

# اعتیاد پژوهی

سال سیزدهم، شماره پنجاه و یکم، بهار ۱۳۹۸

- صاحب امتیاز: ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری  
مدیر مسئول: محمود مینویی  
سر دبیر: دکتر حسن احدی  
مدیر اجرایی: دکتر علیرضا برازی  
ویراستار: دکتر محمدعلی محمدی فر  
ناشر: دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری  
شمارگان: الکترونیکی - چاپی (۳ نسخه)  
نشانی دفتر فصلنامه: تهران، بلوار اشرفی اصفهانی، بالاتر از میدان پونک، بعد از مجتمع فرهنگی - تفریحی هوپزه، پلاک ۲۰، ساختمان ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری  
صندوق پستی: ۱۴۶۹۹۱۵۸۳۴  
تلفن و دورنگار: ۴۴۴۱۱۷۶۱-۴۷۳۶۱۷۳۰  
پست الکترونیک: info@etiadpajohi.ir

فصلنامه مطابق نامه‌ی شماره‌ی ۳/۵۱۳۹۴ مورخ ۱۳۹۱/۰۲/۲۷ کمیسیون نشریات علمی نشریات وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری دارای رتبه‌ی علمی و پژوهشی است. فصلنامه اعتیاد پژوهی در پایگاه بین المللی DOAJ و پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (isc)، سایت مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری (dchq.ir) بانک اطلاعات نشریات کشور (magiran)، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (sid)، پرتال جامع علوم انسانی (ensani.ir)، پایگاه تخصصی مجلات نور (noormags.com) و ایران مدکس (iranmedics.ir) نمایه شده است.

لیتوگرافی چاپ و صحافی: شرکت ایران چاپ (۲۹۹۹۳۴۴۵)

## هیأت تحریریه

---

استاد دارو شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر محمدرضا زرین دست
استاد تشریح‌گری دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر محمدتقی جغتایی
استاد جامعه‌شناسی دانشگاه تهران	دکتر علیرضا محسنی تبریزی
استاد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات	دکتر مهرداد نوابخش
استاد روان‌شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	دکتر پروانه محمدخانی
دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم انتظامی	دکتر مجید رضایی‌راد
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر آفرین رحیمی‌موقر
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر سیدعباس متولیان

## داوران این شماره

---

استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور	دکتر مهدی قدرتی
استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور واحد قم	دکتر علیرضا آقا یوسفی
دانشیار روان‌شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان	دکتر محمود شیرازی
دانشیار روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا همدان	دکتر ابوالقاسم یعقوبی
دانشیار روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی	دکتر سجاد بشرپور
دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی رودهن	دکتر مالک میرهاشمی
دکتری تخصصی مطالعات اعتیاد	دکتر مهنوش توکلی فرد
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج	دکتر مریم مشایخ
دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی	دکتر جعفر حسینی
دانشیار دانشگاه شیراز	دکتر مسعود حسینچاری
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان	دکتر محمدعلی محمدی فر

## راهنمای تنظیم مقالات فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد

- پس از ذکر عنوان و اسامی نویسنده (گان)، چارچوب چکیده به صورت هدف، روش، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و کلید واژه‌ها ارائه شود.
- چکیده‌های فارسی و انگلیسی (حداکثر ۱۵۰ کلمه) و کلید واژه‌ها (حداقل ۳ و حداکثر ۵ واژه به زبان فارسی و انگلیسی) همراه مقاله فرستاده شود. چکیده انگلیسی دقیقاً مطابق با چکیده فارسی نوشته شود. هجی دقیق نام و نام خانوادگی نویسنده و همکاران در چکیده انگلیسی پانویشت گردد.
- اطلاعات کتاب‌شناسی در انتهای مقاله به ترتیب حروف الفبا و با توجه به نکات زیر آورده شود:  
در متن مقاله طبق اصول APA، زمانیکه نام یک نویسنده را برای اولین بار ذکر می‌کنید، عنوان لاتین آن را پانویشت کنید. اگر نویسنده دارای همکار است (تا چهار نفر) عنوان خانوادگی آن‌ها را نوشته و آن‌ها را پانویشت کنید. در صورتی که تعداد آن‌ها با نویسنده از پنج نفر به بالا می‌باشد، نام نویسنده را نوشته و سپس از واژه‌ی همکاران استفاده کنید؛ در منبع‌نویسی آخر مقاله ذکر عنوان تمام همکاران ضروری است. در زمانی که اسم یک نویسنده و همکاران وی را برای اولین بار ذکر می‌کنید، در مراتب بعدی در صورت تکرار، دیگر نیازی به ذکر مجدد اسامی آن‌ها وجود ندارد. در این صورت از واژه‌ی «و همکاران» استفاده کنید.
- در متن مقاله، هر جا لازم بود، نام مؤلف و سال انتشار منبع را داخل پرانتز نوشته و در مورد اسامی اصطلاحات خارجی (لاتین)، معادل خارجی آن‌ان در پایان همان صفحه درج شود. نام تمامی ابزار و اصطلاحاتی که در متن برای اولین بار ذکر می‌شود، پانویشت شود. تا حد ممکن از به کار بردن کلمات خارجی در متن مقاله خودداری کنید.
- پذیرش نهایی مقاله و چاپ آن در فصل‌نامه، منوط به تأیید هیأت تحریریه و داوران متخصص است.
- کلیه مقالات ارسالی باید اصول و چارچوب مربوط به مقالات علمی-پژوهشی (مقدمه، بدنه اصلی مقاله حاوی چارچوب نظری یا مفهومی برای تبیین یا توصیف متغیرها و ارتباط آن‌ها، روش‌ها (شامل جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری و ابزار)، یافته‌ها و نتایج تحقیق، بحث و نتیجه‌گیری، تشکر و قدردانی و فهرست منابع) را مراعات کنند.
- پیشنهادات خود را در پاراگراف آخر مقاله و بدون ذکر عنوان (تیترا) بیان کنید.

- نتیجه‌گیری به اختصار و به عنوان جمع‌بندی بحث ارائه شود.
- حجم مقاله می‌تواند تا ۱۳ صفحه A4 و هر صفحه ۲۴۰ کلمه باشد.
- مقاله‌ها الزاماً باید با نرم‌افزار رایانه‌ای (Word) و قلم B زر با پوینت ۱۳ تایپ شده باشند و فایل مربوطه نیز همراه مقاله ارسال شود.
- لازم است نام نویسنده یا نویسندگان به طور کامل بیان شود. ذکر وابستگی سازمانی نویسنده، درجه علمی و پست الکترونیکی (e-mail) نیز در زیر نام پدیدآورندگان الزامی است. همچنین، نام نویسنده مسؤول، با ذکر نشانی کامل، در پایین هر مقاله آورده شود.

### مقاله‌های مروری

- تنها مقاله‌ای پذیرفته می‌شود که نویسنده آن در زمینه‌ی مربوطه صاحب نظر بوده و در فهرست منابع به آثار خود اشاره کرده باشد (حداقل چهار مورد).
- اصول کلی نگارش مشابه مقاله‌های پژوهشی باشد.

### یادآوری:

۱. مطالب مندرج در فصل‌نامه، الزاماً بیانگر نظر ستاد مبارزه با مواد مخدر نیست. مسؤلیت مطالب و مقالات به عهده نویسندگان آنان است.
۲. نقل مندرجات این فصل‌نامه با ذکر مأخذ (اعتیادپژوهی) بلامانع است.
۳. فصل‌نامه «اعتیادپژوهی» از تمامی پژوهشگران، استادان و صاحب‌نظران برای ارائه مقاله‌های تحقیقی در زمینه‌های اعتیاد و مواد مخدر دعوت به عمل می‌آورد.
۴. فصل‌نامه در ویرایش، اصلاح و هماهنگ‌سازی اصطلاحات علمی مقاله، به گونه‌ای که مفاهیم آن تغییر نیابد، آزاد است.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷	سخن اول
۹-۲۸	تأثیر مدیریت پیشگیری از جرم بر مصرف مواد مخدر و روانگردان‌ها ابراهیم داودی‌دهاقانی، عبدالله هندیانی، محمدعلی عامری
۲۹-۵۲	مطالعه پدیدارشناسانه بسترهای اعتیاد به مواد مخدر در زنان حلیمه عنایت، داریوش غفاری
۵۳-۶۸	موانع اجرایی سیاست‌گذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد (۱۳۷۵-۱۳۹۵) مسعود مهدویان‌فر، حسین مسعودنیا، محمدرضا یزدانی‌زازرانی
۶۹-۸۶	بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک شیوا تقی‌پور، محمدحسین باغستانی، نادره سعادت
۸۷-۱۰۴	بررسی خودبازداری و نظام باورها در افراد مصرف‌کننده مت‌آمفتامین در شروع و پایان جلسات درمانی ماتریکس در مراکز درمانی ترک اعتیاد مریم روح‌الامین
۱۰۵-۱۲۴	مقایسه عملکردهای شناختی در سیر اعتیاد: از تمایل تا ترک مرضیه السادات سجادی نژاد، صغرا اکبری چرمپینی
۱۲۵-۱۴۰	اثر تعارض بین فردی بر آمادگی به اعتیاد: نقش واسطه‌ای استرس شغلی هیفا بریحه بریبه، عبدالزهرا نعمی، یداله زرگر، سید اسماعیل هاشمی
۱۴۱-۱۶۴	نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد مخدر محمدنقی فراهانی، معصومه امین اسماعیلی، شهاب باحشمت جویباری
۱۶۵-۱۸۶	نقش تعدیل‌کننده ویژگی شخصیتی تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر در مردانی با سوء مصرف مت‌آمفتامین هاشم جبرائیلی، علیرضا مرادی، مجتبی حبیبی
۱۸۷-۲۰۰	اثربخشی گروه‌درمانی کیفیت زندگی بر تغییر سطح باورهای فراشناختی منفی و مثبت مردان معتاد به شیشه بنفشه حسونند، رضوان میرزایی سرایی، سارا سوری
۲۰۱-۲۱۶	مدل‌یابی ساختاری گرایش به سوء مصرف مواد بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با میانجی‌گری عزت‌نفس مریم اکبری، حسین ابراهیمی مقدم
۲۱۷-۲۳۸	رابطه علی‌اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری با آمادگی به اعتیاد نسرین چمنی، ایلناز سجادیان

- تأثیر هشت هفته تمرینات پیلاتس و تحریک الکتریکی بر شاخص‌های عملکرد ریوی و ظرفیت  
هوازی مردان معتاد به مت‌آمفتامین در حال ترک  
رقیه فخرپور، یوسف صابری
- ۲۳۹-۲۵۶
- اثر بخشی گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری بر کاهش گرایش به خودکشی و افزایش خویشتن  
پذیری افراد وابسته به مواد افیونی  
زهرامسیحی، رضوان همائی
- ۲۵۷-۲۷۲
- نقش ابعاد شخصیت مایرز-بریگز در پیش‌بینی میزان تمایل به مصرف مواد با میانجیگری سرما به  
روان‌شناختی و خودکنترلی در معتادان  
علی احمدی شورک توکانلو، مریم هوشنگی سالانفوج، محمد جواد اصغری ابراهیم‌آباد
- ۲۷۳-۲۹۲
- ۵-۱۹ چکیده مقالات به زبان انگلیسی

## سخن اول

سیستم هوشمند، فعال، خلاق، دینامیک و پویای مواد مخدر و روان گردان ها 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 می دهند. 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. گسترده ترین طیف مصرفی در میان انواع مواد در سطح جهان، مربوط به کانابیس ها ( ماری جوانا ) بوده که حدود ۱۸۸ میلیون نفر را به خود اختصاص داده است. در سایر مواد نیز به ترتیب شبه افیون ها با ۵۳/۴ میلیون، آمفتامین و متامفتامین ها با ۲۸/۹ میلیون، اکستیزی با ۲۱ میلیون نفر و کوکائین با ۱۸/۱ میلیون نفر در رده های بعدی مصرف مواد قرار دارند. نکته قابل تأمل، رشد مصرف کانابیس ( شاهدانه - سرشاخه های گلدار یا باردار گیاه شاهدانه ) از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد در جامعه جهانی بوده که علت آن را می توان در تحولات قانون گذاری در این عرصه جستجو نمود. اگرچه در کنوانسیون های 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 آزاد سازی ماری جوانا را فراهم نموده اند. به طور مثال در کشور هلند در دهه گذشته ( سال ۲۰۰۰ ) و در کشور های آمریکا ( چندین ایالت ) و آفریقای جنوبی در سال های 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 بیماری های روحی و روانی، مانند اختلالات شناختی و آموزشی، اختلال در رشد اندام های حیاتی از جمله مغز و تصادفات جاده ای 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 آزاد سازی 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 اورژانس ها به دلیل مصرف ماری جوانا با افزایش ۵۰ درصدی و بستری در بیمارستان نیز رشد ۳۲ درصدی داشته است. نیم نگاهی به نتایج پژوهش میزان شیوع مصرف ماری جوانا و حشیش در کشور حاکی است، میزان شیوع در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال کشور ۱۱/۹ درصد، در دانش آموزان متوسطه دوم حشیش ۲۵ صدم درصد و ماده گل معادل ۶۶ صدم درصد، در دانشجویان دانشگاه های 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 است ۱۴/۲ درصد معتادان حداقل یک ماده کانابینوئید (ماری جوانا، گل و حشیش) را به صورت روزانه مصرف می نمایند.

دینامیک 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 دستگاه های فرهنگی و پیشگیری ضمن مداخله جدی تر برای اصلاح نگرش ها و باورهای غلط نوجوانان و همچنین دستگاه های درمانی برای تدوین پروتکل درمانی ماده کانابیس برای مصرف کنندگان و دستگاه مقابله ای برای دشواری دسترسی به ماده موصوف، تلاش همه جانبه نموده و همزمان مراکز علمی و دانشگاه ها نیز درخصوص روش های مؤثر برای پیشگیری از تغییر الگوی مصرف مواد در کشور با جدیت مبادرت نمایند.

امید می رود با اهتمام تمامی دستگاه های علمی و اجرایی کشور، شاهد توانمندسازی آحاد جامعه کشورمان در برابر آسیب های ناشی از مواد مخدر و روان گردان ها باشیم.

حمید صرّامی

مدیر کل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با

موادمخدر ریاست جمهوری

بهار ۱۳۹۸



## تأثیر مدیریت پیشگیری از جرم بر مصرف مواد مخدر و روانگردانها

ابراهیم داودی دهاقانی<sup>۱</sup>، عبدالله هندیانی<sup>۲</sup>، محمدعلی عامری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۰

### چکیده

**هدف:** اعتیاد بحرانی است که کنترل و مبارزه با آن نیازمند مدیریت منسجم با رویکرد پیشگیرانه است. هدف اصلی پژوهش حاضر، تبیین تأثیر مدیریت پیشگیری از جرم بر مصرف مواد مخدر و روانگردانها است. **روش:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و به روش پیمایشی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل مدیران و کارشناسان سازمانهای متولی و اعضای شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر و کارشناسان مراکز ترک اعتیاد استان گلستان به تعداد ۱۰۵۸ نفر بود. حجم نمونه با فرمول کوکران ۳۶۹ نفر برآورد شد. انتخاب نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری تصادفی نظام‌مند انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه محقق‌ساخته استفاده شد. روایی پرسش‌نامه به روش صوری و محتوایی و اعتبار آن، از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ تأیید شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد مدیریت پیشگیری از جرم بر مصرف مواد مخدر تأثیر دارد و مقدار همبستگی چندگانه این متغیرها برابر ۰/۳۴۵ است. بیشتر پاسخ‌گویان مورد مطالعه در ارزیابی شان نسبت به مدیریت حوزه پیشگیری اجتماعی دیدگاه مثبتی نداشته‌اند اما نسبت به مدیریت حوزه پیشگیری وضعی دیدگاه مثبتی داشتند. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان داد که مدیریت پیشگیری از جرم بر مصرف مواد مخدر تأثیر دارد و وضعیت نسبتاً مناسب مدیریت پیشگیری وضعی در استان گلستان، ضرورت تقویت آن را گوشزد کرده و برعکس وضعیت نامناسب مدیریت پیشگیری اجتماعی، ضرورت توجه و اهتمام بیشتر مسئولان و برنامه‌ریزان استان در این حوزه را متذکر می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** مدیریت، پیشگیری، پیشگیری از جرم، مصرف مواد مخدر و روانگردانها

۱. استادیار مدیریت پیشگیری از جرم، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار مدیریت راهبردی، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران، پست الکترونیکی:

Hendiani.s1343@gmail.com

۳. استادیار مدیریت پیشگیری از جرم، پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تهران، ایران

## مقدمه

به اعتقاد برخی از صاحب‌نظران، اعتیاد بستر و زمینه بسیاری از آسیب‌های اجتماعی به‌خصوص بزه‌دیدگی است که منجر به ایجاد ناهنجاری رفتاری در شخصیت اجتماعی افراد نیز می‌شود (محبوبی‌منش، ۱۳۸۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند رفتارهای بزهکارانه ناشی از اعتیاد به مواد مخدر، امری اجتناب‌ناپذیر بوده و میزان رفتار بزهکارانه معتادان، بسیار زیاد و متنوع است (کوثری، ۱۳۸۲). مواد مخدر و جرم، بر طبق پژوهش‌های مختلف ارتباط لاینفکی با یکدیگر دارند. حتی در مواردی که پیرامون مناطق مختلف، اشکال گوناگون مواد مخدر و جرائم مختلف پژوهش شده است، باز هم ارتباط یادشده به چشم می‌خورد. این امر به ویژه در میان جوانان رواج بسیاری دارد. همچنین اثبات شده مصرف‌کنندگان مواد مخدر در مقایسه با افراد غیر مصرف‌کننده، مرتکب جرائم بیشتری می‌شوند و مجرمان در مقایسه با افراد غیر مجرم، مواد مخدر بیشتری مصرف می‌کنند (اسدافروز، ۱۳۸۷). از آنجایی که ایران نیز به عنوان عضوی از اعضای جامعه بشری با مواد مخدر و روان‌گردان و جرائم ناشی از آن روبرو بوده، تلاش‌های حقوقی و غیرحقوقی برای مقابله با آن به کار گرفته است. به عبارت دیگر وجود مواد مخدر و اعتیادآور در میان گروه‌های بزرگ انسانی در تاریخ ایران معاصر، موجب شد تا سازمان‌ها و نهادهای مختلفی با این معضل درگیر شده و برای پیشگیری و مقابله با آن گام بردارند. در دهه‌های اخیر، تصویب قوانین متعدد پیشگیری از جرم، تأسیس نهادهای متعدد مجری پیشگیری از جرم مانند پلیس پیشگیری نیروی انتظامی در حوزه جرایم عمومی و ستاد مبارزه با مواد مخدر در حوزه جرایم خاص مواد مخدر از جمله این تلاش‌هاست.

با ایجاد استان گلستان در سال ۱۳۷۶، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر با رویکرد مدیریت پیشگیری از جرم در این استان شکل گرفت. از زمان ایجاد این شورا در استان، برنامه‌های متعددی بر مبنای سیاست‌های کلان کشور اجرا شده است. اما تاکنون پژوهشی علمی در زمینه میزان موفقیت مدیریت پیشگیری از جرم در استان گلستان انجام نشده است. به واسطه انجام این پژوهش، می‌توان تا حدودی میزان موفقیت برنامه‌های مدیریت پیشگیری از جرم در پیشگیری از مصرف مواد مخدر به عنوان یک آسیب اجتماعی جرم‌زا

را مورد شناسایی قرار داد. همچنین با توجه به این واقعیت که براساس گزارش اداره کل دادگستری استان گلستان، بیش از ۶۴/۹ درصد زندانیان این استان، معتاد و یا فروشنده مواد مخدر بوده‌اند و ۸۲/۴ درصد کل زندانیان جرایم دیگر نیز، درگیر مواد مخدر بوده‌اند (دادگستری استان گلستان، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر می‌توان نتیجه گرفت که براساس گزارش یادشده، مواد مخدر در استان گلستان پایه و اساس شکل‌گیری و ارتکاب سایر جرائم بوده است. بنابراین، با در نظر گرفتن تاثیرات جرائم بر روی جامعه و محیط زندگی فردی، دیگر امکان نفی و منکر شدن آن وجود ندارد. بنابراین، باید از طریق دقت و توجه بیشتر به آن و انجام دادن پژوهش‌های متعدد و آشکار کردن جنبه‌های پنهان جرائم، راه را برای رسیدن به نظریه‌های معتبر در زمینه جرائم، هموار کرد. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر، تبیین رابطه بین مدیریت پیشگیری از جرم (شامل مدیریت پیشگیری وضعی و مدیریت پیشگیری اجتماعی) با مصرف مواد مخدر است تا پس از بررسی این موضوع راهکارهای پیشگیرانه مرتبط را ارائه کند.

۱۱

نتایج پژوهش مشکی و اصلی‌نژاد (۲۰۱۳) نشان داد تفاوت معناداری بین میانگین نمرات رفتارهای پیشگیری‌کننده از سوء مصرف مواد، وجود دارد که پس از ۴ سال از انجام مداخله تداوم داشت. بین سطح تحصیلی پدر و رفتارهای پیشگیری‌کننده از سوء مصرف مواد ارتباط معناداری دیده شد. بنابراین آموزش مهارت‌های زندگی، در تقویت رفتارهای پیشگیری‌کننده از سوء مصرف مواد مخدر در دانشجویان مؤثر و ماندگار است.

نظرپور، و همکاران (۱۳۸۸)، در پژوهش خود دریافتند که نسبت دانش، نگرش و مهارت‌های جرات‌مندی بعد از شرکت کردن در کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی، افزایش پیدا کرده و ارتباط معناداری در تغییر نگرش نسبت به سوء مصرف مواد و افزایش مهارت‌های اجتماعی بعد از شرکت در کارگاه‌ها به وجود آمده است. منصورآبادی و ابراهیمی (۱۳۸۷) فقدان قانون مشخص در خصوص مدیریت پیشگیری از جرم، پراکندگی و تعدد نهادهای متولی پیشگیری از جرم در ایران، ناهماهنگی بین نهادهای ذی‌ربط و نبود سیاست علمی، هماهنگ و سنجیده در این زمینه در سه حوزه

پژوهش، تدوین و اجرا را موجب هدر رفتن امکانات و ظرفیت‌های سازمان‌ها و خنثی شدن فعالیت‌های بخش‌های مختلف سیاست‌گذاری در خصوص پیشگیری از جرم دانسته‌اند. همچنین، محققان گوشزد کرده‌اند سازماندهی ناقص و پراکنده برنامه‌های پیشگیری از جرم، در یک بستر فکری کاملاً رسمی و دولتی صورت گرفته است؛ به گونه‌ای که در هیچ یک از این نهادها جایگاهی برای مشارکت مردم و به‌ویژه سازمان‌های غیردولتی در نظر گرفته نشده است. از این‌رو، به منظور برون‌رفت از این نابسامانی و اجرایی کردن بند ۵ اصل ۱۵۶ قانون اساسی، تدوین یک سیاست جامع و هماهنگ در این زمینه و نیز تمرکز مدیریت پیشگیری از جرم ضروری بوده و مدیریت واحد و متمرکز، الزامی است. محمدی و شیانی (۱۳۸۶) دریافته‌اند که عوامل راهبردی آموزش و پرورش در پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، از لحاظ محیط داخلی در شرایط مطلوب نبوده و نقاط ضعف آن بیش از نقاط قوت است. از حیث محیط خارجی هم در برابر تهدیدها و بهره‌گیری از فرصت‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر از موفقیت‌چندانی برخوردار نبوده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند مهارت‌های به‌دست آمده از برنامه‌های اجتماعی و هیجانی، از رفتارهای پرخطری از قبیل سوء مصرف دارویی، خشونت و رفتارهای جنسی پیش از موعد که نوجوانان را در معرض خطر ایدز و دیگر بیماری‌های مقاربتی قرار می‌دهند، بارداری در نوجوانی و خودکشی، پیشگیری می‌کند (دیوانی، اویریان، رزیک، کیستر و وایزبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). این رفتارها ریشه در بسیاری از عوامل مشابه دارند و به‌وسیله راهبردهای پیشگیری مشابهی نیز قابل کاهش یا رفع هستند. حجم زیادی از پژوهش‌ها این موضوع را تأیید می‌کنند که یک رویکرد هماهنگ، ضمن پیشگیری از رفتارهای پرخطر، رشد مثبت در کودکان، نوجوانان و جوانان را ارتقاء می‌بخشد. یادگیری یا شایستگی اجتماعی و هیجانی چارچوبی از کوشش‌های هماهنگ را در زمینه پیشگیری فراهم می‌سازد (پیتون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

گریفیث<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی نقش آموزش مهارت‌های زندگی بر سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان و معلمان» به این نتیجه رسید که این برنامه‌ها در آموزش مقاومت در برابر مصرف مواد در دانش‌آموزان و معلمان نتیجه‌بخش بوده است. الی‌یاس و کرس<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) در مطالعه‌ای با عنوان «نقش برنامه مهارت‌های زندگی و تصمیم‌گیری‌های اجتماعی در پیشگیری از سوء مصرف مواد، خشونت و مشکلات رفتاری» به بررسی موضوع پرداختند. جامعه آماری آنان دانش‌آموزان دبستانی تا دبیرستانی مدارس دولتی و خصوصی و والدین‌شان بوده‌اند. این برنامه با ارائه آموزش آرام‌سازی، ارزیابی پاسخ‌ها در موقعیت‌های مختلف، پذیرش نقش‌ها و تصمیم‌های اجتماعی و مداخله‌های روان‌شناختی دیگر، به بهبود، ارتقاء سطح سلامت، حل تعارضات، خشونت و پیشگیری از سوء مصرف مواد پرداخت.

مصرف مواد مخدر از جمله بارزترین آسیب‌های اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان فرهنگی، اجتماعی یک کشور را سست نموده، پویایی‌های انسانی آن را به مخاطره بیندازد. در هم تنیدگی عوامل روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این مشکل را به یکی از پیچیده‌ترین آسیب‌های اجتماعی مبدل ساخته است. از این رو مصرف مواد را می‌توان از مهم‌ترین چالش‌های عصر حاضر دانست که گستره‌ی جهانی پیدا کرده و هر روز بر آمار مصرف‌کنندگان آن، شیوع در گروه‌های مختلف، کاهش سن و تغییر گرایش مصرف از سنتی به صنعتی افزوده شده و به دنبال خود آسیب‌های دیگری همچون افزایش طلاق، بزهکاری و بیکاری، مشکلات سلامت و بسیاری موارد دیگر را همراه دارد (خسروی، ۱۳۹۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد در ایران میزان مصرف مواد مخدر و جرایم مرتبط با آن به طور شتابان در حال افزایش می‌باشد. به طوری که مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان و حتی دختران در حال افزایش است. در بین نوجوانان و دختران گرایش به مصرف مواد مخدر صنعتی بسیار زیاد بوده و بیش از ۷۹/۳ درصد نوجوانان و دختران کنترل شده؛ مواد مخدر صنعتی مصرف می‌کردند (محمدرضایی، ۱۳۹۵).

منظور از مدیریت در علوم اداری و اقتصاد، فرآیند به کارگیری مؤثر و کارآمد منابع مادی و انسانی توأم با برنامه‌ریزی، سازماندهی، بسیج امکانات، هدایت و کنترل است که برای دستیابی به هدف‌های سازمانی صورت می‌گیرد. از این منظر، اصول مدیریت به این شرح است: برنامه‌ریزی، سازماندهی، بسیج امکانات و منابع، هدایت و سرپرستی و نظارت و کنترل. الوانی (۱۳۸۵) در مورد مدیریت می‌نویسد: شاید یکی از مهم‌ترین فعالیت‌ها در زندگی اجتماعی بشر امروز را بتوان مدیریت دانست. به مدد این فعالیت است که مأموریت‌ها و اهداف سازمان‌ها تحقق می‌یابند. از منابع و امکانات موجود بهره‌برداری می‌شود و توانایی و استعداد انسان‌ها از قوه به فعل در می‌آید. مدیریت فرایند به کارگیری مؤثر و کارآمد منابع مادی و انسانی در برنامه‌ریزی، سازماندهی، بسیج منابع و امکانات، هدایت و کنترل است که برای دستیابی به اهداف سازمانی و بر اساس نظام ارزشی مورد قبول صورت می‌گیرد. تاریخ پیشگیری جمعی از بزهکاری تا مدت‌های زیاد، فقط با تدابیر و اقدام‌های خاص، متفرقه و فاقد هرگونه هماهنگی همراه بود. از حدود چند دهه قبل، ضرورت تأسیس یک سازمان مرکزی در سطح ملی جهت ایجاد هماهنگی، تعریف و تدوین سیاست ملی پیشگیری از بزهکاری و ارتقای کیفیت اقدام‌های پیشگیرانه به طور جدی احساس می‌شود. در پاسخ به این ضرورت، سازمان‌های رسمی پیشگیری از بزهکاری از طرف دولت‌ها و در جهت ایجاد هماهنگی و برنامه‌ریزی در این قلمرو به تدریج تأسیس و آغاز به کار نمودند. در واقع این گذر از سطح برنامه‌های محدود و متفرقه به سمت پیشگیری برنامه محور و در سطح ملی که در پاسخ به ضرورت مبارزه موثرتر با بزهکاری در حال گسترش صورت می‌گرفت، منجر به پیدایش مدیریت پیشگیری از جرم شد. این تغییر و تحول، با تغییر ایدئولوژی دولت‌ها سرعت بیشتری به خود گرفته است (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۷۶).

پیشگیری در یک معنای عام، عبارت است از تمامی اقداماتی که از وقوع بزه جلوگیری می‌کند. به عقیده شرم، هر رویدادی که اعمال شود و نتیجه آن نشان دهد که از نرخ بزهکاری کاسته شده، می‌تواند پیشگیرانه قلمداد شود (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۸۳). ون‌دیک

و دوارد<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) و امالی و سوتن<sup>۲</sup> (۱۹۹۷)، پیشگیری از جرم را براساس کاهش فرصت‌های جرم یا پیشگیری اجتماعی دسته‌بندی کرده‌اند. مشابه همین تقسیم‌بندی، تونری و فارینگتون<sup>۳</sup> (۱۹۹۵)، راهبردهای پیشگیری از جرم را با عناوین پیشگیری انتظامی<sup>۴</sup>، پیشگیری توسعه‌ای<sup>۵</sup>، پیشگیری جامعه‌ای<sup>۶</sup> و پیشگیری وضعی تقسیم می‌کنند. درحالی‌که باتومس<sup>۷</sup>، از پیشگیری‌های وضعی، اجتماعی و توسعه‌ای سخن می‌گوید. جرم‌شناس دیگری به‌نام شفت<sup>۸</sup>، رویکردهای پیشگیری از جرم را به سه روش اصلی به شرح زیر تقسیم کرده است:

۱. استفاده از نظام کیفری (پلیس، دادگاه‌ها، زندان‌ها و...); برای بازداشتن مردم از ارتکاب جرم با خارج ساختن آنان از چرخه جرم، به‌نحوی که جرائم بعدی را مرتکب نشوند؛<sup>۲</sup> کاهش فرصت‌های وقوع جرم؛ در انگلستان و آمریکای شمالی، این کار پیشگیری وضعی از جرم نامیده می‌شود و معمولاً با اصلاح امنیت محیطی یا طراحی ساختمان‌ها و محله‌ها آغاز می‌شود؛<sup>۳</sup> کاهش انگیزه ارتکاب جرم؛ این نوع از پیشگیری، برخی مواقع پیشگیری از مجرمیت یا پیشگیری اجتماعی نامیده می‌شود (محمدنسل، ۱۳۸۷).

به‌هرحال، متنوع‌بودن روش‌های پیشگیری بیانگر آن است که بزهکاری از محدوده صرف حقوقی، قضایی و پلیسی خارج شده و مقابله مؤثر با آن از یک‌سو همکاری و مشارکت نهادهای دولتی و تشکل‌های مردمی را می‌طلبد و از سوی دیگر، مستلزم ایجاد تحول و نوآوری در راهبردها، ابزارها و نهادهای سنتی و متداول مقابله با جرم است (نجفی‌ایرندآبادی، ۱۳۸۳). در دهه‌ی هفتاد گروهی از دانشمندان در واحد تحقیقات وزارت کشور انگلستان در ارزیابی آمارهای جرم در مورد پیشگیری، برای اولین بار اصطلاح «پیشگیری وضعی» را که فقط بر کاهش فرصت‌ها و موقعیت‌های ارتکاب جرم تکیه دارد، مطرح نمودند (گسن، ۱۳۸۵). پیشگیری وضعی با ایجاد تغییرات محیط فیزیکی

1. Van Dijk, & De Waard  
2. O'Malley, & Sutton  
3. Tonry, & Farrington  
4. law enforcement prevention

5. developmental prevention  
6. community prevention  
7. Batooms  
8. Shaftoe

ارتکاب جرم را کاهش می‌دهد (کلکوهن، ۱۳۸۷) و می‌تواند به یکی از سه طریق دشوار سازی آماج جرم، افزایش خطر دستگیری و کاهش منافع قابل پیش‌بینی و دخالت در طراحی شهری، جرائم را کنترل و پیشگیری نماید (محمدنسل، ۱۳۸۷). پیشگیری وضعی به‌عنوان یک نظریه علمی برای کاهش بزهکاری، نخستین بار در دهه ۱۹۸۰ میلادی توسط کلارک، کورنیش و هی‌هوز<sup>۱</sup> مطرح شد. آنان در آثار خود همواره به اتخاذ تدابیر مناسب و به‌کارگیری اقدامات لازم به‌منظور کاهش فرصت‌ها و موقعیت‌هایی که موجب کاهش رفتار بزهکارانه می‌شود و همچنین تغییر رابطه بین بزهکار و بزه‌دیده تأکید کرده‌اند (رجبی، ۱۳۸۸). پیشگیری وضعی شامل از بین بردن کامل برخی از خطرات، کاهش بعضی از خطرات با کاستن از دامنه خسارت وارده، تقلیل برخی از خطرات به وسیله انجام اقدامات امنیتی مانند: نصب دوربین‌های مداربسته یا افزایش تعداد افراد پلیس برای ترساندن و بازداشتن از ارتکاب جرم، انتقال برخی از خطرات به کمک وسایلی مانند تسهیل بیمه و نظایر آن و پذیرفتن برخی از خطرات که اجتناب‌ناپذیر بوده یا رفع آن‌ها هزینه‌های غیرقابل‌تحملی را تحمیل می‌کند، است. این نوع پیشگیری با توجه به شرایط بزهکار، نوع جرم، اهداف و موضوع‌های جرم و ویژگی‌های بزه‌دیده، اقداماتی را به اجرا می‌گذارد که فرایند آن‌ها موجب از بین رفتن یا تضعیف موقعیت‌ها و فرصت‌های ارتکاب جرم خواهد شد. کاهش فرصت‌ها و موقعیت‌های ارتکاب جرم، با توسعه امنیت فیزیکی یا طراحی ساختمان و محله‌ها که در نهایت موجب پرهزینه‌شدن اعمال مجرمانه می‌شود، همراه است. در این روش از پیشگیری، مدیریت پیشگیری از جرم با تغییر و اصلاح روش زندگی افراد و محیط سکونت آن‌ها، به‌دنبال خنثی‌سازی عملیات مجرمانه است که در واقع این قبیل اقدامات مکمل کار پلیسی به‌شمار می‌آید. بنابراین پیش‌بینی شناخت و ارزیابی خطر جرم و انجام اقداماتی برای رفع یا تقلیل آن را پیشگیری وضعی می‌گویند؛ که گاهی از آن با عنوان «مدیریت کردن خطر جرم» نیز نام می‌برند (بیات، شرافتی‌پور و عبدی، ۱۳۸۷).

مرکز بین‌المللی پیشگیری از جرم، پیشگیری اجتماعی از جرم را به این نحو تعریف کرده است: «هر چیزی که بزهکاری، خشونت و ناامنی را از طریق هدف‌گیری موفقیت‌آمیز



علل شناخته شده جرم، از طریق علمی کاهش دهد» (پالمری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). در بستر نظم و امنیت، مناسب‌ترین سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه اجتماعی آن‌هایی هستند که عوامل خطر را (که به بروز بزهکاری و رفتارهای خشونت‌آمیز و محرومیت اجتماعی کمک می‌کنند)، مورد هدف قرار دهند (چالوم<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). این نوع پیشگیری شامل آن دسته از تدابیر و اقدام‌هایی است که با مداخله در فرایند رشد افراد، بهبود شرایط زندگی و سالم‌سازی محیط اجتماعی و طبیعی، به دنبال حذف یا کاهش علل جرم‌زا و در نتیجه پیشگیری از بزهکاری است (نیازپور، ۱۳۸۳). به اعتقاد گسن این نوع پیشگیری به این دلیل پیشگیری اجتماعی گفته می‌شود که حاصل تجربیات پیشگیری مددکاران اجتماعی بدون مداخله پلیس و دادگستری و معطوف به مبارزه با ناسازگاری جوان بزهکار و محیط رشد آنان است (نجفی‌ابرنندآبادی، ۱۳۷۶). یکی از اهداف این نوع پیشگیری، کاهش یا از بین بردن علل جرم‌زا در محیط اجتماعی است و برای تغییر شرایطی که به وقوع بزهکاری در اجتماعات محلی و مسکونی کمک می‌کند، طراحی شده است، مانند: تأسیس مکان‌های تفریحی و پارک‌ها، تأسیس مراکز آموزشی، پرورشی، فرهنگی و ایجاد درآمدزایی و اشتغال‌زایی در محله‌ها، تقویت باورهای دینی از طریق فعال کردن مؤثر و مناسب مراکز مذهبی محلی، تشکیل پلیس محلی (عباچی، ۱۳۸۸). برنامه‌های پیشگیری در سطح اجتماعی از طریق سازمان‌های دولتی، حقوقی، دینی، مذهبی، مدنی و مجریان قانون، هنجارهای ضد مصرف مواد مخدر و رفتارهای اجتماعی مناسب را از طریق تغییر در سیاست و قانون‌گذاری، رسانه‌های گروهی و برنامه‌های افزایش سطح آگاهی عموم، تقویت می‌کنند. برنامه‌های پیشگیری در سطح اجتماعی باید از طریق وضع قوانین جدید و اجرای آن، اعمال محدودیت‌ها، تبلیغات و توسعه مدارس عاری از مواد مخدر برای خلق محیطی پاک و سالم‌تر و عاری از مواد اقدام کنند (طارمیان، ۱۳۸۳).

## روش

## جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که به روش پیمایشی انجام شده است. با توجه به موضوع مورد مطالعه جامعه آماری این پژوهش شامل مدیران و کارشناسان سازمان‌های متولی و اعضای شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر و کارشناسان مراکز ترک اعتیاد استان گلستان هستند که تعدادشان ۱۰۵۸ نفر است. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده و حجم نمونه ۳۶۹ نفر برآورد شد. توزیع فراوانی جامعه آماری و حجم نمونه به تفکیک سازمان‌ها، نهادها و دستگاه‌های مرتبط با موضوع، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی جامعه آماری و حجم نمونه به تفکیک سازمان‌های مرتبط

سازمان‌ها	حجم جامعه	حجم نمونه	سازمان‌ها	حجم جامعه	حجم نمونه
صدا و سیما	۸	۳	نیروی انتظامی	۸۹	۳۱
فرهنگ و ارشاد اسلامی	۱۱	۴	اداره دادگستری	۴۷	۱۶
کمیته امداد	۳۲	۱۱	استانداری و فرمانداری	۶۱	۲۱
هلال احمر	۱۰	۳	شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر	۱۴	۵
سازمان فنی و حرفه‌ای	۱۸	۶	اداره کل زندان‌ها	۱۰	۳
سازمان تبلیغات اسلامی	۱۰	۳	دانشگاه علوم پزشکی و مراکز تابعه	۳۴۳	۱۲۰
آموزش و پرورش	۲۸	۱۰	بهبیستی و مراکز تابعه	۳۶۸	۱۲۸
شهرداری‌ها و خانه‌های فرهنگ	۹	۹	جمع	۱۰۵۸	۳۷۳

با توجه به وجود آمار و آدرس دقیق، برای انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی نظام مند استفاده شد. گردآوری اطلاعات به دور روش اسنادی و میدانی انجام شد. برای تهیه پیشینه پژوهش و دستیابی به چارچوب نظری با استفاده از ابزار فیش برداری، اطلاعات لازم جمع‌آوری شد و در بخش میدانی، از پرسش‌نامه محقق ساخته، بهره گرفته شد.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه محقق ساخته: دارای ۵۶ پرسش بسته بود که با طیف پنج گزینه‌ای (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شدند. روایی آن از دو روش صوری و محتوایی تایید شد. برای اطمینان از برقرار بودن روایی محتوا، ابزار طراحی شده به ده نفر از متخصصان ارائه شد. پس از دریافت نظر متخصصان، ضریب نسبی روایی محتوایی<sup>۱</sup>، با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد.

$$CVR = \frac{nE - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

در این رابطه،  $N$  تعداد کل داوران و  $n$  تعداد داورانی است که گویه مورد نظر را مناسب می‌دانند. متخصصان برای ارزیابی گویه‌ها مقدار قابل قبول ۰/۶۲ برای ۱۰ ارزیاب را مناسب می‌دانند (حاجی‌زاده و اصغری، ۱۳۹۰). در محاسبه انجام شده مقدار ضریب نسبی روایی محتوایی برای تمام گویه‌ها بیشتر از ۰/۶۲ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی مناسب بود. در جدول ۲ نمونه‌ای از مقادیر به دست آمده ارائه شده است.

جدول ۲: ضریب CVR و مقدار مورد قبول تک تک گویه‌ها

شماره سؤالات	تعداد داوران	ضریب CVR	حداقل مورد قبول	شماره سؤالات	تعداد داوران	ضریب CVR	حداقل مورد قبول
۱	۱۰	۰/۹۶	۰/۶۲	۳۳	۱۰	۰/۸۰	۰/۶۲
۲	۱۰	۰/۸۰	۰/۶۲	۳۴	۱۰	۰/۸۲	۰/۶۲
۳	۱۰	۰/۸۲	۰/۶۲	۳۵	۱۰	۰/۸۸	۰/۶۲
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
۳۰	۱۰	۰/۷۸	۰/۶۲	۵۴	۱۰	۰/۷۸	۰/۶۲
۳۱	۱۰	۰/۹۴	۰/۶۲	۵۵	۱۰	۰/۷۸	۰/۶۲
۳۲	۱۰	۰/۹۶	۰/۶۲	۵۶	۱۰	۰/۹۸	۰/۶۲

همچنین میزان اعتبار پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آلفای کرونیباخ مولفه‌های مورد سنجش به وسیله پرسش‌نامه محقق ساخته

ردیف	متغیرها و شاخص‌ها	تعداد گویه	ضریب آلفا
۱	مدیریت پیشگیری از جرم	۱۲	۰/۸۱۳
۲	مدیریت پیشگیری اجتماعی	۱۹	۰/۹۳۶
۳	مدیریت پیشگیری وضعی	۲۳	۰/۹۵۶
۴	میزان مصرف مواد مخدر	۳	۰/۷۹۱

نتایج نشان می‌دهد که تمام متغیرها از آلفای بیش از ۰/۷ برخوردار بوده و این امر بیانگر برخوردار بودن متغیرهای پژوهش از اعتبار مناسب است.

### یافته‌ها

از مجموع ۳۷۳ پاسخگوی مورد مطالعه، بیش از ۹۰ درصد مرد و بیش از ۸۰ درصد آن‌ها دارای سطح تحصیلات کارشناسی و بیشتر بودند. همچنین بیشتر از ۷۵ درصد بیش از ۱۵ سال سابقه مدیریتی مستقیم در حوزه پیشگیری از جرم و مواد مخدر داشتند و به لحاظ توان مدیریتی، سطح تخصصی و قابلیت پاسخ‌گویی از تسلط کافی برخوردار بودند. از نظر بیشتر پاسخ‌گویان وضعیت مدیریت پیشگیری از جرایم مرتبط با مصرف مواد مخدر در سطح کم و متوسط بود. پاسخ‌گویان معتقد بودند مدیریت پیشگیری اجتماعی جرایم مرتبط با مصرف مواد مخدر، توفیق‌چندانی نداشته و مدیریت پیشگیری وضعی جرایم مرتبط با مصرف مواد مخدر شرایط بهتر از پیشگیری اجتماعی داشته ولی در حد متوسط ارزیابی شده است. پاسخ‌گویان معتقد بودند، شورای هماهنگی مبارزه با مصرف مواد مخدر از موفقیت نسبی برخوردار بوده و نظر غالب پاسخ‌گویان بر این بود که میزان گرایش افراد به مصرف مواد مخدر افزایش یافته و این نتیجه نمی‌تواند انتظارات اعضای شورای هماهنگی مبارزه با مصرف مواد مخدر را برآورده سازد. در رتبه‌بندی وضعیت مصرف مواد دخانی و مخدر در استان گلستان، رتبه اول قلیان (دخانی) و سپس سیگار (دخانی) و در مراتب بعدی تریاک، شیشه و ترامادول قرار داشت.

پیش از بررسی فرضیه‌های پژوهش، ابتدا نرمال بودن داده‌ها بر اساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف مطابق جدول ۴ بررسی شد.

**جدول ۴: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع**

ردیف	متغیرها	آماره Z	معناداری
۱	مدیریت پیشگیری از جرم (مصرف مواد مخدر)	۱/۶۳۷	۰/۱۴۱
۲	مدیریت پیشگیری اجتماعی از جرم (مصرف مواد مخدر)	۱/۲۷۶	۰/۱۶۱
۳	مدیریت پیشگیری وضعی از جرم (مصرف مواد مخدر)	۱/۰۲۶	۰/۱۷۹
۴	میزان مصرف مواد مخدر	۱/۸۸۱	۰/۱۰۵

بر مبنای نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف، همه متغیرهای مورد مطالعه، دارای توزیع نرمال هستند. آماره‌های توصیفی پاسخ‌گویان نسبت به مدیریت پیشگیری از جرم و مصرف مواد مخدر در جدول ۵ ارائه شده است.

