرفت که این شاخص آلفای ۰/۸۹ را نشان می‌دهد که در سطح مناسبی قرار دارد.

تجزیه و تحلیل آماری

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS version16 و هم‌چنین روش رگرسیون لجستیک استفاده شد چون متغیر ملاک دو مقوله‌ای است (درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه). در پژوهش حاضر متغیر پیش‌بین نقش اختلالات روانی همبود با اختلال سوءمصرف مواد (افسردگی اساسی، اختلال هذیانی، اختلال اضطراب، شخصیت مرزی، شخصیت ضداجتماعی، شخصیت خودشیفته و نمایشی) و متغیر ملاک وضعیت معتادان (درمان‌خواه=۰ و غیر درمان‌خواه=۱) هست. از مفروضه‌های این روش تحلیل آماری این است که هم خطی چندگانه Multicollinearity کامل وجود نداشته باشد که در پژوهش حاضر برای تشخیص هم خطی چندگانه مقدار اغماض- مقدار اغماض (tolerance value) اندازه‌ای برای نشان دادن همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین است و می‌تواند بین صفر و یک در تغییر باشد و شاخص VIF دیگری است که می‌تواند جانشین هم‌خطی شود (در واقع عکس مقدار اغماض است) که در آن مقادیر بزرگ نشان‌دهنده ارتباط قوی بین متغیرهای پیش‌بین می‌باشد گزارش می‌شود که نتایج آن در جدول (۳) نشان داده‌شده است. خطاهای خاص نباید وجود داشته باشد (همه متغیرهای پیش‌بین مرتبط وارد شوند و پیش‌بین‌های نامربوط کنار گذاشته شوند). متغیرهای مستقل باید در مقیاس پاسخ تراکمی یا جمع‌پذیر، فاصله‌ای یا سطح نسبی اندازه‌گیری شده باشند (هرچند که متغیرهای دو مقوله‌ای نیز می‌توانند مورداستفاده قرار گیرند)، مفروضه‌های مورد نظر در پژوهش حاضر در وضعیت مناسبی قرار دارد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این مطالعه، توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان مورد تائید قرارگرفته است (کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1399.268).

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی

جدول (۱) اطلاعات توصیفی شرکت‌کنندگان پژوهش در ارتباط با وضعیت تأهل و قومیت را نشان می‌دهد. در ارتباط با وضعیت تأهل می‌توان گفت بیشترین فراوانی مربوط به وضعیت متأهل است که تعداد ۶۰ نفر و ۷۵ درصد از شرکت‌کنندگان را به خود اختصاص داده است. در ارتباط با قومیت هم باید گفت که اکثر شرکت‌کنندگان پژوش را قومیت فارس تشکیل می‌دهند که ۷۸ نفر و ۹۷٪ را به خود اختصاص داده‌اند. جدول (۲)

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]

