

# سلامت اجتماعی و اعتیاد

سال ششم، شماره بیست و یکم، بهار ۱۳۹۸

- صاحب امتیاز:** ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست جمهوری
- مدیر مسئول:** دکتر علیرضا جزینی
- سر دبیر:** دکتر حسین شکرکن
- مدیر اجرایی:** الهام حمزهزاده توفیقی
- ناشر:** دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست جمهوری
- شمارگان:** الکترونیکی - چاپی (۳ نسخه)
- نشانی دفتر فصلنامه:** تهران - خیابان اشرفی اصفهانی - بالاتر از میدان پونک - جنب مجتمع فرهنگی و تفریحی هویزه - پلاک ۲۰ - ساختمان ستاد مبارزه با موادمخدر - ریاست جمهوری
- صندوق پستی:** ۱۴۶۹۹۱۵۸۳۴
- تلفن و دورنگار:** ۴۷۳۶۱۷۳۱-۴۷۳۶۱۷۰۳
- پست الکترونیک:** info@sh-addiction.ir
- مجوز تهیه فصلنامه برای چاپ از سوی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی به شماره ثبت ۹۳/۱۳۶۷۹ اعلام شده است.
- فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد در پایگاه ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست جمهوری (dchq.ir)، بانک اطلاعات نشریات کشور (magiran.com)، پرتال جامع علوم انسانی (ensani.ir)، پایگاه تخصصی مجلات نور (noormags.com) و سامانه فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد قابل دسترسی است.

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: شرکت ایران چاپ (۲۹۹۹۳۴۴۵)

این فصلنامه حاصل فعالیت مشترک دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر و انجمن روان شناسی اجتماعی ایران است.

## هیئت تحریریه

---

دکتر محمد نریمانی	استاد روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی
دکتر عصمت دانش	استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی
دکتر جلیل باباپور خیرالدین	استاد روان‌شناسی دانشگاه تبریز
دکتر امیر ملکی	دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور
دکتر غلام‌رضا محمدنسل	دانشیار حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه علوم انتظامی امین
دکتر مجید صفاری‌نیا	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور
دکتر بهرام بیات	دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه عالی دفاع ملی
دکتر سهیلا علیرضا نژاد	دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار
دکتر محمود نجفی	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه سمنان
دکتر منصوره نیکوگفتار	استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

## داوران این شماره

---

دکتر جعفر حسنی	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی
دکتر فاطمه موسوی	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه الزهرا
دکتر ابوالقاسم عیسی مراد رودبند	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر علی شیخ‌الاسلامی	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی
دکتر علی محمدزاده	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور
دکتر غلام‌رضا دهشیری	دانشیار روان‌شناسی دانشگاه الزهرا
دکتر محمد علی محمدی‌فر	استادیار روان‌شناسی دانشگاه سمنان
دکتر علی‌رضا ماردپور	استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج
دکتر سولماز دیری	دکترای روان‌شناسی

## راهنمای تنظیم مقالات فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد

فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد با هدف انتشار یافته‌های بدیع علمی در زمینه‌های مختلف اعتیاد، مبادله اطلاعات علمی بین پژوهشگران و تقویت نهضت تولید علم، راه‌اندازی گردیده و نسبت به چاپ مقالات مبادرت خواهد ورزید. رعایت نکات زیر برای تنظیم مقاله الزامی است:

- مقاله تنها در قالب راهنمای نویسندگان مورد بررسی قرار می‌گیرد و در صورت رعایت نکردن ساختار مورد نظر، به نویسنده برگردانده می‌شود.
- مقاله ارسالی نباید به طور هم زمان برای سایر مجلات ارسال شده یا در مجله دیگر به چاپ رسیده باشد.

**عنوان:** مختصر و متناسب با محتوا (عنوان فارسی و انگلیسی - چکیده فارسی و انگلیسی)

**نام و نشانی نویسنده مسئول:** نام، نام خانوادگی، درجه علمی، مرتبه دانشگاهی، نشانی پستی محل کار، تلفن و پست الکترونیکی. مثال: استادیار روان‌شناسی بالینی گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز (همین الگو برای چکیده انگلیسی لحاظ شود).

در صورتی که نویسنده فاقد عنوان دانشگاهی است: دکتر روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز (همین الگو برای چکیده انگلیسی لحاظ شود).

- به منظور دریافت فصلنامه توسط نویسنده مسئول و همکاران، نوشتن آدرس پستی تمامی همکاران الزامی است (به منظور برگشت نخوردن فصلنامه توسط پست، بهتر است آدرس محل کار را ذکر نمایید).

**چکیده فارسی:** حداقل ۲۰۰ کلمه و حداکثر ۲۵۰ کلمه در یک پاراگراف شامل مقدمه، هدف، روش (نمونه و ابزار)، یافته‌ها، نتیجه‌گیری نهایی و واژه‌های کلیدی (۳ تا ۵ واژه).

**نکته:** چکیده باید بتواند بیشترین مقدار اطلاعات مربوط به مقاله را در کمترین حجم ممکن بیان نماید و در واقع تابلوی تمام‌نمای مقاله باشد.

**چکیده انگلیسی:** معادل و مطابق چکیده فارسی.

- در صفحه اول باید چکیده و کلیدواژه‌های فارسی (اندازه ۱۲) و سپس چکیده و کلیدواژه‌های انگلیسی (اندازه ۱۱) نوشته شود.

- نوشته‌های فارسی صفحات متن اصلی مقاله با فونت B zar، اندازه ۱۳ و نوشته‌های انگلیسی با فونت New Times Roman، اندازه ۱۱ نوشته شوند. تیرها Bold باشند. منابع در انتهای متن اصلی و با اندازه فارسی ۱۱ و انگلیسی ۱۰ نوشته شوند. در صورت احتیاج، فونت‌های یادشده را از سایت [www.fontsfa.com](http://www.fontsfa.com)، دریافت کنید.
- جدول‌ها و نمودارها واضح و بدون اطلاعات تکراری در متن بوده و حتماً شماره و توضیح (اندازه فارسی ۱۱ و انگلیسی ۹) داشته باشند. در متن برای شماره گذاری و ارجاع به تصاویر، جدول‌ها و نمودارها سه سری شماره گذاری مستقل انجام شود. تصاویر، شامل شکل‌های استفاده شده از منابع و عکس‌های تهیه شده توسط نویسندگان است.
- متن مقاله به فارسی نوشته شود و از نگارش کلمات لاتین به صورت فارسی اکیداً پرهیز شود؛ مگر در مواردی که هیچ جایگزین پذیرفته شده‌ای برای واژه‌ی مورد نظر موجود نباشد. اسامی و اصطلاحات، اولین بار زیرنویس شود. بدیهی است که معادل لاتین یک کلمه مشخص، فقط یک‌بار و در اولین مورد استفاده‌ی کلمه‌ی فارسی آن نوشته می‌شود. زیرنویس‌ها به صورت جداگانه در هر صفحه شماره گذاری شوند.
- مقالاتی که برای چاپ آماده شده‌اند برای تأیید نهایی به نویسنده ارجاع می‌شوند. صحت و سقم و مسئولیت مطالب مقاله به عهده نویسنده (گان) است.

**پانویس‌ها:** توضیحات و معادل لاتین اصطلاحات و اسامی مؤلفانی که ذکر نامشان در منابع ضرورت ندارد، پایین هر صفحه با شماره‌های مجزا برای هر صفحه. ذکر لاتین نویسنده و همکاران ایشان برای اولین بار در پانویس مقاله الزامی است.

- فواصل خطوط در تمام مقاله ۱ واحد باشد.

**مراجع:** مراجعی که در متن مقاله از آنها استفاده شده است، مطابق ضوابط APA به شرح زیر تنظیم شوند:

**مقاله:** نام خانوادگی و نام نویسنده یا نویسندگان، سال انتشار، عنوان مقاله، نام نشریه، شماره، صفحه؛

**کتاب (تالیف):** نام خانوادگی و نام نویسنده یا نویسندگان، سال انتشار، عنوان کتاب، نوبت چاپ، محل نشر، ناشر؛

**کتاب (ترجمه):** نام خانوادگی و نام نویسنده یا نویسندگان، سال انتشار متن اصلی، عنوان کتاب، نام و نام خانوادگی مترجم یا مترجمان، سال ترجمه، نوبت چاپ، محل نشر، ناشر؛  
**پایگاه‌های اینترنتی:** ابتدا نشانی URL و سپس تاریخ بازدید به روز/ماه/سال نوشته شود.  
توجه: در مراجع فارسی، مطابق الگوی APA نام خانوادگی به‌طور کامل و نام (ها) به‌صورت اختصاری نوشته شود.

علاوه بر نکات فوق، مقاله براساس شرایط زیر بررسی می‌شود:

**مهم:** در صورتی که نویسنده مسئول، تغییرات درخواست‌شده از سوی هیئت تحریریه مجله را مطابق ضوابط فوق، ظرف مدت پانزده‌روز انجام ندهد و دوباره مقاله را ارسال نکند، مقاله از فرایند بررسی و داوری حذف می‌شود.

- فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، حق رد یا قبول و نیز ویراستاری مقالات را برای خود محفوظ می‌دارد. هیئت تحریریه در انجام اصلاحات (با تأیید مؤلف) آزاد است.

**نکته:** کل مقاله شامل تمام بخش‌های آن باید حداقل ۱۰ و حداکثر ۱۵ صفحه باشد. (مقالات کمتر از ۱۰ صفحه به‌عنوان مقاله کوتاه منتشر خواهد شد)

مقاله باید فقط از طریق سامانه فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد به نشانی [www.sh-addiction.ir](http://www.sh-addiction.ir) ارسال شود.

خواهشمندیم از ارسال پستی یا تحویل حضوری مقاله خودداری کنید. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد در رد، اصلاح و ویرایش مقاله آزاد است.  
مسئولیت محتوای علمی مقاله با نویسنده (گان) آن است.



## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۹	سخن اول
۱۱-۲۶	بررسی و تحلیل محتوای کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم از نظر توجه به مؤلفه‌های پیشگیری از وابستگی به موادمخدر سیروس محمودی
۲۷-۴۴	مقایسه احساس شرم، گناه و رشد اخلاقی بین دانش‌آموزان دختر با و بدون والد وابسته به مواد نسیم معجز، سمیه نکلوئی
۴۵-۵۶	اثربخشی آموزش هوش اخلاقی بر تغییر نگرش دانشجویان نسبت به موادمخدر مظفر قلی‌زاده، محمود منظری
۵۷-۷۶	اثربخشی ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با موادمخدر و دخانیات بر باورهای مرتبط با مصرف مواد، عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف رضا شباهنگ، فرزین باقری شیخانگش، سجاد رضائی
۷۷-۹۶	اعتیاد جنسی و همبودی آن با وابستگی به موادمخدر سید قاسم سید هاشمی، بهزاد شالچی، شلاله حسین نژاد، لطیفه سادات مردانی
۹۷-۱۱۲	رابطه بین ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان عباسعلی صفی نژاد، عباس عبدالهی
۱۱۳-۱۳۱	اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه روان‌شناختی زنان بهبودیافته از وابستگی به مواد نسترن زلفخانی، سولماز دیری
۴-۱۰	چکیده مقالات به زبان انگلیسی





## سخن اول

سیستم هوشمند، فعال، خلاق، دینامیک و پویای مواد مخدر و روان گردان‌ها در سال ۲۰۱۷ میلادی با جذب ۲۷۱ میلیون نفر مصرف کننده مواد در جامعه جهانی، نرخ شیوع مصرف را به ۵/۵ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال رسانده است که مقایسه آن با سال ۲۰۰۶، بیانگر این واقعیت است که آمارها از رشد ۳۰ درصدی مصرف کنندگان مواد خبر می‌دهند. متأسفانه تعداد مصرف کنندگان مشکل دار (معتادان) نیز از ۲۶ میلیون نفر در سال ۲۰۰۶ به ۳۵/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ افزایش یافته است. گسترده‌ترین طیف مصرفی در میان انواع مواد در سطح جهان، مربوط به کانابیس‌ها (ماری جوانا) بوده که حدود ۱۸۸ میلیون نفر را به خود اختصاص داده است. در سایر مواد نیز به ترتیب شبه افیون‌ها با ۵۳/۴ میلیون، آمفتامین و متامفتامین‌ها با ۲۸/۹ میلیون، اکستیزی با ۲۱ میلیون نفر و کوکائین با ۱۸/۱ میلیون نفر در رده‌های بعدی مصرف مواد قرار دارند. نکته قابل تأمل، رشد مصرف کانابیس (شاهدانه - سرشاخه‌های گلدار یا باردار گیاه شاهدانه) از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد در جامعه جهانی بوده که علت آن را می‌توان در تحولات قانون گذاری در این عرصه جستجو نمود. اگرچه در کنوانسیون‌های ۱۹۶۱ و ۱۹۷۱، کانابیس تحت کنترل بین المللی قرار گرفته است لیکن برخی از کشورها با اصلاح قوانین موضوعه و ضابطه مند نمودن مصرف این ماده، زمینه آزادسازی ماری جوانا را فراهم نموده‌اند. به طور مثال در کشور هلند در دهه گذشته (سال ۲۰۰۰) و در کشورهای آمریکا (چندین ایالت) و آفریقای جنوبی در سال‌های اخیر به دلیل کسب سود بیشتر، شاهد آزاد نمودن مصرف کانابیس و اجازه مصرف تفریحی با عنوان رعایت حقوق شخصی افراد و عنوان اغوا کننده یعنی «مصرف بسیار قانونی» هستیم. این موضوع از یک سو پیامدهای ناگواری را در امر مبارزه بین المللی با مواد مخدر به جا گذاشته و از سوی دیگر سبب شده نوجوانان و جوانان با درک پایین از خطرات، مضرات و پیامدهای کانابیس و مشتقات آنها به استفاده از این ماده روی آورده و زمینه را برای ابتلاء آنان به بیماری‌های روحی و روانی، مانند اختلالات شناختی و آموزشی، اختلال در رشد اندام‌های حیاتی از جمله مغز و تصادفات جاده‌ای فراهم آورد. بررسی - های صورت پذیرفته توسط دانشگاه کلمبیا در نیویورک درخصوص تجربه آزادسازی مصرف ماری جوانا در ایالت کلرادو آمریکا، بیانگر این موضوع است که پس از آزادسازی ماری جوانا در دهه اخیر، شیوع ۷ درصدی به ۲۰ درصد افزایش یافته و سن آغاز مصرف کاهش یافته است و مصرف در دانشجویان ۱۷ درصد رشد و مرگ و میرهای ناشی از تصادفات رانندگی مرتبط با مصرف ماری جوانا افزایش ۴۸ درصدی را در پی داشته است. ضمن آنکه مراجعه به اورژانس‌ها به

دلیل مصرف ماری جوانا با افزایش ۵۰ درصدی و بستری در بیمارستان نیز رشد ۳۲ درصدی داشته است. نیم نگاهی به نتایج پژوهش‌ها حاکی از میزان شیوع مصرف ماری جوانا و حشیش در کشور است به طوری که میزان شیوع در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال کشور ۱۱/۹ درصد، در دانش‌آموزان متوسطه دوم حشیش ۲۵ صدم درصد و ماده گل معادل ۶۶ صدم درصد، در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی ماده گل ۳/۵ درصد و حشیش ۲/۵ درصد و در کارگران ۶/۸ درصد برآورد شده است. ضمن آنکه نتایج ارزیابی سریع وضعیت اختلال مصرف مواد در ایران حاکی از آن است که ۱۴/۲ درصد معتادان حداقل یک ماده کانابینوئید (ماری جوانا، گل و حشیش) را به صورت روزانه مصرف می‌نمایند.

داینامیک الگوی مصرف مواد تا افق ۱۴۰۴ در کشورمان حکایت از این موضوع دارد که مصرف حشیش و مشتقات آن افزایش خواهد یافت و به نوعی کشور ایران از الگوی جهانی مصرف کانابیس تبعیت خواهد نمود. با عنایت به تبعات قابل توجه مصرف کانابیس در کشور، ضرورت دارد دستگاه‌های فرهنگی و پیشگیری ضمن مداخله جدی‌تر برای اصلاح نگرش‌ها و باورهای غلط نوجوانان و همچنین دستگاه‌های درمانی برای تدوین پروتکل درمانی ماده کانابیس برای مصرف کنندگان و دستگاه مقابله‌ای برای دشواری دسترسی به ماده موصوف، تلاش همه جانبه نموده و همزمان مراکز علمی و دانشگاه‌ها نیز درخصوص روش‌های مؤثر برای پیشگیری از تغییر الگوی مصرف مواد در کشور با جدیت مبادرت نمایند.

امید می‌رود با اهتمام تمامی دستگاه‌های علمی و اجرایی کشور، شاهد توانمندسازی آحاد جامعه کشورمان در برابر آسیب‌های ناشی از مواد مخدر و روان‌گردان‌ها باشیم./

حمید صرّامی

مدیر کل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با

مواد مخدر ریاست جمهوری

بهار ۱۳۹۸

## بررسی و تحلیل محتوای کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم از نظر توجه به مؤلفه‌های پیشگیری از وابستگی به مواد مخدر

سیروس محمودی<sup>۱</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۶

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم از نظر توجه به مؤلفه‌های پیشگیری از وابستگی به مواد انجام شد. روش این پژوهش توصیفی و از نوع تحلیل محتوا بود. جامعه پژوهشی شامل همه کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم بود که در سال ۱۳۹۷ چاپ شده است. نمونه‌گیری انجام نشد و همه جامعه پژوهشی بررسی شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات سیاهه تحلیل محتوای محقق ساخته بود که روایی آن به وسیله متخصصان و کارشناسان مربوطه تایید شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که فراوانی مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از وابستگی به مواد، در دوره متوسطه دوم در رشته علوم تجربی ۱۹۷ مورد، در رشته علوم انسانی ۱۷۳ مورد و در رشته ریاضی ۱۶۵ مورد است. در پایه‌های دهم و یازدهم توجه کافی به مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از وابستگی به مواد نشده است. همچنین در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم به مؤلفه‌های «جرم و قوانین مرتبط با وابستگی به مواد»، «سابقه تاریخی مصرف مواد مخدر»، «نقش استعمار در گسترش مواد مخدر» هیچ اشاره‌ای نشده است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در کتاب‌های دوره متوسطه دوم (به ویژه در پایه‌های دهم و یازدهم) توجه بیشتری به مؤلفه‌های پیشگیری از وابستگی به مواد شود.

**کلیدواژه‌ها:** وابستگی به مواد، مواد مخدر، کتاب‌های درسی، تحلیل محتوا.

## مقدمه

پدیده اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک آسیب اجتماعی کلان مطرح است که عوارض و آثار مخربی هم برای فرد و هم برای جامعه در پی دارد (باقری، نبوی و ملتفت، ۱۳۸۹). این پدیده شوم، آزادی، اراده، شرف، استقلال، تفکر، نشاط و امید را از انسان می‌گیرد و انسان را تبدیل به فردی ضعیف، رنجور، ناامید و وابسته می‌کند (کیانی پور، ۱۳۹۱). آمارهای منتشره از سوی سازمان‌های بین‌المللی، بخصوص سازمان بهداشت جهانی، کمیته کنترل جهانی مواد مخدر و سازمان یونسکو، نیز حاکی از افزایش فزاینده مصرف مواد مخدر در بین جوانان است (نیکدل، ۱۳۹۲). بر طبق گزارش منتشر شده توسط دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل، در سال ۲۰۱۲ حدود ۲۳۰ میلیون نفر از مردم جهان در سال ۲۰۱۰ مواد مصرف نموده‌اند که جمعیتی بالغ بر ۵ درصد از افراد بالای ۱۸ سال را تشکیل می‌دهند و حدود ۲۷ میلیون نفر از آن‌ها به مواد وابسته هستند (به نقل از روشن‌پژوه، صابری و میرکاظمی، ۱۳۹۲).

کشور ایران، یکی از کشورهای جهان است که به دلیل شرایط جغرافیایی، فرهنگی و سایر عوامل در معرض تهدید این پدیده قرار دارد. طبق گزارش دفتر پیشگیری از مصرف مواد و جرم سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۵، کشور ایران دارای بیشترین تعداد سوء مصرف کنندگان مواد افیونی به نسبت جمعیت در جهان است و بالاترین شیوع سوء مصرف با ۲/۸ درصد در بین افراد در ایران وجود دارد (محمد پور، فخاری، رستمی و وحیدی، ۱۳۸۶). بر اساس اعلام مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی، سالانه حدود ۸ درصد به مصرف کنندگان مواد مخدر افزوده می‌شود (به نقل از شکری، استادآبادی و علی آبادی، ۱۳۹۵). هزینه‌هایی که اعتیاد از لحاظ اقتصادی، بهداشتی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی بر جامعه تحمیل می‌کند، لزوم داشتن برنامه جامع ملی جهت جلوگیری از شیوع اعتیاد را ناگزیر می‌سازد. گسترش روزافزون اعتیاد به مواد مخدر نشان می‌دهد که سیاست‌ها و راهکارهای فعلی در امر مبارزه با مواد مخدر، موفقیت چشمگیری نداشته و

آینده خوش‌بینانه‌ای را نوید نمی‌دهد (مارلات، پارکز و ویتکیوتز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

مخاطره‌آمیزترین دوره زندگی از نظر شروع مصرف موادمخدر، دوره نوجوانی است (مامی، احدی، نادری و عنایتی، ۱۳۹۱). نوجوانان آسیب‌پذیرترین قشر در برابر رفتارهای پرخطر هستند و به واسطه ویژگی‌های تحولی این دوره، بیش از سایر گروه‌ها دست به رفتارهایی می‌زنند که سلامت حال و آینده‌شان را در معرض خطر قرار می‌دهد (سلیمانی، نیا، جزایری و محمدخانی، ۱۳۸۴). نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و کسب هویت فردی و اجتماعی است که در آن میل به استقلال و مخالفت با والدین به اوج خود می‌رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود، ارزش‌های خانواده را زیر سؤال می‌برد و سعی در ایجاد و تحلیل ارزش‌های جدید و مخصوص به خود را دارد. مجموعه این عوامل، علاوه بر حس کنجکاوی و نیاز به تحرک، تنوع و هیجان، فرد را مستعد مصرف مواد می‌کند (مامی و همکاران، ۱۳۹۱). افزایش گرایش نوجوانان به مصرف موادمخدر بسیار نگران‌کننده است، اکثر نوجوانانی که مصرف مواد را در سال‌های اولیه نوجوانی آغاز می‌کنند، به مصرف این مواد در سال‌های آینده نیز ادامه می‌دهند و میزان مصرف مواد و همچنین مشکلات مرتبط با آن نیز افزایش می‌یابد (طارمیان، ۱۳۸۳).

در ۵۰ سال اخیر، برنامه‌ها و راهبردهای متنوعی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد به کار گرفته شده است (بوتوین، گریفین و ویلیامز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). یکی از مهم‌ترین این برنامه‌ها، آموزش مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد، در قالب برنامه‌های درسی و آموزشی بوده است (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۵؛ بوتوین و گریفین، ۲۰۰۷؛ کوپلوویچ، لیبرمن و زارت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). متخصصان حوزه پیشگیری تأکید دارند که برنامه‌های پیشگیرانه باید بر کودکان و نوجوانان تمرکز داشته باشد، زیرا چنین برنامه‌هایی در پیشگیری از سوء مصرف مواد در بزرگسالی بسیار مؤثر است. مراکز آموزشی و پرورشی کانون اصلی و عمده آموزش برنامه‌های پیشگیری اولیه از اعتیاد به موادمخدر هستند؛ زیرا بخش عظیمی از جمعیت کشور به عنوان آسیب‌پذیرترین قشر جامعه در این مراکز تحصیل می‌کنند. همچنین

یادگیری در این سنین پایدارتر است و مهارت‌های کسب شده، فرد را در بزرگسالی مقاوم می‌سازد. برای اغلب مصرف کنندگان موادمخدر سنین نوجوانی، زمان شروع مصرف موادمخدر است و مدارس می‌توانند در ایجاد نگرش منفی نسبت به موادمخدر نقش اساسی داشته باشند (اسعدی و اسعدی، ۱۳۸۹). بر این اساس، برنامه‌ریزی در مدارس برای مبارزه پیشگیرانه با اعتیاد مورد توجه بسیاری از صاحب‌نظران قرار گرفته است (مهدی، ۱۳۸۷). در واقع آموزش پیشگیری از اعتیاد در برنامه‌های درسی از اهداف اساسی آموزش و پرورش برای تربیت نسل سالم و خلاق جامعه است. به منظور اثربخشی برنامه‌ها در پیشگیری، نحوه ارائه برنامه و محتوای آن‌ها به دانش‌آموزان حائز اهمیت است (جمالی و قربانی، ۱۳۸۷). این برنامه‌ها باید به گونه‌ای باشد که دانش‌آموزان در مقابل موقعیت‌هایی که مصرف مواد مخدر را تسهیل می‌کنند، ایمن شوند. آگاهی دادن به دانش‌آموزان در مورد علل روی آوردن به مواد، تأثیر داروها، خطرات بدنی و روانی - اجتماعی استفاده از مواد، همچنین شکستن ارزش استفاده از موادمخدر و آشناسازی افراد با مشکلات اجتماعی و خانوادگی ناشی از اعتیاد، از دیگر اهداف برنامه‌های آموزشی است (شریفی و رضایی، ۱۳۸۸). در حال حاضر مدارس مناسب‌ترین مکان برای اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد هستند. بخش عمده کودکان و نوجوانان در مدارس حضور دارند و از طرف دیگر ساختار سازمانی لازم برای حمایت از برنامه‌ها، از قبل موجود است. از این رو، برنامه‌های پیشگیری مدرسه‌محور را بهتر می‌توان اجرا کرد (آدلمن و تیلور، ۲۰۰۳). مدارس محل پیوند خانواده‌ها با نظام آموزشی و ارتقاء سلامت هستند. بنابراین طراحی برنامه‌های مداخله‌ای پیشگیرانه در برنامه درسی مدارس، به طور قطع بیش از هر برنامه دیگری با پیامدهای مطلوب و دراز مدت همراه خواهد بود (بهراد، ۱۳۹۴).

در نظام‌های آموزشی متمرکز (از جمله نظام آموزشی ایران)، کتاب‌های درسی همه روزه به وسیله معلمان و دانش‌آموزان به کار می‌رود و گاهی به عنوان اصل و اساس برنامه درسی، مورد تأکید معلمان واقع می‌شوند (آل تباچ، ۱۳۹۱)، به طوری که غالب

فعالیت‌های آموزشی و پرورشی در چارچوب کتاب درسی و محتوای آن انجام می‌شود (یارمحمدیان، ۱۳۹۰). از این نظر محتوای برنامه درسی به جهت نقشی که در تحقق اهداف ایفا می‌کند، از اهمیت خاصی برخوردار است و تحلیل و بررسی این محتوا برای برنامه‌ریزی، تدوین، تغییر و روزآمد کردن نظام آموزشی اهمیتی مضاعف دارد (نیکلس، ۱۳۸۱). با اذعان به نقش آموزش در تغییر سوء رفتارها در جهت مثبت و نیز با توجه به اینکه یکی از موضوعاتی که به شدت از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر پیگیری می‌شود، ضرورت گنجانیدن محتوای مناسب در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد و سوء مصرف مواد در کتاب‌های درسی است. لذا کتب درسی در مقاطع مختلف باید مورد بررسی و ارزشیابی قرار بگیرند (کریمیان، زوار و پیری، ۱۳۹۵). تا کنون در زمینه توجه به کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم به مؤلفه‌های پیشگیری از اعتیاد، پژوهشی انجام نشده است. ولی در سایر حوزه‌های پیشگیری از اعتیاد دانش‌آموزان، پژوهش‌هایی انجام شده است. محمودی (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان داد که در دوره ابتدایی، هیچ اشاره‌ای به مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد نشده است و در دوره متوسطه اول به ترتیب مؤلفه‌های «عوارض ناشی از اعتیاد» با ۹۷ فراوانی (۵۵/۱ درصد)، «مفاهیم مرتبط با اعتیاد» با ۲۵ فراوانی (۱۴/۲ درصد)، «علل گرایش به اعتیاد» با ۲۲ فراوانی (۱۲/۵ درصد)، «نقش استعمار در گسترش مواد مخدر» با ۱۶ فراوانی (۹ درصد) و مؤلفه‌های «جرم و قوانین مرتبط با مواد مخدر» و «سابقه تاریخی مصرف مواد مخدر» و «راه‌های پیشگیری از اعتیاد» هر کدام با ۶ فراوانی (۳/۴ درصد)، بیشترین فراوانی را داشته‌اند. زوار، پیری و کریمیان (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که در محتوای کتاب تفکر و سبک زندگی پایه هفتم به مؤلفه آموزش مواد مخدر توجه چندانی نشده است اما در محتوای کتاب تفکر و سبک زندگی پایه هشتم به آموزش مواد مخدر بیشترین توجه و به مؤلفه‌های ابراز وجود و جرأت‌مندی کمترین توجه مبذول شده است. مولایی و هاشمی (۱۳۹۶) در پژوهشی به این نتیجه دست یافته‌اند که اقدامات درمانی در حوزه اعتیاد در بسیاری از موارد به نتایج سودمند منجر نمی‌شود. در این پژوهش

تأکید شده است که باید به اقدامات پیشگیرانه در حوزه آموزشی در مدارس توجه بیشتری مبذول شود. زارعی مته کلایی (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی در دوره‌های مختلف زندگی می‌تواند راهکار مناسبی برای پیشگیری از اعتیاد باشد و از این طریق می‌توان گامی مهم در پیشگیری از اعتیاد برداشت. اسدزاده، محمدی و کاظمی (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که آگاهی دادن به دانش‌آموزان در مورد مواد اعتیادآور از طریق کتب درسی، در قالب یک برنامه‌ریزی مدون اهمیت بسزایی در پیشگیری از اعتیاد به موادمخدر دارد. ابراهیمی قوام و محمدی (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که در کتاب مطالعات اجتماعی پایه هشتم به مؤلفه‌های «علل گرایش به مواد مخدر» و «انواع مواد مخدر» توجه کافی نشده است. زوار و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «تحلیل محتوای بسته‌های آموزشی پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی» نشان دادند که در بسته‌های آموزشی پیشگیری از اعتیاد، به برخی از مؤلفه‌های پیشگیری از اعتیاد توجهی نشده است. واحد چوکرده، خانزاده، شاکری نیا و سیدنوری (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند که همراهی با دیگر فراگیران بیشترین تأثیر و میل به تجربه و استفاده از مواد توهم‌زا کمترین تأثیر را در پیشگیری از اعتیاد فراگیران دارد. رحمتی، محمدخانی و محسن پور (۱۳۹۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که آموزش مؤلفه‌های پیشگیری از موادمخدر در تغییر نگرش و ایجاد نگرش منفی نسبت به سوء مصرف مواد در سه حیطه‌ی شناختی، نگرشی و رفتاری مؤثر است. جزایری، رفیعی و نظری (۱۹۹۴) در پژوهشی با عنوان «نگرش دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران درباره اعتیاد»، نشان دادند که ۲۵ درصد از دانش‌آموزان به مواد مخدر گرایش دارند و برآورد می‌شود که حدود ۵ درصد از آنان نیز به مصرف مواد پرداخته باشند. بحرینی، قاید، سعیدزاده و سپهری (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخشی چهار روش آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد بر تغییر نگرش نسبت به اعتیاد و موادمخدر در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه» نشان دادند که در راستای تغییر نگرش دانش‌آموزان نسبت به اعتیاد و موادمخدر، روش‌های شرکت‌حضور در کلاس‌های آموزشی مهارت‌های زندگی و آموزش از طریق فیلم از اولویت بالاتری



برخوردار است. میرجانی اقدم، افتخاری، فدایی و ابراهیم (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان داد که میانگین نمره آگاهی قبل و بعد از مداخله آموزشی در خصوص عوارض موادمخدر در هر سه مقطع معنی دار بوده است. منشئی (۱۳۸۲) در پژوهشی به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان آگاهی و پیشگیری از گرایش به اعتیاد مؤثر است. دروگر و مازورسیک<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که در مدارس کشور آمریکا، در دوره ابتدایی از مهارت‌های اجتماعی عمومی و در دوره متوسطه از مؤلفه اطلاع از عواقب مصرف مواد مخدر، استفاده شده است. فاگیانو، ویجنا، بارخارت و بوهم<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که برنامه‌های درسی مدارس می‌تواند در پیشگیری از مصرف موادمخدر و دخانیات مؤثر باشد. ایزن، زلمان، ماست و مورای<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش‌های مقابله‌ای و برنامه شناختی رفتاری می‌تواند در پیشگیری از موادمخدر تأثیر داشته باشد. هال و زیگلر<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) در پژوهشی نشان دادند که برای تأثیرگذاری بیشتر، برنامه‌های پیشگیری باید هماهنگی بیشتری با چگونگی رشد و اجتماعی شدن کودکان داشته باشند.

بررسی پژوهش‌های ذکر شده و سایر پژوهش‌های انجام شده در حوزه اعتیاد، نشان می‌دهد که تاکنون پژوهشی در زمینه وضعیت محتوای کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم در خصوص توجه به مؤلفه‌های پیشگیری از اعتیاد به موادمخدر انجام نشده است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی و تحلیل کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم از نظر توجه به مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر بود. بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم رشته علوم انسانی، علوم تجربی و ریاضی- فیزیک به چه میزان به مؤلفه‌های پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر توجه شده است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش با توجه به ماهیت موضوع از روش تحلیل محتوا استفاده شده است. واحد ثبت در این تحقیق مضمون است. مقوله‌بندی در این تحقیق به روش جعبه‌ای است؛ یعنی طبقات (مقوله‌ها) پیش از اجرای تحقیق تعیین می‌شوند و به همین دلیل به آن روش از پیش تعیین شده می‌گویند (نوریان، ۱۳۸۷). جامعه آماری پژوهش، کلیه کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بود. در این پژوهش با توجه به ماهیت موضوع، نمونه‌گیری انجام نشده و همه کتاب‌های درسی بررسی شده است. برای تحلیل محتوای کتاب‌های درسی، از فهرست و ارسسی تحلیل محتوا، استفاده شده است. برای تعیین روایی فهرست و ارسسی تحلیل محتوا، از روش روایی صوری، محتوایی و نظر متخصصان استفاده شده است. به این ترتیب که فرم اولیه تحلیل محتوای کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم از لحاظ توجه به مؤلفه‌های مورد بحث در اختیار پنج نفر از صاحب‌نظران این حوزه (اساتید رشته‌های علوم اجتماعی و علوم تربیتی) برای تغییر و اصلاح قرار گرفت. برای تأمین پایایی ابزار اندازه‌گیری از تکنیک اجرای مجدد استفاده شد. بدین صورت که فرم تحلیل محتوا، به طور همزمان و مجزا در اختیار تحلیل‌گر محتوای متخصص دیگری قرار گرفت که به طور مجزا چند درس از برخی کتاب‌ها را تحلیل نماید. ضریب همبستگی داده‌های حاصل از تحلیل‌های انجام شده هم‌زمان توسط پژوهشگر اصلی و متخصص مذکور مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب همبستگی بدست آمده ۰/۹۱ بود.

### یافته‌ها

فراوانی مؤلفه‌های پیش‌گیری از اعتیاد در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم رشته علوم انسانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: فراوانی مؤلفه‌های پیشگیری از اعتیاد در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم

رشته علوم انسانی

درصد	مجموع	پایه دوازدهم		پایه یازدهم		پایه دهم			مؤلفه‌ها		
		نظرات و پیشنهادها	تحلیل فرهنگی	نظرات کتاب‌ها	روانشناسی	زندگی‌نگاری (۲)	نظرات کتاب‌ها	نگارش (۱)		زندگی‌نگاری (۱)	
۱۱/۶	۲۰	۰	۲۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	مفاهیم مرتبط با اعتیاد	
۴۹	۸۵	۰	۷۸	۱	۰	۵	۰	۱	۱	عوارض ناشی از اعتیاد	
۱۸/۵	۳۲	۰	۲۶	۰	۰	۵	۱	۰	۲	علل گرایش به اعتیاد	
۲۰/۸	۳۶	۰	۳۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	راه‌های پیشگیری از اعتیاد	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	جرم و قوانین مرتبط با اعتیاد	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	سابقه تاریخی مصرف مواد اعتیادآور	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	نقش استعمار در گسترش مواد اعتیادآور	
۱۰۰	۱۷۳	۰	۱۶۰	۱	۰	۱۰	۱	۰	۱	۳	مجموع

مطابق با جدول شماره ۱، فراوانی مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد به موادمخدر در کتاب‌های درسی رشته علوم انسانی در پایه دهم ۴ مورد، پایه یازدهم ۱۱ مورد و پایه دوازدهم ۱۶۱ مورد است. در مجموع در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم رشته علوم انسانی، ۱۷۳ مرتبه به مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر توجه شده است. در این دوره به ترتیب به مؤلفه‌های «عوارض ناشی از اعتیاد» با ۸۵ مورد (۴۹ درصد)، «راه‌های پیشگیری از اعتیاد» با ۳۶ مورد (۲۰/۸ درصد)، «علل گرایش به اعتیاد» با ۳۲ مورد (۱۸/۵ درصد)، «مفاهیم مرتبط با اعتیاد» با ۲۰ فراوانی (۱۱/۶ درصد) بیشترین توجه شده و به مؤلفه‌های «جرم و قوانین مرتبط با اعتیاد»، «سابقه تاریخی مصرف مواد مخدر»، «نقش استعمار در گسترش موادمخدر» هیچ اشاره‌ای نشده است. فراوانی مؤلفه‌های پیشگیری از اعتیاد در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم رشته علوم تجربی در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: فراوانی مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم رشته علوم تجربی**

پایه و کتاب‌های درسی مؤلفه‌ها	پایه دهم			پایه یازدهم			پایه دوازدهم			مجموع درصد
	زیست شناسی (۱)	دین و زندگی (۱)	نگارش (۱)	پایه کتاب‌ها	زیست شناسی (۲)	دین و زندگی (۲)	پایه کتاب‌ها	زیست شناسی و بهداشت (۱)	پایه کتاب‌ها	
مفاهیم مرتبط با اعتیاد	۱	۰	۰	۰	۷	۰	۰	۲۰	۰	۲۸
عوارض ناشی از اعتیاد	۱	۱	۱	۰	۲۳	۰	۰	۷۸	۰	۱۰۴
علل گرایش به اعتیاد	۰	۲	۰	۰	۰	۱	۰	۲۶	۰	۲۹
راههای پیشگیری از اعتیاد	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۶	۰	۳۶
جرم و قوانین مرتبط با اعتیاد	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
سابقه تاریخی مصرف مواد اعتیادآور	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
نقش استعمار در گسترش مواد اعتیاد-آور	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
مجموع	۲	۳	۱	۰	۳۰	۱	۰	۱۶۰	۰	۱۹۷

مطابق با جدول شماره ۲، فراوانی مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر در کتاب‌های درسی رشته علوم تجربی در پایه دهم ۶ مورد، پایه یازدهم ۳۱ مورد و پایه دوازدهم ۱۶۰ مورد است. در مجموع در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم رشته علوم انسانی، ۱۹۷ مرتبه به مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر توجه شده است. در این دوره به ترتیب به مؤلفه‌های «عوارض ناشی از اعتیاد» با ۱۰۴ مورد (۵۲/۸ درصد)، «راه‌های پیشگیری از اعتیاد» با ۳۶ مورد (۱۸/۳ درصد)، «علل گرایش به اعتیاد» با ۲۹ مورد (۱۴/۷ درصد)، «مفاهیم مرتبط با اعتیاد» با ۲۸ فراوانی (۱۴/۲ درصد) بیشترین توجه شده و به مؤلفه‌های «جرم و قوانین مرتبط با اعتیاد»، «سابقه تاریخی مصرف مواد مخدر»، «نقش استعمار در گسترش مواد مخدر» هیچ اشاره‌ای نشده است.