**جدول ۵: ارزیابی نظر پاسخ‌گویان نسبت به مدیریت پیشگیری از جرم و مصرف مواد مخدر**

گزینه‌ها	پیشگیری از جرم (%)	پیشگیری اجتماعی از جرم (%)	پیشگیری وضعی از جرم (%)	گرایش به مصرف مواد مخدر (%)
خیلی کم	۵/۸	۱۰/۳	۷/۶	۳/۵
کم	۳۷/۶	۳۳/۹	۱۸/۷	۳/۵
متوسط	۳۸/۷	۳۶/۲	۴۳/۹	۵۰/۳
زیاد	۱۳/۹	۱۴/۴	۲۶/۳	۳۹/۹
خیلی زیاد	۴	۵/۲	۳/۵	۲/۹

مقایسه درصد‌های یادشده نشان می‌دهد بیشتر پاسخ‌گویان مورد مطالعه (۴۳/۴ درصد) در ارزیابی نسبت به مدیریت پیشگیری از جرم (مصرف مواد مخدر) در ستون دوم به گزینه‌های کم و خیلی کم و در ارزیابی نسبت به مدیریت پیشگیری اجتماعی از جرم (مصرف مواد مخدر) در ستون سوم به گزینه‌های کم و خیلی کم (۴۴/۲ درصد) نظر داده‌اند. بنابراین وضعیت مدیریت پیشگیری از جرم و مدیریت پیشگیری اجتماعی از جرم ضعیف ارزیابی شده است. همچنین بیشتر پاسخ‌گویان (۴۳/۳ درصد) در ارزیابی نسبت به مدیریت پیشگیری وضعی از جرم مصرف مواد مخدر در ستون چهارم و در ارزیابی نسبت به گرایش به مصرف مواد مخدر در ستون پنجم به گزینه‌های متوسط نظر داده‌اند. بنابراین

وضعیت مدیریت پیشگیری وضعی از جرم و نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر در حد متوسط ارزیابی شده است.

به منظور بررسی فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر این که: «مدیریت پیشگیری از جرم بر مصرف مواد مخدر تاثیر دارد»، از رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام استفاده شد که نتایج آزمون فرضیه پژوهش در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶: جدول ضرایب رگرسیون مصرف مواد مخدر بر اساس مدیریت پیشگیری از جرم

متغیرهای پیش‌بین	R	B	خطای استاندارد	استاندارد خطا	استاندارد بتا	آماره t معناداری
مقدار ثابت	-	۷/۱۲۹	۰/۵۳۶	-	-	۱۳/۲۹۹
مدیریت پیشگیری از جرم مصرف مواد مخدر	۰/۰۵	۰/۰۲۰	۰/۱۷۰	۰/۱۷۰	۰/۱۷۰	۲/۴۸۷
مدیریت پیشگیری اجتماعی از جرم مصرف مواد مخدر	۰/۳۴۵	۰/۰۲۹	۰/۰۱۳	۰/۱۷۳	۰/۱۷۳	۲/۳۲۵
مدیریت پیشگیری وضعی از جرم مصرف مواد مخدر	۰/۰۴۳	۰/۰۰۹	۰/۰۰۹	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	۵/۰۲۰

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد که مقدار ضریب همبستگی چند گانه متغیرهای مستقل با متغیر وابسته (مصرف مواد مخدر) برابر ۰/۳۴۵ می‌باشد. همچنین ترتیب شدت تأثیر گذاری به شرح زیر است: مدیریت پیشگیری وضعی از جرم با مقدار ضریب بتا ۰/۳۳۳، مدیریت پیشگیری از جرم با مقدار ضریب بتا ۰/۱۷۳ و مدیریت پیشگیری اجتماعی از جرم با مقدار ضریب بتا ۰/۱۷۰ است.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است اگرچه برنامه‌های مدیریت پیشگیری از جرم تا حدودی در پیشگیری از جرایم مرتبط با مصرف مواد مخدر موثر بوده اما با تامل در سطوح مختلف این برنامه‌ها، مشخص می‌شود عوامل مؤثر در پیشگیری اجتماعی و راه‌های تحقق آن باید بازنگری و با نگاهی نو، به عوامل تأثیر گذار در جامعه تبدیل شوند. در ضمن، نتایج نشان داد که مدیریت پیشگیری وضعی از جرم بالاترین تاثیر را در

پیشگیری از مصرف مواد مخدر دارد و مدیریت پیشگیری اجتماعی از جرم کمترین تاثیر را در مصرف مواد مخدر دارد. این نتایج نشان‌دهنده آن است که در حوزه مدیریت پیشگیری از جرم اگرچه اقداماتی از قبیل تنظیم سند و برنامه در سازمان و نهادهای عضو شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر با رویکرد پیشگیری از مصرف مواد مخدر انجام شده و همچنین برنامه‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت برای عملیاتی شدن برنامه‌ها تدوین شده‌اند اما در ارزیابی عملکرد به عمل آمده، به دلیل ناهماهنگی بین سازمان‌ها، نداشتن مسئول مقتدر و پاسخ‌گو برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر، نداشتن امکانات سخت‌افزاری - نرم‌افزاری (برنامه‌ها و خط‌مشی سازمان‌های متولی) برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر، برنامه‌های کنترلی و نظارتی متناسب با امکانات و ظرفیت‌های موجود در سازمان‌ها با رویکرد پیشگیری از مصرف مواد مخدر، تنظیم نشده، ضمن اینکه در عمل امکان سنجش موفقیت سازمان‌ها و نهادهای متولی در پیشگیری از مصرف مواد مخدر به سختی امکان‌پذیر است. این در شرایطی است که برخی از برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد مخدر صوری و تبلیغاتی است در حالی که زمینه‌های مختلفی برای آموزش و افزایش کسب مهارت نه گفتن در جامعه توسط جوانان، آموزش و کسب مهارت ارتباط مؤثر و سازنده با دیگران برای جلوگیری از انزوای فردی و روی آوردن به مواد مخدر، ارائه آموزش‌های غیرمستقیم در کتب درسی مدارس با رویکرد پیشگیری از مصرف مواد مخدر، ارائه آموزش‌های غیرمستقیم در کتب درسی دانشگاهی با رویکرد پیشگیری از مصرف مواد مخدر، آشنانمودن نوجوانان و جوانان با مضرات و آسیب‌های مصرف مواد مخدر و ایجاد اماکن مناسب گذراندن اوقات فراغت در حوزه مدیریت پیشگیری اجتماعی قابل تصور است. در مجموع با تطبیق نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های گذشته، یافته‌های پژوهش مشکی و اصلی‌نژاد (۲۰۱۳) مبنی بر تفاوت رفتارهای پیشگیری‌کننده از سوء مصرف مواد، در دو گروه آزمون و گواه، موید یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر وجود رابطه بین مدیریت پیشگیری اجتماعی با جلوگیری از سوء مصرف مواد مخدر است. همچنین با توجه به نتایج پژوهش منصورآبادی و ابراهیمی (۱۳۸۷)، مبنی بر فقدان قانون مشخص در خصوص مدیریت پیشگیری از جرم، پراکندگی و تعدد

نهادهای متولی پیشگیری از جرم در ایران، ناهماهنگی بین نهادهای ذی ربط و نیز نبود یک سیاست علمی، هماهنگ و سنجیده در این زمینه که موجبات هدر رفتن امکانات و ظرفیت‌های سازمان‌ها و نیز خنثی شدن فعالیت‌های بخش‌های مختلف سیاست جنایی در خصوص پیشگیری از جرم شده است. هرچند در پژوهش حاضر نقش مدیریت پیشگیری بر جرم مصرف مواد مخدر دارای رابطه‌ی معناداری است؛ ولی نتایج به دست آمده ضعیف بودن توفیق در برنامه‌ریزی و مدیریت پیشگیرانه را تأیید کرد. از این جهت یافته‌های هر دو پژوهش با یکدیگر همسو هستند. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر موفقیت پایین سیاست‌ها و برنامه‌های ابلاغی پیشگیری از جرم در جلوگیری از مصرف مواد با یافته‌های پژوهش‌های پیتون و همکاران (۲۰۰۰) و دیوانی و همکاران (۲۰۰۶) همراستا است.

با توجه به کاربردی بودن پژوهش حاضر، پیشنهادهایی حاصل از نتایج پژوهش، قابل ارائه است. پیشنهاد می‌شود مسئولان و برنامه‌ریزان استان گلستان ضمن تنظیم سند و برنامه عملیاتی در سازمان و نهادهای عضو شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر با رویکرد پیشگیری از مصرف مواد مخدر، به میزان واقعی بودن و امکان عملیاتی شدن برنامه‌ها و همچنین میزان استفاده از امکانات نرم‌افزاری (برنامه‌ها و خط مشی سازمان‌های متولی) توجه کنند و به صورت سالانه میزان پیشرفت در هر یک از شاخص‌ها سنجیده شود و دلایل ارزیابی منفی احتمالی احصا شده، و مورد واکاوی قرار گیرد تا بسترهای موفقیت مدیریت پیشگیری از جرم فراهم شود. همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد هرچقدر شاخص‌های افزایش فرصت‌های شغلی و کاهش بیکاری در جامعه بهبود یابد، مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها کاهش خواهد یافت. پیشنهاد می‌شود مدیران حوزه پیشگیری از جرایم، نسبت به ایجاد فرصت‌های شغلی برای جوانان و رفع معضل بیکاری، افزایش مکان‌های مناسب ورزشی، تفریحی و فرهنگی به منظور پر کردن اوقات فراغت جوانان و ارائه آموزش‌های غیرمستقیم در کتب درسی برای آشنایی با اثرات سوء مصرف مواد مخدر، اهتمام ورزند. با توجه به وجود تأثیر پیشگیری وضعی از جرایم بر پیشگیری از مصرف مواد و وضعیت مناسب مدیریت این حوزه، لازم است مسئولان و برنامه‌ریزان ضمن تلاش برای افزایش بکارگیری ظرفیت نگهبان محله و شرکت‌های مراقبتی و تامینی



در محلات، از ورود پیش‌سازهای شیمیایی مواد مخدر صنعتی جلوگیری کنند و با تقویت وضع موجود و افزایش توانمندی مدیریت پیشگیری وضعی، در راستای کاهش مصرف مواد مخدر تلاش نمایند.

## منابع

اسدافروز، محمدتقی (۱۳۸۷). *ریشه‌یابی اعتیاد و ترک ماده مخدر*. چاپ اول، تهران: انتشارات کوشا مهر.

الوانی، مهدی (۱۳۸۵). *مدیریت عمومی*. تهران: انتشارات نی.

بیات، بهرام؛ شرافتی‌پور، جعفر و عبدی، نرگس (۱۳۸۷). *پیشگیری از جرم با تکیه بر رویکرد اجتماع‌محور*. تهران: اداره کل مطالعات اجتماعی معاونت اجتماعی نیروی انتظامی.

حاجی‌زاده، ابراهیم و اصغری، محمد (۱۳۹۰). *روش‌ها و تحلیل‌های آماری با نگاه به روش تحقیق در علوم زیستی و بهداشتی*. چاپ اول. تهران: جهاد دانشگاهی.

خسروی، عزت‌الله (۱۳۹۲). *تحلیل چرایی ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی گرایش جامعه‌شناسی دانشگاه اصفهان.

دادگستری استان گلستان (۱۳۹۶). *گزارش سالانه دادگستری استان گلستان*.

رجبی، ابراهیم (۱۳۸۸). *پلیس و حقوق شهروندی*. تهران: انتشارات مرکز تهیه و توزیع منابع آموزشی دانشگاهی.

طارمیان، فرهاد (۱۳۸۳). *بحث ویژه: پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان و نوجوانان (راهنمای متکی بر پژوهش)*. فصلنامه *اعتیاد‌پژوهی*، ۲(۶)، ۱۵۶-۱۴۳.

عباسی، مریم (۱۳۸۸). *پیشگیری از بزه‌دیدگی مکرر کودکان با تأکید بر نقش پلیس: پیشگیری از تکرار جرم و تکرار بزه‌دیدگی*. مجموعه مقالات ارائه شده در نخستین همایش ملی پیشگیری از جرم. تهران: مرکز تحقیقات کاربردی پلیس پیشگیری و معاونت تربیت و آموزش نیروی انتظامی.

کوثری، مسعود (۱۳۸۲). *آنومی اجتماعی و اعتیاد به مواد مخدر*. فصلنامه *اعتیاد‌پژوهی*، ۲(۵)، ۳۰-

کلکوهن، ایان (۱۳۸۷). طراحی عاری از جرم. ایجاد مناطق امن و پایدار. ترجمه مهرداد رایجیان اصلی، تهران: میزان.

گسن، ریمنوند (۱۳۸۵). جرم‌شناسی. ترجمه مهدی کی‌نیا، تهران: نشر داد گستر.

محبوبی منش، حسین (۱۳۸۲). اعتیاد مردان، تهدیدی علیه زن و خانواده. فصل‌نامه شورای فرهنگی. اجتماعی زنان، ۶(۲۲)، ۹۰-۶۷.

محمدرضایی، علی‌اکبر (۱۳۹۵). بررسی میزان آگاهی گروه‌های مرتبط با معنادان از مداخلات درمان، کاهش آسیب و حمایت‌های اجتماعی در استان گلستان. شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان گلستان.

محمدنسل، غلامرضا (۱۳۸۷). پلیس و سیاست پیشگیری از جرم (مجموعه مقالات). تهران: مرکز تحقیقات کاربردی پلیس پیشگیری نیروی انتظامی.

محمدی، محمدعلی و شیانی، ملیحه (۱۳۸۶). عوامل راهبردی پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر: برنامه مدرسه محور. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۶(۲۵)، ۸۳-۵۹.

منصورآبادی، عباس و ابراهیمی، شهرام (۱۳۸۷). تحولات مدیریت پیشگیری از جرم. فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم، ۳(۸)، ۳۸-۶.

نجفی ابرندآبادی، علی حسین (۱۳۷۶). روابط میان پیشگیری وضعی و کنترل بزهکاری. تحقیقات حقوقی، ۱(۱۲۲)، ۴۳-۳۳.

نجفی ابرندآبادی، علی حسین (۱۳۸۳). پیشگیری عادلانه از جرم. تهران: انتشارات سمت.

نظریور، محمود؛ پوزش، شهیندخت؛ رئوفی، محمدباقر؛ صداقت، کامران؛ نظری، مهدی؛ امینی، الهه و پورسیف، ارسلان (۱۳۸۸). اثر کارگاه مهارت‌های زندگی در تغییر نگرش و آگاهی نسبت به سوء مصرف مواد در دانشجویان. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۱(۴)، ۸۳-۸۶.

نیازپور، امیرحسن (۱۳۸۳). حقوق پیشگیری از بزهکاری در ایران. مجله حقوقی دادگستری (۴۸ و ۴۹)، ۲۲۶-۱۶۹.

Chalom, M., & Léonard, L., Vanderschueren, F., Vézina, C. (2001). *Urban Safety and Good Governance: The Role of the Police*. United Nations Center for Human Settlements and International Center for the Prevention of Crime. Retrieved at: [www.crime-prevention-intl.org](http://www.crime-prevention-intl.org).

Devaney, E., O'Brien, M. U., Resnik, H., Keister, S., & Weissberg, R. P. (2006). Sustainable schoolwide social and emotional learning (SEL):

- Implementation guide and toolkit. *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (NJ3)*. ISBN: ISBN-978-1-9336-4600-8.
- Elias, M. J., & Kress, J. S. (1994). Social decision making and life skills development program: A critical thinking approach to health promotion in the middle school. *The Journal of school health*, 64(2), 62-66.
- Griffith, J. S. (1999). DARE-ing to be Different? A drug prevention and life skills education programme for primary schools. *Early child development and care*, 158(1), 95-105.
- Moshki, M., & Aslinejad, M. A. (2013). The Life Skills Training and Preventive behaviors of Substances Abuse among University Students: A Longitudinal Study. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*, 3(3), 194-201.
- O'Malley, P., & Sutton, A. (1997). *Crime prevention in Australia: Issues in policy and research*. Federation Press.
- Palmry, I. (2001). *Social Crime Prevention in South Africa's Major Cities*. Centre for Study of Violence and Reconciliation. Retrieved at: [www.csvr.org](http://www.csvr.org).
- Payton, J. W., Wardlaw, D. M., Graczyk, P. A., Bloodworth, M. R., Tompsett, C. J., & Weissberg, R. P. (2000). Social and emotional learning: A framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children and youth. *Journal of school health*, 70(5), 179-185.
- Tonry, M., & Farrington, D. P. (1995). Strategic approaches to crime prevention. *Crime and Justice*, 19, 1-20.
- Van Dijk, J., & De Waard, J. (1991). *A two-dimensional typology of crime prevention projects: With a bibliography*. Paper presented at the Criminal Justice Abstracts.



## مطالعه پدیدارشناسانه بسترهای اعتیاد به مواد مخدر در زنان

حلیمه عنایت<sup>۱</sup>، داریوش غفاری<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۳

### چکیده

**هدف:** گزارش‌های رسمی نشان می‌دهد علاوه بر افزایش روزافزون مصرف مواد مخدر در کشور، روند اعتیاد از تک جنسیتی به سمت دوجنسیتی می‌رود. عوامل متعددی در سبب شناسی سوء مصرف و اعتیاد مؤثر است که در تعامل با یکدیگر به شروع مصرف و سپس اعتیاد منجر می‌شود. هدف این مطالعه تبیین تجربه زیسته زنان مصرف کننده مواد مخدر صنعتی در شهر کرمانشاه است. **روش:** روش این تحقیق، کیفی از نوع پدیدارشناسی است. جامعه آماری زنان مصرف کننده مواد مخدر صنعتی در شهر کرمانشاه است. ۲۵ نفر نمونه به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق استفاده شده است. **یافته‌ها:** از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۴ مقوله مفهومی اصلی به دست آمد. علل اعتیاد در قالب مقوله اصلی تسهیل گره‌های فردی و محیطی اعتیاد، دریافت احساسی از مصرف مواد با عنوان مقوله اصلی پیوستار احساسی، پیامدهای اجتماعی اعتیاد در قالب مقوله اصلی تنبیه جامعه و مقوله علل پیشگیری ناموفق در قالب مفهوم اصلی اصلاح و درمان کم دوام به دست آمد. **نتیجه گیری:** بر اساس نتایج پژوهش با توجه به پیچیدگی موضوع، شرایط مبارزه کنونی تحت عنوان کاهش عرضه خیلی جواب گو نیست. باید روش کاهش تقاضا، برنامه‌های آموزشی، برنامه‌های اقتصادی برای تغییر، بازنگری در قوانین و برنامه‌های پیشگیری و تقویت برنامه‌های حمایتی جهت ارتقاء زنان مدنظر قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** پدیدارشناسی، تجربه زیسته، اعتیاد، زنان، مواد مخدر

۱. استاد گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۲. نویسنده مسئول: دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران، پست الکترونیک: darghafari@yahoo.com

## مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر امروزه از طریق اثرات مخرب خود بر سلامت افراد، هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی گزافی را به جوامع تحمیل می‌کند؛ به طوری که به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است. مواد مخدر به مثابه وضعیتی خاص، پدیده نسبتاً جدیدی است که از اواخر قرن ۱۸ و اوایل قرن ۱۹ میلادی شناخته شده است (حاجلی، زکریایی و حجتی کرمانی، ۱۳۸۹). امروزه کمتر کشوری در دنیا وجود دارد که مهم‌ترین و یکی از عمده‌ترین مشکلاتش، مسئله مواد مخدر و اعتیاد نباشد. سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی انباشت سلاح کشتار جمعی، آلودگی محیط‌زیست، فقر و شکاف طبقاتی از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش قرار می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). بر اساس آخرین گزارش منتشر شده از سوی دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان آمار مصرف کنندگان مواد مخدر حدود ۲۵۵ میلیون نفر تخمین زده شده که در سنین ۱۵ تا ۶۴ ساله قرار دارند. همچنین بر اساس گزارش مرکز مطالعات سنجش میزان تحمل بیماری در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۷ میلیون سال زندگی سالم از افراد مصرف کننده مواد مخدر به علت اختلالات جسمی و روحی به هدر رفته است (دفتر جهانی مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۱۷)

از جمله مشکلاتی که در عصر حاضر، دامن گیر کشور ما شده افزایش روزافزون مصرف مواد مخدر می‌باشد که به صورت پدیده اجتماعی معضل آفرین جلوه گر شده است. شمار مصرف کنندگان مواد مخدر و معتادان سیر صعودی دارد. با وجود کوشش‌های فراوان در مبارزه با اعتیاد به مواد مخدر، این پدیده مهار نشده و شاهد گسترش روزافزون شیوع اعتیاد در همه اقشار هستیم (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۵). گزارش‌های اخیر سازمان ملل در مورد جنسیت و سوء مصرف مواد مخدر نشان می‌دهد حدود ۱۰ درصد از مصرف کنندگان مواد مخدر را زنان تشکیل می‌دهند (دفتر جهانی مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۱۷). اعتیاد در زنان محدوده بسیار وسیعی را پوشش می‌دهد از الکل و وابستگی به

داروهای غیرمجاز گرفته تا استعمال دخانیات، قمار، روابط جنسی و ... اما مصرف الکل و داروهای غیرمجاز فراگیرتر و مشکل آفرین تر است (دفتر جهانی مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۱۷).

در ایران هم روند اعتیاد از تک جنسیتی به سمت دو جنسیتی می‌رود و شاهد روند زنانه شدن اعتیاد هستیم؛ اگرچه بخشی از اعتیاد زنان به دلیل برچسب‌هایی که در جامعه به یک زن معتاد زده می‌شود پنهان مانده و بخش قابل ملاحظه‌ای از جمعیت معتادان زن کشور در آمار گنجانده نمی‌شود. آمار دقیقی از میزان جمعیت زنان معتاد کشور وجود ندارد اما بر اساس برخی پژوهش‌ها ۱۰ درصد از معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۶). زنان معتاد در جامعه آسیب‌پذیرتر از مردان هستند زیرا مصرف مواد در زنان اغلب با آسیب‌های اجتماعی دیگری همچون فرار از خانه، روسپیگری و فقر توأم است (موسوی، شمس‌الدینی و منصوری، ۱۳۹۴). فرزندان به‌خصوص دختران خانواده، در نتیجه همانندسازی با مادر، دچار انحراف و پیامدهای جبران‌ناپذیری می‌شوند. بدین لحاظ مهم‌ترین عارضه اجتماعی اعتیاد زنان، متلاشی شدن خانواده است (خادمی، لقایی و علیخانی، ۱۳۸۸). بچه‌های که با مادر معتاد زندگی می‌کنند ضربه‌های روانی شدیدی را تجربه کرده از مشکلات عدیده و پیچیده‌ای رنج می‌برند (لو مبارد، پالین و سوابی، ۲۰۱۷). هرچند میزان زندگی با والدین معتاد طولانی‌تر باشد بیشتر دچار بیماری‌های جسمی (سوء تغذیه) و اختلالات عصبی می‌شوند (نی‌گارد، موو، اسلینینگ و ول‌هد، ۲۰۱۵). زنان معتاد در واقع گرایش دارند تا از طریق روابط نزدیک و صمیمانه با مواد مخدر آشنا شوند که این امر می‌تواند به‌طور بالقوه نتایج مصیبت‌باری برای سلامتی آنان در برداشته باشد. شایع‌ترین ضربه روحی تجربه‌شده توسط مردان، از طریق تهاجم و ضرب و شتم افراد همسال معتاد آنان بوده است. در حالی که زنان بیشترین قربانی رفتارهای جنسی ناخواسته بوده‌اند (غفاری، ۱۳۹۵). در زنان نسبت به مردان، مشکلات بهداشتی و سلامت مرتبط با مصرف سریع‌تر شکل می‌گیرد (زویاک، و همکاران، ۲۰۰۶). بر اساس آمارهای

جهانی، اعتیاد زنان عوارض خطرناک تری نسبت به مردان ایجاد می‌کند. به‌عنوان مثال فاصله زمانی اولین تجربه به مصرف مواد تا تزریق مواد در زنان به‌طور متوسط دو سال و در مردان هشت سال است. بدین ترتیب زنان شش سال زودتر از مردان به وابستگی شدید کشیده می‌شوند. طبعاً درمان سخت‌تر و عوارض جسمی، روانی و اجتماعی آن به مراتب بیشتر است (نوری، ۱۳۸۹).

سیکو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در یک بازنگری، سامانه‌های شبکه اجتماعی را به‌عنوان یک عاملی مهم در سبب‌شناسی اعتیاد به سیگار معرفی کرده است. سانتیوس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه را با تداوم مصرف مواد مرتبط دانسته‌اند. پیکو<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی سبک فرزندپروری اقتدارگرا را عامل مهمی در مصرف سیگار و مشروب الکلی دانسته‌اند. هوریجیان<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای عنوان داشته‌اند که سوء مصرف مواد توسط والدین رابط گرایش فرزندان به اعتیاد می‌شود. در پژوهش‌های کیفی در دسترس، راکز<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) به نقش کنجکاوای در گرایش به مصرف مواد مخدر اشاره کرده است. اسچفر<sup>۶</sup> (۲۰۱۱) در یک پژوهشی کیفی کارکرد ناسالم خانواده و نقش عملکردی خانواده را علل اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان معرفی می‌کند. فرداریکس<sup>۷</sup> (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای کیفی به ارتباط بین کیفیت زندگی و اعتیاد به مواد مخدر در زنان اشاره کرده است. محسنی و قادری (۱۳۸۹) در یک پژوهش کیفی باورهای عامیانه و خرده‌فرهنگ‌ها را علل گرایش به مواد مخدر دانسته‌اند. گروسی و دولت‌آبادی (۱۳۹۰) هم در یک پژوهش کیفی به بررسی تجربه زیسته زنان در شهر ساری پرداخته‌اند و علل گرایش زنان به اعتیاد را در مثلث خانواده، فرد و اجتماعی عنوان کرده‌اند. مدبرنیا و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای کیفی علل اعتیاد را انگیزاننده‌های درونی و مشوق‌های بیرونی معرفی کرده‌اند. ضحی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی کیفی

1. Seco  
2. Santucci  
3. Piko  
4. Horigian

5. Racz  
6. Schafer  
7. Fredericks



به بررسی تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران پرداخته‌اند این مطالعه علل اعتیاد را در سه تم اصلی خانواده آسیب‌زا، شرایط فردی و ازدواج ناموفق بیان کرده است.

از نگاهی دیگر اگر انسان را محور توسعه قرار دهیم. اعتیاد و مواد مخدر برنامه توسعه‌ای که منجر به ارتقای انسان می‌شود را با مشکل مواجه می‌سازد و جامعه را دچار انحطاط می‌کند. این در حالی است که در ایران همچون بقیه جوامع نیمی از جمعیت کشور و به عبارتی نیمی از سرمایه انسانی را زنان تشکیل می‌دهند. زنان با توجه به نقش چندبعدی در عرصه اجتماع و خانواده و به واسطه ویژگی خلقی و سرشتی، نقش محوری را در خانواده و جامعه ایفا می‌کنند. سلامتی فکری، جسمی و ثبات روحی زنان می‌تواند در سلامت روح و روان کودکان، همسران و جامعه نقش بسزایی داشته باشد. صرف نظر از نوعی فقر شناخت، ضعف تمهید و تدبیر استراتژیک و فقدان رویکردی فراگیر و مبتنی بر «تعیین چندجانبه» جستجوی علل و عوامل متنوع در پس این پدیده، فقدان بررسی تفاوت‌های جنسیتی در خصوص اعتیاد مسائل پیرامون آن، لزوم توجه به این مسئله را ضروری می‌سازد. عوامل متعددی در سبب شناسی سوء مصرف و اعتیاد مؤثر است که در تعامل با یکدیگر به شروع مصرف و سپس اعتیاد منجر می‌شود (کلاندر، ۲۰۰۶). در این مطالعه با روش پدیدارشناسی به بررسی تجربه زیسته زنان مصرف کننده مواد مخدر صنعتی از پدیده اعتیاد در شهر کرمانشاه پرداخته شده است تا تبیینی از اعتیاد زنان به دست آید. اگرچه در استان کرمانشاه هم متأثر از کشور آمار خیلی دقیقی وجود ندارد آمار اعتیاد در استان کرمانشاه هم به شکل نگران کننده‌ای بالاست (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۵).

نگاهی به تحقیقات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که موضوع اعتیاد زنان به مواد مخدر عمدتاً با رویکرد کمی و در برخی موارد با رویکرد کیفی مورد بررسی قرار گرفته است. به نظر می‌رسد به طور فزاینده‌ای با منظر و بافت‌های جدید روبرو هستیم که تأکید بر یک روش خاص پاسخگویی آن نیست و از سوی دیگر ماهیت پیچیده انحرافات از جمله مسئله مواد مخدر، ایجاب می‌کند که از روش‌های مختلفی استفاده شود. به نظر می‌رسد در مقابل تغییرات سریع قرن حاضر و پیچیدگی آسیب‌های اجتماعی، روش‌های سنتی قیاسی یعنی

استنتاج پرسش‌ها و فرضیه‌های پژوهشی از مدل‌های نظری و آزمون آن‌ها در برابر شواهد تجربی از تشخیص و تمایز و تبیین کامل مسائل اجتماعی عاجز بوده است. به طوری که هنوز پس از حدود چهار دهه که از عمر مبارزه با مواد مخدر در ایران می‌گذرد؛ دقیقاً پاسخ این سوالات مشخص نیست که چه تعداد معتاد داریم و کدام یک از متغیرها تبیین‌کننده ترند؟ چرا اشکال نوظهور اعتیاد رو به تزاید است؟ بنابراین با توجه به پیچیدگی موضوع و به منظور بررسی ابعاد وسیع تری و آشکار شدن زوایای پنهان و سازگاری موضوع با روش کیفی و پاسخ به سوالات مطرح شده درباره پدیده اعتیاد باید به گونه‌ای فزاینده از راهبردی‌های استقرایی و روش‌های کیفی استفاده شود. این پژوهش تبیین تجربه زیسته زنان مصرف‌کننده مواد مخدر صنعتی از پدیده اعتیاد هست. لذا این مطالعه به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر است.

- ۱- علل روآوری زنان به مواد مخدر؟؛ ۲- تجربه احساسی از اعتیاد چگونه است؟؛ ۳- پیامدهای اجتماعی برای زنان معتاد پس از گرفتار شدن در دام اعتیاد چگونه بروز می‌کند؟؛ ۴- چرا زنان علاقه‌ای به ترک اعتیاد ندارند؟؛ ۵- چرا زنان پس از ترک، دوباره شروع به مصرف می‌کنند؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این تحقیق کیفی از نوع پدیدارشناسی است. در روش پدیدارشناسی هدف اصلی از خلق یک توصیف جامع از پدیده تجربه‌شده برای دستیابی به درک ساختار ذاتی آن، تا ارائه مفهوم تفسیری از درک پدیده (بیش از توصیف آن) است. پدیدارشناسی، اساساً مطالعه تجربه زیسته یا جهان زندگی است. پدیدارشناسی به جهان، آن‌چنان که به وسیله یک فرد زیسته می‌شود، نه جهان یا واقعیتی که چیزی جدای از انسان باشد، توجه می‌شود. این پرسش را مطرح می‌سازد که "تجربه زیسته چه نوع تجربه‌ای است؟" زیرا پدیدارشناسی می‌کوشد معانی را آن‌چنان که در زندگی روزمره زیسته می‌شوند، آشکار نماید (چناری، ۱۳۸۵). جهان زندگی، همان تجربه‌ای است که بدون تفکر ارادی و بدون متوسل شدن به طبقه‌بندی کردن یا مفهوم‌سازی، حاصل می‌شود. معمولاً شامل آن

چیزهایی است که مسلم دانسته می‌شوند یا متداول هستند. هدف مطالعه جهان زندگی، بازبینی تجارب بدیهی پنداشته شده و آشکار ساختن معانی جدید و یا مغفول مانده است (پل گینگ هرن، ۱۹۸۳).

جامعه پژوهش در این تحقیق زنان معتاد به مواد مخدر صنعتی در شهر کرمانشاه بودند. در تحقیق کیفی، نمونه‌گیری هدفمند است. بر اساس این رویه در مورد شرکت کنندگان در این پژوهش با کمک مطلعین و مصرف کنندگان اولیه حجم نمونه انتخاب شد و محقق با انجام مصاحبه با ۲۵ نفر از مصرف کنندگان مواد مخدر صنعتی در شهر کرمانشاه به اشباع داده‌ها رسید. ملاک‌های شمول و خروج عبارت بودند از: اعتیاد به یکی از مواد مخدر صنعتی حداقل طی یک سال گذشته، توانایی جسمی و روحی برای همکاری در پژوهش، زن یا دختر بودن. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل کسب رضایت کامل، ناشناس ماندن، حق انصراف از شرکت در تحقیق در هر زمان، رفتار محترمانه با مشارکت کنندگان، محرمانه بودن اطلاعات، حق اظهارنظر، و حفاظت از داده‌ها بود.

## روش اجرا

در این تحقیق برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق و بدون ساختار و به صورت چهره به چهره استفاده شد. مصاحبه عمیق کمک می‌کند تا محقق به همه زوایای پنهان پی ببرد. در مصاحبه عمیق، جامعه پژوهشگر برای کشف موضوع مورد مطالعه خود چندتم اصلی را محور مصاحبه قرار داده و مبنای آن سؤالات را از مصاحبه‌شوندگان می‌پرسد. همچنین می‌تواند چارچوبی از پیش تعیین شده نداشته باشند و به مقتضای پژوهش و فرد مورد مصاحبه شرایط زمانی و مکانی انجام مصاحبه تغییر کند. آنچه دارای اهمیت است گردآوری داده‌های مرتبط با موضوع به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از خلال فرایند مصاحبه است. ابتدا به مشارکت کنندگان توضیح داده شد که مصاحبه‌ها به منظور استفاده به‌عنوان داده‌های موردنیاز انجام یک تحقیق اجتماعی است. بنابراین رضایت‌نامه کتبی آنان برای مصاحبه کسب شد. به آنان اطمینان خاطر داده شد که ملاحظات اخلاقی رعایت خواهد

شد و مشخصات آنان نزد محقق محرمانه خواهد ماند. مصاحبه ابتدا با یک سؤال کلی در مورد علل اعتیاد آغاز و با ارائه سوالات تکمیلی ادامه یافت.

مشارکت کنندگان بر اساس اهداف پژوهش و تجربه مصرف مواد انتخاب شدند. ابتدا با آنان هماهنگی و زمان مناسب برای مصاحبه‌ها مشخص شد. سپس مصاحبه‌ها آغاز، مشارکت کنندگان بر اساس تمایل، به صورت شفاهی و کتبی به بیان دیدگاه‌های خود در مورد موضوع مورد مطالعه پرداختند. تمام مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در مکان مورد نظر مشارکت کننده و در فضایی مناسب انجام شد. به منظور کیفیت بهتر مصاحبه‌ها و اطمینان خاطر مشارکت کننده، به آنان یادآوری شد که هر وقت تمایل داشتند می‌تواند مصاحبه را قطع کنند یا از جواب دادن صرف نظر کنند. با کسب رضایت از مصاحبه‌شوندگان تمام گفتگوی آنان ضبط شده و روی کاغذ پیاده شد. به طور کلی مدت هر مصاحبه حدود ۸۰ تا ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید.

### یافته‌ها

تحلیل داده‌ها در تحقیق پدیدارشناسی همچون تحقیقات کیفی یک الگوی منظمی از تکرار جمع‌آوری و تحلیل همزمان داده‌هاست. این الگو اغلب مراحل از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل، جمع‌آوری، تحلیل و ... تا اشباع داده‌ها می‌باشد (پریست، رابرتس، و وودز، ۲۰۰۲). روش‌های مختلفی برای تحلیل داده‌ها در پدیدارشناسی مطرح است که با توجه به ویژگی‌های این پژوهش از روش هفت مرحله‌ای کلایزی استفاده شد.

نتایج پژوهش نشان داد ۳/۳ درصد از مصرف کنندگان مواد کمتر از ۱۶ سال، ۱۴/۳ درصد زیر ۱۸ سال، ۳۸/۳ درصد بین ۱۸ تا ۲۹ سال، ۳۱/۱ درصد در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال، ۱۳ درصد ۴۰ سال به بالا سن بودند. میزان ۱۰ درصد سواد ابتدایی، ۲۳/۹ درصد دارای مدرک زیر دیپلم، ۳۲/۵ دیپلم، ۱۶/۸ فوق دیپلم، و ۲۵ لیسانس و بالاتر بودند. میزان ۶۰/۷ درصد متأهل و ۲۹/۲ درصد مجرد بودند. ۱۰/۱ درصد مطلقه بودند. ۷/۵ درصد زیر ۱۶ سال، ۲۴/۲ درصد بین ۱۶ تا ۲۰ سال، ۲۶/۵ درصد بین سن ۲۰ تا ۲۴ سال، ۲۰/۹ درصد بین ۲۴ تا ۲۸ سال، ۱۷ درصد بین ۲۸ تا ۳۲ سال، ۳/۶ درصد بالاتر از ۳۲ سال اولین مصرف

را داشتند. ۴۲/۶ درصد سابقه مصرف مواد را در اعضای خانواده‌شان تأیید کردند. ۵/۹ درصد گزارشی از داشتن سابقه مصرف مواد مخدر در خانواده‌شان ارائه نکردند و مابقی سابقه مصرف مواد مخدر در خانواده نداشتند.

مقوله اصلی تسهیل گره‌های فردی و محیطی: این مقوله اصلی از ۱۰ مقوله فرعی تشکیل شده است. به‌طور کلی این مقوله اصلی تسهیل گره‌های فردی و محیطی اعتیاد به مواد مخدر در زنان را نشان می‌دهد. در واقع شرکت کنندگان بر این باورند که تسهیل گره‌های فردی و محیطی علل گرایش به مواد مخدر در بین آن‌ها بوده است و بستر اعتیاد در بین آنان را فراهم کرده است. در این میان بر اساس گفته‌های مشارکت کنندگان، کسب منفعت آسان، عدم آگاهی از مضرات مواد، رهایی از روزمرگی، باور عامه، مقابله با درد، بیکاری، عدم آگاهی از مهارت‌های ارتباطی، اعتیاد والدین و پذیرش توسط دوستان نقش پررنگی در اعتیاد به مواد مخدر داشته است.

الف- کسب آسان منفعت یا گریز از رنج: شرکت کنندگان در این پژوهش از کسب آسان منفعت در زمینه‌ی روحی و روانی به‌عنوان یکی از عوامل اثرگذار بر اعتیاد به مواد مخدر در بین زنان یاد کردند. به گفته این افراد در مواقعی که دستیابی به حل مسائل روحی و روانی وقت گیر و مشکل باشد از مواد مخدر برای رفع این مشکلات استفاده می‌برند.

فرخنده ۳۰ ساله که در زمان دانشجویی اولین بار با اعتیاد آشنا شده می‌گوید: «با چند تا از همکلاسی‌هایم خونه اجاره کردیم. می‌دیدم بعضی از اونا برای شب امتحان که تا صبح بیدار باشن مواد مصرف می‌کنن و گاهی پایان ترم هم جشن کوچیک می‌گرفتن و مواد می‌زد. بعد می‌گفتن برای رفع خستگی، من هم کم‌کم عادت کردم».

ب- عدم آگاهی از مضرات: مشارکت کنندگان عدم آگاهی از مضرات مواد را به‌عنوان یکی از علل اعتیاد به مواد مخدر در بین زنان عنوان کردند و بر این باورند که هرچقدر افراد شناخت صحیح و نگرش واقع‌بینانه‌تری نسبت به مضرات اعتیاد به مواد مخدر داشته باشند، در حفظ و سلامتی خود کوشش بیشتری خواهند کرد.

شهره ۳۱ ساله می‌گوید: «هر وقت با دوستانم درباره تناسب‌اندام صحبت می‌کردم می‌گفتند شیشه مؤثره. گاهی هم در آرایشگاه می‌رفتم اینو می‌شنیدم. بدون سؤال و جواب

امتحان کردم. وقتی برام ذلت آورد پیگیری کردم دیدم از غذا خوردن افتادم و به بعضی قسمتهای مغزم آسیب رسونده».

پ-رهایی از روزمرگی: مشارکت کنندگان بر این باورند که تقریباً انجام هر کاری بدون توجه به باورهای ذهنی و نیروهای درونی شخص انجام دهنده غیرممکن است. حقیقت آن است که اعتیاد، همچنان که از نامش پیداست، اگرچه خود، صورت عادت دارد، اما برای شکستن یک عادت دیگر انجام می‌گیرد. یکی از بارزترین علل گرایش به مصرف مواد مخدر در جوامع صنعتی پیشرفته شکستن عادت ناشی از حیات عادی فردی است که در بستر زمان، صورت تکرار ملال آور به خود می‌گیرد.

مهری ۲۸ سال می‌گوید: «از زندگی خسته بودم. همیشه با خودم می‌گفتم هلاک شدم از بحث زحمت کشیدم؛ هرروز کار؛ خدا غیر کار چیز دیگه‌ای هم آفریده؛ این افکار ملکه ذهنی‌ام شده بود. می‌خواستم از وضعیت بیرون بیام در صورتی که مواد خودش عادتی مشقت‌بار برام به وجود آورد».

ت- بهنجار شدن مصرف: مشارکت کنندگان اذعان داشتند که مصرف مواد در بعضی مجالس جشن و عروسی و سایر میهمانی‌ها به اندازه‌ای رواج یافته است که حتی این باور نادرست که مجالس جشن و عروسی یا عزا و... باید با مصرف مواد همراه باشد، جزء آداب و رسوم اجتماعی و عرف معمول جامعه شده است. اگر در بعضی از این مراسم‌ها وجود نداشته باشد ممکن است با تحریم از طرف دوستان مواجه شوند.

مرضیه ۳۷ ساله می‌گوید: «در مراسم یکی از بستگان رفته بودم بزم برقرار شد خیلی تعارف کردن و آن قدر گفتن جشن مونی خراب نکن، به یک بار امتحانش می‌ارزه، اگر حد خودت را نگه‌داری معتاد نمی‌شوی، از خانواده تون نگرانی اطلاع پیدا کنن و...» بالاخره برای اولین بار مصرف کردم».

ث- مقابله با درد: مشارکت کنندگان بر این باورند که توصیه به مصرف مواد مخدر و تسکین درد از دوران گذشته در کشور ایران رواج داشته و ریشه تاریخی دارد. این باور در ذهن مردم از گذشته نقش بسته که مواد مخدر جنبه دارویی دارد و در باورهای مردم توصیه‌ای در مورد استفاده پزشکی مواد مخدر وجود دارد.

اعظم ۳۱ ساله می‌گوید: «استفاده غلط از مواد مخدر برای درمان بیماری‌های مزمن به قدری در بین بعضی‌ها رواج پیدا کرده که حتی استفاده از مواد را به درمان‌های کلینیکی متخصصین ترجیح می‌دن. در رابطه زناشویی‌ام ناموفق بودم و احساس خوبی نداشتم برا رفع مشکل مواد مصرف کردم فکرنمی‌کردم خودش مشکل به شه تا مدت‌ها فکر می‌کردم مؤثره. ولی این جورری نبود».

ج-بیکاری: شرکت کنندگان در این پژوهش از بیکاری به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اعتیاد نام بردند.

سودابه ۳۵ ساله می‌گوید: «جایی کار می‌کردم شرکت تعطیل شد و دیگه نتونستم کار پیدا کنم. هیچ کاری نداشتم جز تلویزیون نگاه کردن و گشتن تو تلگرام. احساس تنهایی می‌کردم احساس رضایت از زندگی نداشتم بعضی وقتا احساس می‌کردم موجود اضافی‌ام، فرصت زیادی و بی‌هدفی، گذرون زندگی‌ام شده بود بنابراین بستر برای اعتیادم فراهم شد».

چ-عدم آگاهی از مهارت‌های ارتباطی: مشارکت کنندگان بر این باورند که تحصیلات پایین یا بی‌سوادی و عدم مهارت‌های ارتباطی نقش مهمی در فرهنگ عمومی جامعه و همچنین در حریم خانواده و تربیت فرزندان دارد.

زری ۲۰ سال می‌گوید: «پدر و مادرم امروزی نیستن و قبول ندارن که دوره زمونه فرق کرده ونمی‌دونن ماچی می‌خوایم، چی بپوشیم چی بخوریم فقط امروزی بلدن. آن قدر از این کارا حرصم می‌گرفت که آخرش معتاد شدم».

ح-بی‌ثباتی خانواده: مشارکت کنندگان بر این عقیده بودند که خانواده حریم امن و آسایش است. کمبود عاطفی در فضای خانواده، ستیزه و اختلاف، همگی عوامل گرایش افراد به اعتیاد است. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و ازهم گسیخته زمینه بیشتری در گرایش به اعتیاد دارند.

مژگان ۲۶ ساله می‌گوید: «در خانواده ما همش درگیری بود آگه به شب درگیری نداشتم جای تعجب بود احترامی نمونده بود پدرم زورگویی را دوست داشت وظیفه والدین ما شده بود درگیری و فحاشی به جاش مسائل خلاف یاد گرفتیم».

خ- اعتیاد والدین: مشارکت کنندگان بر این باورند که اعتیاد والدین از یک سو کنترل و تسلط والدین را بر فرزندان کاهش می‌دهد و از سوی دیگر عامل انتقال این عادت به فرزندان می‌شود.

مهری ۲۳ ساله می‌گوید: «تو خانواده ما همه جور مواد یافت می‌شه. یه رفتار عادیه؛ کسی هم به کسی کاری نداره. پدرم همیشه یا خمار یا نشسته. ما را نمی‌دید نه حوصله سروکله زدن با ما را نداشت، اوایل که به سمت مواد رفتم بیشتر دنبال باج‌گیری بودم».

د- پذیرش توسط دوستان: یکی دیگر از موارد تأثیرگذار بر اعتیاد به مواد مخدر ترس از عدم پذیرش از طرف دوستان است. مشارکت کنندگان اظهار داشتند که نگرانی از جهت طرد از طرف دوستان ممکن است گرایش به مواد مخدر را افزایش دهد. لذا در برابر هرگونه تعارف به مصرف، مواد را به علت پذیرش در جمع دوستان رد نخواهند کرد. شهناز ۳۰ ساله می‌گوید: «وقتی در جمع دوستان حاضر می‌شدم با اصطلاحاتی همچون: خواهی نشوی رسوا هم‌رنگ جماعت شو؛ بزم ما را خراب نکن؛ اگر سری بعد می‌خواهی با ما باشی این لوس‌بازی‌ها را کنار بگذار؛ مواجه بودم، می‌ترسیدم سری بعد من رو راه ندن. شروع به مصرف کردم».

مقوله تنبیه جامعه: الف- طرد اجتماعی: بنا به عقیده مشارکت کنندگان عکس العمل جامعه با معتادان می‌تواند به طرد اجتماعی منجر شود.

مونا ۳۳ ساله می‌گوید: «هر موادی که در دسترسم است می‌کشم ظاهرم خیلی به هم ریخته است همه مرابه عنوان بیمار خطرناک یا دیونه نگاه می‌کنن با این قیافه ام کسی نزدیک به هم نمیشه. از همه طرف طرد شدم».