اطلاعات توصیفی شرکت‌کنندگان پژوهش در مربوط به سن و هم‌چنین سال‌های اشتغال به تحصیل را نشان می‌دهد که شامل اطلاعاتی چون میانگین و انحراف استاندارد است. نتایج تحلیل لجستیک نشان داد که به‌طورکلی مدل مبتنی بر مؤلفه‌های ۷ گانه اختلالات روانی در مقایسه با مدل منحصر به مقدار ثابت به‌طور معنی‌داری به پیش‌بینی بهتر منجر می‌شود (۰/۰۰۰۱ =p، ۴۶ =N، ۱۰) X2 =۳۷.۵۶ است. از این یافته می‌توان نتیجه گرفت که مدل به‌طورکلی معنی‌دار است. نتایج آزمون هاسمر و لمشو را نشان می‌دهد که مقدار سطح معنی‌داری بالای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر مبنی بر توزیع قابل‌قبول داده‌ها توسط مدل تائید می‌شود. جدول (۳)، اطلاعات توصیفی متغیرهای پیش‌بین در مدل لجستیک را نشان می‌دهد. این اطلاعات شامل میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد میانگین است. نتایج آزمون هاسمر و لمشو را نشان می‌دهد که مقدار سطح معنی‌داری بالای ۰/۰۵ است، لذا فرض صفر مبنی بر توزیع قابل‌قبول داده‌ها توسط مدل تائید می‌شود. نتایج مربوط به سه آماره لگاریتم درست‌نمایی و ضریب تعیین کاکس و نل و ضریب تعیین ناگل کرک را نشان می‌دهد. این ضرایب تقریب‌های ضریب تعیین در رگرسیون خطی هستند که در رگرسیون لجستیک استفاده می‌شوند. همان‌طور که مشاهده می‌شود در دو آماره کاکس و نل و نایگل کرک به ترتیب ۰/۳۷۵ و ۰/۵۰۰ هست. این ضرایب نشان می‌دهند که متغیر مستقل این تحقیق توانسته‌اند بین ۳۷ تا ۵۰ درصد از تغییرات را در طبقه معتادان درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه تبیین کنند. جدول (۴) که جدول طبقه‌بندی نام دارد به ما کمک می‌کند تا از طریق ترسیم توافقی پاسخ‌ها در طبقات مشاهده شده و مورد انتظار عملکرد مدل و قدرت تفکیک افراد در طبقات متغیر وابسته را ارزیابی کنیم. با توجه به نتایج جدول (۴)، مدل چهار مرحله رگرسیون لجستیک می‌تواند وضعیت طبقه معتادان (درمان‌خواه / غیر درمان‌خواه) را در ۷۸/۸ درصد موارد به‌درستی پیش‌بینی کند. موفقیت پیش‌بینی در مورد افراد شرکت‌کننده در پژوهش بالا بود. نرخ موفقیت کلی ۷۹٪ است که نسبت موفقیت بالایی ارزیابی می‌شود. جدول (۵) در ضمن ارائه خلاصه‌ای از نقش هر متغیر در مدل، نشان می‌دهد که کدام متغیرها بعد از اجرای رگرسیون لجستیک در مدل معنی‌دار است. این جدول مهم‌ترین جدول در تفسیر نتایج مربوط به معنی‌داری و میزان تأثیر هر متغیر مستقل به متغیر وابسته هست. برآورد ضرایب رگرسیون (B)، خطای استاندارد (S.E)، آزمون والد (احتمال معنی‌داری)، نسبت شانس (Exp(B)) را در مورد هر یک از متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد. نتایج جدول (۵) نشان‌دهنده آن است که از بین این هفت مؤلفه اختلالات روانی، سه اختلال هذیانی (p=۰/۰۲۶) Wald=۴/۹۷، اختلال شخصیت ضداجتماعی (p=۰/۰۳) Wald=۴/۷۳ و اختلال شخصیت خودشیفته (p=۰/۰۳۸) ۴/۳۲ = Wald اثر معنی‌داری برای مدل دارد و سایر مؤلفه‌ها اثر غیر معنی‌دار دارند و برای پیش‌بینی سودمند نیستند. اختلال هذیانی دارای اثر معنی‌داری بر متغیر درمان‌خواهی و غیر درمان‌خواه بودن معتادان بوده است. با توجه به برآورد (B=-۰/۵۰) و نسبت شانس که برای این متغیر Exp(B)=۰/۶۰۷ به‌دست‌آمده است و با کنترل سایر متغیرها با افزایش یک واحد در نمره اختلال هذیانی شانس درمان‌خواهی به‌اندازه ۰/۶۱افزایش می‌یابد؛ یعنی معتادان با اختلال هذیانی با احتمال بیشتری (به نسبت ۰/۶۱) در طبقه درمان‌خواه نسبت به طبقه غیر درمان‌خواه قرار خواهند گرفت. اختلال شخصیت ضداجتماعی دارای اثر معنی‌داری بر متغیر درمان‌خواهی و غیر درمان‌خواه بودن معتادان بوده است. با توجه به برآورد (B=۰/۱۸-) و نسبت شانس که برای این متغیر Exp(B)=۰/۸۳ به‌دست‌آمده است، با کنترل سایر متغیرها با افزایش یک واحد در نمره اختلال شخصیت ضداجتماعی شانس درمان‌خواهی به‌اندازه ۰/۸۳ افزایش می‌یابد؛ یعنی معتادان با اختلال شخصیت ضداجتماعی با احتمال بیشتری (به نسبت ۰/۸۳) در طبقه درمان‌خواه قرار خواهند گرفت. اختلال شخصیت خود شیفته دارای اثر معنی‌داری بر متغیر درمان‌خواهی و غیر درمان‌خواه بودن معتادان بوده است. با توجه برآورد (B=۰/۲۷) و نسبت شانس برای این متغیر Exp(B)=۱/۳۰ به‌دست آمده است، با کنترل سایر متغیرها با افزایش یک واحد در نمره اختلال شخصیت خود شیفته درمان‌خواهی به‌اندازه ۱/۳۰۷ کاهش می‌یابد؛ یعنی معتادان با اختلال شخصیت خودشیفته با احتمال بیشتری (به نسبت۱/۳۰) در طبقه غیر درمان‌خواه قرار خواهند گرفت.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]