فراوانی مؤلفه‌های پیشگیری از اعتیاد در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم رشته

ریاضی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. فراوانی مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم رشته ریاضی

مؤلفه‌ها	پایه دهم		پایه یازدهم		پایه دوازدهم		مجموع درصد	درصد
	دین و زندگی (۱)	نگارش (۱)	پد. کتاب‌ها	دین و زندگی (۲)	پد. کتاب‌ها	سلامت و بهداشت		
مفاهیم مرتبط با اعتیاد	۰	۰	۰	۰	۰	۲۰	۰	۱۲
عوارض ناشی از اعتیاد	۱	۱	۰	۰	۰	۷۸	۰	۴۸/۵
علل گرایش به اعتیاد	۲	۰	۰	۱	۰	۲۶	۰	۱۷/۶
راههای پیشگیری از اعتیاد	۰	۰	۰	۰	۰	۳۶	۰	۲۱/۸
جرم و قوانین مرتبط با اعتیاد	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
سابقه تاریخی مصرف مواد اعتیادآور	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
نقش استعمار در گسترش مواد اعتیادآور	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
مجموع	۳	۱	۰	۱	۰	۱۶۰	۰	۱۰۰

مطابق با جدول شماره ۳، فراوانی مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر در کتاب‌های درسی رشته ریاضی - فیزیک، در پایه دهم ۴ مورد، پایه یازدهم ۱ مورد و پایه دوازدهم ۱۶۰ مورد است.

در مجموع در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم رشته ریاضی، ۱۶۵ مرتبه به مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر توجه شده است. در این دوره به ترتیب به مؤلفه‌های «عوارض ناشی از اعتیاد» با ۸۰ مورد (۴۸/۵ درصد)، «راه‌های پیشگیری از اعتیاد» با ۳۶ مورد (۲۱/۸)، «علل گرایش به اعتیاد» با ۲۹ مورد (۱۷/۶ درصد)، «مفاهیم مرتبط با اعتیاد» با ۲۰ فراوانی (۱۲ درصد) بیشترین توجه شده و به مؤلفه‌های «جرم و قوانین مرتبط با اعتیاد»، «سابقه تاریخی مصرف مواد مخدر»، «نقش استعمار در گسترش مواد مخدر» هیچ اشاره‌ای نشده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم مطرح است که همه جوامع را درگیر نموده است (کرموده<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). این پدیده سلامت میلیون‌ها انسان را تهدید می‌کند و ویرانگری‌های حاصل از آن زمینه سقوط بسیاری از ارزش‌ها و معیارهای اخلاقی گردیده و سلامت جامعه را به مخاطره می‌اندازد (پویس، استوت، ترفری، ویتون و گلاسر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). در پنجاه سال اخیر، راهبردهای متنوعی برای پیشگیری از اعتیاد ارائه شده است. در بین این راهبردها، راهبرد آموزشی- تربیتی، یک روش پیشگیرانه است که از جایگاه بسیار والایی برخوردار است.

نظام آموزش و پرورش، نقش اساسی در راهبرد پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر به عهده دارد. در نظام آموزش و پرورش کشور ایران، کتاب‌های درسی به عنوان مهم‌ترین و اصلی‌ترین ابزار و رسانه آموزشی جهت انتقال مفاهیم، معانی و ارزش‌های مورد نظر به دانش‌آموزان مورد استفاده قرار می‌گیرند. محتوای کتاب‌های درسی، یکی از مهم‌ترین عناصر برنامه درسی است که به شاگردان ارائه می‌شود تا ورود آنان را به فعالیت‌های آموزشی میسر و رسیدن آنان را به هدف‌های اجرایی امکان‌پذیر سازد (ملکی، ۱۳۸۲). بر این اساس، گنجاندن محتوای مناسب در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد و سوء مصرف مواد، در کتاب‌های درسی از ضروریات اساسی برنامه‌های درسی است. لذا کتاب‌های درسی باید از نظر توجه به مؤلفه‌های پیشگیری از اعتیاد، مورد بررسی و ارزشیابی قرار بگیرند.

در این پژوهش کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم از نظر توجه به مؤلفه‌های پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مورد بررسی و تحلیل محتوا قرار گرفت. یافته‌های این تحقیق نشان داد که در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم، به مؤلفه‌های «عوارض ناشی از اعتیاد»، «راه‌های پیشگیری از اعتیاد»، «علل گرایش به اعتیاد»، «مفاهیم مرتبط با اعتیاد» توجه شده است ولی به مؤلفه‌های «جرم و قوانین مرتبط با اعتیاد»، «سابقه تاریخی مصرف مواد مخدر»، «نقش استعمار در گسترش مواد مخدر» هیچ اشاره‌ای نشده است. نتایج این پژوهش

1. Kermode

2. Powis, Stout, Trefry, Winston & Glasser

با نتایج تحقیقات محمودی (۱۳۹۷)، ابراهیمی قوام و محمدی (۱۳۹۵) و زوار و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. پژوهش محمودی (۱۳۹۷) نشان داده است که در دوره متوسطه اول، تا حدودی به این مؤلفه‌ها توجه شده است و انتظار می‌رود با توجه به بالاتر بودن سن و سطح درک و فهم دانش آموزان دوره متوسطه دوم و همچنین آسیب‌پذیری بیشتر دانش آموزان این دوره، به مؤلفه‌های ذکر شده توجه شود. همچنین یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که در پایه‌های دهم و یازدهم دوره متوسطه دوم، توجه کافی به مؤلفه‌های رویکرد پیشگیری از اعتیاد به موادمخدر نشده است. در مجموع نتایج این پژوهش حاکی از آن است که در دوره متوسطه دوم توجه متعادل و متوازی به مؤلفه‌های پیشگیری از اعتیاد به موادمخدر نشده است. بر اساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که در کتاب‌های درسی دوره متوسطه دوم به طور جدی به مؤلفه‌های مغفول توجه شود. همچنین در پایه‌های دهم و یازدهم توجه جدی تری به مؤلفه‌های پیشگیری از اعتیاد مبذول شود. در دوره متوسطه دوم، بیشتر در کتاب «بهداشت و سلامت» به حوزه پیشگیری از اعتیاد پرداخته شده است، توصیه می‌شود در سایر کتاب‌ها نیز به این حوزه توجه شود. به سایر پژوهشگران توصیه می‌شود نقش برنامه درسی غیر رسمی و برنامه درسی پنهان در زمینه پیشگیری از اعتیاد را مورد بررسی قرار دهند.

## منابع

ابراهیمی قوام، صغری و محمدی، یحیی (۱۳۹۵). تحلیل برنامه درسی کتاب مطالعات اجتماعی پایه هشتم متوسطه اول بر اساس رویکرد پیشگیری از اعتیاد به موادمخدر، *اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۷۸-۶۳.

اسعدی، سید نگار؛ اسعدی، سید حسین (۱۳۸۹). *پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر و روان‌گردان*. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

اسدزاده، فرشته؛ محمدی، یحیی و کاظمی، سیما (۱۳۹۵). بررسی میزان دانش و نگرش دانش‌آموزان سال سوم متوسطه بیرجند در خصوص موادمخدر، *فصلنامه مطالعات مبارزه با موادمخدر*، ۸(۲۸)، ۵۲-۴۵.

باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین و ملتفت، حسین (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی مرثر بر پدیده اعتیاد در شهر اهواز، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۲)، ۱۳۶-۱۱۹.

- بحرینی، مجید؛ قایدامینی، غلامرضا؛ سعیدزاده، حمیدرضا و سپهری، کبری (۱۳۹۳). بررسی اثر بخشی چهار روش آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد بر تغییر نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد*، ۱۶(۲)، ۴۳-۵۱.
- بهراد، بهنام (۱۳۹۴). پیشگیری مبتنی بر مدرسه، بهترین راهبرد برای پیشگیری از اعتیاد، *سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۷)، ۶۲-۴۱.
- جزایری، علیرضا؛ رفیعی، حسین و نظری، محمدعلی (۱۳۹۴). نگرش دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران درباره اعتیاد، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۲(۲۹)، ۹-۲۱۷.
- جمالی، اختر و قربانی، مجید (۱۳۸۷). مدل پیشنهادی پیشگیری از اعتیاد در مدارس، از نظر دانش آموزان و معلمان کشور، *رفاه اجتماعی*، ۷(۲۷)، ۲۶-۱۳.
- رحمتی، رباب؛ محمدخانی، شهرام و محسن پور، محمدرضا (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش توانمندسازی روانی اجتماعی بر نگرش شناختی و عاطفی نوجوانان به مصرف مواد مخدر، *فصلنامه روان شناسی نظامی*، ۶(۲۳)، ۲۶-۱۷.
- روشن پژوه، محسن؛ صابری، محمدباقر و میرکاظمی، رکسانا (۱۳۹۲). ارزیابی خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب‌های اعتیاد، *فصلنامه توانبخشی*، ۱۴(۵)، ۱۱۷-۱۲۲.
- زارعی مته کلایی، الهه (۱۳۹۶). مهارت های زندگی و پیشگیری از اعتیاد، *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۴)، ۹۶-۶۹.
- زوار، تقی؛ حبیبی، رامین و حسونند، مریم (۱۳۹۵). تحلیل محتوای بسته‌های آموزشی پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی، *اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۶۲-۴۵.
- سلیمانی نیا، لیلا؛ جزایری، علیرضا و محمدخانی، پروانه (۱۳۸۴). نقش سلامت روان در ظهور رفتارهای پرخطر نوجوانان، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۵(۱۹)، ۷۵-۹۰.
- شریفی، حسن پاشا و رضایی، نورمحمد (۱۳۸۸). رابطه بین نگرش به مواد مخدر با نایمنی در خانواده، *تحقیقات روان شناسی*، ۱(۲)، ۸۶-۷۷.
- شکری، کیوان؛ استادآبادی، محمدصالح و علی آبادی، جمال (۱۳۹۵). پیشگیری از عود رفتار اعتیادی در معتادان، *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۹)، ۱۹۴-۱۶۱.
- طارمیان، فرهاد (۱۳۸۳). پیشگیری از مصرف مواد در کودکان و نوجوانان، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۲(۶)، ۱۴۳-۱۵۶.
- کریمیان، هاجر؛ زوار، تقی و پیری، موسی (۱۳۹۵). مؤلفه های پیشگیری از اعتیاد در محتوای کتاب تفکر و سبک زندگی پایه هفتم از دیدگاه دبیران، *اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۴۰)، ۱۲۶-۱۱۳.



کیانی پور، عمر؛ پوزاد، اکرم (۱۳۹۱). بررسی نقش عوامل مؤثر در ترک اعتیاد، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۲۲(۶)، ۳۹-۵۴.

مامی، شهرام؛ احدی، حسن؛ نادری، فرح و عنایتی، میرصلاح الدین (۱۳۹۱). پیش بینی مدل گرایش به اعتیاد دانش آموزان متوسطه شهر ایلام بر اساس عوامل و متغیر میانجی سلامت روان، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۱(۶)، ۲۴۸-۲۵۶.

محمد پور اصل، اصغر؛ فخاری، علی؛ رستمی، فاطمه و وحیدی، رضاقلی (۱۳۸۶). بررسی اپیدمیولوژیک مصرف داروهای روانگردان و الکل در دانش آموزان دوم دبیرستان پسرانه شهر تبریز، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۷(۴)، ۴۰۰-۴۰۸.

محمودی، سیروس (۱۳۹۷). تحلیل محتوای کتاب های درسی دوره ابتدایی و متوسطه اول از نظر توجه به مؤلفه های پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۹)، ۱۱-۲۴.

ملکی، حسن (۱۳۸۲) مبانی برنامه ریزی درسی آموزش متوسطه، تهران: سمت  
منشی، غلامرضا (۱۳۸۲). نقش آموزش مهارت های زندگی بر پیشگیری از اعتیاد جوانان شهر مشهد. مجموعه مقالات اولین همایش تبیین علمی بزه دیدگان و راههای پیشگیرانه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

مولایی، مهری و هاشمی، جواد (۱۳۹۶). راهکارهای مقابله با گرایش به مصرف مواد مخدر، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۴(۱۳)، ۹۴-۶۹.

مهدی، کورش (۱۳۸۷). مواد مخدر و اعتیاد به آن(انواع، سبب شناسی و پیشگیری)، اصفهان: هنرهای زیبا

میرجانی اقدم، اکبر؛ فرهادی، محمد حسن، افتخاری، فیض اله و فدایی، ابراهیم (۱۳۹۰). بررسی متون آموزشی تهیه شده در زمینه اعتیاد و عوارض آن بر میزان آگاهی دانش آموزان پسر مقاطع تحصیلی شهر تهران، مجله توانبخشی، ۱۲(۵۰)، ۱۳-۹.

نوریان، محمد (۱۳۸۹). تحلیل برنامه درسی دوره ابتدایی، تهران: انتشارات گویش  
نیکدل، مهدی (۱۳۹۲). تاثیر آموزش مهارتهای زندگی در کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر دانش آموزان پسر مقطع سوم متوسطه شهرستان اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

نیکلس، ادری و هاوارد (۱۳۸۱). راهنمای عملی برنامه ریزی درسی، ترجمه داریوش دهقان، تهران: انتشارات قدیان

واحدچو کده، حسین؛ عباسعلی، حسین خانزاده؛ شاکری نیا، ایرج و سیدنوری، سیده زهرا (۱۳۹۴).  
پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های آموزشی با تأکید بر برنامه درسی پنهان، فصلنامه سلامت اجتماعی

و اعتیاد، ۲(۸)، ۷۸-۵۷

یارمحمدیان، محمدحسین (۱۳۹۰). اصول برنامه ریزی درسی، تهران: انتشارات یادواره کتاب

- Adelman, H. S., & Taylor, L. (2003). on sustainability of project innovations as systemic change. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 14(1), 1-25.
- Altabach, P. C. (1991). *Textbook in American society: Politics, and Pedagogy*. Albany, NY: state university of New York Press.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2007). School-based programs to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International review of psychiatry*, 19(6), 607-615.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2005). *School-based program in Lowinson substance abuse: A comprehensive textbook*. 4th edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Botvin, G.J., Griffin, K. W., & Williams, M. (2001). Drug abuse prevention among Minority Adolescents: posttest and one-year follow up of school based preventive intervention. *Prevention Science*, 2, 1-13.
- Draucker, C., & Mazurczvk, J. (2013). Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing Outlook*, 61(5), 291-310.
- Eisen, M., Zellman, L., Masset, H. A., Murray, D. M. (2002). Evaluating the LionsQuest "Skills for Adolescence" Drug Education Program, First Year Behavior Outcomes. *Addictive Behavior*, 5(27), 619-23.
- Hall, N. W., & Zigler, E. (1997). Drug-abuse prevention efforts for young children: A review and critique of existing programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(1), 134-143.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohm, K., Cuomo, L., Gregori, D. ...Rosaria, M. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 108, 56-64.
- Kermode.T (2013). Falling through the cracks: a qualitative study of HIV risks among women who use drugs and alcohol in Northeast India. *BMC International Health and human Rights*. <http://www.biomedcentral. Com>.
- Kopelowice, A., Liberman, R., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 456-468.
- Marlatt, G. A., Parks, G.A., & Witkiewtz, K. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Addictive Behaviors Research Center*, Department of Psychology, University of Washington.
- Powis, W., L Stout, R., B., Trefry, W., Glasser, I., Connors, G. J., Maisto, S. A., Westerberg, V. S. (2006). Alcohol relapse repetition, gender, and predictive validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(4), 349-353.

## مقایسه احساس شرم، گناه و رشد اخلاقی بین دانش آموزان دختر با و بدون والد وابسته به مواد

نسیم معجز<sup>۱</sup>، سمیه تکلوی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۰۹

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه احساس شرم، گناه و رشد اخلاقی بین دانش آموزان دختر با و بدون والد وابسته به مواد انجام شد. روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل همه دانش آموزان مشغول به تحصیل مقطع اول متوسطه شهرستان نیر در سال ۹۷-۹۶ بود. نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر (۳۰ دانش-آموز با والد وابسته به مواد و ۳۰ دانش آموز با والد بدون وابستگی به مواد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. ابزار پژوهش پرسش‌نامه رشد اخلاقی لطف آبادی (۲۰۰۷) و مقیاس آمادگی شرم و گناه کوهن، ولف، پتر و اینسکو (۲۰۱۱) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دانش آموزان دختر با و بدون والد وابسته به مواد در احساس شرم، گناه و رشد اخلاقی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که دانش آموزان دارای والد وابسته به مواد در پرسش‌نامه احساس شرم و گناه نمرات بالاتر و در رشد اخلاقی نمرات کمتری داشتند. در مجموع نتایج حاکی از آن بود که دانش آموزان دارای والد وابسته به مواد احساس شرم و گناه بیشتر و رشد اخلاقی کمتری را نسبت به دانش آموزان بدون والد وابسته به مواد تجربه می‌کنند.

**کلید واژه‌ها:** احساس گناه، احساس شرم، رشد اخلاقی، والد وابسته به مواد.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران. پست الکترونیک:

staklavi@gmail.com

## مقدمه

نقش خانواده به عنوان واحد اصلی و عنصر تأثیرگذار بر روابط، رفتارها و خصوصیات ذاتی و اکتسابی اعضای خانواده واضح و غیرقابل تردید است. خانواده سالم بستر مناسبی برای رشد و شکوفایی و بالندگی اعضای خود فراهم می کند و در حفظ و ارتقای سلامت جسمی و روانی آن‌ها تأثیر فراوان و غیرقابل انکاری دارد. در مقابل، خانواده ناسالم زمینه را برای ایجاد اختلاف در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی فراهم می کند و افراد را به سمت بزهکاری سوق می دهد. وجود اعتیاد در خانواده نیز بر فرزندان تأثیر می گذارد. ویژگی های خانواده های دارای اعتیاد عبارتند از: اختلافات خانوادگی، طلاق، از بین رفتن احترام و ارزش های خانوادگی، سختگیری ها و تنبیه بدنی، ملامت ها و سرزنش های زیاد و مداوم، منحرف بودن پدر و مادر از اصول اخلاقی، انحراف خواهران یا برادران، بی سوادی و نادانی والدین، فقدان احساس مسئولیت پدر و مادر، تربیت غلط کودک و کمبود محبت در دوران کودکی (امیری، ۱۳۸۹). در نوجوانی تغییرات فیزیکی موجب می شوند که دختران از نظر روانی آسیب پذیرتر شوند، زیرا در آستانه یک تغییر جدی یعنی گذار از مرحله کودکی به بزرگسالی قرار می گیرند. میل به گوشه گیری، حساسیت نسبت به انتقاد دیگران، نوسان در خلق و خو، بی قراری، بی ثباتی، کاهش اعتماد به نفس و صرف توجه بیش از حد به ظاهر از ویژگی های رفتاری دختران در سنین بلوغ است. همین عامل باعث می شود که اعتیاد والدین آسیب های اجتماعی را در دختران نوجوان ایجاد کند. عدم رشد اخلاقی<sup>۱</sup> نیز در فرزندان موجب بروز مشکلاتی در زمینه انگیزش و پیشرفت تحصیلی، میزان انعطاف پذیری و شیوه های تصمیم گیری و حل مسئله می شود. در نتیجه فرزندان ممکن است دچار رفتارهای انحرافی، نوشیدن الکل و سوء مصرف مواد شوند (کرباسی و کیلیان، ۱۳۹۰). مطالعات پیشگیرانه در سال های اخیر، به ویژه در دوره نوجوانی به شدت مورد توجه قرار گرفته است. برنامه های مداخله ای پیشگیرانه مبتنی بر خانواده باید در جهت افزایش پیوند و روابط خانوادگی عمل نماید. این پیوند می تواند از طریق آموزش قدرت مقابله، مداخلات مشارکتی متمرکز بر مدرسه-خانواده، برنامه توانمندسازی خانواده

و برنامه گذار از نوجوانی تدوین شود (پاسبانی اردبیلی، مهدی زاده، قنبری پیر کاشانی، ۱۳۹۷).

پژوهشگران اخلاق را مجموعه‌ای از صفات روحی و باطنی انسان تعریف کرده‌اند که به صورت اعمال و رفتاری که از خلیات درونی انسان ناشی می‌شود، تجلی می‌یابد (تولایی، ۱۳۸۸). رشد اخلاقی شامل قوانین و مقررات اجتماعی است که تعیین می‌کند انسان‌ها در ارتباط با دیگر مردم چگونه باید رفتار کنند. در واقع هدف از قوانین اخلاقی، قضاوت درباره اعمال جامعه‌پسند است (کرمی نوری و مرادی، ۱۳۹۰). انسان با حس اخلاقی، حسی که خیلی زود تجلی می‌کند، متولد می‌شود. این حس در خانواده ظاهر می‌شود، به وسیله معلمان الگو می‌گیرد و توسط اجتماع تغذیه می‌شود. در حقیقت خانواده، مدرسه و اجتماع قواعد اخلاقی را که بر اساس اصول عدالت و در نظر گرفتن حقوق دیگران قرار دارد، آموزش می‌دهند. آن دسته از والدین که هم از فرزندان حمایت می‌کنند و هم روی آنان کنترل دارند، فرزندان را تربیت می‌کنند که ارزش‌های دینی و اخلاقی مشابه والدین خود خواهند داشت. اما والدینی که فرزندان خود را کاملاً حمایت می‌کنند، ولی کنترلی روی آنان ندارند و نیز والدینی که نه حمایت چندانی از فرزندان خود می‌کنند و نه کنترلی روی آنان دارند، فرزندان تربیت خواهند کرد که باورها و ارزش‌های اخلاقی آنان شباهت چندانی به باورها و ارزش‌های اخلاقی پدر و مادرشان نخواهد داشت. وجود تعارض در خانواده و در بین والدین و فرزندان مانع از انتقال ارزش‌های دینی به فرزندان نوجوان می‌شود (لطف آبادی، ۱۳۸۵). اما، این که کودکان چطور میل درونی برای پیروی از قواعد اخلاقی پیدا می‌کنند و چه انگیزه‌هایی آنان را وادار به پیروی از قواعد می‌کند، در طی مراحل رشد متفاوت است. تحولات وسیع عاطفی و اجتماعی و مواجهه نوجوانان و جوانان با مقتضیات زندگی و انتظارات والدین و دوستان و اطرافیان و تجارب تازه‌ای که در مناسبات اجتماعی و فرهنگی خود کسب می‌کنند، درگیری آنان را با مسائل اخلاقی و ارزشی بیشتر می‌کند و زمینه‌های رشد آنان در این امور را گسترش می‌دهد. نتیجه این وضع آن است که نوجوانان و جوانان با مجموعه وسیعی از تغییرات درونی و بیرونی و تعارض‌های ناشی از ارزش‌های گوناگون اجتماعی و

فرهنگی و دینی روبرو می‌شوند و باید جایگاه مطمئنی برای دوام و رشد خود دست و پا کنند. لومبارت، پولن و سوابی (۲۰۱۷) در تحقیق خود نشان دادند که اعتیاد مادران یکی از بزرگترین ضربه‌های رشد اخلاقی و اجتماعی برای کودکان است. رهروان، سلطانی و شباهنگ (۱۳۹۷) با مقایسه تعارض والد-فرزند و هوش هیجانی در نوجوانان دختر با و بدون پدر وابسته به مواد به این نتیجه رسیدند که نوجوانان دختر با پدر وابسته به مواد، تعارض والد-فرزند بیشتر و هوش هیجانی کمتری در مقایسه با نوجوانان دختر بدون پدر وابسته به مواد داشتند. نوروزی، چراغیان، نصرتی و عزیزی (۱۳۹۱) در تحقیق خود بیان کردند که ضعف مبانی عقیدتی و عدم پایبندی به اصول اخلاقی و انسانی یکی از عوامل زمینه ساز گرایش به اعتیاد است. قسمتی از هیجان اخلاقی، هیجان خودآگاهی است که شامل شرم، گناه و خجالت و غرور است. شرم و گناه هنگامی تجربه می‌شود که فرد احساس کند نتوانسته است یک معیار قانون یا هدف را برآورده سازد. احساسات شرم و گناه از مهم‌ترین هیجانات اخلاقی و اجتماعی به حساب می‌آیند (جوکار و کمالی، ۱۳۹۴).

برخی پژوهشگران معتقدند که شرم نوعی احساس سرزنش خود محسوب می‌شود و با ارزیابی منفی از خود همراه است. برخلاف آن احساس گناه، احساسی است که کمتر خود را تهدید می‌کند چرا که مربوط به رفتارهای مشخص است در حالی که احساس شرم به شکلی همه جانبه خود را درگیر می‌سازد (تانجنی و دیرینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). شرم حاصل نرسیدن به ایده‌آل‌های مثبت نیست بلکه بازشناسی این مسأله است که ما کسی هستیم که نمی‌خواهیم باشیم یعنی نوعی ایده‌آل منفی (تانجنی و دیرینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). عواطف خودآگاه منفی مثل شرم و گناه زمانی برانگیخته می‌شوند که ارزیابی از رفتار و اقدامات در تضاد با ارزش‌ها و معیارهای اخلاقی فرد است. از آنجا که ارزیابی‌های منفی مضر هستند، افراد از رفتارهایی که باعث برانگیختن این عواطف خودآگاه منفی می‌شود جلوگیری می‌کنند. تفاوت شرم و گناه در این است که گناه مربوط به ارزیابی رفتار فرد است در حالی که شرم مربوط به ارزیابی خود فرد می‌شود و گناه بیشتر در زمینه فردی پدیدار می‌شود (اسپریت،

1. Lombard, Pullen, &amp; Swabey

2. Tangney and Dearing

اسکالویجک، ون وگت و استامز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). تانجنی و دیرینگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) معتقدند که این احساسات است که افکار و رفتار فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. برخی از محققان شرم را به عنوان عاطفه دلبستگی یا عاطفه بین فردی در نظر گرفته‌اند. آنان معتقدند که شرم زمانی احساس می‌شود که پیوند ارتباطی مختل و از هم گسیخته شود (مایلز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). احساس شرم باعث می‌شود که فرد تمایل به فرار، عقب نشینی و مخفی کردن داشته باشد. اگر چه که احساس گناه نیز یک احساس منفی است اما مربوط به علیت داخلی است و فرد در نظر می‌گیرد که وضعیت بیرونی باعث این شرایط شده است. احساس گناه، هیجانی است که بعد از یک خطای اخلاقی در فرد به وجود می‌آید (بامیستر، استیل ول و هرتون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). کسانی تجربه احساس گناه دارند که با رفتارشان به کسی آسیب زده باشند و رفتار خود را بد ادراک کنند (تانجنی و دیرینگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). آنچه بعد از احساس گناه در فرد به وجود می‌آید، نوعی گرایش برای جبران و کم کردن خسارت‌های ایجاد شده است (تانجنی، دیرینگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). احساس گناه، نسبتاً کمتر دردناک است و برخلاف شرم فرد در تلاش برای جبران در آینده بر می‌آید (هیکومبرگ و دیرینگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). در واقع، ما احساس گناه یا همان عذاب وجدان را راهی برای کنار گذاشتن یا انجام ندادن بسیاری از تخطی‌های اخلاقی می‌نگریم و نحوه نگرش مردم ما به احساس گناه با دید غرب در این حیطه متفاوت است (عبداللهی، جزینی، امان‌اللهی و اصلانی، ۱۳۹۶). محیط خانواده‌هایی که با تروما و اتفاقات ناگوار و تنش و آشفتگی زیادی همراه هستند، اثر منفی بر زندگی فرزندان می‌گذارند و باعث ایجاد احساس گناه می‌شوند. در حقیقت شرم و گناه ممکن است مانند سایر عواطف منفی (مثل پرخاشگری، غم، اضطراب) از روابط اولیه به وجود آید (لری<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). ویله لا، سیلوا، گرندی، روچا و فیگیلی<sup>۹</sup> (۲۰۱۶) معتقدند که کودکانی که در ارتباط با سوء مصرف مواد قرار می‌گیرند از مشکلات رفتاری و هیجانی بیشتری رنج می‌برند. از نظر شانون<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۹) استفاده از کودکان و نوجوانان در تهیه و استفاده از مواد

1. Spruit , Schalkwijk , Van Vugt & Stams  
2. Mills  
3. Baumeister, Stillwell & Heatherton  
4. Dearing & Hequembourg

5. Leary  
6. Vilela, Silva, Grandi, Rocha & Figlie  
7. Shannon

توسط والدین، خود یکی از انواع بدرفتاری هیجانی است و می تواند منجر به شکل گیری عواطف منفی در کودکان شود. کوله مرز، نریمانی، سلطانی و مهرابی (۱۳۹۳) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که والدین معتاد به علت رشد عاطفی نامناسب در دشواری در توصیف احساسات و دشواری در شناسایی احساسات نمرات بالاتری داشتند. میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و خشم در مصرف کنندگان مواد در مقایسه با افراد سالم به طور معناداری بیشتر است (آریا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). احساس شرم و گناه از الگوهای درونی است که تحت تاثیر جو خانواده فرد قرار می گیرد و اغلب در نتیجه سوء رفتار در دوران کودکی ایجاد می شود (هارپر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). لذا والدینی که خود از لحاظ اخلاقی و هیجانی نابسند هستند، قادر به ایجاد بستر مناسب رشد اخلاقی و هیجانی کودکان خود نیستند. موریس<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افرادی که روابط خانوادگی نایمنی را در کودکی تجربه می کنند، سطوح بالاتر شرم و انواع سازش نایافته گناه را نشان می دهند. لومبارت و همکاران (۲۰۱۷) بین اختلالات رفتاری و متغیرهای محیط خانواده به رابطه معنی داری دست یافتند.

با توجه به آنچه گفته شد، دانش آموزان دارای والدین معتاد از محرومیت های مختلفی رنج می برند. بنابراین به نظر می رسد این دانش آموزان بیشتر در معرض آسیب های رشدی قرار می گیرند؛ انگیزش پیشرفت کمتری دارند و در میان آنان اعتماد به نفس و خودباوری کمتری وجود دارد. سوال اصلی این پژوهش این بود که آیا بین احساس شرم و گناه و رشد اخلاقی در دانش آموزان دختر دارای والد معتاد و والد غیر معتاد تفاوت وجود دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه گیری

روش پژوهش از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان مشغول به تحصیل مقطع اول متوسطه شهرستان نیر در سال ۹۷-۹۶ بودند. تعداد ۳۰ نفر دانش آموز دارای والدین معتاد و ۳۰ نفر دانش آموز دارای والدین غیر معتاد به صورت نمونه گیری در

1 . Arria, Caldeira, Grady, Vincent, Fitzell, Johnson & Wish

2 . Harper  
3 Muris



دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود عبارت بود از: دانش آموز دارای پرونده مشاوره نزد مشاور مدرسه باشد، رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش داشته باشد و یکی از والدین شان جهت ترک اعتیاد تحت نظر مراکز ترک اعتیاد باشد. ملاک خروج عبارت بود از داشتن مشکل خاص جسمی یا روانی بر اساس پرونده و گزارش شخصی. دو گروه دانش آموزان با و بدون والد معتاد از لحاظ سن و وضعیت تحصیلی همتاسازی شدند.

## ابزار

۱. پرسشنامه رشد اخلاقی لطف آبادی: این آزمون توسط لطف آبادی (۱۳۸۵) تهیه شده است. سؤالات این آزمون در ۶ مؤلفه اخلاقی و برای هر مؤلفه سه سؤال طراحی شده است. در مجموع از ۱۸ سؤال تشکیل شده است. جهت بررسی روایی از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شده که نتایج بیانگر وجود شش عامل در این مقیاس بوده است، به طوری که این عوامل در مجموع ۵۶/۷۰ درصد از واریانس کل را تبیین می کنند. این شش مؤلفه اخلاقی عبارتند از: اخلاق زیست محیطی (سؤالات ۱، ۲، ۳)، اخلاق مراقبت از خود یا اخلاق فردی (سؤالات ۴، ۵ و ۶)، اخلاق در مناسبات خانوادگی (سؤالات ۷، ۸، ۹)، اخلاق اجتماعی (سؤالات ۱۰، ۱۱، ۱۲)، اخلاق انسانی (سؤالات ۱۴، ۱۳، ۱۵) و اخلاق معنوی یا متعالی (سؤالات ۱۶، ۱۷، ۱۸). هر سؤال در مقیاس لیکرت (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) نمره گذاری می شود. ضرایب پایایی مؤلفه های رشد اخلاقی با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۸۱ محاسبه و گزارش شده است و پایایی کل با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۹ به دست آمده است (کرامتی و عمادیان، ۱۳۹۵).

۲. مقیاس آمادگی شرم و گناه: این مقیاس توسط کوهن، ولف، پنتر و اینسکو<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) ساخته شده و دارای ۱۶ گویه برای سنجش دو بُعد شرم و گناه است. در این مقیاس داستان هایی در مورد موقعیت هایی که افراد در زندگی روزمره با آن ها مواجه می شوند و واکنش های آن ها به این موقعیت ها ارائه و سپس از شرکت کنندگان خواسته می شود که خود را در آن موقعیت تصور کنند و میزان احتمال واکنش خود را در این شرایط روی

مقیاسی پنج درجه‌ای از به ندرت = ۱ تا خیلی زیاد = ۵ مشخص کنند. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۶۹ گزارش شده است (جوکار و کمالی، ۱۳۹۴).

### یافته‌ها

میانگین سنی (و انحراف معیار) دانش‌آموزان دارای والد معتاد ۱۴/۶۶ (۰/۶۲) و دانش‌آموزان دارای والد غیر معتاد ۱۴/۵۶ (۰/۷۶) بود. میانگین سنی (و انحراف معیار) والد معتاد ۵۲/۵۳ (۶/۹۲) و والد غیر معتاد ۵۳/۳۳ (۵/۶۸) بود. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی احساس شرم، گناه و رشد اخلاقی به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی نمرات احساس شرم، گناه و رشد اخلاقی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
اخلاق زیست-محیطی	دارای والد معتاد	۱۵/۴۳	۲/۰۶
	دارای والد غیر معتاد	۱۵/۸۶	۱/۹۲
اخلاق مراقبت از خود یا اخلاق فردی	دارای والد معتاد	۱۵/۳۶	۲/۱۴
	دارای والد غیر معتاد	۱۶/۰۳	۱/۵۶
اخلاق در مناسبات خانوادگی	دارای والد معتاد	۱۵/۱۳	۲/۰۲
	دارای والد غیر معتاد	۱۶/۲۰	۱/۶۵
اخلاق اجتماعی	دارای والد معتاد	۱۵/۰۳	۱/۸۸
	دارای والد غیر معتاد	۱۶/۳۱	۱/۸۷
اخلاق انسانی	دارای والد معتاد	۱۵/۲۳	۱/۸۶
	دارای والد غیر معتاد	۱۶/۳۴	۱/۶۷
اخلاق معنوی (یا متعالی)	دارای والد معتاد	۱۴/۸۳	۱/۷۶
	دارای والد غیر معتاد	۱۶/۳۱	۲/۰۸
احساس گناه	دارای والد معتاد	۳۱/۰۰	۵/۲۱
	دارای والد غیر معتاد	۲۶/۸۰	۵/۱۳
احساس شرم	دارای والد معتاد	۲۷/۶۰	۵/۵۹
	دارای والد غیر معتاد	۲۳/۳۳	۵/۰۳

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات احساس شرم و گناه در دو گروه متفاوت و در دانش‌آموزان دارای والد معتاد بیشتر از دانش‌آموزان دارای والد غیر معتاد است. همچنین رشد اخلاقی در دو گروه متفاوت و در دانش‌آموزان دارای والد معتاد

کمتر از دانش‌آموزان دارای والد غیر معتاد است.

به منظور مقایسه احساس گناه و شرم از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. پیش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری باید مفروضه‌های این آزمون مورد بررسی قرار گیرند. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری از آزمون باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانس‌ها-کوواریانس‌ها استفاده شد. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ( $P > 0/05$ ,  $F = 0/28$ ,  $M = 0/88$  باکس). همچنین از آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس خطای متغیرها استفاده شد. نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای احساس گناه و شرم در بین دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های احساس شرم و گناه در بین گروه‌ها**

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
احساس شرم	۰/۱۵	۱	۵۸	۰/۰۷
احساس گناه	۰/۰۵	۱	۵۸	۰/۰۹

با توجه به جدول ۲ سطح معناداری آماره F در متغیرهای احساس گناه و شرم بزرگتر از ۰/۰۵ است در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است. با توجه به نتایج آزمون ام باکس و لون استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مجاز است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه احساس گناه و شرم در دانش‌آموزان با و بدون والد معتاد حکایت از معناداری تفاوت در دو گروه داشت ( $P < 0/001$ ,  $F = 8/67$ ،  $0/76 = \text{لامبدای ویلکز}$ ). برای بررسی الگوی تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی الگوی تفاوت احساس شرم و گناه در گروه‌ها**

منابع تغییرات	متغیرهای وابسته	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی داری	مجزور اتا
گروه	احساس شرم	۲۷۳/۰۶	۹/۶۳	۰/۰۰۳	۰/۱۴
	احساس گناه	۲۶۴/۶۰	۹/۸۷	۰/۰۰۳	۰/۱۴

باتوجه به مقادیر به دست آمده آماره F و سطح معنی داری نمایش داده شده در جدول شماره ۳ واضح است که میانگین نمرات احساس شرم و احساس گناه در دو گروه تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که میانگین نمرات احساس شرم و گناه در دانش آموزان دارای والد معتاد بیشتر است.