ب- بی‌خانمانی: مشارکت کنندگان اظهار داشتند که بی‌خانمانی و از دست دادن خانواده و دوستان را به عنوان تنبیه اجتماعی تجربه کرده‌اند.

ساناز ۳۶ ساله می‌گوید: «هر روز اعتیادم بیشتر و پول زیادتری نیاز داشتم. می‌شد بعضی وقت‌ها دست تو جیب پدر و برادر ام می‌کردم یا از وسایل خونه می‌فروختم. آخر از دستم عصبانی شدند و مرا از خونه بیرون انداختند. هر شب باید به جا سرکنم».



ج- مسخره شدن توسط دیگران: روژن ۱۹ ساله که دو سال است شیشه مصرف می‌کند می‌گوید: «بیشتر وقتم را صرف مصرف و تهیه مواد می‌شه. فرصت بهداشت و نظافت ندارم در بعضی جاها ادم درمی‌آرند و دستم می‌ندازند».

د- انگ‌های اجتماعی متعدد: گلنار ۳۱ ساله می‌گوید: «اعصابم از دست انگ‌هایی که زده می‌شه خردشده. هر چیزی که می‌دزدند همه به من شک می‌کنند، هر آدم بی‌بندوباری که می‌خواهند تو فامیل مثال بزنند بازهم به من انگ می‌زنند. هر چه می‌گم بابا من معتادم خلاف دیگه ندارم کسی گوش نمی‌ده و کلاً شدم سمبل بدبختی‌ها».

پوستار تجربه احساسی: الف- احساس توانمندی: مشارکت کنندگان بر این عقیده هستند که وقتی مواد مخدر مصرف می‌کنند احساس بلوغ دارند و احساس می‌کنند بزرگ شدند.

فروغ ۲۰ ساله می‌گوید: «زمانی که برای اولین بار مواد مصرف کردم احساس کردم دیگر بزرگ شده‌ام و دوران جدیدی را شروع کردم و احساس متفاوت بودن نسبت به گذشته‌ام داشتم. فکر می‌کنم خودم کل عقلم و از پس هر مشکلی به تنهایی برمی‌آیم. بیشتر دوست دارم مردم مرا نصیحت نکن تا بشنوم».

ب- احساس لذت: مشارکت کنندگان بر این عقیده هستند که مصرف مواد به دنبال لذت آنی وجود دارد اگرچه آنی و زودگذر باشد؛ آن قدر در این لذت کاذب غرق می‌شوند و توهم لذت در وجود آنان ریشه‌ای می‌شود که حتی آنی بودن لذت و تبعات بعدی آن را در نظر نمی‌گیرند.

مرجان ۲۶ ساله می‌گوید: «وقتی می‌کشم لذت می‌برم احساس می‌کنم به فضا می‌روم، و توپ توپ می‌شوم با خودم می‌گم آخر زندگی مردنه پس در این دوره از زندگی لذت ببریم؛ هر کس خوش نگذرونه سرش کلاه رفته؛ الآن لذت ببریم هر وقت خواستیم کنار می‌زاریم و دوست دارم دوباره هم بکشم».

ج- احساس پوچی: مشارکت کنندگان معتقدند گاهی چنان احساس ناامیدی و پوچی می‌کنند که امیدی به بازگشت به زندگی ندارند. سارا ۲۹ ساله می‌گوید: «گاهی احساس

می‌کنم که نبودنم شاید بهتر باشه. این حس که به هم دست می‌دهد در آن لحظه عذاب می‌کشم و ساعت‌ها به گذشته سیر می‌کنم».

د- احساس آرامش: به گفته مشارکت‌کنندگان در مواقعی که دستیابی به حل مسائل روحی و روانی وقت‌گیر و مشکل باشد از مواد مخدر استفاده می‌کنند تا احساس آرامش کنند. الناز ۳۹ ساله می‌گوید: «واقعاً بعد از مصرف احساس آرامش دارم و ریلکس میشم هیچ مشکلی در زندگی ندارم. برای همه مشکلات راه حل دارم و غراندن‌ها اطرافیان هیچ اثری در من ندارد».

مقوله اصلاح و درمان کم‌دوام: الف- ترس از دست دادن حضانت فرزند: مشارکت‌کنندگان بر این باورند که به‌عنوان یک مادر نالایق ممکن است حضانت فرزندان خود را از دست بدهند. بنابراین از درمان که همراه با افشای اعتیاد آنان باشد واهمه دارند. شکوفه ۳۲ ساله که ۶ سال است اعتیاد دارد می‌گوید: «برای مادر خیلی سخته اگر فرزندش را نبینه درسته اعتیاد دارم ولی مادرم دیگه، همیشه با این ترس زندگی می‌کنم که یه روز بچه‌ام را از من بگیرند سعی می‌کنم همه جا نرم، به هر حال اعتیاد برای یک مادر خوب نیست».

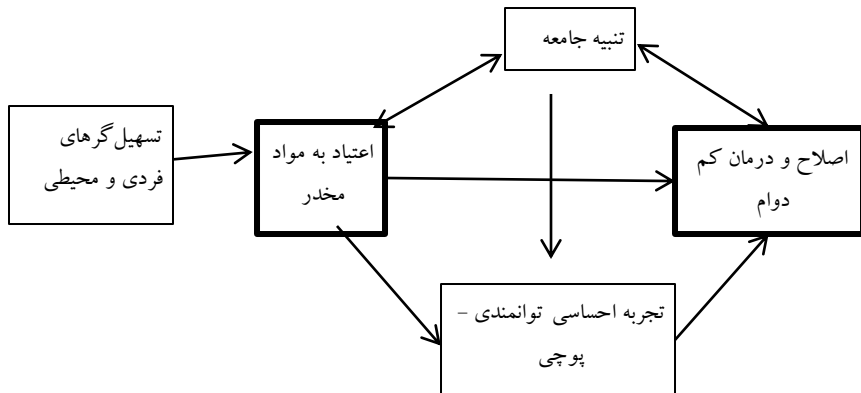
ب- شرم و گناه: مشارکت‌کنندگان بر این باورند که در بیشتر جوامع و فرهنگ‌ها مصرف مواد مخدر زنان نسبت به مردان ننگ بیشتری دارد و حمایت لازم را برای درمان کسب می‌کنند. شیوا ۳۵ ساله می‌گوید: «هم مواد مخدر مصرف می‌کنم و گاهی هم الکل می‌خورم، ولی حتی خونواده‌ام تنها منو معتاد نمی‌دونن و انگ بی‌بندوبار هم می‌خوردم و نه حمایتی نشدم بلکه به هم ریختم و بعد از ترک دوباره شروع کردم».

ج- ترس از دادن شریک زندگی: مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند ترس از دست دادن شریک زندگی معتادان را از جستجوی درمان منصرف می‌کند. آرزو ۲۳ ساله که سه سال از ازدواجش می‌گذرد می‌گوید: «از زمانی که مصرفم جدی شد به توصیه اطرافیان قصد ترک دارم و می‌ترسم مدتی خونه را ترک کنم شوهرم زندگی دیگری برای خودش بسازه و من رو راه نده به هر حال اون جوونه».

د-ایمان نداشتن به اثربخشی درمان: مشارکت کنندگان بر این باورند که اثربخشی درمان با آن چیزی که تبلیغ می کنند یکی نیست و درمان ها اثر لازم را ندارد و آمادگی دنبال کردن هدف درمان را ندارند. منیژه ۳۵ ساله: "احساس می کنم مراجعه به مراکز درمان بیهوده ست تو یه کمپ نشستن و قصه گفتن دردی را دوانمی کنه. ما راهی نداریم جزء این که با گرفتاری مان کنار بیایم".

ه-بی ارادگی: مشارکت کننده ها بر این باورند که برای ترک و پاک بودن باید دارای اراده قوی و مصمم بود. زهره ۲۸ ساله می گوید: «من کراک و الکل مصرف می کنم سه بار ترک کردم ولی نتونستم تحمل کنم و مصمم نبودم. دوباره شروع کردم».

مدل پیشنهادی در نمودار ۱ ارائه شده است.



### نمودار ۱: مدل پیشنهادی

همان طور که از مدل برمی آید جعبه سمت چپ شرایط علی فردی و اجتماعی را نشان می دهد که شامل کسب منفعت آسان یا گریز از درد، رهایی از روزمرگی، عدم آگاهی از مضرات مواد مخدر، عرفی شدن مصرف مواد، مقابله با درد، بیکاری، عدم آگاهی از مهارت های ارتباطی، بی ثباتی خانواده اعتیاد والدین و پذیرش توسط دوستان می شوند. در واقع مشوق و بسترهای گرایش به مصرف مواد مخدر هستند. در نهایت منجر به بروز پدیده تحقیق که اعتیاد به مواد مخدر است می شوند. تنبیه جامعه به صورت رفت و برگشتی

دارای تأثیر در این مدل هست که شامل طرد اجتماعی، بی‌خانمانی، تحقیر توسط دیگران و انگ‌های متعدد اجتماعی می‌شود. همچنین مقوله تجربه احساسی با دو انگاری توانمندی و پوچی مطرح شد و اصلاح و درمان کم‌دوام هم متأثر از اعتیاد، مقوله‌های تجربه احساسی و تنبیه جامعه در مدل تبیین شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در پاسخ به اولین سؤال پژوهش یعنی علل اعتیاد در زنان کرمانشاه، مقوله تسهیل‌گرهای فردی و محیطی مصرف مواد مخدر به‌عنوان مقوله اصلی کشف شده از داده‌هاست. شرایط علی در این تحقیق به‌مثابه اعتیاد و مصرف مواد مخدر عمل می‌کند. عدم آگاهی از مضرات مواد به‌عنوان یکی از علل اعتیاد به مواد مخدر در بین زنان عنوان شد. بسیاری از افراد معتاد دید روشن و حقیقی از پیامدهای و مضرات آن ندارند. همین امر سبب می‌شود دچار خطای محاسباتی شده و بیشتر به باورهای غلط درباره مواد مخدر گرایش پیدا کنند. عملکرد خانواده در آگاه کردن کودکان از مضرات مصرف مواد مخدر، خود را در نوجوانی و جوانی نشان می‌دهد. حتی می‌تواند تا آخر عمر اثر خود را داشته باشد. شناخت بهتر باعث می‌شود که فرد در حفظ و سلامتی خود کوشش بیشتری کند. این یافته با نتایج تحقیق استفانی<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) که بی‌اطلاعی از عوارض سوء مصرف مواد را در پیش‌بینی اعتیاد به مواد مؤثر دانسته همسوست. همچنین با تحقیق سیزی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳) که پایین بودن آگاهی از مضرت مواد را یکی از علل اعتیاد برمی‌شمرد و نتایج تحقیق فتحی و موسوی‌فرد (۱۳۹۵) همسو است. نظریه کلاسیک بکر مؤید این یافته است. طبق این نظریه عدم آگاهی در مورد آثار مواد مخدر می‌تواند به‌عنوان مرحله مهم در آغاز استفاده از آن باشد. زیرا مصرف‌کننده تازه کار را در معرض و ارتباط با پاداش و افراد معتاد با تجربه بیشتر قرار می‌دهد (احمدی، ۱۳۹۱). عدم آگاهی، کنترل و یادگیری اثر متقابل بر یکدیگر دارند. بیکاری به‌عنوان علت دیگر اعتیاد در این مطالعه مدنظر است. اقتصاد منطقه کرمانشاه اصولاً سنتی و کشاورزی است که اصولاً بهره‌وری پایین دارد. از طرفی کرمانشاه یکی از بالاترین میزان بیکاری در کشور را دارا است. بنابراین فرد بیکار در بستری قرار می‌گیرد

1. Stephanie

2. Siziya

که فرصت زیادی برای جذب در خرده فرهنگ های بزهکار دارد. زیرا در هیچ مقطعی از حمایت اجتماعی برخوردار نیست. امید به زندگی در فرد بیکار کاهش می یابد. انتظارت و اهدافی که دارد ازدست رفته می داند و حتی ممکن است که فرد بیکار در مسیر عصبی شدن قرار گرفته و برای رفع این معضل به شادی های زودگذر روی بیاورد. این مقوله با نتایج تحقیق عبدلی سلطان آبادی و همکاران (۱۳۹۶)، دانایی (۱۳۹۴) و برزگر (۱۳۹۳) که بر عامل بیکاری به عنوان یکی از عوامل گرایش به مواد مخدر تاکید دارند، همسو است. در نظریه نابسامانی اقتصادی، همه کسانی که در معرض فقر و نابرابری قرار دارند اعم از کودکان و بزرگ سالان متمایل به جرم می نمایند. از سوی دیگر طبق نظریه کوهن، طبقه محروم در یک جامعه شیوه های خود را برای دستیابی به منزلت انتخاب می کنند. احساس ناکامی در طبقه محروم به وجود می آید و کسب منزلت به هر شکل ممکن مشروع می شود. طبق نظریه مرتون<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) هرچه احساس محرومیت کمتر باشد افراد کمتر به رفتارهای کج رو از جمله اعتیاد به مواد مخدر روی می آورند. باورهای عامیانه در مورد مصرف مواد در مناسبت های ویژه به عنوان یک رسم مورد پذیرش قرار گرفته است. هرگونه مقابله با آن ممکن است با تحریم هایی از سوی بستگان مواجهه شود. ویژگی هایی از قبیل هیجانانگ، رایگان بودن مواد، اصرار دیگران و ... در این گونه مجالس باعث می شود بسیاری از مهمانان نتوانند از مصرف مواد خودداری کنند. این مقوله با نتایج تحقیق قادری و محسنی تبریزی (۱۳۸۹) که آداب و رسوم خاص، باورها و ضرب المثل ها را به عنوان هنجارهای تسهیل کننده مواد عنوان کرده اند همسوست. نتایج مطالعه نیازی و همکاران (۱۳۹۷) که به متعارف شدگی اعتیاد اشاره دارد و تحقیق سراج زاده و عزیززاده (۱۳۹۴) که بر بهنجار بودن اعتیاد اشاره دارند نیز با نتایج این تحقیق همسو است. نظریه ارجاعی به این یافته نظریه کوهن، نظریه خرده فرهنگ میلر و نظریه انتقال فرهنگی شاو و مک کی است که بر بزهکاری تأکید دارند. اما این یافته ها بر اساس هنجارهای فرهنگی و قومی تبیین می شوند. البته به نظر می رسد نظریه انتقال فرهنگی بیشتر از بقیه مؤید این یافته است. تلاش برای کاهش استرس های شغلی و درسی، التیام روحی و روانی، مقابله با درد و رنج، شادی

و سرخوش بودن و فارغ از دنیا، مصائب و مشکلات آن سوق‌دهنده به مصرف مواد مخدر است. این یافته با نتایج تحقیق‌های قادری و محسنی (۱۳۸۹)، میر سلیمانی و همکاران (۱۳۸۸) که بر استفاده دارویی از مواد مخدر اشاره دارند همسوست. همچنین، نتایج پژوهش مدبرنیا و همکاران (۱۳۹۲) که بر کسب لذت آنی و منفعت آسان به عنوان علل اعتیاد و مطالعه نیازی و همکاران (۱۳۹۷) که لذت‌گرایی به عنوان یکی از عوامل ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری عنوان داشته‌اند با نتایج این تحقیق مطابقت دارند. یکی از مقوله‌هایی که پررنگ‌تر از بقیه بود بی‌ثباتی خانواده است. خانواده حریم امن و آسایش است. کمبود عاطفی در فضای خانواده، ستیزه و اختلاف، همگی عوامل گرایش افراد به اعتیاد است. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه بیشتری در گرایش به اعتیاد دارند. هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند؛ چنانچه از خانواده‌ی سالم برخوردار نباشد (ساروخانی، ۱۳۹۱). این یافته با نتایج مطالعه عباسی و محمدخانی (۲۰۱۶) که بر ارتباطات و آشفتگی خانوادگی به عنوان عوامل مؤثر بر اعتیاد اشاره دارند و نتایج پژوهش جوانمرد (۱۳۹۴) و بیاتی (۱۳۸۹) که تضاد بین خانواده را عامل مصرف مواد مخدر دانسته‌اند همسوست. هیرشی در نظریه کنترل اجتماعی استدلال می‌کند که ارتباط نزدیک با والدین و خواهر و برادر، همسالان پایا، و معلمان یا کارکنان مدرسه، نیازمند کنترل اجتماعی است. خانواده بی‌ثبات فرصت تعامل و کنترل بر فرزندان را ندارد. بر اساس این نظریه داشتن ارتباط اجتماعی با فرهنگ عادی باعث کاهش کج‌رفتاری می‌شود (هیرشی، ۱۹۶۹). آلودگی محله و محیط خانواده به اعتیاد به مواد مخدر زمینه مساعد برای فرزندان در جهت گرایش به ارتکاب جرم را فراهم می‌کند. رفتار والدین بی‌تردید در کردار آینده فرزندان نقش اساسی دارد؛ چراکه والدین به‌عنوان اولین معلمان و موجه‌ترین افراد به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به فرزند خود خوب و بد را آموزش می‌دهند. متأسفانه اغلب افرادی که در خانواده‌های معتاد پرورش می‌یابند تکرار مصرف اعضای خانواده برای آن‌ها تکراری شده و ترس تجربه استفاده از مواد از بین می‌رود. تئوری بوم‌شناسی بر نقش محله تأکید می‌کند. به نظر می‌رسد محله به‌عنوان یک ظرف بزرگ برای کنش‌های اجتماعی تعاملاتی با دیگر متغیرها دارد. از جمله می‌توان در محلات، بسته به سالم بودن یا

آسیب اجتماعی آن به کنترل اجتماعی و همین طور یادگیری رفتارهای هم‌نوا یا بزهدکارانه روی آورد.

همچنین نتایج تحقیق با نتایج مطالعه قاسمی روشن (۱۳۸۸) و سالیس، شادور، برنز، و هاسونگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) که سوء مصرف والدین را عامل شکل‌گیری زمینه مصرف مواد در فرزندان می‌داند، مطابقت دارد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلابه سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. نظریه هم‌نشینی افتراقی سادرلند مؤید این یافته است. سادرلند، معتقد است که کج رفتاری را با اصول یادگیری اجتماعی بهتر می‌توان تبیین کرد. همچنین طبق نظریه فرصت‌های نابرابر کلوارد و اهلین دسترسی افراد منحرف اجتماعی به یک محیط مناسب برای ایفای نقش انحرافی خود و استمرار این نقش با حمایت و تشویق گروه عامل شکل‌گیری رفتار انحرافی است (احمدی، ۱۳۸۹).

۴۷

47

یکی از مقولات اصلی به دست آمده پیوستار تجربه احساسی زنان مصرف کننده مواد مخدر بود که از زنان خواسته شده بود تجربه جسمی و احساسی خود را بیان کنند. تجربه‌های مصرف کنندگان در طیفی دوگانه متضاد قرار داشت. از طرفی احساس توانمندی و از سوی دیگر با پوچی و بی‌هدفی مواجه بودند و در مقولات دیگر احساس لذت و آرامش را تجربه کرده بودند. از زنان معتاد خواسته شده بود که تجربه پیامدهای اجتماعی اعتیاد را بیان کنند که همه مقوله‌های به دست آمده تحت مقوله اصلی تنبیه اجتماعی قرار گرفت. در مقولات فرعی چیزی که از همه پررنگ تر بود طرد اجتماعی بود که پیامد آن بی‌خانمانی، مسخره شدن توسط دیگران و انگ‌های متعدد اجتماعی بود. این موارد راه اصلاح را دشوارتر می‌کنند. این یافته‌ها با نتایج تحقیق صدیق سروستانی و نصراصفهان‌ی (۱۳۸۹) مطابقت دارد. آخرین مقوله اصلی، اصلاح و درمان کم‌دوام بود که یا رغبتی برای ترک نداشتن یا بازگشت به اعتیاد را تجربه کرده بودند. این مقولات نشان

می‌دهد که زنان در درمان با موانع ساختار، فرهنگ و اقتصاد مواجه هستند. پیامدهای اعتیاد زندگی زنان را بیشتر از مردان تحت تأثیر قرار داده و با موانع جدی درمان روبرو هستند.

نتیجه نهایی این پژوهش نشان می‌دهد شرایط مبارزه کنونی تحت عنوان کاهش عرضه خیلی جواب‌گو نیست. پیشنهاد می‌شود روش کاهش تقاضا با اتخاذ ترویج رویکرد فرهنگی، ایجاد رفاه روانی و عاطفی، تقویت برنامه‌های رسانه‌ای، فراهم آوردن محیط مساعد خانواده برای معتاد بعد از درمان، افزایش مهارت‌های والدین، ایجاد مراکز درمانی دولتی برای بازگیری معتادان نادم و فاقد توان مالی و روان‌درمانی مناسب و آموزش علمی، فنی، شغلی و اخلاقی و دینی آن‌ها تحت وزارت بهداشت و درمان وجود داشته باشد، تا این قبیل معتادان پناه بگیرند. به کارگیری روش‌های مشاوره زناشویی و خانواده به منظور حل مشکلات زناشویی و خانوادگی آنان، جلب همکاری نزدیکان درجه اول معتاد، تقویت برنامه‌های مهارت‌بخشی برای امتناع همسالان از مواد مخدر، تلاش در جهت مشارکت اجتماعی خودجوش اجتماعی جهت مبارزه با مواد مخدر، دادن آموزش کافی به فرد معتاد در زمان بستری، تلاش در جهت تغییر نگرش مردم نسبت به بیمار بودن و اصلاح‌پذیری آنان، برای این که خودشان احساس زائد بودن و علاج‌ناپذیری نداشته باشند، ضروری است. برنامه‌های اقتصادی برای تغییر در اشتغال و معیشت، بازنگری در قوانین و ایجاد امکانات گذران اوقات فراغت مدنظر قرار گیرد. با توجه به نقش زن در خانواده و تأثیر آن بر سلامت خانواده و جامعه، لازم است خانواده‌های آسیب‌پذیر را شناسایی و توجه بیشتری به آن‌ها معطوف کرد. برنامه‌های مناسبی جهت تقویت توانمندی‌های خانواده‌ها جهت مقابله با مشکلات طراحی شود تا علاوه بر پیش‌گیری با افزایش دسترسی به خدمات و کاهش آسیب و درمان بهتر، در ارتقاء سلامت زنان و جامعه گام مؤثری برداشته شود.

این مطالعه با محدودیت‌هایی از جمله خودداری بعضی از مسئولان از ارائه آمار و اطلاعات در حوزه زنان به خاطر حساسیت این بخش، فرآیند طولانی صدور مجوز به علت تمرکز مراجع تصمیم‌گیری در تهران، محدود بودن نمونه به زنان معتادی که برای ترک اقدام کرده بودند مواجه بود.



## منابع

- احمدی، حبیب (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی انحرافات*. تهران: سمت.
- برزگر، عزیز (۱۳۹۳). *بررسی عوامل مؤثر در گرایش به مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، واحد تسوج.
- بیاتی، پروانه (۱۳۸۹). *بستر اجتماعی، فرهنگی مؤثر بر اعتیاد به مواد روان‌گردان در میان زنان*. *اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۴)، ۷-۱۵.
- جوانمرد، کمال (۱۳۹۴). *بررسی عوامل مؤثر بر گرایش به مصرف مواد مخدر صنعتی در بین دانشجویان پسر دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان در نیم سال ۹۴*. *مطالعات اجتماعی ایران*، ۱۲(۴۴)، ۲۰-۱.
- حاجلی، علی؛ زکریایی، محمدعلی و حجتی کرمانی، سوده (۱۳۸۹). *نگرش مردم به سوء مصرف مواد مخدر در کشور*. *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۲)، ۱۱۲-۸۲.
- خادمی، ناهید؛ لقابی، زهرا و علیرضا علیخانی (۱۳۸۸). *بررسی الگوی مصرف اعتیاد در زنان معتاد مراجعه‌کننده به مرکز کاهش آسیب*. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۲)، ۹۰-۷۹.
- دانایی، نسرین (۱۳۹۴). *ارتباط بین اعتیاد و امنیت اجتماعی در جامعه شهری*. *اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۶)، ۴۸-۳۱.
- سراج‌زاده، حسین و عزیززاده، امید (۱۳۹۴). *برساخت مصرف مواد مخدر و اعتیاد در شهرستان رودبار جنوب*. *مجله مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۲)، ۲۹۶-۲۷۴.
- صدیق روستانی، رحمت‌اله و نصر اصفهانی، آرش (۱۳۸۹). *اعتیاد، طرد اجتماعی و کارتن خوابی در شهر تهران*. *مجله بررسی مسائل اجتماعی*، ۱(۴)، ۱۸-۲.
- ضحی، حاجی‌ها؛ بهرامی احسان، هادی هادی و رستمی، رضا (۱۳۹۷). *تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران*. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۱۳۴-۱۱۱.
- عبدلی سلطان‌آبادی، جواد؛ امانی ساری بلگو، جواد؛ و کاظم‌زاده بیطالی، مهدی (۱۳۹۶). *بررسی عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد مخدر از دیدگاه دانشجویان - کاربست نقشه شناختی فازی*. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۲۴۶-۲۲۷.
- غفاری، داریوش (۱۳۹۵). *مطالعه تلفیقی عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اعتیاد در بین زنان*. پایان‌نامه دکتری، چاپ‌نشده، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم اجتماعی.

فتحی، آیت‌اله؛ و موسوی، بابک (۱۳۹۵). بررسی تجربیات معتادین در خصوص حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی به‌عنوان تسهیل‌کننده ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی. *اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۸)، ۱۳۶-۱۱۹.

قادری، صلاح‌الدین و محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۹). مطالعه کیفی تسهیل‌کننده مصرف مواد اعتیادآور در میان خرده‌فرهنگ‌های قومی ایران. *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۴)، ۳۸-۵۴.

قاسمی روشن، ابراهیم (۱۳۸۸). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. *فصلنامه کتاب زنان*، ۶(۲۲)، ۱-۱۸.

گروسی، سعیده؛ و محمدی دولت‌آبادی، خدیجه (۱۳۹۰). تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد. *جامعه‌شناسی زنان*، ۲(۲)، ۷۶-۵۵.

مدیرینا، محمدجعفر؛ میرحسینی، کامبخش؛ تبری، رسول؛ و عطر کار روشن، زهرا (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر در افراد ۱۵ تا ۳۰ سال: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۲(۸۷)، ۷۷-۷۰.

موسوی نسب، محمدحسین؛ شمس‌الدینی، لطیف؛ و منصوری، زهرا (۱۳۹۴). بررسی نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی در رابطه بین راهبردهای مقابله با استرس و نگرش اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۳)، ۵۵-۴۲.

میرسلیمانی، لاله؛ باقر ثنائی، ذاکر؛ وزیری، شهرام و لطفی، فرح (۱۳۹۰). مقایسه رفتارهای جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و رفتارهای آسیب به خود در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر با مواد محرک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۹)، ۱۷۱-۱۵۵.

نوری، رویا (۱۳۸۹). *جامعه صنعتی و اعتیاد به مواد صنعتی. ماهنامه اجتماعی و فرهنگی توگد*، ۱۱(۴۴)، ۲۱-۱۶.

نیازی، محسن، نوروزی، میلاد؛ شریفی، احسان؛ و خرمیان، رسول (۱۳۹۷). تحلیل ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۹۲-۷۴.

Chenari, M. (2006). Comparison of Husserl, Heidegger and Gadamer with the criterion of methodology. *Philosophical-Theological Research*, 9(34), 113-138. Retrieved from: [http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J\\_pdf/72213863405.pdf](http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/72213863405.pdf).

Cohen, A. (1995). *Delinquent boys: The Culture of gang*. New York, Free Press.

- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2008). *Research Methods in Education*. London and Newyork. Figh.
- Fredericks, J. (2014). Drugs and Recovery: A Qualitative Study in Atlantic Canada. *American International Journal of Social Science*, 3(2), 28-34.
- Galanter, M. (2006), Innovations: Alcohol&Drug Abuse, Spirituality in Alcoholces anonymous. *Psychiatric Services*, 57(3), 307-309.
- Hirschi, T. (1996). *Causes of Delinquency*. Berkeley: university of California Press.
- Horigian, V. E., Feaster, D. J., Brincks, A., Robbins, M. S., Perez, M. A., & Szapocznik J. (2016). The effects of Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on parent substance use and the association between parent and adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 42, 44-50.
- Lombard S. J-F., Pullen, D. & Swabey, K. (2017). Conceptualizing Trauma for Children of Drug Addicted Mothers: A Developmental Mapping. *Journal of Trauma & Treatment*, 6(1). DOI: 10.4172/2167-1222.1000352.
- Merton, R. K. (1988). *Social Theory and Social Strucute*. Enlarged Edition, New York: Freepress.
- Nygaard, E., Moe, V., Slinning K., & Walhovd, K. B. (2015). Longitudinal cognitive development of children born to mothers with opioid and poly substance use. *The Journal of Pediatric Research*, 78, 330-335.
- Piko, B. F. & Fitzpatrick, K. (2007). Socioeconomic Status Psychosocial Health and Health Behaviours among Hungarian Adolescents. *The European Journal of Public Health*, 17(4), 327-336.
- Polkinghorne, D. (1983). *Methodology for the human sciences: Systems of inquiry*. Albany: State University of New York Press.
- Priest, H., & Roberts, P., & Woods, L. (2002), An Overview of Three Different pproaches to the Interpretation of Qualitative Data. *Part 1: Theoretical Issues, Qualitative Approaches. Nurse Researcher*, 10(1), 30-42.
- Racz, J. (2008). The Role of the Curiosity in Interviews with Drug Users. *Forum: Qualitative Social Research*, 9(2). Retrieved at: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/423/916>.
- Santucci, K. (2012). Psychiatric disease and drug abuse. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(2), 623-643.
- Schafer, G. (2013). Family Functioning in Families with Alcohol and other Drug Addiction. *Social Policy Journal of Newzealand*, 37, 1-17.
- Seco, D. C., Torabi, M. R. & Weaver, A. E. (2008). Factors Influencing openness to Future Smoking among Nonsmoking Adolescents. *Journal of School Health*, 78(6), 328-336.
- Siziya, S., Muula, A. S., Besa, C., Babaniyi, O., Songolo, P., Kankiza, N., Rudatsikira, E. (2013). Cannabis use and its socio-demographic correlates

- among school adolescents in Zambia. *Italian Journal of Pediatrics*, 39(13), 1-5.
- Solis, J., Shadur, J., Burns, A., & Hussong, A. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents' abuse substances. *Current Drug Abuse Reviews*, 5, 135-147.
- Stephanie, B. W. (2010). Effects of Self-Esteem and Academic Performance on Adolescent Decision-making: An Examination of Early Sexual Intercourse and Illegal Substance Use. *Journal of Adolescent Health*, 47(6), 582-590.
- UNODC Research (2017). *World Drug Report*. Retrieved from United Nation Office on Drugs and Crime.
- World Health Organization (2015). *World Drugs report*, Switzerland. Retrieved at: [https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR\\_2017\\_presentation\\_launch\\_version.pdf](https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_2017_presentation_launch_version.pdf).
- Zywiak, W. H., Stout, R. L., Trefry, W. B., 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.

## موانع اجرایی سیاست‌گذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد (۱۳۷۵-۱۳۹۵)

مسعود مهدویان<sup>۱</sup>، حسین مسعودنیا<sup>۲</sup>، محمدرضا یزدانی زازرانی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۷

### چکیده

**هدف:** این تحقیق با هدف اجرا پژوهی سیاست‌گذاری‌ها، تعیین و رتبه‌بندی موانع اجرایی سیاست‌گذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد انجام شد. **روش:** روش تحقیق، آمیخته (ترکیبی) مشتمل بر تکنیک دلفی، تحلیل محتوا، تحلیل عاملی و تحلیل سلسله‌مراتبی بوده است. جامعه مورد مطالعه چهار گروه سیاست‌گذاران، مدیران اجرایی، صاحب‌نظران و ذینفعان (معتادان بهبودیافته) می‌باشند. داده‌های جمع‌آوری شده در فرآیند اجرا پژوهی ما را به پنج مانع مهم در آسیب‌شناسی اجرای سیاست‌ها رهنمون نموده است. **یافته‌ها:** یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که فقدان بازاریابی اجتماعی، ضعف برنامه عملیاتی، فقدان نظام ملی پیشگیری، فقدان نظارت و ارزیابی و در نهایت ضعف همکاری‌های بین‌بخشی از مهمترین موانع اجرایی سیاست‌گذاری پیشگیری اولیه از اعتیاد قلمداد شده است. **نتیجه‌گیری:** بازنگری و اصلاح سیاست‌ها و توجه به اجرا پژوهی در سیاست‌های گذشته، راهکاری برای ارتقاء شرایط کنونی سیاست‌گذاری اعتیاد محسوب شده است.

**کلیدواژه‌ها:** سیاست‌گذاری، اجرا پژوهی، پیشگیری اولیه، اعتیاد، روش آمیخته

۱. دانشجوی دکتری رشته سیاست‌گذاری عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه علوم سیاسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران، پست الکترونیکی:

h.masoudnia@ase.ui.ac.ir

۳. استادیار گروه علوم سیاسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

## مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از معضلات و مسائل اجتماعی فراگیر در دنیای امروز است. مشکلی که هزاران زندگی را در سراسر جهان ویران، میلیون‌ها نفر را به کام مرگ زودرس و میلیاردها دلار سرمایه را برای کنترل، درمان و کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد مصرف می‌کند. این پدیده شوم در معاملات بین‌المللی، گردشگری در حدود ۱۴۰۰ تا ۱۶۰۰ میلیارد دلار -ناشی از قاچاق مواد در جهان- دارد (صرامی، ۱۳۹۶). روند رو به رشد ۱۹ درصدی تقاضای مواد سبب شده‌است که تعداد مصرف‌کنندگان از ۲۰۸ میلیون نفر با نرخ شیوع مصرف ۴/۹ درصدی در سال ۲۰۰۶ به ۲۴۷ میلیون نفر با نرخ شیوع ۵/۲ درصد در سال ۲۰۱۵ میلادی برسند. گسترش مصرف حشیش و کانابیس<sup>۱</sup>، مت‌آمفتامین‌ها<sup>۲</sup>، مواد محرک و کوکائین<sup>۳</sup> و تغییر الگوی مصرف مواد، رشد ۳۲۲ درصدی انواع مواد روان‌گردان جدید در سال ۲۰۱۷ نسبت به سال ۲۰۰۹ میلادی به‌همراه داشته‌است. افزایش مرگ‌ومیر ناشی از مصرف بیش از اندازه و ناخالصی مواد به ۱۸۷ هزار و ۱۰۰ نفر در سال ۲۰۱۳ میلادی رسیده و کاهش سن مصرف به گونه‌ای است که میانگین سنی مصرف در سال ۲۰۰۱ معادل ۲۲/۷ سال و در سال ۲۰۱۱ به ۱۸/۵ سال رسیده‌است.

رشد مصرف مواد در مردان و زنان به‌طوری است که رشد مصرف در مردان به سه برابر زنان در عرصه جهانی رسیده‌است. رشد ۲۴۷ درصدی سطح زیر کشت خشخاش در کشور افغانستان نیز به‌گونه‌ای است که در سال ۱۹۹۷ صرفاً ۵۸ هزار هکتار زیر کشت خشخاش بوده و در سال ۲۰۱۶ این رقم به ۲۰۱ هزار هکتار افزایش یافته‌است و در همین راستا با رشد ۷۱ درصدی تولید تریاک در افغانستان مواجه بوده‌ایم؛ به‌طوری که در سال ۱۹۹۷ تولید تریاک در افغانستان ۲۸۰۴ تن و در سال ۲۰۱۶ به ۴۸۰۰ تن رسیده‌است (صرامی، ۱۳۹۶). کشور ما نیز از قاچاق مواد مخدر مصون نبوده و آثار مخرب آن را متحمل شده‌است. اعتیاد، پس از بیکاری و گرانی، از جمله مهم‌ترین مسائل اجتماعی در نظر ایرانیان است. بر اساس نتایج موج سوم پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان در

سال ۱۳۹۴ مردم در پاسخ به سوال به نظر شما مهمترین مشکل جامعه چیست؟ اعتیاد و مواد مخدر را ششمین مشکل مهم جامعه از میان ۲۸ مشکل مذکور در پیمایش و پس از مواردی نظیر بیکاری، گرانی و تورم و فقر و ... دانسته‌اند (پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، ۱۳۹۵). همچنین براساس گزارش «وضعیت مسائل و آسیب‌های اجتماعی» در سال ۱۳۹۴، اعتیاد در رتبه سوم آسیب‌های اجتماعی کشور قرار دارد (مرکز ملی رصد اجتماعی، ۱۳۹۴).

در ادبیات سیاست‌گذاری عمومی، ویژگی عمومی بودن یک مسئله به عنوان شرط اساسی برای ورود آن به دستور کار سیاست‌گذاران در نظر گرفته می‌شود. اعتیاد به مواد مخدر نیز با توجه به میزان اثرگذاری آن بر جامعه، به عنوان یک مشکل و مسئله عمومی تلقی می‌شود. طی سالیان اخیر افزایش تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در ایران، کاهش میانگین سن شروع مصرف و افزایش درصد بانوان مصرف‌کننده این مواد، ذهن سیاست‌گذاران پیشگیری و کنترل مواد مخدر را به خود مشغول کرده است. چنان‌که داده‌ها نشان می‌دهد مصرف تریاک در ایران به خصوص در افراد ۱۵ تا ۶۰ سال بسیار بالاست، به طوری که حدود ۲۰ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۰ سال در ایران تریاک مصرف می‌کنند (آزمایشی - تفنی - وابستگی) که این بیشترین میزان مصرف تریاک در بین کشورهای جهان در این بازه سنی است (ضرغامی، ۲۰۱۵). همچنین، طبق گزارش سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور نرخ شیوع یا درصد جمعیت معتادان ۱۵ تا ۶۴ سال در سال ۹۰، ۲/۶ درصد بوده و در سال ۹۵ این عدد به ۵/۳ درصد رسیده است (افشار، ۱۳۹۶).

برخی مطالعات بر افزایش مصرف هروئین به علاوه مصرف مت‌آفتامین و انواع محرک‌ها در ایران تمرکز کرده‌اند. از سال ۲۰۰۴، مصرف مت‌آفتامین معتادان از میزانی ناچیز و نزدیک به صفر به مصرف ۳/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ رسیده است (دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). این آمار در سالیان اخیر نیز به شدت افزایش یافته

است. با توجه به اعلام مراجع رسمی اگر بعد خانوار در کشور را  $\frac{3}{8}$  نفر باشد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۶)، با احتساب عدد ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار نفر برای معتادان کشور (تا پایان سال ۹۵) این نتیجه حاصل می‌شود که حداقل ۱۰ میلیون نفر در کشور به طور مستقیم درگیر حوزه اعتیاد هستند که نشان می‌دهد اعتیاد بالاترین جایگاه را در میان آسیب‌های اجتماعی کشور دارد (مهدویان فر و مسعودنیا و یزدانی، ۱۳۹۷).

ذکر این نکته نیز ضروری است که برای سیاست‌گذاری مبارزه با مواد مخدر هیچ عرصه‌ای همچون پیشگیری در اولویت سیاست‌گذاران نباید باشد. «علت اصلی غلبه تلقی پیشگیرانه بر سایر تلقی‌ها این است که طبق محاسبات هزینه و فایده، اثربخشی پیشگیری به اثبات رسیده است» (بقایی و صرامی، ۱۳۹۷). در ایران نیز از سال ۱۳۸۹ (ه.ش) تاکنون قوانین و سیاست‌گذاری‌های متعددی برای مبارزه با مواد مخدر صورت گرفته است. لیکن سیاست‌گذاری‌های کشور در پیشگیری از اعتیاد با وجود تصویب قوانین و اسناد سیاستی متعدد- با توجه به وضعیت آماری فوق‌الذکر از شیوع اعتیاد- در حوزه اجرا موفق نبوده و ضرورت بازنگری در چرخه «سیاست‌گذاری عمومی»<sup>۱</sup> و «اجراپژوهی»<sup>۲</sup> را نمایان می‌کند. در ادامه به تعریف این دو کلیدواژه و نیز مفهوم «پیشگیری» اشاره مختصری شده است.

سیاست‌گذاری عمومی دارای تعاریف متعددی است. «شافریتز<sup>۳</sup> سیاست‌گذاری عمومی را عبارت از عمل یا عدم عمل کردن یک دولت می‌داند. توماس دای<sup>۴</sup> آنچه را دولت انجام می‌دهد به عنوان سیاست‌گذاری عمومی مطرح می‌کند. لاسول<sup>۵</sup> سیاست‌گذاری را برنامه مدونی از اهداف، ارزش‌ها و کنش‌ها می‌خواند. اما پی‌یر مولر<sup>۶</sup> کوتاه‌ترین و موجزترین تعریف را ارائه می‌کند، سیاست‌گذاری عمومی علم دولت در عمل است (ملک‌محمدی، ۱۳۹۴). در این پژوهش تعریف مولر برای سیاست‌گذاری عمومی مدنظر قرار گرفته است.

1. Public Policy  
2. implementation research  
3. Shafrytz

4. Dye  
5. Lass well  
6. Muller



اجرا از مهمترین مراحل چرخه سیاست‌گذاری عمومی است و اجراپژوهی یکی از شیوه‌های بررسی میزان اجرا و تحقق برنامه‌ها و مقاصد دولتی است (فیشر، میلر و سیدنی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). مطالعه اجرا در حقیقت مطالعه چگونگی تغییر است؛ تغییر چگونه صورت می‌گیرد و چگونه ممکن است برانگیخته شود. زمانی که یک سیاست وضع شد و به تصویب رسد کار سیاست‌گذاری پایان نیافته است، بلکه همانگونه که آندرسون<sup>۲</sup> اشاره می‌کند «سیاست زمانی به وجود می‌آید که اجرا شود و زمانی که اجرا می‌شود به وجود می‌آید» (پارسونز، ۱۹۹۵). اجرای سیاست به معنای پیاده‌سازی یک تصمیم سیاستی اساسی است که معمولاً در یک قانون موضوعه مندرج بوده ولی می‌تواند به شکل دستورات اجرایی یا تصمیمات قضایی نیز باشد (اشتریان، ۱۳۹۴). بنابراین ضمن تاکید بر اهمیت مرحله اجرا در سیاست‌گذاری، می‌توان اجراپژوهی را تلاشی دانست که در جهت کشف عوامل موفقیت و شکست سیاست‌ها انجام می‌شود. سپس ارائه راهکارهایی جهت تقویت عوامل تسهیل‌کننده و برطرف کردن عوامل بازدارنده اجرا تا بتوان سیاست‌گذاری‌های آینده را با موفقیت بیشتری اجرا کرد. لذا تحقیق حاضر در نظر دارد به اهداف، مقاصد، برنامه‌های دولتی و موانع اجرایی سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد بپردازد. سؤال اصلی این پژوهش عبارت است از «موانع اجرایی سیاست‌های پیشگیری اولیه از اعتیاد در جمهوری اسلامی ایران چیست؟». در این مسیر و در جهت اجراپژوهی، با رجوع به نخبگان و افراد دارای سابقه و نظر در این موضوع با استفاده از روش تحقیق آمیخته اقدام شده است. با توجه به این که اولین اقدامات اجرایی در پیشگیری اولیه از اعتیاد در محدود سال ۱۳۷۵ اتفاق افتاده، این سال به عنوان سال آغازین پژوهش قرار گرفته است. همچنین چون سال پایانی برنامه پنجم توسعه، سال ۱۳۹۵ بوده و برنامه ششم (۱۴۰۰-۱۳۹۶) هم هنوز به پایان نرسیده است، لذا محدوده پایانی تحقیق تا سال ۱۳۹۵ قرار گرفته است.

همچنین در تعریف پیشگیری باید گفت «پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرآیند منجر به اعتیاد شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاه‌گاهی،

1. Fischer, Miller, &amp; Sidney

2. Anderson

سوء مصرف و وابستگی است. در گذشته برنامه‌های پیشگیری را به سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم می‌کردند. این تقسیم‌بندی تا حدودی معشوش و گیج‌کننده بود. از این رو از سال ۱۹۹۴ تقسیم‌بندی جدیدی مطرح شد که طبق آن، برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد را می‌توان بر اساس سطح درگیری جامعه هدف با مصرف مواد به سه نوع تقسیم نمود: «همگانی»<sup>۱</sup>، «انتخابی»<sup>۲</sup> و «موردی»<sup>۳</sup> (سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۹۰). در این پژوهش منظور از پیشگیری، پیشگیری اولیه و همگانی می‌باشد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش در این تحقیق به صورت «روش ترکیبی یا آمیخته» و ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی است. با توجه به ماهیت آسیب‌شناسانه این پژوهش در خصوص اجرای سیاست‌های اتخاذ شده توسط دولت و لزوم تبادل نظر با نخبگان این موضوع، از «تکنیک دلفی»<sup>۴</sup> به عنوان روش اصلی استفاده شده است. از آنجا که «دلفی روشی سیستماتیک در تحقیق برای استخراج نظرات از یک گروه متخصص در مورد یک موضوع یا یک سؤال است» (استنفورد، ۲۰۰۸) و «از طریق یک سری از راندهای پرسش‌نامه‌ای، و بازخورد نظرات به اعضای پانل انجام می‌شود» (کینی و هاسون و کنا، ۲۰۰۱)؛ در این تحقیق از متخصصین در موضوع اعتیاد و موانع اجرایی سیاست‌های پیشگیرانه از اعتیاد سوال شده است. این سوالات در قالب سه مرحله دلفی تکرار شده و برای جمع‌بندی و تجزیه تحلیل هریک از مراحل سه‌گانه دلفی از روش‌های متناسب استفاده شده است. در مرحله اول از روش تحلیل محتوا، مرحله دوم تحلیل عاملی، و مرحله سوم تحلیل سلسله مراتبی<sup>۵</sup> استفاده شد.