جدول ۱: اطلاعات توصیفی مربوط به وضعیت تأهل و قومیتی شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیر	طبقه	فراوانی(درصد)
وضعیت تأهل	متأهل	۶۰(۷۵٪)
	بیوه	۱(۱/۳٪)
	جداشده	۸(۱۰٪)
	مجرد	۱۱(۱۳/۸٪)
قومیت	آذری	۱(۱/۳٪)
	کرد	۱(۱/۳٪)
	فارس	۷۸(۹۷/۵٪)
	کل	۸۰(۱۰۰٪)

جدول ۲: اطلاعات توصیفی مربوط به سن و وضعیت تحصیلی شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیر جمعیت شناختی	گروه موردمطالعه	میانگین±انحراف معیار
سن	غیر درمان‌خواه	۳۵/۷۵(±۱۰/۶۷)
	درمان‌خواه	۳۶/۹۳(±۶/۲۴)
	کل	۳۶/۳۴(±۸/۷۱)
سال‌های اشتغال به تحصیل	غیر درمان‌خواه	۱۱/۸۰(±۲/۵۱)
	درمان‌خواه	۱۱/۳۳(±۱/۸۲)
	کل	۱۱/۵۶(±۲/۱۹)

جدول ۳: اطلاعات توصیفی متغیرهای پیش‌بین و خلاصه نتایج نقش هر متغیر در مدل لجستیک

اختلالات روانی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	شاخص‌های هم خطی چندگانه		نسبت شانس (Exp(B))	حتمال ۹۵٪ نسبت شانس		سطح معنی‌داری (Sig)
					Tolerance	VIF				
افسردگی اساسی	درمان‌خواه	۵/۳۰	۴/۶۳	۰/۷۳	۰/۴۶۷	۲/۱۴	۰/۹۰	۰/۷۰	۱/۱۴	۰/۳۷
	غیر درمان‌خواه	۳/۰۳	۲/۷۹	۰/۴۴						
اختلال هذیانی	درمان‌خواه	۳/۸۸	۲/۷۴	۰/۴۳۳	۰/۴۵۹	۲/۱۸	۰/۶۰	۰/۳۹	۰/۹۴	۰/۰۲
	غیر درمان‌خواه	۲/۱۰	۱/۵۱	۰/۲۴۰						
اختلال اضطراب	درمان‌خواه	۵/۷۳	۴/۰۷	۰/۶۴۴	۰/۵۳۳	۱/۸۷	۰/۹۰	۰/۷۱	۱/۱۳	۰/۳۶
	غیر درمان‌خواه	۳/۱۰	۲/۵۸	۰/۴۰۸						
شخصیت مرزی	درمان‌خواه	۶/۹۵	۳/۱۴	۰/۴۹	۰/۵۰	۱/۹۸	۰/۸۲	۰/۶۲	۱/۰۸	۰/۱۵
	غیر درمان‌خواه	۴/۵۰	۲/۱۷	۰/۳۴						
شخصیت ضداجتماعی	درمان‌خواه	۱۱/۲۰	۴/۴۴	۰/۷۰	۰/۶۸	۱/۴۶	۰/۸۳	۰/۷۰	۰/۹۸	۰/۰۳
	غیر درمان‌خواه	۷/۵۳	۳/۰۱	۰/۴۷						
شخصیت خودشیفته	درمان‌خواه	۱۲/۹۸	۵/۳۸	۰/۸۵	۰/۳۲	۳/۱۰	۱/۳۰	۱/۰۱	۱/۶۸	۰/۰۴
	غیر درمان‌خواه	۱۳/۷۳	۲/۸۶	۰/۴۵						
شخصیت نمایشی	درمان‌خواه	۱۲/۹۳	۵/۸۲	۰/۹۲	۰/۲۹	۳/۴۴	۰/۸۱	۰/۶۵	۱/۰۲	۰/۰۷۲
	غیر درمان‌خواه	۱۴/۰۰	۳/۸۳	۰/۶۰						

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]

جدول ۴: طبقه‌بندی درصد پیش‌بینی درست وضعیت درمانخواه از غیر درمان‌خواه

مشاهده‌شده		پیش‌بینی‌شده (نمره برش ۰/۵۰۰) وضعیت درمان‌خواه	غیر درمان‌خواه	درصد پیش‌بینی درست
وضعیت	درمان‌خواه	۳۱	۹	۷۷/۵
	غیر درمان‌خواه	۸	۳۲	۸۰
درصد پیش‌بینی درست به‌طورکلی				۷۸/۸