به منظور مقایسه رشد اخلاقی در دانش آموزان دختر با و بدون والد معتاد از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. پیش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری باید مفروضه‌های این آزمون مورد بررسی قرار گیرند. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری از آزمون باکس، جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانس‌ها- کوواریانس‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که این پیش فرض برقرار است ( $P > 0.05$ ،  $F = 0.70$ ،  $M = 22/86$  باکس). همچنین از آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها استفاده شد. نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها در بین گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴: آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های رشد اخلاقی در بین گروه‌ها**

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
اخلاق زیست-محیطی	۰/۵۲	۱	۵۸	۰/۴۷
اخلاق مراقبت از خود یا اخلاق فردی	۳/۲۵	۱	۵۸	۰/۰۷
اخلاق در مناسبات خانوادگی	۰/۷۲	۱	۵۸	۰/۳۹
اخلاق اجتماعی	۰/۲۰	۱	۵۸	۰/۶۵
اخلاق انسانی	۰/۰۱	۱	۵۸	۰/۸۹
اخلاق معنوی (یا متعالی)	۱/۲۰	۱	۵۸	۰/۲۷

با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل واریانس چند متغیری انجام شد. نتایج حکایت از معناداری تفاوت نمرات در دو گروه داشت ( $F = 5/34, P < 0/05$ )،  $F = 0/57 =$  لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوی تفاوت‌ها از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

**جدول 5: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی الگوی تفاوت رشد اخلاقی در گروه‌ها**

منابع	مجموع		درجه		سطح معنی داری
	مجدورات	آزادی	میانگین	آماره F	
اخلاق زیست-محیطی	2/71	1	2/71	0/68	0/41
اخلاق مراقبت از خود یا اخلاق فردی	6/57	1	6/57	1/85	0/17
اخلاق در مناسبات خانوادگی	16/99	1	16/99	4/93	0/03
اخلاق اجتماعی	20/04	1	20/04	6/81	0/01
اخلاق انسانی	18/21	1	18/21	5/77	0/02
اخلاق معنوی (یا متعالی)	32/16	1	32/16	8/63	0/005

## بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش مقایسه احساس شرم، گناه و رشد اخلاقی در دانش آموزان با و بدون والد معتاد بود. نتایج تحقیق نشان داد که بین احساس گناه و شرم دانش آموزان با و بدون والد معتاد تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج بدست آمده با تحقیقات لومبارت و همکاران (۲۰۱۷)، ویله لا و همکاران (۲۰۱۶)، لری<sup>۱</sup> (۲۰۱۵). موریس و همکاران (۲۰۱۴)، آریا و همکاران (۲۰۱۱)، هارپر (۲۰۱۱)، تانگنی و دیرینگ (۲۰۰۴)، شانون (۲۰۰۹)، کوله مرز و همکاران (۱۳۹۳) همسو است. ویله لا و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند کودکانی که در ارتباط با سوء مصرف مواد قرار می‌گیرند از مشکلات رفتاری و هیجانی بیشتری رنج می‌برند. تانجنی و دیرینگ (۲۰۰۴) معتقدند که عوامل بیرونی باعث ایجاد احساس گناه می‌شوند. احساس شرم و گناه، معمولاً پس از اینکه کودک توانست خود را در آینه بشناسد، ایجاد می‌شوند یعنی زمانی که "خود" شکل می‌گیرد. بنابراین درک این

عواطف نیازمند وجود خود و یا توانایی ادراک خود به عنوان ابزاری برای ارزیابی است. روان تحلیل گران معتقدند است که احساس شرم از سه سالگی و با بروز آگاهی از هنجارها و باید و نبایدها و توان ارزیابی خود ایجاد می شود. فروید از مفهوم سازی شناختی احساس گناه که از تعارض بین ایگو و سوپر ایگو بر می خواست سخن گفت. کودک در مقابل هر نوع سرپیچی احساس گناه از خود نشان می دهد. ناتوانی در رسیدن به معیارهای ایگوی ایده آل سبب احساس شرم و حقارت و در نتیجه ترس از دست دادن عشق می شود. شرم هیجان بسیار قدرتمندی است که با احساس حقارت، احساس بی ارزشی و خودانگاره آسیب دیده ارتباط دارد. نوجوانی که احساس شرم می کند دچار عذاب شدید، سردرگمی فکر، گرایش های نیرومند کناره گیری، نشخوار و حمله هیجانی می شود. احساس گناه از چند نظر شبیه شرم است ولی شدت شرم را ندارد. گناه بعد از اینکه فرد رفتار خود (نه خودش) را به صورت شکست ارزیابی می کند، پدیدار می شود. نوجوان هنگام گناه بر رفتارها و عمل خود متمرکز است، نه ارزش خود. نوجوانی که احساس گناه می کند، روی ارزش رفتار و آنچه برای بی اثر کردن پیامدهای آسیب زای رفتار ضرورت دارد، تمرکز می نماید و سعی در بازنگری و تغییر رفتار خود دارد. طور کلی هیجان هایی مثل شرم و گناه زمانی که ما با معیارها و اهدافمان برخورد می کنیم یا آن ها را زیر پا می گذاریم، نمود می یابند و به نوبه خود این معیارها و اهداف ما نیز با اجتماعی شدن توسط والدین، معلمان، همسالان و دیگران در "خود" شکل می گیرند. شرم و گناه هر دو هیجانی هستند که به عمل در روابط بین فردی منجر می شوند. نوجوانی که احساس شرم می کند در روابط بین فردی سعی در مخفی کردن، فرار کردن و راندن دیگران از خود دارد. در حالیکه احساس گناه به عذرخواهی کردن، اعتراف کردن و اعمال اصلاح کننده منجر می شود. هر دوی این رفتارها (کناره گیری و عذرخواهی) اگر به طور مکرر استفاده شود، منجر به شکل گیری روابط بین فردی معیوب می شوند. با توجه به اینکه پژوهش صورت گرفته در شهرستان نیر انجام شده است؛ به دلیل کوچک بودن محیط دانش آموزان، معمولاً همه افراد جامعه نسبت به خانواده های هم شناخت دارند. اگر ایده آل های ذهنی نوجوان جهت داشتن والدین سالم مطابق با واقعیت نباشد، کودک دچار تعارض شده و احساس گناه در

او شکل می‌گیرد. کودکان نسبت به خود نظر منفی و به دیگران نظر مثبت داشته و سعی می‌کنند همه را از خود راضی نگه دارند و ارتباط مداوم برقرار کنند. اضطرابی که در پی این وضعیت ایجاد می‌شود، به وابستگی آن‌ها به دیگران می‌افزاید و در نتیجه در وضعیت‌های بحرانی خودشان را مقصر دانسته و مدام خود را سرزنش می‌کنند. این شرایط منجر به ایجاد احساس شرم و گناه و خودتنبیهی در فرد می‌شود. در حقیقت دختران نوجوان به علت آرمان‌گرایی‌های خاص دوره نوجوانی و حساس بودن به انتقاد همسالان، معتاد بودن پدر را خطای اخلاقی در نظر می‌گیرند. به همین دلیل احساس حقارت و شرم می‌کنند. در نتیجه از یک طرف در روابط بین فردی با همسالان، معلمان و افراد فامیل سعی در کناره‌گیری دارند و از طرف دیگر در صورت بروز کوچک‌ترین خطایی احساس گناه کرده و سعی در جبران اشتباهات خود دارند. رفتارهای توأم با احساس گناه و شرم احتمالاً زمینه شکل‌گیری الگوهای رفتاری مخرب چون افسردگی و اضطراب را در آن‌ها ایجاد میکند. با توجه به اینکه اعضای خانواده در جامعه ما به طور کلی در مسائل هم‌گروه خورده‌اند هر گونه لغزشی در یکی از اعضای خانواده به جایگاه تک تک اعضای خانواده لطمه می‌زند. در نتیجه مورد قضاوت قرار گرفتن در جامعه منجر به خود سرزنشی و شکل‌گیری عواطف منفی در خانواده‌های افراد معتاد مخصوصاً فرزندان آن‌ها می‌شود.

نتایج تحقیق حاضر همچنین نشان داد که بین رشد اخلاقی دانش‌آموزان با و بدون والد معتاد تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج به دست آمده با تحقیقات لومبارت و همکاران (۲۰۱۷) و یله‌لا و همکاران (۲۰۱۶)، شانون (۲۰۰۹)، لطف‌آبادی (۱۳۸۵)، تانجی و دیرینگ (۲۰۰۴) همسو است. لومبارت و همکاران (۲۰۱۷) به رابطه قوی بین اختلالات رفتاری و متغیرهای محیط خانواده دست یافتند. لطف‌آبادی (۱۳۸۵) معتقد است که رفتار معلمان و والدین سهم مهمی در رشد اخلاقی و دینی نوجوانان و جوانان دارند. هیجانان اخلاقی در روابط اجتماعی ریشه دارند و بر ارزشیابی و قضاوت‌های دو سویه از خود و دیگران مبتنی هستند. زیبراس و حلاج‌زاده (۱۳۹۰) به این نتیجه دست یافتند که بین رشد اخلاقی فرزندان پسر دارای والدین معتاد و پدر غیرمعتاد تفاوت معنادار وجود دارد و پدران الگوی مناسبتری برای فرزندان پسر هستند. در مورد دختران در مواقعی که پدر

تواند نقش خود را به درستی ایفا کند، نقش مادر در خانواده پررنگ تر شده و دختران از مادر بیشتر الگوپذیری دارند. کلبرگ معتقد بود که ما بر مبنای اخلاقی والدین رفتار می کنیم که مبدا تنبیه بشویم. رعایت اخلاق از روی رعایت رسوم و قواعد جمعی و جهت همرنگی با جماعت (گرایش به پسر خوب / دختر خوب بودن) برای اجتناب از پذیرفته نشدن است. از بین زیر مقیاس های رشد اخلاقی فقط در زیر مقیاس های اخلاق در مناسبات خانوادگی، اخلاق اجتماعی، اخلاق انسانی و اخلاق معنوی (یا متعالی) بین دانش آموزان دختر با و بدون والد معتاد تفاوت معنی داری وجود داشت، به طوریکه میانگین این زیر مقیاس ها در دانش آموزان دارای والد معتاد کمتر بود. در رشد اخلاقی شخص باید بین کمک به دیگران و حفظ منافع خود، یکی را برگزیند. در اخلاق زیست - محیطی فرد از طبیعت محافظت می کند تا برای نسل های آینده حفظ شود و منابع طبیعی براحتی از بین نرود. در اخلاق فردی نیز فرد از خود مراقبت می کند تا زندگی بهتری داشته باشد. زیرا می داند که موجود ارزشمندی است و شایسته بهترین شیوه زیستن است. به نظر می رسد که زندگی در خانواده ای که والدین معتاد دارد بر عزت نفس و شکل گیری تصور منفی فرد از خود و دیگران نقش دارد. لذا احتمالاً این افراد از حفظ محیط زیست برای نسل های آینده و حفظ سلامتی خود برای زندگی طولانی سرباز می زنند و بیشتر به رفتارها و تصمیمات لحظه ای با پاداش های کوتاه مدت متمایل می شوند. شکل گیری رفتارها و تصمیمات لحظه ای در دوره نوجوانی می تواند زمینه ساز آسیب های اجتماعی چون سوء مصرف مواد و سایر رفتارهای پرخطر باشد.

به طور کلی نوجوانانی که از نظر رشد اخلاقی ضعیف هستند، والدینی دارند که با دقت تمام به آن ها گوش نمی دهند، سوالات روشنگرانه نمی پرسند و از استدلال های سطح پایین استفاده می کنند. این والدین اکثراً موعظه می کنند، به تهدید متوسل می شوند، یا از اظهارات نیشدار استفاده می کنند و با فرزندان نوجوان خود روابط پر تنش را تجربه می کنند. رفتار اخلاقی علاوه بر شناخت، تحت تاثیر عوامل متعددی از جمله هیجان های همدلی و گناه و همین طور تاریخچه طولانی تجربه هایی قرار دارد که بر تصمیم گیری اخلاقی تاثیر می گذارند. احتمالاً والدین درگیر مسئله اعتیاد، فرصت بحث و گفتگو در



زمینه مسائل اخلاقی را با نوجوان خود ندارند. نوجوانی که در چنین خانواده‌هایی رشد می‌کند، به علت تجربه هیجان‌هایی چون خشم، شرم و گناه از روابط با همسالان و معلمان کناره‌گیری می‌کند یا روابط صمیمانه‌ای برقرار نمی‌کند. احتمالاً همین روابط نادرست با والدین، همسالان و معلمان منجر به ضعف رشد اخلاقی در نوجوان می‌شود.

در مجموع با توجه به آنچه گفته شد، خانواده تاثیر زیادی در شکل‌گیری اخلاق در نوجوانان دارد. رشد اخلاقی به وسیله والدین تقویت می‌شود زیرا والدین الگویی برای فرزندان خود هستند. فرزندان الگوی رفتاری خود را با والدینشان منطبق می‌کنند. لذا نوجوان دارای والد معتاد در خانواده به گونه‌ای رفتار می‌کند که مورد تنبیه والدین معتاد خود قرار نگیرد. در نتیجه احتمالاً از رسیدن به مراحل بالاتر رشد اخلاقی که ارزش گذاشتن به انسانیت است، باز می‌ماند. از محدودیت‌های این پژوهش عدم شناسایی مادران معتاد بود، لذا فقط پدران معتاد در نمونه تحقیق قرار گرفتند و همچنین به علت محدودیت زمانی و مالی امکان غربالگری دانش‌آموزان به لحاظ مشکلات روحی و جسمی میسر نبود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این موضوع روی نوجوانان دارای والدین معتاد استان‌های دیگر با در نظر گرفتن عوامل اقتصادی و اجتماعی، فرهنگی اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مدارس آموزش‌های رشد اخلاقی برای نوجوانان دارای والد معتاد برگزار شود.

## منابع

امیری، صالح (۱۳۸۹). نقش خانواده در گرایش به اعتیاد، مجموعه مقالات همایش ملی راهبردهای تحکیم نهاد خانواده، تهران: مجمع تشخیص مصلحت نظام، مرکز تحقیقات استراتژیک، تهران. پاسبانی اردبیلی، محسن؛ مهدی زاده هنجنی، هانیه و قنبری پیر کاشانی، نیکزاد (۱۳۹۷). اعتیاد در خانواده: مروری بر مولفه‌های خانوادگی مرتبط با اعتیاد. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱۳-۳۶، (۱۷)۵.

تولایی، روح‌الله (۱۳۸۸). عوامل تاثیرگذار بر رفتار اخلاقی کارکنان در سازمان، نشریه توسعه انسانی، ۶ (۲۵)، ۴۳-۴۸.

جوکار، بهرام و کمالی، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی رابطه معنویت و احساس شرم و گناه. فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۵ (۱)، ۲۰-۱.

زبیراس، مارتین و حلاج زاده، هدا (۱۳۹۰). بررسی تأثیر اعتیاد پدر بر رشد اجتماعی فرزندان ۱۲ تا ۱۸ سال در شهرستان دزفول، مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، ۳ (۲)، ۴۶-۳۶.

عبداللهی، نیره؛ جزینی، شادی؛ امان الهی، عباس و اصلانی، خالد (۱۳۹۶). بررسی رابطه ی بین بدکار کردی جنسی و عواطف خود آگاه. اندیشه و رفتار، ۱۱ (۴۳)، ۹۳-۴۸.

کرامتی، میسر و عمادیان، سیده علیا (۱۳۹۵). رابطه رشد اخلاقی، اعتیاد به پیامک و افت تحصیلی دانش آموزان، فصلنامه فن آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی، ۶ (۴)، ۱۱۱-۱۲۶.

کرمی نوری، رضا و مرادی، علیرضا (۱۳۹۰). روان شناسی تربیتی، تهران، نشر میثاق. کرباسی، منیژه و وکیلیان، منوچهر (۱۳۹۰). مسائل نوجوانان و جوانان در ایران معاصر، ناشر: دانشگاه پیام نور، تهران.

کوله مرز، محمدجواد؛ نریمانی، محمد؛ سلطانی، ساناز و مهربانی، علیرضا (۱۳۹۳). مقایسه نارسایی هیجانی و کنترل عواطف در سوء مصرف کنندگان مواد و افراد سالم. مصرف مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸ (۲۹)، ۱۰۸-۱۲۱.

لطف آبادی، حسین (۱۳۸۵). آموزش شهروندی ملی و جهانی همراه با تحکیم هویت و نظام ارزشی دانش آموزان، دانشگاه شهید بهشتی، نشریه نوآوری های آموزشی، ۵ (۱۷)، ۱۱-۲۴. رهروان، مرضیه؛ سلطانی شال، رضا و شباهنگ، رضا (۱۳۹۷). مقایسه تعارض والد-فرزند و هوش هیجانی در نوجوانان دختر با و بدون پدر وابسته به مواد. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۵ (۲۰)، ۱۱-۲۴.

نوروزی، علی رضا؛ چراغیان، امین؛ نصرتی، کمال و عزیزی، محسن (۱۳۹۱). تاثیر عوامل فردی و اجتماعی، خانوادگی و آموزشی بر افت تحصیلی از دیدگاه دانشجویان، نشریه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، ۶ (۳)، ۱۸۷-۱۸۲.

Arria, A., Caldeira, K., Grady, K., Vincent, K.B., Fitzell, D. Johnson, E and Wish, E. D. (2011). Drug exposure opportunities and use patterns among college student: Results of a longitudinal prospective cohort study. *Substance Abuse*, 29 (41), 19-38.

Baumeister, R.F.; A.M. Stillwell & T.F. Heatherton (1994). "Guilt: an Interpersonal Approach". *Psychological Bulletin*, 115(8), 243-267.

- Cohen, T. R., Wolf, S. T., Panter, A. T., & Insko, C. A. (2011). Introducing the GASP scale: A new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 947-966.
- Leary, M. R. (2015). Emotional responses to interpersonal rejection. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(4), 435-441
- Lombard, S., Pullen, D. & Swabey, K. (2017). Conceptualizing Trauma for Children of Drug Addicted Mothers: A Developmental Mapping, *Journal of Trauma & Treatment*, 6(1), 1-4.
- Harper, J. M. (2011). *Regulating and Coping With Shame*. In R. Trnka, K. Balcar, & M. Kuška, *Reconstructing Emotional Spaces: From Experience to Regulation* (pp. 189-206). Prague: University of Prague Press.
- Hequembourg, A. L., & Dearing, R. L (2013). Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women. *Journal of homosexuality*, 60(4), 615-638.
- Mills, R. S. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25(1), 26-63.
- Muris, P., Meesters, C., Cima, M., Verhagen, M., Brochard, N., Sanders, A., & Meesters, V. (2014). Bound to feel bad about oneself: Relations between attachment and the self-conscious emotions of guilt and shame in children and adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1278-1288
- Shannon, J.B. (2009). *Child abuse: Sourcebook*. New York: Omnigraphics, Inc.
- Spruit, A., Schalkwijk, F., Van Vugt, E., & Stams, G. J. (2016). The relation between self-conscious emotions and delinquency: a meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 28, 12-20.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. l. (2004). *Shame & guilt*. The Guilford Press: New York, *American Psychological Association*, 10(1), 251-269.
- Tangney, J. & Dearing, R. L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Publications.
- Vilela, T. R., Silva, R. S., Grandi, C.G., Rocha, M. M., & Figlie, N. B. (2016). Emotional and Behavioral Problems in Children Living with Addicted Family Members: Prevention Challenges in an under privileged. *Suburban Community*, 26(64), 225-234.



## اثربخشی آموزش هوش اخلاقی بر تغییر نگرش دانشجویان نسبت به مواد مخدر

مظفر قلی‌زاده<sup>۱</sup>، محمود منظری<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۹

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی آموزش هوش اخلاقی بر تغییر نگرش دانشجویان پسر نسبت به مواد مخدر صورت گرفت. طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان پسر مقطع کارشناسی دانشگاه فرهنگیان حضرت رسول اکرم (ص) اهواز بود که در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ مشغول به تحصیل بودند. ۳۰ نفر از افراد واجد ملاک‌های ورود از طریق روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت مداخله آموزش هوش اخلاقی قرار گرفت. شرکت کنندگان پرسش‌نامه نگرش‌سنج مواد مخدر را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش هوش اخلاقی در تغییر نگرش دانشجویان نسبت به اثرات استفاده از مواد مخدر، تمایل به مصرف مواد و خطرات استفاده از مواد مخدر مؤثر بوده است. به نظر می‌رسد که هوش اخلاقی نوعی توانایی اخلاقی یکپارچه‌کننده است که موجب افزایش خودکنترلی (یکی از فضیلت‌های هوش اخلاقی) افراد می‌شود. در مجموع، نتایج نشان داد آموزش هوش اخلاقی بر تغییر نگرش دانشجویان نسبت به مواد مخدر مؤثر است و می‌توان از آن استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** هوش اخلاقی، نگرش نسبت به مواد مخدر.

۱. نویسنده مسئول: دکترای روانشناسی تربیتی، مدرس دانشگاه فرهنگیان اهواز، اهواز، ایران. پست الکترونیک:

mozafar\_gholizade@yahoo.com

۲. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان اهواز، اهواز، ایران

## مقدمه

جوامع بشری، در طول حیات خود با پدیده‌ها، نیازها، مسائل و مشکلات متعددی مواجه می‌شوند. از جمله این مشکلات می‌توان به آسیب‌های اجتماعی اشاره کرد که افزایش گرایش به آن‌ها می‌تواند نشانه‌هایی از تهدید تا کاهش سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی مردم باشد. آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر از جمله عوامل مخاطره‌آمیز مهمی است که سلامت روانی و اجتماعی فرزندان ما را به خطر انداخته است (سعید و همکاران، ۱۳۹۵). بی‌شک اعتیاد را باید در رأس آسیب‌های اجتماعی قرار داد زیرا سلامت روانی و اجتماعی همه مردم را تهدید می‌کند و کشور ما نیز بنا به دلایل بسیاری از این قاعده مستثنی نیست و نخواهد بود (موسوی چلک و حسینی، ۱۳۸۹). وابستگی به مواد مخدر به عنوان یک مشکل مهم اجتماعی و بهداشتی و یک اپیدمی رو به رشد شناخته می‌شود (فرقانی، علی‌قنبری و عابدی، ۲۰۱۶؛ پرادهان، پارک، شایا و فین‌کلستین، ۲۰۱۹). مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان و جوانان سراسر جهان رو به افزایش است (کوه، یانگ، سونگ و چن، ۲۰۰۲). به نحوی که یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی را در رده سنی نوجوانی و جوانی تشکیل می‌دهد. در نتیجه سلامت جسمانی و روانی این قشر در معرض خطر جدی قرار گرفته است. وابستگی به مواد یا اعتیاد به مواد مخدر در همه مشاغل، سطوح تحصیلی و طبقه اقتصادی-اجتماعی دیده می‌شود و مختص قشر خاصی نیست (زرگر، نجاریان و نعمی، ۱۳۸۷). گزارش‌ها نشان می‌دهد که دانشجویان دانشگاه‌ها نیز به عنوان بخشی از نیروی جوان جامعه از آسیب‌های روانی-اجتماعی در امان نیستند و در معرض خطر استفاده از مواد مخدر و سوءمصرف مواد قرار دارند (قائم‌ی، صمصام‌شریعت، آصف‌وزیری و بلوچی، ۱۳۸۷).

اعتیاد به معنای وابستگی بیمارگونه به مصرف یک یا چند نوع ماده مخدر است که سبب بروز رفتارهای موادجویانه شده و در صورت عدم مصرف مواد مورد نظر نشانگان وابستگی در فرد آشکار می‌شود (بهاری، ۱۳۹۲). گسترش پرشتاب مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن در جمعیت دانشجویی و وجود مواد آزمایشگاهی مانند شیشه و

پیامدهای زیان‌بار آن مانند بی‌انگیزگی تحصیلی، افت تحصیلی، بیماری‌های جسمی و روانی، خودکشی، رانندگی با بی‌احتیاطی، تخریب اموال عمومی، رفتارهای پرخاشگرایانه، احساس بی‌هویتی و رفتارهای جنسی پرخطر ضرورت توجه به برنامه‌ها و مداخله‌های پیشگیرانه در دانشگاه‌ها را نشان می‌دهد (پرکینز، ۲۰۰۲). نقش نگرش مثبت به مواد مخدر، به قدری اهمیت دارد که می‌توان گفت تفکر و نوع نگرش افراد معتاد است که آن‌ها را به سوی مصرف مجدد سوق می‌دهد و یا آن‌ها را برای همیشه از مصرف دور می‌سازد.

یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد با نگرش نسبت به اعتیاد رابطه دارد هوش اخلاقی<sup>۲</sup> است. امروزه هوش اخلاقی به واسطه تأثیرات وسیعش بر سایر حیطه‌ها مورد توجه قرار گرفته است. هوش اخلاقی برای اولین بار توسط بوربا<sup>۳</sup> مطرح شد. بوربا هوش اخلاقی را ظرفیت و توانایی درک درست از نادرست، داشتن اعتقادات قوی اخلاقی و عمل به آن‌ها و رفتار در جهت صحیح تعریف کرده است (بوربا، ۲۰۰۵). هوش اخلاقی ویژگی‌های اساسی یاری‌دهنده تبدیل شدن انسان به یک انسان خوب و شایسته است (بوربا، ۲۰۰۱). هوش اخلاقی به این نکته اشاره دارد که اصول اخلاقی حاصل وراثت نیست، بلکه افراد یاد می‌گیرند که چگونه خوب باشند. هوش اخلاقی با رفتارهایی که افراد از خود نشان می‌دهند رابطه مستقیم دارد و نظامی از اصول و قواعد را ایجاد می‌کند که انسان‌ها را در تصمیم‌گیری درباره آن چه درست و نادرست است راهنمایی می‌کند (تورنر، بارلینگ، اپی‌تروپاکی، بوچر و میلنر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). برای برخی افراد اصول اخلاقی مهم و محوری است، در حالی که برای برخی دیگر ارزش‌های اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با موفقیت‌های زندگی و شغلی عاملی کلیدی محسوب نمی‌شود (نورحافیظه، زهیرول و گوشینا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). اخلاق شامل همه خوبی‌ها و فضیلت‌هایی است که افراد فکر کرده یا انجام می‌دهند (سوپرسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). به زعم بوربا (۲۰۰۵) هفت فضیلت مورد نیاز

1. Perkins  
2. moral intelligence  
3. Borba

4. Turner, Barling, Epitropaki,  
Butcher & Milner  
5. NorHafizah, Zaihairull & Geshina  
6. Superson

برای هوش اخلاقی همدلی، وجدان، مهربانی، خودکنترلی، بردباری، احترام و انصاف است. مطالعات متعددی رابطه بین سوء مصرف مواد و خودکنترلی پایین را نشان داده‌اند و آن را یک عامل خطر برای مصرف موادمخدر بیان کرده‌اند (آدابجارادوتیر و رافنسون، ۲۰۰۲). خودکنترلی یکی از فضیلت‌های هوش اخلاقی است که با آموزش هوش اخلاقی افزایش می‌یابد و می‌تواند در تغییر نگرش نسبت به اعتیاد نقش مهمی داشته باشد. جعفری‌ندوشن، بروفه‌ای و جعفری (۱۳۹۲) در تحقیقی نشان دادند که گروه آزمایشی که مورد مداخله آموزش هوش اخلاقی قرار گرفته بودند در مقایسه با گروه گواه از میزان خودکنترلی بیشتری برخوردار بودند. ساسمن، دنت و لیو<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) در پژوهشی بیان کردند که بین استعمال سیگار، مصرف الکل، ماری‌جوانا و دیگر موادمخدر با خودکنترلی رابطه معکوس وجود دارد. همچنین در ایران الله‌وردی‌پور، شافی، آزادفلاح و امامی (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای که روی دانش‌آموزان دبیرستانی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که نوجوانان با خودکنترلی پایین در خطر بالای استفاده از موادمخدر قرار دارند. ویکستروم و تریبر<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) بیان کردند که همه اعمال انسانی از جمله جنایات و انحرافات رفتاری حاصل ادراک فرد از انتخاب‌های اعمال است و عاملی بنیادین که بر چگونگی ادراک افراد از اعمالشان تأثیر می‌گذارد هوش اخلاقی است. از آنجا که اعتیاد پدیده‌ای شایع و فراگیر است و تبعات جبران‌ناپذیری دارد و با انواع هوش در ارتباط است، سؤال این تحقیق این بود که آیا آموزش هوش اخلاقی بر تغییر نگرش دانشجویان نسبت به مواد مخدر تأثیر دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر، یک طرح شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان پسر مشغول به تحصیل مقطع کارشناسی دانشگاه فرهنگیان (پردیس حضرت رسول اکرم (ص) اهواز) در سال تحصیلی ۹۷-۹۶



بود. ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری سرشماری و با جلب رضایت دانشجویان، فرم کوتاه پرسشنامه نگرش سنج مواد مخدر ساخته رضایی، دلاور و علیزاده (۱۳۸۸) در بین همه دانشجویان توزیع و در حضور پژوهشگر تکمیل و سپس جمع‌آوری شد. تعداد ۴۳۹ پرسش‌نامه به طور کامل پاسخ داده شده بود. از بین ۴۳۹ نفر نمونه اولیه، تعداد ۴۲ نفر که نمره‌شان در پرسشنامه نگرش سنج مواد مخدر، یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بودند، انتخاب شدند. پس از بررسی، تعداد ۳۰ نفر از افراد واجد ملاک‌های ورود (عدم وجود سابقه بیماری روان‌پزشکی، عدم مصرف داروهای خاص روان‌پزشکی، عدم سوء مصرف مواد و اعتیاد و همچنین تمایل به شرکت در جلسات آموزشی) انتخاب شدند. افراد انتخاب شده به طور تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شدند و سپس گروه آزمایش و گواه نیز به صورت تصادفی جایگزین شدند. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از جایگزینی افراد در گروه‌های گواه و آزمایش، گروه آزمایش ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) در جلسه‌های آموزش هوش اخلاقی شرکت کردند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه یک‌بار قبل و یک‌بار بعد از اجرای آزمایش، به پرسش‌نامه نگرش سنج مواد مخدر پاسخ دادند. محتوای آموزشی با الگوگیری از پیشینه پژوهشی انجام شده در رابطه با هوش اخلاقی (هفت فضیلت اخلاقی بوربا) و مطالعه مبانی نظری (بوربا، ۲۰۰۱، ۲۰۰۵) تهیه شد. میانگین سنی افراد انتخاب شده ۱۹ سال بود. ساختار جلسات بر اساس پروتکل آموزش هوش اخلاقی در جدول ۱ ارائه شده است.

۴۹

جدول ۱: محتوای جلسه‌های آموزشی هوش اخلاقی

جلسه	عنوان	محتوا
اول	مشخص کردن هدف گروه و معرفی برنامه آموزشی پیش رو، بررسی قوانین گروه و تأکید بر مشارکت همه در بحث‌های کلاسی	
دوم	تعریف همدلی، اهمیت و ضرورت همدلی و تأثیر آن بر خودکنترلی، بیان مصادیق همدلی در رابطه، ارزیابی و تغییر شیوه‌های حاکی از عدم همدلی و آموزش گوش دادن فعال	
سوم	تعریف وجدان و احساس مسئولیت، اهمیت و ضرورت فضیلت وجدان و تأثیر آن بر خودکنترلی، آشنایی با مصادیق وجدان در زندگی، آشنایی با پیامدهای رفتارهای غیروجدانی و غیرمسئولانه	
چهارم	تعریف مهربانی، مصادیق مهربانی در ارتباط با خود، پیامدهای فقدان مهربانی در رابطه با خود، بحران عدم مهربانی و زوال نزاکت و مراحل ایجاد آن	

**جدول ۱: محتوای جلسه‌های آموزشی هوش اخلاقی**

جلسه	عنوان	محتوا
پنجم	تأثیرات	تعریف خود کنترلی، اهمیت و ضرورت خود کنترلی و تأثیر آن بر روابط، آشنایی با مصادیق خود کنترلی در زندگی و رفتارهای پرخطر، توضیح و شناسایی رفتارهای خود کنترلی، آشنایی با فواید خود کنترلی در زندگی، بیان روش‌های ایستادگی در برابر وسوسه‌ها و مواجهه با مشکلات، تأکید بر صحبت با خود (خودگویی) برای ایجاد خود کنترلی در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا
ششم	تأثیرات	تعریف بردباری، اهمیت و ضرورت و تأثیرات فضیلت بردباری در روابط و در مواجهه با مشکلات، بیان مصادیق بردباری، بررسی عکس‌العمل افراد در موقعیت‌های مشکل و استرس‌زا، بیان ویژگی افراد ماهر در کنترل خود، آموزش مهارت‌های خود کنترلی، عدم انتقاد از شخصیت به جای انتقاد از رفتار، به تعویق انداختن نیازهای زودگذر و آنی، بررسی ویژگی‌های شخصیت‌های تکانه‌ای و پیامدهای منفی رفتارهای آن‌ها
هفتم	تقویت	تعریف فضیلت انصاف، اهمیت و ضرورت فضیلت انصاف در زندگی و تأثیرات آن، معرفی مصادیق انصاف در زندگی و روش‌های ایجاد و تقویت آن، اجرا و آموزش فن تصویرسازی مثبت راجع به خاطرات گذشته، تمرین مقابله با قضاوت و افکار منفی راجع به خود، تمرین احترام به تفاوت‌ها
هشتم	تأثیرات	تعریف فضیلت احترام و ضرورت پرداختن به آن، پیامدهای فقدان احترام به خود و دیگران، تأکید بر قانون طلایی "با خودت خوش رفتاری کن"
نهم	تأثیرات	تشخیص موارد به کارگیری هوش اخلاقی، روش‌های ایجاد و تقویت فضیلت‌های نامبرده، تقدیر و تشکر از دانشجویان به سبب حضور در جلسه‌های آموزشی، مرور کلیه جلسات به همراه تبادل نظر و بحث گروهی

**ابزار**

پرسش‌نامه نگرش سنج مواد مخدر: فرم کوتاه شده پرسش‌نامه نگرش سنج مواد مخدر توسط رضایی و همکاران (۱۳۸۸) به منظور سنجش نگرش نسبت به مواد مخدر ساخته شد. فرم کوتاه این پرسش‌نامه دارای ۴۰ سؤال است و دارای سه خرده مقیاس نگرش نسبت به اثرات استفاده از مواد مخدر (۲۱ ماده)، نگرش نسبت به خطرات استفاده از مواد مخدر (۹ ماده) و نگرش نسبت به تمایل به مصرف موادمخدر (۱۰ ماده) است. نگرش نسبت به اثرات استفاده از مواد مخدر، نگرش فرد نسبت به پیامدها، اثرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی را ارزیابی می‌کند و نگرش نسبت به خطرات استفاده از مواد مخدر، تصورات غیر واقعی فرد درباره خطرات استفاده از مواد مخدر و نگرش نسبت به تمایل به مصرف موادمخدر،



موادمخدر از تحلیل کواریانس استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌ها بررسی شدند. به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. این مفروضه برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبود. برای بررسی فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد. نتایج حاکی از برقراری این پیش فرض بود. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو - ویلکز استفاده شد که نتایج حاکی از رعایت این پیش فرض بود. همچنین، مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نیز رعایت شده بود. با عنایت به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل کواریانس چند متغیری انجام شد که نتایج معنی‌داری به دست آمد ( $F = ۰/۵۳۵$  = اندازه اثر،  $p = ۰/۰۰۱$ ،  $F = ۱۸/۵۲۳$ ،  $p = ۰/۴۴۲$  = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت، از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F سطح معنی‌داری	ضریب اتا
نگرش نسبت به اثرات استفاده از موادمخدر	۱۵۰/۱۳	۲۴/۱۴۰	۰/۴۸۳
نگرش نسبت به تمایل به مصرف مواد خدر	۱۹۶/۲۳۱	۲۵/۴۵۲	۰/۴۴۲
نگرش نسبت به خطرات استفاده از موادمخدر	۱۴۳/۲۰۶	۲۳/۲۷۶	۰/۳۹۲

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، بین عملکرد اعضای دو گروه در پس آزمون هر سه متغیر نگرش نسبت به اثرات، تمایل و خطرات استفاده از مواد مخدر، تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش هوش اخلاقی بر تغییر نگرش دانشجویان پسر نسبت به موادمخدر بود. یافته‌ها نشان داد که گروه آزمایش در پس آزمون، کاهش معنی‌داری در تغییر نگرش نسبت به موادمخدر داشت. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش هوش اخلاقی، بر تغییر نگرش دانشجویان پسر نسبت به موادمخدر مؤثر است. نتایج این پژوهش، با یافته‌های تحقیقات اله‌وردی و همکاران (۲۰۰۶)، ساسمن و همکاران (۲۰۰۳)، آداب‌جارادوتیر و رافسون (۲۰۰۲) و تورنر و همکاران (۲۰۰۲) همسو است. به

طور کلی، در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که افراد با هوش اخلاقی بالا همیشه کارها و وظایفشان را با اصول اخلاقی پیوند می‌زنند که خود باعث افزایش تعهد و مسئولیت‌پذیری بیشتر آن‌ها و بهبود کارایی فردی و گروهی می‌شود. آمونینی و دونوان<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که اکثر جوانان مصرف مواد مخدر و الکل را به عنوان خطاهای اخلاقی در نظر می‌گیرند که ناشی از شرایط فعلی آن‌ها است. افرادی که به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند تصمیم به مصرف را بر اساس قضاوت اخلاقی خوب یا بد در نظر می‌گیرند. کاتر<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسید که هوش اخلاقی در پیش‌بینی مصرف مواد مخدر مؤثر است. بر این مبنای، ضعف در هوش اخلاقی نقش مهمی در سوق دادن فرد به سوی اتخاذ تصمیم‌ها و رفتارهای پرخطر اخلاقی همانند مصرف مواد مخدر دارد. علاوه بر این، باورهای اخلاقی موجب می‌شود که افراد لذت‌طلبی را به تعویق بیندازند، تکانه‌ها را بازداری کنند و میزان بالایی از خودکنترلی را بروز دهند (کیوتز و یوهنگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). نقش خودکنترلی به عنوان یکی از فضیلت‌های هوش اخلاقی برای موفقیت در بسیاری از ابعاد زندگی مهم است. افرادی که از خودکنترلی بالایی برخوردارند می‌توانند احساسات، رفتار و افکار خود را تحت کنترل درآورده و از علل رفتار مشکل‌زای خود آگاه شده و به راحتی آن‌ها را شناسایی کنند (چاچورد، لوین، کوپرسینو، هیشمن و گورلیک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). این افراد، از سازش یافتگی روان‌شناختی بهتری برخوردارند، روابط بین فردی مطلوب‌تری دارند، از مشروبات الکلی کمتری استفاده می‌کنند، میزان پایین‌تری از جرم و جنایت در آن‌ها مشاهده می‌شود و رفتارهای سالم بیشتری را بروز می‌دهند (بامیستر و ووز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). به نقل از حسین‌خانزاده، همی‌علمدارلو، آقابابایی، مرادی و رضایی، (۱۳۹۰). راجلین عقیده دارد که فرد دارای خودکنترلی بالا، از تعهد بیشتری برخوردار است، مثلاً متعهد می‌شود که از نوشیدن مشروبات الکلی یا مصرف مواد مخدر اجتناب کند (راجلین<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵). بنابراین به نظر می‌رسد که افراد دارای خودکنترلی سطح بالا نگرش منفی نسبت به مصرف

1. Amonini & Donovan  
 2. Kuther  
 3. Kivetz & Yuhuang

4. Chauchard, Levin & Copersino,  
 Heishman & Gorelick  
 5. Bamister & Wouz  
 6. Rachline

موادمخدر دارند و چنانچه با خود عهد ببندند که مواد مصرف نکنند، راحت تر می توانند به تعهدات خود وفادار بمانند.

از سویی دیگر، افراد با خود کنترلی پایین نگرش مثبتی به انجام رفتارهای پرخطر بدون توجه به عواقب طولانی مدت آن دارند. در این افراد احتمال بروز رفتارهای مخاطره آمیز مانند سوء مصرف موادمخدر، رانندگی با سرعت بالا، تحریک پذیری و رفتارهای جنسی محافظت نشده بیشتر است. بسیاری از مطالعات روی رانندگانی که مشروبات الکلی مصرف کرده بودند نشان داده است که این افراد به طور معنی داری دارای خود کنترلی کمتری هستند و رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در کسانی که خود کنترلی کمتری دارند به طور قابل توجهی بیشتر اتفاق می افتد (سوادی، ۱۹۹۹). به نظر می رسد افرادی که خود کنترلی پایینی دارند نگرش مثبت تری نسبت به مصرف موادمخدر دارند و احتمالاً به دلیل ناتوانی در پیش بینی پیامدهای بلندمدت رفتار خود، بیشتر به رفتارهای پرخطر از جمله سوء مصرف مواد مخدر گرایش دارند.

در یک چشم انداز کلی، می توان نتیجه گرفت که آموزش هوش اخلاقی به عنوان یک متغیر مهم در پیشگیری و تغییر نگرش نسبت به مصرف موادمخدر، تمایل به مصرف و خطرات استفاده از مواد مخدر، تأثیر گذار است. پژوهش حاضر محدود به دانشجویان پسر دانشگاه فرهنگیان (پردیس حضرت رسول اکرم (ص) اهواز) بود، لذا در تعمیم نتایج به سایر دانشجویان باید احتیاط کرد. پیشنهاد می شود با توجه به این که در پژوهش حاضر امکان پیگیری وجود نداشت، در پژوهش های آتی پیگیری نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود از آموزش هوش اخلاقی در مدارس و دانشگاه ها به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر استفاده شود.

## منابع

بهاری، فرشاد (۱۳۹۲). *اعتیاد: مشاوره و درمان (راهنمای تغییر رفتار اعتیادی در معنادین)*. تهران: نشر دانژه.

جعفری‌ندوشن، علی؛ بروفه‌ای، طیبه و جعفری، رضا (۱۳۹۱). تأثیر هوش اخلاقی بر خودکنترلی دانش‌آموزان دختر پنجم ابتدایی شهرستان تفت. *ششمین همایش بین‌المللی روانپزشکی کودکان و نوجوانان*، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

حسین‌خانزاده، عباسعلی؛ همتی‌علمدارلو، قربان؛ آقابابایی، حسین؛ مرادی، اعظم و رضایی، صدیقه (۱۳۹۰). پیش‌بینی ظرفیت خودمهارگری از طریق انواع جهت‌گیری‌های مذهبی و نقش آن در کاهش بزهکاری. *پژوهشنامه حقوق‌کیفری*، ۲(۲)، ۳۶-۱۹.