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش نخبگان فعال در زمینه پیشگیری و کاهش تقاضای مواد مخدر طی سالیان اخیر در مراکز ستادی، ملی و مجامع علمی بودند. از آنجا

1. universal  
2. selective  
3. indicated  
4. Delphi technique

5. Keeney, Hasson, & McKenna  
6. Analytical Hierarchy Process (AHP)

که برای یافتن موانع اجرایی سیاست‌ها نیازمند چهار گروه هدف مشتمل بر سیاست‌گذاران، مدیران اجرایی، صاحب‌نظران و ذینفعان بوده‌ایم، به این منظور از تکنیک انباشتی (گلوله برفی) برای انتخاب نمونه استفاده شد. در این تکنیک ابتدا به یک فرد خبره و نخبه مراجعه شده و پس از اخذ نظرات و دیدگاه‌ها، از او خواسته شد تا افراد دیگری را که در هر کدام از گروه‌های هدف چهارگانه ذکر شده در بالا می‌شناسد، معرفی کند. این تکنیک نمونه‌گیری تارسیدن به اشباع نظری لازم برای مرحله اول دلفی (تحلیل محتوا) ادامه یافت. بر این اساس در مجموع ۳۵ نفر در پژوهش حاضر شناسایی شدند. شایان ذکر است در خصوص تعداد اعضای مشارکت‌کننده در پانل دلفی، اگر میان اعضای پانل تجانس وجود داشته باشد، حدود ۱۰ تا ۲۰ عضو توصیه شده است. در این پژوهش با وجود تجانس اعضا، به دلیل اتقان بیشتر نظرات تعداد ۱۱ نفر از سیاست‌گذاران، ۱۲ نفر مدیران اجرایی، ۸ نفر صاحب‌نظران (اعضای هیات علمی)، و ۴ نفر ذی‌نفعان (معتادین بهبود یافته) انتخاب شدند. چهار گروه مذکور افرادی هستند که در اجرا پژوهی و بررسی فرآیند اجرای سیاست‌ها دخیل بوده‌اند و امکان اظهار نظر در این خصوص را داشته‌اند.

## ابزار

در این پژوهش از ابزار پرسش‌نامه باز برای دور اول و پرسش‌نامه محقق ساخته برای دور دوم و سوم گردآوری داده‌ها استفاده شد. روایی محتوایی پرسش‌نامه‌ها در روش دلفی مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۵ به دست آمد (مهدویان فر، ۱۳۹۷).

## یافته‌ها

همانگونه که اشاره شد در انجام این تحقیق از تکنیک دلفی استفاده شد. بر اساس تخصص‌های مورد نیاز اعضای پانل دلفی در سه دور (راند) مشارکت کردند. در دور اول دلفی از اعضای پانل درخواست شده تا موانع اجرایی سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری (اولیه) از اعتیاد را بیان نمایند و ضمن بیان هر آسیب توضیح مختصری درباره آن بنویسند. تعداد ۳۵ پرسش‌نامه برگشت داده شده که با روش تحلیل محتوا، کدگذاری شد و در مجموع ۱۵۹ کد استخراج شد. پس از تجزیه و تحلیل کدهای اولیه در پایان این

دور ۲۲ مانع اجرایی برای پیشگیری اولیه از اعتیاد استخراج شد. جدول ۱ نمونه‌ای از فرآیند کد گذاری و استخراج موانع اجرایی را نشان می‌دهد.

**جدول ۱: نمونه‌ای از فرآیند کد گذاری**

مانع اجرایی	کد یا مفهوم اولیه	گزاره
ضعف برنامه عملیاتی	برنامه‌های سطحی/فقدان	برنامه‌های اجرا شده توسط دستگاه‌های دولتی عمدتاً به صورت سطحی و فاقد برنامه‌ریزی متناوب بوده و ملاحظات سنی، جنسیتی در آن‌ها لحاظ نشده است. این برنامه‌ها تمرکز خاصی بر مخاطب ندارند. تناوب اجرا نامعلوم است و قالب‌های قوی و اثرگذار در آن‌ها استفاده نشده است.
	برنامه‌ریزی/بی‌توجهی به	
	عامل سن و جنسیت/	
	مخاطب غیرمتمرکز/تناوب نامعلوم/قالب ضعیف	

در دور دوم دلفی با طراحی و توزیع پرسش‌نامه، دو هدف دنبال شد. ۱- کسب نظر اعضای پانل درباره‌ی اهمیت موانع اجرایی موجود، و تکمیل نمودن موانع؛ ۲- میزان اهمیت از نظر داوران. سپس پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و موانع اجرایی با رتبه بالاتر (سطح عاملی بالای ۰/۵) استخراج شد. تعداد آن‌ها ۱۶ مانع بود. نتایج تحلیل عاملی در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: نتایج تحلیل عاملی موانع اجرایی سیاست‌ها**

تائید/عدم تائید	سطح عاملی	موانع اجرایی سیاست‌ها
تایید نشد	۱۸	کمبود کادر متخصص در اجرای سیاست‌ها
تایید نشد	۲۲	ضعف انگیزه در نیروی انسانی پیشگیری
تایید شد	۷۰	عمر کوتاه مدیریتی و بی‌ثبات سیاست‌های پیشگیرانه
تایید شد	۶۹	فقدان نظام ملی پیشگیری در کشور
تایید شد	۷۱	تکثر و تداخل نهادهای متولی در امر پیشگیری
تایید شد	۵۷	عدم تخصیص بودجه کافی به سیاست‌های پیشگیرانه
تایید شد	۷۳	ضعف همکاری‌های بین‌بخشی

در دور سوم نیز هدف اصلی رتبه‌بندی یا تحلیل سلسله‌مراتبی موانعی بود که اعضای پانل در دوره قبل درباره اهمیت آن‌ها به اجماع رسیده بودند. لذا پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل سلسله‌مراتبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و پنج مانع مهمتر نسبت به یازده مورد دیگر انتخاب شدند که عبارت بودند از: فقدان پیشگیری مبتنی

بر بازاریابی اجتماعی اولویت اول؛ ضعف برنامه عملیاتی (مخاطب، قالب، زمان و مکان مشخص) اولویت دوم؛ فقدان نظام ملی پیشگیری در کشور اولویت سوم؛ ضعف نظارت و ارزیابی در اقدامات پیشگیرانه اولویت چهارم؛ و ضعف همکاری‌های بین بخشی اولویت پنجم. سایر موانع نیز به ترتیب مشتمل بر موارد زیر می‌باشند: ضعف آینده‌شناسی و فقدان آمادگی برای مواجهه با ریسک در عرصه پیشگیری اولویت ششم؛ عدم بهره‌گیری مناسب از ظرفیت لایه‌های مختلف جامعه در عرصه پیشگیری، اولویت هفتم؛ سطح پوشش ناکافی برنامه‌های پیشگیری، اولویت هشتم؛ ضعف برنامه‌های اجتماع محور محلی و کمرنگ بودن استفاده از سمن‌ها، اولویت نهم؛ ناکارآمدی ساختار پیشگیری چندنهادی، اولویت دهم؛ عدم تخصیص بودجه کافی یا ردیف مالی مستقل به سیاست‌های پیشگیرانه، اولویت یازدهم؛ عمر کوتاه مدیریتی و بی‌ثبات سیاست‌های پیشگیرانه، اولویت دوازدهم؛ عدم توجه کافی به فرصت‌ها و تهدیدات فضای مجازی، اولویت سیزدهم؛ تکثر و تداخل نهادهای متولی در امر پیشگیری، اولویت چهاردهم؛ متمرکز بودن سیاست‌گذاری‌ها و منابع در پایتخت و ضعف توجه به استان‌ها، اولویت پانزدهم؛ و محتوای آموزشی تکراری و صرفاً در جهت افزایش آگاهی، اولویت شانزدهم. با توجه به نتایج اولویت‌بندی بر اساس روش تحلیل سلسله مراتبی، پنج مورد اول به ترتیب اولویت ذیلاً تشریح می‌شود:

فقدان پیشگیری مبتنی بر بازاریابی اجتماعی: اگر بازاریابی اجتماعی را رویکردی برای سیاست‌های بهبود یا تغییر رفتار و ارتقاء سلامت در شهروندان بدانیم (نفیسی، ۱۳۹۶)، موفقیت این رویکرد، به شناخت کافی از نیازها، دیدگاه‌ها، ترجیحات، ارزش‌ها و محدودیت‌های جامعه هدف بستگی دارد. «بازاریابی اجتماعی رویکردی است که با اصول و فنون، بازاریابی تجاری را برای ایجاد، انتقال و بیان ارزش‌ها به منظور تاثیرگذاری بر جامعه هدف به کار می‌برد که به نفع مصالح عمومی جامعه نظیر بهداشت، سلامت، ایمنی، محیط زیست و اجتماعات محلی می‌باشد (کاتلر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). اثربخشی این رویکرد در طراحی و اجرای برنامه‌های نهادینه‌سازی رفتار نظیر تغذیه سالم، پیشگیری و کنترل هپاتیت و ایدز، کاهش مصرف سیگار و... به اثبات رسیده است (موسوی نقابی، حسنقلی‌پور،

طاهری، و انوشه، ۱۳۹۳). لذا لازم است بسته‌های سیاستی در حوزه پیشگیری از اعتیاد نیز با بهره‌گیری از دانش بازاریابی اجتماعی تدوین شود. اجرای بسته‌های سیاستی اگر مبتنی بر شناخت مخاطب و مقتضیات جامعه هدف نباشد، موفقیت اجرای سیاست‌ها را با چالش جدی مواجه می‌کند. به بیان ساده‌تر، این که تنها به یک نفر بگوییم: «بهتر است رفتار خود را اصلاح کنی تا معتاد نشوی»، کافی نیست. هر چند اقدامات پیشگیری از اعتیاد، حاوی هشدار در مورد خطرات اعتیاد برای سلامتی است؛ اما واضح است که دادن این اطلاعات، به تنهایی کافی نیست. لذا به نظر خبرگان در این پژوهش، اولین مانع اجرایی اقدامات پیشگیرانه از اعتیاد در دو دهه گذشته فقدان پیشگیری مبتنی بر بازاریابی اجتماعی در کشور بوده است. به طور مثال در نظرات متخصصان آمده است «برنامه‌های پیشگیری در مدارس و خانواده‌ها غالباً با ادبیات بسیار علمی و با استفاده از واژه‌های غیر ملموس می‌باشد ... در اجرای برنامه‌ها به ادبیات متناسب و سطح دانش مخاطب به ویژه دانش آموزان کمتر توجه می‌شود ... در برخی از برنامه‌های اجتماع محور<sup>۱</sup> از روش‌ها و قالب‌های جذاب و توأم با نشاط و شادی استفاده نمی‌شود ...». این موارد به وضوح بیانگر ضرورت ابتدای بسته‌های سیاستی و اقدامات منتج از آن در اجرای سیاست‌ها، با توجه به بازاریابی اجتماعی می‌باشد.

ضعف برنامه عملیاتی (مخاطب، قالب، زمان و مکان مشخص): برنامه عملیاتی<sup>۲</sup> یک نقشه راه و برنامه دقیق است که اقدامات لازم برای رسیدن به هدف را به صورت کامل و جامع ترسیم می‌نماید. از آنجا که برنامه عملیاتی برای اجرای سیاست‌ها بسیار ضروری است، در اجرای سیاست‌ها باید چارچوب زمانی و بودجه‌ای<sup>۳</sup> مناسب در نظر گرفته شود. به کار بستن یک دستور سیاستی یا بسته سیاستی متضمن پیاده‌سازی و برنامه عملیاتی مشخص است. این برنامه عملیاتی نیاز به اهداف سیاستی شفاف، منابع مالی و انسانی مناسب، چارچوب زمانی و بودجه‌ای، تناسب در منطق سیاستی و اهداف و تبیین وظایف بازیگران<sup>۴</sup> دارد (دانش‌فرد، ۱۳۹۵). بنا بر نظر خبرگان در طی سالیان گذشته برنامه‌ها و

1. community based  
2. action plan

3. cost and time framework  
4. player tasks

بسته‌های سیاستی در موضوع اقدامات پیشگیرانه از اعتیاد - بعضاً با وجود داشتن برنامه عملیاتی - به دلیل ضعف برنامه عملیاتی و عدم شفافیت یا بی‌توجهی به آن، موفق نبوده است. نمونه‌هایی از نظرات نخبگان بدین شرح است «برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در کشور متولی مشخص و پاسخ‌گو ندارد. متولیان با یکدیگر همکاری نمی‌کنند. به برنامه‌ها بودجه و منابع انسانی کافی تخصیص نیافته است. امکانات دستگاه‌های متولی جوابگوی برنامه‌ها نیست ...».

فقدان نظام ملی پیشگیری در کشور: ساختارهای تشکیلاتی از ابزارهای بسیار مهم برای اجرای سیاست‌های عمومی هستند و سازماندهی و بازتعریف نقش‌ها به طور مستمر از لوازم اجرا محسوب می‌شوند (اشتریان، ۱۳۹۴). یکی از مواردی که در متن سند «استانداردهای بین‌المللی پیشگیری از مصرف مواد» در سال ۲۰۱۳ مورد تاکید قرار گرفته، لزوم وجود نظام ملی پیشگیری در ساختار سازمانی کشور است (دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل، ۲۰۰۸). این امر ضرورت فعالیت ساختاری مستقل با رویکرد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و به صورت خاص درباره اعتیاد را بیان می‌نماید. همچنین مصوبه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی در خصوص «ایجاد ساختار متناسب برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در همه دستگاه‌ها و وزارتخانه‌های همکار» را مورد تاکید قرار داده است (شورای عالی امنیت ملی، ۱۳۸۰). تاکنون با گذشت بیش از ۱۵ سال از این مصوبه، چنین ساختاری به صورت کامل اجرایی نشده است. در برخی از دستگاه‌های عضو ستاد نظیر سازمان بهزیستی، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش و ... برای پیشگیری ساختار سازمانی در سالیان اخیر لحاظ شده است. لیکن در سایر ۱۸ دستگاه دخیل در کمیته پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر و به ویژه در نهادهای استانی ساختار مستقل وجود ندارد (مهدویان فر، ۱۳۹۷). متخصصان دلفی به مواردی نظیر «در برخی نهادها روابط عمومی یا معاونت فرهنگی متکفل امر تخصصی پیشگیری از اعتیاد هستند ... برای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در دستگاه‌های متولی ساختار سازمانی و چارت اداری مشخصی وجود ندارد ... وظایف اصلی دستگاه‌ها بر وظایفی نظیر پیشگیری از اعتیاد تقدم دارد ...» اشاره نموده‌اند.

ضعف نظارت و ارزیابی در اقدامات پیشگیرانه: یک نظام سیاست‌گذاری خردگرا به ارزیابی نتایج حاصل از اجرای سیاست‌ها می‌پردازد و تغییرات ایجادشده را مورد توجه قرار می‌دهد. آنگاه از نتایج آن برای تداوم، تجدیدنظر یا تغییر سیاست‌ها بهره می‌گیرد (اشتریان و امامی میبدی، ۱۳۹۳). «ارزیابی سیاست‌ها توسط لیندن جانسون<sup>۱</sup> آغاز و حساسیت به ارزیابی و نظارت سیاست‌ها و برنامه‌های دولتی گسترش و ترویج یافت» (دانش فرد، ۱۳۹۳). در سیاست‌های حوزه پیشگیری از اعتیاد در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۹۰ و در قالب سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر به عنوان نهاد مسئول هماهنگ‌کننده و نظارت بر اجرای سند معرفی شده است (سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۹۰). همین سند یکی از نقاط ضعف اقدامات سال‌های قبل از ۱۳۹۰ را در حوزه نظارت قلمداد می‌کند (سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۹۰). بنابراین با گذشت دو دهه از اقدامات اجرایی پیشگیری اولیه از اعتیاد، ضعف نظارت بر اجرا و ارزیابی مانعی جدی برای موفقیت و بهبود سیاست‌های آتی کشور محسوب می‌شود. متخصصان مشارکت‌کننده اشاره کرده‌اند «در اجرای برنامه‌های پیشگیری نظارت و ارزیابی چندانی وجود ندارد ... شاخص‌های ارزیابی یا وجود ندارد یا مبهم و نامفهوم است ... برای نظارت بر برنامه‌ها متولی خاصی تعیین نشده است ...».

ضعف همکاری‌های بین‌بخشی: مشارکت بین‌بخشی یا همکاری بین‌بخشی<sup>۲</sup> سازوکاری است که به کمک آن یکی از بخش‌های مختلف حوزه عمومی در همکاری چند نهاد عمومی یا خصوصی ارائه خدمات بیشتر و بهتر به عموم طیف‌های جامعه را گسترش می‌دهند (رامامورث، گراف، و دنت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). ساختار پیشگیری از اعتیاد در ایران یک ساختار چندنهادی<sup>۴</sup> است. همین امر سبب‌ساز اهمیت همکاری‌های بین‌بخشی در این حوزه می‌باشد. پنجمین مانع مهم از منظر نخبگان را مسئله ضعف همکاری‌های بین‌بخشی به خود اختصاص داده‌است. عالی‌ترین سند سیاستی در خصوص مبارزه با مواد مخدر یعنی قانون

1. Lyndon Johnson  
2. cross-sector Partnership

3. Ramamoorth, Graef, & Dent  
4. multi institution



مبارزه با مواد مخدر، ۲۲ دستگاه را در کشور دارای نقش در فرآینده مبارزه با مواد مخدر می‌داند. از این میان ۱۸ دستگاه در کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر عضویت دارند. بنابراین از ضروریات این ساختار پیشگیری چندنهادی، وجود همکاری و مشارکت بین‌بخشی است. حال آن‌که ضعف همکاری‌های بین‌بخشی که در تمامی مسائل بوروکراتیک ایران دارای موضوعیت است، در مسئله اعتیاد نیز به عنوان مانع اجرایی مهمی تلقی شده‌است.

### بحث و نتیجه‌گیری

جمهوری اسلامی ایران بنابر اذعان نهادهای بین‌المللی جهانی در عرصه مبارزه با مواد مخدر و به ویژه مقابله با عرضه، ترانزیت و جابه‌جایی مواد افیونی موفق عمل کرده‌است (دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۵). شهادت بیش از ۳۸۰۰ نفر نیروی امنیتی - انتظامی و حدود ۱۲۰۰۰ مجروح در راه مقابله با عرضه این مواد نیز نشان از جدیت سیاست‌گذاران برای کنترل عرضه مواد مخدر دارد. لیکن آمارهای منتشرشده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در قالب اجرای طرح پیمایش ملی شیوع‌شناسی مصرف مواد در میان شهروندان در سال‌های ۹۰ و ۹۵ و مقایسه آمارها بیانگر رشد جمعیت معتادین کشور است (افشار، ۱۳۹۶). همچنین گزارشات بین‌المللی بر این نکته تاکید دارند که ایران یکی از کشورهای دارای بالاترین میزان مصرف مواد افیونی در دنیاست (دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۱). لذا با توجه به این وضعیت نگران‌کننده، مقتضی است فرآیند سیاست‌گذاری‌ها و اقدامات اجرایی مورد بازنگری قرار گیرد. در این میان بازنگری در سیاست‌ها و موانع اجرایی تحقق آن‌ها دارای اهمیت بالاتری می‌باشد. اما در پاسخ به این سؤال که موانع اجرایی سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد چیست؟ نقش توجه به موانع فوق‌الذکر و مرتفع نمودن آن‌ها دارای اهمیت است. ماده ۸۰ قانون برنامه ششم توسعه ضرورت بازنگری و توصیه‌های سیاستی در روند اجرای سیاست‌های پیشگیرانه از اعتیاد را دوچندان خواهد کرد. هدف‌گذاری قانون در طول اجرای برنامه ششم کاهش ۷۵ درصدی آسیب‌های اجتماعی را مدنظر قرار داده است به گونه‌ای که آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد را به ۲۵٪ میزان کنونی کاهش یابند (قانون

برنامه ششم توسعه، ۱۳۹۵). تحقق این هدف‌گذاری برای آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد، نیازمند ارائه بسته‌های پیشگیرانه از اعتیاد مبتنی بر بازاریابی اجتماعی، طراحی برنامه عملیاتی منسجم (با در نظر گرفتن اقتضائات سنی، جنسی، زمانی و مکانی)، بازنگری ساختار سازمانی موجود و اجرای هرچه سریع‌تر مصوبه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی، طراحی شاخص‌های نظارت، ارزیابی، بازخورد و تقویت همکاری‌های بین‌بخشی در عرصه پیشگیری اولیه از اعتیاد می‌باشد. همچنین ضعف آینده‌شناسی و فقدان آمادگی برای مواجهه با ریسک در عرصه پیشگیری، عدم بهره‌گیری مناسب از ظرفیت لایه‌های مختلف جامعه در عرصه پیشگیری، سطح پوشش ناکافی برنامه‌های پیشگیری، ضعف برنامه‌های اجتماع محور محلی و کمرنگ بودن استفاده از سمن‌ها و ناکارآمدی ساختار پیشگیری چندنهادی از جمله مهمترین موانع برای تحقق اهداف سیاستی در عرصه پیشگیری از اعتیاد در ایران می‌باشند.

با توجه به موانع مذکور در اجرای سیاست‌ها، ضرورت دارد در وظایف و سازمان اداری ۱۸ دستگاه دخیل در امر پیشگیری از اعتیاد بازنگری جدی صورت پذیرد. به عنوان نمونه در بند الف ماده ۸۰ قانون برنامه ششم توسعه به درستی و با دیدگاهی کاملاً کارشناسانه، سیاست اصلاح برنامه‌ها و متون درسی دوره آموزشی عمومی و لزوم ارتقاء مهارت زندگی را به منظور پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد بیان می‌دارد. این سیاست مهم‌ترین و زیربنایی‌ترین توصیه سیاستی برای اصلاح نظام اجرایی سیاست‌گذاری عمومی دولت در حوزه آسیب‌های اجتماعی و از جمله پیشگیری از اعتیاد می‌باشد. لذا در آموزش و پرورش مثلث دانش‌آموز، معلم و والدین باید در جهت پیشگیری از اعتیاد همسو و هم‌راستا شوند و هر سه ضلع ضمن آشنایی با آموزش‌های لازم، به افزایش تاب‌آوری نسل جوان و نوجوان کمک نمایند. به عبارت بهتر دستگاه‌های دخیل در امر پیشگیری نباید امر پیشگیری را امری فوق برنامه و حاشیه‌ای قلمداد نمایند. وظایف کلیه دستگاه‌های مذکور باید به گونه‌ای با اصلاح قوانین و مصوبات اصلاح شود که پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به ویژه اعتیاد امری ذاتی و وظیفه‌ای اصلی قلمداد شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کمبود اطلاعات و داده در حوزه اجرا پژوهشی اشاره نمود. این محدودیت به ویژه در اطلاعات مالی و بودجه‌ای و همچنین گزارشات متقن و موثق نهادهای متولی وجود دارد. همچنین فقدان ارزشیابی و اثربخشی سازمانی اقدامات در سه سطح استانی، منطقه‌ای و ملی در اجرای سیاست‌ها، مانعی مهم در انجام پژوهش‌های مشابه محسوب می‌شود.

## منابع

- اشتریان، کیومرث؛ امامی میدی، راضیه (۱۳۹۳). ساماندهی ارزیابی سیاست‌های عمومی در جمهوری اسلامی ایران. فصلنامه دانش سیاسی، ۱۰(۲)، ۳۶-۵.
- اشتریان، کیومرث (۱۳۸۷). اجرا پژوهی، چالش‌های اجرای سیاست‌گذاری عمومی در ایران. پژوهش اجرایی شده در دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام.
- اشتریان، کیومرث (۱۳۹۴). اجرا پژوهی در سیاست‌گذاری عمومی، موانع اجرای مطلوب برنامه چهارم توسعه در حوزه سلامت و فرهنگ. فصلنامه سیاست‌گذاری عمومی، ۱(۲)، ۲۸-۱۷.
- افشار، پرویز (۱۳۹۶). مصاحبه سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۳۹۶/۴/۴، سایت موسسه فرهنگی مطبوعاتی ایران وابسته به روزنامه ایران بازیابی شده از: <http://www.iran-newspaper.com/newspaper/page/6528/4/188935/0/irannewspaper>
- بقایی سرابی، علی؛ و صرامی، حمید (۱۳۹۷). اجتماعی شدن؛ رویکردی نوین در کاهش تقاضای مواد مخدر و روانگردان‌ها. تهران: دنیای درون.
- دانش فرد، کرم‌اله (۱۳۹۵). فرآیند خط مشی‌گذاری عمومی، انتشارات صفار، تهران.
- دفتر طرح‌های ملی با همکاری مرکز رصد اجتماعی کشور (۱۳۹۵). پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان موج سوم در سال ۱۳۹۴. گزارش کشوری، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات. نشر پژوهشگاه هنر و ارتباطات، شهری.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۰). سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، تهران، اداره کل فرهنگی پیشگیری.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹). درسنامه دوره آموزشی مقدماتی پیشگیری اولیه از اعتیاد ویژه تربیت کادر متخصص. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر (اداره کل فرهنگی و پیشگیری) و معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه تهران (مرکز مشاوره دانشجویی).
- شورای عالی امنیت ملی (۱۳۸۰). جلسه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی، مورخ ۱۳۸۰/۸/۲۸.
- صرامی، حمید (۱۳۹۶). "سخن اول"، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۰(۴۰)، ۸-۷.

مرکز آمار ایران (۱۳۹۶). *گزیده آمار سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵*، ریاست جمهوری، سازمان برنامه و بودجه، انتشارات مرکز آمار ایران، تهران.

مرکز ملی رصد اجتماعی کشور (۱۳۹۴). *وضعیت مسائل و آسیب‌های اجتماعی، شورای اجتماعی کشور*. وزارت کشور، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، دفتر طرح‌های ملی، نشر پژوهشگاه هنر و ارتباطات، شهری.

ملک محمدی، حمیدرضا (۱۳۹۴). *مبانی و اصول سیاست‌گذاری عمومی*، تهران: سمت.

موسوی نقابی، سید مجتبی؛ حسنقلی پور، طهمورث؛ طاهری، ابراهیم و انوشه، مرتضی (۱۳۹۳). *نهادینه‌سازی مولفه‌های قدرت نرم جمهوری اسلامی مبتنی بر رهیافت بازاریابی اجتماعی*. فصلنامه *انقلاب اسلامی*، ۴(۱۲)، ۷۷-۵۹.

مهدویان‌فر، مسعود (۱۳۹۷). *آسیب‌شناسی سیاست‌گذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری از اعتیاد و ارائه راهکار*. پایان‌نامه دکتری رشته سیاست‌گذاری عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ۱۷۷-۱۵۴.

نفیسی، علیرضا (۱۳۸۵). *درآمدی بر مدیریت سیاست‌گذاری تغییر رفتار*. دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی، انتشارات شورای عالی انقلاب فرهنگی، تهران.

- Fischer, F., Miller, M., Sidney, S. (2007). *Handbook of public policy analysis: Theory, politics, and methods*. CRC Press, Taylor and Francis Group.
- Hsu, C., Sandford, B. (2007). The Delphi technique: Making sense of consensus. *Practical Assessment, Research, & Evaluation*, 12, 1-8.
- Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 195-200.
- Kotler, P. T., Armstrong, G. (2013). *Principle of Marketing, 15th ed.*, Prentice Hall.
- Parsons, D. W. (1995). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Publisher: Edward Elgar, University of Michigan.
- Ramamoorth, R., Graef, K. M., Dent, J. (2014). WIPO Re: Search: Accelerating anthelmintic development through cross-sector partnerships. *International journal for parasitology. Drugs and drug resistance*, 4(3), 220-225. DOI: 10.1016/j.ijpddr.2014.09.002.
- United Nations office on Drugs and Crime (2010). *Drug Situation Analysis Report*. Islamic Republic of Iran, Tehran, United Nations Publication Printed in Tehran.
- United Nations office on Drugs and Crime (2011). *“World Drug Report”*, New York, United Nation Publication.
- United Nations office on Drugs and Crime. (2008). *Guide to Implementing School-Based Training Programs for students*. New York, United Nations publication.
- United Nations office on Drugs and Crime. (2015). *International Standards for Drug Prevention*, New York, United Nations office at Vienna.
- Zarghami, M. (2015). Iranian attitude toward opium consumption. *Iranian Journal Psychiatry Behavior Science*, 9(2), e2074. DOI: 10.17795/ijpbs2074.

## بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک

شیوا تقی‌پور<sup>۱</sup>، محمدحسین باغستانی<sup>۲</sup>، نادره سعادت<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۱۰

### چکیده

**هدف:** جایگاه زنان دارای همسر معتاد، با توجه به مسائل فردی آنان و نقش‌هایی که در برابر همسر، فرزندان و جامعه دارند، از حساسیت خاصی برخوردار است و توجه ویژه به این گروه ضروری است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی در زنان دارای همسر معتاد در حال ترک، بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۲ ماهه بوده است. انتخاب نمونه از بین زنان دارای همسر معتاد در حال ترک که از خدمات مرکز ترک اعتیاد توحید اصفهان در تابستان ۱۳۹۶ بهره برده بودند، صورت گرفت. از بین ۷۸ زن دارای همسر معتاد، تعداد ۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس استرس ادراک شده و پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله تاب‌آوری باعث کاهش نمره‌های استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی در گروه آزمایش شد. یافته‌ها بعد از دو ماه نیز پایدار بودند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت آموزش تاب‌آوری یک روش مؤثر است که می‌تواند استرس و مشکلات ارتباطی را در این زنان کاهش دهد.

**کلید واژه‌ها:** تاب‌آوری، استرس ادراک شده، مشکلات ارتباطی، همسر معتادین

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشان، کاشان، ایران

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشان، کاشان، ایران

۳. نویسنده مسئول: مدرس دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، خوراسگان، اصفهان، پست الکترونیکی:

n.saadati@khuif.ac.ir

## مقدمه

وابستگی به مواد در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و یکی از مهم‌ترین مشکلات زندگی بشر به حساب می‌آید (لاندهم، ۲۰۱۳)؛ و به عنوان دومین اختلال شایع روانی از آن یاد می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۱۶). اختلالات اعتیادی و وابستگی به مواد، منجر به مشکلات جسمانی (ترماین، و همکاران، ۲۰۱۶) و روانی (آگراوال، بودنی و لینسکی، ۲۰۱۲) قابل توجهی شده و مشکلات زیادی را برای فرد و جامعه ایجاد می‌کند (کلاین، ۲۰۱۶؛ هاروپ و کاتالانو، ۲۰۱۶). افزون بر آن، سوء مصرف و اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار، یکی از بارزترین آسیب‌های روانی و اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را سست کند؛ از این رو، امروزه اعتیاد یک مشکل سلامتی و بهداشت عمومی در سرتاسر جهان محسوب می‌شود و به ندرت می‌تواند کشوری را پیدا کرد که با مشکل سوء مصرف مواد تغییر دهنده خلق و خو و رفتار درگیر نباشد (زرین کلک، ۱۳۸۸). به همین دلیل پژوهش‌های زیادی بر روی علل شروع و راهبردهای پیشگیری و درمان اعتیاد بر روی خانواده‌های درگیر اعتیاد انجام گرفته است (مک کانل، ممتوویک و ریچاردسون، ۲۰۱۴). یافته‌هایی که نشان می‌دهند، مقدار زیادی از وقت دادگاه‌ها به این افراد اختصاص داده شده است؛ از این رو، بررسی‌ها در ایران نشان داده ۸۱ درصد از افرادی که درخواست طلاق داده‌اند به دلیل اعتیاد همسران‌شان بوده است (محمدخانی، ۱۳۸۸)

افزون بر آن، این اختلالات با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، معنوی و اخلاقی نیز رابطه دارد به طوری که سوء مصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شود، بلکه بار و آسیب فراوانی بر خانواده و

1. American psychiatric Association (APA)
2. Lundholm
3. Sadock, & Sadock
4. Tremain

5. Agrawal, Budney, & Lynskey
6. Klein
7. Harrop, & Catalano
8. McConnell, Memetovic, & Richardson,

جامعه نیز تحمیل می‌کند (گلدشتاین، فالکنر و وکرلی، ۲۰۱۳). در چنین شرایطی، زن، در نقش همسر، در امن‌ترین نهاد اجتماعی، یعنی خانواده، با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود. در شرایطی که محیط خانه مأمّن امنیت، آرامش و آسایش است در هراس و ناامنی به سر می‌برد. آسیب‌های ناشی از زندگی با فرد معتاد گاه آن‌قدر عمیق می‌شود که علاوه بر تحمل عوارض اعتیاد، همسر نیز در معرض استرس و مشکلات روان‌شناختی قرار می‌گیرد (ناعمی، ۱۳۹۴). پر واضح است که اعتیاد سرپرست خانواده بر همسر مرد معتاد، تأثیرات منفی برجای می‌گذارد. جایگاه زنان دارای همسر معتاد، با توجه به مسائل فردی آنان و نقش‌هایی که در برابر همسر، فرزندان و جامعه دارند، از حساسیت خاصی برخوردار است و توجه ویژه به این گروه ضروری است. در سال‌های گذشته، تحقیقات و بررسی‌های متنوعی دربارهٔ مسائل و مشکلات زنان دارای همسر معتاد صورت گرفته است. آمارها حکایت از آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی این افراد دارد؛ به این معنی که هرچه زنان دارای همسر معتاد از حمایت اجتماعی کمتری بهره‌مند شوند، از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار خواهند شد (حمیدی، ۱۳۸۹).

با توجه به در نظر گرفتن ضعف‌ها و کمبودهایی که در کارکرد خانواده‌های زنان دارای همسر معتاد به وجود می‌آید، ارتباطات نادرستی بین زوجین شکل می‌گیرد و کشمکش بین اعضای خانواده افزایش می‌یابد. در چنین خانواده‌هایی، بیشتر ارتباط منفی و آسیب‌پذیر (مانند انتقاد، سرزنش، تحقیر و پرخاشگری) دیده می‌شود و سطح پایینی از همدلی بروز می‌کند؛ این‌گونه روابط منفی استفاده از مهارت‌های حل مسئله را کاهش می‌دهد (ناعمی، ۱۳۹۴). از سوی دیگر مشکلات ارتباطی در چنین خانواده‌هایی بسیار شایع است و همین امر باعث می‌شود که آن‌ها نتوانند منظور خود را به درستی به دیگران تفهیم کنند (محمدی‌فر، طالبی، طباطبایی، ۱۳۸۹). از این رو یکی از عوامل استرس‌زای جدی که همسران معتادین با آن روبه‌رو هستند، ضعف ارتباطی است (محمدخانی، ۱۳۸۸). این مشکلات ارتباطی، می‌تواند به صورت پرخاشگری، افسردگی، تعارضات شدید، جروبحث و خشونت کلامی و جسمی نمایان شود. این مشکلات باعث می‌شود راهکارهای

سازگاری کاهش‌یافته، آستانه تنش و تاب‌آوری پایین بیاید (محمدی‌فر و همکاران، ۱۳۸۹). با در نظر گرفتن این حقیقت که استرس بالای همسران معتاد و مشکلات ارتباطی آن‌ها تأثیر منفی در فرآیند ترک معتادین ایجاد می‌کند (لوپرینزی، پراساد، اسچرودر و سود، ۲۰۱۱)، پیش‌بینی می‌شود مداخله‌های زود هنگام مؤثر برای حمایت از معتادان در حال ترک، از پیامدهای منفی استرس و مشکلات ارتباطی که همسران معتادین دارند، جلوگیری کند. از جمله این مداخلات که می‌تواند استرس همسران معتادین را تعدیل کرده و بر بهبود ارتباط آن‌ها با همسران‌شان در جهت بهبودی و ترک مؤثر باشد، مداخله مبتنی بر آموزش تاب‌آوری است (ناعمی، ۱۳۹۴).

تاب‌آوری شش متغیر توانایی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط بحرانی است؛ افراد تاب‌آور نسبت به موقعیت، آگاه و هشیارند، احساسات و هیجان‌های خود را به شیوه سالم مدیریت می‌کنند؛ در واقع تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که زن علیرغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل بحرانی حاصل از اعتیاد همسر، می‌تواند توانش اجتماعی خود را در کنار همیاری جهت کمک به ترک همسر، بهبود داده و بر مشکلات پیش رو غلبه کند و به موفقیت نائل شود (مهدی و حقایق، ۱۳۹۶). پژوهش‌های اخیر در مورد تاب‌آوری عوامل مختلفی را نشان می‌دهد که از افراد در مقابل تأثیرات منفی موقعیت‌های زندگی محافظت می‌کند. اخیراً، تاب‌آوری به عنوان یک مفهوم مهم در روان‌شناسی سلامت پدیدار شده و پژوهش‌گران به بیان و شفاف‌سازی این که چگونه افراد به صورت مطلوب به اتفاقات و شرایط دشوار پاسخ می‌دهند، می‌پردازند (بنت، آدن، بروم، میتکل و رکیدن، ۲۰۱۰). از این رو، در پژوهش آروالو، پرادو و آمارو<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) استرس به طور قابل توجهی با اعتیاد به مواد مخدر در خانواده‌های دارای عضو معتاد مربوط بود. بنابراین پاسخ مناسب به استرس و شرایط تنش‌زا در این خانواده‌ها تا حدود زیادی می‌تواند از تأثیر عوامل استرس‌زا بر سلامت سایر اعضای خانواده بکاهد. بررسی‌ها نشان داده‌اند چنان‌چه افراد به راهبردهای مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشند و توانایی کمی برای درک

1. Loprinzi, Prasad, Schroeder, & Sood

2. Bennett, Aden, Broome, Mitchell, & Rigdon,

3. Arevalo, Prado, & Amaro



هیجان‌های خود و دیگران داشته باشند، در برخورد با استرس‌ها و بحران‌های حاصل از اعتیاد یکی از اعضای خانواده، توان کمتری خواهند داشت. همچنین، مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاشگری، افسردگی، استرس و اضطراب نشان خواهند داد (مولایی یساوولی و عبدی، ۱۳۹۴؛ رحیمی، حسین ثابت و سهرابی، ۱۳۹۵)؛ اما برنامه‌ها و مداخله‌های درمانی گسترده‌ای جهت ارتقا کارکرد افراد وابسته به مواد و خانواده‌های آنان استفاده شده است. در پژوهش حاضر به آموزش جلسات تاب‌آوری، جهت ارتقاء تاب‌آوری زنان دارای همسران وابسته به مواد پرداخته شده است.

آموزش مهارت‌های تاب‌آوری اشاره به یک فرآیند شناختی رفتاری دارد که تنوعی از پاسخ‌های بدیل و بالقوه را برای مقابله با شرایط مشکل‌ساز فراهم می‌کند و امکان انتخاب بهترین و مؤثرترین پاسخ‌های بدیل را افزایش می‌دهد (گلدشتاین و همکاران، ۲۰۱۳)؛ از این رو، افراد می‌توانند تحت آموزش قرار گیرند تا ظرفیت تاب‌آوری خود را با آموختن برخی مهارت‌ها افزایش دهند و با واکنش مناسب در برابر استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها را تغییر دهند و بر مشکلات منفی محیط غلبه کنند (جلیلی نیکو، خرامین، قاسمی جوبنه و محمدعلی پور، ۱۳۹۴). تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی و معنوی، در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز و نوعی ترمیم خود است که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است (اسکات، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که تاب‌آوری پایینی دارند آسیب‌پذیرترند و فاقد جسارت، انگیزه تشویق و راهبردهای لازم برای تغییر شرایط تنش‌زا هستند (شاره، ۲۰۱۱) و مشکلات خود را به صورت مبالغه‌آمیز بزرگ کرده و خود را قربانی حوادث می‌دانند؛ همچنین اغلب زنان دارای همسر معتاد از اختلال روانی رنج می‌برند و از زندگی خود ناراضی‌اند (کیشور، لاکشمی، پاندیت و راگورام، ۲۰۱۳). افزون بر آن، گسترش احساسات مثبت از طریق آموزش، تاب‌آوری را به صورت مستقیم افزایش می‌دهد و به صورت غیرمستقیم به سازگاری و مقابله با مسائل کمک می‌کند (جعفری روشن، احمدی و اسلامی، ۲۰۱۵). تاب‌آوری نشانگان استرس، اضطراب، و افسردگی را کاهش می‌دهد (مداحی فرد،

رحیمی، کاظمی‌ظریف و فتاحی مقدم، ۲۰۱۴). گلوری‌ا و استینه‌ه‌ارت (۲۰۱۴) گزارش دادند که در ایران، مطالعات مربوط به اعتیاد عمدتاً متمرکز بر شیوع، نوع مواد، نگرش نسبت به مصرف مواد و عوامل پیش‌بین خطر‌ساز یا محافظت‌کننده و ضعف مهارت‌های زندگی و بعضاً به آزمون گذاشتن مداخله‌های روان‌شناختی و دارویی بوده است. بیشتر پژوهش‌های مداخله‌ای در کشور بر فرد بیمار تمرکز دارد و آن‌هایی که در سطح خانواده‌ها انجام می‌شوند، از نوع رویکردهای خانواده‌درمانی بوده است. کمتر از روش‌هایی که راهکارهای عینی و عملیاتی ارائه کند استفاده شده است؛ لذا این پژوهش برای پاسخ به این سؤال که آیا آموزش گروهی تاب‌آوری بر میزان استرس و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد شهر اصفهان مؤثر است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از طرح‌های نیمه‌آزمایشی و کاربردی است که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه به همراه پیگیری دوماهه و با استفاده از گزینش تصادفی عضویت گروهی اجرا شد. انتخاب نمونه از بین زنان دارای شوهر معتاد در حال ترک که از خدمات ترک اعتیاد توحید در شهر اصفهان در تابستان ۱۳۹۶ بهره‌برده بودند صورت گرفت. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ به این صورت که از بین ۱۶۰ زن دارای شوهر معتاد در حال ترک که برای کمک و حمایت همسران‌شان همراه با آن‌ها به کلینیک ترک اعتیاد توحید مراجعه کرده بودند، با رعایت اصل رازداری و همکاری با رضایت درخواست شد تا به پرسش‌نامه‌های استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی پاسخ دهند و پس از غربال‌گری اولیه ۷۸ نفر نمره بالا در استرس و مشکلات ارتباطی کسب کردند که از این بین با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش که شامل داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، نداشتن سابقه بیماری و تحت درمان نبودن (دارویی و روان‌درمانی) و رضایت مکتوب برای شرکت در طرح و ملاک‌های خروج شامل دریافت روان‌درمانی هم‌زمان با آموزش، مصرف داروهای روان‌پزشکی، سابقه بیماری روانی، بیماری جسمانی بارز و غیبت بیش از دو جلسه بود ۴۰ نفر انتخاب و به صورت

تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جایگزین شدند. سپس در سالن انتظار مرکز ترک اعتیاد توحید، گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه گروهی و به مدت دو ماه به صورت جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه در روزهای جمعه اجرا شد.

## روش اجرا

پس از انتخاب نمونه‌ها، به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. مدل مداخله تاب‌آوری برای گروه آزمایش در ۸ جلسه به صورت هفتگی در مرکز خدمات ترک اعتیاد اجرا شد و گروه گواه برنامه و آموزش خاصی را دریافت نکردند؛ از این رو به دلیل مسائل اخلاقی به گروه گواه تعهد داده شد که پس از پایان جلسه‌های گروه آزمایش، آن‌ها نیز تحت مداخله قرار می‌گیرند. بلافاصله پس از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون و ۲ ماه پس از آن نیز مرحله پیگیری در مورد هر دو گروه انجام شد. برنامه آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری از ۸ جلسه رسمی تشکیل شده بود. این برنامه برگرفته از برنامه هندرسون و میلستین، کروتز است که در سال ۱۹۹۷ جهت ایجاد مدارس امن در ایالات متحده آمریکا به اجرا درآمد. محتوای جلسات آموزش در جدول ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱: محتوای جلسات برنامه آموزش تاب‌آوری

جلسات	موضوع	هدف
اول	برقراری ارتباط با مخاطبین و آشنا کردن آن‌ها با تاب‌آوری و قوانین شرکت در کارگاه	معرفی شرکت‌کنندگان، آشنایی با اهداف برنامه، ارائه‌ی تعریف ساده‌ای از تاب‌آوری، ارائه ارتباط تاب‌آوری و سلامت روان‌رایان شد.
دوم	آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود و تقویت عزت‌نفس	ارائه‌ی تعریف ساده‌ای از خودآگاهی، معرفی مؤلفه‌های اصلی خودآگاهی، شناسایی نقاط ضعف و قوت خود توسط شرکت‌کنندگان، خودآگاهی نسبت به اهداف، رسیدن به درک روشنی از عزت‌نفس و علل و عوامل مؤثر بر آن و تقویت آن، پی بردن به اهمیت و تأثیر عزت‌نفس در زندگی، شناسایی ضعف‌های خود، و برطرف کردن آن‌ها.
سوم	ارتباط مؤثر و برقراری روابط اجتماعی	ارائه‌ی تعریف ساده‌ای از ارتباط، آموختن برقراری ارتباط صحیح با همسران، پی بردن به اهمیت همسر خود و درستی برقرارکنند-در

## جدول ۱: محتوای جلسات برنامه آموزش تاب‌آوری

جلسات	موضوع	هدف
		زندگی خود به اهمیت ارتباط با همسر، آموزش برقراری ارتباط با پدر به فرزندان خود.
چهارم	تعیین هدف و چگونگی دستیابی به آن	در ابتدای جلسه از شرکت کنندگان خواسته شد که مفهوم هدف را به سادگی بیان کنند. انواع اهداف کوتاه‌مدت را از هم تمیز دهند و در به کارگیری توانایی‌های خود اعتماد به نفس کسب کنند و قادر شوند برای رسیدن به هدف خود برنامه‌ریزی کنند.
پنجم	تصمیم‌گیری و حل مسئله	معیارهای صحیح یک تصمیم خوب را بیان کنند. اهمیت ارزش یک تصمیم درست در زندگی را توضیح دهند. عواقب و نتایج تصمیمات را پیش‌بینی کنند. عادت کنند در تصمیم‌گیری‌ها با همسر و فرزندان مشورت کنند. درست تصمیم بگیرند. مراحل حل یک مسئله را به طور ساده بیاموزند. در مورد مسئله تفکر کنند. شرکت کنندگان بتوانند مشکلات خود را حل کنند و برای آن‌ها راه حل ارائه دهند و به خود کارآمدی برسند.
ششم	مسئولیت‌پذیری	تعریف ساده‌ای از مسئولیت‌پذیری ارائه دهند. مسئولیت کوچکی را در محیط مرکز بازتوانی یا خانواده در کنار همسر خود عهده‌دار شوند. ارائه‌ی خصوصیات فرد مسئولیت‌پذیر.
هفتم	مدیریت خشم، مدیریت اضطراب و استرس	مفهوم خشم، اضطراب و استرس را به صورت ساده بیان کنند. نشانه‌های خشم، اضطراب و استرس را نام ببرند. علل و پیامدهای خشم، اضطراب و استرس را بیان کنند. روش‌های مدیریت استرس را یاد بگیرند و بتوانند به دیگران یاد بدهند.
هشتم	پرورش حس معنویت و ایمان	بتوانند معنویت را از مذهب تمیز دهند. از حس معنویت خود به عنوان یک عامل انگیزشی جهت کمک به ترک همسر استفاده کنند. به آینده خوش‌بین و امیدوار شوند. به بی‌همتایی خود اعتقاد پیدا کنند.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه استرس ادراک شده: این پرسش‌نامه توسط کوهن، کامارک و مرملستین (۱۹۸۳) تهیه شد و استرس عمومی ادراک شده در طی یک ماه گذشته و نیز افکار و احساسات درباره حوادث تنش‌زا، مهارگری، غلبه و کنار آمدن با استرس‌های تجربه شده

را می‌سنجد. همچنین، عوامل خطرزا در اختلال‌های رفتاری را بررسی می‌کند و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر نسخه ۱۴ گویه‌ای آن به کار برده شد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای هیچ=۰، کم=۱، متوسط=۲، زیاد=۳ و خیلی زیاد=۴ می‌باشد. شایان ذکر است که در مورد سؤال‌های مثبت (۱۳، ۱۰، ۹، ۷، ۶، ۵، ۴) امتیازات به طور معکوس محاسبه می‌شود. در کل دامنه نمره‌ها بین صفر تا ۵۶ است (هاشمی و پیمان‌نیا، ۱۳۹۲). ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دانشجویان به دست آمده است (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). روایی محتوایی برگردان فارسی آن توسط ده تن از اساتید صاحب‌نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شده است (هاشمی و پیمان‌نیا، ۱۳۹۲). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ با ۴۰ نفر از زنان دارای همسران معتاد، ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه مشکلات ارتباطی: از آنجایی که پرسش‌نامه‌ای جهت سنجش مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد وجود نداشت؛ پژوهشگران با مرور مقالات و کتب مرتبط، مصاحبه با زنان دارای همسر معتاد در حال ترک، پرسش‌نامه‌ای ۲۵ سؤالی را که مربوط به مشکلات موجود در برقراری ارتباط با همسر معتاد بود تهیه کردند. دامنه پاسخ‌دهی پنج‌درجه‌ای (همیشه تا هرگز) است. نمرات کمتر از ۲۵ میزان مشکل ارتباطی در حد کم، نمره ۲۶ تا ۵۰ در حد متوسط و نمره بالاتر از ۵۰ در حد زیاد می‌باشد. برای بررسی روایی از "روایی محتوا" استفاده شد. پرسش‌نامه برای ۵ نفر از اساتید این حوزه، یک نفر روان‌پزشک، دو درمانگر اعتیاد و یک مددکار اجتماعی ارسال شد تا درباره محتوای پرسش‌نامه اظهار نظر کنند. با جمع‌بندی موارد ذکر شده و اعمال تغییرات پرسش‌نامه از سوی دو نفر از متخصصین بازبینی شد تا اصلاحات نهایی صورت گیرد؛ همچنین سوالات به گونه‌ای تنظیم شد که به راحتی از سوی افراد با سطوح سنی و تحصیلی مختلف قابل درک باشد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. ضریب اعتبار بازآزمایی پس از دو هفته، در گروه ۲۰ نفری ۰/۸۴ به دست آمد.