بحث

هدف از این پژوهش تعیین اختلالات روانی همبود در معتادان تحت درمان و غیر درمان‌خواه است. نتایج نشان داد که از بین ۷ مؤلفه سه اختلال هذیانی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت خود شیفته اثر معنی‌داری برای مدل دارد و سایر مؤلفه‌ها اثر غیر معنی‌دار دارند و برای پیش‌بینی سودمند نیستند. در ارتباط با اختلال هذیانی با توجه به برآورد انجام‌شده معتادان با اختلال هذیانی با احتمال بیشتری در طبقه درمان‌خواه نسبت به طبقه غیر درمان‌خواه قرار خواهند. در تبیین این یافته باید گفت که از آنجا که وجود اختلال هذیانی نشان‌دهنده شدت علائم اختلال در فرد است می‌توان بر اساس طبق مدل باور بهداشتی (۱۹) و مدل‌های استرس و مقابله (۲۰)، عوامل مهم در تصمیم‌گیری برای درمان اعتیاد، عواقب شدیدتر اعتیاد و شدت علائم اختلال در نظر گرفت که با شدت گرفتن علائم هذیانی در افراد دچار اختلال سوءمصرف مواد فرد ترغیب به جستجوی درمان می‌شود و این خود می‌تواند یکی از دلایل فرد معتاد برای جستجوی درمان باشد که فرد را در طبقه درمان‌خواه قرار می‌دهد در حالیکه علائم کم در اختلال هذیانی می‌تواند خود را در کاهش شدت اختلال در فرد نشان دهد وقتی فرد معتاد شدت علائم را در خود حس نکند کمتر به دنبال درمان اختلال سوءمصرف مواد در خود می‌رود. نتایج برخی از پژوهش‌ها همسو با نتایج پژوهش حاضر است (۲۷). در ارتباط با اختلال شخصیت ضداجتماعی همان‌طور که برآورد نشان داد که معتادان با نمره بالاتر در اختلال شخصیت ضداجتماعی با احتمال بیشتری در طبقه درمان‌خواه قرار خواهند گرفت که با پژوهش کامپتون، فلورز-سالامانکا همسو است (۳۶، ۳۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت همبودی اختلال شخصیت ضداجتماعی از دو جهت می‌تواند منجر به افزایش شانس قرار گرفتن در طبقه درمان‌خواه شود. در وهله اول بالا بودن علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی خود نشان‌دهنده شدت اختلال است که بر طبق مدل باور بهداشتی (۱۹) و مدل‌های استرس و مقابله (۲۰)، عوامل مهم در تصمیم‌گیری برای درمان اعتیاد، است؛ بنابراین اختلالات ضداجتماعی اغلب نشان‌دهنده مشکلات حاد روانی در فرد است که این مشکلات می‌تواند در سطح روابط اجتماعی ظاهرشده و فرد را به سمت درمان متمایل سازد. از سویی دیگر می‌توان گفت همان‌طور که برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند، آن دسته از معتادانی که به سیستم قانونی و کیفری مراجعه می‌کنند، اغلب مجبور به درمان هستند (۱۷). لذا می‌توان این‌گونه استدلال نمود که با توجه به این مسئله که رفتارهای ضداجتماعی ناشی از اختلالات شخصیت ضداجتماعی در بین معتادان احتمال برخورد قانونی و کیفری در بین این معتادان را بالا برده و لذا بیشتر احتمال دارد که به‌طور