رضایی، علی‌محمد؛ دلاور، علی و عزیززاده، ابراهیم (۱۳۸۸). رابطه مؤلفه‌های خانوادگی با نگرش به مواد مخدر در بین دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران. *دوفصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱(۳۷)، ۳۴-۲۱.

زرگر، یداله؛ نجاریان، بهمن و نعمی، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان-خواهی، ابراز وجود و سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۵(۱)، ۹۹-۱۲۰.

سعید، راصد؛ علوی، الهه؛ شرف‌بیانی، حمیدرضا؛ مهبان‌خامنه، مه‌ری؛ فلاحیان، ناهید و فروزبخش، فاطمه (۱۳۹۵). *پیشگیری اولیه از اعتیاد و رفتارهای پرخطر*. تهران: انتشارات چاپ و نشر کتاب‌های درسی ایران.

قائمی، فریده؛ صمصام‌شریعت، سیدمحمدرضا؛ آصف‌وزیری، کیمیا و بلوچی، دلارام (۱۳۸۷). رابطه دیدگاه آگاهی و اثر منابع اطلاع‌رسان در مورد اعتیاد با تمایل به مصرف مواد مخدر از دیدگاه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۱۰(۳۸)، ۹۳-۱۰۴.

موسوی‌چلک، سیدحسن و حسینی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۹). *مواد مخدر صنعتی و نوین و پیامدهای اجتماعی آن*. تهران: انتشارات شلاک.

Adabajarnardotir, S., & Rafinsson., F. D. (2002). Adolescent antisocial behavior and substance use: longitudinal analysis. *Addictive Behaviors*, 27(2), 227-240.

Allahverdipour, H., shafii, F., Azad fallah, P., & Emami, A. (2006). The status of self-control and its relation to drug abuse-related behaviors among iranian male high schoolstudents. *Social Behavior and personality*, 34(4), 413-424.

Amonini, C., & Donovan, R. J. (2006). The relationship between youth's moral and legal perceptions of alcohol, tobacco and marijuana and use of these substances. *Health Education Research*, 21(2), 276-286

Borba, M. (2001). *Building Moral Intelligence*. San Francisco: Jossey Bass.

- Borba, M. (2005). *The step-by-step plan to building moral intelligence*. Nurtuing Kids Heart & Souls, National Educator Award, National council of self-esteem. Jossey Bass.
- Chauchard, E., Levin, K. H., Copersino, M. L., Heishman, S. J., Gorelick, D. A. (2013). Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: are they related to relapse? *Addictive Behaviors*, 38(9), 2422-2427.
- Forghani, M., Ali Ghanbari, B., & Abadi, H. (2016). The effect of group therapy with transactional analysis approach on emotional intelligence, executive functions and drug dependency. *Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(2), e2423, DOI: 10.17795/ijpbs-2423.
- Hafizah, N. H., Zaihairul, I., & Geshina, A. M. (2012). Moral competencies among Malaysian youth. *Health and the Environment Journal*, 2(1), 1-10.
- Kuther, T. L. (2000). Moral reasoning, perceived competence, and adolescent engagement in risky activity. *Journal of adolescence*, 23(5), 599-604.
- Kivetz, R., & Zheng, Y. (2006). Determinants of justification and self-control. *Journal of Experimental Psychology: General*, 135(4), 572-587.
- Kuo, P., Yang, H., Soong, W., & Chen, W. (2002). Substance use among adolescents in Taiwan: Associated personality traits, incompetence, and behavioral emotional problems. *Drug and alcohol Dependence*, 67(1), 27-39.
- Pradhan, A. M., Park, L., Shaya, F. T., Finkelstein, J. (2019). Consumer Health Information Technology in the Prevention of Substance Abuse: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(1), e11297, DOI: 10.2196/11297
- Perkins, H. W. (2002). Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol/ Supplement*, 14, 91-100.
- Rachline, H. (1995). Self-control: beyond commitment. *Behavior and Brain Sciences*, 18(1), 109-159.
- Sawadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Depend*, 55, 209-224.
- Superson, A. (2009). The moral skeptic. *Oxford University Press*. 2, 127-159.
- Sussman, S., Dent, C. W., & Leu, L. (2003). The one-year prospective prediction of substance abuse and dependence among high-risk adolescents. *Journal of Substance Abuse*, 12(4), 373-386.
- Turner, N., Barling, J., Eitropaki, O., Butcher, V., & Milner, C. (2002). Transformational leadership and moral reasoning. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 304-310.
- Wikstrom, P. H., & Treiber, K. (2007). The role of self-control in Crime Causation. *European Journal of Criminology*, 4(2), 237-264.



## اثربخشی ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با مواد مخدر و دخانیات بر باورهای مرتبط با مصرف مواد، عقاید وسوسه‌انگیز و ولع مصرف

رضا شباهنگ<sup>۱</sup>، فرزین باقری شیخانگنشه<sup>۲</sup>، سجاد رضانی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۸

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با مواد مخدر و دخانیات بر عقاید وسوسه‌انگیز، باورهای مرتبط با مواد و ولع مصرف انجام شد. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از مردان مصرف‌کننده مواد مخدر در سال ۱۳۹۷ بود که به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر رشت (ناحیه دو) مراجعه کرده بودند. در میان آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ شرکت‌کننده با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۵۰ نفر) و گروه گواه (۵۰ نفر) گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز (رایت، ۱۹۹۳)، پرسش‌نامه باورهای مرتبط با مواد (رایت، ۱۹۹۳) و مقیاس ولع مصرف مواد (سوموزا و همکاران، ۱۹۹۵) بودند. پس از اجرای پیش‌آزمون، تصاویر مرتبط با مواد مخدر (اختیاری و همکاران، ۲۰۱۰) و دخانیات (خزال و همکاران، ۲۰۱۲) به صورت زیرآستانه به گروه آزمایش ارائه شد، در حالیکه گروه گواه در معرض تصاویر زیرآستانه خنثی رنگی قرار گرفتند. پس از اتمام برنامه، هر دو گروه تحت انجام پس‌آزمون قرار گرفتند. نتایج پژوهش بیانگر افزایش نمرات پس‌آزمون عقاید وسوسه‌انگیز و ولع مصرف در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون بود. در حالیکه بین نمرات این دو گروه از نظر باورهای مرتبط با مواد تفاوت معناداری بدست نیامد. با توجه به تاثیر ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با مواد مخدر و دخانیات بر عقاید وسوسه‌انگیز و ولع مصرف مواد، می‌توان از روش ارائه زیرآستانه در زمینه‌های بالینی در افراد وابسته به مواد استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** ارائه زیرآستانه، تصاویر مرتبط با مواد مخدر و دخانیات، عقاید وسوسه‌انگیز، باورهای مرتبط با مواد، ولع مصرف

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، پست الکترونیک:

Reza.shabahang@ut.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۳. استاد یار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

## مقدمه

تاثیرپذیری انسان از عوامل ناهشیار از ابتدای تلاش‌های صورت گرفته در روان‌شناسی، علاقه بسیاری از محققان را به خود جلب کرده است. تحقیقات مختلف حاکی از تاثیر محرک‌های زیرآستانه بر پیامدهای رفتاری مختلف هستند (کیفر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ کلاثر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از گارنی، لاگوس، مانینگ و اسکات<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). مطالعات انجام گرفته در مورد این پرسش که آیا اطلاعات خارج از آگاهی می‌توانند بر ادراک، انگیزش، تصمیم‌گیری‌ها و هیجانات تاثیر گذار باشند یا خیر، در حوزه‌های مختلف روان‌شناسی مانند سازمانی (اوهلمن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)، هیجانی (زایونک<sup>۵</sup>، ۱۹۸۰)، بالینی (جونز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، شناختی (کیهلستروم<sup>۷</sup>، ۱۹۸۷) و اجتماعی (فازو<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱) در حال گسترش است (به نقل از ون در پلاگ<sup>۹</sup>، بروسچوت، ورسلويس و ورکویل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷). پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با ناهشیاری، نقش فرآیندهای ناهشیار را در یادگیری، تصمیم‌گیری (ولاسوا و پیرسون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۸)، سبک‌های پردازش اطلاعات (لی، وانگ، شن و فان<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۷)، حافظه، فراموشی اطلاعات (سالوادور<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و بسیاری از ابعاد دیگر را نشان می‌دهند. این شواهد حاکی از اهمیت ابعاد ناهشیار است. در واقع محرک‌های زیرآستانه نیز همچون محرک‌های معمول می‌توانند پاسخدهی در افراد را موجب شوند. بسیاری از رفتارها و فعالیت‌های ذهنی پیچیده انسان بدون هشیاری و آگاهی انجام می‌گیرد. پردازش ناهشیار به شرایطی اشاره دارد که محرکی غیر قابل مشاهده بر افکار، احساسات، اعمال، یادگیری یا حافظه موثر واقع می‌شود (کاواکامی و یوشیدا<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۵). در واقع فرآیندهای ذهنی سطح بالا از فعال‌سازی گرفته تا اجرا و در نهایت تکمیل عمل می‌توانند به صورت کاملاً ناخودآگاه صورت بگیرند (هسین<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۳). در همین

1. Kiefer  
2. Klauer  
3. Gurney, Lagos, Manning & Scott  
4. Uhlmann  
5. Zajonc  
6. Jones  
7. Kihlstrom  
8. Fazio

9. Van der Ploeg, Brosschot, Versluis & Verkuil  
10. Vlassova & Pearson  
11. Li, Wang, Shen & Fan  
12. Salvador  
13. Kawakami & Yoshida  
14. Hassin

راستا، برخی مطالعات حاکی از توانایی القای زیرآستانه در فعال‌سازی مغزی می‌باشند (ورنیک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). نورون‌ها در قشر مخ به درون داده‌های تالاموس پاسخ می‌دهند. حتی محرک‌های پیرامونی که قادر به ایجاد پاسخ‌های کامل قشری<sup>۲</sup> نشده‌اند و برای شناسایی هشيارانه نیز کافی نیستند، می‌توانند فعالیت قشری را موجب شوند (لیبت<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۶۷؛ به نقل از فر، سهانی و هاگارد<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶).

از جمله موضوعات مرتبط با ناهشیاری، القا و محرک‌های زیرآستانه است. القای زیرآستانه، زیرمجموعه شناخت ناخودآگاه به حساب می‌آید که در آن محرک به صورت خودآگاه ادراک نمی‌شود (هسین، ۲۰۱۳) و به وسیله یک فرآیند ناخودآگاه، به صورت تقویت یکسری از عقاید اتفاق می‌افتد در حالیکه افراد قادر به محافظت از خود در برابر این نوع ترغیب نیستند (وروویخمیرین، کارمنس، برنریتر، استروب و ویگبولدس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). پیام‌های زیرآستانه می‌توانند تاثیرات گوناگون و گسترده‌ای بر افکار و رفتار بگذارند (هسین، ۲۰۱۳). مطالعات مختلف تاثیر ارائه زیرآستانه چهره‌ها و کلمات را در جنبه‌های بسیاری همچون داوری در رابطه با افراد (بارگ و پیتروموناکو<sup>۶</sup>، ۱۹۸۲)، داوری تبلیغات (چانوف<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰)، ارزیابی افراد از خود (بالدوین، کارل و لویز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۰)، نگرش‌ها (زایونک<sup>۹</sup>، ۱۹۸۰) و رفتارها (براسل و جیس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱) نشان می‌دهند (به نقل از لگال، چاپ، کویفارد و ویلارد-فورست<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲). پاسخ‌های فیزیولوژیک پیرامونی<sup>۱۲</sup> (ون در پلاگ و همکاران، ۲۰۱۷)، ارزیابی منبع (لگال و همکاران، ۲۰۱۲)، ارزیابی خود<sup>۱۳</sup> (چاتارد، بوکاج-باتلمی، سلیمبگویچ و گیوموند<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۷)، تسهیل آمادگی اعمال داوطلبانه<sup>۱۵</sup> (لی بارس، هسو و واسزاک<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۶)، عقیده و نگرش (کروسنیک، یاسیم و

1. Wernicke
2. complete cortical response
3. Libet
4. Ferrè, Sahani & Haggard
5. Verwijmeren, Karremans, Bernitter, Stroebe & Wigboldus
6. Bargh & Pietromonaco
7. Channouf
8. Baldwin, Carrel & Lopez
9. Zajonc

10. Brasel & Gips
11. Légal, Chappé, Coiffard & Villard-Forest
12. Peripheral physiological responses
13. Self-evaluation
14. Chatard, Bocage-Barthélémy, Selimbegović, & Guimond
15. Voluntary action preparation
16. Le Bars, Hsu & Waszak

لین<sup>۱</sup>، (۱۹۹۲)، زیبایی ادراک شده (ارا، کندیدی و اگلیوتی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵)، تصمیم‌گیری اجتماعی و همکاری جامعه‌پسند<sup>۳</sup> (لو، زانگ، تائو و جنگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶) و پیش‌داوری (اسمیت، دیجکسترهویس و چیکن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸) هم از دیگر پدیده‌هایی هستند که می‌توانند با ادراک، القا و محرک‌های زیرآستانه مرتبط باشند. همچنین پژوهش‌ها ارتباط ادراک و محرک‌های زیرآستانه را با موضوعاتی همچون تسهیل پردازش هشیارانه اطلاعات مربوطه (ون دن بوش<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، تاثیر بر انتخاب‌ها و تصمیم‌ها (برمیتینگر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، تغییر خلق (موناهان<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۰)، افزایش انگیزه (آرتس<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۸)، تاثیر بر قصد و نیت (هسین و همکاران، ۲۰۰۷)، تاثیر بر مکانیزم‌های شناختی (لائو و پسینگهام<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷؛ رئوس<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱) و حتی تغییر نگرش سیاسی و قصد رای‌دهی (هسین و همکاران، ۲۰۰۷؛ وینبرگر<sup>۱۲</sup> و وستن، ۲۰۰۸) را نشان می‌دهند (به نقل از شباهنگ، سلطانی شال، نیکوگفتار و حکیم‌جوادی، ۱۳۹۶). بنابراین با توجه به نتایج پژوهش‌ها باید اظهار داشت که اطلاعات و داده‌های زیرآستانه می‌تواند خارج از هشیاری آگاهانه به صورت معناداری تبیین شوند (مودریک، فایور و کوخ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۴). در همین راستا، ادراک و القا زیرآستانه امکان‌پذیر است و می‌توان از روش‌های القای زیرآستانه به عنوان ابزاری کارآمد بهره برد.

با توجه به تاثیر و ارتباط ادراک و القا زیرآستانه با دامنه وسیعی از پدیده‌ها، اعتیاد از جمله موضوعاتی است که می‌توان آن را مرتبط با ادراک و القای زیرآستانه بررسی نمود. پدیده‌ای که به رغم وجود رویکردهای مختلف پیشگیری، درمان و کنترل همچنان غیرقابل کنترل به حساب می‌آید و نیازمند روش‌های نوین تری برای پیشگیری، درمان و کنترل است. اعتیاد به مواد مخدر و دخانیات از جمله خطرناک‌ترین پدیده‌های جوامع انسانی به حساب می‌آید (رهران، سلطانی شال و شباهنگ، ۱۳۹۷). سوء مصرف الکل و موادمخدر

1. Krosnick, Jussim & Lynn  
2. Era, Candidi & Aglioti  
3. Prosocial cooperation  
4. Lou, Zhang, Tao, & Geng  
5. Smith, Dijksterhuis & Chaiken  
6. Van den Bussche  
7. Bermeitinger

8. Monahan  
9. Aarts  
10. Lau & Passingham  
11. Reuss  
12. Weinberger & Westen  
13. Mudric, Faivre & Koch

از جمله مهم ترین و برجسته ترین مشکلات سلامت روانی در جوامع معاصر هستند (وید، بوچر، مک کنا و بن-پوراث<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲). اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال عصبی-روان شناختی تاثیرات منفی بسیاری بر نرخ جرایم، سلامت و اقتصاد جامعه می گذارد (رابینز و اوریت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). اعتیاد به مواد مخدر، اختلالی مزمن و برگشت پذیر است که رفتارهای اجباری جستجوی مواد و مصرف مواد به رغم پیامدهای منفی جدی ادامه می یابند. استفاده مداوم از مواد مخدر موجب تغییرات انطباقی در سیستم اعصاب مرکزی<sup>۳</sup> می شوند و تحمل، وابستگی جسمانی، حساسیت، ولع و بازگشت را در پی دارند (کامی و فار<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

از جمله ابعاد بسیار مهم پدیده اعتیاد، باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه انگیز و ولع مصرف هستند. نگرش های ناکارآمد، فرض ها و باورهای سوگیرانه ای هستند که فرد نسبت به خود، جهان اطراف و آینده دارد، این نگرش ها موجب سوگیری ادراک فرد از رویدادها شده و احساسات و رفتارهای او را متاثر می سازد و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی های روان شناختی می کنند (گلداسمیت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از محمدخانی، صادقی و فرزاد، ۱۳۹۰). بررسی ها نشان می دهند که فرآیندهای اعتیاد می توانند تحت تاثیر باورها و نگرش ها افراد قرار گیرند (روهنسو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ اسکینر و آیوین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰؛ تری-مک الرات، امری، اسزیکا و جانسون<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱؛ به نقل از محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۰). در واقع در هر دو زمینه درمانی و پژوهشی سوء مصرف الکل و مواد مخدر، بررسی نقش عقاید و باورهای ناهمسو و متعارض در اعتیاد شایع است (لوک، ریسل، والتون و داویدسون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲). باورهای مرتبط با مواد به دسته ای از عقاید اطلاق می شوند که بر محور لذت جویی، حل مسئله، تسکین و فرار متمرکز هستند. محتوای این عقاید خاص بسته به نوع مواد مورد علاقه متفاوت خواهد بود. بنابراین افرادی که هیجان

1. Weed, Butcher, McKenna & Ben-Porath  
2. Robbins & Everitt  
3. Central nervous system  
4. Camí & Farré  
5. Goldsmith

6. Rohsenow  
7. Skinner & Aubin  
8. Terry-McElrath, Emery, Szczyпка & Johnston  
9. Luke, Ribisl, Walton & Davidson

منفی خود را به شکل اضطراب و افسردگی تجربه می کنند، ممکن است انتظاراتی از مصرف مواد داشته باشند، مبنی بر این که مواد باعث کاهش نگرانی و تنش ناشی از اضطراب می شود (گلداسمیت و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین از دیگر تجارب وابستگی به مواد، وسوسه است. وسوسه به معنی تمایل و نیاز یا اجبار برای مصرف است. وسوسه تجربه خودآگاه تمایل به مصرف مواد است (فرانکن و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از رحمانیان، میرجعفری و حسنی، ۱۳۸۵). سازمان جهانی بهداشت، وسوسه را به عنوان زیربنای شروع وابستگی به مواد، از دست دادن کنترل و عود بیان می کند (به نقل از رحمانیان و همکاران، ۱۳۸۵). ولع مصرف نیز از دیگر جنبه های مهم اعتیاد تلقی می شود. روزنبرگ<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) در تعریف ولع مصرف مواد عنوان می کند که ولع مصرف تجربه ای شخصی و پدیده ای چندبعدی است که با میل در به دست آوردن احساس خوشایند و غلبه بر احساس ناخوشایند مشخص می شود. در واقع باورهای مرتبط با مواد، عقاید و وسوسه انگیز و ولع مصرف در چرخه و فرآیند اعتیاد بسیار موثر هستند. بر همین اساس و با توجه به اهمیت باورها، عقاید و ولع در اعتیاد و همچنین کارآمدی القای زیرآستانه، می توان تاثیر بر باورها، عقاید و ولع و در نهایت تاثیر بر فرآیند اعتیاد را از طریق القای زیرآستانه متصور بود.

به طور کلی، مطالعات کمی در رابطه با نقش و اثر ادراک و القاء زیرآستانه در اعتیاد صورت گرفته است. اما نکته حائز اهمیت، اثربخشی القای زیرآستانه در اعتیاد در بخش اعظمی از تحقیقات انجام شده است. پالمیتر و بورنستین<sup>۲</sup> (۱۹۸۰) بیان می کنند که با استفاده از تحریک همزمان زیرآستانه<sup>۳</sup> به عنوان درمان کمکی<sup>۴</sup>، حفظ بیشتر عدم تمایل و علاقه به سیگار را موجب شدند (به نقل از ثرتون، ایگلهارت و سیلورمن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷). ثرتون و همکاران (۱۹۸۷) طی مطالعه روی معتادان هرئین تحت درمان در کلینیک متادون درمانی، ۴۷ معتاد را انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار دادند. علاوه بر برنامه درمانی متادون معمول، هر دو گروه آزمایش و کنترل در معرض پیام های کلامی زیرآستانه

1. Rosenberg  
2. Palmatier & Bornstein  
3. Subliminal symbiotic stimulation

4. treatment adjunct  
5. Thornton, Igleheart & Silverman

به مدت ۲۴ جلسه قرار گرفتند (۴ بار در هفته به مدت ۶ هفته). به گروه آزمایش، پیام مادرم و من یکی هستیم و به گروه کنترل، پیام مردم در حال راه رفتن هستند<sup>۱</sup> ارائه گردید. نتایج حاکی از کاهش بسیار زیاد در مصرف هروئین و دیگر داروهای ممنوعه<sup>۲</sup> در دوران پس از مداخله در اعضای گروه آزمایش در مقایسه با اعضای گروه کنترل بود. شارتمن، پالمیتر و مارتین<sup>۳</sup> (۱۹۸۲) اظهار داشته‌اند که تحریک همزمان زیرآستانه در ۶ جلسه در دوره دو هفته‌ای به شرکت کنندگان گروه آزمایش، منجر به افزایش مشارکت در برنامه درمانی نسبت به شرکت کنندگان گروه کنترل شد. در مطالعه‌ای دیگر، لوندال<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۸)، وجود تحریف‌های زیرآستانه<sup>۵</sup> را در اعتیاد و بازگشت آن گزارش داده‌اند. لوندال و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی تصاویر زیرآستانه را به سه گروه غیر سیگاری، سیگاری محروم به مدت ۱۲ ساعت و سیگاری غیر محروم ارائه کردند. نتایج نشان داد که سیگاری‌های محروم در پردازش محرک‌های مرتبط با سیگار دچار خطا می‌شوند در حالی که در گروه سیگاری‌های غیر محروم و گروه غیر سیگاری‌ها این اتفاق دیده نمی‌شود. همچنین در پژوهش شباهنگ، رضائی و باقری شیخانگفشه (۱۳۹۷)، به گروه آزمایش تصاویر مرتبط با دخانیات و به گروه گواه تصاویر رنگی خنثی به صورت زیرآستانه ارائه شد. نتایج بیانگر افزایش میزان ولع مصرف در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود.

با توجه به اهمیت، شیوع، گستردگی و مقاومت به درمان اعتیاد، بررسی تاثیر القاء زیرآستانه بر اعتیاد و ابعاد مهم آن همچون باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف بسیار الزامی است. همچنین نبود پژوهش‌های کافی و البته جدید در این رابطه و به ویژه در داخل کشور اهمیت بررسی نقش القاء زیرآستانه در اعتیاد را دوچندان می‌کند. بر همین اساس، سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با مواد مخدر و دخانیات بر باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف اثربخش است؟

1. people are walking

2. illicit drugs

3. Schurtmann, Palmatier & Martin

4. Leventhal

5. subliminal bias

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل مردان مصرف‌کننده موادمخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد ناحیه دو شهر رشت در سال ۱۳۹۶ بودند که از بین آن‌ها ۱۰۰ شرکت‌کننده با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه کنترل (۵۰ نفر) و گروه آزمایش (۵۰ نفر) گمارده شدند. برای تعیین حجم نمونه از نرم افزار GPower استفاده شد (فائول، اردفلر، لانگ و بوچنر، ۲۰۰۷) و با در نظر گرفتن غیبت احتمالی آزمودنی‌ها در پس‌آزمون و یا تکمیل ناموفق برخی از آزمون‌ها، حجم نمونه نهایی ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از وابستگی به مواد مخدر، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال و رضایت شرکت‌کنندگان. و ملاک خروج عبارت بود از وجود اختلالات جسمانی و روانی ناتوان‌کننده. لازم به ذکر است که تمامی مجوزهای لازم قبل از اجرای پژوهش از سازمان‌های مربوطه گرفته شد. همچنین ملاحظات اخلاقی شامل ارائه توضیحاتی در رابطه با موضوع، ابزار و اهداف تحقیق در این پژوهش کاملاً رعایت شد.

### ابزار

۱. پرسش‌نامه باورهای مرتبط با مواد: پرسش‌نامه باورهای مرتبط با مواد توسط رایت<sup>۳</sup> (۱۹۹۳) برای سنجش باورهای مربوط به مواد مخدر طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۰ گویه و شامل عبارت‌هایی درباره پیامدهای مثبت و منفی مصرف مواد است. عبارت‌های مثبت، شامل مواردی است که اثرات مواد بر افزایش خلق و خو دارد و عبارت‌های منفی به اثرات منفی مواد و این که این اثرات قابل اغماض است یا خیر، اشاره دارد. پاسخدهی و نمره‌گذاری در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) صورت می‌گیرد. روایی و اعتبار مناسبی را رایت (۱۹۹۳) برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند. در ایران، رحمانیان و همکاران (۱۳۸۵) همسانی درونی



این پرسشنامه را ۰/۸۲ بیان کرده‌اند. محمدخانی و همکاران (۱۳۹۰) نیز آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۶ گزارش کردند. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۵ بدست آمد.

۲. پرسشنامه عقاید و سوسه‌انگیز<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط رایت (۱۹۹۳) ساخته شده است و باورهای مربوط به وسوسه مواد را می‌سنجد و متشکل از ۲۰ گویه است که هر کدام در طیف ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شوند. روایی و اعتبار مناسبی برای این پرسشنامه گزارش شده است (رایت، ۱۹۹۳). برای بررسی روایی این پرسشنامه با توجه به مطالعات انجام شده در زمینه رابطه میزان وسوسه و سوگیری توجه نسبت به محرک‌های مربوط به مواد (اهرمن و همکاران، ۲۰۰۲)، ضریب همبستگی پیرسون ۰/۲۸- گزارش شده است و برای سنجش اعتبار بر حسب آلفای کرونباخ (۰/۸۴) و روش تنصیف (۰/۸۱) گزارش شده است (رحمانیان و همکاران، ۱۳۸۵). همچنین محمدخانی، صادقی و فرزاد (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ ۰/۷۷ را گزارش کردند (به نقل از سترگ، کاظمی و رئیسی، ۱۳۹۲). در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

۳. مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد<sup>۲</sup>: این آزمون یک ابزار خود گزارشی ۸ آیتمی است که توسط سوموزا، دیرنفورث، گلداسمیت، مزینسکی و کوهن<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) ساخته شده و مدت، فراوانی و شدت ولع مصرف مواد را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلا (۰) تا خیلی زیاد (۴) اندازه می‌گیرد. این آزمون همبستگی بالایی با مقیاس‌های شدت اعتیاد نشان داده و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۸ گزارش شده است (سوموزا و همکاران، ۱۹۹۵). ضریب آلفای کرونباخ آن نیز در پژوهش بشرپور، محمدی و اسدی شیشه‌گران (۱۳۹۶) ۰/۷۸ گزارش شده است. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ فرم کوتاه مقیاس ولع مصرف ۰/۶۴ به دست آمد.

1. craving beliefs questionnaire  
2. drug craving scale

3. Somoza, Dyrenforth, Goldsmith,  
Mezinskis & Cohen

۴. تکلیف ارزیابی ولع فراخوانده شده از نشانه‌های دیداری<sup>۱</sup>: به منظور تهیه تصاویر مرتبط با موادمخدر، از مجموعه تصاویر مربوط به مطالعه اختیاری، علم مهرجردی، نوری، جرج و مکری (۲۰۱۰) استفاده شد. اختیاری و همکاران (۲۰۱۰) به منظور سنجش این موضوع که آیا نشانه‌های متافتمین در آزمایشگاه می‌تواند بر ولع موثر واقع شوند یا خیر، به طراحی تکلیف ارزیابی ولع فراخوانده شده از نشانه‌های دیداری پرداختند. در ابتدا مجموعه‌ای از نشانه‌های دیداری که فراخوانده ولع بودند از طریق پنج جلسه گفت و گو متخصصان بالینی و ده مصرف‌کننده متافتمین شناسایی شدند. نشانه‌ها در چهار خوشه اصلی طبقه‌بندی شدند و سپس تصاویر برای هر یک از نشانه‌ها در استودیو گرفته شد. ۶۰ مورد از فراخوانده‌ترین<sup>۲</sup> تصاویر به همراه ۱۰ تصویر خنثی انتخاب شدند. سپس ۵۰ مصرف‌کننده متافتمین در معرض نشانه‌ها قرار گرفتند و سطوح ولع مصرف‌فراخوانده شده از تصاویر را با استفاده از مقیاس خودگزارشی آنالوگ دیداری<sup>۳</sup> (دامنه ۰ تا ۱۰۰) نمره‌گذاری کردند. بدین ترتیب، تصاویر با قدرت پتانسیل فراخوانی بالا<sup>۴</sup> حاصل شد.

۵. تصاویر مرتبط با دخانیات جنوا<sup>۵</sup>: مطالعه خزال، زولینو و بیلوکس<sup>۶</sup> (۲۰۱۲) در رابطه با مجموعه تصاویر مرتبط با دخانیات می‌باشد که از ۶۰ تصویر در مورد دخانیات و مواد مخدر تشکیل شده است. خزال و همکاران (۲۰۱۲) طی پژوهشی، مجموعه تصاویر را به ۹۱ شرکت‌کننده ارائه کردند تا تصاویر را بر اساس ارزیابی کلاسیک تصاویر هیجانی<sup>۷</sup> که توسط سیستم تصاویر عاطفی هیجانی<sup>۸</sup> (مرکز NIH برای مطالعه هیجان و توجه<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲) طراحی شده است را اندازه‌گیری و ارزیابی کنند. تصاویر بر اساس سه بعد ارزش<sup>۱۰</sup> (از مثبت تا منفی)، برانگیختگی هیجانی<sup>۱۱</sup> (از برانگیختگی زیاد تا برانگیختگی پایین) و برجستگی<sup>۱۲</sup> (از مقعر تا برجسته) نمره‌گذاری شدند. همچنین شرکت‌کنندگان به وسیله

1. visual cue-induced craving assessment task  
2. Evocative  
3. self report visual analogue scale  
4. high levels of evocative potency  
5. The Geneva smoking pictures  
6. Khazaal, Zullino & Billieux  
7. classic emotional pictures validation

8. international affective picture system  
9. NIMH center for the study of emotion and attention  
10. Valence  
11. emotional arousal  
12. dominance

آزمون فاگراستروم برای وابستگی به نیکوتین<sup>۱</sup> ارزیابی شدند. رتبه‌بندی استاندارد برای ارزش، برانگیختگی و برجستگی تصاویر مناسب بود. همچنین نتایج بیانگر ارتباط برانگیختگی و برجستگی تصاویر با وابستگی بیشتر به نیکوتین بود. در مجموع، پایگاه تصاویر مرتبط با دخانیات جنوا، تصاویری را برای محققانی که در حوزه نیکوتین و تنباکو تحقیق می‌کنند و به طور کلی حوزه دخانیات و مواد مخدر را مورد بررسی قرار می‌دهند، فراهم می‌کند.

### روند اجرا

پس از انتخاب و گمارش تصادفی نمونه‌ها در گروه آزمایش (۵۰ شرکت‌کننده) و گروه کنترل (۵۰ شرکت‌کننده)، ابزار پژوهش متشکل از پرسش‌نامه عقاید و سوسه‌انگیز، پرسش‌نامه باورهای مرتبط با مواد و مقیاس ولع مصرف مواد به شرکت‌کنندگان هر دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شد. پس از تکمیل پیش‌آزمون توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه، اعضای گروه آزمایش در معرض تصاویر زیرآستانه مرتبط با مواد مخدر و دخانیات قرار گرفتند در مقابل به اعضای گروه کنترل، تصاویر زیرآستانه رنگی خنثی ارائه شد. تصاویر با استفاده از نرم‌افزار Picture to Exe تنظیم و به شرکت‌کنندگان ارائه شدند. به منظور ارائه زیرآستانه، هر تصویر به مدت ۲۰، ۴۰ یا ۶۰ هزارم ثانیه به شرکت‌کنندگان نشان داده شد. برای این که شرکت‌کنندگان نتوانند زمان و مکان ارائه محرک هدف را پیش‌بینی کنند و همچنین توجه‌شان از نقطه تثبیت منحرف شود، لازم است محرک هدف در فواصل زمانی ۲ تا ۷ ثانیه ارائه شود. در همین راستا، تصاویر هر مجموعه، در فواصل زمانی ۲، ۳، ۴ و ۵ ثانیه و در فاصله ۴۰ سانتی متری نقطه دید مستقیم شرکت‌کننده و در نقطه شعاعی ۱۵ سانتی متری از مرکز تصویر بر روی صفحه نمایش رایانه و با ترتیب‌های تصادفی ارائه می‌شوند (حسینی و امیری، ۱۳۹۴). پژوهش‌های قبلی در این زمینه نشان می‌دهند که الگوی مورد استفاده در این پژوهش در جلوگیری از آگاهی آزمودنی‌ها از محرک زیرآستانه‌ای اعتبار بالایی دارد (استاپل، کومن و رویز، ۲۰۰۲؛ رویز و استاپل، ۳

1. Fagerström test for nicotine dependence

2. Ruys & Staple  
3. Staple, Coman, Ruys

۲۰۰۸، به نقل از شباهنگ و همکاران، (۱۳۹۶). اما برای اطمینان بیشتر، یک جلسه آگاه‌سازی هم در پایان آزمایش صورت گرفت که نتایج نشان داد که هیچ یک از آزمودنی‌ها از اهداف آزمون آگاه نشدند و همچنین قادر به تشخیص تصاویر نشدند. در پایان پس از القای زیرآستانه، هر دو گروه آزمایش و کنترل دوباره به ابزار پژوهش پاسخ دادند. در نهایت شرکت کنندگان به طور کامل در جریان پژوهش قرار گرفتند و به آن‌ها در رابطه با موضوع، اهداف و مراحل پژوهش توضیحات کاملی داده شد.

### یافته‌ها

میانگین (و انحراف استاندارد) سنی شرکت کنندگان پژوهش ۲۹/۲۵ (۱/۳۱) سال بود. ۷۳ درصد از شرکت کنندگان متاهل و ۲۷ درصد مجرد بودند. در رابطه با مدرک تحصیلی هم، ۲۱ درصد مدارک دانشگاهی، ۲۹ درصد مدرک دیپلم و ۵۰ درصد مدرک زیر دیپلم را دارا بودند. همچنین ۶۴ درصد از شرکت کنندگان کمتر از یک ماه و ۴۶ درصد از آن‌ها بیش از یک ماه در حال درمان بودند. شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و کنترل در شرایط پیش‌آزمون، پس‌آزمون در جدول (۱) گزارش شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه انگیز و ولع مصرف به تفکیک

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
باورهای مرتبط با مواد	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳/۵۷	۱۳/۵۷
	گواه	پس‌آزمون	۳۹/۶۲	۹/۱۷
عقاید و سوسه انگیز	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۱/۲۸	۱۱/۳۳
	گواه	پس‌آزمون	۴۰/۱۶	۲/۷۰
ولع مصرف	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۲/۲۴	۵/۵۲
	گواه	پس‌آزمون	۸۴/۶۰	۱۹/۸۲
	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۱/۴۲	۱۵/۶۰
	گواه	پس‌آزمون	۳۹/۹۶	۹/۸۸
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۷/۸۸	۵/۳۶
	گواه	پس‌آزمون	۲۰/۶۰	۲/۸۱
		پیش‌آزمون	۲۱/۳۸	۶/۵۱
		پس‌آزمون	۲۵/۷۸	۱۳/۰۱

ابتدا برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ ). همچنین برای بررسی فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج حکایت از برقراری پیش فرض داشت ( $F = 2/429$ ,  $p > 0/05$ ,  $M = 5/34$  باکس). برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع‌ها داشت ( $P > 0/05$ ). برای بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز نتایج حکایت از برقراری پیش فرض داشت. با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد که نتایج حکایت از معناداری داشت ( $F = 68/534$ ,  $p < 0/001$ ، اندازه اثر،  $0/689$ ). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت**

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری
باورهای مرتبط با مواد	۳/۸۳	۰/۰۸۲	۰/۷۷۵
عقاید و سوسه انگیز	۴۷۸۰۹/۶۶	۱۹۱/۲۵	۰/۰۰۱
ولع مصرف	۸۳۲/۳۸	۱۰/۰۲	۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول ۲، آماره F برای عقاید و سوسه‌انگیز (۱۹۱/۲۵) و ولع مصرف (۱۰/۰۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در نتیجه می‌توان بیان کرد که تاثیر تصاویر زیر آستانه مرتبط با مواد مخدر و دخانیات به طور معنی‌داری باعث افزایش عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف در گروه آزمایش شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر تصاویر زیر آستانه مرتبط با مواد مخدر و دخانیات در باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف در مردان مصرف‌کننده مواد مخدر انجام شد. بدین معنا که آیا تصاویر زیر آستانه مرتبط با مواد مخدر بر باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف موثر واقع می‌شود؟ طبق نتایج بدست

آمده، ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با موادمخدر و دخانیات، منجر به افزایش عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف مواد در شرکت کنندگان شد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعات ثرتون و همکاران (۱۹۸۷)، شارتمن و همکاران (۱۹۸۲)، لوندال و همکاران (۲۰۰۸) و شباهنگ و همکاران (۱۳۹۷) همسو هستند. در مطالعه‌ای که از تحریک همزمان زیرآستانه به عنوان درمان کمکی برای رفتار اعتیادی استفاده گردید، پالمیتر و بورنستین (۱۹۸۰) از روش سیگار کشیدن سریع و افراطی<sup>۱</sup> برای کمک به تسهیل کنار گذاشتن عادت سیگار کشیدن بهره بردند. پس از اتمام برنامه ۱۲ جلسه‌ای درمان، تمام شرکت کنندگان سیگاری پژوهش هم در گروه کنترل و هم گروه آزمایش زیرآستانه نسبت به سیگار کشیدن بی‌علاقه شدند. اما پس از گذشت یک ماه، شرکت کنندگان گروه آزمایش که پیام‌های همزمان زیرآستانه دریافت کرده بودند، بیشتر از گروه کنترل، عدم تمایل و علاقه به سیگار (۶۷ درصد در مقابل ۱۳ درصد) را حفظ کردند (به نقل از ثرتون و همکاران، ۱۹۸۷). ثرتون و همکاران (۱۹۸۷) به بررسی معتادان هرئین تحت درمان متادون پرداختند و ۴۷ معتاد را انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار دادند. علاوه بر برنامه درمانی متادون معمول، هر دو گروه آزمایش و کنترل در معرض پیام‌های کلامی زیرآستانه به مدت ۲۴ جلسه قرار گرفتند (۴ بار در هفته به مدت ۶ هفته). به گروه آزمایش، پیام "مادرم و من یکی هستیم" و به گروه کنترل، پیام "مردم در حال راه رفتن هستند" ارائه شد. نتایج پژوهش، کاهش بسیار زیاد در مصرف هرئین و دیگر داروهای ممنوعه در دوران پس از مداخله را در اعضای گروه آزمایش در مقایسه با اعضای گروه کنترل نشان داد. همچنین نتایج پیگیری حاکی از آن بود که اعضای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، افزایش کنترل بر عادات، عملکرد بهتر شغلی و البته رویاهای مثبت بیشتر در رابطه با همسر یا فرزندشان را تجربه کردند. شارتمن، پالمیتر و مارتین (۱۹۸۲) در تحقیق روی ۷۲ فرد الکلی در یک برنامه درمانی وابسته به اقامت عنوان کردند که زمانی که تحریک همزمان زیرآستانه در ۶ جلسه در دوره‌ای دو هفته‌ای به شرکت کنندگان داده شد، اعضای گروه آزمایش زیرآستانه به صورت معناداری بیشتر از اعضای گروه کنترل در برنامه درمانی

مشارکت داشتند. در مطالعه‌ای دیگر، لوندال و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند که ارائه تصاویر زیرآستانه به سه گروه غیر سیگاری، سیگاری محروم به مدت ۱۲ ساعت و سیگاری غیر محروم منجر به تغییراتی در پردازش محرک‌های مرتبط با سیگار شد. در واقع محرومیت تنباکو منجر به افزایش پردازش زیرآستانه محرک‌های مرتبط با سیگار می‌شود در حالی که در پردازش زیرآستانه محرک‌های عاطفی تاثیر نمی‌گذارد. همچنین نتایج بدست آمده از پژوهش شباهنگ و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با مواد مخدر و دخانیات منجر به افزایش ولع مصرف می‌شود اما بر استعداد اعتیاد و پذیرش اعتیاد تاثیر ندارد. بدین معنا که شرکت کنندگان گروه آزمایش که تصاویر زیرآستانه مرتبط با مواد مخدر به آن‌ها ارائه شد، نسبت به شرکت کنندگان گروه کنترل که در معرض تصاویر زیرآستانه رنگی خنثی قرار گرفته بودند، افزایش معناداری در نمرات پس‌آزمون ولع مصرف نشان دادند که بیانگر افزایش ولع مصرف در پی ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با مواد مخدر و دخانیات بود.