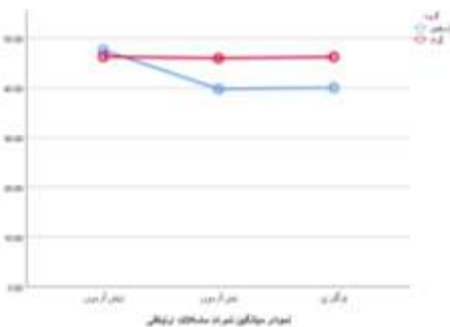
## یافته‌ها

از نظر میزان تحصیلات زنان دارای همسران معتاد شرکت‌کننده در پژوهش ۴ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۱۰ نفر دارای مدرک کاردانی، ۲۰ نفر دارای مدرک لیسانس و ۶ نفر دارای مدرک فوق‌لیسانس بودند. همچنین مدت‌زمان مصرف مواد همسران‌شان ۹ نفر بین ۱ تا ۳ سال، ۲۲ نفر ۳ تا ۶ سال و ۹ نفر بیش از ۶ سال مصرف داشتند که از این بین ۱۰ نفر با مصرف زیر ۱ گرم، ۱۶ نفر ۱ تا ۲ گرم و ۱۴ نفر ۲ گرم و بالاتر و همگی اعتیاد به مصرف تریاک داشتند. میانگین (انحراف استاندارد) سنی این زنان در گروه آزمایش ۳۲/۵۰ (۲/۳۷) سال و گروه گواه ۳۴/۰۰ (۳/۴۳) سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف - استاندارد	میانگین	انحراف - استاندارد	
استرس	آزمایش	۴۸/۴۵	۴/۰۴	۴۲/۲۵	۳/۶۲	انحراف - استاندارد
ادراک شده	گواه	۴۸/۰۵	۳/۸۵	۴۷/۷۰	۳/۶۵	میانگین
مشکلات	آزمایش	۴۷/۶۰	۳/۰۶	۳۹/۷۶	۴/۰۰	انحراف - استاندارد
ارتباطی	گواه	۴۶/۲۵	۳/۶۲	۴۵/۹۵	۳/۴۷	میانگین

نمودار میانگین نمرات استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی در نمودار ذیل ارائه شده‌اند.



برای تحلیل داده‌ها می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل بررسی همسانی ماتریس واریانس-کواریانس می‌باشد. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ( $M=22/06, F=1/76, P>0/05$ ) (باکس). مفروضه‌ی دیگر این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون نشان داد در استرس ادراک شده ( $F=0/77, P>0/05$ ) و مشکلات ارتباطی ( $P>0/05, F=0/46$ ) مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برقرار است. مفروضه مهم دیگر همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل استرس ادراک شده و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون ( $F=0/33, P>0/05$ ) و مشکلات ارتباطی و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون ( $F=0/68, P>0/05$ ) مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج حکایت از برقراری این مفروضه داشت. برای بررسی توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها)، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، استفاده شد که نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع داشت. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت ( $0/95$  مجذور اتا،  $F=104/01, P<0/001$ )،  $0/04$  لامبدای ویلکز). به منظور بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت اثربخشی آموزش

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
استرس ادراک شده	۱۶۵/۳۷	۱۰/۲۱	۰/۰۰۴	۰/۳۱	۰/۸۶
مشکلات ارتباطی	۳۷۴/۴۶	۱۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۸

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود آموزش تاب‌آوری بر هر دو متغیر استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی موثر بوده است.

برای بررسی بقای اثربخشی نیز می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیری بانمرات پیگیری استفاده شود. نتایج تحلیل حکایت از تفاوت معنادار ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت ( $0/70$  مجذور اتا،  $F=35/18, P<0/001$ )،  $0/34$  لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.

**جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت بقای اثربخشی بر متغیرها**

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
استرس ادراک شده	۴۱۶/۰۲	۳۹/۳۵	۰/۰۰۰۵	۰/۵۰	۱/۰۰
مشکلات ارتباطی	۴۹۰/۰۰	۲۰/۸۳	۰/۰۰۰۵	۰/۳۵	۰/۹۹

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تاثیر آموزش تاب‌آوری بر هر دو متغیر استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی دارای بقا بوده است.

**بحث و نتیجه‌گیری**

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس و مشکلات ارتباطی در همسران معتادین در حال ترک شهر اصفهان بود. بر اساس نتایج پژوهش، مداخله تاب‌آوری در استرس و مشکلات ارتباطی موثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج مهدی و حقایق (۱۳۹۶)، رحیمی و همکاران (۱۳۹۵)، ناعمی (۱۳۹۴)، مک کانل و همکاران (۲۰۱۴)، گلوریا و استینهارت<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)، گلدشتاین و همکاران (۲۰۱۳)، مداحی فرد و همکاران (۲۰۱۴) و جعفری روشن و همکاران (۲۰۱۵) همسوست. آموزش تاب‌آوری از طریق تغییر در شناخت، خوش‌بینی، حذف باورهای نادرست و ارتقای تاب‌آوری سبب افزایش مهارت‌های ارتباطی زنان دارای همسر معتاد می‌شود. می‌توان گفت آموزش تاب‌آوری با استفاده از مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی، حل مسئله، کنترل رفتار، کمک خواهی، خوش‌بینی، حذف باورهای غلط، هم‌مدلی، و قدرت تصمیم‌گیری قادر است تفکر امیدوارانه و هدف‌دار را در زنان دارای همسر معتاد افزایش دهد و از این طریق به ارتقای سلامت روان و بهبود مهارت تاب‌آوری و ارتباطی آنان کمک کند (ناعمی، ۱۳۹۴).

در این ارتباط می‌توان گفت، تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست. بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است و توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط بحرانی است. یکی از این شرایط بحرانی گرایش به سوء مصرف مواد همسر یا

1. Gloria, & Steinhardt,



عضوی از خانواده است (مهدی و حقایق، ۱۳۹۶). در تبیین این یافته می توان گفت که مهارت های ارتباطی و حل مسئله یکی از مؤلفه های لازم امانه کافی جهت افزایش تاب آوری است. نبود شرایط دیگر از جمله پذیرش، مسئولیت پذیری، نحوه برقراری ارتباط، کنترل استرس، افزایش شادکامی و بهزیستی از دلایل گرایش همسر به سوء مصرف مواد بوده و غنی سازی و مهارت آموزی زنان به عنوان بازوی کمکی همسران جهت ترک یکی از راهکارهای مؤثر می باشد. از طرف دیگر می توان این مسئله را مدنظر قرارداد که آموزش این مهارت ها که نوعی مهارت شناختی و رفتاری است در کنار افزایش تاب آوری می تواند به همسران کمک کند (ناعمی، ۱۳۹۴).

افزون بر آن، از طریق آموزش مهارت های تاب آوری، همسران یاد می گیرند چگونه با به کارگیری مهارت حل خلاق مسائل مشکلات و تعارضات بین فردی خود با همسرشان را حل کنند. در حل تعارضات درون گروهی و خانوادگی موفق باشند. بدین ترتیب به شکل اثربخش تری بتوانند بر مشکلات زندگی خود فائق آمده و با همسران در حال ترک خود رابطه بهتری برقرار کنند. همچنین فونونی که در مهارت حل خلاق مسئله آموخته می شوند فرد را قادر می کنند که در شناسایی و حل مشکلات روزمره زندگی به نحو موفقیت آمیزی عمل کرده و فشارها و استرس های وارده از جانب همسر معتاد را کم کند. در نتیجه سطح رضایتمندی خود را بالا ببرد (محمدی فر و همکاران، ۱۳۸۹). علاوه بر آن، در تبیین این یافته ها می توان گفت که تاب آوری با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف و احساسات منفی، مقابله با شرایط دشوار زندگی را سهل تر کرده و توانایی چیره شدن بر مشکلات را افزایش می دهد. این امر می تواند استرس را کاهش دهد. پژوهش ها نیز نشان داده اند که توانایی تاب آوری می تواند به افراد کمک کند تا هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کنند (مهدی و حقایق، ۱۳۹۶). مشارکت زنان دارای همسران معتاد در حال ترک در برنامه آموزش تاب آوری موجب شده تا آن ها برای رویارویی با استرس بالا احساس توانمندی بیشتر داشته و با مشکلات پیش بینی نشده خوش بینانه تر مواجه شوند. به علاوه با برخورد مسئله مدارانه با مشکلات ترک اعتیاد همسران شان، به ارتقاء سلامت روان خود در ابعاد مختلف کمک کنند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین مداخلات آموزشی مبتنی

بر تاب‌آوری به رویارویی مؤثرتر این زنان با عوارض منفی مراقبت و حمایت از ترک همسران‌شان منجر می‌شود. با آموزش راهکارهای رویارویی با مشکلات ناشی از ترک به کاهش مشکلات جسمی و روانی همسران‌شان در کاهش عود کمک می‌کنند. مشارکت فعال این زنان در برنامه‌های حمایت‌گر، با کاهش فشار مراقبتی و حمایتی، ارتقاء سلامت روانی و معنوی، باعث تجربه رویارویی مؤثرتر با عوارض منفی می‌شود. مشارکت در گروه‌های حمایت‌گر می‌تواند مصداق توانمندسازی مراقبین برای رویارویی با مشکلات مراقبت از همسران در حال ترک باشد (ناعمی، ۱۳۹۴). این زنان با تاب‌آوری بالاتر به طور مؤثرتری قادر به استفاده از مکانیسم‌های سازگاری هستند و قادر به ارائه حمایت بهتر از همسران‌شان به هنگام ترک مواد می‌باشند (لوپرنیزی و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین تاب‌آوری به عنوان یک عامل مقاوم درونی عمل کرده، با افزایش توان حل مسئله و افزایش انگیزه فرد برای مقابله با مشکلات ناشی از ترک همسران، به این زنان کمک می‌کند که بتوانند استرس را تعدیل نمایند. در واقع توانمندی ناشی از تاب‌آوری به زنان تاب‌آور امکان مدیریت شرایط دشوار و استرس‌زای زندگی را می‌دهد. امکان رشد و تعادل مثبت را برای فرد مهیا می‌کند. تمام این توانمندی‌ها به افراد کمک می‌کنند تا با شرایط ترک همسران‌شان راحت‌تر برخورد کرده و در هنگام بروز مشکلات با حل مسئله آرامش درونی بیشتر با مشکلات پیشرو کنار آیند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵).

آموزش تاب‌آوری که آموزش راه‌های جلب حمایت اجتماعی را نیز در بردارد، توان کنترل محیط و ارتباط مؤثر با دیگران را مقدور می‌سازد. همین امر موجب می‌شود افراد تاب‌آور در شرایط دشوار زندگی حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کنند. در نتیجه بار استرس آن‌ها کاهش می‌یابد و راحت‌تر می‌توانند در هنگام ترک با همسران‌شان ارتباط برقرار کنند (جلیلی نیکو و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین تاب‌آوری باعث ایجاد راهبردهای کنار آمدن و ساز و کارهای دفاعی بهتر در افراد می‌باشد. افراد با تاب‌آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند. در نتیجه رویدادها را قابل کنترل می‌بینند. نگرش‌های خوش‌بینانه، پردازش اطلاعات را مؤثرتر می‌سازد و فرد راهبردهای مقابله‌ای بیشتری را به کار می‌گیرد و توان کنار آمدن با شرایط

دشوار افزایش می‌یابد و تنش را کاهش می‌دهد. بنابراین تاب‌آوری انعطاف‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌شود. همچنین تاب‌آوری با کاهش هیجانات منفی، سلامت روان افراد را افزایش داده و میزان رضایت‌مندی از زندگی نیز افزایش می‌یابد (مهدی و حقایق، ۱۳۹۶). بر طبق نظر لوپریزی و همکاران (۲۰۱۱) توانایی حل کردن مشکلات، توانایی حل تعارض و توانمند بودن در مهارت‌های ارتباطی از ویژگی‌های بارز افراد تاب‌آور ذکر شده است. مطالعه اسکات (۲۰۱۳) نیز ارتباط بین تاب‌آوری و فشار مراقبتی را در مطالعه خود بررسی کردند. نتایج مطالعات آنان نشان داد که مراقبین غیررسمی که نمره تاب‌آوری بالاتری دارند، فشار مراقبتی ناشی از مراقبت را کمتر تجربه می‌کنند. به علاوه نتایج مطالعات آنان نشان داد که مراقبینی که اطلاعات بیشتری درباره اعتیاد و شرایط ترک آن دارند، فشار مراقبتی کمتری تجربه می‌کنند و توانایی حل کردن مشکلات و مهارت‌های حل تعارض به عنوان ویژگی‌های بارز در افراد تاب‌آور ذکر شده است.

بنابراین آموزش تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد در مواجهه با ناملایمات و تغییرات زندگی موفق شوند. آن‌ها قادر به اداره کردن و شناختن محیط برای غلبه بر فشارهای زندگی و برآورده کردن ضروریات آن می‌شوند. آن‌ها قادر به سازگاری سریع و شناخت وضعیت، فهم روشن وقایع، برقراری ارتباط و عمل انعطاف‌پذیر می‌شوند. از آنجایی که کاهش سلامت روانی در مراقبین خانوادگی می‌تواند بر وظایف مراقبتی آنان اثرات سوء گذاشته و آنان را بیشتر در معرض بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی، دیابت و مرگ قرار دهد. مداخلات غیر دارویی در این زمینه جهت بهبود سلامت روان این افراد توصیه می‌شود؛ زیرا استفاده از برنامه آموزش تاب‌آوری موجب می‌شود تا این گروه از افراد آسیب‌پذیر جامعه به طور مؤثرتری قادر به استفاده از مکانیسم سازگاری باشند. با توجه به این که زنان دارای همسر معتاد نیازمند حمایت‌اند، لازم است نهادهای اجتماعی مانند بهزیستی، کمیته امداد امام (ره)، که مسئولیت حمایت از قشرهای آسیب‌پذیر جامعه را بر عهده دارند، به یاری این افراد بشتابند و با آموزش‌های مناسب به ارتقای سلامت روانی و تاب‌آوری آن‌ها برای مقابله با شرایط سخت و دشوار زندگی کمک

کنند. در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی شامل نمونه‌گیری محدود به یک مرکز و همچنین محدود به یک شهر بود. بنابراین، لازم است که در تعمیم نتایج در بلندمدت و به سایر جوامع احتیاط شود. با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی آموزش تاب‌آوری به صورت زوجی (زن و شوهر معناد) و همچنین بر روی مردان دارای زنان معناد صورت گیرد و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه شود.

## منابع

- جلیلی نیکو، سعید؛ خرامین، شیرعلی؛ قاسمی جوبنه، رضا؛ و محمدعلی پور، زینب (۱۳۹۴). نقش تاب‌آوری خانواده و ذهن آگاهی در اعتیاد دانشجویان. *ارمغان دانش*، ۲۰(۴)، ۳۶۸-۳۵۷.
- حمیدی، فریده (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی، *مجله روان‌شناسی نظامی*، ۱(۳)، ۶۰-۵۱.
- رحیمی، کاوه؛ حسین ثابت، فریده؛ سهرابی، فرامرز (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تاب‌آوری و مدیریت استرس بر کاهش استرس ادراک شده و تغییر نگرش به مصرف مواد در بین زندانیان مرد وابسته به مواد. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۲)، ۶۴-۴۷.
- زرین کلک، حمیدرضا (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری بر کاهش آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد و تغییر نگرش دانش‌آموزان نسبت به مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۱)، ۱۱۵-۱۳۸.
- محمدخانی، پروانه (۱۳۸۸). ابعاد مشکلات شخصی-ارتباطی زنان دارای همسر معناد: چشم‌اندازی به برنامه توان‌بخشی همسران مبتلایان به اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۹)، ۳۶-۱۷.
- محمدی‌فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل؛ و طباطبائی، سیدموسی (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معناد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۶)، ۴۰-۲۵.
- مولایی یساولی، هادی؛ و عبدی، منصور (۱۳۹۴). مقایسه تاب‌آوری و راهبردهای مقابله با فشار روانی در افراد وابسته به مواد و عادی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۴(۱)، ۲۹-۲۴.
- مهدی، محمدحسین؛ و حقایق، سیدعباس (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی حل مسئله بر تاب‌آوری، رضایت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای خانواده افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. *فصلنامه رویش روان‌شناسی*، ۶(۳)، ۱۸۹-۱۶۳.
- ناعمی، علی محمد (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش خانواده محور بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان دارای همسر معناد (مطالعه موردی: سبزوار). *زن در توسعه و سیاست*، ۱۳(۱)، ۵۲-۴۱.

- هاشمی، تورج؛ و پیمان نیا، بهرام (۱۳۹۲). رابطه تیپ شخصیتی (D) و استرس ادراک شده با رفتارهای بهداشتی در زنان مبتلا به بیماری سرطان سینه. *روان پرستاری*، ۱(۴)، ۴۴-۳۶.
- Agrawal, A., Budney, A. J., & Lynskey, M. T. (2012). The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction*, 107(7), 1221-1233.
- American psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Auth.
- Arevalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2010). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 113-123.
- Bennett, J., Aden, CA., Broome, K., Mitchell, K., & Rigdon, WD. (2010). Team resilience for young restaurant workers: research-to-practice adaptation and assessment. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 223-236.
- Cohen, S., Kamark, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 358-396.
- Gloria, C. T., Steinhardt, M. A. (2014). Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress and Health*, 31(1), 1-20.
- Goldstein, AL., Faulkner, B., & Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22-32.
- Harrop, E., & Catalano, R. F. (2016). Evidence-based prevention for adolescent substance use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(3), 387-410, DOI: 10.1016/j.chc.2016.03.001.
- Jafare Roshan, F., Ahmadi, S., & Eslami, S. (2015). The effectiveness of group training based on positive-oriented psychotherapy on the resiliency and public health of the wives with addicted husbands. *Biomedical & pharmacology Journal*, 8(1), 185-191.
- Kishor, M., Pandit, L. V., & Raguram, R. (2013). Psychiatric morbidity and marital satisfaction among spouses of men with alcohol dependence. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 360-365.
- Klein, J. W. (2016). Pharmacotherapy for Substance Use Disorders. *Medical Clinics of North America*, 100(4), 891-910.
- Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & Sood, A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical breast cancer*, 11(6), 364-368.
- Lundholm, L. (2013). *Substance use and violence: influence of alcohol, illicit drugs and anabolic androgenic steroids on violent crime and self-directed violence*. PH.D unpublished Dissertations, Sweden: Uppsala University.
- Maddahifard, R., Rahimi, M., Kazemi Zarif, A., & Fattah Moghaddam, L. (2014). The effect of spiritual group therapy on resilience and conflict of

- women with marital conflict. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 5(9S), 326-334.
- McConnell, M. M., Memetovic, J., & Richardson, C. G. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive Behaviors*, 39(10), 1394-1397.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2016). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (10th ed., vol. 1)*. Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Scott, C. B. (2013). Alzheimer's disease caregiver burden: Does resilience matter? *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 23(8), 879-892.
- Shareh, H. (2011). The effect of work stress, coping strategies, resilience and mental health on job satisfaction among anesthesia technicians. *Journal of fundamentals of mental health*, 13(1), 20-29.
- Tremain, D., Freund, M., Wye, P., Wolfenden, L., Bowman, J., Dunlop, A. ... Doherty, E. (2016). Provision of chronic disease preventive care in community substance use services: Client and clinician report. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 68, 24-30.

## بررسی خودبازداری و نظام باورها در افراد مصرف کننده مت آمفتامین در شروع و پایان جلسات درمانی ماتریکس در مراکز درمانی ترک اعتیاد

مریم روح الامین<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۲

### چکیده

**هدف:** هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی خودبازداری و نظام باورها در افراد مصرف کننده مت آمفتامین در شروع و پایان جلسات درمانی ماتریکس در مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون بود. نمونه آماری شامل ۴۵ نفر مرد وابسته به مت آمفتامین مراجعه کننده به مراکز درمانی که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه نمونه دو پرسش نامه خودبازداری (وینبرگرو شوارتز، ۱۹۹۰) و نظام باورها (هالند و همکاران، ۱۹۹۸) را در دو مرحله پاسخ دادند. گروه نمونه تحت جلسات درمانی ماتریکس قرار گرفت. **یافته ها:** نتایج نشان داد درمان ماتریکس بر بهبود خودبازداری (فرونشاندن خشم، مسئولیت پذیری و مراعات دیگران) و نظام باورها (اعتقادات و اعمال مذهبی، و حمایت اجتماعی) موثر بود. **نتیجه گیری:** جلسات درمانی ماتریکس در خود بازداری و نظام باورها در افراد وابسته به مت آمفتامین موثر است. **کلید واژه ها:** خودبازداری، نظام باورها، درمان ماتریکس، وابستگی به مت آمفتامین

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور اصفهان، اصفهان، ایران، پست الکترونیکی:

m.rouholamin@yahoo.com

## مقدمه

در حال حاضر اختلال‌های وابسته به مواد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن، یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌آید (دالی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). به بیان دیگر اختلال مصرف مواد شیوع بالایی در جمعیت جهان دارد (دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). از این میان، مصرف مواد محرک شیوع رو به افزایشی پیدا کرده است و اکثراً جمعیت جوان را درگیر می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). جمعیت ایران عمدتاً متشکل از جوانان با میانگین سنی ۲۰-۴۰ سال می‌باشد. آگاهی کمتر جوانان در مورد علائم و نشانه‌های مصرف طولانی مدت مواد محرک به ویژه مت‌آفتامین، باعث شده، این مواد شیوع رو به افزایشی در ایران پیدا کنند. به گونه‌ای که سوء مصرف مواد محرک امروزه تبدیل به یکی از جدی‌ترین نگرانی‌های اجتماعی شده است (اخانی، بیرشک، حبیبی و عاشوری، ۱۳۹۷).

آفتامین‌ها احساس سرخوشی ایجاد می‌کنند و احساس خستگی را رفع می‌کنند. سطح فعالیت را بیشتر و ایجاد بی‌اشتهایی می‌تمایند. سرخوشی ایجاد شده از طریق آفتامین‌ها باعث افزایش احتمال سوء مصرف می‌شود. وابستگی و سوء مصرف آفتامین‌ها ناشی از تداخل عوامل مختلف (اجتماعی، روانی، فرهنگی و زیستی) و اثر آن‌ها بر رفتارهای مصرف کننده مواد است (دانشمند، ۱۳۸۸). از اثرات جسمی مصرف این مواد می‌توان به تهوع، افزایش فشار خون و درجه حرارت بدن، نارسایی سیستم قلب و عروق، مشکلات کلیوی، خشکی دهان، اختلال در تعادل، صرع و کما اشاره کرد (سید فاطمی، خوشنوايي، بهبهانی و حسینی، ۲۰۰۷). خسارت جانی و مالی و پیامدهای اجتماعی، همچون هزینه‌های اقتصادی، مرگ، خودکشی، بزه‌های سنگین، ازدواج‌های ناموفق و خطر بیماری‌های آمیزشی مانند ایدز و هپاتیت در اثر سوء مصرف این مواد را نیز نباید از نظر دور داشت (حدادی، ۲۰۱۵). در کل این ماده به شدت اعتیادآور بوده به نحوی که تداوم مصرف و اثرات مخرب آن در طی زمان، منجر به دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری،

1. Daley  
2. UNODC

3. American Psychiatric Association  
(APA)



روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیک می‌شود (پیتزو رایلی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). بنابراین درمان این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. در همین راستا درمان‌گران و پژوهش‌گران بسیاری برای تدوین مدل‌های درمانی تلاش کرده‌اند (راوسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). یکی از رویکردهای درمانی امیدبخش در سال‌های اخیر، مدل درمان سرپایی ماتریکس است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند در این روش درمانی، با وجود طولانی بودن دوره درمان، بیماران بیشتر درمان را ادامه می‌دهند و آزمایشات منفی مت‌آفتمین در طول این دوره بیشتر دیده می‌شود (حدادی و همکاران، ۱۳۹۳). برنامه درمانی ماتریکس که به نوعی در برخی مراکز درمانی تبدیل به پروتکل درمان مواد محرک شده، مداخله سرپایی فشرده و ساختاری است که به مدت ۱۶ هفته برای وابستگان به مواد محرک اجرا می‌شود (مکری، ۲۰۱۳). هدف این برنامه ایجاد مدلی برای بیماران سرپایی بوده که به نیازهای بیماران سوء مصرف کننده محرک‌ها پاسخ‌گو بوده و در ضمن توانسته پروتکلی تکرار شونده و قابل ارزیابی باشد (احتشامی و همکاران، ۱۳۹۷).

۸۹

متعهد کردن معتادین مت‌آفتمین به درمان، واضحاً اولین گام لازم در هر نوع درمان

89

است. این بیماران را مشکل می‌توان درمان کرد و اغلب نسبت به درمان و فعالیت‌های توصیه شده، مقاوم به نظر می‌رسند. معتادان اغلب در حالی وارد برنامه‌های درمان سرپایی می‌شوند که هنوز تحت تاثیر دارو بوده یا در مراحل اولیه محرومیت از مت‌آفتمین هستند. در نتیجه اغلب از نظر عاطفی بسیار حساس و از نظر فکری و رفتاری دمدمی مزاج هستند. معتادان به مت‌آفتمین اغلب نسبت به وسوسه، علت آن و چگونگی مقابله با آن آگاه نیستند. برای بسیاری افراد، وسوسه به مت‌آفتمین چنان ناتوان کننده است که بدون استثنا به عود مصرف می‌انجامد (صادقی، سلطانی، رئیسی و نیک فرجام، ۱۳۹۱). اضافه شدن درمان‌های روان‌شناختی به درمان معمول سوء مصرف کنندگان مواد منجر به بهبود نتایج درمانی می‌شود. راهبردهای مبتنی بر مدل‌های روان‌شناختی اعتیاد در تمام مراحل مسیر درمان شامل درگیر نمودن، ارزیابی، نگهداری، بازگیری حمایت شده و پیشگیری از عود نقش مهمی ایفا می‌کند. به منظور دستیابی به حداکثر اثربخشی خدمات درمانی باید

مداخلات روان‌شناختی را در تمام جنبه‌های کار ادغام نمود. با مداخلات روان‌شناختی و روانی، می‌توان به ایجاد انگیزه برای رسیدن به یک هدف و تدوین برنامه‌های مدیریت عود کمک کرد. از درمان‌های روان‌شناختی می‌توان برای درمان مشکلات زمینه‌ای که منجر به تداوم سوء مصرف مواد می‌شود بهره برد (نوروزی، صابری زفرقندی و گیلانی‌پور، ۱۳۹۰).

از ویژگی‌های فردی بسیار موثر در درمان اعتیاد، توانایی ایجاد خودبازداری در خویش است. خودبازداری به عنوان توانایی پیروی از درخواست معقول، تعدیل رفتار مطابق با موقعیت، به تاخیر انداختن ارضای یک خواسته در چارچوب پذیرفته شده اجتماعی، بدون مداخله و هدایت مستقیم فردی دیگر تعریف شده است. اساس خودبازداری، توانایی فرد در کنترل ارادی فرایندهای درونی و برون دادهای رفتاری است. همچنین خودبازداری دارای مولفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری است و سبب تسهیل رشد اخلاق و وجدان اخلاقی می‌شود (عابدی و شاکردولق، ۱۳۹۶). و سوسه بیان‌کننده احساس خواستن و گرایش به محرک خوشایند است. از این رو خودبازداری می‌تواند عاملی برای کاهش اثرات و سوسه به مصرف مواد باشد (مغانلو و کولیوند، ۱۳۹۷). یکی از مباحث مهم در خصوص هیجانات، مفهوم خود کنترلی و خودبازداری به عنوان مولفه‌های فراشناختی است که به توانایی مدیریت و اداره هیجانات و کنترل تکانه‌های خود اشاره دارد. در نهایت این عمل به خود تعدیلی منجر می‌شود (مجد تیموری، ۱۳۸۶). مغانلو و کولیوند (۱۳۹۷) نشان دادند که تمیز یافتگی خود و خود کنترلی شناختی از عوامل مهم موفقیت ترک در معتادان بشمار می‌آید.

بازداری زدایی به کمبود کنترل بر پاسخ‌های رفتاری اشاره دارد و ارتباط تنگاتنگی با صفت شخصیتی تکانشگری دارد (داو، گالو و لاکستون، ۲۰۰۴). افرادی با تکانشگری بالا، تمایل به پاسخ سریع بدون دوراندیشی و برنامه‌ریزی دارند. شواهد حاکی از نقش موثر کمبود دوراندیشی و بازداری و کنترل تکانه‌های رفتاری، بر دائمی شدن مصرف مواد

است (جنش و تیلور<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹؛ داو، گالو و لاکستون، ۲۰۰۴؛ و لایمن، یوسل و پانتلیس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). در حالی که مبانی دقیق زیست شناختی بازدارنده‌ی رفتاری ناشناخته است، احتمال می‌رود این رفتارها منعکس کننده‌ی آسیب به لب پیشانی مغز (که منجر به عدم کنترل بازدارنده می‌شود) باشد. این امر خود می‌تواند در اثر مصرف مداوم و مزمن مواد ایجاد شود (جنش و تیلور، ۱۹۹۹؛ داو و لاکستون، ۲۰۰۴؛ لایمن، یوسل و پانتلیس، ۲۰۰۴؛ و یوسل و لایمن، ۲۰۰۷). مطالعات طولی نشان داده که نمرات تکانشگری در کودکی پیش‌بینی کننده‌ی تجربه‌ی مصرف مواد در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی هستند و به این ترتیب بازدارنده‌ی رفتاری ممکن است در شروع سوء مصرف مواد دخیل باشد (استایگر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). رضایی و حمداله (۱۳۹۵) نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک بر خودبازداری در معتادان نگهداری شده در مراکز کمپ‌های ترک اعتیاد، موثر است. در سال‌های اخیر نظام باورها، باورهای مذهبی در فرایند مقابله با اعتیاد، محوریت و اهمیت بسیار یافته است. به همین دلیل انتظار می‌رود در فرهنگ‌هایی که مذهب به عنوان یک شیوه زندگی تفسیر می‌شود، باورهای مذهبی در تمام ابعاد زندگی از جمله گرایش به رفتارهای ضد اجتماعی و اعتیاد نفوذ کرده باشد. به اعتقاد برخی پژوهشگران، مذهب با تاثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی، به دو سوال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها و استعدادها و پاسخ می‌دهد و بدین ترتیب به وحدت یافتگی سازمان روان‌شناختی و معنوی و خود نظم‌دهی انسان کمک می‌کند. به این دلیل است که از باور مذهبی به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد می‌کنند (بزازیان، رجایی و افسری، ۱۳۹۳). روشن است که اعمال مذهبی ممکن است عاملی حمایت کننده در برابر مصرف مواد به ویژه در میان افرادی که به صورت منظم در مکان مذهبی حضور می‌یابند (بلوم<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳) و به آموزه‌های مذهبی‌شان عمل می‌کنند (هادج، کاردناس و مونتایا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱)، اعتقاد به اهمیت دین یا مذهب در زندگی‌شان دارند (میلر، دیویس و گرینوالد<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰)، یا طی دوران کودکی

1. Jentsch, & Taylor  
2. Lubman, Yucel, & Pantelis  
3. Steiger

4. Blum  
5. Hodge, Cardenas, & Montoya  
6. Miller, Davies, & Greenwald

تربیت مذهبی دارند (دالگالاروندو، سولدارا، کوری فیلهو و سیلوا، ۲۰۰۴) باشد. در این راستا، کرمی (۱۳۹۱) در مطالعات خود نشان داد که بین باورهای فراشناختی و پذیرش اجتماعی با آمادگی برای اعتیاد در دانشجویان دختر و پسر رابطه وجود دارد. با توجه به مطالب گفته شده با در نظر گرفتن افزایش مصرف کنندگان مت‌آفتامین و دشواری درمان و پایداری درمان این افراد، و با توجه به اهمیت خودبازداری و نظام باورها در پایداری درمان مت‌آفتامین، این مطالعه به پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر خودبازداری و نظام باورهای سوء مصرف کنندگان مت‌آفتامین پرداخته است. بی شک توجه به این قبیل تفاوت‌ها عامل مهم تعیین کننده‌ای در تدوین طرح‌های درمانی و فرجام آن محسوب می‌شود.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه آماری سوء مصرف کنندگان شیشه بودند که از بین مراجعه کنندگان جهت درمان به دو مرکز درمانی مت‌آفتامین در اصفهان انتخاب شدند. محقق از بین مراجعه کنندگان ۱۰۰ نفر را که آمادگی شرکت مداوم در جلسات ماتریکس را داشتند به روش دردسترس انتخاب کرد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال؛ ۲- داشتن حداقل تحصیلات متوسطه؛ ۳- تمایل شخصی افراد برای شرکت در آزمون‌ها؛ ۳- مصرف مت‌آفتامین حداقل به مدت ۱۲ ماه؛ ۴- تمایل شخصی افراد برای شرکت مداوم در دوره درمان ماتریکس؛ ۵- تمایل شخصی افراد برای شرکت در آزمون مجدد. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- مثبت بودن تست در هر دوره از آزمون‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره‌های کلاسی که توسط پرستار دائم چک می‌شد؛ ۲- عدم تمایل به ادامه شرکت در کلاس‌ها؛ ۳- عدم تمایل ادامه یا شرکت در پیش‌آزمون؛ ۴- عدم تمایل ادامه یا شرکت در پس‌آزمون. شرکت کنندگان توسط درمانگر مراکز درمانی معرفی شدند. ابتدا

روند پژوهشی برای آن‌ها توضیح داده شد. سپس رضایت آگاهانه گرفته شد. ابتدا برای شروع به صورت مصاحبه از هر فردی پرسش‌نامه‌های خودبازداری و نظام باورها به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس جلسات درمانی ماتریکس برای همه ارائه شد و در آخر از تمام افراد به صورت مصاحبه هر دو پرسش‌نامه به عنوان پس‌آزمون انجام شد. طبق معیار خروج از پژوهش در طی این مراحل افراد از نظر پاکی توسط پرستار تست می‌شدند. در نهایت تعدادی از بیماران در مراحل پژوهش از نظر پاکی و تعدادی از نظر شرکت در جلسات ریزش داشتند و ۴۵ نفر تا آخر پژوهش همکاری کردند. لازم به ذکر است که اصول و ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این طرح عبارتند از: ۱- گمنام بودن بیماران و سابقه آن‌ها؛ ۲- اختیاری بودن شرکت در مراحل پژوهش؛ ۳- آزادی انتخاب در ادامه دادن یا انصراف در هر دوره از درمان.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه خودبازداری: پرسش‌نامه خودبازداری<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۰ توسط وینبرگر و شوارتز<sup>۲</sup> با ۳۰ گویه و چهار خرده‌مقیاس فرونشاندن خشم (سوالات ۳۰، ۲۸، ۲۵، ۲۲، ۱۰، ۲۰، ۶)، کنترل تکانه (سوالات ۲۷، ۲۴، ۱۸، ۱۵، ۱۲، ۸، ۳، ۲)، مراعات دیگران (سوالات ۲۶، ۱۹، ۱۶، ۱۱، ۷، ۵، ۱)، مسئولیت‌پذیری (سوالات ۲۹، ۲۳، ۲۱، ۱۴، ۱۳، ۹، ۴) تهیه شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل، فرونشاندن خشم، کنترل تکانه، مراعات دیگران، و مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۸۳۹، ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش شده است. روایی محتوایی مناسب گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی کل ۰/۸۸ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل، در این مطالعه ۰/۸۶۵ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه نظام باورها: هالند<sup>۳</sup> و همکاران در سال ۱۹۹۸ پرسش‌نامه نظام باورها<sup>۴</sup> را به منظور سنجش باورها و عقاید مذهبی نه‌چندان آشکار تهیه کردند. از ۱۵ گویه تشکیل شده که افراد باید میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از آن عبارات در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای مشخص کنند. این ابزار از دو خرده‌مقیاس تشکیل شده است.

1. Self-restraint  
2. Weinberger and Schwartz (SRS)

3. Holland (SBI-15-R)  
4. beliefs systems

خرده‌مقیاس اعتقادات و اعمال مذهبی (سوالات ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۵) که اعتقاد به وجود پروردگار را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی (سوالات ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۳) میزان حمایتی که فرد از گروه دینی و مذهبی خود دریافت می‌کند را می‌سنجد. نمره‌ی بالا نشان دهنده‌ی مذهبی بودن می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ کل، اعتقادات و اعمال مذهبی، حمایت اجتماعی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲، و ۰/۸۹ گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی برای هر دو گروه افراد مذهبی و غیر مذهبی ۰/۹۵ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل در این مطالعه ۰/۹۱ به دست آمد.

### روش اجرا

جلسات ساختاری از سه پیش جلسه و ۲۴ جلسه روان درمانی ساختاری با دستور جلسات معین تشکیل شده بود. هر جلسه دارای نما و محتوایی از پیش تعیین شده بود که ۴۵ دقیقه طول می‌کشید. در هر جلسه تکالیفی به افراد ارائه می‌شد (مکری، ۱۳۹۰). بعد از انتخاب نمونه و اجرای پیش‌آزمون، جلسات درمان ماتریکس به شرح جدول ۱ اجرا شد. بعد از اتمام درمان پس‌آزمون اجرا شد.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان ماتریکس

جلسات	محتوا	جلسات	محتوا
۱	چرا مواد را ترک می‌کنیم (ترازوی تغییر)، دادن تکلیف	۱۳	بی‌حوصلگی و افسردگی، دادن تکلیف
۲	شروع کننده‌ها (عوامل برانگیزاننده‌ها)، دادن تکلیف	۱۴	رفتارهای جلوگیری از عود، دادن تکلیف
۳	سیر بهبودی نقشه راه، دادن تکلیف	۱۵	فعالیت‌های مستعدکننده به عود، دادن تکلیف
۴	شروع کننده‌های بیرونی، دادن تکلیف	۱۶	کار و بهبودی، دادن تکلیف
۵	شروع کننده‌های درونی، دادن تکلیف	۱۷	شرم و گناه، دادن تکلیف
۶	بی‌اعتمادی خانواده، دادن تکلیف	۱۸	مشغول ماندن، دادن تکلیف
۷	کاهش انرژی، دادن تکلیف	۱۹	انگیزه برای بهبودی، دادن تکلیف
۸	مصرف نایجای دارو، دادن تکلیف	۲۰	راستگویی، دادن تکلیف
۹	وسوسه، نحوه شکل‌گیری و برخورد، دادن تکلیف	۲۱	پاکی کامل، دادن تکلیف
۱۰	با وسوسه باید چه کار کرد، دادن تکلیف	۲۲	روابط جنسی اعتیاد گونه
۱۱	راه‌های نادرست برخورد با وسوسه، دادن تکلیف	۲۳	پیش‌بینی عود و جلوگیری رفتارها و افکار
۱۲	افکار و احساسات پیش‌ساز رفتار مصرف، دادن تکلیف	۲۴	مرور جلسات گذشته و پاسخ به سوالات

## یافته‌ها

تعداد ۲۲ نفر (۴۸/۹٪) از شرکت‌کنندگان تحصیلات کمتر از دیپلم، تعداد ۱۹ نفر (۴۲/۲٪) دیپلم و ۴ نفر (۸/۹٪) فوق دیپلم به بالا بودند. تعداد ۲۲ نفر (۴۸/۹٪) از شرکت‌کنندگان ۲۰ تا ۲۵ سال، ۱۲ نفر (۲۶/۷٪) ۲۶ تا ۳۰ سال، ۱۱ نفر (۲۴/۴٪) ۳۱ سال به بالا داشتند. برای بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از آزمون t وابسته استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این آزمون نرمال بودن توزیع متغیرهاست. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی این پیش فرض در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع

متغیرها	آماره Z	معناداری	متغیرها	آماره Z	معناداری
فرونشاندن خشم	۲/۸۰۰	۰/۷۰۹	مسئولیت‌پذیری	۲/۲۵۰	۰/۵۸۳
کنترل تکانه	۳/۳۳۳	۰/۶۰۴	اعتقادات و اعمال مذهبی	۳/۶۶۶	۰/۳۱۹
مراعات دیگران	۳/۱۲۵	۰/۶۵۳	حمایت اجتماعی	۱/۸۳۳	۰/۸۸۶

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در تمام متغیرها پیش فرض توزیع نرمال برقرار است.

۹۵

95

جدول ۳: نتایج آزمون t وابسته برای بررسی اثربخشی درمان ماتریکس بر خودبازداری

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	اختلاف میانگین	آماره t	معناداری
پیش آزمون	۱۶/۸۲	۳/۶۰			
پس آزمون	۱۸/۲۸	۴/۱۲	۱/۴۶	۲/۱۶	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۲۳/۷۱	۳/۹۹			
پس آزمون	۲۶/۰۰	۳/۵۹	۲/۲۸	۳/۵۹	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۲۴/۷۲	۴/۱۴			
پس آزمون	۲۶/۸۲	۳/۳۱	۲/۰۸	۲/۸۸	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۱۹/۶۰	۴/۰۹			
پس آزمون	۲۱/۳۱	۴/۳۳	۱/۷۱	۲/۵۵	۰/۰۰۱

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود درمان ماتریکس بر همه مولفه‌های خودبازداری موثر بوده است. نتایج آزمون t وابسته برای بررسی اثربخشی درمان ماتریکس بر نظام‌باورها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون t وابسته برای بررسی اثربخشی درمان ماتریکس بر نظام باورها

متغیرها	میانگین	انحراف - استاندارد	اختلاف میانگین	آماره t	معناداری
اعتقادات	۱۷/۸۰	۵/۲۳	۳/۸۹	۴/۳۵	۰/۰۰۰۵
واعمال مذهبی	۲۱/۶۰	۴/۷۴			
حمایت	۸/۸۴	۲/۹۹	۲۳/۷	۶/۵۸	۰/۰۰۰۵
اجتماعی	۱۱/۵۷	۲/۰۵			

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود درمان ماتریکس بر همه مولفه های نظام باورها موثر بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از اجرای این مطالعه بررسی اثربخشی درمان ماتریکس در بهبود خودبازداری و نظام باورها در افراد مصروف کننده مت آفتامین در مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد درمان ماتریکس در بهبود خودبازداری موثر بوده است. افرادی که خودبازداری پایینی دارند، در پیش بینی پیامدهای بلند مدت رفتار خود مشکل دارند. بدین ترتیب پیامدهای رفتار اعتیادی خود را به میزان کمتری بازبینی می کنند. بر عکس افراد دارای خودبازداری بالا به دلیل این که به آسانی می توانند آینده سوء رفتارهای خود را خطر آفرین و هزینه بر تشخیص دهند به میزان بیشتری احساس گناه کرده و برای درمان با انگیزه می شوند. با توجه به این که پژوهشی برای مقایسه در این زمینه انجام نشده بود به بررسی تک تک شاخص های خودبازداری می پردازیم. درمان ماتریکس در بهبود فرونشاندن خشم موثر بود. یافته ها نشان می دهند آموزش مدیریت خشم در کاهش خشم افراد وابسته به مت آفتامین اثربخش است. نتایج یافته های پرسلین<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، پورتر<sup>۲</sup> (۱۹۹۷)، سیساس<sup>۳</sup> (۲۰۰۰)، لارسن<sup>۴</sup> (۲۰۰۰)، شارپ<sup>۵</sup> (۲۰۰۳)، و نویدی (۲۰۰۹) نشان می دهد فرونشاندن خشم در موفقیت درمان موثر است. پژوهشگران در بررسی فرا تحلیل مداخله های مبتنی بر مدل شناختی-رفتاری در بسیاری از مواقع و در بین گروه های مختلف

1. Breslin  
2. Portner  
3. Sipsas

4. Larson  
5. Sharp



موثر بوده است. مهمترین وجه این نوع درمان در مدیریت خشم، بازسازی شناختی است. درمانگران معتقدند باورهای غیرمنطقی رفتارهای ناسازگارانه در پی دارد و به دست آوردن بینش و شناخت نسبت به باورهای غیرمنطقی و تمرین باورهای منطقی می تواند باعث فرونشاندن خشم و رفتارهای ناسازگارانه از جمله اعتیاد شود. یافته ها نشان می دهند درمان ماتریکس در بهبود کنترل تکانه افراد وابسته به مت آمفتامین اثربخش است. مومنی، مشتاق و پورشهباز (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بیان کردند که کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری و ولع مصرف موثر است. در بسیاری از موارد، تلاش برای مهار رفتارهای تکانه ای و عدم توفیق در کنترل آن ها به احساس شرم و سرزنش خود و افسردگی بعد از ارتکاب فعال منجر می شود. یکی از موارد برجسته از رفتارهای تکانه ای در مصرف کنندگان مت آمفتامین شکل گیری رفتارهای جنسی بی مباله، بی بندوبار و تکانه ای است. بیماران در مواجهه با محرک های جنسی حتی با وجود موانع اخلاقی، قانونی و عرفی، تسلیم آن ها شده و رفتارهای جنسی بی محابا و پرخطر شکل می گیرند. ساختار جلسات و آموزش ها به بیماران کمک می کند که کنترل تکانه خود را افزایش دهند. همچنین درمان ماتریکس در بهبود مولفه های مراعات دیگران در افراد مصرف کننده مت آمفتامین موثر بوده است. افراد مصرف کننده در این جلسات یاد می گیرند شناخت وظیفه، پایه انجام وظیفه است. انسان ها در جامعه نسبت به یکدیگر وظایف متقابل دارند و به تعبیری بر عهده خویش نسبت به افراد دیگر حقوق متقابل دارند. شناخت این حقوق و انجام آن ها و مراعات دو جانبه، ضامن تصحیح روابط و سالم سازی معاشرت ها و زدودن کدورت ها و کاهش اختلاف ها و گله مندی هاست. مراعات دیگران و اجرای وظایف متقابل، جامعه ای آرمانی، با صفا و صمیمیت، همبسته و منسجم، عاطفی و نیرومند پدید می آورد که از حرارت ایمان و شوق برخوردار است. افراد در سایه این مودت و صداقت و مراعات، به قدرتی استوار و مجموعه ای مستحکم و خلل ناپذیر تبدیل می شوند. درمان ماتریکس بر ارتقای مسئولیت پذیری در افراد مصرف کننده مت آمفتامین موثر بود. بیماران در طی جلسات موظف و متعهد بودن نسبت به انجام کارهایی که به عهده ماست را می آموزند. هر کدام از این امور را که درست انجام

دادیم، یعنی مسئولیت پذیریم. اگر در جایگاهی که هستیم وظایف خود را نشناسیم و درست انجام ندهیم، مسئولیت گریز می شویم. گروهی از مسئولیت‌ها ذاتی و گروهی اکتسابی‌اند. بستگی به جایگاهی که قرار می‌گیریم مسئولیت‌ها متفاوت می‌شوند. اگر نتوانیم ابتدا جایگاه خود را درست بشناسیم، نمی‌توانیم وظایف و در پی آن مسئولیت‌های خود را درست انجام دهیم. افراد مسئولیت‌پذیر هدف دارند. در هر جایگاهی که هستیم هدفی مشخص کنیم تا نسبت به آن شناخت یابیم و وظایف و مسئولیت‌ها را نسبت به آن جایگاه انجام دهیم.