اجباری از طرف مراجع قانونی تحت درمان اجباری قرار گیرند (۱۷). طبق مدل باور بهداشتی (۱۹) و مدل‌های استرس و مقابله (۲۰)، عوامل مهم در تصمیم‌گیری برای درمان اعتیاد، عواقب شدیدتر اعتیاد و شدت بیماری است. علاوه بر این، افراد دارای اعتیاد که به سیستم قانونی و کیفری مراجعه می‌کنند، اغلب مجبور به درمان هستند. در مقابل این موارد، موانعی برای جستجوی درمان مانند مقاومت در برابر کاهش مصرف مواد و الکل، هزینه، انگ اعتیاد و دسترسی به درمان، وجود دارد (۲۱، ۱۸). در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]

ارتباط با اختلال شخصیت خودشیفته نیز یافته‌ها نشان داد که معتادان با اختلال شخصیت خودشیفته با احتمال بیشتری در طبقه غیر درمان‌خواه قرار خواهند گرفت. از آنجاکه اختلال شخصیت خودشیفته نیز شامل علائمی همچون خود بزرگ‌بینی (در خیال‌پردازی و یا در رفتار)، نیاز به تحسین توسط دیگران و هم‌چنین فقدان هم‌حسی است و در موقعیت‌های مختلف خود را نشان می‌دهند (۱). ویژگی اصلی این اختلال یک احساس کاذب از اهمیت شخصی و تکبر در موقعیت‌ها و توانایی‌ها است که نسبت به آن مبالغه کرده و انتظار دارد همگان صرف‌نظر از موقعیت‌هایش او را از همه بالاتر بدانند، این ویژگی‌ها در افراد باعث کاهش تمایل فرد به درمان می‌شود و نوعی فرد خودشیفته بیشتر به نیازهای خود توجه می‌کند و تمایلی به درمان نشان نمی‌دهد، به‌طوری‌که از دیگر ویژگی‌های اختلال شخصیت خودشیفته احساسی اغراق‌آمیزی از حق‌به‌جانبی است و به‌طور مکرر مشکلات خود را نادیده گرفته و به دیگران و جامعه فرافکنی می‌کند، بنابراین این افراد به نظر می‌رسد با توجه به این ویژگی تمایل کمتری به درمان از خود نشان دهند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اختلالات روانی قادر به پیش‌بینی وضعیت افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد در درمان‌خواه بودن و غیر درمان‌خواه بودن است. نتایج نشان داد که افراد دارای اختلال سوءمصرف غیر درمان‌خواه دارای نمره بالاتری در اختلال شخصیت خودشیفته هستند که این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار است، اما گروه افراد دارای اختلال سوءمصرف درمان‌خواه دارای نمره بالاتری در اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی و اختلال هذیانی هستند که این تفاوت نیز به لحاظ آماری معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اختلالات متفاوت روانی در بین دو گروه درمان‌خواه و غیر درمان‌خواه وجود دارد که باید موردتوجه درمانگران قرار گیرد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند راه گشایی برای پژوهش‌های آتی در ارتباط با اختلالات همبود سوءمصرف مواد باشد و به محققان حوزه درمان اعتیاد مسیرهای جدید پژوهشی را ایجاد کند.

محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر به‌صورت علی مقایسه صورت پذیرفته و لذا از کنترل برخی از متغیرها مزاحم ناتوان بود لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده به با استفاده از روش‌های آزمایشی یا تجربی به کنترل متغیرهای مداخله‌کننده بپردازند. پژوهش حاضر با توجه به دسترسی محدود به افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد روی نمونه کوچک انجام گرفت، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد و جهت رفع این محدودیت پیشنهاد می‌گردد پژوهش گران آینده پژوهش این پژوهش را روی نمونه‌های گسترده‌تر که نماینده واقعی‌تر برای جامعه افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد هستند، اجرا کنند تا نتایج قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشد.

سپاس‌گزاری

پژوهش حاضر استخراج‌شده از پایان‌نامه دکتری می‌باشد. از کلیه افرادی که در اجرای هر چه بهتر پژوهش، همکاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

حامی مالی: ندارد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]

References:

1- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI. ***Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.*** 10 th Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017: 339-40.

2- Santucci K. ***Psychiatric Disease and Drug Abuse***. Curropinpediatr 2012; 24(2): 233-7.

3- Ross S, Peselow E. ***Co-Occurring Psychotic and Addictive Disorders: Neurobiology and Diagnosis***. Clinneuropharmacol 2012; 35(5): 235-43.

4- Hall W, Degenhardt L, Teesson M. ***Reprint of "Understanding Comorbidity Between Substance Use، Anxiety and Affective Disorders: Broadening the Research Base***". Addictive Behaviors 2009; 34(10): 795-9.

5- Haghighi MM, Yavarian R. ***Frequency of Mental Disorders in Substance-Abusing Inpatients in Urmia Psychiatric Center***. Nurs Midwifery J 2015; 13(6): 553-62. [Persian]

6- Kelly TM, Daley DC. ***Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders***. Soc Work in Public Health 2013; 28(3-4): 388-406.

7- Hser YI, Grella CE, Hubbard RL, Hsieh SC, Fletcher BW, Brown BS, et al. ***An Evaluation of Drugtreatments for Adolescents in 4 US Cities***. Arch Gen Psychiatry 2001; 58(7): 689-95.

8- Kessler RC. ***The Epidemiology of Dual Diagnosis***. Biol Psychiatry 2004; 56 (10): 730-7.

9- Khan S. ***Concurrent Mental and Substance Use Disorders in Canada***. Health Rep 2017; 28(8): 3-8.

10- Koudys JW, Ruocco AC. ***A Neurocognitive Model of the Comorbidity of Substance Use and Personality Disorders***. Cognition and Addiction 2020: 79-89.

11- Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. ***The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women***. Arch Gen Psychiatry 2003; 60(9): 929-37.

12- Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ, Carlson SR, Iacono WG, Mcgue M. ***Etiologic Connections among Substance Dependence, Antisocial Behavior and Personality: Modeling the Externalizing Spectrum***. J Abnorm Psychol 2002; 111(3): 411-24.

13- Krueger RF, Markon KE. ***Reinterpreting Comorbidity: A Modelbased Approach to Understanding and Classifying Psychopathology***. Annu Rev Clin Psychol 2006; 2: 111-33.

14- Van Den Bosch LM, Verheul R. ***Patients with Addiction and Personality Disorder: Treatment Outcomes and Clinical Implications.*** Curr Opin Psychiatry 2007; 20(1): 67-71.