نتایج مطالعه حاضر هم راستا با تحقیقات ثرنتون و همکاران (۱۹۸۷)، شارتمن و همکاران (۱۹۸۲)، لوندال و همکاران (۲۰۰۸) و شباهنگ و همکاران (۱۳۹۷) تأییدکننده اثربخشی القای زیرآستانه در رفتارهای مرتبط با اعتیاد است. در واقع ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با مواد مخدر و دخانیات به گروه آزمایش در مقایسه با ارائه تصاویر زیرآستانه رنگی خنثی به گروه کنترل، منجر به افزایش عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف مواد شد. به بیانی دیگر، شرکت کنندگان گروه آزمایش متأثر از تصاویر زیرآستانه مرتبط با مواد مخدر، نمرات بیشتری در پس‌آزمون عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف مواد کسب کردند در حالیکه در پس‌آزمون باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف مواد شرکت کنندگان گروه کنترل که در معرض تصاویر زیرآستانه رنگی خنثی بودند، تغییر معناداری رخ نداد که این نتایج حاکی از تاثیر ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با مواد مخدر و دخانیات بر افزایش عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف مواد است. در تبیین این موضوع باید اذعان داشت که نتایج مطالعات حاکی از آن هستند که علاوه بر هشیاری، ابعاد ناهشیارانه نیز نقشی بسیار مهم در اعتیاد و رفتارهای اعتیادی ایفا می‌کند تا جایی که ارتباط ناهشیار و

مولفه‌های نورولوژیک مغز را هم در اعتیاد می‌توان در نظر داشت. اصولاً اعتیاد با اجزاء ناهشیار خوگیری حافظه در ارتباط است. بر همین اساس، می‌توان چنین استنباط کرد که ارائه نشانه‌های زیرآستانه از طریق افزایش یا کاهش حساس‌شدگی، بر اعتیاد و ابعاد مرتبط با آن موثر واقع شوند. همچنین تصاویر زیرآستانه مرتبط با اعتیاد می‌توانند بر سطوح دسترسی به محتوای حافظه موثر واقع شوند. یعنی فراخوانی یکسری اطلاعات خاص را تسهیل نمایند (ون دن بوش، ون دن نورتگیت و رینوت، ۲۰۰۹). در نتیجه در اثر ارائه نشانه‌های مرتبط با اعتیاد، محتوای حافظه مرتبط با اعتیاد دسترس‌پذیرتر می‌شوند. در مجموع پیام‌های زیرآستانه مرتبط با اعتیاد از طریق تاثیراتی که بر شناخت‌ها، نگرش‌ها، محتوای حافظه و هیجان‌ها در سطوح ناهشیار می‌گذارند، می‌توانند بر اعتیاد معتادان موثر واقع شوند. بنابراین با در نظر گرفتن نتایج مطالعه حاضر و پژوهش‌های پیشین می‌توان ادعا داشت که القای زیرآستانه می‌تواند عاملی تاثیرگذار در اعتیاد باشد. بدین معنا که می‌توان با استفاده از القاها و برنامه‌های زیرآستانه، بر اعتیاد و ابعاد مرتبط با آن همچون عقاید و سوسه‌انگیز و ولع مصرف مواد تاثیر گذاشت. در همین راستا می‌توان از برنامه‌های زیرآستانه به عنوان روش‌های اصلی یا روش‌های مکمل و همراه با روش‌های اصلی برای پیشگیری، درمان و کنترل اعتیاد و جنبه‌های مرتبط با آن بهره برد.

کمبود و تاحدودی فقدان منابع علمی قابل دسترس در رابطه با تاثیر القای زیرآستانه در اعتیاد به ویژه در داخل کشور از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر است. جامعه پژوهش حاضر متشکل از مردان معتاد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر رشت (ناحیه دو) بود، به همین دلیل در تعمیم نتایج برای زنان باید جانب اعتیاد رعایت شود. با توجه به جامعه و نمونه‌های مطالعه پیش‌رو و در نظر گرفتن اهمیت عامل جنسیت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، شرکت‌کنندگان زن نیز مورد آزمایش قرار گیرند تا تفاوت‌های جنسی در تاثیر القای زیرآستانه تصاویر مرتبط با موادمخدر و دخانیات بر اعتیاد بررسی شود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی در رابطه با امکان پیشگیری، درمان و کنترل اعتیاد از طریق برنامه‌های زیرآستانه به عنوان روش اصلی یا روش مکمل صورت گیرد، تا در رابطه با اثربخشی القای زیرآستانه در اعتیاد، اطلاعات و نتایج بیشتری در رابطه با اثربخشی



و پیش‌نیازهای این روش بدست آید.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای این پژوهش همکاری و مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

بشریور، سجاد؛ محمدی، نسیم و اسدی شیشه‌گران، اسدی (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش خودشفقتی شناختی در ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی افراد وابسته به مواد. *مجله روانشناسی بالینی*، ۹(۳)، ۱۰۳-۹۳.

رحمانیان، مهدیه؛ میرجعفری، سید احمد و حسنی، جعفر (۱۳۸۵). رابطه وسوسه مصرف مواد و سوگیری توجه: مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، مبتلا به عود و ترک کرده. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۲(۳)، ۲۲۲-۲۱۶.

رهروان، مرضیه؛ سلطانی شال، رضا و شباهنگ، رضا (۱۳۹۷). مقایسه تعارض والد-فرزند و هوش هیجانی در نوجوانان دختر با و بدون پدر وابسته به مواد. *مجله سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۵(۲۰)، ۲۴-۱۱.

سترگ، صحرا؛ کاظمی، حمید و رئیسی، زهره (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی بر عقاید و وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی. *مجله اعتیادپژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۶۲-۱۴۷.

شباهنگ، رضا؛ رضائی، سجاد و باقری شیخانگفشه، فرزین (۱۳۹۷). بررسی اثر ارائه زیرآستانه تصاویر مرتبط با دخانیات در آمادگی به اعتیاد، پذیرش اعتیاد و ولع مصرف. *مجله اعتیادپژوهشی*، ۱۲(۴۷)، ۱۵۷-۱۷۶.

شباهنگ، رضا؛ سلطانی شال، رضا؛ نیکوگفتار، منصور و حکیم‌جوادی، منصور (۱۳۹۶). اثربخشی القای زیرآستانه جلوه‌های هیجانی چهره بر خلق. *مجله پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۷(۲۷)، ۴۸-۳۵.

محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار و فرزاد، ولی‌الله (۱۳۹۰). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید و وسوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. *مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶(۲۳)، ۱۸۱-۱۵۵.

Camí, J., & Farré, M. (2003). Mechanism of Disease: Drug Addiction. *The New England Journal of Medicine*, 349(10), 975-986.

Chatard, A., Bocage-Barthélémy, Y., Selimbegović, L., & Guimond, S. (2017). The woman who wasn't there: Converging evidence that

- subliminal social comparison affects self-evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 73, 1-13.
- Ekhtiari, H., Alam-Mehrjerdi, Z., Nouri, M., George, S., Mokri, A. (2010). Designing and Evaluation of Reliability and Validity of Visual Cue-Induced Craving Assessment Task for Methamphetamine Smokers. *Basic and Clinical Neuroscience*, 1(4), 33-46.
- Era, V., Candidid, M., & Aglioti, S. M. (2015). Subliminal presentation of emotionally negative vs positive primes increases the perceived beauty of target stimuli. *Experimental Brain Research*, 233(11), 3271-3281.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Ferrè, E. R., Sahani, M., & Haggard, P. (2016). Subliminal stimulation and somatosensory signal detection. *Acta Psychologica*, 170, 103-111.
- Gurney, A., Lagos, A-N. L., Manning, A., & Scott, R B. (2018). Susceptibility to unconscious influences is unaffected by a challenging inhibitory task or mental exhaustion. *Consciousness and Cognition*, 58, 111-123.
- Hassin, R. P. (2013). Yes It Can: On the Functional Abilities of the Human Unconscious. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 195-207.
- Kawakami, N., & Yoshida, F. (2015). Perceiving a story outside of conscious awareness: When we infer narrative attributes from subliminal sequential stimuli. *Consciousness and Cognition*, 33, 53-66.
- Khazaal, Y., Zullino, D., & Billieux, J. (2012). The Geneva Smoking Pictures: Development and Preliminary Validation. *European Addiction Research*, 18(3), 103-109.
- Krosnick, J. A., Jussim, L. J., & Lynn, A. R. (1992). Subliminal conditioning of attitudes. *Society for Personality and Social Psychology*, 18(2), 152-162.
- Le Bars, S., Hsu, Y. F., & Waszak, F. (2016). The impact of subliminal effect images in voluntary vs. stimulus-driven actions. *Cognition*, 156, 6-15.
- Légal, J. B., Chappé, J., Coiffard, V., & Villard-Forest, A. (2012). Don't you know that you want to trust me? Subliminal goal priming and persuasion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(1), 358-360.
- Leventhal, A. M., Waters, A. J., Breitmeyer, B. G., Miller, E. K., Tapia, E., & Yisheng, L. (2008). Subliminal processing of smoking-related and affective stimuli in tobacco addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16(4), 301-312.
- Li, J., Wang, F., Shen, M., & Fan, G. (2017). The tendency of unconscious thought toward global processing style. *Consciousness and Cognition*, 53, 14-22.
- Lou, Y., Zhang, S., Tao, R., & Geng, H. (2016). The power of subliminal and supraliminal eye contact on social decision making: An individual-difference perspective. *Consciousness and Cognition*, 40, 131-140.

- Lu, Y., Zhang, W. N., Hu, W., & Luo, Y. J. (2011). Understanding the subliminal affective priming effect of facial stimuli: an ERP study. *Neuroscience Letters*, 502(3), 182-185.
- Luke, D. A., Ribisl, K. M., Walton, M. A., & Davidson, W. S. (2002). Assessing the diversity of personal beliefs about addiction: development of the addiction belief inventory. *Substance Use & Misuse*, 37(1), 89-120.
- Mudric, L., Faivre, N., & Koch, C. (2014). Information integration without awareness. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(9), 488-496.
- Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (1999). Drug addiction: bad habits add up. *Nature*, 398(6728), 567-570.
- Rosenberg, H. (2009). Clinical and Laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 519-534.
- Salvador, A., Berkovitch, L., Vinckier, F., Cohen, L., Naccachem L., Dehaene, S., & Gaillard, R. (2018). *Unconscious memory suppression. Cognition*, 180, 191-199.
- Schurtman, R., Palmatier, J. R., & Martin, E. S. (1982). On the Activation of Symbiotic Gratification Fantasies as an Aid in the Treatment of Alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 17(7), 1157-1174.
- Smith, P. K., Dijksterhuis, A., & Chaiken, S. (2008). Subliminal exposure to faces and racial attitudes: Exposure to Whites makes Whites like Blacks less. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(1), 50-64.
- Thornton, P. I., Igleheart, H. C., & Silverman, L. H. (1987). Subliminal Stimulation of Symbiotic Fantasies as an Aid in the Treatment of Drug Abusers. *International Journal of the Addictions*, 22(8), 751-765.
- Van der Ploeg, M. M., Brosschot, J. F., Versluis, A., & Verkuil, B. (2017). Peripheral physiological responses to subliminally presented negative affective stimuli: A systematic review. *Biological Psychology*, 129, 131-153.
- Verwijmeren, T., Karremans, J. C., Bernitter, S. F., Stroebe, W., & Wigboldus, D. H. J. (2013). Warning: You are being primed! The effect of a warning on the impact of subliminal ads. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(6), 1124-1129.
- Vlassova, A., & Pearson, J. (2018). Unconscious decisional learning improves unconscious information processing. *Cognition*, 176, 131-139.
- Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New Measures for Assessing Alcohol and Drug Abuse With the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 389-404.
- Wenicke, M., Hofter, C., Jordan, K., Fromberger, P., Dechent, P., & Müller, J. L. (2017). Neural correlates of subliminally presented visual sexual stimuli. *Consciousness and Cognition*, 49, 35-52.



## اعتیاد جنسی و همبودی آن با وابستگی به موادمخدر

سید قاسم سید هاشمی<sup>۱</sup>، بهزاد شالچی<sup>۲</sup>، شلاله حسین نژاد<sup>۳</sup>، لطفه سادات مردانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۵

## چکیده

اعتیاد جنسی با افکار و اعمال جنسی مداوم و شدید مشخص می‌شود که تاثیر منفی بر زندگی افراد دارد. معتادان جنسی تلاش‌های فراوانی برای کنترل و یا به تعویق انداختن احساسات و اعمال جنسی انجام می‌دهند، اما این تلاش‌ها با شکست همراه است. اعتیاد جنسی متاثر از یک عامل و علت مشخصی نیست و تصور می‌شود که عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی مختلفی در آن نقش دارند. اعتیاد جنسی همانند شرایط روانپزشکی دیگر، دارای همبودی با اختلالات روانی هستند که در برخی گروه‌ها از جمله مجرمان جنسی، افراد مبتلا به بیماری‌های عفونی (HIV/AIDS) و اختلالات مصرف مواد شیوع بیشتری دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اعتیاد جنسی و همبودی آن با وابستگی به موادمخدر با استفاده از روش مطالعه اسنادی بود. در این مطالعه چالش‌ها و مناقشات مختلفی که از زمان ظهور اعتیاد جنسی در ادبیات پژوهشی و بالینی مطرح شد است، تبیین و توصیف شدند. همچنین پایه‌های نورویولوژیکی رفتارهای جنسی اعتیادی، اختلالات مصرف مواد، و همبودی‌های آن‌ها ارائه شد. در بعد درمانی مطالعات پژوهشی و بالینی به گسترش استفاده از عوامل روان‌دارویی برای درمان اعتیاد جنسی اشاره کرده‌اند و در تعدادی از رویکردهای دیگر، هم‌دارودرمانی و هم روان‌درمانی برای درمان افراد دارای اعتیاد جنسی پیشنهاد شده است. بروز اعتیاد جنسی از طریق رفتار جنسی و فرآیندهای اعتیادآور صورت می‌پذیرد و برای درمان آن باید هم رفتارهای جنسی و هم فرآیندهای اعتیادی زیربنایی را مورد هدف قرار داد. شکاف‌های قابل توجهی در پایه دانش علمی حاضر در ارتباط با اعتباربخشی‌های پیشین، حاضر و پیش‌بینی‌کننده برای اعتیاد جنسی یا اختلال فزون‌کنشی جنسی وجود دارد. برای وضعیت فعلی و چالش‌هایی که در رابطه با این اختلال و همبودی آن با اختلالات دیگر (به ویژه اختلالات مصرف مواد) وجود دارد، همانند بسیاری از اختلالات روانپزشکی دیگر، تحقیقات بیشتری مورد نیاز است تا این اختلال به صورت کامل تبیین شود.

**کلید واژه‌ها:** اختلالات مرتبط با مواد، رفتار جنسی، همبودی، درمان.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. پست الکترونیک:

seyedhashemi@azaruniv.ac.ir

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

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

## مقدمه

مفهوم اعتیاد جنسی<sup>۱</sup>، یکی از موضوعاتی است که از زمان پیدایش مورد توجه متخصصان رشته‌های مختلفی از جمله روانپزشکی، روان‌شناسی، علوم اجتماعی بوده است. اعتیاد جنسی به‌عنوان رفتارهای جنسی مشکل‌ساز یا خارج از کنترل ملاحظه شده است که نیازمند اصطلاح و عبارت بهتری است، بسیاری از درمانگران و عامه مردم این رفتارها را به «اعتیاد جنسی» منتسب می‌کنند (کارنز<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷). برداشت و استنباط از رفتارهای جنسی می‌تواند با توجه به جهت‌گیری نظری و باورهای شخصی یا مذهبی متخصصان بالینی یا محققان متفاوت باشد (کولمن، ریموند و مک‌بین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). این برداشت‌ها همچنین می‌تواند متأثر از آموزش و تخصص متخصصان بالینی و انواع بیماران مراجعه‌کننده باشد. برای مثال، یک متخصص بالینی که با مجرمان جنسی<sup>۴</sup> و یا افراد مبتلا به اختلالات پارافیلیک<sup>۵</sup> کار می‌کند نسبت به یک درمانگر که با بیماران مبتلا به کژکاری جنسی، تمایلات پایین و یا مشکلات زناشویی کار می‌کند تفکر متفاوتی از رفتارهای مشکل‌ساز جنسی دارد (سیدهاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

اعتیاد جنسی با هم‌پوشانی و اشتراکاتی در اعتیاد به مواد مخدر همراه است (میسال، نش، رابینسون، جابر و کارون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸؛ گارسیا و تیو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰)؛ افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد هیجانانگیزی (از قبیل پرخاشگری، عصبانیت، نگرانی و اندوه) را گزارش می‌کنند و به منظور فرار از مشکلات و اجتناب از ناراحتی و هیجانانگیزی و احساس منفی دست به فعالیت‌های تنظیمی و جبرانی می‌زنند. افراد وابسته به مواد از گروه‌های آسیب‌پذیر در انواع مختلفی از رفتارهای جنسی هستند و در مطالعات مختلف در انواع مصرف‌کنندگان موادمخدر نشان داده شده است (ساسمن، لیشا، گریفتس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱). میرسلیمانی، ثنائی، وزیری و لطفی (۱۳۸۸) در پژوهشی رفتارهای جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و رفتارهای آسیب‌به‌خود در گروه‌های مختلف سوء مصرف‌کنندگان موادمخدر

1. sexual addiction
2. Carnes
3. Coleman, Raymond, & McBean
4. sex offenders
5. paraphilic disorders
6. Missale, Nash, Robinson, Jaber & Caron
7. Garcia, & Thibaut
8. Sussman, Lisha, Griffiths

(کراک، تریاک، هرویین) و مواد محرک (شیشه، کوکاین) را مورد بررسی قرار داده بودند، نتایج حاکی از آن بود که میزان رفتار جنسی در سوء مصرف کنندگان کوکاین در بیشترین سطح و در سوء مصرف کنندگان کراک در کمترین سطح بود. همچنین میزان رفتار جنسی پرخطر در سوء مصرف کنندگان کوکاین و شیشه بالاتر از سوء مصرف کنندگان تریاک، هرویین و کراک بود. میزان رفتار آسیب به خود در سوء مصرف کنندگان کراک بیشتر از سوء مصرف کنندگان شیشه و تریاک بود. هدف از پژوهش حاضر مروری بر متون پژوهشی صورت گرفته بر اعتیاد جنسی و همبودی آن با اعتیاد به مواد مخدر بود. تحقیقات مختلف مبتنی بر پایه‌های نورویولوژیکی و عملکردی بخش‌های مختلف مغزی سعی در پیوند بین رفتارهای جنسی افراطی اعتیاد گونه و اعتیاد به مواد مخدر شیمیایی دارند و از آن با عنوان اختلال اعتیادی تعاملی نام می‌برند. در پژوهش حاضر تاریخچه اعتیاد جنسی و پایه‌های نورویولوژیکی آن و همبودی و همپوشانی اعتیاد به مواد مخدر و اعتیاد جنسی تشریح و در ادامه راه کارهای درمانی فعلی برای آن‌ها ارائه شده است.

### تاریخچه اعتیاد جنسی

ظهور اعتیاد جنسی در ادبیات بالینی با اصطلاحات مختلف برای این وضعیت از قبیل شهوت پرستی مرد<sup>۱</sup>، دون ژوانیسم<sup>۲</sup> (رینه‌هارت و مک کیب<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷)، اجبارگری جنسی<sup>۴</sup>، تکانشگری جنسی<sup>۵</sup> (میک و هولاندر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶)، رفتار جنسی خارج از کنترل (بنکرافت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸)، و رفتار فزون کنشی جنسی<sup>۸</sup> (کافکا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰) استفاده شده است. در سال ۱۸۱۲ رفتارهای جنسی مفرط توسط یک پزشک به نام بنجامین راش<sup>۱۰</sup>، پزشک به صورت بالینی ثبت شد. در سال ۱۹۰۰، کرافت-ابینق<sup>۱۱</sup> بیمارانی را توصیف کرد که به عنوان فزون جنسی<sup>۱۲</sup> نامیده می‌شدند و آن را بازتاب اولین علت افزایش غیرطبیعی (نابهنجار) میل

1. Satyriasis  
2. Don Juanism  
3. Rinehart, & McCabe  
4. sexual compulsivity  
5. sexual impulsivity  
6. Mick, & Hollander

7. Bancroft  
8. hypersexual behavior  
9. Kafka  
10. Benjamin Rush  
11. Krafft-Ebbing  
12. sexual hyperesthesia

جنسی دانست. مفهوم اعتیاد جنسی در اواسط سال ۱۹۷۰ معرفی شد. اورفورد<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) اولین کسی بود که رفتار جنسی مفرط غیر پارافیلیا<sup>۲</sup> را به عنوان وابستگی جنسی مفهوم سازی کرد. اورفورد این رفتار جنسی خارج از کنترل را به عنوان یک اعتیاد جنسی شناسایی و با رفتار اعتیاد به الکل مقایسه کرد. او این رفتار را به عنوان یک الگوی ناسازگارانه از استفاده و کنترل رفتاری مختل شده که با عواقب نامطلوب همراه بود، توصیف کرد. در کتاب پرفروش "بیرون از سایه‌ها: درک اعتیاد جنسی"<sup>۳</sup>، پاتریک اعتیاد جنسی را به عنوان یک وضعیت آسیب شناسی روانی متداول کرد (کارنز، ۲۰۰۱). این کتاب منجر به انتشار یک سری از کتاب‌ها و مقالات در مورد رفتار جنسی مفرط شد. پس از آن کینزی، پمروی، مارتین و اسلون<sup>۵</sup> (۱۹۴۸) مفهوم خروجی جنسی کلی را توصیف کردند. این مفهوم مربوط به مجموع تعداد ارگاسم‌های هفتگی می شود که توسط هر ترکیبی از خروجی جنسی (به عنوان مثال، استمناء<sup>۷</sup> و مقاربت جنسی<sup>۸</sup>) به دست می آید (کینزی و همکاران، ۱۹۴۸). بر اساس گزارش میک و هلندر (۲۰۰۶) اعتیاد جنسی می تواند به عنوان یک اختلال در طیفی از تکانشگری- اجبارگری مفهوم سازی شود. از این منظر هر دوی تکانشگری و اجبارگری با هم وجود دارند. در ابتدا تکانشگری با چرخه (لذت، انگیزتگی و یا ارضا) آغاز می شود و پس از آن مولفه اجبارگری منجر به تداوم رفتار می شود. در دهه گذشته در این حوزه تغییرات چشمگیری به وجود آمده است که بدون شک یکی از اصلی ترین دلایل این امر گسترش سریع اینترنت و فراگیری آن در ابعاد مختلف زندگی افراد بوده است. درحقیقت، امروزه تعداد رو به افزایشی از معتادان جنسی در دام رابطه جنسی اینترنتی گرفتار می شوند، درحالی که ساعت‌های زیادی را به دسترسی به سایت‌های پورنوگرافی، اتاق‌های گفت‌وگو و مواجهه جنسی آنلاین واقعی اختصاص می دهند (اشنایدر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴).

مناقشه‌هایی حول عبارت "اعتیاد جنسی" در فرضیه‌های درمانی و نظری آن وجود دارد.

1. Orford  
2. Nonparaphilic  
3. out of the shadows: understanding sexual addiction  
4. Patrick Carnes

5. Kinsey, Pomeroy, Martin & Sloan  
6. Outlet  
7. masturbation  
8. sexual intercourse  
9. Schneider



یک پایه منتقدانه آن این است که گزارش شده بود این برجسب، بعضی رفتارهای جنسی (برای مثال، خودارضایی و استفاده از پورنوگرافی و غیره) را آسیب شناسانه<sup>۱</sup> می‌کند، تنها به این دلیل که ممکن است مطابق با هنجارهای جنسی تایید شده به وسیله برخی گروه‌های فرهنگی خاص نباشد. منتقدان باور داشتند این برجسب، رفتارهای جنسی هنجاری را بر اساس استانداردهای اخلاقی فردی زیر سوال می‌برد که "حالت افراطی و بیش از اندازه"<sup>۲</sup> دارند. موضوع دیگر این بود که به نظر می‌رسید این برجسب رواج یافته، یک ارزیابی بالینی جامع مورد نیاز را نادیده می‌گیرد، یک ارزیابی که بتواند به خوبی اظهارات متنوع دغدغه‌های جنسی مراجع را به همراه دیگر مشکلات احتمالی سلامت روانی توصیف کند (وودی، ۲۰۱۱، ۳).

فقدان شواهد تجربی در مورد اعتیاد جنسی ناشی از فقدان کامل نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) از این بیماری است. در DSM-III-R از اعتیاد جنسی به عنوان یک اختلال جنسی "به روش دیگری مشخص نشده" معرفی شده است. در دو نسخه DSM-4، اعتیاد جنسی حذف شده است. با این حال، گروه کاری پیشنهاد کرده است که در اختلالات هویت جنسی و جنسیتی معیارهای تشخیصی پیشنهاد شده اختلال فزون کنشی جنسی، برای گنجاندن در DSM-5 در نظر گرفته شود (به نقل از شالچی و سید هاشمی، ۱۳۹۶). در سال‌های اخیر تحقیقات تجربی درباره اعتیاد جنسی افزایش یافته و منجر به توسعه ابزارهایی برای ارزیابی رفتار فزون کنشی جنسی مشکل ساز، شده است (شالچی و سید هاشمی، ۱۳۹۶). به تازگی انجمن روانپزشکی آمریکا، چندین طرح پیشنهادی را برای اختلالات جدید رد کرده است. اعتیاد جنسی در DSM-5 به عنوان یک اختلال در نظر گرفته نشده است. با اینکه ممکن است متخصصان بالینی این اختلال را در مان کرده باشند، اما هیأت‌ات‌امنا و انجمن روانپزشکی برآورد کرده‌اند که پژوهش به اندازه کافی برای اضافه کردن این اختلال به بخش ۳ (اختلالاتی که نیاز به تحقیق بیشتری است) در DSM-5 وجود ندارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). با توجه به تنوع در

تعاریف، مفاهیم و ارزیابی‌ها از اعتیاد جنسی و رد آن توسط DSM-5، متخصصان بالینی با تأکید بر کارکرد بالینی مفید این اختلال، بررسی‌های دقیقی انجام دادند که منجر به تشریح کامل از جنبه‌های مدیریت آن شده است (به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

### پایه‌های نورویبولوژیکی اعتیاد جنسی

برای همه پستانداران و انسان، میل و انگیزه برای رابطه جنسی از دوپامین ناشی می‌شود. مدارهای پاداش دوپامین ما را وادار به انجام کارهایی می‌کند که بقای ما را حفظ می‌کند. در رأس این پاداش‌های انسانی، غذا، رابطه جنسی، عشق، دوستی و نوحواهی<sup>۱</sup> قرار دارد و آن‌ها را "تقویت‌کننده‌های طبیعی" می‌نامند که قابل مقایسه با مواد شیمیایی اعتیادآور هستند. هدف تکاملی دوپامین، ایجاد انگیزه در ما برای آنچه ژن‌هایمان به آن عمل می‌کنند، است. تحریک جنسی باعث فوران طبیعی دوپامین موجود در مدارهای پاداش می‌شود. یکی از اسامی مستعار دوپامین "مولکول اعتیاد" است، چرا که در همه اعتیادها نقش محوری دارد (سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). اگرچه دوپامین به‌عنوان مولکول لذت شناخته شده است، اما خود دوپامین تجربه لذت را ایجاد نمی‌کند، بلکه باعث یک رفتار جویندگی<sup>۲</sup> می‌شود که افراد را به سمت خواستن، تمایل، جویندگی و جستجو سوق می‌دهد. بررسی ارتباط بین نوروفیز یولوژی<sup>۳</sup> و اعتیاد جنسی، با تأکید بر نقش انتقال دهنده‌های عصبی دوپامین و سروتونین، در تشریح ابعاد اختلالات مصرف مواد<sup>۴</sup> و اختلال اعتیاد جنسی دارای اهمیت خاصی است (میسال و همکاران، ۱۹۹۸؛ گارسیا و تیپو، ۲۰۱۰). دوپامین یک انتقال عصبی است که مسئول چندین کارکرد مختلف در داخل سیستم عصبی مرکزی است و مسئول کنترل احساسات فرد، سیستم غدد درون ریز و تقویت مثبت آموخته شده است (میسال و همکاران، ۱۹۹۸). همچنین دوپامین در شرایط عصبی مختلف از جمله، افسردگی، اختلالات روانی و اختلالات مصرف مواد نقش دارد (سالمون، کوریا، مینگوت و وبر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). رابطه جنسی و یارفتارهای جنسی در زمره تمایلات طبیعی هستند که تصور می‌شوند آن‌ها در سیستم دوپامین تقویت طبیعی می‌شوند (سالمون و همکاران،

1. novelty

2. seeking behavior

3. neurophysiology

4. substance abuse disorders

5. Salamone, Correa, Mingote & Weber

۲۰۰۵). همچنین تقویت پاداش دوپامین به وسیله اختلالات مصرف مواد فعال می شود (سالمون و همکاران، ۲۰۰۵)، و در نتیجه مشارکت در رفتارهای جنسی به همان شیوه مشابه کار می کند و منجر به فعال شدن تقویت پاداش دوپامین می شود (گلدمن-راکیک و لئونگ، ۲۰۰۲؛ گلدشتاین و ولکو، ۲۰۱۱). بلوم<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود نشان دادند که زن های دوپامینرژیک در انواع مختلف رفتارهای انگیزاننده و تولید کننده لذت، از جمله الکل و اعتیاد به مواد مخدر، چاقی مرضی و رفتارهای جنسی اعتیادی مشترک هستند که این سوابق مشترک ژنتیک مولکولی منجر به رفتارهای نابهنجار می شود. مطالعاتی که در آن فعالیت مغز در طول ارگاسم برای مردان و زنان تحت نظر بود، فعال سازی در مسیرهای دوپامینرژیک نشأت گرفته از ناحیه تگمنتوم شکمی<sup>۴</sup> (VTA) به نوکلئوس اکومبئس<sup>۵</sup> گزارش شده است. فعالیت هایی همچنین در مخچه<sup>۶</sup> و قشر کمربندی قدامی<sup>۷</sup> مشاهده شده است (هولستیج<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ کمیساروک، ویز، فرانگوز، بیربانو و آلن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). در زنان فقط، فعال سازی مغز در طول ارگاسم کورتکس پیشانی مشاهده شد (کمیساوک و ویپل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵).

در یک مطالعه واکنش نشانه ای<sup>۱۱</sup> (سیگنال های جنسی) روی بیماران معتاد به کوکائین، به افراد هم نشانه های بصری مربوط به کوکائین و هم رابطه جنسی ارائه شد، نتایج نشان داد که مناطق مغزی مشابهی در طول مصرف مواد مخدر و نشانه های مرتبط با رابطه جنسی در شبکه پاداش و سیستم لیمبیک، یعنی در VTA، آمیگدال، هسته اکومبئس، اوربیتوفرونتال و کورتکس اینسولار فعال شدند (چیلدرس<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). در یک مطالعه کوهن گالینت<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۴) نشان دادند که قرار گرفتن در معرض مکرر پورنوگرافی با تغییرات ساختاری و عملکردی در مناطق قشر پیش پیشانی<sup>۱۴</sup> (PFC) مرتبط بود، که باعث تمایل به

1. Goldman-Rakic, & Leung
2. Goldstein, & Volkow
3. Blum
4. ventral tegmental area
5. nucleus accumbens
6. cerebellum
7. anterior cingulate cortex
8. Holstege

9. Komisaruk, Wise, Frangos, Birbano, & Allen
10. Whipple
11. cue-reactivity
12. Childress
13. Kühn & Gallinat
14. prefrontal cortex

جستجوی مطالب جنسی جدید و با شدت بیشتر می‌شود. مطالعات تصویربرداری از میل و هوس در اعتیاد به موادمخدر و اعتیادهای رفتاری، تغییرات کارکردی در قشر پیش پیشانی (PFC) و مدارهای پاداش زیرقشری<sup>۱</sup> را نشان داده‌اند (گلدشتاین و والکو، ۲۰۱۱). مطابق با این نتایج، یافته‌های حاصل از مطالعات تصویربرداری عصبی در افراد دارای رفتارهای فزون‌کنشی جنسی مشکل‌ساز پیشنهاد می‌کند که این افراد دارای تمایلات جنسی ذهنی بیشتری نسبت به افراد سالم دارند و میل جنسی افزایش یافته با الگوهای مختلف از پاسخ‌های عصبی در کمربند قدامی، جسم مخطط شکمی و آمیگدال همراه بود (وون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). پاسخ‌های عصبی فعال شده در این مناطق همپوشان با مناطق مغزی هستند که در ولع مصرف موادمخدر در میان انواع مختلف اعتیاد به مواد شناسایی شده است (کوهن و گالینت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). این شباهت منطقه‌ای حمایت بیشتری برای این فرضیه فراهم می‌کند که اعتیاد جنسی در مغز کارکرد نورویولوژیکی و آناتومیکی مشابهی با اختلالات اعتیادی دارد.

### اعتیاد جنسی و همبودی آن با وابستگی به موادمخدر

تحقیقات مختلف با معرفی اعتیاد جنسی به عنوان یک اعتیاد رفتاری، زمینه را برای درک بهتر این رفتارها به عنوان فرایندهای اعتیادآور اولیه فراهم کرده‌اند (سید هاشمی، شالچی و یعقوبی، ۲۰۱۸). برای حمایت از مفهوم اعتیاد جنسی، در درجه اول مطالعات متعددی نشان داده‌اند که رفتارهای جنسی مشکل‌ساز و اعتیاد به موادمخدر در ویژگی‌های بالینی (گودمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳) و فرآیندهای بیولوژیکی مشابهی، مشترک هستند (کولمن - کندی و پندالی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲)، که این موارد شامل شروع زودرس با یک دوره مزمن-عودکننده و پیگیری پاداش‌های کوتاه مدت (به عنوان مثال، "ارگاسم" در اعتیاد جنسی یا "دوز بالا" در اعتیاد به موادمخدر)، وجود عواقب بالقوه بلند مدت منفی (به عنوان مثال، آسیب جسمی یا عاطفی به خود یا دیگران)، و تلاش‌های بی نتیجه به مهار یا کنترل رفتار می‌باشد (سید هاشمی و همکاران، ۱۳۹۶).

1. subcortical reward circuits  
2. Voon  
3. Kühn & Gallinat

4. Goodman  
5. Coleman-Kennedy & Pendley

بین اعتیاد جنسی و اعتیاد به مواد مخدر همبودی بالایی (از ۴۰ درصد تا ۶۴ درصد) وجود دارد (وسگا-لوپز، سچمیدت و بلانکو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). کارنز، موری و کارپنتر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) نشان دادند که ۴۰ درصد از مردان دگر جنس گرا، ۴۰ درصد از زنان دگر جنس گرا و ۶۰ درصد از مردان همجنس گرا که مبتلا به اعتیاد جنسی بودند، به طور همزمان در اعتیاد به مواد مخدر و اعتیادهای رفتاری از قبیل، قماربازی و یا اختلالات خوردن درگیر بودند. متون پژوهشی مملو از این گزاره است که فرد با یک اعتیاد به احتمال زیاد دارای نوع دیگری نیز است (کارنز و دلمونیکو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶؛ کارنز و همکاران، ۲۰۰۵؛ جانسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹، میلر، بلکین و گلد<sup>۵</sup>، ۱۹۸۵؛ آرفورد، ۱۹۸۵). اعتیاد جنسی با اعتیاد به مواد شیمیایی اغلب دارای هم زیستی و اعتیاد جنسی معمولاً علت ناشناخته عود است. استاورو، ریز کالاه، دین-ویلیمز، چیسون و پوتوین<sup>۶</sup> (۲۰۱۳) در ۲۱۱ بیمار مراجعه کننده برای درمان اختلالات مصرف مواد نشان دادند که میزان شیوع اعتیاد جنسی در بیماران مختلف از اختلالات مصرف مواد بالا بود: حشیش و کانابیس (۳۴ درصد)، کوکائین (۳۲ درصد)، آمفتامین (۱۳ درصد)، مواد اپیوئید (۱۳ درصد)، بنزودیازپین (۸ درصد) و الکل (۵۳ درصد). سید هاشمی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای به مقایسه اختلال فزون کنشی جنسی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد عادی پرداخته بودند، نتایج آن‌ها نشان داد که میانگین نمرات اختلال فزون کنشی جنسی و ابعاد آن در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بیشتر از افراد عادی بود و در افراد مصرف کننده فراوانی و شدت رفتارهای فزون کنشی جنسی بیشتری بود. بوسما-بلکر و بلاوو<sup>۷</sup> (۲۰۱۸) نشان دادند که چهار گروه از افراد مصرف کننده الکل، آرام‌بخش‌ها، محرک‌ها، و گاما هیدروکسی بوتیرات<sup>۸</sup> (GHB) تغییراتی در تفکرات، احساسات و رفتارهای جنسی در نتیجه مصرف مواد داشتند. بیش از نیمی از بیماران افزایش‌هایی در حوزه‌های جنسی (مانند، لذت جنسی، برانگیختگی جنسی، رفتار جنسی) داشتند که این موضوع در بیماران مبتلا به GHB بیشتر مشهود بود.