درمان ماتریکس بر نظام باورها نیز موثر بود. ممکن است فردی در لایه‌های عمیق ذهن خود باور داشته باشد که آدم بی‌ارزشی است و لیاقت لذت بردن از زندگی و دریافت نعمات را ندارد. حتی خود او هم از این باوری که در ضمیر ناخودآگاهش جای گرفته، آگاهی ندارد. ضمیر خودآگاه او دوست دارد که در زندگی پیشرفت کند. اما ضمیر ناخودآگاه این فرد بنا بر باوری که در او ثبت و نگهداری شده، مانع رسیدنش به بسیاری از موهبت‌های زندگی می‌شود. هرگاه بین ضمیر خودآگاه و ناخودآگاه تعارض پیش بیاید، این ضمیر ناخودآگاه است که همواره پیروز میدان است. پس شناسایی این باورهای منفی از اهمیت بسیاری برخوردار است. مشاوران و روان‌درمانگران شناخت‌ها، افکار و باورهای مراجعان را پیوسته بازبینی کرده و نسبت به اصلاح و پاکسازی آن‌ها از باورهای غیرمنطقی اقدام می‌نمایند (یوسفی لویه، ۱۳۸۸). بشر در آستانه این قرن به این باور رسیده که با استفاده از تکنولوژی فکر می‌تواند به ناکامی‌های گذشته خود پایان داده و از نو تحولی بزرگ در خود ایجاد نماید. می‌تواند با حرکت نرم افزاری در وجود خود، تمام سیستم تفکر و باورهایش را عوض کرده و به شخصیت جدیدی و در نهایت به دنیایی از اعتماد به نفس، سلامتی، نشاط و آرامش رسیده و زندگی نوینی را پایه‌گذاری کند. هر آنچه را که بخواهد، بیندیشد و خلق کند. عالی‌ترین ارتباطات را با انسان‌ها برقرار کرده و در همه عرصه‌های زندگی خود طوفانی از موفقیت به پا کند. اساس این تکنولوژی استفاده درست از قدرت بیکران ضمیر ناخودآگاه است. ضمیر ناخودآگاه کامپیوتری بسیار عظیم، قدرتمند و با سرعت پردازش بی‌نظیر است که می‌تواند تحولی عظیم را در انسان به وجود

آورد. تکنولوژی فکر این مقوله را در انسان به طور سیستماتیک و اصولی سامان می‌دهد و او را به گونه‌ای برنامه‌ریزی می‌کند که به طور اتوماتیک درست، زیبا و خلاق بیندیشد. اگر انسان‌ها بتوانند با اشتیاق فراوان به علم، ثروت، سلامت، آرامش و معنویت فکر کنند قطعاً عالم، ثروتمند، سلامت، آرام و با دنیایی از معنویت زندگی خواهند کرد و در دنیا و آخرت سعادت‌مند خواهند شد. این موفقیت نصیب کسانی خواهد شد که این‌گونه بیندیشند. اعتیاد تحت تاثیر باورها و نگرش‌های بیماران است. مصرف مواد تحت تاثیر نگرشی است که فرد به مواد دارد. شکل‌گیری نگرش مثبت و منفی ناشی از ترکیب دانش، اطلاعات، باورها و عواطف نوجوانان درباره مواد از یک سو و میزان ارزشمندی است که برای آن قائل هستند. نگرش به مواد دارای مولفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری بوده است و شامل باورهای هنجاری درباره شیوع مصرف مواد و پذیرش آن، برداشت فرد درباره سازگار بودن مصرف مواد با سبک زندگی، باورهای فرد درباره نتایج منفی مصرف مواد، الزام و مقید بودن به عدم استفاده از مواد، نگرش منفی به اعتیاد و معتاد، برخورد فعال با مسئله اعتیاد و اجتناب از مواد (تاجری، احدی و جمهوری، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه پژوهشی برای مقایسه در این زمینه انجام نشده بود به بررسی تک تک شاخص‌های نظام باورها می‌پردازیم. درمانی ماتریکس بر اعتقادات و اعمال مذهبی در افراد مصرف‌کننده مت‌آفتمین موثر است. شواهد نشان می‌دهد، رابطه معنادار و با ثباتی بین مذهب و معنویت از یک طرف و سلامت افراد از سوی دیگر وجود دارد. برای افراد معتاد زندگی حول به دست آوردن، مصرف و بهبودی از اثرات مواد متمرکز است. ممکن است احساس کنند از دیگران جدا شده‌اند و چیز زیادی از زندگی‌شان نمانده است. احساس می‌کنند زندگی‌شان بدون معنا است و هیچ هدف متعالی یا معنوی برای آن وجود ندارد. احساس می‌کنند هیچ قدرتی بزرگ‌تر از خودشان برای کمک به آن‌ها وجود ندارد. نتایج پژوهش‌های به عمل آمده در بسیاری از کشورهای دنیا نشان می‌دهد برای آرامش انسان و داشتن یک اراده قوی، باید عاملی به نام مذهب و گرایش به خدا در جامعه گسترش یابد. بی‌توجهی به آموزه‌های مذهبی و فاصله گرفتن از ارزش‌های معنوی و در مقابل گرایش به ارزش‌های مادی و ظاهری یکی از عوامل مهمی است که شاید بتوان گفت در کنار عدم

کنترل والدین باعث ایجاد انواع آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد، بین نوجوانان و جوانان می‌شود. چرا که مذهب عاملی است که در هر شرایط قادر است با چراغ قرمزهایی مانع بروز آسیب‌های اجتماعی شود. بی‌توجهی به آموزه‌های دینی از سوی بسیاری از والدین و در کنار آن موج تهاجم فرهنگی که به شکل‌های مختلف ذهن فرزندان ما را نشانه گرفته‌اند از مهمترین عوامل مذهب‌گریزی جوانان و نوجوانان می‌باشد. تحقیقات نشان می‌دهد داشتن جهان‌بینی مذهبی در معنابخشی به زندگی، امید به زندگی و احساس امنیت خاطر تأثیر به‌سزایی دارد و مانند سپری در مقابل از خودبیگانگی و خلأ وجودی عمل می‌کند. به عبارت دیگر، مذهب به زندگی انسان جهت می‌دهد، از او در مقابل فشارهای روانی محافظت می‌کند، و در نتیجه سلامت روانی باعث کاهش مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، خودکشی، عزت‌نفس پایین و تنهایی می‌شود. در نتیجه، تأمین بهداشت روانی، فرد را از مصرف تفریحی یا اعتیاد به مواد مخدر و الکل و شیشه‌باز می‌دارد. معمولاً مذهب در سه سطح می‌تواند مصرف مواد را تحت تأثیر قرار دهد. اولین تأثیر مذهب شامل فعالیت‌های پیشگیرانه‌ای است که برای تحریم شروع مصرف مواد به کار گرفته می‌شود و می‌تواند در برگیرنده آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و هدفمند نمودن زندگی باشد. در این صورت برای داشتن زندگی سالم مصرف مواد عملی پسندیده نیست. دومین تأثیر مذهب مداخله در جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که مصرف آزمایشی و گاه به گاه مواد را شروع کرده‌اند. سومین تأثیر مذهب شامل برنامه‌هایی است که برای کمک به افراد معتاد در جهت ترک و همچنین پرهیز از عود مجدد در آنان فراهم شده است. یکی از شیوه‌هایی که مذهب به وسیله آن مصرف مواد را کاهش می‌دهد پرورش جنبه‌های بهداشت روانی است. مذهب به زندگی فرد جهت می‌دهد و از او به هنگام فشارهای روانی روزمره حمایت می‌کند. بنابراین تأمین بهداشت روانی می‌تواند فرد را از مصرف تفریحی یا اعتیاد به مواد مخدر بازدارد و از طرف دیگر باعث کاهش مشکلاتی مثل افسردگی، احساس از خود بیگانگی، تنهایی و عزت‌نفس پایین می‌شود که فرد را مستعد مصرف مواد می‌کند. درمان ماتریکس بر حمایت اجتماعی در افراد مصرف‌کننده مت‌آفتمین موثر است. دباغی (۱۳۸۶) و اختری، خدایی، یاقوتی

زرگر و فیض الهی (۱۳۹۵) در پژوهش خود بیان داشتند که حمایت اجتماعی در درمان اعتیاد موثر است. افرادی که مشارکت فعال تری در گروه‌های حمایتی دارند به احتمال بیشتری مدت پاکی آن‌ها افزایش می‌یابد. نتایج تحقیق الیسا، برنیچون، یو، روبرت و هرل<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) نشان عوامل مثبتی چون حمایت و همراهی خانواده در افراد وابسته به مواد می‌تواند کمک شایانی در ترک اعتیاد داشته باشد. حمایت اجتماعی از طریق صمیمیت و ارتباطات نزدیک تنگاتنگ اجتماعی اثرات مخرب استرس را کاهش می‌دهد و از این طریق به عنوان یک ضربه‌گیر عمل می‌کند.

درد استرس نبودن نمونه زنان از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود به بررسی عمیق‌تر تاثیر مدل درمانی ماتریکس و تاثیر و تغییر پارامترهای شناختی- رفتاری بیماران مبتلا به مصرف شیشه، جهت طول عمر پاکی آن‌ها، پرداخته شود. همچنین مطالعات بر روی گروه زنان تکرار شود.

## منابع

احشامی، سارا؛ ممتازی، سعید؛ مگری، آذرخش؛ اسکندری، ذکریا؛ و داداشی، محسن (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان ماتریکس در کاهش شدت اعتیاد و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان مت‌آفتامین در شهر زنجان. *مجله علوم پزشکی زنجان*، ۲۶ (۱۱۷)، ۳۱-۲۱. اخانی، افسانه؛ بیرشک، بهروز؛ حبیبی، مجتبی؛ و عاشوری، احمد (۱۳۹۷). مقایسه توانایی یادگیری و حافظه در افراد وابسته به مت‌آفتامین با افراد وابسته به اپیوئید و سالم. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲ (۴۷)، ۲۴۴-۲۳۰.

اختری، فرزاد؛ خدایی، آمنه؛ یاقوتی زرگر، حسن؛ و فیض الهی، سارا (۱۳۹۵). مروری بر نقش حمایت اجتماعی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳ (۱۰)، ۳۳-۵۴.

بزازیان، سعیده؛ رجایی، یداله؛ و افسری، لیلا (۱۳۹۳). نقش بازدارنده باورهای مذهبی و پیوند با خانواده در گرایش به مصرف سیگار، مواد مخدر و مشروبات الکلی. *روانشناسی خانواده*، ۱۹ (۱)، ۲۸-۱۹.

تاجری، بیوک؛ احدی، حسن؛ و جمهری، فرهاد (۱۳۹۱). بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر پرهیز، وسوسه، عود و تغییر نگرش معتادین به شیشه. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۷(۲)، ۲۹-۱.

حدادی، روح‌اله؛ مطلق، نفیسه؛ کمالی، زینب؛ محمدی، شهناز؛ کشاورز، قاسم؛ و بخت، سپیده (۱۳۹۳). مقایسه پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان زنان و مردان سوء مصرف کننده مت‌آفتامین. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۱)، ۶۹-۵۷.

دانشمند، رضا (۱۳۸۸). مروری بر درمان و سوء مصرف آفتامین‌ها. *فصلنامه اعتیاد*، ۹، ۶۳-۶۱. دباغی، پرویز (۱۳۸۶). *اثر بخشی شناخت درمانی بر اثر تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های مصنوعی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

رضایی، سعیده؛ و حمداله، حمداله (۱۳۹۵). *اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر خودبازداری معتادان نگهداری در مراکز کمپ‌های ترک اعتیاد*. چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی.

صادقی، مانلی؛ سلطانی، هدیه؛ رئیس، حمید؛ و نیک فرجام، علی (۱۳۹۱). *راهنمای درمان مت‌آفتامین*. تهران: انتشارات سپید برگ.

عابدی، زبیا؛ و شاکردولق، علی (۱۳۹۶). مقایسه خودبازداری، بنیان‌های اخلاقی و جهت‌گیری زندگی در والدین سازگار و ناسازگار کودکان آموزش‌پذیر کم توان ذهنی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۶(۱)، ۳۰-۱۷.

کرمی، جهانگیر (۱۳۹۱). رابطه بین باورهای فراشناختی و پذیرش اجتماعی با آمادگی برای اعتیاد در دانشجویان. *دست‌آورد های روان‌شناختی*، ۱۹(۲)، ۱۴-۱.

مجد تیموری، فریا (۱۳۸۶). مهارت زندگی - هوش هیجانی، فراشناخت و مهارت‌های کنترلی و خود بهبودبخشی. *فرهنگ آموزش*، ۳، ۱۷-۶.

مغانلو، مهناز؛ و کولیوند، زهرا (۱۳۹۷). مقایسه تمایز یافتگی خود و خودکنترلی شناختی معتادان موفق به ترک و مبتلایان به وابستگی مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۶)، ۱۲۰-۱۰۱.

مکری، آذرخش (۱۳۹۰). *راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک براساس الگوی تغییر یافته ماتریکس*. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.

مومنی، فرشته؛ مشتاق، نهال؛ و پورشهباز، عباس (۱۳۸۹). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۱)، ۸۳-۹۸.

نوروزی، علیرضا؛ صابری زفرقندی، محمد باقر؛ و گیلانی پور، مهسا (۱۳۹۰). *راهنمای درمان بستری سوء مصرف مواد*. تهران: انتشارات سپید برگ.

یوسفی لویه، مجید (۱۳۸۸). اصلاح نظام باورها. *فصلنامه مشاور*، ۵(۱)، ۵۵-۵۲.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. United States.

Blum, R. W. W., Halcon, L., Beuhring, T., Pate, E., Campell-Forrester. S., & Venema, A. (2003). Adolescent health in the Caribbean: Risk and protective factors. *American Journal of Public Health*, 93(3), 456-460.

Daley, A. C., Marlatt, G. A., Lewinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., & Langrod, J. G. (2005). *Substance Abuse (A Comprehensive Textbook)* 4<sup>th</sup> edit. Boston: Williams & Wilkin.

Dawe, S., Gullo, M. J., & Loxton, N. J. (2014). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: Implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29, 1389-1405. DOI: 10.1016/j.addbeh.2004.06.004.

Dslgalarrondo, P., Soldera. M. A., Correa Fillo, H. R., & Silva, C. A. M. (2004). Religiauso de drogapor adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 82-90.

Ellisa, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T. & Herrell, J. M. (2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 213-221.

Hadadi, R. (2015). On the comparison of the therapeutic effects of matrix treatment on severity of addiction and mental health between female and male methamphetamine abusers. *Research on Addiction*, 8(31), 57-69.

Hodge, D. R., Cardenas, P., & Montoya, H. (2001). Substance use: Spirituality and religious participation as protective factors among rural youths. *Social Work Research*, 25(3), 153-160.

Jentsch, J. D., & Taylor, J. R. (1999). Impulsivity resulting from fronto-striatal dysfunction in drug abuse: Implications for the control of behavior by reward related stimuli. *Psychopharmacology*, 146, 373-390.

Larson, J. D. (2000). Anger and aggression management techniques through the think first curriculum. *Offender Rehabilitation Journal*, 4(18), 101-117.

Lubman, D. I., Yucel, M., & Pantelis, C. (2004). Addiction, a condition of compulsive behavior? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction*, 99, 1491-1502.

- Miller, L., Davies, M., & Greenwald, S. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national comorbidity survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1190-1197.
- Naveedy, A. (2009). The Efficacy of Anger Management Training on Adjustment Skills of High School Male Students in Tehran. *Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(14), 394-403.
- Pates, R., & Riley, D. (Eds.). (2010). *Interventions for Amphetamine Misuse*. United States: Blackwell publishing LTD.
- Portner, J. (1997). Violence-prevention program reduces aggressive behavior. *Education*, 36(4), 400-413.
- Rawson, R. A., Casey, P. M., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C. ... Zweben, J. (2004). A multi site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99(6), 708-717.
- Seyyed Fatemi, N., Khoshnavaye Foomani, F., Behbahani, N., & Hosseini, F. (2007). Assertiveness skill and use of ecstasy among Iranian adolescents. *Fundamentals of mental health*, 10, 265-272.
- Sharp, S. R. (2003). Effectiveness of an anger management training program based on Rational Emotive Behavior Theory (REBT) for middle school students with behavior problems. Available on URL: <http://www.lib.umi.com>.
- Sipsas, H. A. (2000). *The student created aggression replacement education program: A cross-generational application*. *Psychology and medicine*, 31(5), 247-258.
- UNODC. (2014). *world drug report*. New York: Vienna: united nations.
- Yucel, M., & Lubman, D. I. (2007). Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioral dysregulation in human drug addiction: Implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug Alcohol Review*, 26, 33-39.



## مقایسه عملکردهای شناختی در سیر اعتیاد: از تمایل تا ترک

مرضیه السادات سجادی نژاد<sup>۱</sup>، صغرا اکبری چرمهینی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۱

### چکیده

**هدف:** در سال‌های اخیر شیوع اعتیاد در جامعه ایرانی رو به افزایش است اما همه افراد درگیر این پدیده شوم نمی‌شوند. به نظر می‌رسد برخی آمادگی‌های محیطی، رفتاری، شخصیتی و شناختی در آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد سهم باشند. پژوهش حاضر در راستای بررسی آمادگی‌های شناختی به مقایسه‌ی عملکردهای شناختی بازداری و برنامه‌ریزی در افراد معتاد، معتادین تحت درمان، دو گروه از نوجوانان با تمایل بالا و پایین به اعتیاد، و افراد سالم پرداخته است. **روش:** روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. گروه نمونه این پژوهش ۱۸۳ نفر بود که در ۵ گروه جای می‌گرفتند. از این بین ۳۰ نفر گروه معتاد و ۳۰ نفر افراد در حال ترک و تحت درمان با متادون به صورت در دسترس در شهر اراک انتخاب شدند. تعداد ۳۰ نفر افراد سالم نیز انتخاب شدند. همه گروه‌ها به آزمون‌های استروپ و برج لندن پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در بازداری شناختی نشان داد بین گروه سالم، تمایل بالا و پایین تفاوت وجود نداشت. دو گروه معتاد و تحت درمان نسبت به این ۳ گروه عملکرد ضعیف‌تری داشتند و ضعیف‌ترین عملکرد مربوط به گروه معتاد بود. در برنامه‌ریزی شناختی ضعیف‌ترین عملکرد در گروه معتاد مشاهده شد. پس از آن گروه تحت درمان با حفظ فاصله معنادار از ۳ گروه دیگر قرار داشت. گروه تمایل بالا، تمایل پایین، و سالم به ترتیب در مراتب بعدی قرار داشتند. **نتیجه‌گیری:** عملکردهای شناختی بین افراد معتاد، معتادین تحت درمان، دو گروه از نوجوانان با تمایل بالا و پایین به اعتیاد، و افراد سالم متفاوت است.

**کلیدواژه‌ها:** بازداری شناختی، برنامه‌ریزی شناختی، اعتیاد، تمایل به اعتیاد

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اراک، اراک، ایران، پست الکترونیکی: s-akbarichermahini@araku.ac.ir

## مقدمه

گذار از روند زندگی سنتی به زندگی صنعتی جامعه را با مشکلات متعددی از جمله آسیب‌های اجتماعی مواجه می‌سازد. از جمله این مشکلات که سلامت جامعه امروزی و افراد را تهدید می‌کند اعتیاد است. اعتیاد شرایط مزمن و پیش‌رونده‌ای است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجبارگونه، ولع غیرقابل کنترل، رفتارهای جستجوگرانه مواد و پیامدهای زیان‌بار اجتماعی، روانی، جسمی، خانوادگی و اقتصادی، مشخص می‌شود (دیو، گالو و لاکسون، ۲۰۰۴؛ به نقل از امینی، علیزاده و رضایی، ۱۳۸۹). براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ واژه ((اعتیاد)) به این صورت تعریف شده است: ((هر ماده‌ای که وارد بدن موجود زنده می‌شود و باعث تغییر یا تعدیل در خاصیت و عمل موجود زنده می‌شود)) (مکری، ۲۰۰۲). استفاده از مواد مخدر در گذشته صرفاً به بزرگسالان محدود می‌شد ولی در اوایل دهه ۱۹۷۰ استفاده از مواد مخدر در میان جوانان و نوجوانان شایع شد که البته کشور ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست (جوادی، رفیعی، آقابخش و عسکری و عبدی زرین، ۱۳۹۰). آمارها نشان می‌دهند که حدود ۱۶ درصد از معتادین ایران کمتر از ۱۹ سال سن دارند و ۲۸ درصد آن‌ها بین ۲۰ تا ۲۴ سالگی به اعتیاد روی می‌آورند (برقی، ۱۳۸۱).

البته علیرغم آسیب‌پذیری افراد در دوره نوجوانی نسبت به رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد، همه نوجوانان نیز چنین رفتارهایی را تجربه نمی‌کنند. در این بین برخی عوامل به عنوان تسهیل‌گر و برخی به عنوان محافظت‌کننده عمل می‌کنند. از بین عوامل تسهیل‌گر می‌توان به گرایش‌های شخص‌مانند گرایش به اعتیاد اشاره کرد. طبق تعریف پورافکاری (۱۳۷۶) گرایش حالت درونی است که در آن احتمال وقوع رفتارهایی بالاست یا به آسانی آموخته می‌شود. باورها و نگرش‌های افراد درباره مواد و پیامدهای منفی و مثبت آن در اصطلاح، "گرایش به مصرف مواد" تعریف شده است (آدرم و نیک‌منش، ۱۳۹۰). در ارتباط با ابتلا به اعتیاد، نظریه گرایش بیان می‌کند برخی از افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر

در معرض مواد قرار بگیرند، معتاد می‌شوند اما اگر استعداد آن را نداشته باشند معتاد نمی‌شوند (گندراو و گندراو، ۱۹۷۰؛ فرانک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

درباره علل گرایش به اعتیاد نظریه‌هایی ارائه شده که می‌توان آن‌ها را به ۳ دسته تقسیم کرد. دسته اول معتقدند که چون این مواد در دسترس قرار دارند، افراد به سمت آن روی می‌آورند. دسته دوم، بحران‌ها و نابسامانی‌های اجتماعی را علت گرایش به اعتیاد می‌دانند و دسته سوم آمادگی روانی و ویژگی‌های شخصیتی را دلیل آن می‌دانند (فریدکیان، ۱۳۸۹). از بین آمادگی‌های روانی می‌توان به حیطه آمادگی‌های ذهنی و شناختی اشاره نمود. در این راستا پنجمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳) ویژگی مهم اختلال سوءمصرف مواد را وجود یکی از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی می‌داند که افراد با وجود مشکلات قابل توجه مرتبط با سوءمصرف، هنوز به مصرف آن ادامه می‌دهند. کارکردهای اجرایی<sup>۲</sup> یکی از موثرترین فرآیندهای عملکرد شناختی محسوب می‌شوند که بر نقش آن در اعتیاد به مصرف مواد تاکید شده است (لیورز، لژیو، آبناولی و گاسبرینی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). در میان صاحب‌نظران تعریف یکسان و قابل قبول همگان در خصوص کارکردهای اجرایی وجود ندارد. در تعریف‌های ارائه شده برخی از جنبه‌های خاص این کارکردها مورد تأیید قرار گرفته است.

برای مثال، برخی متخصصان کارکردهای اجرایی را حوزه‌ای خاص از توانایی‌ها می‌دانند که شامل سازمان دهی در فضا، بازداری انتخابی، آماده‌سازی پاسخ، هدف‌مداری، برنامه‌ریزی و انعطاف است (وینستین و شافر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳). بارکلی<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) نیز کارکردهای اجرایی را اعمال خودفرمانی می‌داند که برای خودگردانی به کار گرفته می‌شود. او معتقد است که به طور خلاصه می‌توان کارکردهای اجرایی را اعمالی دانست که فرد برای خود و برای هدایت خود انجام می‌دهد تا خود کنترلی، رفتار هدف‌مدار و پیشینه‌سازی پیامدهای آینده را به اجرا درآورد. از جمله سیستم‌های شناختی دخیل در رفتارهای پرخطر سیستم

1. Franke
2. Executive Function
3. Lyvers, Leggio, Abenavoli, & Gasbarini
4. Weinstein, & Shaffer
5. Barkley

کنترل بازداری می‌باشد. سیستم کنترل بازداری همراه با عدم انعطاف‌پذیری رفتاری و همچنین داشتن انگیزه بالا هر دو همراه با هم عامل بسیار مهمی در انجام رفتارهای پرخطر به ویژه اعتیاد می‌باشد (هومر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). یکی دیگر از کارکردهای شناختی مهم در این زمینه برنامه‌ریزی شناختی است (دی ویدوف و پولنینا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴) که در برگیرنده فرایندهای عصبی در گیر در تدوین، ارزیابی، و انتخاب رشته‌ای از افکار و اعمال برای رسیدن به هدف مورد نظر می‌باشد (آوون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). البته رابطه بین کارکردهای اجرایی و اعتیاد به مصرف مواد می‌تواند رابطه‌ای متقابل و دو سویه باشد. به این معنا که مصرف طولانی مدت مواد نیز می‌تواند آسیب‌هایی در عملکردهای شناختی ایجاد کند. استفاده طولانی مدت از مواد مخدر با سطوح بالایی از نقایص عصب روان شناختی همراه است (گران، آدامز، کارلین و رنیک<sup>۴</sup>، ۱۹۷۷). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که مصرف مواد افیونی موجب اختلال در کنترل تکانه و توجه (پو، لی و چان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲)، حافظه (اور<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، عملکردهای اجرایی به طور کلی (دومینگز-سالاز، دیاز-باتانرو، لوزانو-روچاس و وردیجو-گارسیا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶)، بازداری پاسخ و انعطاف‌پذیری (فیش بین، تادز، ریکتس و سمبا<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸)، بازداری پاسخ، تصمیم‌گیری، استدلال انتزاعی، مهارت‌های حل مسئله، و تغییر توجه (نول و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷) و مهارت‌های ادراکی حرکتی (تیچنر، هورنر، رویج، ههرون و تهووس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۲) می‌شود. در پنجمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۳) اشاره شده که مصرف مواد یک تغییر زیربنایی در مدارهای مغزی را (به ویژه در افراد با اختلالات شدید) به وجود می‌آورد که ممکن است بعد از سم‌زدایی هم این تغییرات باقی بماند. البته همانگونه که اقدام به ترک مواد و وارد شدن در چرخه درمان می‌تواند تاثیر مثبتی بر بهبود برخی از آسیب‌های ناشی

1. Hummer
2. Davydov & Polunina
3. Owen
4. Grant, Adams, Carlin, & Rennick
5. Pau, Lee, & Chan
6. Auer
7. Domínguez-Salas, Díaz-Batanero, Lozano-Rojas, & Verdejo-García
10. Fishbein, Todd, Ricketts, & Semba
11. Noël
10. Teichner, Horner, Roitzsch, Herron, & Thevos
11. Diagnostic Of Statistical Manual Of Mental Disorder (5 Th Ed- Dsm-V)

از اعتیاد نظیر مشکلات جسمانی، برخی مشکلات روانی، اجتماعی و خانوادگی (اسپکا، فینک بینر، لودمان، لیفرت، کلوویخ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰) داشته باشد. برخی پژوهش‌های اخیر نیز احتمال تاثیر مثبت اقدام به ترک و درمان را بر بهبود آسیب‌های شناختی مطرح کرده‌اند (سوفوگلو، دویتو، واترز و کارل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). همچنین در ایران پژوهشی که بیرامی، و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان بررسی عملکرد شناختی در معتادان سوء مصرف کننده مواد، معتادان تحت درمان با متادون و افراد بهنجار، انجام دادند نشان داد عملکرد گروه مصرف کننده مواد نسبت به گروه تحت درمان با متادون و افراد عادی و همچنین عملکرد گروه تحت درمان با متادون نسبت به گروه عادی در آزمون ویسکانسین تفاوت داشت. اما سیر آسیب به عملکردهای شناختی در گروه‌های مختلفی که در سطوح متفاوت درگیر اعتیاد هستند، از قبل از ابتلا تا ابتلا و سپس درمان، به صورت تجربی در سیر زمان به موزات افزایش سن مورد بررسی قرار نگرفته است. هدف پژوهش حاضر مقایسه عملکردهای شناختی (بازداری و برنامه‌ریزی شناختی) قبل از ابتلا به اعتیاد - در گروه با تمایل بالا و پایین نسبت به اعتیاد - افراد معتاد، افراد در حال ترک و افراد سالم می‌باشد.

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. گروه نمونه این پژوهش ۱۸۳ نفر بود که در ۵ گروه جای می‌گرفتند. از این بین ۳۰ نفر گروه معتاد و ۳۰ نفر افراد در حال ترک و تحت درمان با متادون به صورت در دسترس در شهر اراک انتخاب شدند. تعداد ۳۰ نفر افراد سالم که به لحاظ سن، جنسیت و سطح تحصیلات با آن‌ها هم‌تا شدند نیز انتخاب شدند. ملاک ورود در پژوهش برای افراد معتاد شامل: حداقل سابقه یک سال مصرف مواد، حداقل سواد خواندن و نوشتن و اعلام رضایت از شرکت در پژوهش بود. ملاک ورود برای افراد در حال ترک شامل: حداقل سابقه ۶ ماه ترک و قرار گرفتن در معرض درمان نگهدارنده با متادون، حداقل سواد خواندن و نوشتن و اعلام رضایت از

1. Specka, Finkbeiner, Lodemann, Leifert, & Kluwig

2. Sofuoglu, DeVito, Waters, & Carroll

شرکت در پژوهش بود. برای انتخاب افراد با تمایل بالا و پایین نسبت به اعتیاد، در مرحله اول از میان دانشجویان دانشگاه اراک تعداد ۵۷۰ نفر با میانگین (انحراف استاندارد) سنی ۱۹/۲ (۰/۵۰) سال به روش در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های شرکت در پژوهش شامل دانشجوی سال اول در مقطع کارشناسی با حداکثر سن ۲۰ سال بود. در تمامی مراحل پژوهش چنانچه فرد تمایل به ادامه نداشت از پژوهش خارج می‌شد. در مرحله دوم براساس نمره‌ای که شرکت‌کنندگان در پرسش‌نامه تمایل به اعتیاد کسب کردند ۱۰٪ بالا و ۱۰٪ پایین که شامل ۵۷ نفر در هر گروه بودند انتخاب و از این تعداد به ترتیب ۴۴ و ۴۵ نفر مورد انتخاب نهایی قرار گرفتند (در هر گروه تعدادی از دانشجویان مایل به شرکت در مرحله دوم نبودند). ویژگی‌های جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	تعداد	سن		جنسیت
		میانگین (انحراف استاندارد)	مرد	
سالم	۳۰	۳۲/۹ (۷/۹)	۳۰	۰
تمایل پایین	۴۵	۲۰ (۱/۶)	۱۰	۳۵
تمایل بالا	۴۴	۲۰/۷ (۱/۳)	۱۸	۲۶
تحت درمان	۳۰	۳۱/۹ (۷/۹)	۳۰	۰
معتاد	۳۰	۳۶/۵ (۶/۲)	۳۰	۰

## ابزار

۱- مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد: نسخه اولیه مقیاس آمادگی به اعتیاد به زبان انگلیسی توسط وید و بوچر (۱۹۹۲) تهیه شد و تلاش‌هایی در جهت تعیین روایی آن در کشور ایران صورت گرفت. پرسش‌نامه مورد استفاده، مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که با توجه به شرایط روانی-اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر ۱۳۸۵، ساخته شد. دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ‌سنج می‌باشد. نمره‌گذاری بر روی پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. سوالات ۶، ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ سوالات دروغ‌سنج هستند که به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و در نمره‌گذاری

نهایی حساب نمی‌شوند. کمترین و بیشترین نمره صفر و ۱۰۸ می‌باشد. در روایی افتراقی، پرسش‌نامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیر معتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داد. روایی همگرایی مقیاس از طریق همبسته کردن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شد. آلفای کرونباخ نیز ۰/۹ گزارش شده است (زرگر، ۱۳۸۵). در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

۲- آزمون استروپ: اولین بار توسط ریدلی استروپ در سال ۱۹۳۵ برای ارزیابی توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی و ارزیابی‌های شناختی متعدد طراحی و استفاده شد (استروپ، ۱۹۳۵؛ به نقل از زرقي و همکاران، ۱۳۹۰). تست استروپ مورد استفاده در مطالعه حاضر براساس متغیرهای استفاده شده در تست استروپ می‌باشد که به صورت کامپیوتری طراحی شده است. در این آزمون ۴۸ کلمه رنگی همخوان<sup>۱</sup> و ۴۸ کلمه رنگی ناهمخوان<sup>۲</sup> نمایش داده می‌شود. کلمات همخوان به کلماتی اطلاق می‌شود که رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان باشد. مجموعاً ۹۶ کلمه رنگی همخوان و ناهمخوان به صورت تصادفی و متوالی روی صفحه مانیتور نمایش داده می‌شود و فرد فقط با تأکید بر رنگ بدون در نظر گرفتن معنی باید رنگ مرتبط را براساس برچسب روی حروف صفحه کلید، فشار دهد. زمان ارائه هر محرک بر روی مانیتور ۲ ثانیه و فاصله بین ارائه دو محرک ۸۰۰ هزارم ثانیه است. این آزمون انعطاف‌پذیری ذهنی، تداخل و بازداری پاسخ را اندازه‌گیری می‌کند. شاخص‌های مورد سنجش این آزمون عبارتند از: ۱- دقت (تعداد پاسخ‌های صحیح)، ۲- سرعت (میانگین زمان واکنش پاسخ‌های صحیح در برابر محرک بر حسب هزارم ثانیه)، ۳- تداخل (تفاضل میانگین زمان واکنش همخوان و میانگین زمان واکنش ناهمخوان) (مورینگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از زرقي و همکاران، ۱۳۹۰). نمره تداخل شاخصی برای سنجش بازداری است. اعتبار از طریق بازآزمایی در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (مک لئود و گورفین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). در تحقیق قدیمی، جزایری، عشایری و

قاضی طباطبایی (۱۳۸۵) اعتبار برای دقت، سرعت و تداخل به ترتیب ۰/۶، ۰/۸۳ و ۰/۹۷ گزارش شده است.

۳-آزمون برج لندن: این آزمون یکی از ابزارهای مهم جهت اندازه گیری کنش اجرایی برنامه ریزی و سازماندهی است. این یک آزمون حل مسئله است که مخاطب می بایست با حرکت دادن مهره های رنگی و قرار دادن در جای مناسب، با حداقل حرکات شکل نمونه را درست کند. شامل ۱۲ مسئله است که برای حل هر مسئله سه بار به او اجازه داده می شود. در هر مرحله پس از موفقیت، مسئله ی بعدی در اختیار فرد قرار داده می شود. بر مبنای این که فرد در چه کوششی مسئله را حل نماید نمره به او تعلق می گیرد. تعداد مسئله های حل شده، تعداد خطا و امتیاز کل به صورت دقیق توسط رایانه محاسبه می شود. این آزمون دارای روایی سازه خوب در سنجش برنامه ریزی و سازماندهی افراد است. در پژوهش هایی که با استفاده از آزمون برج لندن توانایی برنامه ریزی را در افراد مبتلا به اختلال نقصان توجه و بیش فعالی مورد سنجش قرار داده اند به تفاوت های معنادار بین عملکرد آن ها با افراد عادی دست پیدا کرده اند (تهرانی دوست، رادگودرزی، سپاسی، و علاقبندراد، ۱۳۸۲). همبستگی نمرات آن با مازهای پرتئوس ۰/۴۱ گزارش شده است (کولبرتسون و زیلمر، ۱۹۸۸). اعتبار این آزمون مورد قبول و ۰/۷۹ گزارش شده است (لزاک، هویسن، لورینگ، ۲۰۰۴).

### یافته ها

آماره های توصیفی عملکرد شرکت کنندگان در آزمون استروپ شامل زمان واکنش (به هزارم ثانیه)، میزان خطا، و اثر استروپ (تفاضل زمان واکنش به محرک های همخوان و ناهمخوان) به تفکیک گروه ها در جدول ۱ ارائه شده است.



جدول ۱: آماره‌های توصیفی آزمون استروپ

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین	کمترین
زمان واکنش به محرک -	سالم	۳۰	۹۹۴	۱۱۳	۱۱۷۷	۷۴۷
های همخوان	پایین	۴۵	۸۹۱/۶	۱۰۹	۱۲۰۶	۷۰۵
	بالا	۴۴	۸۹۹/۶	۱۴۲	۱۴۸۶	۷۰۰
تحت درمان		۳۰	۱۱۳۶/۸	۱۸۶/۵	۱۶۷۵	۷۵۲
	معتاد	۳۰	۱۳۰۱/۴	۲۵۰/۹	۱۷۴۲	۷۷۲
زمان واکنش به محرک -	سالم	۳۰	۱۰۳۶	۱۴۷	۱۳۲۲	۷۴۱
های ناهمخوان	پایین	۴۵	۹۳۱	۱۲۰	۱۲۸۳	۷۱۳
	بالا	۴۴	۹۴۸	۱۶۱	۱۲۵۰	۷۰۲
تحت درمان		۳۰	۱۱۶۶	۱۸۲	۱۴۹۹	۷۰۵
	معتاد	۳۰	۱۳۲۵	۲۶۲	۱۷۵۳	۷۸۰
تفاضل تعداد خطا به	سالم	۳۰	۲/۶	۲/۴	۸	۰
محرک همخوان	پایین	۴۵	۰/۴۷	۱/۴۵	۵	۰
وناهمخوان	بالا	۴۴	۰/۵۷	۱/۳۲	۶	۰
تحت درمان		۳۰	۴/۵	۳/۹	۱۵	۰
	معتاد	۳۰	۶/۸	۵/۷	۲۰	۰

برای مقایسه بازداری شناختی در ۵ گروه مورد مطالعه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. از آنجایی که سن و تحصیلات بر عملکرد در آزمون استروپ موثر است، متغیرهای مزبور به عنوان همپراش در نظر گرفته شد. یکی از پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیره برابری واریانس‌های خطاست. معنادار نشدن نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ( $p > 0/05$ ). پیش فرض دیگر برابری ماتریس واریانس-کواریانس است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ( $p > 0/05$ ). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرها داشت ( $F = 4/03, P < 0/01$ )،  $F = 0/76 = \text{لامبدای ویلکز}$ ). برای بررسی تفاوت‌ها در مولفه‌ها از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۲ استفاده شد.

**جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت‌ها در متغیرها**

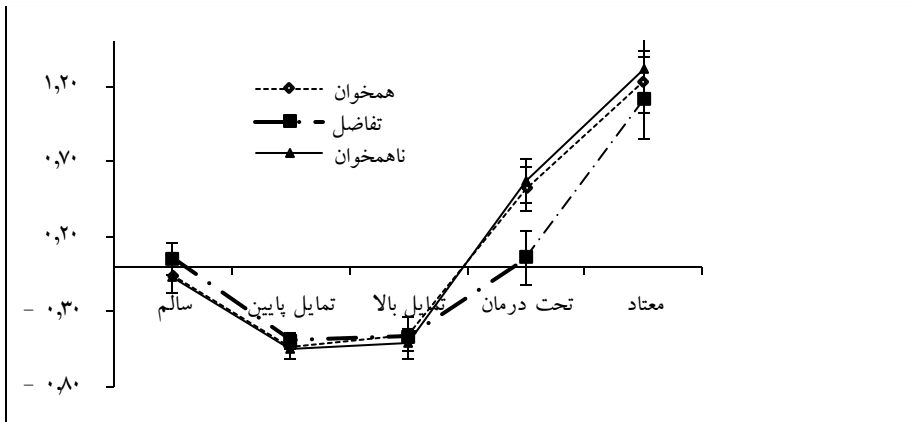
معناداری	آماره F	میانگین		مجموع مجذورات	منبع تغییرات
		مجدورات	درجه آزادی		
۰/۰۰۰۵	۱۰/۸	۲۸۱۵۵۵	۴	۱۱۲۶۲۲۲	زمان واکنش به محرک‌های همخوان
۰/۰۰۰۵	۸/۴۸	۲۵۹۴۹۰	۴	۱۰۳۷۹۶۱	زمان واکنش به محرک‌های ناهمخوان
۰/۰۰۰۵	۶/۳۵	۶۳/۷	۴	۲۵۴/۸	تفاضل تعداد خطا به محرک همخوان و ناهمخوان

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌ها تفاوت معنادار بین نمرات در گروه‌ها وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون توکی به شرح جدول ۳ استفاده شد.

**جدول ۳: مقایسه‌های زوجی برای بررسی الگوهای تفاوت در آزمون استروپ**

تفاضل	معناداری		گروه مورد مقایسه	گروه مبنا
	ناهمخوان	همخوان		
۰/۰۳	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱	تحت درمان	گروه سالم
۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۵	معتاد	
۰/۰۰۰۳	۰/۰۰۶	۰/۰۰۴	تحت درمان	تمایل پایین
۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۵	معتاد	
۰/۰۰۰۳	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳	تحت درمان	تمایل بالا
۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۵	معتاد	
۰/۰۲	۰/۰۰۵	۰/۰۰۲	معتاد	تحت درمان

جهت سهولت مقایسه دیداری عملکرد ۵ گروه در تمامی متغیرهای وابسته ابتدا نمرات متغیرهای وابسته به نمره استاندارد Z تبدیل شد و سپس هر سه نمره در یک نمودار به نمایش درآمد.



نمودار ۱: نمایش تصویری داده‌های آزمون استروپ در ۵ گروه مورد مطالعه بر حسب نمره استاندارد Z  
 آماره‌های توصیفی آزمون برج لندن شامل زمان کل آزمون (به ثانیه) و میزان خطا به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی داده‌های آزمون برج لندن

متغیرها	میانگین	انحراف - استاندارد	خطای استاندارد میانگین	بیشترین	کمترین
سالم	۳۶۰	۲۷۲	۴۹/۶	۱۲۳۲	۱۲۱
گروه پایین	۴۱۰	۱۵۹	۲۳/۶	۱۱۱۳	۷۶۷
گروه بالا	۴۴۷	۱۹۷	۲۸/۳	۱۱۱۸	۱۳۷
تحت درمان	۷۶۳	۲۴۳/۶	۴۴/۵	۱۲۴۶	۳۲۸
معتاد	۸۷۹	۲۷۶/۷	۵۲	۱۴۵۶	۳۳۱
سالم	۶/۵	۳/۲	۰/۵۹	۱۴	۰
گروه پایین	۱۰/۵	۶/۸	۱	۲۵	۰
گروه بالا	۱۴/۵	۸/۱	۱/۲	۴۳	۲
تحت درمان	۱۶/۴	۶/۵	۱/۲	۳۲	۷
معتاد	۲۱/۵	۱۰	۱/۸	۴۹	۳

برای مقایسه برنامه‌ریزی شناختی در ۵ گروه مورد مطالعه از آزمون تحلیل کوارینانس چند متغیره استفاده شد. از آنجایی که سن و تحصیلات بر عملکرد در آزمون استروپ موثر است، متغیرهای مزبور به عنوان همپراش در نظر گرفته شد. یکی از پیش فرض‌های تحلیل

کواریانس چند متغیره برابری واریانس‌های خطاست. معنادار نشدن نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ( $p > 0/05$ ). پیش فرض دیگر برابری ماتریس واریانس-کواریانس است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ( $p > 0/05$ ). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرها داشت ( $F = 11/50, P < 0/001, \lambda = 0/625$ ) لامبدای ویلکز). برای بررسی تفاوت‌ها در مولفه‌ها از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

**جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس تک متغیره مربوط به تفاوت گروه‌ها در مولفه‌های آزمون برج لندن**

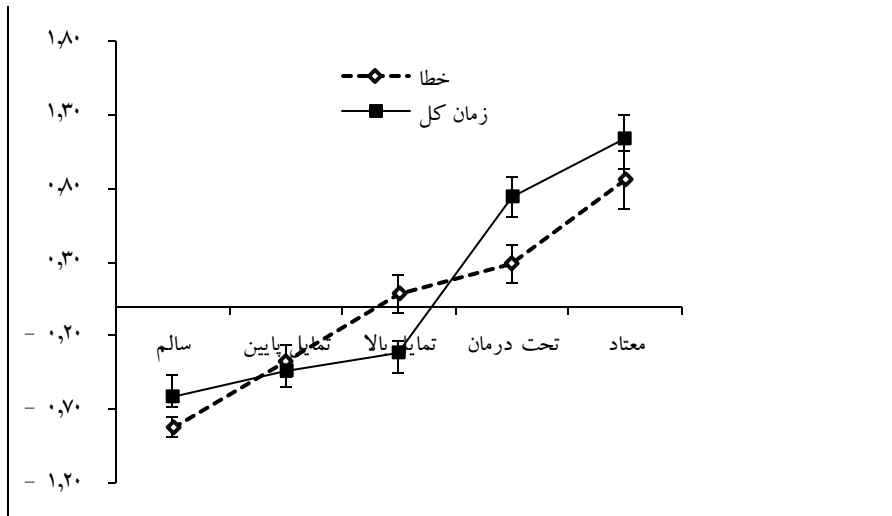
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی - داری
زمان کل آزمون	۳۵۱۴۶۷۹	۴	۸۷۸۶۷۴/۳۰	۱۷/۷	۰/۰۰۰۵
میزان خطا	۳۱۳۷/۵	۴	۷۸۴/۴۰	۱۴/۵۷	۰/۰۰۰۵

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌ها تفاوت معنادار بین نمرات در گروه‌ها وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون توکی به شرح جدول ۶ استفاده شد.