15- Newton-Howes, GM, Foulds JA, Guy NH, Boden JM, Mulder RT. ***Personality Disorder and Alcohol Treatment Outcome: Systematic Review and Meta-Analysis.*** Br J Psychiatry 2017; 211(1): 22-30.

16- Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. ***Prevalence of Comorbid Substance Use, Anxiety and Mood Disorders in Epidemiological Surveys, 1990e2014: A Systematic Review and Meta-Analysis***. Drug Alcohol Depend 2015; 154: 1-3.

17- Rohn MCH, Lee MR, Kleuter SB, Schwandt ML, Falk DE, Leggio L. ***Differences between Treatment-Seeking and Nontreatment-Seeking Alcohol-Dependent Research Participants: An Exploratory***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]

Analysis. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2017; 41(2): 414-20.

18- Xu J, Rapp RC, Wang J, Carlson RG. ***The Multidimensional Structure of External Barriers to Substance Abuse Treatment and its Invariance Across Gender. Ethnicity and Age***. Subst Abus 2008; 29: 43-54.

19- Bardsley PE, Beckman LJ***. The Health Belief Model and Entry into Alcoholism Treatment***. Int J Addict 1988; 23 (1): 19-28.

20- Finney JW, Moos RH***. Entering Treatment for Alcohol Abuse: A Stress and Coping Model.*** Addiction 1995; 90(9): 1223-40.

21- Andereasson S, Finn SW, Bakshi AS. ***Barriers to Treatment for Alcohol Dependence: A Qualitative Study***. Addict Sci Clin Pract 2013; 8: A5.

22- Weisner C. ***toward an Alcohol Treatment Entry Model: A Comparison of Problem Drinkers in the General Population and in Treatment***. Alcohol Clin Exp Res 1993; 17(4): 746-52.

23- Weisner C, Matzger H. ***A Prospective Study of the Factors Influencing Entry to Alcohol and Drug Treatment.*** J Behav Health Serv Res 2002; 29(2): 126-37.

24- Le Berre A-P, Vabret F, Cauvin C, Pinon K, Allain P, Pitel AL, et al. ***Cognitive Barriers to Readiness to Change in Alcoholdependent Patients***. Alcohol Clin Exp Res 2012; 36(9): 1542-9.

25- Karlsgodt KH, Lukas SE, Elman I. ***Psychosocial Stress and the Duration of Cocaine Use in Non-Treatment Seeking Individuals with Cocaine Dependence***. Am J Drug and Alcohol Abuse 2003; 29(3): 539-51.

26- Higgins C, Smith BH, Matthews K***. Comparison of Psychiatric Comorbidity in Treatment Seeking. Opioid Dependent Patients with Versus without Chronic Pain***. Addiction 2020; 115(2): 249-58.

27- Magidson JF, Liu S-M, Lejuez CW, Blanco C. ***Comparison of the Course of Substance Use Disorders among Individuals with and without Generalized Anxiety Disorder in a Nationally Representative Sample***. J Psychiatr Res 2012; 46(5): 659-66

28- Torrens M, Gilchrist G, Domingo-Salvany A. ***Psychiatric Comorbidity in Illicit Drug Users: Substance-Induced Versus Independent Disorders.*** Drug Alcohol Depend 2011; 113(2- 3): 147-56.

29- Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. ***Lifetime Comorbidity of DSM-IV Mood and Anxiety Disorders and Specific Drug Use Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions***. J Clin Psychiatry 2006; 67(2): 247-57.

30- Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD. ***Current Status of Co-Occurring Mood and Substance Use Disorders: A New Therapeutic Target.*** Am J Psychiatry 2013; 170(1): 23-30.

31- De Alwis D, Lynskey MT, Reiersen AM, Agrawal A. ***Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Subtypes and Substance Use and Use Disorders in NESARC.*** Addict Behav 2014; 39(8): 1278-85.