1. Vesga-Lopez, Schmidt, & Blanco  
2. Carnes, Murray, & Charpentier  
3. Delmonico  
4. Johnson  
5. Miller, Belkin & Gold

6. Stavro, Rizkallah, Dinh-Williams, Chiasson & Potvin  
7. Bosma-Bleeker, & Blaauw  
8. gamma hydroxybutyrate

اعتیادها به شیوه‌های مختلفی می‌توانند با هم در تعامل باشند (کارنز و همکاران، ۲۰۰۵)، وجود یک اعتیاد درمان نشده می‌تواند بهبودی را در اعتیاد دیگر مهار یا منجر به عود آن شود. به نظر می‌رسد که سطوح مختلف اعتیاد با مجموعه‌ای منحصر به فرد از رفتارهایی مرتبط است که خودشان معمولاً با هیجانات اساسی همچون احساس گناه، شرم، اجتناب و تروما تقویت می‌شوند. بسیاری از افراد با اعتیاد جنسی اعتراف کرده‌اند که از مواد به منظور مقابله یا رهایی از درد ناشی از رفتار جنسی شان، استفاده نموده‌اند. افراد همچنین ممکن است از مواد برای مقابله با کمرویی و شرکت در رفتارهای جنسی نامتعارف بیشتر استفاده کنند (سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

بررسی اینکه چگونه اعتیادهای متعدد می‌توانند یکدیگر راه تغذیه کنند (به جلو ببرند) دارای اهمیت است، گاهی اوقات افراد از یکی از اعتیادهای خود برای پنهان کردن یا رد دیگری استفاده می‌کنند، که شاید به علت شرم‌آوری بیشتر آن است. به عنوان مثال، ممکن است فردی داشتن مشکل اعتیاد جنسی را انکار کند و اصرار کند که رفتارهای جنسی مشکل ساز خود به علت مسمومیت یا مصرف مواد باشد. با این حال، ممکن است در این مورد مواد مخدر یا الکل صرفاً پوششی برای درد و شرم مرتبط با اعتیاد جنسی و کمکی برای خارج شدن فرد از عوارض هیجانی آن باشد (سید هاشمی، ۱۳۹۵). به همین منوال، هر دو اعتیاد ممکن است یکدیگر را تشدید کنند، به گونه‌ای که مشغولیت فرد به اعتیاد جنسی تحت تأثیر الکل و یا مواد مخدر باشد. این الگوها منجر به حفظ اعتیاد و مصرف پایدار و قابل پیش‌بینی مواد می‌شود (سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

تمرکز اصلی متون پژوهشی داخل کشور بر تأثیر الگوها و رفتارهای سوء مصرف مواد بر بهداشت عمومی و رفتارهای پرخطر جنسی از جمله بیماری‌های عفونی (HIV/AIDS) است (میرحیدری، طوافیان، منتظری و فلاحی، ۱۳۹۳). کمتر مطالعه‌ای یافت می‌شود که به تعامل و ارتباط متقابل رفتارهای جنسی و مصرف مواد بپردازد. این در حالی است که در مطالعاتی مختلفی نشان داده شده است که رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد گونه می‌تواند الگوی مصرف مواد را تحت تأثیر قرار داده و به تداوم آن کمک کند (آنتانیو<sup>۱</sup> و همکاران،

۲۰۱۷؛ سید هاشمی و همکاران، ۱۳۹۶). نوروزی و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیقی به پیمایش رفتاری و سرولوژیک از نظر HIV، هیپاتیت B و C در مصرف کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی آن‌ها در شهرهای کرج، اصفهان و گرگان به سفارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد پرداختند. نتایج نشان داد که عفونت‌های منتقله از راه جنسی خون در مصرف کنندگان تزریقی شایع بوده و شیوع آن در شرکای جنسی آن‌ها به مراتب از جمعیت عمومی بالاتر بود.

توجه به انواع مختلف رفتارهای جنسی در بروز مشکلات بهداشت عمومی و مواد مخدر ضرورت خاصی دارد و به مدیریت آن‌ها کمک می‌کند (هندرسوت، استونر، جورج و نوریس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ کالیچمن و کین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ کالیچمن، رومپا، ۱۹۹۵). رفتارهای جنسی جبری و اعتیادی می‌توانند اعمال جنسی بدون محافظت و شرکای جنسی را افزایش داده، و این نیز خود مصرف انواع مواد مخدر از جمله کوکائین را افزایش می‌دهد (بنوتسچ، کالیچمن و کلی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). بربروویچ<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) در مطالعه‌ی خود نشان داد که بین اجبارگری جنسی با اضطراب و مصرف مواد مخدر همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین، مصرف مواد مخدر، الکل و افسردگی با اجبارگری جنسی را پیش‌بینی می‌کند. نگرانی عمده در درمان به تنهایی اختلالات مصرف مواد این است که اعتیاد جنسی درمان نشده اغلب عود مصرف مواد را سرعت می‌بخشد. مقابله با یک اعتیاد و نادیده گرفتن موارد دیگر ممکن است در نهایت مشکلی که به آن پرداخته نشده است را تشدید کند. یک مثال خوب استفاده شده توسط اشنایدر و همکارانش (۲۰۰۵) زمانی است که بهبودی اولیه یک فرد از اعتیاد به مواد مخدر تبدیل به افزایش عملکرد جنسی در جهت ادامه تشریفات، آداب و رفتارهای جنسی است که قبلاً به وسیله مصرف مواد مخدر مختل شده بود. این رفتار جنسی همچنان می‌تواند برای افراد مشکل‌ساز باشد. فرد ممکن است همچنان به احساس شرم و درد ادامه دهد. بنابراین دستیابی به بهبودی با پرداختن به کل فرآیند اعتیادآور، میسر است (به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

1. Hendershot, Stoner, George, & Norris  
2. Kalichman, & Cain

3. Benotsch, Kalichman, & Kelly  
4. Berberovic

## درمان

تعدادی از رویکردهای مختلف، هم دارویی و هم روان‌شناختی در تلاش برای درمان افراد دارای اعتیاد جنسی مورد استفاده قرار گرفته است. به گفته گودمن (۱۹۹۸) بروز اعتیاد جنسی از طریق رفتار جنسی و فرآیندهای اعتیادآور صورت می‌پذیرد و برای درمان آن هم باید هم رفتارهای جنسی و هم فرآیندهای اعتیادی زیربنایی را مورد هدف قرار داد.

ادبیات پژوهشی و بالینی در مورد استفاده از عوامل روان‌دارویی<sup>۱</sup> برای درمان اعتیاد جنسی رو به افزایش است. پیش ماده‌های زیستی<sup>۲</sup> برای سائق جنسی، هورمون‌ها و انتقال دهنده‌ها هستند، در نتیجه درمان پارافیلیا و اعتیاد جنسی یا فزون‌کنشی جنسی باید شامل عوامل هورمونی (آندروژن‌ها)<sup>۳</sup> و روان‌گردان‌ها<sup>۴</sup> (که بر انتقال دهنده‌های عصبی تاثیر می‌گذارد) باشد. با توجه به شباهت‌های پارافیلیاها با رفتارهای فزون‌کنشی جنسی و اعتیاد جنسی، عوامل روان‌دارویی مورد استفاده برای درمان پارافیلیاها همچنین می‌توانند زمینه‌ای برای درمان این اختلالات نیز فراهم آورند (کروگر و کاپلان، ۲۰۰۲)، چرا که هر دو نوع اختلالات شامل رفتار جنسی خارج از کنترل است. به دلیل رابطه تستوسترون با شدت سائق جنسی، آنتی‌آندروژن‌ها (داروهایی که می‌توانند تستوسترون را کاهش دهند) به عنوان ابزاری برای تسهیل خودکنترلی مناسب جنسی در بیماران مبتلا به اختلال پارافیلیا استفاده شده است (سیدهاشمی و سعادت، ۱۳۹۷).

از دیدگاه بالینی هنگامی که شدت ولع جنسی به‌طور چشمگیری کاهش یافته باشد، ارضاء این ولع برای بیمار در حال درمان راحت‌تر است. با کاهش شدت میل جنسی، داروهای کاهش‌دهنده سائق جنسی اغلب می‌توانند توانایی فرد برای توقف و کنترل این رفتارها را بالا ببرند. در مطالعه‌ای نشان داده شد هنگامی که روش‌های کاهش تستوسترون بین مجرمان جنسی مورد استفاده گرفت، میزان بازگشت به جرم در کل به شکل چشمگیری کاهش یافت (وینبرگر، اسرنیواسان، گاریک و اوسان، ۲۰۰۵).

1. psychopharmacological agents  
2. biological precursors  
3. hormonal agents (antiandrogens)

4. psychotropics  
5. Weinberger, Sreenivasan, Garrick,  
Osran



تعدادی از مطالعات بررسی دقیق از این عوامل در درمان پارافیلیاها (بریکن، هیل و برنر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ گیجیز و گورن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶؛ روسلر و ویتزتوم<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰) و اختلالات فزون‌کنشی جنسی (کافکا، ۲۰۰۰؛ کروگر و کاپلان، ۲۰۰۲؛ کلمن و همکاران، ۲۰۰۳) منتشر شده‌است (به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). برخی گزارش‌ها حاکی از آن است که توپیرامات<sup>۴</sup> (خازال و زیولینو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶)، نالترکسون<sup>۶</sup> (بوستویک و بوچی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸؛ گرانر و کیم، ۲۰۰۱)، بازدارنده‌های باز جذب نالترکسون و سروتونین<sup>۸</sup> (ریموند و همکاران، ۲۰۰۲)، سیتالوپرام<sup>۹</sup> (مالدی و سینگ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵)، لپرولیداستات<sup>۱۱</sup> (ساله، ۲۰۰۵)، نفازودون<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰)، کلومیپرامین و اسید والپروئیک<sup>۱۳</sup> (گولسون، گولکات، و آیدین<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷) سودمند هستند (به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). تعدادی از مطالعات بدون گروه کنترل نشان دادند که داروهای ضد افسردگی، به ویژه بازدارنده‌های باز جذب سروتونین می‌توانند شدت و فراوانی تمایلات درگیر شدن به رفتارهای جنسی اعتیادی را کاهش دهند، حتی زمانی که بیمار از افسردگی اساسی رنج نمی‌برد (استین، هولاندر و آنتونی<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۲؛ کافکا و پرنسکی، ۱۹۹۲؛ برنر، هیل، بریکن و کراوس<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۴؛ بریکن و همکاران، ۲۰۰۳؛ کافکا، ۱۹۹۱؛ کلمن و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). یک مطالعه مروری در مورد داروشناسی رفتار اجبارگری جنسی نشان داد که مداخلات شیمیایی بیشتر استفاده شده عبارت بودند از: بازدارنده‌های باز جذب سروتونین انتخابی، مدروکسی پروژسترون استات، سیپروترون استات و هورمون آزاد کننده هورمون لوتهینیزه<sup>۱۷</sup> (کودسپوتی<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). همچنین برای درمان و پیشگیری از عود در رفتارهای جنسی، می‌توان تکنیک‌های

1. Briken, Hill, & Berner
2. Gijs, & Gooren
3. Rosler, & Witztum
4. Topiramate
5. Khazaal, & Zullino
6. naltrexone
7. Bostwick, & Bucci
8. naltrexone and serotonin reuptake inhibitors
9. citalopram
10. Malladi, & Singh
11. leuprolide acetate
12. nefazodone
13. clomipramine and valproic acid
14. Gulsun, Gulcat, & Aydin
15. Hollander, & Anthony
16. Berner, Hill, Briken, Kraus
17. medroxyprogesterone acetate, cyproterone acetate, luteinizing hormone-releasing hormone
18. Codispoti

شناختی-رفتاری را مورد استفاده قرار داد. برای درمان فرآیند اعتیاد، می توان روش هایی مثل روان درمانی و گروه درمانی روان پویشی مورد استفاده قرار بگیرد که به خود تنظیمی و بهبود روابط بین فردی معنادار افراد کمک کند. برای بهبود تنظیم هیجانی، انواع دیگر درمان از جمله یک برنامه دارو درمانی می تواند ضروری باشد. مطالب بسیاری درباره رویکردهای روان درمانی مورد استفاده در درمان اعتیاد جنسی نوشته شده است. با این حال، اطلاعات درباره نتایج درمانی که تایید کننده اثربخشی یک رویکرد درمانی خاص باشد، اندک است.

### بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با تکیه بر مبانی نظری و ادبیات پژوهشی موجود، اعتیاد جنسی و همبودی آن با اعتیاد به مواد مخدر را مورد بررسی قرار داد. مرور صورت گرفته نشان داد که اعتیاد جنسی متأثر از یک عامل و علت مشخصی نیست و تصور می شود که عوامل زیست شناختی (پایه های نوروبیولوژیکی)، روان شناختی و اجتماعی مختلفی در آن نقش دارد. پیامدهای ناخوشایند شخصی، رابطه ای، و سلامت عمومی مرتبط با اعتیاد جنسی آن را به عنوان یکی از جدی ترین اما در عین حال نادیده گرفته شده ترین اختلالات روانپزشکی معاصر طبقه بندی می کند. یک نیاز بالینی و تقاضای اساسی برای متخصصان و کارشناسان این حوزه وجود دارد تا گروه های مجزا از مردان و زنان که جویای مراقبت سلامت روانی یا در حال دریافت آن هستند را شناسایی و مورد تشخیص قرار دهند. با درک واضح تر سبب شناسی و ویژگی های مربوط به اعتیاد جنسی، می توان از پیامدهای منفی این اختلال از جمله احتمال از دست دادن شغل، مشکلات قانونی، انزوای اجتماعی و میزان بالای طلاق و خطرات بهداشتی احتمالی مرتبط با بیماری های جنسی مقاربتی پیشگیری کرد. همچنین می توان به افراد خانواده های درگیر در این اختلال و مخصوصاً پریشانی های به وجود آمده در روابط خانوادگی آن ها کمک شایانی کرد.

اعتیاد جنسی همانند سایر اختلالات روانپزشکی دیگر، دارای عوامل متعددی است و ممکن است با اختلالات روانی همبودی داشته باشد. اعتیاد جنسی در برخی گروه ها از جمله مجرمان جنسی، افراد مبتلا به بیماری های عفونی و افراد دارای اختلالات مصرف

مواد شیوع بیشتری دارد. افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد علاوه بر اعتیاد، مشکلات روان‌شناختی دیگری نیز دارند که وضعیت را پیچیده‌تر می‌کند. در واقع آن‌ها دارای اختلالات همبودی هستند که بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند. بررسی الگوهای مصرف مواد در افراد مبتلا به اعتیاد جنسی یا فزون‌کنشی جنسی نشان می‌دهد که این دو بطور جدایی ناپذیری با هم مرتبط هستند. درمان اختلال مصرف مواد به تنهایی و بدون توجه به اعتیاد جنسی، اکثراً با عود مصرف مواد همراه است. در بعد درمانی، مطالعات پژوهشی و بالینی به گسترش استفاده از عوامل روان‌دارویی برای درمان اعتیاد جنسی اشاره کرده‌اند. تعدادی از رویکردهای مختلف، هم درمان دارویی و هم درمان روان‌شناختی را برای افراد دارای اعتیاد جنسی پیشنهاد کرده‌اند. بروز اعتیاد جنسی از طریق رفتار جنسی و فرآیندهای اعتیادآور صورت می‌پذیرد و برای درمان آن باید هم رفتارهای جنسی و هم فرآیندهای اعتیادی زیربنایی را مورد هدف قرار داد. یک نیاز مبرم تحقیقاتی برای اصلاح و یکی کردن تعریف عملیاتی برای چنین شرایطی وجود دارد، به طوری که باید تحقیقات از دیدگاه‌های نظری متفاوتی بتوانند با مجموعه‌ای از معیارهای مشترک ترکیب شوند (سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). شکاف‌های قابل توجهی در پایه دانش علمی در مورد اعتیاد جنسی وجود دارد. همچنین چالش‌هایی در رابطه با این اختلال و همبودی آن با اختلالات دیگر (به ویژه اختلالات مصرف مواد) وجود دارد (شالچی و سیدهاشمی، ۱۳۹۶). برای مثال، عوامل احتمال خطر رشدی، تاریخچه خانوادگی، نشانگرهای شناختی، و یک مسیر نورویبولوژیکی مجزا برای اعتیاد جنسی و اختلالات مصرف مواد، در حال حاضر شناخته شده نیستند (سید هاشمی و سعادت، ۱۳۹۷). همانند بسیاری از اختلالات روانپزشکی دیگر تحقیقات بیشتری مورد نیاز است تا نقش اعتیاد جنسی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد به طور کامل تبیین شود.

## منابع

سید هاشمی، سید قاسم (۱۳۹۵). نقش دشواری در تنظیم هیجان و بهزیستی روانشناختی در تبیین ابعاد فزون‌کنشی جنسی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان تبریز.

سید هاشمی، سید قاسم؛ سعادت، سید حسن (۱۳۹۷). *اعتیاد جنسی: آنچه متخصصان بالینی و درمانگران باید در مورد آن بدانند (اطلاعات بالینی، ارزیابی، تشخیص و درمان)*. تهران: انتشارات فرهیختگان دانشگاه، چاپ اول.

سید هاشمی، سید قاسم؛ شالچی، بهزاد؛ یعقوبی، حسن (۱۳۹۶). مقایسه اختلال فزون‌کنشی جنسی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد عادی. *مجله افق دانش*، ۲۴ (۱)، ۶۱-۶۶.

شالچی، بهزاد؛ سید هاشمی، سید قاسم (۱۳۹۶). همسانی درونی و تحلیل عاملی تاییدی پرسشنامه رفتار فزون‌کنشی جنسی در بین دانشجویان. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۵ (۳)، ۲۳۹-۲۵۱.

میرسلیمانی، لاله؛ ثنائی، باقر؛ وزیری، شهرام؛ لطفی، فرح (۱۳۸۸). مقایسه‌ی رفتارهای جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و رفتارهای آسیب به خود در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر با مواد محرک. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۳ (۹)، ۱۵۵-۱۷۲.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Antonio, N., Diehl, A., Niel, M., Pillon, S., Ratto, L., Pinheiro, M. C., ... & Ushida, R. (2017). Sexual addiction in drug addicts: The impact of drug of choice and poly-addiction. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(5), 414-421.

Bancroft, J. (2008). Sexual behavior that is "out of control": A theoretical conceptual approach. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 593-601.

Benotsch, E. G., Kalichman, S. C., & Kelly, J. A. (1999). Sexual compulsivity and substance use in HIV-seropositive men who have sex with men: Prevalence and predictors of high-risk behaviors. *Addictive behaviors*, 24(6), 857-868.

Berberovic, D. (2013). Sexual compulsivity comorbidity with depression, anxiety, and substance use in students from Serbia and Bosnia and Herzegovina. *Europe's Journal of Psychology*, 9(3), 517-530.

Blum, K., Werner, T., Carnes, S., Carnes, P., Bowirrat, A., Giordano, J., ... & Gold, M. (2012). Sex, drugs, and rock 'n' roll: hypothesizing common mesolimbic activation as a function of reward gene polymorphisms. *Journal of psychoactive drugs*, 44(1), 38-55.

Bosma-Bleeker, M. H., & Blaauw, E. (2018). Substance use disorders and sexual behavior; the effects of alcohol and drugs on patients' sexual thoughts, feelings and behavior. *Addictive behaviors*, 87, 231-237.

- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Hazelden Publishing.
- Carnes, P. J. (1987). Sexual addiction: Implications for spiritual formation. *Studies in Formative Spirituality*, 8(2), 165–174.
- Carnes, P. J., & Delmonico, D. L. (1996). *Sexual Dependency Inventory-revised*. Minneapolis, MN: Positive Living Press.
- Carnes, P., Murray, R., & Charpentier, L. (2005). Bargains with chaos: Sex addicts and addiction interaction disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12, 79–120.
- Childress, A. R., Ehrman, R. N., Wang, Z., Li, Y., Sciortino, N., Hakun, J., ... & Franklin, T. (2008). Prelude to passion: limbic activation by “unseen” drug and sexual cues. *PLoS one*, 3(1), e1506.
- Coleman, E., Gratzer, T., Nesvacil, L., & Raymond, N. C. (2000). Nefazodone and the treatment of nonparaphilic compulsive sexual behavior: a retrospective study. *The Journal of clinical psychiatry*, 61(4), 282-284.
- Coleman, E., Raymond, N., & McBean, A. (2003). Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minnesota Medicine*, 86(7), 42-47.
- Coleman-Kennedy C, Pendley A. (2002) Assessment and diagnosis of sexual addiction. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(5), 143-51.
- Garcia, F. D., & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 254-260.
- Goldman-Rakic, P. S., & Leung, H. C. (2002). Functional architecture of the dorsolateral prefrontal cortex in monkeys and humans. *Principles of frontal lobe function*, 85-95.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature reviews neuroscience*, 12(11), 652–669.
- Goodman, A. (1993). Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(3), 225–251.
- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: An integrated approach*. International Universities Press, Inc.
- Hendershot, C. S., Stoner, S. A., George, W. H., & Norris, J. (2007). Alcohol use, expectancies, and sexual sensation seeking as correlates of HIV risk behavior in heterosexual young adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3), 365.
- Holstege, G., Georgiadis, J. R., Paans, A. M., Meiners, L. C., van der Graaf, F. H., & Reinders, A. S. (2003). Brain activation during human male ejaculation. *Journal of Neuroscience*, 23(27), 9185-9193.
- Johnson, M. (1999). *Cross-addiction: The hidden risk of multiple addictions*. New York: Rosen.

- Kafka, M. (2000). Psychopharmacologic treatments for nonparaphilic compulsive sexual behaviors. *CNS spectrums*, 5(1), 49-59.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 377-400.
- Kalichman, S. C., & Cain, D. (2004). A prospective study of sensation seeking and alcohol use as predictors of sexual risk behaviors among men and women receiving sexually transmitted infection clinic services. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 367-373
- Kalichman, S. C., & Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of personality assessment*, 65(3), 586-601.
- Kaplan, M. S., & Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47(2), 181- 197.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Sloan, S. (1948). *Sexual behavior in the human male* (Vol. 1). Philadelphia: Saunders.
- Komisaruk, B. R., & Whipple, B. (2005). Functional MRI of the brain during orgasm in women. *Annual Review of Sex Research*, 16(1), 62-86.
- Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. (2002). Behavioral and psychopharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders. *Journal of Psychiatric Practice*®, 8(1), 21-32.
- Kühn, S., & Gallinat, J. (2011). Common biology of craving across legal and illegal drugs—a quantitative meta-analysis of cue-reactivity brain response. *European Journal of Neuroscience*, 33(7), 1318-1326.
- Mick, T. M., Hollander, E. (2006). Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectr*, 11(12), 944-55.
- Miller, N. S., Belkin, B. M., & Gold, M. S. (1985). Multiple addictions: Co-synchronous use of alcohol and drugs. *New York State Journal of Medicine*, 90, 596–600.
- Missale, C., Nash, S. R., Robinson, S. W., Jaber, M., & Caron, M. G. (1998). Dopamine receptors: from structure to function. *Physiological reviews*, 78(1), 189-225.
- Noroozi, A. R., Radfar, S. R., Alam Mehrjerdi, Z., Motevalian, S. A., Haghdoost, A., Nematollahi, P. , ... & Savarolia, A. (2011). *Bio-behavioral survey among injecting drug users and their sexualpartners in Karaj Isfahan and Gorgan*. Final Report, United Nation Office of Drug and Crime. Can be accessed via [https://www.unodc.org/documents/islamicpublicofiran//Couple\\_BSS\\_Final\\_Report.pdf](https://www.unodc.org/documents/islamicpublicofiran//Couple_BSS_Final_Report.pdf). Accessed Aug 15, 2015.
- Orford, J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. New York: Wiley.
- Rinehart, N. J., & McCabe, M. P. (1997). Hypersexuality: Psychopathology or normal variant of sexuality? *Sexual and Marital Therapy*, 12(1), 45–60.

- Rösler, A., & Witztum, E. (2000). Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(1), 43-56.
- Salamone, J. D., Correa, M., Mingote, S. M., & Weber, S. M. (2005). Beyond the reward hypothesis: alternative functions of nucleus accumbens dopamine. *Current opinion in pharmacology*, 5(1), 34-41.
- Schneider, J. P. (2004). Sexual addiction & compulsivity: Twenty years of the field, ten years of the journal. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(1-2), 3-5.
- Seyed Hashemi, S. G., Shalchi, B., & Yaghoubi, H. (2018). Difficulties in Emotion Regulation, Psychological Well-Being, and Hypersexuality in Patients with Substance Use Disorder in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(1), e10449.
- Stavro, K., Rizkallah, E., Dinh-Williams, L., Chiasson, J. P., & Potvin, S. (2013). Hypersexuality among a substance use disorder population. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(3), 210-216.
- Sussman, S., Lisha, N., & Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Evaluation & the health professions*, 34(1), 3-56.
- Vesga-Lopez, O., Schmidt, A., & Blanco, C. (2007). Update on sexual addictions. *Directions in Psychiatry*, 27(2), 143-158.
- Voon, V., Mole, T. B., Banca, P., Porter, L., Morris, L., Mitchell, S., ... & Irvine, M. (2014). Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PloS one*, 9(7), e102419.
- Weinberger, L. E., Sreenivasan, S., Garrick, T., & Osran, H. (2005). The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 33(1), 16-36.
- Woody, J. D. (2011). Sexual addiction/hypersexuality and the DSM: Update and practice guidance for social workers. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(4), 301-320.





## رابطه بین ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان

عباسعلی صفی نژاد<sup>۱</sup>، عباس عبدالهی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۰

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان بود. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۶۱ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد سمنان در سال ۹۶ بودند که بر اساس جدول کرجسی و مورگان و به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش نامه ناگویی خلقی تورنتو (۱۹۹۴)، پرسش نامه دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر (۲۰۰۴) و پرسش نامه آمادگی به اعتیاد زرگر و همکاران (۱۳۸۵) بود. داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین مولفه های ناگویی خلقی و آمادگی به اعتیاد رابطه وجود داشت. دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات در مجموع ۱۸ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین کردند. همچنین، نتایج نشان داد که بین مولفه های بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد رابطه وجود داشت. عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه و دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند در مجموع ۲۹ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین کردند. در مجموع نتایج حاکی از اهمیت و نقش ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی در وابستگی به مواد بود لذا توجه به تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای مناسب در پیشگیری از وابستگی به مواد ضروری است.

**کلیدواژه ها:** ناگویی خلقی، بدتنظیمی هیجانی، آمادگی به اعتیاد.

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد سمنان، سمنان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. پست الکترونیک:

## مقدمه

نوع بشر در طول تاریخ و در گذر زمان همواره با مسائل و مشکلاتی روبه رو بودند که برای برخورد معقول و مناسب با آن‌ها می‌بایست به درستی تصمیم‌گیری و اقدام کنند و تنها در این صورت بود که می‌توانستند به رشد و شکوفایی برسند. از جمله مسائلی که بر سر راه این جوامع وجود داشت، می‌توان به آسیب‌های اجتماعی اشاره کرد که در صورت عدم برخورد صحیح با آن، می‌تواند جامعه را دچار رنج‌ها و مشقت‌های عدیده‌ای نماید. از جمله مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی نیز می‌توان به اعتیاد اشاره کرد (چلک و موسوی حسینی، ۱۳۹۵). اعتیاد نوعی بیماری است که در به وجود آمدن آن مجموع عوامل زیستی، روان‌شناسی و اجتماعی نقش اساسی دارند (لاردیر، باریوس، گارسیا-رید و ریف، ۲۰۱۸). اعتیاد خطری جدی برای سلامت جامعه و افراد آن است و کشور ما نیز در این رابطه به دلیل شرایط خاص جغرافیایی که دارد مصون نبوده و نیست (چلک و موسوی حسینی، ۱۳۹۵).

پدیده اعتیاد امروزه به حدی گسترده شده که حتی قشر جوان و تحصیل کرده را نیز درگیر خود کرده است. اعتیاد در جامعه ما چنان گسترش یافته است که نه تنها سالمندان و جوانان را مورد تهدید قرار داده است، بلکه نوجوانان را نیز طعمه خود می‌کند. افراد به دلایل گوناگونی جذب مواد مخدر می‌شوند، در رابطه با نوجوانان و جوانان ممکن است این امر به دلیل حس کنجکاوی و علاقه‌ای که به ریسک کردن دارند، اتفاق بیفتد (والکر-بارنز و ماسون، ۲۰۰۴). بنابراین برای این که بتوان مانع از گرایش این قشر به سمت مواد شد باید شناخت دقیقی از عواملی که سبب این گرایش می‌شوند، به دست آورد. یکی از این عوامل می‌تواند ناگویی خلقی باشد. پژوهشگرانی همچون اکبری بورنگ، محتشمی‌نیا و سالاری فر (۱۳۹۶)، آقایی و جدیری سهرفروزانی (۱۳۹۵)، کاظم پور و روستایی (۱۳۹۵) در پژوهش‌های خود به بررسی رابطه ناگویی خلقی با آمادگی و گرایش به اعتیاد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که ناگویی خلقی از جمله متغیرهایی است که با گرایش به اعتیاد

رابطه دارد و می تواند این پدیده را پیش بینی کند.

ناگویی خلقی به وسیله عدم توانایی در زمینه تنظیم هیجان و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی مشخص می شود (حاتمی، خورشیدی و بهرامی، ۱۳۹۲). معنای لغوی اصطلاح ناگویی خلقی، نبود واژگان برای توصیف هیجانات است (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴). ناگویی خلقی یک سازه چند وجهی با ویژگی های ناتوانی در شناخت و توصیف هیجانات، و عدم توانایی در تفکر نمادین<sup>۲</sup> است. این ناتوانی در استفاده از هیجانات در افراد مبتلا به این بیماری می تواند منجر به کاهش توانایی برای تفکر انتزاعی، کاهش به یادآوری رویاها، عدم توانایی در تفاوت قائل شدن بین حالت های هیجانی و جسمانی، چهره ای بی احساس و خشک و کاهش توانایی برای همدلی با افراد شود (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۲). در این زمینه مطالعاتی که توسط پژوهشگرانی همچون زدانکیویکز-اسکیگالا و اسکیگالا<sup>۳</sup> (۲۰۱۸)، پارولین<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۸)، تکسیرا<sup>۵</sup> (۲۰۱۷)، انجام شد حاکی از این بود که ناگویی خلقی با آمادگی و گرایش به اعتیاد رابطه دارد و می تواند آن را پیش بینی کند. ناگویی خلقی به دلیل این که سبب ایجاد مشکلاتی در توصیف و تشخیص احساسات می شود، می تواند به دلیل عدم توانمندی برای همدلی منجر به انزوا افراد شود و همین امر نیز می تواند تمایل به مصرف مواد مخدر را افزایش دهد.

عامل دیگری که می تواند در این زمینه مطرح شود، تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان فرایندی است که افراد به وسیله آن نوع پاسخ خود را به محرکات بیرونی بر اساس شرایط تعدیل می کنند (گارنفسکی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). هرگاه فرایند تنظیم هیجان دچار مشکل شود و به شکست ختم شود، از بد تنظیمی هیجانی سخن به میان می آید که بیانگر استفاده از روش های ناسازگارانه در برخورد با شرایط و وقایع است (گراتز و رومر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). در این زمینه مطالعاتی که توسط پژوهشگرانی همچون چوبچیان لنگرودی و زربخش (۱۳۹۷)، خدابخش پیرکلانی، ملکی مجد و رمضان ساعتچی (۱۳۹۷)، شعبانی، میرزاییان و سنگانی

1. Bagbay, Parker & Taylor  
2. Symbolic Thinking  
3. Zdankiewicz-Ścigala & Ścigala  
4. Parolin

5. Teixeira  
6. Garnefski  
7. Romer

(۱۳۹۶)، دانایی فر و بهرام خانی (۱۳۹۶) انجام شد حاکی از این بوده است که بین راهبردهای تنظیم هیجان و بدتنظیمی هیجان با گرایش به مصرف مواد رابطه وجود دارد. افرادی که از بدتنظیمی هیجانی رنج می‌برند، مشکلاتی از جمله عدم توانایی در شناخت احساس و برخورد درست بر اساس واقعیت دارند، به سختی می‌توانند هیجانات درست را به کار برند و نمی‌توانند هیجانات خود را مدیریت کنند، مجموع این مشکلات باعث می‌شود که این افراد در برخورد با مسائل نتوانند از روش‌های سازگارانه و درست بهره ببرند و برای حل مسائل خود به سمت روش‌های ناسازگارانه گام بردارند که یکی از این روش‌ها استفاده از مواد مخدر به عنوان راهی برای رهایی از مشکلات است، غافل از این که این مسئله نه تنها مشکلی را از آن‌ها رفع نمی‌کند بلکه مشکلات بیشتری را نیز برای آن‌ها به همراه دارد (شدلر و بالک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). بررسی‌های انجام شده در زمینه تنظیم هیجان و گرایش به اعتیاد، حاکی از آن است که بدتنظیمی هیجان از جمله عوامل اثرگذار بر گرایش افراد به مصرف انواع مواد مخدر و آسیب‌پذیری نسبت به سوء مصرف مواد است (پارولین و همکاران، ۲۰۱۷؛ رهبریان، محمدی، عباسی و سلیمانی، ۲۰۱۷؛ وولف<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

شیوع اعتیاد در نسل جوان جامعه رو به افزایش است و یکی از اقشار در معرض خطر برای اعتیاد را دانشجویان تشکیل می‌دهند. این قشر از آن رو که آینده‌سازان جوامع هستند باید از سلامت برخوردار باشند، چرا که کوچکترین آسیبی به سلامت این قشر مستقیماً بر سلامت و آینده جوامع اثر می‌گذارد. آینده جوامعی که دانشجویان و تحصیل کرده‌های آن‌ها بیمار باشند، چیزی جز تاریکی و نابسامانی نخواهند بود (صرامی، ۱۳۹۳). بنابراین با توجه به مطالب مطرح شده و نیز با در نظر گرفتن این امر که اعتیاد و سوء مصرف مواد عواقب و اثرات منفی زیادی را برای جوامع در پی دارد و با مشکلات و پدیده‌های منفی زیادی در ارتباط است و مقابله با آن نیازمند شناخت دقیق از این پدیده است، سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان رابطه وجود دارد؟

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

طرح پژوهش حاضر با توجه به موضوع پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ بود. از بین این دانشجویان ۳۶۱ نفر با استفاده از جدول کرجسی و مورگان به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

## ابزار

۱. پرسش نامه ناگویی خلقی تورنتو: پرسش نامه ناگویی خلقی تورنتو توسط تیلور (۱۹۸۶) ساخته و توسط بگبی، پارکر و تیلور مورد تجدید نظر قرار گرفت (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴). این پرسش نامه دارای ۲۰ آیتم است. مقیاس این پرسش نامه از نوع لیکرت بوده و در دامنه ۱ تا ۵ از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم رتبه بندی می شود. سه زیر مقیاس این پرسش نامه عبارتند از: دشواری در توصیف احساسات، دشواری در شناسایی احساسات و افکار با جهت گیری بیرونی. در این پرسشنامه برخی سوالات به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴). بشارت (۲۰۰۸) ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و سه زیرمقیاس آن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. مهدوی و منشئی (۱۳۹۵) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ را برای این پرسش نامه گزارش کرده اند. محمد (۱۳۸۰) پایایی کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ گزارش کرده است.

۲. پرسش نامه دشواری در تنظیم هیجان: این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط گرتز و روئمر تدوین شد. نسخه اولیه آن یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد. در تحلیل عاملی یک آیتم به خاطر همبستگی پایین آن با کل مقیاس و ۴ آیتم به خاطر بار عاملی پایین یا دوگانه روی دو عامل حذف شدند. به این ترتیب از مجموع ۴۱ آیتم ابتدایی مقیاس، ۳۶ آیتم باقی ماندند (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). مقیاس پاسخدهی این پرسش نامه از نوع لیکرت است. شش زیر مقیاس این پرسش نامه عبارتند از: ۱- عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، ۲- دشواری در انجام رفتار

هدفمند، ۳- دشواری در کنترل تکانه، ۴- فقدان آگاهی هیجانی، ۵- دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و ۶- عدم وضوح هیجانی. برخی سوالات به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). گرتز و روئمر (۲۰۰۴) برای این پرسش نامه همسانی درونی ۰/۹۳ را گزارش کرده اند، همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای هر زیر مقیاس به ترتیبی که در بالا ذکر شده عبارتند از ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسش نامه را ۰/۹۲ برآورد کرده اند. خانزاده، سعیدیان، حسین چاری و ادریسی (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ را برای زیر مقیاس های عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۸۱، ۰/۶۶، ۰/۸۳ و ۰/۷۴ و ضرایب بازآزمایی را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۸۸ و ۰/۸۱ گزارش کرده اند.

۳. مقیاس آمادگی به اعتیاد: نسخه اصلی این مقیاس در سال ۱۹۹۲ توسط وید و بوچر تدوین شد. در ایران اقداماتی برای روایی این مقیاس صورت گرفته و نسخه ایرانی این مقیاس توسط زرگر در سال ۱۳۸۵ تدوین شد (به نقل از زرگر، نجاریان و نعیمی، ۱۳۸۷). این پرسش نامه دارای ۳۶ آیتم و ۵ آیتم دروغ سنج است. زرگر و همکاران (۱۳۸۷) در رابطه با روایی ملاکی این پرسش نامه عنوان کردند که به خوبی دو گروه معتاد و غیر معتاد به وسیله این پرسش نامه از هم تمیز داده شده اند و برای روایی سازه با محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس فهرست علائم بالینی (۲۵ ماده ای) ضریب همبستگی ۰/۴۵ گزارش شد که از نظر آماری معنادار بود و در نهایت ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ را برای این مقیاس گزارش کرده اند.

### یافته ها

در جدول ۱ آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
آمادگی به اعتیاد	۱۰	۹۷	۴۱/۰۲	۱۱/۲۵
دشواری در شناسایی احساسات	۷	۲۵	۱۶/۴۱	۳/۶۵
دشواری در توصیف احساسات	۷	۲۴	۱۲/۳۸	۳/۰۹
تفکر عینی	۱۰	۳۰	۱۹/۴۹	۴/۴۱
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۸	۲۹	۱۴/۱۸	۳/۲۸
دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند	۶	۲۳	۱۲/۰۵	۲/۸۰
دشواری کنترل تکانه	۵	۲۲	۱۲/۰۲	۳
فقدان آگاهی هیجانی	۸	۲۷	۱۶/۵۹	۴/۲۶
دسترسی محدود به راهبردها	۱۰	۳۵	۱۹/۵	۳/۶۱
فقدان شفافیت	۶	۱۸	۱۱/۱۱	۲/۶۳

به منظور بررسی رابطه ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

۱۰۳

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین مولفه‌های ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد

متغیر	آمادگی به اعتیاد
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۴۱**
دشواری در توصیف احساسات	۰/۲۵**
تفکر عینی	۰/۱۷**
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۰/۴۳**
دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند	۰/۳۴**
دشواری کنترل تکانه	۰/۴۰**
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۲۰**
دسترسی محدود به راهبردها	۰/۳۶**
فقدان شفافیت	۰/۲۲**

\*\*همبستگی در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است

به منظور بررسی سهم مولفه‌های ناگویی خلقی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد از

رگرسیون گام به گام استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، مفروضه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه وجود رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک با توجه به نمودار پراکنش متغیرها (نشانگر وجود رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک) برقرار بود. مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگوروف اسمیرنف<sup>۱</sup> ( $P > 0/05$ ) نیز رعایت شد. مفروضه استقلال باقیمانده‌ها با استفاده از آماره دورین-واتسون<sup>۲</sup> (قرار گرفتن در بازه ۲/۵ تا ۱/۵) و مفروضه نبود هم‌خطی چندگانه<sup>۳</sup> بین متغیرهای مستقل با استفاده از شاخص تولرانس<sup>۴</sup>، و عامل تورم واریانس<sup>۵</sup> (بزرگتر از ۰/۱) نیز مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج تحلیل رگرسیون آمادگی به اعتیاد از روی مولفه‌های ناگویی خلقی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون آمادگی به اعتیاد از روی مولفه‌های ناگویی خلقی

گام	متغیر پیش‌بین	B	$\beta$	t	معنی‌داری	R	$R^2$
۱	دشواری در شناسایی احساسات	۱/۲۷	۰/۴۱	۷/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۱۷
	دشواری در شناسایی احساسات	۱/۱۳	۰/۳۷	۶/۲۰	۰/۰۰۱		
۲	دشواری در توصیف احساسات	۰/۴۸	۰/۱۳	۲/۱۹	۰/۰۲	۰/۴۳	۰/۱۸

چنانچه از جدول ۳ مشاهده می‌شود در گام اول متغیر دشواری در شناسایی احساسات وارد معادله پیش‌بینی شده است. همبستگی دشواری در شناسایی احساسات با آمادگی به اعتیاد ۰/۴۱ است به طوری که این متغیر به تنهایی ۱۷ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین می‌کند. در نهایت در گام دوم متغیر دشواری در توصیف احساسات وارد معادله شده است و مجموعه این دو مولفه ۱۸ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین کردند. به منظور بررسی سهم مولفه‌های بدتنظیمی هیجانی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد از رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

1. Kolmogorov-Smirnov  
2. Durbin-Watson  
3. multicollinearity

4. tolerance  
5. variance inflation factor



جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون آمادگی به اعتیاد از روی مولفه‌های بدتنظیمی هیجانی

گام	متغیر پیش بین	B	$\beta$	t	معنی - داری	R	$R^2$
۱	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱/۴۷	۰/۴۳	۷/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۱۸
۲	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱/۲۱	۰/۳۵	۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۲۸
	دشواری کنترل تکانه	۱/۱۸	۰/۳۲	۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳	
	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱/۰۵	۰/۳۱	۵/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۲۹
۳	دشواری کنترل تکانه	۱/۰۸	۰/۲۹	۵/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴	
۳	دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند	۰/۵۶	۰/۱۴	۲/۳۹	۰/۰۱۷	۰/۵۴	۰/۲۹

چنانچه از جدول ۴ مشاهده می‌شود در گام اول عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی وارد معادله رگرسیون شده است. همبستگی مشاهده با آمادگی به اعتیاد ۰/۴۳ است به طوری که این متغیر به تنهایی ۱۸ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین می‌کند ( $R^2 = 0.18$ ). در گام دوم و سوم به ترتیب دشواری کنترل تکانه و دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند وارد معادله رگرسیون شده‌اند. این سه متغیر در مجموع ۲۹ درصد از تغییرات آمادگی به اعتیاد را تبیین می‌کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مولفه‌های ناگویی خلقی و آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بدین صورت که بین دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات با آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد ناگویی خلقی می‌تواند آمادگی به اعتیاد را پیش‌بینی کند، به این صورت که در گام اول متغیر دشواری در شناسایی احساسات وارد معادله پیش‌بینی شده است. این متغیر به تنهایی ۱۷ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین می‌کند. در نهایت در گام دوم متغیر دشواری در توصیف احساسات وارد معادله شده است و مجموعه این دو مولفه ۱۸ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین کردند. این یافته با یافته‌های اکبری بورنگک و همکاران (۱۳۹۶)، آقایی و جدیری سهرفروزانی

(۱۳۹۵)، کاظم پور و روستایی (۱۳۹۵)، زدانکیویکز-اسکیگالا و اسکیگالا (۲۰۱۸)، پارولین و همکاران (۲۰۱۸)، تکسیرا (۲۰۱۷)، همسو بود. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که ناگویی خلقی با آمادگی و گرایش به اعتیاد رابطه داشته و می تواند آن را پیش‌بینی کند.