**جدول ۶: مقایسه‌های زوجی عملکرد پنج گروه در آزمون برج لندن (زمان کل آزمون و میزان خطا)**

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	معداری	میزان خطا
	تمایل پایین	زمان کل آزمون	۰/۰۲۵
سالم	تمایل بالا	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	تحت درمان	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
تمایل پایین	معتاد	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	تمایل بالا	.....	۰/۰۰۰۷
تمایل بالا	تحت درمان	۰/۰۱۱	.....
	معتاد	۰/۰۰۷	۰/۰۰۰۷
تحت درمان	تحت درمان	۰/۰۳۴	.....
	معتاد	۰/۰۱۹	.....
	معتاد	.....	۰/۰۲۹

نمایش تصویری داده‌های آزمون برج لندن در ۵ گروه مورد مطالعه، در نمودار ۲ ارائه شده است.



نمودار ۲: عملکرد گروه‌ها در متغیرهای زمان کل آزمون و میزان خطا در آزمون برج لندن بر حسب نمره استاندارد Z

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای این پژوهش مقایسه عملکردهای شناختی با تمرکز بر بازداری و برنامه‌ریزی شناختی، در گروه‌هایی که در سطوح متفاوت با اعتیاد دست و پنجه نرم می‌کنند، بود. درگیری با اعتیاد از تمایل برای مصرف مواد آغاز شده و می‌تواند با اعتیاد ادامه یابد و در حالت خوشبینانه فرد معتاد مسیر ترک را می‌پیماید. بنابراین سیری از تمایل تا ترک پیش روی فرد قرار دارد. برای بررسی عملکردهای شناختی در این سیر، در پژوهش حاضر یک گروه معتاد با سابقه بیش از ۲ سال مصرف مواد همراه با یک گروه از افراد معتاد که اقدام به ترک نموده و بیش از ۶ ماه سابقه درمان با متادون داشتند به عنوان گروه نمونه و یک گروه افراد سالم که هیچ‌گونه سابقه سوء مصرف مواد نداشتند به عنوان گروه گواه انتخاب شدند. برای تکمیل این سیر دو گروه از نوجوانان با تمایل بالا و پایین - بر اساس نمرات کسب شده در آزمون آمادگی اعتیاد - نیز در این آزمون شرکت

کردند. تمامی ۵ گروه به آزمون استروپ و برج لندن که به ترتیب جهت ارزیابی بازداری و برنامه‌ریزی شناختی مورد استفاده قرار گرفتند، پاسخ دادند.

نتایج حاصل از مقایسه عملکرد گروه‌ها در آزمون استروپ نشان داد که در بازداری شناختی گروه معتاد ضعیف‌ترین عملکرد را داشتند. نتیجه حاضر با نتیجه پژوهش قاسمی، کیانی، زره پوش، ربیعی و وکیلی (۱۳۹۱) همسو بود. بازداری پدیده شناختی است که نقش مهمی در فرایند تصمیم‌گیری ایفا می‌کند. تصمیم‌گیری صحیح و معقولانه مستلزم این است که فرد بتواند همه گزینه‌های موجود را مورد بررسی قرار دهد و بهترین گزینه را انتخاب کند. مسئله‌ای که به پیچیدگی و دشواری تصمیم‌گیری می‌افزاید دخالت فرایندهای مزاحم از جمله عوامل هیجانی یا پردازش محرک‌های نامرتبط با موضوع اصلی است. تصمیم‌گیرنده موفق کسی است که بتواند نقش عوامل مزاحم به ویژه محرک‌های نامرتبط را کنترل نماید و با بازداری تاثیر آن‌ها فقط بر موضوع اصلی متمرکز شود (کرافورد، پنت، چو، لی، داویر، ۲۰۰۳). از آنجا که پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های قبلی به نقص جدی بازداری در افراد با سابقه اعتیاد اشاره نموده می‌توان انتظار داشت این نقص به پیامدهای نامطلوبی در حیطه تصمیم‌گیری نیز منجر شود و زندگی اجتماعی این افراد را مختل سازد. همچنان که پژوهش‌های متعددی به آسیب‌های زندگی اجتماعی این افراد اشاره کرده‌اند (سامرز و سامرز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). گروه تحت درمان علی‌رغم اینکه عملکرد بهتری نسبت به گروه معتاد نشان دادند ولی همچنان نسبت به ۳ گروه دیگر مورد پژوهش عملکرد ضعیف‌تری داشتند. به این معنا که اگر چه درمان و اقدام به ترک می‌تواند تا حدودی منجر به تغییر عملکردهای شناختی در مسیر بهبود شود و آسیب‌های ناشی از اعتیاد را تا اندازه‌ای جبران نماید، ولی همچنان این افراد به حالت عادی بازنگشته و عملکردشان نسبت به گروه سالم، گروه تمایل پایین و حتی گروه تمایل بالا به طور معناداری ضعیف‌تر بود. عملکرد افراد سالم، با تمایل پایین و تمایل بالا در این آزمون تفاوت نداشت. همچنانکه در نمودار ۱ ملاحظه شد زمان واکنش افراد با تمایل بالا و پایین

کوتاه تر از افراد سالم بود. هر چند این تفاوت معنادار نبود؛ اما کاهش شیب نمودار از گروه سالم به دو گروه دیگر را می توان ناشی از عوامل جمعیت شناختی دانست. در این پژوهش گروه سالم افرادی بودند که به لحاظ سن، جنسیت و سطح تحصیلات با افراد معتاد و تحت درمان همتا شده بودند. میانگین سنی و سطح تحصیلات در گروه تمایل بالا و پایین متفاوت بود. این دو گروه دانشجویانی با میانگین سنی حدوداً ۲۰ سال بودند که تجربه کاری بیشتری به لحاظ کار با رایانه داشتند. این عوامل تا حدودی توجیه کننده زمان واکنش سریعتر و میزان خطای کمتر این گروه نسبت به افراد سالم با میانگین سنی بیشتر و سطح تحصیلات کمتر می باشد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش های هومر و همکاران (۲۰۱۱)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۴)، حکمت (۲۰۱۱) و نجاتی (۱۳۹۴) همسو می باشد. در همه پژوهش های ذکر شده بازداری شناختی افراد معتاد بر اساس آزمون استروپ ضعیف تر از افراد تحت درمان و افراد سالم بوده است.

نتایج حاصل از مقایسه عملکرد گروه ها در آزمون برج لندن حاکی از این بود که در هر دو متغیر زمان کل اجرای آزمون و میزان پاسخ های خطا به ترتیب از گروه سالم، تمایل پایین، تمایل بالا، تحت درمان و گروه معتاد شاهد سیر صعودی هستیم. به این معنا که گروه سالم زمان واکنش کوتاه تر و خطای کمتری داشتند. در گروه های با تمایل پایین و بالا زمان کل آزمون و خطا افزایش یافت اگر چه این تغییر معنادار نبود. اگر چه انتظار می رفت عملکرد افراد در گروه تمایل پایین نسبت به اعتیاد بهتر یا در حد گروه سالم باشد اما باید توجه نمود که این گروه از بین افراد در دامنه سنی نوجوانی انتخاب شده بودند و به دلیل وضعیت سنی نقایصی را در عملکردهای شناختی به ویژه برنامه ریزی شناختی نشان دادند. لژاک، و همکاران (۲۰۰۴) برنامه ریزی شناختی را به عنوان "توانایی شناسایی و سازماندهی مراحل و عناصر مورد نیاز برای انجام یک قصد یا رسیدن به یک هدف" تعریف می نمایند. توانایی برنامه ریزی و سازماندهی جزء کنش های عالی کر تکس پیش پیشانی است، و از آنجا که اعتقاد بر این است (برک، ۱۳۹۲) که تکامل کر تکس پیش پیشانی و برخی از مناطق زیر کر تکسی مغز با توانایی فرد برای انجام برنامه ریزی و

سازماندهی مرتبط است و اواخر دوره نوجوانی انجام می‌گیرد، انتظار می‌رود به طور طبیعی نوجوانان نسبت به دوره‌های بالاتر رشد، برنامه‌ریزی ضعیف‌تری داشته باشند. با این وجود برخی از نوجوانان با تمایل بالا عملکرد ضعیف‌تری در برنامه‌ریزی شناختی نسبت به گروه سالم و تمایل پایین دارند. به نظر می‌رسد در گروهی که تمایل بالاتری برای مصرف مواد دارند برخی آمادگی‌های شناختی از جمله برنامه‌ریزی ضعیف وجود دارد که به عنوان یک عامل خطر ساز می‌تواند زمینه‌ساز حرکت به سمت رفتارهای پر خطر از جمله سوء مصرف مواد باشد (استینبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۷). در واقع ضعف در هماهنگی در مراحل مختلف تصمیم‌گیری قبل از انجام یک عمل، می‌تواند منجر به ارتکاب رفتاری شود که متناسب با اهداف مورد نظر در زندگی روزمره نبوده و یا فرد را با شکست‌های پی در پی مواجه سازد. از آنجایی که یکی از مراحل تصمیم‌گیری قبل از انجام عمل، در نظر گرفتن عواقب اجرای آن تصمیم است، در صورت آسیب دیدن برنامه‌ریزی شناختی یا ضعف آن فرد قادر به در نظر گرفتن آنچه در صورت اخذ یک تصمیم رخ خواهد داد نمی‌باشد. این امر سبب نوعی تعجیل در نهایی کردن تصمیم بدون در نظر گرفتن نتیجه‌گیری رفتاری آن خواهد شد. این به نوبه خود می‌تواند یک عامل خطر ساز برای ابتلا به اعتیاد باشد. در این آزمون نیز مشابه آزمون استروپ گروه معتاد ضعیف‌ترین عملکرد را نسبت به سایر گروه‌ها نشان دادند که این مسئله می‌تواند حاکی از تاثیر سوء اعتیاد بر عملکردهای شناختی باشد (گران، و همکاران، ۱۹۷۷؛ آلفونسو، کراکوتل، دلگاد پاستور، وردیو گارسیا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). افراد تحت درمان نیز اگر چه عملکردشان نسبت به افراد معتاد بهبود نشان می‌دهد اما هنوز به طور معناداری نسبت به ۳ گروه قبلی عملکرد ضعیف‌تری دارند. می‌توان اشاره نمود اگر چه اقدام به ترک و قرار گرفتن تحت درمان تا حدی آسیب وارده به عملکرد برنامه‌ریزی شناختی را به سمت بهبود باز می‌گرداند اما عملکرد فرد را تا حد افراد سالم، تمایل پایین و حتی تمایل بالا بهبود نمی‌بخشد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مقتدایی و همکاران (۱۳۹۲) همسو می‌باشد.

1. Steinberg

2. Alfonso, Caracuel, Delgado-Pastor, &amp; Verdejo-Garcia



در مجموع نتایج تحقیق حاضر حاکی از تفاوت عملکردهای شناختی بین گروه‌های سالم، با تمایل پایین، با تمایل بالا، تحت درمان، و افراد معتاد بود. در این بین در هر دو متغیر بازداری و برنامه‌ریزی شناختی گروه معتاد بدترین عملکرد را داشتند که به نظر میرسد ناشی از آسیب به کر تکس پیشانی در نتیجه مصرف مواد باشد. گروه تحت درمان و سپس گروه با تمایل بالا در درجه بعدی قرار داشتند که اگر چه عملکرد این گروه‌ها نسبت به گروه معتاد بهتر بود اما هنوز با افراد سالم و گروه با تمایل پایین فاصله داشتند. شاید نزدیکی شاخص‌های شناختی در گروه تمایل بالا به افراد معتاد و تحت درمان نشان دهنده این باشد که در افراد معتاد نیز از ابتدا نوعی آمادگی شناختی به عنوان عامل خطر ساز وجود داشته است. نتیجه‌گیری اخیر می‌تواند هشدار برای متولیان سلامت عمومی جامعه باشد که در راستای پیشگیری از اعتیاد لزوم شناسایی افراد با تمایل بالا نسبت به اعتیاد و اقداماتی جهت باز توانی شناختی آن‌ها را متذکر می‌شود تا این آمادگی به اقدام و ابتلا به مصرف مواد منجر نشود.

۱۲۱

121

مطالعه حاضر علی‌رغم اینکه به قصد مطالعه عملکردهای شناختی در یک سیر تحولی انجام گرفته ولی به شیوه مقطعی انجام شده است و این موضوع استنتاج سببی از نتایج را با دشواری مواجه می‌سازد. در چنین مواردی بهترین مسیر نتیجه‌گیری انجام مطالعات طولی است که شرایط آن برای نویسندگان مهیا نبود. علی‌رغم پژوهش‌های صورت گرفته در جهت شناسایی عوامل زمینه‌ساز اعتیاد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری در حیطه شناسایی عوامل شناختی مستعدساز با هدف شناخت هر چه بیشتر عوامل زمینه‌ساز اعتیاد صورت پذیرد و همچنین اقداماتی در جهت باز توانی شناختی افراد مستعد اعتیاد انجام شده و نتایج آن مورد پیگیری قرار گیرد

## منابع

امینی، فرشته؛ عزیزاده، حمید؛ رضائی، امید (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای اجرائی - عصب‌شناختی در بزرگسالان معتاد به مواد افیونی با افراد عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۳)، ۳۷-۲۵.  
آدرم، مهدیه؛ نیک منش، زهرا (۱۳۹۰). گرایش به مصرف مواد در جوانان براساس ویژگی‌های شخصیت. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۴(۲)، ۱۰۴-۱۰۱.

برقی، فرهاد (۱۳۸۱). بررسی استعداد اعتیاد دانش آموزان دبیرستانی در تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.

بیرامی، منصور؛ محمدزادگان، رضا؛ موحدی، یزدان؛ محمدیاری، قاسم؛ قاسم بکلو، یونس و طهماسب پور، مالک (۱۳۹۴). بررسی عملکرد شناختی در معتادان سوء مصرف کننده مواد، معتادان تحت درمان با متادون و افراد بهنجار، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹(۳۴)، ۲۳-۳۶.

تهرانی دوست، مهدی؛ گودرزی راد، رضا؛ سپاسی، میترا؛ علاقبندراد، جواد (۱۳۸۲). نقایص کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی، تازه های علوم شناختی، ۵(۱۷)، ۹-۱.

زرقی، افسانه؛ زالی، علیرضا؛ تهرانی دوست، مهدی؛ زرین دست، محمدرضا و خدادادی، مجتبی (۱۳۹۰). کاربرد تست کامپیوتری شناختی در ارزیابی حوزه عصبی شناختی. مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۶(۵)، ۲۴۵-۲۴۱.

زرگر، یداله (۱۳۸۵). ساخت مقیاس ایرانی تمایل به اعتیاد. ارائه شده در دومین کنگره انجمن روانشناسی ایران، خلاصه مقالات کنگره، ۴۰۱-۳۹۸.

فریدکیان، سیما (۱۳۸۹). بررسی اختلال در کارکردهای خانواده و تأثیر آن بر اعتیاد فرزندان. فصلنامه انتظام اجتماعی، ۲(۱)، ۲۰۲-۱۷۹.

قاسمی، نظام الدین؛ کیانی، احمد رضا؛ زره پوش، اصغر؛ ربیعی، مهدی؛ و کیلی، نجمه (۱۳۹۱). بررسی تفاوت های سوگیری توجه، عملکرد اجرایی و زمان واکنش در مصرف کنندگان آمفتامین در مقایسه با افراد غیرمصرف کننده مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۶(۲۳)، ۵۳-۶۴.

قدیری، فاطمه؛ جزایری، علیرضا؛ عشایری، حسن؛ قاضی طباطبایی، سید محمود (۱۳۸۵). نقش توانبخشی شناختی در کاهش نقایص کارکردهای اجرایی و نشانه های وسواسی اجباری بیماران اسکیزو-وسواسی. توانبخشی، ۷(۴)، ۲۴-۱۵.

مقتدایی، کمال؛ صالحی، مهرداد؛ افشار، حمید؛ تسلیمی، مهشید؛ ابراهیمی، آسیه (۱۳۹۲). مقایسه کارکردهای اجرایی بین سوء مصرف کنندگان هروئین، تحت درمان با متادون و هنجار. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۳)، ۲۰۷-۱۹۶.

نجاتی، وحید (۱۳۹۴). اثر درمان نگهدارنده متادون بر کارکردهای اجرایی مصرف کنندگان مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹(۳۶)، ۳۰-۱۹.

Alfonso, J. P., Caracuel, A., Delgado-Pastor, L. C., & Verdejo-Garcia, A. (2011). Combined Goal Management Training and Mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(1), 78-81. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2010.12.025.

Auer, R., Vittinghoff, E., Yaffe, K., Künzi, A., Kertesz, S. G., Levine, D. A. .... & Glymour, M. M. (2016). Association between lifetime marijuana use and

- cognitive function in middle age: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *JAMA internal medicine*, 176(3), 352-361.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford.
- Berk, L. (2001). *Development through the lifespan*. Pearson Education India.
- Crawford, A. M., Pentz M. A., Chou C. P., Li, C., & Dwyer J. H. (2003). Parallel developmental trajectories of sensation seeking and regular substance use in adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(3), 179-192.
- Davydov, D. M., & Polunina, A. G. (2004). Heroin abusers' performance on the Tower of London Test relates to the baseline EEG alpha2 mean frequency shifts. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28(7), 1143-1152.
- Domínguez-Salas, S., Díaz-Batanero, C., Lozano-Rojas, O. M., & Verdejo-García, A. (2016). Impact of general cognition and executive function deficits on addiction treatment outcomes: Systematic review and discussion of neurocognitive pathways. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 772-801.
- Fishbein, D. H., Todd, A. C., Ricketts, E. P., & Semba, R. D. (2008). Relationship between lead exposure, cognitive function, and drug addiction: pilot study and research agenda. *Environmental Research*, 108(3), 315 – 319.
- Franke, P., Neef, D., Weiffenbach, O., Gänsicke, M., Hautzinger, M., & Maier, W. (2003). Psychiatric comorbidity in risk groups of opioid addiction: a comparison between opioid dependent and non-opioid dependent prisoners (in jail due to the German narcotics law). *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 71(1), 37-44.
- Gendreau, P., & Gendreau, L. P. (1970). The "addiction-prone" personality: A study of Canadian heroin addicts. *Canadian Journal of Behavioral Science/Revue*, 2(1), 18-25.
- Grant, I., Adams, K. M., Carlin, A. S., & Rennick, P. M. (1977). Neuropsychological Deficit In Polydrug Users: A Preliminary Report Of The Findings Of The Collaborative Neuropsychological Study of Polydrug Users. *Drug and Alcohol Dependence*, 2(2), 91– 108.
- Hekmat, S., Alam Mehrjerdi, Z., Moradi, A., Ekhtiari, H., & Bakhshi, S. (2011). Cognitive flexibility, attention and speed of mental processing in opioid and methamphetamine addicts in comparison with non-addicts. *Basic and Clinical Neuroscience*, 2(2), 12-19.
- Hummer, T. A., Kronenberger, W. G., Wang, Y., Dunn, D. W., Mosier, K. M., Kalnin, A. J. & Mathews, V. P. (2011). Executive Functioning Characteristics Associated with ADHD Comorbidity in Adolescents with Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 11-19.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (Eds.). (2004). *Neuropsychological Assessment (4th ed)*. New York: Oxford University Press.
- Lyvers, G., Leggio, L., Abenavoli, L., & Gasbarrini, G. (2005). Neurobiochemical and Clinical Aspects of Craving in Alcohol Addiction: A Review. *Addictive Behaviors*, 30(6), 1209-1224.
- MacLeod, C. M. (2007). The concept of inhibition in cognition. *Inhibition in cognition*, 4, 3-23.

- Mokri, A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 5, 184-190.
- Noël, X., Van der Linden, M., d'Acremont, M., Bechara, A., Dan, B., Hanak, C., & Verbanck, P. (2007). Alcohol cues increase cognitive impulsivity in individuals with alcoholism. *Psychopharmacology*, 192(2), 291-298.
- Owen, A. M. (1997). Cognitive planning in humans: Neuropsychological, neuroanatomical and neuropharmacological perspectives. *Progress in Neurobiology*, 53, 431-450.
- Pau, C. W., Lee, T. M., & Chan, S. F. (2002). The impact of heroin on frontal executive functioning. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(7), 663 - 670.
- Sofuoglu, M., DeVito, E. E., Waters, A. J., & Carroll, K. M. (2013). Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions. *Neuropharmacology*, 64, 452-463.
- Sommers, A. B., & Sommers, I. (2006). The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38, 609-611.
- Specka, M., Finkbeiner, T., Lodemann, E., Leifert, K., Kluwig, J., & Gastpar, M. (2000). Cognitive-motor performance of methadone-maintained patients. *European Addiction Research*, 6, 8-19.
- Steinberg, L. (2004). Risk-taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 51-58.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence new perspectives from brain and behavioral science. *Current directions in psychological science*, 16(2), 55-59.
- Teichner, G., Horner, M. D., Roitzsch, J. C., Herron, J., & Thevos, A. (2002). Substance abuse treatment outcomes for cognitively impaired and intact outpatients. *Addictive Behaviors*, 27, 751-763.
- Weinstein, C. S., & Shaffer, H. J. (1993). Neurocognitive aspects of substance abuse treatment: A psychotherapist's primer. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 317-333.

## اثر تعارض بین فردی بر آمادگی به اعتیاد: نقش واسطه‌ای استرس شغلی

هیفا بریحه بریهی<sup>۱</sup>، عبدالزهر نعامی<sup>۲</sup>، یداله زرگر<sup>۳</sup>، سید اسماعیل هاشمی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۱

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر اثر مستقیم و غیرمستقیم تعارض بین فردی بر آمادگی به اعتیاد با نقش میانجی گر استرس شغلی بود. **روش:** جامعه آماری پژوهش را کارکنان شرکت بهره‌برداری نفت و گاز آغاچاری تشکیل می‌دادند که از بین آن‌ها تعداد ۲۹۲ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی منظم (سیستماتیک) انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های آمادگی به اعتیاد، استرس شغلی و تعارض بین فردی بود. ارزیابی الگوی پیشنهادی از طریق الگویابی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم-افزارهای اس پی اس اس و اموس ویراست ۲۱ انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از اثر مثبت تعارض بین فردی بر استرس شغلی، اثر مثبت تعارض بین فردی و استرس شغلی بر آمادگی به اعتیاد و اثر غیرمستقیم تعارض بین فردی بر آمادگی به اعتیاد از طریق استرس شغلی بود. به طور کلی، یافته‌ها نشان دادند که الگوی پیشنهادی از برازش نسبتاً خوبی با داده‌ها برخوردار است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت تعارض بین فردی به صورت مستقیم و از طریق استرس شغلی بر آمادگی به اعتیاد اثر می‌گذارد.

**کلید واژه‌ها:** آمادگی به اعتیاد، استرس شغلی، تعارض بین فردی

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران، عضو پژوهشی جهاد دانشگاهی واحد خوزستان، پست الکترونیکی: bereyhi.heyfal@gmail.com
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۴. دانشیار گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

## مقدمه

قرن ۲۱ با رقابت شدید سازمان‌ها برای حفظ بقا و در امان ماندن از رکود اقتصادی و ورشکستگی، همچنین تلاش بی‌وقفه برای کسب موفقیت و سودآوری در سطح جهانی همراه است. در این مسیر نحوه رفتار کارکنان و سازمان حائز اهمیت فراوانی است. امروزه افراد انتظار دارند در سازمانی کار کنند که نیازهایشان بر طرف شود، به خوبی درک شوند و مورد توجه و احترام قرار گیرند. دوست دارند احساس صداقت، درستکاری، قابلیت اعتماد، توانمند شدن و توسعه یافتن و این که بخشی از سازمان هستند، داشته باشند. از سوی دیگر، سازمان‌ها هم انتظار دارند کارکنانی متعهد، پویا، فعال و بهره‌ور داشته باشند (آپلبام<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). در این بین عوامل متعددی هستند که می‌توانند باعث شوند کارکنان نتوانند انتظارات مورد نظر سازمان را برآورده سازند که یکی از این عوامل، اعتیاد می‌باشد.

اعتیاد به عنوان یکی از بحران‌های قرن بیست و یکم، یکی از معضلات بهداشتی، روانی، و اجتماعی است. انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup> مطابق با پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup> (۱۳۹۳)، اختلال مصرف مواد را به عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی تعریف می‌کند که نشان می‌دهند فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، مصرف مواد را ادامه می‌دهد. وابستگی به مواد در تمامی حرفه‌ها، سطوح تحصیلی و طبقات اجتماعی - اقتصادی دیده می‌شود و صرفاً به فرد یا گروه خاصی مربوط نمی‌شود (مصطفایی، حسینی و جنابادی، ۲۰۱۴). بر اساس تخمین دفتر مواد و جرم سازمان ملل متحد، ۳/۴ درصد جمعیت جهان یا ۴/۷ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال جهان دچار سوء مصرف مواد هستند. سابقه این پدیده در ایران نیز به چند صد سال پیش بر می‌گردد (یاسینی اردکانی، بنایی بروجنی و دستجردی، ۲۰۱۳). تا به امروز مطالعات بیشماری درباره مضرات اعتیاد، عوامل مؤثر در بروز آن و پیشگیری ثانویه انجام شده است. نیوکامپ و ریچاردسون<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) محیط فرهنگی -

اجتماعی، عوامل زیستی، عوامل بین شخصی و عوامل روانی- رفتاری را به عنوان متغیرهای پیش‌بینی کننده اعتیاد معرفی می‌کنند. در این بین، عوامل بین شخصی طیف گسترده‌ای از متغیرها را شامل می‌شود که از جمله آن‌ها می‌توان به تعارض بین فردی<sup>۱</sup> اشاره کرد (لندی و کنته<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲؛ به نقل از خواجه، ۱۳۹۳). تعارض بین فردی به میزان درگیری و مناقشه کارکنان با یکدیگر در محیط کار اشاره دارد (اسپکتور و جکس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از هاشمی شیخ‌شبنانی، ۱۳۸۶). روابط غیر رضایت‌بخش با رئیس، زیردستان و همکاران منبع کلیدی استرس در محیط کار است. این حالت می‌تواند در سازمان‌های با رفتار سیاسی زیاد (که اهداف و استانداردهای عملکرد وجود نداشته و ارتباطات شخصی دچار بحران باشد) بدتر باشد. بعلاوه، در جایی که مدیران مجبور به تعهد در مورد عملکرد زیردستان شوند و از ارزیابی‌های موضوعی استفاده کرده و شخصاً ارزیابی کنند، استرس تولید می‌شود (سیفی، ۱۳۹۳). وقتی کارکنان تعارضات ایجاد شده را به عنوان استرسور طبقه‌بندی کنند، پاسخ‌های روانی نشان می‌دهند. این پاسخ‌های روانی، منجر به عکس‌العمل‌های رفتاری می‌شوند. از جمله این عکس‌العمل‌ها آمادگی یا آسیب‌پذیری در مقابل سوء‌مصرف مواد می‌باشد (لندی و کنته، ۲۰۱۲؛ به نقل از خواجه، ۱۳۹۳). ارتباطات در سازمان‌ها می‌تواند عامل دست‌یابی به اهداف سازمانی به شمار رود. وقتی ارتباطات برقرار نشود، فعالیت سازمان متوقف می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهند که مشکلات موجود در تعبیر و تفسیر گفتار، مبادله اطلاعات نارسا و وجود اختلال در کانال ارتباطی به‌صورت سد یا مانعی بر سر راه ارتباطات قرار می‌گیرند. همچنین هنگامی که مقررات، روش‌ها، رفتار افراد و گروه‌ها از شفافیت لازم برخوردار نباشد، احتمال ایجاد تعارض و به تبع آن هرج و مرج در سازمان، کاهش عملکرد یا از دست دادن نیروهای کارآمد می‌شود. تعارض در صورتی که مخرب یا غیر کارکردی باشد، مانع پیشرفت و بهبود عملکرد سازمانی می‌شود (نزلک و پلسکو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

یکی دیگر از متغیرهایی که هم از تعارض بین فردی (سیو، لو<sup>۱</sup> و اسپکتور، ۲۰۱۳) تأثیر می‌پذیرد و هم این که بر اعتیاد به مواد مخدر اثر می‌گذارد (کورچلو، هریرا و پوزو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵)، استرس شغلی<sup>۳</sup> است. استرس شغلی امروزه یکی از پدیده‌های مهم در زندگی اجتماعی و تهدیدی جدی برای سلامتی نیروی کار در جهان می‌باشد. سازمان بین‌المللی کار به صراحت اظهار می‌دارد که شناخته شده‌ترین پدیده‌ای که سلامتی کارکنان را تهدید می‌کند، استرس شغلی می‌باشد (سازمان جهانی بهداشت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). استرس شغلی پاسخ‌های هیجانی آزاردهنده‌ای است که در صورت عدم تناسب بین خواسته‌ها و الزامات شغل و استعداد فرد، یا منابع و نیازهای فرد بروز می‌کند (رضائیان و کشته‌گر، ۱۳۸۷؛ به نقل از خواجه‌پور، بشلیده، بهارلو و حدادی، ۱۳۹۴). پدیده استرس شغلی از مسائل بسیار حاد کنونی سازمان‌هاست که سلامت جسمی و روانی نیروی کار را به خطر انداخته و هزینه سنگینی را به سازمان‌ها وارد ساخته است. زمانی که میزان استرس شغلی در کارکن در سطح بالایی باشد، باعث بروز نشانه‌های روانی همچون اضطراب، افسردگی، ناکامی، انزوا و بی‌زاری شده و سلامت روان کارکن را پایین می‌آورد. هم‌زمان با پیشرفت تکنولوژی، عوامل فشارزا نیز افزایش می‌یابد. استرس یک معضل جدید نیست و از ابتدای پیدایش انسان همواره وجود داشته و هر کس به اندازه ظرفیت خود تحت تأثیر عوامل فشارزا قرار می‌گیرد (کاتز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). برای توضیح سوء‌مصرف مواد سه نوع نظریه مطرح شده است، یکی از این نظریات، تئوری طرح‌ریزی شغلی می‌باشد که بیان می‌کند ویژگی‌های موقعیت و شرایط استرس‌زا است که می‌تواند باعث افزایش سوء‌مصرف مواد شود و این که کار کردن در شرایط نامناسب و پر استرس می‌تواند گرایش به سوء‌مصرف را افزایش دهد (توماس، لیچ و گرابل<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶).

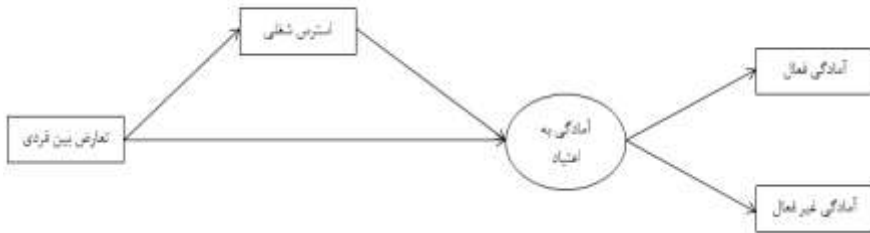
با توجه به آنچه بیان شد و با توجه به مبانی تجربی و نظری مبنی بر وجود روابط تک به تک میان متغیرهای ذکر شده، پژوهش حاضر به دنبال آن است تا با تدوین الگویی از روابط میان متغیرهای تعارض بین فردی، استرس شغلی و آمادگی به اعتیاد، روابط مستقیم

1. Siu & Lu  
2. Corchuelo, Herrera & Pozo  
3. job stress

4. World health organization  
5. Katz  
6. Thomas, Leech & Grable



و غیرمستقیم همزمان میان این متغیرها را بررسی کند. در این الگو، تعارض بین فردی متغیر پیش‌بین، آمادگی به اعتیاد متغیر ملاک و استرس شغلی متغیر میانجی در نظر گرفته شده است. شکل ۱ الگوی مفهومی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.



شکل ۱. الگوی مفهومی پژوهش حاضر

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر، طرح همبستگی از طرق الگویابی معادلات ساختاری<sup>۱</sup> است که یک روش همبستگی چند متغیری می‌باشد. الگویابی معادلات ساختاری در واقع بسط الگوی خطی کلی<sup>۲</sup> می‌باشد که محقق را قادر می‌سازد تا مجموعه‌ای از معادلات رگرسیونی را همزمان بیازماید. جامعه‌ی پژوهش حاضر شامل کارکنان شرکت بهره‌برداری نفت و گاز آغاچاری در سال ۱۳۹۶ است که تعداد کل آن‌ها بالغ بر ۴۰۰۰ نفر می‌باشد. با استفاده از فرمول کوکران، ۳۵۰ نفر به‌عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی منظم (سیستماتیک) انتخاب شدند. در طول یک ماه، ۳۲۷ پرسش‌نامه‌ی قابل استفاده جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش جمع‌آوری شد که از این تعداد، ۳۵ پرسش‌نامه به دلیل پاسخ‌گویی ناقص کنار گذاشته شدند. تحلیل بر روی ۲۹۲ پرسش‌نامه انجام شد (نرخ بازگشت ۸۳/۴ درصد).

## ابزار

۱- مقیاس آمادگی به اعتیاد: در پژوهش حاضر جهت سنجش آمادگی به اعتیاد از مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد که توسط زرگر (۱۳۸۵) تهیه شده، استفاده شد. این پرسش‌نامه ۳۶

1. structural equation modeling (SEM)

2. general linear model (GLM)

گویه دارد، و دو مؤلفه آمادگی فعال به اعتیاد و آمادگی غیر فعال به اعتیاد را مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌های آن بر اساس لیکرت ۳ درجه‌ای از ۱ (برای کاملاً مخالفم) تا ۳ (برای کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. زرگر، نجاریان و نعیمی (۱۳۸۷) ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر جهت سنجش ضریب اعتبار این مقیاس از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که به ترتیب برای مؤلفه آمادگی فعال به اعتیاد ضرایب ۰/۷۴ و ۰/۶۱ و برای کل مقیاس ضرایب ۰/۹۲ و ۰/۸۶ به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه استرس شغلی: در پژوهش حاضر جهت سنجش استرس شغلی از پرسش‌نامه‌ای که توسط پارکر و دکوتیز<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) تهیه شده، استفاده شد. این پرسش‌نامه ۱۳ گویه دارد و پاسخ‌های آن بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ برای (کاملاً مخالفم) تا ۵ برای (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. پارکر و دکوتیز (۱۹۸۳) ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ گزارش نموده‌اند. خواجه‌پور و همکاران (۱۳۹۴) نیز ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ و تنصیف را به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۷ گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر جهت سنجش ضریب پایایی این پرسش‌نامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده گردید که به ترتیب ضرایب ۰/۸۵ و ۰/۸۰ به دست آمد.

۴- مقیاس تعارض بین فردی: در پژوهش حاضر جهت سنجش تعارض بین فردی از پرسش‌نامه‌ی اسپکتور و جکس (۱۹۹۸) استفاده شد. این مقیاس ۴ گویه دارد و پاسخ‌های آن بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ برای (کاملاً مخالفم) تا ۵ برای (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. اسپکتور و جکس (۱۹۹۸) در پژوهش خود ضریب ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۴ گزارش نمودند. سیفی (۱۳۹۲) نیز اعتبار مقیاس را با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۰ به دست آمد.

### یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
آمادگی به اعتیاد	۲۴/۲۹	۱۶/۸۸	۱	۹۰
آمادگی فعال	۱۳/۳۱	۱۳/۷۲	۱	۶۹
آمادگی غیرفعال	۱۰/۹۷	۴/۸۴	۱	۲۶
استرس شغلی	۳۳/۶۳	۸/۶۸	۱۳	۵۸
تعارض بین فردی	۸/۵۰	۳/۴۳	۴	۱۷

ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱ آمادگی به اعتیاد	-	-	-	-	-
۲ آمادگی فعال	۰/۹۷**	-	-	-	-
۳ آمادگی غیرفعال	۰/۷۳**	۰/۵۵**	-	-	-
۴ استرس شغلی	۰/۴۰**	۰/۳۳**	۰/۴۵**	-	-
۵ تعارض بین فردی	۰/۲۸**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	-

جهت آزمودن الگوی پیشنهادی رابطه بین تعارض بین فردی با آمادگی به اعتیاد با میانجی‌گری استرس شغلی از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر در مجموع ۳ متغیر دارد که یک متغیر به عنوان متغیر پیش‌بین (مستقل)، یک متغیر به عنوان متغیر ملاک (وابسته) و یک متغیر به عنوان متغیر میانجی می‌باشد. پیش از آزمون مدل، جهت اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی مدل‌یابی معادلات ساختاری را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور چهار مفروضه‌ی معادلات ساختاری شامل داده‌های از دست رفته<sup>۱</sup>، بررسی داده‌های پرت<sup>۲</sup>، نرمال بودن<sup>۳</sup> و هم خطی چندگانه<sup>۴</sup> مورد بررسی قرار گرفتند. در پژوهش حاضر، از روش جایگزین کردن میانگین به جای داده‌های از دست رفته استفاده شد (لازم به ذکر است که تعداد داده‌های از دست رفته اندک بوده و این امر سبب می‌شود که

1. missing  
2. outliers

3. normality  
4. multi-collinearity

واریانس نمرات کم نشود). جهت بررسی داده‌های پرت نمره‌های  $Z$  متغیرها محاسبه شد. نتایج نشان داد که نمره‌های تمامی افراد بیشتر از ۳ انحراف استاندارد بالا یا پایین میانگین نبودند، لذا در تحلیل فرضیه‌ها تمامی نمونه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت بررسی نرمال بودن توزیع هر یک از متغیرها از شاخص‌های کجی<sup>۱</sup> و کشیدگی (تیزی)<sup>۲</sup> متغیرها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرها	کجی	انحراف استاندارد کجی	کشیدگی	انحراف استاندارد کشیدگی
آمادگی به اعتیاد	۱/۲۸	۰/۱۴	۱/۷۷	۰/۲۸
استرس شغلی	۰/۱۸	۰/۱۴	-۰/۲۷	۰/۲۸
تعارض بین فردی	۰/۳۱	۰/۱۴	-۰/۹۳	۰/۲۸

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با توجه به معیار نرمال بودن، متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچک‌تر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچک‌تر از ۱۰ هستند و لذا تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نیست (کلاین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). هم خطی چندگانه با استفاده از آماره تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج بررسی هم خطی چندگانه متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	آماره تحمل	عامل تورم واریانس
استرس شغلی	۰/۹۳	۱/۰۷
تعارض بین فردی	۰/۹۳	۱/۰۷

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، ارزش‌های تحمل به دست آمده برای متغیرها بالای ۰/۱۰ هستند و نشان‌دهنده‌ی عدم وجود هم خطی چندگانه بین متغیرها هستند. همچنین، مقدار عامل تورم واریانس به دست آمده برای متغیرها کوچک‌تر از ۱۰ می‌باشد. بنابراین بین متغیرها هم خطی چندگانه وجود ندارد.

1. skewness  
2. kurtosis

3. Kline

شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی در جدول ۵ ارائه شده است. برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها بر اساس معذور خی، به عنوان شاخص برازندگی مطلق گزارش شده است. هرچه مقدار معذور خی از صفر بزرگتر باشد، برازندگی مدل کمتر می‌شود. معذور خی معنادار، تفاوت معنادار بین کواریانس‌های مفروض و مشاهده شده را نشان می‌دهد. چون فرمول معذور خی، حجم نمونه را دربر دارد، در نمونه‌های بزرگ متورم می‌شود و معمولاً به لحاظ آماری معنادار می‌شود. بنابراین معذور خی را نسبت به درجه آزادی آن (معذور خی نسبی)<sup>۱</sup> مورد بررسی قرار می‌دهند و معمولاً نسبت ۲ را به عنوان یک شاخص سرانگشتی نکویی برازش استفاده می‌کنند (آریوکل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷؛ به نقل از کالکوئیت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). شاخص‌های مهم دیگر مانند GFI<sup>۴</sup>، AGFI<sup>۵</sup>، IFI<sup>۶</sup>، TLI<sup>۷</sup>، CFI<sup>۸</sup> و NFI<sup>۹</sup> در جدول ۵ گزارش شده است. در این شاخص‌ها برازش ۰/۹ به بالا قابل قبول می‌باشد. شاخص مناسب دیگر، شاخص میانگین مربعات خطای برآورد<sup>۱۰</sup> (RMSEA) است که بر اساس آن مقدار کمتر از ۰/۰۸ قابل قبول است و برای مدل‌های بسیار خوب ۰/۰۵ و کمتر در نظر گرفته می‌شود (کادک و برون<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۳؛ به نقل از برسو، سالانوا و شائوفلی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷).

جدول ۵: شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی

شاخص‌های برازش	$\chi^2$	Df	$\chi^2/df$	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
الگوی پیشنهادی	۱/۳۲	۱	۱/۳۲	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۰۳

شکل ۲ الگوی نهایی پژوهش حاضر به همراه ضرایب مسیر در میان متغیرها را نشان می‌دهد.

1. normed  $\chi^2$  measure

2. Arbuckle

3. Colquitt

4. goodness-of-fit

5. adjusted goodness -of-fit

6. incremental fit index

7. Tucker-Lewis index

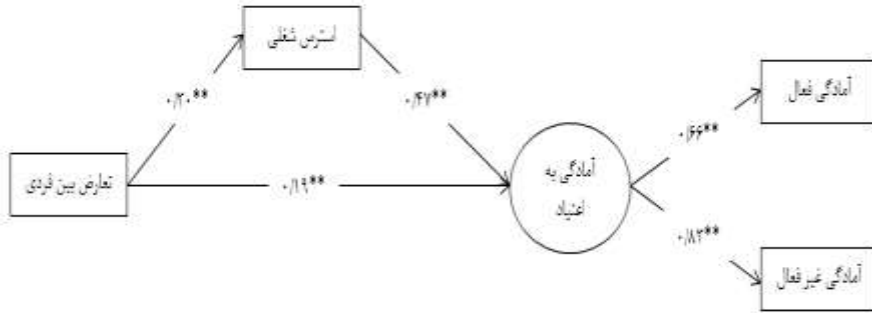
8. comparative fit index

9. normed fit index

10. root-mean-square error of approximation

11. Cudeck, &amp; Browne

12. Breso, Salanova, &amp; Schoufeli



شکل ۲: الگوی نهایی پژوهش حاضر

همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، همه مسیرهای مستقیم معنادار می‌باشند. یک فرض زیربنایی الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر وجود چند مسیر غیرمستقیم یا واسطه‌ای است. برای تعیین معناداری هر یک از روابط واسطه‌ای و اثر غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته از طریق متغیر میانجی از روش بوت استرپ<sup>۱</sup> در برنامه ماکرو آزمون پریچر و هیز<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) استفاده شد. نتایج بوت استرپ برای مسیرهای واسطه‌ای الگوی پیشنهادی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج بوت استرپ برای مسیرهای غیرمستقیم الگوی پیشنهادی

اثر غیرمستقیم حد پایین حد بالا معناداری				مسیرها
۰/۰۰۱	۰/۲۴۵	۰/۰۶۸	۰/۱۳۷	تعارض بین فردی ← استرس شغلی ← آمادگی به اعتیاد

مطابق با نتایج مندرج در جدول ۶، استرس شغلی در رابطه بین تعارض بین فردی و آمادگی به اعتیاد نقش میانجی دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه مستقیم و غیر مستقیم تعارض بین فردی با آمادگی به اعتیاد با میانجی‌گری استرس شغلی بود. همان‌طور که نتایج نشان داد، تعارض بین فردی بر استرس شغلی اثر مثبت دارد. این یافته با نتایج سایر پژوهش‌ها (سیو و همکاران، ۲۰۱۳) همسو می‌باشد. روابط غیررضایت بخش با رئیس، زیردستان و همکاران منبع کلیدی استرس در محیط کار است. این حالت می‌تواند در سازمان‌های با رفتار سیاسی زیاد که

1. bootstrap

2. Preachers, & Hayes

اهداف و استانداردهای عملکرد وجود نداشته و ارتباطات شخصی دچار بحران می‌شود، بدتر باشد (سیفی، ۱۳۹۲). لندی و کنته (۲۰۱۲؛ به نقل از خواجه، ۱۳۹۳) بیان می‌کنند که تعارض بین فردی به تعاملات با سرپرستان، همکاران، زیردستان، مشتریان و سایر افرادی که با فرد در تعامل هستند، مربوط می‌باشد و تعارض بین فردی از عوامل مهم ایجاد استرس در موقعیت‌های کاری محسوب می‌شود. تعارض بین فردی به عنوان مانعی در عملکرد می‌تواند به مهار افراد برای همکاری با دیگران در انجام کارها یا تکمیل وظیفه کاری پردازد. بنابراین، تعارض بین فردی ناشی از تعامل با افراد سخت‌گیر در محیط کار، به ویژه درون گروه‌ها یا گروه‌های کاری ممکن است اجتناب‌ناپذیر باشد (جکس و اسپکتور، ۱۹۹۸). تعارض بین فردی محیط کار به عنوان مانعی غیر قابل اجتناب در عملکرد کاری، منبع نیرومند استرس کاری می‌باشد که می‌تواند سازمان را عمیقاً تحت تأثیر قرار دهد. کیفیت روابط کارکنان در محیط کار همواره رابطه موثری با استرس شغلی دارد. پژوهشگران در تحقیقات متعددی سه نوع رابطه در محیط کار را که در ارتباط با استرس شغلی است مورد بررسی قرار داده‌اند. روابط با دیگران، روابط با مراجعان و مشتریان و روابط با سرپرستان و رهبران. در همه حال، وقتی روابط یک سویه و خصمانه باشد یا این که فرد در زمان واحدی مجبور به پاسخ‌گویی به افراد متعددی باشد، دچار استرس شغلی خواهد شد (خواجه، ۱۳۹۳).