32- American Psychiatric Association. ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).*** American Psychiatric Association Publishing 2013.

33- Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, et al. ***Comorbidity of Severe Psychotic***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]

Disorders with Measures of Substance Use. JAMA Psychiatry 2014; 71(3): 248-54.

34- Flórez-Salamanca L, Secades-Villa R, Budney AJ, García-Rodríguez O, Wang S, Blanco C. ***Probability and Predictors of Cannabis Use Disorders Relapse: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).*** Drug Alcohol Depend 2013; 132(1-2): 127-33.

35- Pennay A, Cameron J, Reichert T, Strickland H, Lee NK, Hall K, Lubman DI. ***A Systematic Review of Interventions for Co-Occurring Substance Use Disorder and Borderline Personality Disorder***. J Subst Abuse Treat 2011; 41(4): 363-73.

36- Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. ***Prevalence, Correlates, Disability and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.*** Arch Gen Psychiatry 2007; 64(5): 566-76.

37- Lubman DI, King JA, Castle DJ. ***Treating Comorbid Substance Use Disorders in Schizophrenia***. Int Rev Psychiatry Abingdon Engl 2010; 22(2): 191-201.

38- Hassan Saraie. ***An Introduction to Sampling in Research. 10 th ed.*** Tehran: Samt Publitions; 2017. [Persian]

39- Sharifi AA, Moulavi H, Namdari K. ***The Validity of MCMI-III (Millon, 1994) Scales***. Knowledge and Research in Applied Psychology 2008; 9(34): 27-38. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 29| NO 8 | Oct 2021

Received: 14 Feb 2021
Accepted: 27 Mar 2021

Role of Mental Disorders in Predicting the Treatment Seeking (Treatment Seeking and Non-Treatment Seeking) among People with Substance Abuse Disorders in Meybod City

Mohamad Ali Sadeghipour Meybodi[1], Mohamad Zare Neyestanak[†1], Elham Foroozandeh[1], Seyed Mostafa Banitaba[1]

Original Article

Introduction: The aim of this study was to determine the role of mental disorders in predicting the treatment seeking (Treatment seeking and non-treatment seeking) among people with substance abuse disorders.

Methods: The research method was analytical and cross-sectional. The statistical population of this study was people with opioid substance abuse disorder in Meybod City. The participants of the study included two groups of people with non-treatment seeking substance abuse disorders (n = 40) and the treatment seeking group (n = 40) who were selected by available sampling according to the specific conditions of these individuals. The data collection tool in this study was the Millon Mental Disorders Test and the data were analyzed using logistic regression analysis with using SPSS software version 23 .

Results: The findings of the present study showed that mental disorders could predict the status of people with substance abuse disorders in whether they are treatment seeking or non-treatment seeking. The results showed that non-treatment seeking group had a higher score in narcissistic personality disorder (B= 0.27; Exp(B) = 1.31), which was a statistically significant difference, but the treatment-seeking group had a higher score in antisocial personality disorders (B=-0.18; Exp (B) =0.83) and delusional disorder (B=-0.50; Exp (B) = 0.61). This difference was also statistically significant.

Conclusion: Therefore, according to the findings, it can be concluded that there are different mental disorders between the two groups of treatment seeking and non-treatment seeking that should be considered by therapists. The findings of this study could pave the way for future research on comorbid substance abuse disorders and provide new research pathways for the researchers in the field of addiction treatment.

Keywords: Mental disorders, Substance use disorder, Treatment-seeking, Non-treatment seeking.

Citation: Sadeghipour Meybodi M.A, Zare Neyestanak M, Foroozandeh E, Banitaba S.M. **Role of Mental Disorders in Predicting the Treatment Seeking (Treatment Seeking and Non-Treatment Seeking) among People with Substance Abuse Disorders in Meybod City.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2021; 29(8): 4034-45.

[1]Psychology Department, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.
***Corresponding author: Tel:** 09127205843**, email:** Zarehneyestanak@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7664]