در تبیین این نتیجه می توان این گونه گفت که از جمله ویژگی های ناگویی خلقی، عدم توانایی در توصیف احساسات، توانایی محدود در تفکر نمادین، عدم توانمندی برای تمایز هیجان و حس های بدنی است. ناگویی خلقی با خطر افزایش اختلالات روانی و همچنین کنترل ضعیف تکانه همراه است. از میان اختلال های روانپزشکی مرتبط با ناگویی خلقی، اختلال مصرف مواد توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. مطالعات حاکی از این بودند که ناگویی خلقی اغلب با مصرف مواد همراه هستند (حسینی کتکی، نجفی و محمدی فر، ۱۳۹۵). افراد مبتلا به ناگویی خلقی نمی توانند نشانه های هیجانی خود را تشخیص دهند یا آن ها را مدیریت کنند. این افراد به اشتباه علائم هیجانی خود را به عنوان نوعی بیماری جسمانی تعبیر می کنند. طرحواره های هیجانی در این افراد به درستی هماهنگ و منسجم نیست، این افراد در موقعیت های اجتماعی سطوح بالایی از اضطراب را تجربه می کنند و به همین دلیل در موقعیت های اجتماعی احساس ناراحتی می کنند. افراد ممکن است برای حل این مسائل اقدام به مصرف مواد کنند، ولی خود مصرف مواد نیز باعث آسیب بیشتر به ظرفیت های شناختی این افراد شده و می تواند افسردگی و اضطراب آن ها را افزایش دهد (به نقل از نجفی، محمدی فر و عبداللهی، ۱۳۹۴). علاوه بر این گفتار افراد مبتلا به ناگویی خلقی خسته کننده و فاقد نماد سازی و خیال پردازی است و از کلمات عاطفی کمتر استفاده می کنند، ممکن است افراد مبتلا برای فرار از این حالت ها به مصرف مواد روی بیاورند. وقتی افراد دارای ناگویی خلقی به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم و مدیریت احساس های خود وقتی در معرض یک رویداد استرس زا یا یک واقعه ای آسیب زا قرار می گیرند دچار آشفتگی هیجانی می شوند، در چنین شرایطی برای کنترل هیجان های خود ممکن است به مصرف مواد گرایش پیدا کنند (به نقل از نجفی و همکاران، ۱۳۹۴).

ناگویی خلقی با توجه به این که باعث می شود افراد نتوانند هیجان‌ها را از علائم جسمی تمیز دهند می تواند افراد را مستعد گرایش به سمت مواد کند، به این صورت که این افراد بر این باورند که علائم آن‌ها حاکی از بیماری جسمی آن‌ها است و اگر برای درمان مراجعه کنند نیز هدف آن‌ها درمان علائم جسمانی است و در صورتی که به نتیجه مطلوب دست نیابند به سمت مصرف مواد می روند. از دیگر ویژگی های افراد مبتلا به ناگویی خلقی این است که آن‌ها نمی توانند با افراد دیگر همدلی داشته باشند چرا که نمی توانند هیجان افراد را از چهره آن‌ها شناسایی کنند به همین دلیل به انزوا کشیده می شوند و ممکن است برای رهایی از این انزوا به سمت مصرف مواد گرایش پیدا کنند (اکبری بورنگ و همکاران، ۱۳۹۶).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین تمام مولفه های دشواری در تنظیم هیجان و آمادگی به اعتیاد رابطه وجود دارد. بدین صورت که بین عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردها با آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان می تواند آمادگی به اعتیاد را پیش بینی کند. این یافته با یافته های چوبچیان لنگرودی و زربخش (۱۳۹۷)، خدابخش پیرکلانی و همکاران (۱۳۹۷)، شعبانی و همکاران (۱۳۹۶)، دانایی فر و بهرام خانی (۱۳۹۶)، پارولین و همکاران (۲۰۱۷)، رهبریان و همکاران (۲۰۱۷)، وولف و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که بین راهبردهای تنظیم هیجان و بدتنظیمی هیجان با گرایش به مصرف مواد رابطه وجود دارد.

عوامل متعددی در ارتباط با مصرف مواد مطرح می شوند، ولی در این بین مشکلات هیجانی و دشواری در کنترل و تنظیم هیجان نقش برجسته ای دارند. افرادی که در کنترل هیجان‌ها خود دچار مشکل هستند، به احتمال بیشتری به دام اعتیاد و مصرف مواد می افتند، همچنین افراد تنوع طلب نیز گروه در معرض خطر مصرف مواد هستند. افراد مبتلا به اعتیاد در شناسایی هیجان‌ها خود با مشکل مواجه هستند که این امر به نوبه خود می تواند در برقراری ارتباطات اجتماعی آن‌ها اختلال ایجاد کند و در نهایت کل این فرایند مصرف

مواد را در این افراد تقویت می کند چرا که آن‌ها برای جبران کمبود ارتباطات اجتماعی خود بیشتر به سمت مصرف مواد کشیده می شوند (عزیزی، برجعلی و گلزاری، ۲۰۱۰).  
تنظیم هیجان، نوعی فرایند هدف مدار است که بر شدت، طول مدت و زمان و نوع هیجانی که تجربه می شود اثر می گذارد (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷). در تنظیم هیجان فرایندهایی صورت می گیرد که افراد به وسیله آن می توانند هیجانات خود را در برخورد با وقایع محیطی تعدیل کنند (آلداو، نولن- هوکسما و سویزر، ۲۰۱۰). نظم جویی هیجان اصلی اساسی در ارزشیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و پیشگیری از رفتارهای ناسازگارانه است. مطالعات موجود در این زمینه بیانگر این بوده که سطوح پایین تنظیم هیجان در گرایش به سمت مصرف مواد نقش دارد (پارکر، تایلور، استابروک، شل و وود، ۲۰۰۸).

برای تنظیم هیجان می توان به شش راهبرد اشاره کرد که عبارت هستند از پذیرش<sup>۴</sup>، اجتناب<sup>۵</sup>، حل مسئله<sup>۶</sup>، ارزیابی<sup>۷</sup>، نشخوار فکر (اشتغال فکر)<sup>۸</sup> و سرکوب<sup>۹</sup>. پذیرش که به عنوان شکلی از ذهن آگاهی<sup>۱۰</sup> در نظر گرفته می شود و بیانگر این امر است که افکار و وقایع را همان طور که هستند بپذیریم بدون هیچ گونه قضاوت و ارزیابی. منظور از اجتناب این است که افراد به طور کاملا آگاهانه از برخی موقعیت‌ها یا تجارب کناره گیری و اجتناب می کنند. منظور از حل مساله این است که افراد سعی می کنند به صورت آگاهانه یک موقعیت تنش زا یا دشوار را تغییر دهند یا این که بتوانند پیامدهای این شرایط را تحت کنترل خود در آورند. منظور از ارزیابی مجدد این است که افراد موقعیتی را که برای آن‌ها تنش زا بوده دوباره با دید مثبت یا خنثی مورد ارزیابی قرار دهند تا برای شان مشخص شود که در ارزیابی مجدد هم آن موقعیت تنش زا هست یا نه. نشخوار فکری اشاره به این امر دارد که افراد بر فکر، هیجان، تجربه و علل و پیامدهای آن تمرکز کنند. منظور از سرکوب

1. Gross & Thompson  
2. Aldao, Nolen- Hoeksema & Schweizer  
3. Parker, Taylor, Eastabrook, Schell & Wood  
4. Acceptance

5. Avoidance  
6. Problem Solving  
7. Reappraisal  
8. Rumination  
9. Suppression  
10. Mindfulness

این است که افراد تلاش کنند که ابراز هیجان منفی و یا تجربه ذهنی آن را منع و یا کاهش دهند (آلداو و همکاران، ۲۰۱۰). در شرایط فعلی و در میان قشر جوان که تحت تاثیر همسالان و فشار از جانب آنان قرار دارند، برخورداری از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند یاریگر باشد تا بتوانند با اتخاذ راهبردهای سازگارانه در برابر فشار همسالان برای مصرف مواد مقاومت کنند. افرادی که دارای سطوح بالاتر تنظیم هیجان هستند، به آسانی می‌توانند خواسته‌های دیگران را در موقعیت‌های مختلف پیش‌بینی کنند و می‌توانند در برابر فشار همسالان مقاومت کرده و به همین دلیل قدرت آن‌ها برای مقابله با مصرف مواد بیشتر است (ترینداد و جانسون، ۲۰۰۲). در سمت مخالف افرادی قرار دارند که از سطوح پایین تنظیم هیجان برخوردار هستند، این افراد به راحتی تحت تاثیر فشار همسالان قرار می‌گیرند و مقاومت آن‌ها شکسته می‌شود و به سمت مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند و در برخورد با شرایط ناگوار به جای استفاده از راهبردهای سازگارانه از راهبردهای ناسازگارانه استفاده می‌کنند (ترینداد، آنگر، چو، آذن و جانسون، ۲۰۰۴).

۱۰۹

با توجه به یافته‌های پژوهش، نتیجه گرفته می‌شود که ناگویی خلقی و دشواری در تنظیم هیجان پیش‌بینی کننده گرایش به اعتیاد می‌باشند. بنابراین تلاش جهت کاهش ناگویی خلقی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان از سوی افراد و سازمان‌هایی که مستقیماً با نوجوانان و جوانان سروکار دارند جهت کاهش گرایش به اعتیاد بسیار ضروری است. از جمله محدودیت‌های این مطالعه این بود که بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد سمنان انجام شده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نقش متغیرهای واسطه‌ای نیز در نظر گرفته شود.

## منابع

آقایی، اصغر و جدیری سهرفروزانی، نسرین (۱۳۹۵). مقایسه رابطه ساده و چندگانه هیجان خواهی و ناگویی خلقی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر در بین دانش‌آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهر اصفهان. سومین کنفرانس جهانی روان‌شناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم.

اکبری بورنگ، محمد؛ محتشمی نیا، سمیه و سالاری فر، محمدحسین (۱۳۹۶). تبیین گرایش به اعتیاد بر اساس خودتمایز یافتگی و ناگویی خلقی در دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشی طب انتظامی، ۱۶۰-۱۵۱، (۲).

چلک، حسن و موسوی حسینی، محمدرضا (۱۳۹۵). مواد مخدر صنعتی و نوین و پیامدهای اجتماعی آن. تهران: شلاک.

چوپچیان لنگرودی، هانیه و زربخش، محمدرضا (۱۳۹۷). رابطه میان سرسختی روان شناختی، سبک های مقابله ای و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان. خانواده و پژوهش، ۱۵ (۳)، ۵۰-۳۱.

حاتمی، جواد؛ خورشیدی، محمدرضا و بهرامی، احسان (۱۳۹۲). نقش سطوح پردازش و همخوانی خلقی در بازشناسی واژه های هیجانی در افراد دارای ناگویی خلقی. فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۱۷ (۱)، ۸۳-۶۹.

حسینی کتکی، زهره؛ نجفی، محمود و محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی خلقی، سرشت و منش و پرخاشگری در معتادان و افراد عادی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴ (۴)، ۴۶۳-۴۵۵. خانزاده، مصطفی؛ سعیدیان، محسن؛ حسین چاری، مسعود و ادیسی، فروغ (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی. مجله علوم رفتاری، ۶ (۱)، ۹۶-۸۷.

خدابخش پیرکلانی، روشنگر؛ ملکی مجد، مهسا و رمضان ساعتچی، لیلی (۱۳۹۷). پیش بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و سیستم های مغزی- رفتاری در نوجوانان. سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۵ (۲۰)، ۱۱۸-۱۰۳.

دانایی فر، زهرا و بهرام خانی، محمود (۱۳۹۶). بررسی رابطه تنظیم شناختی هیجان با آمادگی به اعتیاد در دانش آموزان مدارس متوسطه منطقه ۶ شهر تهران. سومین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی و روان شناسی ایران.

زرگر، یداله؛ نجاریان، بهمن و نعمی، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی و هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان شناختی، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز. مجله علوم تربیتی و روان شناسی، ۱۵ (۱)، ۱۲۰-۹۹.

شعبانی، حسن؛ میرزاییان، بهرام و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۶). مدل یابی روابط ساختاری طرحواره، سبک های دلبستگی با آمادگی به اعتیاد با واسطه گری راهبردهای مقابله ای استرس، تنظیم شناختی هیجان و احساس تنهایی در معتادان در حال ترک اعتیاد به مواد مخدر. اعتیاد پژوهی، ۱۱ (۴۳)، ۱۹۴-۱۷۷.

صرامی، محمد (۱۳۹۳). مقایسه ناگویی خلقی و هوش معنوی در افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۶(۲۲)، ۲۲-۷. عزیززی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۸-۱۱. کاظم پور، مریم و روستایی، زهرا (۱۳۹۵). *رابطه ناگویی خلقی با آمادگی اعتیاد در دانشجویان*. سومین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روان شناسی، مشاوره و آموزش در ایران.

محمد، سعید (۱۳۸۰). *بررسی ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا به کولیت اولسروز و مقایسه آن با افراد غیر معتاد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران. مهدوی، الناز و منشئی، غلامرضا (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی خلقی و ابراز گری هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروقی کرونر قلب و افراد سالم. *دو ماهنامه علمی-پژوهشی فیض*، ۲۰(۳)، ۲۶۶-۲۶۰. نجفی، محمود؛ محمدی فر، محمد علی و عبداللهی، معصومه (۱۳۹۴). *نقص عملکرد هیجانی و گرایش به سوء مصرف مواد: نقش مولفه های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان خواهی*. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۵)، ۶۸-۵۳.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Azizi, A., Borjali, A., & Golzari, M. (2010). The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictive problems of substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(2), 60-65.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A & Taylor, G. J (1994). The twenty-item Alexithymia Scale: Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Besharat, M (2008). Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *The Iranian Journal of Medical Sciences*, 33(1), 1-6.
- Garnefski, N (2010). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems, Comparison between a clinical and nonclinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
- Gratz K. L & Roemer, L (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J. J & Thompson, R. A (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In JJ. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 3-24.
- Lardier Jr, D. T., Barrios, V. R., Garcia-Reid, P & Reid, R. J (2018). Preventing Substance Use Among Hispanic Urban Youth: Valuing the Role of Family,

- Social Support Networks, School Importance, and Community Engagement. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 1-13.
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 174-180.
- Parolin, M., Miscioscia, M., De Carli, P., Cristofalo, P., Gatta, M., & Simonelli, A. (2018). Alexithymia in young adults with substance use disorders: Critical issues about specificity and treatment predictivity. *Frontiers in psychology*, 9(645), 1-14.
- Parolin, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., Sacco, M., Bacciardi, S., Maremmani, A. G., & Cerniglia, L. (2017). Drug addiction and emotional dysregulation in young adults. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 19(3), 37-48.
- Rahbarian, M., Mohammadi, A., Abasi, I., & Soleimani, M. (2017). Emotion Regulation Problems and Addiction Potential in Iranian Students. *Practice in Clinical Psychology*, 5(4), 235-242.
- Shedler, J & Block, J (2009). Adolescent drug use and psychological health: Alongitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45(5), 612-630.
- Teixeira, R. J. (2017). Alexithymia and drug addiction: is there a missing link. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 3(3), 71-73.
- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and individual differences*, 32(1), 95-105.
- Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C. P., Azen, S. P., & Johnson, C. A. (2004). Emotional intelligence and smoking risk factors in adolescents: Interactions on smoking intentions. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 46-55.
- Walker-Barnes, C. J., & Mason, C. A. (2004). Delinquency and substance use among gang-involved youth: The moderating role of parenting practices. *American Journal of Community Psychology*, 34(3-4), 235-250.
- Wolff, S., Holl, J., Stopsack, M., Arens, E. A., Höcker, A., Staben, K. A., & CANSAS Study Group. (2016). Does emotion dysregulation mediate the relationship between early maltreatment and later substance dependence? Findings of the CANSAS Study. *European addiction research*, 22(6), 292-300.
- Zdankiewicz-Ścigala, E., & Ścigala, D. K. (2018). Relationship Between Attachment Style in Adulthood, Alexithymia, and Dissociation in Alcohol Use Disorder Inpatients. Mediation Model. *Frontiers in psychology*, 9(2039), 1-10.



## اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه روان‌شناختی زنان بهبودیافته از وابستگی به مواد

نسترن زلفخانی<sup>۱</sup>، سولماز دبیری<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۶

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه‌های روان‌شناختی زنان بهبودیافته از وابستگی به مواد بود. روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش، جامعه آماری شامل زنان بی‌سرپناه بهبودیافته از وابستگی به مواد در شهر تهران بود که از میان آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۶ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند. نمونه‌های انتخاب شده به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل مقیاس تاب‌آوری کانز و دیویدسون (۲۰۰۳)، مقیاس خودکارآمدی عمومی شوارتز و جروسالم (۱۹۹۵)، مقیاس امید‌اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، و مقیاس خوش‌بینی شی‌یر و کارور (۱۹۸۵) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سه سرمایه روان‌شناختی (امید، خودکارآمدی و تاب‌آوری) زنان بهبودیافته از وابستگی به مواد اثربخش بود و سطح این متغیرها را به طور معناداری ارتقا داد، ولی در مؤلفه خوش‌بینی، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل یافت نشد. به طور کلی می‌توان گفت که وجود عوامل حمایت‌کننده مانند سرمایه روان‌شناختی برای پیشگیری از وابستگی به مواد و بهبودی از آن امری ضروری است. همچنین، با توجه به نتایج به دست آمده، روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند به عنوان درمانی اثربخش برای ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** روان‌درمانی مثبت‌نگر، وابستگی به مواد، تاب‌آوری، خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی.

۱. گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. پست الکترونیک:

sh\_dabiri1016@yahoo.com

## مقدمه

یکی از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی جهان امروز، مشکل اعتیاد به موادمخدر و نفوذ رو به رشد آن در میان نسل جوان است. اعتیاد از مهم‌ترین مشکلات بهداشت عمومی در جامعه است که بسیاری از حوزه‌های زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و نه تنها بر زندگی فرد تاثیر می‌گذارد، بلکه بسیاری از نقص‌ها و غم‌ها را برای خانواده و به خصوص به گونه‌ای چندین برابر برای جامعه به ارمغان می‌آورد (طهمورسی و نصراللهی، ۲۰۱۷). اعتیاد از جمله مشکلاتی است که زندگی میلیون‌ها نفر را دست‌خوش تغییر قرار داده و رو به زوال و نابودی کشانده است. سرمایه‌های ملی زیادی برای جبران خسارات، پیشگیری و درمان اعتیاد صرف شده است (نجم، خوش‌نویس و بنیسی، ۲۰۱۷). امروزه مشکل اعتیاد، پارا فراتر از مرزهای مراقبت‌های بهداشتی گذاشته و به بحران اجتماعی و نگرانی اصلی و غیر قابل انکار جامعه کنونی تبدیل شده است. به این دلیل که وابستگی به مواد دارویی، اثرات منفی بر رشد و رونق جامعه دارد، باید آن را به عنوان تهدید و یکی از مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان در نظر گرفت. بسیاری از مردم هر روز از موادمخدر استفاده می‌کنند و از پیامدهای جسمی، روحی، فرهنگی و اقتصادی و اجتماعی آن رنج می‌برند (محمدنجم و همکاران، ۲۰۱۷).

به این دلیل که افراد وابسته به موادمخدر قادر به یافتن راه‌حلی برای مشکلات خود نیستند، اجرای مداخلات روان‌شناختی برای ارتقاء سلامت روان و حل مشکلات‌شان ضروری است. یکی از مداخلات روان‌شناختی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته، مداخله مثبت‌نگر است. روان‌درمانی مثبت‌نگر بر اساس تئوری روان‌شناسی مثبت‌سلیگمن بنا نهاده شده است. سلیگمن عنوان کرده که هدف نهایی روان‌شناسی مثبت‌شادکامی است و شامل سه مولفه قابل کنترل است که عبارتند از: احساسات مثبت (زندگی دلپذیر)، تعامل (زندگی درگیر) و معنی (زندگی معنادار)، احساسات مثبت مثل غرور، رضایت، اعتماد، اطمینان، امید، خوش‌بینی و مواردی از این دست که احساسات منفی را خنثی می‌کنند. تعامل به عنوان بهترین حالت روان‌شناختی همراه با فعالیت‌های جذاب در نظر گرفته می‌شود، تقویت تعامل می‌تواند به افراد کمک کند تا از استعدادها و نقاط قوت خود برای

زندگی شادتر استفاده کنند. معنا نشانگر دستیابی به یک زندگی معنا دار است که افراد را با استفاده از نقاط قوت خود به خدمت (سیاسی، خانوادگی یا اجتماعی) ترغیب می کند (ژانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). برخلاف رویکردهای دیگر که بر مشکلات و نقاط ضعف تمرکز دارند، این دیدگاه بر افزایش احساسات مثبت و بهبود معنای زندگی تاکید دارد. بر اساس این رویکرد، احساسات و توانمندی های مثبت بهترین شرایط برای جلوگیری از آسیب های روانی هستند. بر اساس این رویکرد روان شناسی نباید صرفاً بر مسائل و مشکلات تمرکز کند، بلکه باید به افراد کمک کند، زندگی شادتر، غنی تر و عالی تری داشته باشند. در این راستا هدف این رویکرد کشف روش هایی است که به وسیله آنها افراد بتوانند در زندگی خود احساس دلپذیرتر و خوش بینانه تری داشته باشند، دوستی خود را ابراز کنند و نقش مهم تری را در خانواده، محیط شغلی و اجتماعی بازی کنند (محمدنجر و همکاران، ۲۰۱۷).

بهترین روش برای مقابله با مشکلاتی از قبیل اعتیاد این است که افراد در خود توانمندی و ظرفیت مواجه شدن و رویارویی با این قبیل مشکلات را ایجاد کنند. از جمله توانمندی هایی که در صورت برخورداری از آنها می توان با مشکلات مقابله کرد، سرمایه های روان شناختی مثبت است. هدف روان شناسی مثبت درک و ترویج عواملی است که اجازه می دهند افراد و جوامع امکان شکوفایی داشته باشند و چشم انداز جدیدی را برای پرورش نقاط قوت خود داشته باشند (کوسینز، تاملینسون، کوهن و مک مورتی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶) بنابراین می توان از روان درمانی مثبت نگر برای ارتقاء سطح سرمایه های روان شناختی بهره برد. سرمایه روان شناسی دارای چهار مولفه امید<sup>۳</sup>، خوش بینی<sup>۴</sup>، خود کارآمدی<sup>۵</sup> و تاب آوری<sup>۶</sup> است. امید به عنوان فرایند تفکر در مورد اهداف شخصی همراه با انگیزه برای رسیدن به اهداف (تفکر عملیاتی) و روش های دستیابی به اهداف (تفکر راهبردی) تعریف شده است (محمدنجر و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از این

1. Zhang  
2. Cousins, Tomlinson, Cohen & Mcmurty  
3. hope

4. optimism  
5. self-efficacy  
6. resiliency

بوده که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش امیدواری افراد اثر دارد (سعیدی و همکاران، ۲۰۱۵؛ محمدنجار و همکاران، ۲۰۱۷؛ قوی دل حیدری، شیرازی و ثناگوی موهارر، ۲۰۱۹؛ رضازاده‌مقدم، خدابخشی کولایی، حمیدی‌پور و ثناگو، ۱۳۹۷).

خوش‌بینی به عنوان انتظار تعمیم یافته و ثابت از رخداد پیامدهای خوب در زندگی تعریف می‌شود. به عبارتی یک انتظار کلی است مبنی بر اینکه در آینده، بیشتر رویدادهای خوب اتفاق خواهند افتاد تا رویدادهای بد. مشخصه‌ی آن انتظارات مطلوب شخصی در آینده است (شی ی و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از اشنايدر و لویز، ۲۰۰۷). پژوهش خانجانی (۱۳۹۶) و فرنام و مددی زاده (۱۳۹۶) در این زمینه حاکی از این بوده که روان‌درمانی مثبت بر افزایش سطح خوش‌بینی اثر دارد.

خودکارآمدی مفهومی است که اشاره به باور و ادراک افراد در مورد توانمندی‌های خود در رسیدن به اهداف و یا مقابله با شرایط تنش‌زا دارد. به عبارتی دیگر خودکارآمدی اشاره دارد به نگاه مثبت و خوش‌بینی فرد نسبت به توانمندی خود که منجر به ایجاد انگیزه در افراد می‌شود (صالحی فدردی و آزاد نعمتی، ۲۰۱۰). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از این است که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش خودکارآمدی افراد اثر دارد (گو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ قاسمی، گودرزی، میردریگوند و غلامرضایی، ۱۳۹۷).

مفهوم تاب‌آوری بر اساس این نظریه بنا شده که با وجود اینکه برخی افراد در زندگی خود با عوامل خطر متعددی روبرو می‌شوند و احتمال دارد به نوعی دچار اختلال شوند، ولی این افراد دچار آن اختلال یا آسیب نمی‌شوند، که این امر نشانه تاب‌آوری و استقامت آن‌ها در برابر مشکلات است. به عبارت دیگر تاب‌آوری به این معنا است که افراد چگونه در شرایط سخت و بحرانی دوام می‌آورند و با این شرایط برخورد می‌کنند (صادقی و کریمی، ۱۳۹۷). پژوهشگرانی همچون طهمورسی و نصراللهی (۲۰۱۷)، کشاورز محمدی و همکاران (۲۰۱۸)، صادقی و کریمی (۱۳۹۷) در پژوهش‌های خود به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش سطح تاب‌آوری پرداختند و به این نتیجه رسیدند که

روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند سطوح تاب‌آوری را در افراد افزایش دهد.

اعتیاد به مواد مخدر از مدت‌ها قبل و هنوز هم به عنوان بحرانی اساسی در سراسر جهان مطرح است. افراد به دلایل مختلفی به سمت مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند، برخی از روی کنجکاوی، برخی برای تفریح و خوشی، هر کس دلایلی برای مصرف مواد دارد، اما نکته حائز اهمیت جدای از دلیل گرایش افراد به سمت مواد این است که به موقع و مناسب با این پدیده مقابله شود، قبل از آن که آثار و پیامدهای جبران‌ناپذیری را بر جای بگذارد (برگل، ۲۰۱۵؛ اسپلان لین، ۲۰۱۵).

با توجه به مطالب مطرح شده و نیز با در نظر گرفتن این امر که اعتیاد و سوء مصرف مواد در زنان عواقب و اثرات منفی زیادی را برای فرد، خانواده و جامعه در پی دارد و با مشکلات و پدیده‌های منفی زیادی در ارتباط است سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا روان‌درمانی مثبت‌نگر بر ارتقاء سطح سرمایه روان‌شناختی زنان بهبود یافته از اعتیاد اثربخش است؟

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر با توجه به موضوع پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، زنان بی‌سرپناه بهبود یافته از اعتیاد ساکن در مرکز توانمندسازی و جامعه‌پذیری زنان بهبود یافته از اعتیاد تهران بود. از بین این افراد با توجه به احتمال ریزش تعداد ۳۶ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۸ نفر به عنوان گروه گواه و ۱۸ نفر به عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، تحصیلات حداقل راهنمایی، در حال ترک اعتیاد بدون کمک مداخلات دوره‌ای، عدم استفاده از مداخلات روان‌شناختی دیگر، داوطلب بودن خود فرد و اقامت در خانه‌های نیمه‌راهی زنان حداقل برای ۴ ماه. ملاک خروج عبارت بود از ابتلا به اختلال روان‌شناختی دیگری غیر از اعتیاد و غیبت بیش از دو جلسه.

## ابزار

۱. پرسش‌نامه امید‌آشنايدر: این پرسش‌نامه یک ابزار خود‌گزارشگری است و شامل ۱۲ گویه است که توسط آشنايدر<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۱۹۹۱ تدوین و ویژگی‌های روانسنجی آن مورد تایید قرار گرفته است (آشنايدر و همکاران، ۱۹۹۱). پاسخدهی این پرسش‌نامه از نوع لیکرت است. سوالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ ماده‌های انحرافی هستند که در نمره‌گذاری وارد نمی‌شوند. ۸ ماده دیگر (ماده‌های ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ و ماده‌های ۱، ۴، ۶ و ۸) نمره امید کلی فرد را به دست می‌دهند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای امیدواری کل ۰/۸۶، برای بعد تصمیم هدف مدار ۰/۸۲ و برای راهبردها ۰/۸۴ گزارش شد. پایایی بازآزمایی در طی ۱۰ هفته ۰/۸۲ گزارش شد (آشنايدر، ۲۰۰۰). در پژوهش دهقان و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ برای بعد عاملی ۰/۸۰ و برای بعد راهبردی ۰/۷۳ گزارش شده است. در پژوهش محمدنجا و همکاران (۲۰۱۷) برای این پرسش‌نامه آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شده است.

۲. مقیاس خوش‌بینی: مقیاس خوش‌بینی توسط کارور و شی‌یر (۱۹۸۵) تدوین شده و جهت‌گیری سبک‌زندگی نام‌گرفت. این مقیاس در ابتدا ۱۲ سوال داشت. این ۱۲ سوال شامل ۴ ماده مثبت و ۴ ماده منفی و ۴ ماده انحرافی بود. پس از انتقادات و بررسی‌ها، ماده‌هایی که باروان‌رنجوری همپوشی داشت حذف شدند و در نهایت ۱۰ سوال شد (۴ ماده انحرافی هم دارد که در نمره‌گذاری وارد نمی‌شوند). از ۶ سوال سه سوال به صورت مثبت (۱، ۴، ۱۰) و سه سوال به صورت منفی (۳، ۷، ۹) طراحی شده‌اند. نمره بالاتر نشان‌دهنده خوش‌بینی بیشتر است (شوگرین، لویز، وهمید، لیتل و پرسگرو، ۲۰۰۶). کجفاف، عریضی و خدابخشی (۱۳۸۵) ضرایب روایی همزمان بین مقیاس خوش‌بینی با افسردگی و خودتسلط‌یابی را به ترتیب ۰/۶۴۹- و ۰/۷۲۵ گزارش کرده‌اند. خانجانی (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۴ را برای این مقیاس گزارش کرده است.

۳. باورهای خودکارآمدی عمومی: پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی شوارتز و

1. Snyder

2. Shogren, Lopez, Wehmeyed, Little & Pressgrove

جروسالم (۱۹۹۵) دارای ۲۰ آیتم با ۲ زیر مقیاس خود کارآمدی عمومی و خود کارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به مقیاس ۱۰ گویه ای خود کارآمدی عمومی تبدیل شد. پاسخدهی به این پرسش نامه از نوع لیکرت بوده و از ۱ تا ۴ رتبه بندی می شود (شولز، گاتریز-دونا، ساد و شوارزر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). این مقیاس تا کنون به ۲۸ زبان برگردانده شده است. ضرایب به دست آمده آلفای کرونباخ این مقیاس در کشورهای گوناگون چنین گزارش شده است: در کانادا ۰/۸۸، در کاستاریکا ۰/۸۱، در آلمان ۰/۸۱، در بریتانیای بزرگ ۰/۸۸، در فرانسه ۰/۸۲، در ایران ۰/۸۴، در اسپانیا ۰/۸۴، در ژاپن ۰/۹۱، در کره ۰/۸۵، در اندونزی ۰/۷۹ و در هند ۰/۷۵. ضرایب به دست آمده نشان دهنده پایایی درونی این مقیاس در میان مردم گوناگون جهان است (نقل از رجی، ۱۳۸۵). در پژوهش دهقان، آتش پور و شفقی (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است و در پژوهش رجی (۱۳۸۵) برابر با ۰/۸۲ به دست آمده است. جلالی و احدی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۷ را برای این پرسش نامه گزارش کرده اند. دلاور و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را گزارش کرده اند.

۴. مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون<sup>۲</sup>: مقیاس تاب آوری به وسیله کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) تدوین شده است. این مقیاس ۲۵ گویه دارد. پاسخدهی این مقیاس از نوع لیکرت است. محمدی (۱۳۸۴) به منظور تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که ضریب پایایی حاصله برابر با ۰/۸۹ بود. پارسا فر و یزدخواستی (۱۳۹۳) برای این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را گزارش کرده اند. مومنی، مولایی پاره و محبی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۷ گزارش کرده اند. سلم آبادی، سلیمی بجزستانی، خیامی آبیژ و جوان (۱۳۹۴) آلفای کرونباخ ۰/۹۱ را برای این مقیاس گزارش کرده اند. قنبری طلب و فولادچنگ (۱۳۹۴) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ را گزارش کرده اند. کشاورز و همکاران (۲۰۱۸) آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای این مقیاس گزارش کرده اند.

## روش اجرا

ابتدا ۳۶ نفر از زنان بی‌سرپناه بهبودیافته از اعتیاد ساکن در مرکز توانمندسازی و جامعه‌پذیری زنان بهبودیافته از اعتیاد تهران با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش و با شیوه نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. در مرحله بعد افراد نمونه به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و از آنها پیش‌آزمون گرفته شد. قبل از شروع اولین جلسه، یک جلسه توجیهی برگزار شد که در آن درباره نحوه اجرای روان‌درمانی و مدت زمان و شیوه اجرای آن توضیحاتی ارائه شد. سپس رضایت‌نامه شرکت در جلسات روان‌درمانی در اختیار آنان قرار گرفت. قابل ذکر اینکه در جلسه دوم درمان گروهی ۲ نفر از شرکت‌کنندگان و در جلسه هشتم ۲ نفر دیگر از شرکت‌کنندگان به دلیل لغزش و شروع مصرف مواد مخدر از گروه آزمایش خارج شدند و جلسات با ۱۴ نفر ادامه و به پایان رسید. همچنین تعداد ۴ نفر نیز از گروه کنترل به دلیل عدم همکاری ریزش داشتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه، تحت درمان با فنون روان‌درمانی مثبت‌نگر قرار گرفتند ولی برای گروه گواه هیچ‌گونه درمانی اعمال نشد. پس از پایان طرح درمان پس‌آزمون گرفته شد.

برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر توسط سلیگمن، رشید و پارکز (۲۰۰۶) تدوین شده است و در سال‌های بعد توسط طیب رشید و مارتین سلیگمن کامل‌تر و بر اساس مؤلفه‌های فعال در این نوع روان‌درمانی تمرین‌ها و تکالیف متعددی به آن اضافه شده است (به نقل از خانجانی، ۱۳۹۶). در این پژوهش از کتاب راهنمای عملی روان‌درمانی مثبت‌نگر (ویژه درمانگران و مشاوران) تألیف خانجانی (۱۳۹۶) که بر اساس الگوی رشید و سلیگمن تهیه شده، استفاده شده است. خلاصه‌ای از آنچه که در جلسات درمان مطرح شد در جدول ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱: خلاصه جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر

جلسات	عنوان جلسه	شرح محتوا و اهداف
اول	جهت‌گیری کلی	معارفه و آشنایی افراد گروه، تشریح برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر و قوانین جلسات. بحث در
	در روان‌درمانی	مورد فقدان یا کمبود منابع مثبت از قبیل هیجان‌ات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، معنا و پیشرفت مثبت‌نگر



**جدول ۱: خلاصه جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر**

جلسات	عنوان جلسه	شرح محتوا و اهداف
		(با پر کردن سیاهه روان‌درمانی مثبت) نقش آن در بروز افسردگی، اضطراب و زندگی، نقش درمان‌گر، محدودیت‌ها و مسئولیت‌ها و وظایف مراجع طی جلسات.
دوم	تقویت نقاط شاخص و احساسات و عواطف	بحث در مورد ۲۴ توانمندی منشی به منظور ایجاد و تقویت تعهد و سیالیت، تکمیل پرسش‌نامه در زمینه توانمندی‌های خود، بحث در مورد نحوه به کارگیری نقاط قوت شاخص، بحث در خصوص نقش احساسات و عواطف مثبت در بهزیستی فرد.
سوم	بکارگیری هدفمند توانمندی‌های شاخص	در این جلسه بعد از توضیح کامل درباره هر یک از توانمندی‌های شاخص، به آن‌ها کمک می‌شود تا به طور هدفمند بتوانند از ۵ توانمندی منشی شاخص خود بهترین استفاده را در زندگی شاخص خود داشته باشند.
چهارم	خاطرات مفتوح یا بد	در این جلسه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود خاطره‌ای را به یاد بیاورند که احساسات ناخوشایند را تجربه کرده‌اند. در این جلسه درباره کینه و هیجانات منفی که به دنبال دارد، بحث می‌شود.
پنجم	گذشت و بخشش	بحث در مورد عفو و گذشت به عنوان ابزار نیرومند که می‌تواند احساس خشم و کینه را به حسی خنثی و حتی برای برخی به احساسات مثبت تبدیل کند.
ششم	سیاس‌گذاری و قدرشناسی	تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به عنوان شکلی پایدار از سیاس‌گذاری، بحث در مورد نقش خاطرات خوب و بد در تمرکز و تأکید بر قدرشناسی.
هفتم	بازخورد اواسط دوره درمان	در این جلسه به بررسی فرآیند درمان پرداخته خواهد شد. نحوه انجام تکالیف خانگی بررسی می‌شود.
هشتم	مقتضات و حداکثرخواهی	بحث در خصوص راضی بودن به مطلوبیت نسبی و رضایت به جای زیاده‌خواهی در عرصه لذت‌جویی و تشویق و قناعت از طریق تعامل و تعهد به جای زیاده‌خواهی.
نهم	رشد پس از آسیب	یادآوری خاطرات خوب و بد خود و صحبت درباره تأثیر آن‌ها بر بهزیستی هیجانی، به (امید و خوش‌بینی) خصوص در مورد راهبرهای شناختی، ارزیابی مجدد در جهت بازنویسی و باز تغییر این خاطرات بد و تلخ، تأکید بر فواید تمرکز بر خاطرات خوب و مثبت.
دهم	روابط مثبت و بازخورد فعال-سازنده	آموزش پیرامون نحوه واکنش فعال - سازنده در قبال اخبار خوشی که از دیگران دریافت می‌کنند. ارائه تمرین واکنش سازنده و فعال به عنوان راهبردی مثبت جهت تقویت ارتباطات سازنده مثبت.
یازدهم	توانمندی‌های شاخص دیگران	در این جلسه، آزمودنی‌ها با توجه به همان پرسش‌نامه توانمندی‌های شاخص دیگران از جمله اعضای خانواده یا دوستان، خود را ارزیابی می‌کنند. این جلسه تأکید بر انسجام خانواده و وابستگی‌های سالم میان اعضای یک خانواده دارد.
دوازدهم	لذت و تعهد	لذت بردن به عنوان آگاهی کامل نسبت به لذت و تلاش عامدانه جهت طولانی‌تر کردن هر چه بیشتر مدت آن، بحث درباره زندگی پربار به عنوان تلفیقی از هیجانات مثبت، تعهد، معنا،

### جدول ۱: خلاصه جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر

جلسات	عنوان جلسه	شرح محتوا و اهداف
		ارتباطات موفقیت و پیشرفت و عواید و نیز تجارب درمانی به همراه شیوه‌های حفظ تغییرات مثبت ایجاد شده.
سیزدهم	نوع دوستی	این جلسه با تأکید بر گفته ویکتور فرانکل که می‌گوید: «صرف خواستن برای شادزیستن کافی نیست، شادکامی باید به‌عنوان پیامد ناخواسته کار کردن در خدمت هدفی بزرگ‌تر از من فردی ایجاد شود» به ارائه راه‌های متعددی برای خلق معنا و به دنبال آن ایجاد شادکامی می‌پردازد.
چهاردهم	جمع‌بندی زندگی	با توجه به سیاهه روان‌درمانی که در جلسه اول توسط آزمودنی‌ها پر شده است، به مؤلفه‌های ارزشمند و نکات مختلف بهزیستی، (هیجانان مثبت، تعهد، روابط، معنا) به این مبحث می‌پردازد که چه عاملی ارائه شده طی به زندگی ارزش زیستن می‌بخشد. در این جلسه، به آزمودنی‌ها کمک می‌شود تا طی تمریناتی جلسات آموزشی به این پرسش پاسخ دهند. یکپارچه‌سازی مطالب و فرایندهای جلسات قبل، تبیین تجربه گروه و درمان، آماده‌سازی اعضا برای ترک گروه و استفاده از دستاوردهای آن، جمع‌بندی و اختتام گروه درمانی.

### یافته‌ها

در جدول ۲ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

۱۲۲

### جدول ۲: آماره‌های توصیفی سرمایه‌های روان‌شناختی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی	آزمایش	۲۲/۳۵	۳/۵۸	۳۰/۴۲	۲/۳۴
	گواه	۲۱/۸۵	۳/۴۶	۲۲/۵۷	۲/۹۵
امید	آزمایش	۱۳/۷۱	۲/۶۷	۱۹/۰۰	۲/۶۶
	گواه	۱۲/۱۴	۴/۸۹	۱۱/۵۷	۳/۸۹
سرمایه‌های روان‌شناختی	آزمایش	۸/۲۸	۲/۸۱	۱۱/۳۵	۳/۲۹
	گواه	۵/۹۲	۳/۲۲	۵/۵۷	۲/۷۳
تاب‌آوری	آزمایش	۴۶/۱۴	۱۰/۳۶	۷۲/۶۴	۱۳/۱۷
	گواه	۳۷/۵۰	۱۰/۷۶	۴۱/۵۷	۸/۷۹

به‌منظور بررسی این موضوع که آیا روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه‌های روان‌شناختی اثربخش است از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن از جمله آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای نرمال

بودن داده‌ها، آزمون ام. باکس، جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها در بین گروه‌ها و همچنین آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها در بین گروه‌ها استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار است ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون ام. باکس جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها در بین گروه‌ها نشان داد که این پیش فرض نیز برقرار است ( $p > 0/05$ ,  $F = 1/38$ ,  $M = 16/55$ ). آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها در بین گروه‌ها استفاده شد و نتایج نشان داد که این پیش فرض نیز برقرار است. نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای سرمایه‌های روان‌شناختی در بین گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای سرمایه‌های روان‌شناختی در بین گروه‌ها

متغیر	آماره ی F	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تاب آوری	۰/۷۰	۱	۲۶	۰/۴۰
خودکارآمدی	۰/۰۰۲	۱	۲۶	۰/۹۶
امید	۰/۵۲	۱	۲۶	۰/۴۷
خوش بینی	۳/۲۷	۱	۲۶	۰/۸۲

با توجه به اطلاعات جدول ۳، سطح معناداری آماره F در سرمایه‌های روان‌شناختی بزرگتر از ۰/۰۵ است در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است. با توجه به نتایج آزمون ام باکس و لون استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری مجاز است. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری به منظور اثربخشی رواندمانی مثبت نگر بر سرمایه‌های روان‌شناختی در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴: آزمون چند متغیره به منظور مقایسه ترکیب خطی متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی در مرحله

پس آزمون با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره ی F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	معناداری
لامبدای ویلکز	۰/۱۱۸	۳۵/۶۶	۴	۱۹	۰/۰۰۱

با توجه به یافته‌های جدول ۴، چنانچه مشاهده می‌شود ترکیب خطی متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد که در گروه‌های پژوهش در مرحله پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون حداقل در یک متغیر تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره‌ی F	سطح معنی‌داری
	تاب‌آوری	۳۰۴۲/۵۲۷	۱	۳۰۴۲/۵۲۷	۵۵/۳۹	۰/۰۰۱
	خودکارآمدی	۳۴۶/۲۳۷	۱	۳۴۶/۲۳۷	۸۷/۷۳	۰/۰۰۱
گروه	امید	۲۵۵/۵۸۹	۱	۲۵۵/۵۸۹	۹۶/۶۹	۰/۰۰۱
	خوش‌بینی	۱۰۲/۵۰۴	۱	۱۰۲/۵۰۴	۲۳/۶۹	۰/۷۶

چنانچه مشاهده می‌شود روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش تاب‌آوری، خودکارآمدی، و امید اثربخش بوده است ولی بر خوش‌بینی اثر معناداری نداشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه‌های روان‌شناختی زنان بهبودیافته از اعتیاد بود. نتایج این پژوهش در رابطه با اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر امید در زنان بهبودیافته از اعتیاد حاکی از این بود که این برنامه‌درمانی بر ارتقاء سطح امیدواری در این افراد موثر بوده است، این یافته با یافته‌های سعیدی و همکاران (۲۰۱۵)، محمدنجمار و همکاران (۲۰۱۷)، قوی‌دل‌حیدری و همکاران (۲۰۱۹)، رضازاده‌مقدم و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود. در این زمینه می‌توان گفت که امید فرایندی است که به افراد امکان می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی کنند و از آن‌ها پیروی کنند، امید توانایی درک از ایجاد راه‌های مطلوب در زندگی و دستیابی به آن‌ها است (رضازاده‌مقدم و همکاران، ۱۳۹۷). برای ایجاد این راه‌های مطلوب در زندگی نیاز است که فرد با محیط اطراف خود در ارتباط باشد و جلسات آموزش روان‌درمانی مثبت‌نگر برای تقویت و بهبود رابطه مثبت

با خود، دیگران و جهان بسیار مهم است. این جلسات به افراد کمک می‌کند تا خود را بهتر بشناسند و تجارب مثبت خود را تشخیص دهند. به همین ترتیب آن‌ها می‌توانند نقش این تجارب مثبت را در افزایش و ترویج احترام به خودشان پیدا کنند. توجه به نقاط مثبت و تجربیات خوب گذشته، احتمال وقوع احساسات مثبت بیشتر از خود و دیگران را افزایش می‌دهد و این باعث می‌شود افراد بتوانند مسئولیت‌های بیشتری را بپذیرند و به درک کاملتری از خودشان دست یابند، بنابراین این امر باعث افزایش امیدواری در افراد می‌شود (محمودی و خوش اخلاق، ۲۰۱۷؛ سعیدی و همکاران، ۲۰۱۵). اگر افراد بتوانند وقایع اطراف خود را به صورت منطقی و منطبق بر واقعیت تفسیر کنند، این باعث می‌شود که با رویدادهای زندگی به طرز صحیحی برخورد کنند و در نتیجه صلح و آرامش بیشتری را در زندگی خود تجربه کنند. افراد در این برنامه مداخله، نسبت به افکار و احساسات خود آگاه‌تر می‌شوند، احساسات مثبت بیشتری پیدا می‌کنند، در افکار منفی بازنگری و تجدیدنظر می‌کنند و آن‌ها را با افکار مثبت جایگزین می‌کنند و در نهایت در نتیجه این اقدامات می‌توانند احساس امیدواری بیشتری پیدا کنند. همچنین آن‌ها نقاط قوت خود را بررسی می‌کنند و نگرش مثبتی نسبت به خود و دیگران پیدا می‌کنند، داشتن این دید روشن و امیدوارانه نسبت به آینده می‌تواند قدرت تحمل مشکلات را در این افراد افزایش دهد و تلاش آن‌ها را برای رسیدن به اهدافشان دو برابر کند (نجار و همکاران، ۲۰۱۷).

نتایج این پژوهش در رابطه با اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر خوش‌بینی در زنان بهبود یافته از اعتیاد حاکی از این بود که این برنامه درمانی بر ارتقاء سطح خوش‌بینی در این افراد موثر نبوده است، این یافته با یافته‌های خانجانی (۱۳۹۶)، فرنام و مددی زاده (۱۳۹۶) همسو نیست. این پژوهشگران به این نتیجه رسید که روان‌درمانی مثبت بر افزایش سطح خوش‌بینی اثر دارد. علت عدم همخوانی موجود بین این پژوهش با پژوهش پیشین ممکن است به دلیل ویژگی‌های افراد نمونه و شرایط زندگی آنان که در محیط خاصی زندگی می‌کردند بوده باشد. یک تبیین احتمالی این است که فرهنگ و جامعه در این میان نقش مهمی دارد. ممکن است در جامعه ما اصولاً نوعی سوء ظن، بدبینی و بی‌اعتمادی حاکم باشد. از طرف دیگر خوش‌بینی یکی از سازه‌هایی است که به نوعی برخی از آن به

عنوان کمبود روانی تلقی می‌کنند چرا که از آن به نوعی خود فریبی و خطای ادراکی یاد می‌شود و تحت تاثیر تجارب خوش بینانه قبلی نیز است. در شرایط فرهنگی و اجتماعی ما که نوعی بدبینی وجود دارد چنین نتیجه‌ای به دور از انتظار نیست. بنابراین عوامل فرهنگی انواع عوامل مرتبط با شادمانی را به طور نسبی تعیین می‌کنند. بعضی از عوامل با شرایط فرهنگی و اجتماعی و آرمان‌های فرهنگی مرتبط هستند. در تحقیق شهینی ییلاق و همکاران (۱۳۸۳) نیز بین خوشبینی و سلامت رابطه مستقیم معناداری یافت نشد. بنابراین ممکن است تاثیر خوش بینی بیشتر به صورت غیر مستقیم باشد تا مستقیم. باید توجه داشت که خوش بینی از جمله متغیرهایی است که در جامعه و فرهنگ ما کمتر مورد توجه قرار گرفته است تا نتایج پژوهش حاضر با آن ها مقایسه شود. لذا باید تحقیقات بیشتر دیگری با توجه به شرایط فرهنگی ما انجام شود تا امکان مقایسه و نتیجه گیری دقیق تر فراهم گردد. به هر حال چون پژوهش‌های دیگری در این زمینه یافت نشد، نیاز بررسی بیشتر و دقیق تر دارد. عنصر اصلی مداخله روان درمانی مثبت، آموزش شرکت کنندگان برای تمرکز بر احساسات و منابع مثبت است، به عبارت دیگر با افزایش هیجانات مثبت به صورت بهینه، بازخورد صحیح و مثبت به وضعیت دشوار افزایش می‌یابد (قوی دل حیدری و همکاران، ۲۰۱۹). مهارت‌های مثبت‌اندیشی می‌تواند از طریق آموزش ایجاد امید سازنده در افراد و تاکید داشتن بر منابع کنترل درونی بر خوش‌بینی افراد تاثیر بگذارد. هنگامی که افراد بتوانند یک مساله استرس‌زا را به عنوان مشکلی قابل حل در نظر بگیرند، خوش‌بینی بیشتری در مورد حل مشکل خود دارند و این افراد از مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه تری نیز برای حل مشکلات خود استفاده می‌کنند (نعیمی، شفیع‌آبادی و داوودآبادی، ۱۳۹۵). همچنین می‌توان گفت که ایجاد هیجان‌های مثبت در افراد که از تمرین‌ها و مفروضه‌های اصلی روان‌درمانی مثبت‌نگر است باعث می‌شود که هیجان‌های منفی اثر خود را از دست بدهند و خنثی شوند، منابع شخصی افراد افزایش پیدا کند، تاب‌آوری، سلامت جسمی و روان‌شناختی آن‌ها نیز ارتقا یابد و بستر لازم برای رشد و بالندگی افراد فراهم شود، که در نتیجه این افزایش تاب‌آوری و منابع شخصی، میزان خوش‌بینی افراد، یعنی انتظار مثبت آنان در مورد وقایع و اتفاقات آینده افزایش می‌یابد (خانجانی، ۱۳۹۶).

نتایج این پژوهش در رابطه با اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر خودکارآمدی در زنان بهبود یافته از اعتیاد حاکی از این بود که این برنامه درمانی بر ارتقاء سطح خودکارآمدی در این افراد موثر بوده است. این یافته با یافته‌های گو و همکاران (۲۰۱۷)، ژانگ و همکاران (۲۰۱۵)، قاسمی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. روان‌درمانی مثبت از طریق ایجاد عواطف مثبت، افزایش اعتماد به نفس، شناخت و ارتقای توانمندی‌ها، پذیرای تجربه جدید بودن، احساس خوب، داشتن اهداف کوتاه مدت و بلند مدت در زندگی به افزایش خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد کمک می‌کند (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۷). آموزش مثبت‌نگری با توجه به تاکید آن بر نقاط قوت و پرورش آن‌ها و توجه به مفاهیمی مثل امید، قدرشناسی، بخشش، معنویت، هیجان‌های مثبت توانسته در ارتقاء سطح و بهبود متغیرهایی مانند خودکارآمدی موثر واقع شود. روان‌شناسی مثبت با تاکید بر توانمندی‌ها و پرورش استعدادها توانسته در بهبود عزت نفس و افزایش هیجانات مثبت موثر واقع شود. افزایش شادمانی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد از عواملی هستند که نشان دهنده سلامت روان افراد است. با توجه به این که در این درمان بر افزایش شادی، اصلاح و تغییر افکار ناکارآمد تاکید شده است، تمرینات و جلسات آموزشی این درمان توانسته است سطح خودکارآمدی را در افراد افزایش دهد (فرنام و مددی زاده، ۱۳۹۶).

نتایج این پژوهش در رابطه با اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری در زنان بهبود یافته از اعتیاد حاکی از این بود که این برنامه درمانی بر ارتقاء سطح تاب‌آوری در این افراد موثر بوده است، این یافته با یافته‌های طهمورسی و نصراللهی (۲۰۱۷)، کشاورز و همکاران (۲۰۱۸)، صادقی و کریمی (۱۳۹۷) همسو است. روان‌درمانی مثبت‌نگر باعث ارتقاء سطوح تاب‌آوری در افراد می‌شود چرا که در این نوع از درمان بر چشم‌اندازهای مثبت در زندگی تاکید می‌شود و این چشم‌انداز خود لازمه مقابله با مشکلات و از سویی پیشرفت در زندگی با وجود سختی‌ها است (حسین ثابت، جوبانیان و فرحبخش، ۱۳۹۳). روان‌درمانی مثبت‌نگر از طریق ایجاد و گسترش احساسات مثبت فرد را در برابر مشکلات روحی محافظت می‌کند و به این طریق باعث افزایش شادی و سلامت روانی در افراد می‌شود. این رویکرد، مشکلات روانی را کاهش می‌دهد و شادی و قدرت مقابله‌ای

سازگاران را افزایش می‌دهد. روان‌درمانی مثبت با تاکید بر تجربه احساسات مثبت، اغلب با ارائه توانایی بهتر برای استفاده از ظرفیت‌ها و سازگاری در مقابل مشکلات و چالش‌های زندگی، قدرت افراد را برای مقابله با مشکلات و تاب‌آوری افزایش می‌دهد (کشاورز و همکاران، ۲۰۱۸). روان‌درمانی مثبت نگر نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای موثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجانات مثبت و توانمندی‌های منش و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری به تاب‌آوری شود. این روان‌درمانی نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید بلکه می‌تواند تاثیر متقابل بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آن‌ها باشد (سهرابی اسمرود و جعفری روشن، ۱۳۹۵).

به طور کلی می‌توان گفت که نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر ارتقاء و بهبود سرمایه‌های روان‌شناسی مثبت بوده است. در پژوهش حاضر امکان پیگیری وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این درمان در جامعه مردان مصرف‌کننده مواد نیز مورد بررسی و پیگیری قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود دیگر درمان‌ها نیز با این درمان مقایسه شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود از درمان مثبت‌نگر برای افزایش سطوح سرمایه‌های روان‌شناختی افراد وابسته به مواد استفاده شود.

### منابع

- پارسافر، سارا و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). بررسی روابط علی بین نقش‌های جنسیتی، تاب‌آوری، سرسختی، درماندگی آموخته شده و هم‌وابستگی در همسران افراد معتاد. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۲(۴)، ۹۲-۶۹.
- جلالی، ایران و احدی، حسن (۱۳۹۴). رابطه تنظیم شناختی هیجان، خودکارآمدی، برانگیختگی و مهارت‌های اجتماعی با سوء مصرف مواد در نوجوانان. *اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۶)، ۹۵-۱۰۹.
- حسین ثابت، فریده؛ جوبانیان، فرحناز و فرحبخش، کیومرث (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و کنترل خشم در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر یزد. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۳(۵۲)، ۲۲-۵.
- خانجانی، مهدی (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر رضایت از زندگی، خوش‌بینی و عواطف مثبت در دانشجویان. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۷(۲۷)، ۱۵۹-۱۳۷.
- خانجانی، مهدی، (۱۳۹۶). *راهنمای عملی روان‌درمانی مثبت‌نگر*، تهران: نشر آوای نور.



دهقان، فاطمه؛ آتش پور، حمید و شفتی، عباس (۱۳۹۳). رابطه عوامل شخصیت و خودکارآمدی عمومی با امید عاملی و راهبردی به درمان در معتادان. *اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۱)، ۱۰۸-۹۱.

دلاور، علی، نجفی، محمود، رضایی، علی محمد، دبیری، سولماز و رضایی، نورمحمد (۱۳۹۲). خصوصیات روان سنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی در کارکنان دانشگاه. *اندازه گیری تربیتی*، ۴(۱۲)، ۱۰۳-۸۷.

رجبی، غلامرضا (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی (GSE-10). *اندیشه های نوین تربیتی*، ۲(۱۰ و ۲)، ۱۱۱-۱۲۲.

رضازاده مقدم، سونه؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ حمیدی پور، رحیم و ثناگو، اکرم (۱۳۹۷). اثربخشی روان شناسی مثبت نگر بر امید و تاب آوری مادران دارای کودک کم توان ذهنی. *نشریه روان پرستاری*، ۶(۳)، ۳۷-۳۲.

سلم آبادی، مجتبی؛ سلیمی بجستانی، حسین؛ خیامی آبی، حمزه و جوان، رضا (۱۳۹۴). سهم ابعاد فرسودگی تحصیلی، تاب آوری و استرس ادراک شده در پیش بینی گرایش به اعتیاد دانش آموزان. *اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۳)، ۳۹-۲۱.

سهرابی اسمرود، فرامرز؛ جعفری روشن، فریا (۱۳۹۵). اثربخشی روان درمانی گروهی مثبت نگر بر تاب آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر. *پژوهش نامه روان شناسی مثبت*، ۲(۱)، ۴۶-۳۱.

شهنی بیلاق، منیژه؛ شکر کن، حسین و موحد، احمد (۱۳۸۳). رابطه علی بین نگرشهای مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۱۱(۱ و ۲)، ۳۴-۱۹.

صادقی، مسعود و کریمی، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله سرمایه روان شناختی بر انعطاف پذیری شناختی و تاب آوری افراد معتاد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۰۲-۸۳.

فرنام، علی و مددی زاده، طاهره (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مثبت نگری بر حالت های روان شناختی مثبت (توانمندی های منش) دانش آموزان دختر دبیرستانی. *پژوهشنامه روان شناسی مثبت*، ۳(۱)، ۷۵-۶۱.

قاسمی، ندا؛ گودرزی، میترا؛ میردریکوند، فضل اله و غلامرضایی، سیمین (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی مثبت بر انعطاف ناپذیری روان شناختی و خودکارآمدی درد زنان مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد*، ۹(۴)، ۱۴-۱.

قنبری طلب، محمد و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۴). رابطه بین تاب آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد*، ۹(۳۴)، ۲۲-۹.

- کجباف، محمدباقر؛ عریضی، سیدحمیدرضا و خدابخشی، مهدی (۱۳۸۵). هنجاریابی، پایایی، و روایی مقیاس خوش بینی و بررسی رابطه بین خوش بینی، خودتسلط یابی و افسردگی در شهر اصفهان. *مطالعات روان شناختی*، ۲(۱-۲)، ۵۱-۶۸.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. رساله چاپ نشده دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- مومنی، خدامراد؛ مولایی پاره، علی و محبی، زینب (۱۳۹۲). بررسی رابطه سبک های دلبستگی و تاب آوری با استعداد اعتیاد دانشجویان. *دانش انتظامی کرمانشاه*، ۴(۱۲)، ۲۰-۱۱.
- نعیمی، ابراهیم؛ شفیع آبادی، عبدالله و داوودآبادی، فاطمه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با تاکید بر آموزه‌های دینی بر تاب آوری و رغبت‌های شغلی دانش آموزان. *فصلنامه فرهنگ و مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۸)، ۲۶-۱.
- Aspelan lien, I (2015). *Personality problems among patients with substance use disorders: assessment and clinical implications*. Main thesis in clinical psychology, university of Oslo.
- Bergle, T. H. (2015). *Patient in substance use disorder treatment: motivationfor behavioural change, co-occurring disorders and problem domains*. P h.D Unpublished dissertation, Norwegian university of science and technology.
- Cousins, L. A., Tomlinson, R. M., Cohen, L. L & McMurtry, C. M. (2016). The power of optimism: Applying a positive psychology framework to pediatric pain. *Pediatric Pain Letter*, 18(1), 1-5.
- Ghavidel Heydari, M., Shirazi, M., & Sanagouyemoharer, G. R. (2019). Evaluating the Efficacy of Positive Psychotherapy on Life Expectancy in Students With Hemophilia: A Randomized Controlled Trial. *Practice in Clinical Psychology*, 7(1), 63-70.
- Guo, Y. F., Zhang, X., Plummer, V., Lam, L., Cross, W & Zhang, J. P. (2017). Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *International journal of mental health nursing*, 26(4), 375-383.
- Keshavarz Mohammadi, R., Agha Bozorgi, S., Shariat, S & Hamidi, M. (2018). The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Mental Endurance, Self-Compassion and Resilience of Infertile Women. *Social Behavior Research & Health*, 2(2), 235-244.
- Mahmoudi, H. R & Khoshakhlagh, H (2017). The effectiveness of positive psychotherapy on psychological well-being and self-esteem among adolescents with depression disorder. *Social behavior research & health*, 2(1)T 153-163.
- Mohammad-Najar, N., Khoshnevis, E & Banisi, P. (2017). Effectiveness of Positive Thinking Skills Training on the Hope and Quality of Life of Drug-Dependent People. *Addiction & health*, 9(3), 120-128.
- Saedi, H., Mousavi Nasab, H., Mehdi Zadeh Zare Anari, A., Ebrahimi, H. A., Gorgani Nezhad, M & Divsalar, K. (2015). The effectiveness of positive

- psychology interventions with Islamic approach on quality of life in females with multiple sclerosis. *Report of Health Care*, 1(3), 80-83.
- Salehi Fadardi, J., & Azad Nematy, A. (2010). The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1956-1960.
- Scholz, U., Gutierrez-Dona, B., Sud, S & Schwarzer, R (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 242-251.
- Shogren, K. A., Lopez, S. J., Wehmeyed, M, L., Little, T. D & Pressgrove, C. L (2006). The role of Positive Psychology constructs in predicting life satisfaction in adolescents with and without cognitive disabilities: exploratory study. *The journal of positive psychology*, 1(1),37-59.
- Snyder, C. R & Lopez, S. G (2007). *Positive Psychology*. New York Published by Oxford University Press, Inc.
- Snyder, C. R (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego, CA: Academic Press.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C & Harney, P (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual- differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Development*, 60, 570-585.
- Tahmouresi, S & Nasrolahi, B. (2017). The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Resilience and Anger Control of Addicts in Tehran City. *Researchers World*, 8(3), 84-94.
- Zhang, J. P., Guo, Y. F., Zhang, X., Li, H., Yin, Y. Z., Hung, F. F & Ye, M (2015). Effect of positive psychotherapy on depression and self-efficacy in undergraduate nursing students positive psychotherapy. *RRJNHS*, 1(3), 12-18.

# The Effectiveness of Positive Psychotherapy on the Psychological Capital of Women Improved from Substance Dependence

Nastaran Zolfkhani<sup>1</sup>, Solmaz Dabiri<sup>2</sup>

## Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of positive psychotherapy on psychological capital of women improved from substance dependence. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design and control group. In this study, the statistical population consisted of homeless women improved from substance dependence in the city of Tehran among which a sample size of 36 subjects was selected by convenience sampling method and according to the inclusion criteria. The selected samples were randomly divided into experimental and control groups. The research instruments included the Connor-Davidson Resilience Scale (2003), Schwarzer and Jerusalem (1995) General Self-efficacy Scale, Snyder et al. (1991) Hope Scale, and Scheier and Carver (1985) Optimism Scale. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results indicated that psychotherapy was effective on the three components of psychological capital (hope, self-efficacy, and resilience) of women improved from substance dependence, and significantly improved the level of these variables, but in the optimism component, there was a significant difference between the experimental and control groups. In general, it can be said that the existence of supportive factors such as psychological capital are essential to prevent and improve substance dependence. Also, based on the results, positive psychotherapy can be considered as an effective treatment to promote psychological capital.

**Keywords:** Positive Psychotherapy, Substance Dependence, Resilience, Self-efficacy, Hope, Optimism.

---

1. Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

2. Corresponding Author: Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. Email: sh\_dabiri1016@yahoo.com

## The Associations of Alexithymia and Emotion Dysregulation with Proneness to Substance Dependence in University Students

Abbas Safinejad <sup>1</sup>, Abbas Abdollahi <sup>2</sup>

### Abstract

The present study aimed to determine the associations of alexithymia and emotion dysregulation with proneness to substance dependence in university students. This study was a correlational-descriptive design. The sample of this study consisted of 361 university students of Semnan Azad University in the academic year of 1396 selected by convenience sampling method based on Krejcie and Morgan table. Research tools were the Toronto Alexithymia Scale (1994), Gratz & Roemer Emotion Regulation Scale (2004), and Zarger et al. (1985) Addiction Proneness Scale. Data were analyzed using Pearson correlation test and stepwise regression. The results showed that there was a relationship between alexithymia components and proneness to substance dependence. Difficulty in identifying feelings and difficulty in describing feelings explained totally 18% of the variance of proneness to substance dependence. Also, the results showed that there was a relationship between the components of emotion dysregulation and proneness to substance dependence. Non-acceptance of emotional responses, difficulty in impulse control, and difficulty in engaging in goal-directed behavior explained totally 29% of the variance of proneness to substance dependence. Overall, the results indicated the importance and roles of emotional distress and emotion regulation in substance dependence, so paying attention to emotion regulation using appropriate strategies to prevent substance dependence is essential.

**Keywords:** Alexithymia, Emotion dysregulation, Proneness to substance dependence.

1. M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran. Email: A.abdollahi@alzahra.ac.ir

## Sexual Addiction and its Comorbidity with Substance Dependence

Seyyed Ghasem Seyyed Hashemi<sup>1</sup>, Behzad Shalchi<sup>2</sup>, Shalaleh Hosseinnejad<sup>3</sup>, Latifeh Saadaat Mardani<sup>4</sup>

### Abstract

Sexual addiction is characterized by persistent and intense sexual thoughts and acts that have a negative impact on individuals' life. Sex addicts make many attempts to control or postpone sexual feelings and acts, but these attempts fail. Sexual addiction is not influenced by a specific causal factor, and it is thought that different biological, psychological, and social factors play a role. Like other psychiatric conditions, sexual addiction has comorbidity with mental disorders that are more prevalent in some groups, including sex offenders, individuals with infectious diseases (HIV/AIDS), and substance use disorders. The purpose of the present study was to investigate sexual addiction and its comorbidity with substance dependence using documentary study method. In this study, various challenges and controversies emerged since the rise of sexual addiction in research and clinical literature were explained. Neurobiological bases of addictive sexual behaviors, substance use disorders, and their comorbidities were also provided. In the therapeutic dimension, research and clinical studies have pointed to the widespread use of psychoactive agents for the treatment of sexual addiction, and in a number of other approaches, both pharmacotherapy and psychotherapy have been suggested for the treatment of people with sexual addiction. Sexual addiction is expressed through sexual behaviors and addictive processes, and both sexual behaviors and underlying addictive processes must be addressed to treat it. There are significant gaps in the existing scientific knowledge regarding in past, present, and predictive validations for sexual addiction or sexual hyperactivity disorder. Similar to many other psychiatric disorders, the current situation and the challenges associated with sexual addiction and its comorbidity with other disorders (especially substance use disorders) require further research to fully elucidate this disorder.

**Keywords:** Substance-related disorders, Sexual behavior, Comorbidity, Treatment.

1. Corresponding Author: MA in Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. Email: seyedhashemi@azaruniv.ac.ir
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
3. Ph.D Student of Psychology, Islamic Azad University, Orumiyeh Branch, Orumiyeh, Iran.
4. MA in Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

## The Effectiveness of Subliminal Presentation of Substance-Related and Smoking-Related Pictures on Beliefs about Substance Use, Craving Beliefs and Craving

Reza Shabahang<sup>1</sup>, Farzin Bagheri Sheykhangafshe<sup>2</sup>, Sajjad Rezaei<sup>3</sup>

### Abstract

The present study aimed to investigate the effect of subliminal presentation of substance-related and smoking-related pictures on craving beliefs, beliefs about substance use and craving. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design and control group. Statistical population of the research included male substance users referring to Rasht addiction treatment clinics (district two) in 2017. Among them, a sample of 100 substance users were selected by convenience sampling and were placed into experimental (n=50) and control groups (n=50). Participants completed the Craving Beliefs Questionnaire (Wright, 1993), the Beliefs about Substance Use Scale (Wright, 1993), and the Brief Substance Craving Scale (Somoza et al, 1995). After administering pre-test, substance-related (Ekhtiari et al, 2010) and smoking-related pictures (Khazaal et al., 2012) were presented to the experimental group as subliminal, while the control group was exposed to colored neutral subliminal pictures. The data were analyzed by analysis of covariance. Results showed the increase of craving beliefs and craving in post-test after adjusting for pre-test scores. While there was no significant difference between two groups regarding beliefs about substance use. Considering the significant effect of subliminal presentation of substance-related and smoking-related pictures on craving beliefs and craving, the subliminal presentation can be used in clinical settings in substance-dependent individuals.

**Keywords:** Subliminal presentation, Substance-related and smoking-related pictures, Craving beliefs, beliefs about substance use, Craving.

1. Corresponding Author: M.A Student in General Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: Reza.shabahang@ut.ac.ir
2. M.A Student in General Psychology, University of Gilan, Rasht, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Gilan, Rasht, Iran.

## The Effectiveness of Moral Intelligence Training on Students' Attitudes towards Substance

Mozafar Gholizadeh<sup>1</sup>, Mahmoud Manzari<sup>2</sup>

### Abstract

The current research aimed to investigate the effectiveness of moral intelligence training on changing male students' attitudes towards substance. This study was a quasi-experimental research in pretest-posttest design with control group. The statistical population of the current research consisted of all male students of the Holy Prophet Farhangian University in the city of Ahvaz in the 2017-2018 academic year. For this purpose, thirty subjects who met the inclusion criteria were selected through convenience sampling and were randomly divided into experimental (n=15) and control (n=15) groups. The moral intelligence training was administered on the experimental group. Participants completed the Attitude Towards Drugs Questionnaire. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. Findings revealed that moral intelligence training was effective on changing the students' attitudes towards the effects of substance use, tendency towards and risks for students use. It seems that moral intelligence is a kind of integrating moral ability that enhances one's self-control (one of the virtues of moral intelligence). Overall, the results showed that moral intelligence training is effective and can be used to change students' attitudes towards substance.

**Keywords:** Moral intelligence, Attitude towards substance.

---

1. Corresponding Author: Instructor of Farhangian University, Ahvaz, Iran. Email: mozafar\_gholizade@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Ahvaz, Iran.



## The Comparison of Feeling Shame, Guilt, and Moral Development between Female Students with and without Substance-Dependent Parent

Nasim Mojez<sup>1</sup>, Somayeh Taklavi<sup>2</sup>

### Abstract

The present research aimed to compare feeling shame, guilt, and moral development between female students with and without substance-dependent parent. The study was a causal-comparative design. The statistical population consisted of all high school students studying in Nayer in 1396-97. A sample size of 60 students (30 students with substance-dependent parent and 30 students without substance-dependent parent) was selected through convenience sampling. The research tools were Lotfabadi's Moral Development Questionnaire (2007) and Cohen, Wolf, Panter, and Insko (2011) Guilt and Shame Proneness Scale. Data were analyzed using multivariate analysis of variance. Results showed that there were significant differences between female students with and without substance-dependent parent regarding feeling shame, guilt, and moral development, so that students with substance-dependent parent had higher scores on feeling shame and guilt and lower scores on moral development than those without substance-dependent parent. Overall, the results showed that students with substance-dependent parent experience more feeling shame and guilt and less moral development than those without substance-dependent parent.

**Keywords:** Feeling shame, Guilt, Moral development, Substance-dependent parent.

---

1. M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran. Email: staklavi@gmail.com

# Investigation and Content Analysis of Secondary School Textbooks with Regard to Prevention Components of Substance Dependence

Sirous Mahmoudi <sup>1</sup>

## Abstract

The present study aimed to evaluate secondary school textbooks in terms of prevention components of substance dependence. The research method was descriptive and content analysis. The research population included all secondary school textbooks published in 1397. Sampling was not performed and all research community was surveyed. Data gathering tool was a researcher-made content analysis questionnaire whose validity was confirmed by relevant experts. The findings of the research showed that the frequency of the preventive approach components of substance dependence in the secondary school was 197 cases in the field of experimental sciences, 173 cases in the field of humanistic sciences and 165 cases in mathematic sciences. In the tenth and eleventh grades, insufficient attention was paid to the preventive approach components of substance dependence. Also, in secondary school textbooks, the elements of "crime and the laws related to substance dependence", "the history of substance use", "the role of colonialism in substance development" have not been mentioned. Accordingly, it is recommended to pay more attention to the preventive components of substance dependence in the secondary school textbooks (especially in the tenth and eleventh grades).

**Keywords:** Substance dependence, Substance, Textbooks, Content analysis.

---

1. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Shiraz. Iran. Email: sirous1218@yahoo.com



# Contents

<b>Title</b>	<b>Page</b>
<b>Investigation and Content Analysis of Secondary School Textbooks with Regard to Prevention Components of Substance Dependence</b> Sirous Mahmoudi	11-26
<b>The Comparison of Feeling Shame, Guilt, and Moral Development between Female Students with and without Substance-Dependent Parent</b> Nasim Mojez, Somayeh Taklavi	27-44
<b>The Effectiveness of Moral Intelligence Training on Students' Attitudes towards Substance</b> Mozafar Gholizadeh, Mahmoud Manzari	45-56
<b>The Effectiveness of Subliminal Presentation of Substance-Related and Smoking-Related Pictures on Beliefs about Substance Use, Craving Beliefs and Craving</b> Reza Shabahang, Farzin Bagheri Sheykhangafshe, Sajjad Rezaei	57-76
<b>Sexual Addiction and its Comorbidity with Substance Dependence</b> Seyyed Ghasem Seyyed Hashemi, Behzad Shalchi, Shalaleh Hosseinnejad, Latifeh Saadaat Mardani	77-96
<b>The Associations of Alexithymia and Emotion Dysregulation with Proneness to Substance Dependence in University Students</b> Abbas Safinejad, Abbas Abdollahi	97-112
<b>The Effectiveness of Positive Psychotherapy on the Psychological Capital of Women Improved from Substance Dependence</b> Nastaran Zolfkhani, Solmaz Dabiri	113-131
<b>Abstract</b>	5-11

## Editorial Board

---

<b>Narimani, M., Ph.D.</b>	Professor of Psychology, Mohaghegh Ardabili University
<b>Danesh, E., Ph.D.</b>	Professor of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University
<b>Babapour Kheyroddin, J., Ph.D.</b>	Professor of Psychology, Tabriz University
<b>Maleki, A., Ph.D.</b>	Associate Professor of Sociology, Payame Noor University
<b>Mohamad Nasl, Gh., Ph.D.</b>	Associate Professor of Criminology and Criminal Law, Amin Police University
<b>Saffarinia M., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
<b>Bayat, B., Ph.D.</b>	Associate Professor of Sociology, Supreme National Defense University
<b>Alirezanezhad, S., Ph.D.</b>	Associate Professor of Sociology, Islamic Azad University, Garmsar Branch
<b>Najafi, M., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Semnan University
<b>Nikoogofar, M., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University

## Reviewers of This Issue

---

<b>Hasani, J., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Kharazmi University
<b>Mosavi, F., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Alzahra University
<b>Eesamorad Roodboneh, A., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Allameh Tabataba'i University
<b>Sheykholeslami, A., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Mohaghegh Ardabili University
<b>Mohammadzadeh, A., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
<b>Dehshiri, GR., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Alzahra University
<b>Mohammadyfar, MA., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Semnan University
<b>Mare dpoor, AR., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Yasuj Branch
<b>Dabiri, S., Ph.D.</b>	Ph.D. of Psychology

**In the name of God**

**Social Health and Addiction**  
**Vol. 6, No. 21, Spring 2019**

**Licence Holder:** Drug Control Headquarters of the Presidency

**Managing Director:** Jazini, A.R., Ph.D.

**Chief Editor:** Shokrkon, H., Ph.D.

**Executive Director:** Hamzehzadeh Tofighi, E., M.A.

**Publisher:** Drug Control Headquarters, Research & Education Office

**Address:** No. 20, Building of Presidential Drug Control Headquarters,  
after Hoveyzeh Cultural-Entertainment Complex, after Poonak  
Sq., Ashrafi Esfahani Blv., Tehran

**Postal Box:** 1469915834

**Tel/Fax:** +98-21-47361730 Fax: +98-21-44411761

**Email:** info@sh-addiction.ir

This quarterly is the result of joint cooperation of the Secretariat of Drug Control Headquarters and the Iranian Social Psychology Association.