همان‌طور که نتایج نشان داد، استرس شغلی بر آمادگی به اعتیاد اثر مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش کورچلو و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. استرس در قالب مجموعه عوامل فشارزای شغلی، انرژی قابل توجهی را از جانب کارکنان در ابعاد روانی و فیزیولوژیک طلب می‌کند. براساس مدل استرس - عدم تعادل - جبران، فشارهای اعمال شده بر افراد از طرف وظایف و مسئولیت‌های شخصی‌شان، عدم تعادل هیجانی، عاطفی، شناختی و رفتاری را در افراد پدید می‌آورد. این عدم تعادل در صورت تداوم استرس با تضعیف احساس سرزندگی و انرژی در افراد، آن‌ها را مستعد تجربه حالات معطوف به خستگی و فرسودگی می‌نماید و به دنبال آن باعث ایجاد رخدادهای رفتاری منفی می‌شود. از جمله پاسخ‌های احتمالی به استرس شغلی، پاسخ‌های رفتاری می‌باشند که سوء‌مصرف

مواد از موارد موجود در دسته رفتارهای مبتنی بر وارد آوردن صدمه به خود می‌باشد. افرادی که احساس استرس بیشتری می‌کنند و خود را ناتوان و ناکارآمد می‌دانند، به آسانی تسلیم می‌شوند و احساس افسردگی، اضطراب و ناامیدی می‌کنند و برای کنار آمدن با مشکلات روانی خود و برای رسیدن به آرامش و احساس بهتر رو به مصرف الکل و مواد مخدر می‌آورند. به بیان دیگر از مواد مخدر به منزله ابزاری در تعامل با افراد و موقعیت‌ها برای تنظیم روحیه و خلق خود استفاده می‌کنند (کورچلو و همکاران، ۲۰۱۵).

همان‌طور که نتایج نشان داد، تعارض بین فردی بر آمادگی به اعتیاد اثر مثبت دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش لندی و کنته (۲۰۱۲) می‌باشد. ارتباطات بسته و ضعیف در محیط کار می‌تواند یکی از عوامل آسیب‌زای محیط کار باشد و در محیط‌هایی که روابط کارفرما و همکاران و متصدی شغل بر اساس احترام متقابل و صمیمیت نباشد و کارکنان برای صحبت در خصوص مشکلات‌شان با کارفرما با موانع ارتباطی مواجه باشند، سلامت سازمانی به خطر افتاده و احتمال گرایش به اعتیاد به مواد مخدر افزایش می‌یابد. نشانه‌های رفتاری تعارض بین فردی به دو دسته تقسیم می‌شوند: فردی و سازمانی، که از جمله نشانه‌هایی که به طور مستقیم متوجه خود فرد هستند مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر می‌باشد. تعارض بین فردی به تعاملات با سرپرستان، همکاران، زیردستان، مشتریان و سایر افرادی که با فرد در تعامل هستند، مربوط می‌باشد. تعارض بین فردی از عوامل مهم ایجاد استرس در موقعیت‌های کاری محسوب می‌شود. تعاملات منفی بین همکاران، سرپرستان و مشتریان می‌تواند شامل دامنه‌ای وسیع از بحث‌های مجادله‌آمیز من جمله رفتارهای غیردوستانه باشد. این نوع رفتار بر تکالیف شغلی مهم و سلامت جسمانی اثر می‌گذارد. پیامدهای منفی تعارض بین فردی شامل: افسردگی، پرخاشگری، نارضایتی شغلی، سرقت، خرابکاری، خشونت، مصرف بیش از حد الکل و تعارض با همسر می‌باشند. از منظر آسیب‌شناختی روانی، سوء مصرف، اغلب به دنبال یک دوره نگرش‌های منفی نسبت به خود و سایرین ایجاد می‌شود. با توجه به تعریف تعارض بین فردی که به معنی استرسی است که در اثر بی‌اعتمادی در روابط، حمایت اندک و بی‌توجهی و بی‌علاقگی افراد در مواجهه با مشکلات اعضای سازمان رخ می‌دهد، می‌توان به این نتیجه رسید که این



نگرش‌های منفی که ماحصل تعارض بین فردی می‌باشند، می‌توانند در موقعیت‌های با تعارض بین فردی در افراد آمادگی به اعتیاد ایجاد کنند (لندی و کنته، ۲۰۱۲؛ به نقل از خواجه، ۱۳۹۳).

همان‌طور که نتایج نشان داد، تعارض بین فردی از طریق استرس شغلی بر آمادگی به اعتیاد اثر غیرمستقیم دارند. تعارض بین فردی به تعاملات با سرپرستان، همکاران، زیردستان، مشتریان و سایر افرادی که با فرد در تعامل هستند، مربوط می‌باشد؛ و تعارض بین فردی از عوامل مهم ایجاد استرس در موقعیت‌های کاری محسوب می‌شود. بنابراین تعارض بین فردی محیط کار به عنوان مانعی غیر قابل اجتناب در عملکرد کاری، منبع نیرومند استرس کاری می‌باشد که می‌تواند سازمان را عمیقاً تحت تأثیر قرار دهد. کیفیت روابط کارکنان در محیط کار همواره رابطه موثری با استرس شغلی دارد. پژوهشگران در تحقیقات متعددی سه نوع رابطه در محیط کار را که در ارتباط با استرس شغلی است مورد بررسی قرار داده‌اند. روابط با دیگران، روابط با مراجعان و مشتریان و روابط با سرپرستان و رهبران. در همه حال، وقتی روابط یک سویه و خصمانه باشد یا این که فرد در زمان واحدی مجبور به پاسخ‌گویی به افراد متعددی باشد، دچار استرس شغلی خواهد شد (لندی و کنته، ۲۰۱۲). براساس مدل استرس - عدم تعادل - جبران، فشارهای اعمال شده بر افراد از طرف وظایف و مسئولیت‌های شخصی‌شان، عدم تعادل هیجانی، عاطفی، شناختی و رفتاری را در افراد پدید می‌آورد. این عدم تعادل در صورت تداوم استرس با تضعیف احساس سرزندگی و انرژی در افراد، آن‌ها را مستعد تجربه حالات معطوف به خستگی و فرسودگی می‌نماید. به دنبال آن باعث ایجاد رخدادهای رفتاری منفی می‌شود. از جمله پاسخ‌های احتمالی به استرس شغلی، پاسخ‌های رفتاری می‌باشند که سوء مصرف مواد از موارد موجود در دسته رفتارهای مبتنی بر وارد آوردن صدمه به خود می‌باشد. افرادی که احساس استرس بیشتری می‌کنند و خود را ناتوان و ناکارآمد می‌دانند، به آسانی تسلیم می‌شوند و احساس افسردگی، اضطراب و ناامیدی می‌کنند و برای کنار آمدن با مشکلات روانی خود و برای رسیدن به آرامش و احساس بهتر رو به مصرف الکل و مواد مخدر

می آورند، یعنی از مواد مخدر به منزله ابزاری در تعامل با افراد و موقعیت‌ها برای تنظیم روحیه و خلق خود استفاده می‌کنند (کورچلو و همکاران، ۲۰۱۵).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و در جهت به کارگیری نتایج به دست آمده در سازمان‌ها و شرکت‌ها، این پیشنهادات به مدیران و مسئولان ذیربط و ذینفع ارائه می‌شود:

۱. با توجه به گستردگی دامنه شیوع اعتیاد، امروزه فرض بر آن است که جلوگیری از مبتلا شدن افراد به سوء مصرف و پیشگیری از آن آسان‌تر از درمان این اختلال است؛ به همین منظور پیشنهاد می‌شود به طور ادواری به بررسی علل گرایش و ابتلا به مصرف مواد در سازمان‌ها بپردازند؛ ۲. با توجه به تأثیر مستقیم تعارض بین فردی بر آمادگی به اعتیاد، آموزش شیوه‌های حل تعارضات بین فردی موجود در میان کارکنان و همچنین بین کارکنان و سرپرستان می‌تواند برای کاهش آمادگی به اعتیاد مؤثر واقع شود؛ ۳. پژوهش حاضر نشان داد که بین استرس و آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت وجود دارد. بر این اساس سازمان‌ها در جهت کاهش آمادگی به اعتیاد کارکنان باید به استرس شغلی توجه ویژه داشته باشند. در این راستا سازمان‌ها برای مقابله با تأثیرات منفی استرس می‌توانند اقدامات ذیل را مورد توجه قرار دهند: متناسب سازی حجم کار با استعدادها و توانایی‌های کارمند. طراحی شغل به گونه‌ای که وظایف و مسئولیت‌های افراد به وضوح مشخص شده باشد. به کارمندان امکان مشارکت در تصمیم‌گیری در کار خود داده شود و امکان تعاملات اجتماعی بین کارمندان فراهم شود.

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده است. طرح مطالعه حاضر و استفاده از الگویابی معادلات ساختاری علیت را به اثبات نمی‌رساند؛ در این خصوص باید جانب احتیاط را رعایت نمود. از آنجایی که پژوهش حاضر بر روی کارکنان شرکت بهره‌برداری نفت و گاز آغاچاری اجرا شده، باید در تعمیم نتایج به سایر شرکت‌ها و سازمان‌ها با احتیاط عمل کرد.

## منابع

انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۵). تهران: نشر روان.

خواجه، نجمه (۱۳۹۳). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر تعارض بین فردی، تسهیل کار - خانواده و هوش هیجانی در کارکنان منطقه پنج عملیات گاز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

خواجه پور، نسیم؛ بشلیده، کیومرث؛ بهارلو، مصطفی؛ و حدادی، سامان (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین طردشدگی در محیط کار با برخی نتایج شغلی: نقش تعدیل گر سرمایه روان شناختی. فصلنامه پژوهش های روان شناسی اجتماعی، ۸(۴)، ۱۳۶-۱۱۳.

زرگر، یدالله (۱۳۸۵). ساخت و اعتباریابی مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد. دومین همایش انجمن روان شناسی ایران، تهران.

زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن؛ و نعمی، عبدالزهر (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد. مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۳(۱)، ۱۲۰-۹۹.

سیفی، زهرا (۱۳۹۲). رابطه بین فشارزاهای شغلی با انگیزش شغلی، بهزیستی روان شناختی و رفتار شهروندی سازمانی با توجه به نقش تعدیل کنندگی غنی سازی کار-خانواده و تعادل کار-خانواده در کارکنان شرکت پالایش گاز بید بلند. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

هاشمی شیخ شبنانی، سید اسماعیل (۱۳۸۶). بررسی روابط ساده، چندگانه و تعاملی متغیرهای محیطی، نگرشی، شخصیتی و عاطفی با رفتارهای نابارور در محیط کار در کارکنان شرکت ملی مناطق نفت خیز جنوب. پایان نامه دکتری رشته روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

Appelbaum, S. H., Bartolomucci, N., Beaumier, E., Boulanger, J., Corrigan, R., Dore, I., Girard, C. & Serrano, C. (2004). Organizational citizenship behavior: a case study of culture, leadership and trust. *Management Decision*, 42, 13-40.

Breso, E., Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2008). The mediating role of student burnout and engagement in the prediction of academic performance. *Personality and Individual Differences*, 43, 65-92.

Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86, 386-400.

Corchuelo, A. D., Herrera, R. R., & Pozo, E. C. (2015). Perceived stress and coping strategies in university administration and services staff. *European Scientific Journal*, 2, 350-361.

- Katz, L. F. (2007). Domestic violence and vagal reactivity to peer provocation. *Biological Psychology*, 74, 154-164.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Mostafaei, H., Hosseini, M., & Jenaabadi, H. (2014). The investigation of the relationship between the aggression and the addiction potential high school male students. *UCT Journal of Management and Accounting Studies*, 2(1), 1-4.
- Newcomp, M. D., & Richardson, M. A. (2000). *Substance use disorders: Advanced abnormal child psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Nezlek, J. B., & Plesko, R. M. (2003). Affect and self-based models of the relationships between daily events and daily well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 584-596.
- Parker, D. F., & De Cotiis, T. A. (1983). Organizational determinants of job stress. *Organizational Behavior and Human Performance*, 32, 160-177.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Contemporary approaches to assessing mediation in communication research. In A. F. Hayes, M. D. Slater, & L. B. Snyder (Eds.), *The Sage sourcebook of advanced data analysis methods for communication research* (pp. 13-54). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Siu, O., Lu, C., & Spector, E. P. (2013). Direct and indirect relationship between social stressors and job performance in Greater China: The role of strain and social support. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), 520-531.
- Spector, P., E., & Jex, S. M. (1998). Development of four self-Report measures of job stressors and strain: interpersonal conflict at work scale, organizational constraints scale, quantitative workload inventory, and physical symptoms inventory. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 356-367.
- Thomas, E., G. E., Leech, I. E., & Grable, J. (1996). *The negative impact of employee poor personal financial behaviors on employers*. Association for Financial Counseling and Planning Education.
- World health organization. (2007). *The world health report*. A safer future: Global public health security in the 21st century.
- Yassini Ardakani, S. M., Banaei-Boroujeni, S., & Dastjerdi, G. (2013). Psychiatric Disorders Prevalence Comparison in Opiate-Dependent and Non-Opiate Dependent Individuals. *Journal of Addiction Research & Therapy*. DOI: 10.4172/2155-6105.S8-005.

## نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد مخدر

محمدنقی فراهانی<sup>۱</sup>، معصومه امین اسماعیلی<sup>۲</sup>، شهاب باحشمت جویباری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۰

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد مخدر انجام شده است. **روش:** طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش در برگیرنده افراد در حال ترک سوءمصرف مواد با روش درمان نگهدارنده با متادون شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. ۱۲۹ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر شامل پرسش‌نامه کنترل شخصی، فرم کوتاه مقیاس تکانشگری بارت (۲۰۱۳)، زیرمقیاس مقابله اجتنابی اندلر و پارکر (۱۹۹۰) و مقیاس خودکارآمدی شوارتز (۱۹۸۱) بود. **یافته‌ها:** ارتباط معناداری بین تکانشگری، مقابله اجتنابی و خودکارآمدی با عود مصرف مواد مخدر وجود داشت. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و عود مصرف مواد نقش واسطه‌ای دارد. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد با طراحی مداخلات روان‌شناختی بر اساس خودکارآمدی می‌توان عود مصرف مواد مخدر را در گروه‌های در معرض خطر کاهش داد.

**کلیدواژه‌ها:** تکانشگری، مقابله اجتنابی، خودکارآمدی، عود مصرف مواد

۱. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. دانشیار مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده کاهش رفتار پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، پست الکترونیکی:

shahab.baheshmat@gmail.com

## مقدمه

وابستگی به مواد به عنوان اختلال مزمن و عودکننده مغزی شناخته می‌شود که به‌رغم پیامدهای زیان‌آور، با جست‌وجو و مصرف اجباری دنبال می‌شود (سینگر، ۲۰۱۶). این پیامدهای زیان‌آور که جنبه‌های فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و ماهیتی حاد و مزمن دارند، به مشکلات اجتماعی جدی همچون جرم، بیکاری، نارسا کنش‌وری خانواده و استفاده نامناسب از مراقبت‌های پزشکی منجر می‌شوند (سوا، ماخرجی، مانا و سانیل، ۲۰۱۳). مسائل و مشکلات یادشده جهان شمول بوده؛ زیرا نتایج مطالعات همه‌گیرشناسی طبق آمار منتشرشده از سوی سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که حدود سه درصد از جمعیت جهان به این اختلال مبتلا هستند (به نقل از واخاریا، ۲۰۱۴). اگرچه نرخ شیوع سوءمصرف مواد در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری نداشت و این میزان متناسب با رشد جمعیت جهانی بود؛ با این حال، به خاطر ماهیت مزمن و برگشت‌پذیر بودن وابستگی به مواد و هزینه‌های احتمالی ناشی از آن برای خانواده‌ها و جوامع، نگرانی‌های این حوزه در جامعه جهانی افزایش یافته است (تام، شایک و لام، ۲۰۱۶). ماهیت برگشت‌پذیر سوءمصرف مواد و به موازات آن، آمارهای منتشرشده از مطالعات همه‌گیرشناسی مبین آن است که واکنش افراد به درمان در حوزه سوءمصرف مواد بسیار متنوع است. به همین دلیل، دوره‌های متعدد عود در مصرف‌کنندگان مواد به عنوان فرایند طبیعی توان‌بخشی این بیماران در نظر گرفته می‌شود (کیرشنباوم، اولسن و بایکل، ۲۰۰۹؛ به نقل از پانیانکو، گالوپ، کارینگتون و کولوزی، ۲۰۱۶). در نتیجه، عود مصرف مواد که به صورت بازگشت به مصرف مشکل‌زای مواد بعد از درمان تعریف می‌شود (ویتکیترز، بوئن، داگلاس و سو، ۲۰۱۳)، چالش بزرگی را برای درمانگران در حوزه وابستگی به مواد ایجاد کرده است (وایت<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهشگران و درمانگران تصدیق

1. Singer
2. Sau, Mukherjee, Manna, & Sanyal
3. World Health Organization
4. Vakharia
5. Tam, Shik, & Lam
6. Kirshenbaum, Olsen, & Bickel
7. Panebianco, Gallupe, Carrington, & Colozzi
8. Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu
9. White

می کنند که وابستگی و سوء مصرف مواد در مقابل درمان و تلاش برای پرهیز از مصرف مقاوم بوده و با وجود این که کاهش قابل ملاحظه‌ای در میزان مصرف مواد بعد از درمان مشاهده می شود، اما تلاش برای حفظ این موفقیت‌های درمانی اغلب با شکست مواجه می شود (آپیا، دانکواه، نیارکو، افوری آتا و آزیاتو، ۲۰۱۶).

تاکنون، علم روان شناسی فرایندهای روان شناختی و فیزیولوژیکی منجر به سوء مصرف مواد را به طور کامل توضیح نداده است (ماخرجی و سانیل، ۲۰۱۳). بنابراین، با توجه به نرخ بالای شیوع و ماهیت مزمن عود مصرف مواد، بررسی و درک تعامل پیچیده عوامل خطر در فرایند عود مصرف مواد جهت بهبود فرایند درمان، لازم و ضروری به نظر می رسد (موری، و همکاران، ۲۰۱۳). عوامل مرتبط با پیامدهای مثبت و منفی، بعد از درمان اختلال مصرف مواد برای طراحی درمان‌های اثربخش، کاهش نابهنجاری و مرگ و میر مرتبط با این اختلال، ضروری است؛ زیرا افرادی که درمان مصرف مواد مخدر را با موفقیت پشت سر می گذارند، به احتمال کم تری به مصرف مجدد مواد بر می گردند و رفتارهای پرخطر کم تر و متعاقب آن، مشکلات قانونی کم تری دارند (دکر، پگلو، سمپلز، کانینگام، ۲۰۱۷).

۱۴۳

143

به هنگام مواجهه با موقعیت‌های پرخطر، تعامل پیچیده‌ای بین ادراک این موقعیت‌ها و قابلیت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای وجود دارد. یکی از مدل‌هایی که به بررسی و درک این تعامل پیچیده پرداخت، مدل شناختی - رفتاری (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵) فرایند عود است. این مدل فرض می کند اگر شخصی پاسخ‌های مقابله‌ای مناسب و خودکارآمدی بالایی داشته باشد، احتمال کمی دارد به هنگام مواجهه با موقعیت‌های پرخطر، عود مصرف مواد اتفاق بیافتد. به همین ترتیب، چنانچه فرد با موقعیت‌هایی مواجه شود که برای مقابله با آن آمادگی نداشته باشد، متعاقب آن مصرف مواد رخ خواهد داد (ماولیک، تراپاتی و پال، ۲۰۰۲). در همین راستا، بر اساس فرضیه کاهش تنش (کانگر، ۱۹۶۵)، افراد وابسته

1. Appiah, Danquah, Nyarko, Ofori-Atta, & Aziato  
2. Moore  
3. Decker, Peglow, Samples, & Cunningham

4. Marlatt, & Gordon  
5. Maulik, Tripathi, & Pal  
6. Conger

به موادی که می‌آموزند برای کاهش استرس، به مصرف مواد پردازند، احتمال دارد هر زمان که با استرس مواجه شوند، مصرف مواد را از سر گیرند (والتر<sup>۱</sup>، و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین، با تکیه بر این فرضیه‌ها و مدل‌های نظری می‌توان اذعان داشت راهبردهای مقابله‌ای، نقشی کلیدی در عود مصرف مواد دارند. لازاروس و فولکمن<sup>۲</sup> (۱۹۸۴) مقابله را توانش شناختی و رفتاری برای مقابله با تنیدگی می‌دانند (به نقل از کرونینرگ، گوسنز، ون‌باسپاخ، ون‌اکتربرگ و ون‌دربرینگ<sup>۳</sup> ۲۰۱۵). سه نوع سبک مقابله در ادبیات پژوهشی مورد بحث قرار گرفته است. راهبردهای مسئله‌مدار (برای مثال رفتارهای حل مسئله، جست‌وجوی حمایت اجتماعی)، راهبردهای هیجان‌مدار (برای مثال اضطراب و خودانتقادی) و راهبردهای اجتنابی (برای مثال تفکر آرزومندانه و انکار مشکلات). در مدل سبک‌های مقابله‌ای اندلر و پارکر (۱۹۹۰) سبک‌های هیجان‌مدار و اجتنابی به‌عنوان سبک‌های ناسازگارانه و سبک مسئله‌مدار به‌عنوان سبک سازگارانه برای مقابله با تنیدگی‌های زندگی روزمره در نظر گرفته شده است (مارکوز-آریکو، بنایجز و آدان<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). مقابله اجتنابی به‌عنوان تلاش برای دور شدن و نادیده گرفتن مشکل تعریف می‌شود که می‌تواند در مورد مصرف الکل و مواد نیز صدق کند (شپرد-مک مولن، میرنر، استوکز و مچنیک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). در پژوهش‌های قبلی نقش مقابله اجتنابی در افراد در حال ترک نیز مورد بررسی قرار گرفته است. برای به دست آوردن حمایت تجربی از مدل سبک‌های مقابله‌ای در زمینه اعتیاد، بررسی پیشینه تجربی نتایج متناقضی را نشان می‌دهد. فیل و هاسکینگ<sup>۶</sup> (۲۰۰۸) سبک مقابله اجتنابی را با مصرف الکل مرتبط دانستند. همچنین، رابرتسون، کیو و استریپلینگ<sup>۷</sup> (۲۰۱۰) نشان دادند سبک مقابله فعال با مصرف الکل و دیگر داروها در بین دختران نوجوانان ارتباطی نداشت اما سبک مقابله اجتنابی با مصرف بیش تر الکل مرتبط بود. در تناقض با پژوهش‌های قبلی، در مطالعه ایوماتو، لیو و

1. Walter  
2. Lazarus, & Folkman  
3. Kronenberg, Goossens, Van Busschbach, Van Achterberg, & Van den Brink

4. Marquez-Arrico, Benaiges, & Adan  
5. Shepherd-McMullen, Mearns, Stokes, & Mechanic  
6. Feil, & Hasking  
7. Robertson, Xu, & Stripling



مک کوی<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) سبک‌های مقابله‌ای نتوانست مصرف مواد را پیش‌بینی کند؛ اما رابطه معنی‌داری با افسردگی داشت. در مطالعه ون‌گاندی، هوورتون-اورکات و میلز<sup>۲</sup> (۲۰۱۵)، سبک مقابله اجتنابی با افزایش احتمال مصرف الکل، ماری‌جوانا و دیگر اختلالات مصرف دارو در جوانان سفیدپوست مرتبط بود؛ در حالی که در جوانان آمریکایی-آفریقایی، سبک اجتنابی با احتمال پایین مصرف ماری‌جوانا مرتبط بود.

علاوه بر این، دیگر ویژگی‌های شخصیتی همچون تکانشگری به عنوان شاخص یا پیش‌بین وابستگی به دارو در نظر گرفته می‌شود (اورن، دارکایا، اورن، دالبوداک و ستین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). در سال‌های اخیر، تعدادی از پژوهش‌ها تأثیر افزایش تکانشگری در گرایش به عود مصرف مواد را بررسی کرده‌اند (استیونز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴) و نتایج حاصل از این مطالعات مؤید آن است که تکانشگری نقش مهمی در عود مصرف مواد دارد (برد و چنک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). تکانشگری به صورت خطرپذیری، فقدان برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری سریع و بدون تأمل تعریف شده است. طبق پژوهش‌های گذشته، صفت تکانشگری به عنوان گرایش به پاداش و محرک‌ها، بدون تفکر در مورد پیامدهای منفی احتمالی اشاره دارد (سو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به این که تکانشگری از قابلیت تغییرپذیری و درمان‌برخوردار است، افزایش دانش موجود در زمینه نقش این سازه در گرایش به عود مصرف مواد می‌تواند دلالت‌های درمانی مهمی را منتج شود (استیونز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). لوری، لاند هول و لدگروود<sup>۸</sup> (۲۰۱۵) در بررسی مروری خود دریافتند در تعدادی از پژوهش‌ها، تکانشگری بالا پیش از درمان، صرف‌نظر از روش سنجش، معمولاً با پیامدهای درمانی ضعیف‌تر مرتبط است. اورن، و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند تکانشگری برنامه‌ریزی نشده، با ولع مصرف و عود مصرف مواد مرتبط است. دران،

1. Iwamoto, Liu, & McCoy  
2. Van Gundy, Howerton-Orcutt, & Mills  
3. Evren, Durkaya, Dalbudak, & Cetin

4. Stevens  
5. Bird, & Schenk  
6. Su  
7. Stevens  
8. Loree, Lundahl, & Ledgerwood

اسپرینگ، مک کارگیو، پرگادیا و ریچموند<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) دریافتند تکانشگری بالا عود سریع تر مصرف سیگار را پیش‌بینی می‌کند.

علاوه بر این، برخی دیگر از رویکردهای نظری فرض می‌کنند خودکارآمدی نیز به عنوان صفتی شخصیتی، می‌تواند در عود مصرف مواد تأثیر داشته باشند (بندورا، ۱۹۷۷)؛ چراکه پیش‌بین پیامدهای مثبت است. این سازه مبتنی بر تفکر هدفمند (مای، و همکاران، ۲۰۱۶)، به عنوان اطمینان فرد برای انجام موفقیت‌آمیز رفتارهای خاص در موقعیت‌های پرخطر تعریف شده است (الفدالی، بولمن، کاندل، وایرز و دوایزز، ۲۰۱۲) و مفهومی کلیدی در چندین نظریه مرتبط با رفتار سلامت همچون نظریه شناخت اجتماعی (بندورا، ۱۹۸۶)، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (آجنز، ۱۹۹۱) و در مدل‌های عود منبعث از نظریه یادگیری اجتماعی (مارالات و گوردون، ۱۹۸۵) است. این نظریه‌ها تأکید دارند که باورهای فرد در مورد توانایی‌اش برای انجام موفقیت‌آمیز هدف رفتاری (برای مثال، ترک مصرف مواد)، موثر است (به نقل از ون زاندرت، فرگوسن، شیفمن و انگلز، ۲۰۱۰). در زمینه سوء مصرف مواد نیز شواهدی وجود دارد که این مفروضه‌ها را تأیید می‌کنند. ژانگ، فنگ، جنگ، اونز و ژو<sup>۶</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی کیفی دریافتند افرادی که خودکارآمدی بالایی داشتند، میزان اعتیاد و وابستگی خود را دست کم می‌گرفتند و خودکنترلی‌شان را بیش برآورد می‌کردند. در مقابل، افرادی که خودکارآمدی پایینی داشتند، میزان اعتیادشان را بیش برآورد می‌کردند و خودکنترلی‌شان را ضعیف ارزیابی می‌کردند. این افراد، سابقه عود بیش تری نسبت به گروه دیگر گزارش کردند و بیشتر مایل بودند عود را به عنوان نوعی شکست تفسیر کنند و آن را به خودشان نسبت دهند. مورل، اسکاربک و کوهن<sup>۷</sup> (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند خودکارآمدی پایین با افزایش شدت نشانگان ترک نیکوتین مرتبط است و تأکید دارند رابطه‌ای پویا بین خودکارآمدی و علائم ترک نیکوتین وجود دارد. با تکیه بر مدل‌های نظری و یافته‌های تجربی، یکی از پیش فرض‌ها نقش

1. Doran, Spring, McChargue, Pergadia, & Richmond  
2. Bandura  
3. Elfeddali, Bolman, Candel, Wiers, & De Vries

4. Ajzen  
5. Van Zundert, Ferguson, Shiffman, & Engels  
6. Zhang, Feng, Geng, Owens, & Xi  
7. Morrell, Skarbek, & Cohen

خودکارآمدی در پیش‌بینی عود مصرف مواد مخدر است. بررسی مطالعات نشان می‌دهد خودکارآمدی از یک سو با مقابله اجتنابی (فوجی و فونا، ۲۰۱۷) و تکانشگری (گالو، داوا، کامبوروپالوس، استیجر و جسکون، ۲۰۱۰) مرتبط است و از سوی دیگر میانجی و پیش‌بین عود مصرف مواد (هایاکی، و همکاران، ۲۰۱۱) است. همچنین برخی از مدل‌های نظری (برای مثال، مدل مارلات و گوردون، ۱۹۸۶) تأکید دارند خودکارآمدی می‌تواند در این روابط فرضی نقش واسطه‌ای داشته باشد. با مرور مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور این نکته مستفاد گردید که اگرچه این متغیرها به صورت زوجی در افراد وابسته به طبقه خاصی از مواد بررسی شده‌اند، با این حال، به طور هم‌زمان و در قالب یک مدل معادلات ساختاری مطالعه نشده‌اند. تحلیل مدل‌ها عمدتاً برای نظریه آزمایی مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما، چنانچه پژوهشگر در صدد بررسی فرضیه‌هایی با روابط میانجی باشد، نیز می‌تواند مدل تدوین کند یا می‌تواند با ترکیب چند فرضیه یا نظریه از قبل موجود، مدلی جدید را تدوین و آن را آزمون کند (تپر، دوفی، هنله و لمبرت، ۲۰۰۶). بنابراین، پژوهش حاضر در نظر دارد با الهام گرفتن از مدل‌های نظری و مطالعات انجام شده، به بررسی مدل طرح‌ریزی شده مبتنی بر سازه‌های روان‌شناختی در عود مصرف مواد مخدر بپردازد. سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد مخدر نقش واسطه‌ای دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از نظر شیوه گردآوری و تحلیل اطلاعات، توصیفی از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر، در برگیرنده افراد در حال ترک سوء مصرف مواد مخدر با روش درمان نگهدارنده با متادون بود که در سال ۱۳۹۶ به کلینیک‌های سرپایی ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کردند. در انتخاب نمونه اغلب منابع و مبانی در زمینه مدل‌یابی معادلات ساختاری، تعداد

1. Fuochi, & Foà  
2. Gullo, Dawe, Kambouropoulos, Staiger, & Jackson

3. Hayaki  
4. Tepper, Duffy, Henle, & Lambert

متغیرها را به عنوان ملاکی برای تعیین حجم نمونه مدنظر قرار داده‌اند. از آنجا که در این پژوهش ۳ متغیر پیش‌بین وجود دارد (در پژوهش حاضر از فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ها استفاده شده، فقط نمره کلی به دست می‌دهند)، حجم نمونه پژوهش ۷۴ نفر برآورد شد. از یک سوی، به دلیل تأکید برخی منابع بر حجم حداقل ۱۰۰ نمونه برای استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و از سویی دیگر، با در نظر گرفتن این احتمال که برخی از پرسش‌نامه‌ها به صورت ناقص تکمیل می‌شوند، ۲۰۰ پرسش‌نامه در جامعه آماری توزیع شد. با توجه به این که امکان جلب همکاری کلینیک‌های ترک اعتیاد سطح شهر تهران به دلیل عدم برخورداری از حمایت سازمان‌های متولی میسر نبود، روش نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی و در دسترس انجام شد. از بین کلیه مراکز واجد شرایط، در مانگه (کلینیک) مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران و مرکز درمان سوء مصرف مواد باران با انجام میدانی پژوهش موافقت نمودند و پرسش‌نامه‌ها در این دو کلینیک توزیع شد. از مجموع ۲۰۰ پرسش‌نامه، ۱۴۳ پرسش‌نامه عودت داده و ۱۴ پرسش‌نامه که نحوه تکمیل آن از الگوی مشخصی پیروی می‌کرد از روند بررسی کنار گذاشته شد. در مجموع، نمونه نهایی پژوهش، ۱۲۹ نفر بود که بر این اساس، نرخ پاسخگویی ۹۰/۲۰٪ برآورد شد.

۱۴۸

148

## ابزار

۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: در این بخش، اطلاعاتی شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال، سن شروع اولین ماده مصرفی، نوع درمان دریافتی، آخرین ماده مصرفی قبل از ترک مصرف، دفعات اقدام به ترک مصرف، وضعیت اعتیاد در خانواده و ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی بررسی شد.

۲- فرم کوتاه پرسش‌نامه تکانشگری بارت (۲۰۱۳): برای بررسی میزان تکانشگری از فرم کوتاه مقیاس تکانشگری بارت (استینبرگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) استفاده شد. این مقیاس هشت گویه دارد که از گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۸، ۹، ۱۲، ۱۴ و ۱۹ ویرایش یازدهم مقیاس ۳۰ گویه‌ای تکانشگری بارت استخراج شد. هدف از طراحی این مقیاس، سنجش یک‌بعدی تکانشگری است. گویه‌هایی که بارعاملی بالاتری در نسخه ۳۰ گویه‌ای داشتند،

برای منعکس کردن میزان تکانشگری بیش تر انتخاب شدند. در مطالعه استینبرگ و همکاران (۲۰۱۳) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۳ گزارش شد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۲۷ محاسبه شد.

۳- مقیاس سبک‌های مقابله با استرس (۱۹۹۰): برای سنجش مقابله اجتنابی در پژوهش حاضر از مقیاس سبک‌های مقابله‌ای استفاده خواهد شد. این مقیاس توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، ساخته شده و سه سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی را ارزیابی می‌کند. سبک غالب هر فرد با توجه به نمره وی در هر یک از ابعاد سه‌گانه سبک‌های مقابله‌ای تعیین می‌شود. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (عدد ۱ اصلاً تا عدد ۵ همیشه) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، در سبک مسئله‌مدار برای دختران ۰/۹۰ و برای پسران ۰/۹۲، در سبک هیجان‌مدار برای دختران ۰/۸۵ و برای پسران ۰/۸۲ و در سبک اجتناب‌مدار برای دختران ۰/۸۲ و برای پسران ۰/۸۵ گزارش شده است. جعفرنژاد (۱۳۸۲)، ضریب اعتبار را برای سبک هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و اجتناب‌مدار، به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵۱ به دست آمد.

۴- پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی شوارتز (۱۹۸۱): این پرسش‌نامه توسط شوارتز و جروسلم به منظور ارزیابی خودکارآمدی عمومی و اجتماعی ساخته شد. در سال ۱۹۸۱ شوارتز و جروسلم آزمون را مورد بازنگری قرار داده و تعداد عبارت آن را به ۱۰ گویه کاهش دادند. پرسش‌نامه باورهای خودکارآمدی فعلی، دارای ۱۰ گویه است که همگی میزان خودکارآمدی عمومی را می‌سنجند. این آزمون یک ابزار خود گزارشی مخصوص بزرگسالان (بالای ۱۲ سال) است و نمره‌گذاری در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای، (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می‌باشد. رجبی (۱۳۸۵) به منظور هنجاریابی این آزمون در ایران آن را بر روی نمونه‌ای ۵۸۷ نفری از دانشجویان اجرا کرد و ضریب آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۰ در دانشجویان دختر و پسر گزارش نمود. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۱۳ محاسبه شد.

۵-مقیاس کنترل شخصی: این پرسش‌نامه دارای ۱۵ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان کنترل شخصی در استفاده از مواد (در دو حالت گذشته و حال) است. این آزمون دارای دو مجموعه مجزا از سؤالات است. در قسمت اول حالات فرد در ۹۰ روز گذشته بررسی می‌شود و در قسمت دوم، حالاتی که اگر فرد همین الان به مصرف مواد روی آورد، مورد پرسش قرار می‌گیرد. نمره‌گذاری از نوع لیکرت پنج گزینه‌ای و به صورت: کاملاً مخالفم (یک امتیاز)، مخالفم (دو امتیاز)، نمی‌دانم (سه امتیاز)، موافقم (چهار امتیاز) و کاملاً موافقم (پنج امتیاز) است. سؤالات ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن امتیاز کلی، مجموع امتیازات سؤالات با هم جمع می‌شود. این امتیاز دامنه‌ای از ۱۵ تا ۷۵ خواهد داشت. بدیهی است که هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان توانایی بالاتر فرد پاسخ‌دهنده در کنترل شخصی خود در برابر مصرف مواد خواهد بود و بالعکس. در پژوهش شعاع کاظمی (۱۳۹۰) روایی پرسشنامه را استادان متخصص در زمینه اعتیاد خوب ارزیابی کردند. اعتبار باروش بازآزمایی ۸۰/۸ محاسبه شد. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸۱ به دست آمد.

### یافته‌ها

به لحاظ سن، اکثر (۵۹ نفر معادل ۴۵/۷ درصد) در دامنه سنی ۵۰-۳۶ سال، متأهل (۶۴ نفر معادل ۴۹/۶ درصد)، دارای تحصیلات دیپلم (۶۰ نفر معادل ۴۶/۵ درصد) و شاغل (۷۱ نفر معادل ۵۵ درصد) بودند.

جدول ۱: آماره‌های توصیف متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
تکانشگری	۱۹/۹۵	۴/۷۶	۸	۲۹
مقابله اجتنابی	۴۳/۳۵	۱۱/۰۵	۲۱	۷۴
خودکارآمدی	۳۳/۴۴	۸/۳۵	۱۰	۵۰
احتمال عود	۴۷/۶۴	۶/۰۳	۳۶	۶۸

مدل معادلات ساختاری ترکیبی از مدل اندازه‌گیری (تحلیل عاملی تأییدی) و مدل ساختاری (تحلیل مسیر) است. پیش از پرداختن به مدل معادلات ساختاری، مفروضه‌های مدل معادلات ساختاری کنترل و بررسی شدند. از آنجا که مدل معادلات ساختاری منبعث

از روش همبستگی است، مفروضه‌های بنیادی مطالعات همبستگی بررسی شدند. شرط توزیع بهنجار چندمتغیری قبل از اجرای تحلیل باید احراز شود.

**جدول ۲: بررسی مفروضه بهنجار بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه**

شاخص‌های نرمالته	تکانشگری	مقابله اجتنابی	خودکارآمدی	احتمال عود
چولگی	-۰/۴۱۵	۰/۴۴۰	۰/۷۱۸	۰/۶۷۶
خطای استاندارد	۰/۲۱۳	۰/۲۱۳	۰/۲۱۳	۰/۲۱۳
کشیدگی	-۰/۶۲۸	-۰/۲۰۷	۰/۴۳۴	۰/۵۵۰
خطای استاندارد	۰/۴۲۳	۰/۴۲۳	۰/۴۲۳	۰/۴۲۳
Z کولموگروف - اسمیرنوف	۱/۱۷۹	۰/۹۲۱	۱/۲۰۳	۱/۲۷۳
معناداری	۰/۱۲۴	۰/۳۶۴	۰/۱۱۱	۰/۰۷۸

بر اساس نتایج جدول ۲، مقدار چولگی و کشیدگی مشاهده شده برای متغیرهای تکانشگری، مقابله اجتنابی، خودکارآمدی و احتمال عود در بازه (۱/۹۶، -۱/۹۶) قرار دارد. همچنین، نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد معناداری برای تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ است و متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند.

**جدول ۳: بررسی خطی بودن متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک**

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
تکانشگری	۶۴۹/۴	۲۱/۵۱	۰/۰۰۰۵	
احتمال عود	۳۳۲/۷	۹/۶۶	۰/۰۰۳	
خودکارآمدی	۸۷۶/۹	۳۰/۲۶	۰/۰۰۰۵	

نتایج آزمون خطی بودن<sup>۱</sup> رابطه متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک در جدول ۳ ارائه شده است. سطح معناداری برای متغیرها پایین‌تر از مقدار آلفا ( $\alpha = ۰/۰۵$ ) به دست آمده که مبین برقراری رابطه خطی است.

**جدول ۴: بررسی هم خطی یا چندگانگی خطی متغیرهای پیش‌بین**

متغیرهای پیش‌بین	عامل تورم واریانس	رواداری یا تحمل
تکانشگری	۰/۹۲۰	۱/۰۸۷
مقابله اجتنابی	۰/۹۲۰	۱/۰۸۶
خودکارآمدی	۰/۹۹۳	۱/۰۰۷

یکی دیگر از مفروضه‌ها، عدم همبستگی بالا بین متغیرهای پیش‌بین است (چندگانگی خطی) که به منظور بررسی آن از دو آماره رواداری یا تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. چنانچه مقدار تحمل برای یک متغیر خاص، ۰/۰۱ یا کم‌تر باشد و عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از عدد ۱۰ باشد، شرط عدم هم خطی چندگانه است. نتایج جدول ۴ مؤید آن است که پدیده هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک وجود ندارد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان اظهار داشت مفروضه‌های مربوط به آزمون‌های پارامتری بر پایه مطالعات همبستگی رعایت شده است و استفاده از آن مانعی ندارد.

جدول ۵: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴
تکانشگری	۱	-	-	-
مقابله اجتنابی	۰/۰۶۳	۱	-	-
خودکارآمدی	۰/۲۷۹**	۰/۰۶۹	۱	-
احتمال عود	۰/۳۷۳**	۰/۲۶۷**	۰/۴۳۳**	۱

\*\* $P < 0.01$ 

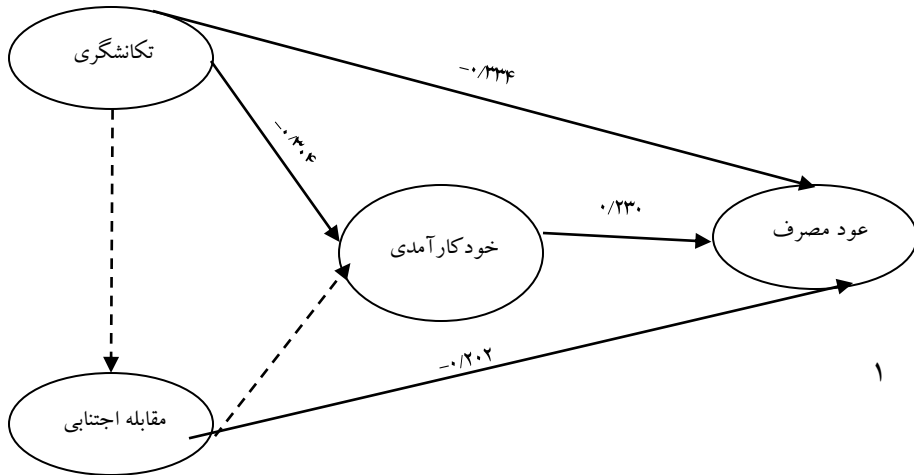
جهت بررسی نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد مخدر از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

جدول ۶: برازش مدل فرضی پژوهش با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی

شاخص‌های برازندگی	$X^2$	df	X <sup>2</sup> /df	CFI	IFI	TLI	RMSEA	P
مدل فرضی	۱۶۲۰/۳۸	۹۴۱	۱/۷۲۲	۰/۶۹۸	۰/۷۰۵	۰/۶۸۳	۰/۰۷۵	۰/۰۰۰۵
مدل اصلاح شده	۱۱۱۱/۳۳	۸۷۹	۱/۲۶۴	۰/۸۹۷	۰/۹۰۲	۰/۸۸۴	۰/۰۴۵	۰/۰۰۰۵

شاخص‌های برازندگی نشان دهنده برازش ضعیف مدل فرضی با داده‌ها هستند. به عبارت دیگر، مقادیر اکثر شاخص‌ها نشان می‌دهد که مدل نیاز به اصلاح دارد. به این منظور، با توجه به خروجی مدل اولیه، اثر مستقیم تکانشگری بر مقابله اجتنابی و همچنین اثر مستقیم مقابله اجتنابی بر خودکارآمدی حذف و خطای برخی از متغیرهای مشاهده شده مربوط به هر سازه به یکدیگر متصل شد.





شکل ۱: مدل نهایی پژوهش (خطوط خط چین: مسیر حذف شده)

نتایج مدل اصلاح شده نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی شامل شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA=۰/۰۴۵)، نسبت مجذور کای به درجه آزادی (X2/df=۱/۲۶۴)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI=۰/۸۹۷)، شاخص برازش فزاینده (IFI=۰/۹۰۲) و شاخص تاکر-لویز (TLI=۰/۸۸۴) حاکی از برازش مطلوب مدل اصلاح شده پژوهش با داده‌ها است. بنابراین مدل اصلاح شده یا نهایی از برازندگی نسبتاً قابل قبولی برخوردار است. مقایسه شاخص‌های مدل فرضی با مدل اصلاح شده، بهبود مدل نهایی را نسبت به مدل فرضی مورد تأیید قرار می‌دهد. ضرایب اثر مستقیم و اثر کل در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: اثر مستقیم و اثر کل متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک

مسیر آزمون شده	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم
تکانشگری بر عود مصرف	-۰/۴۰۱	-۰/۳۳۴	-۰/۰۶۷
مقابله اجتنابی بر عود مصرف	-۰/۲۰۲	-۰/۲۰۲	-
خودکارآمدی بر عود مصرف	۰/۲۳۰	۰/۲۳۰	-

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، بر اساس ضرایب استاندارد، مسیرهای مستقیم اثر تکانشگری، مقابله اجتنابی و خودکارآمدی بر عود مصرف معنادارند. نتایج مدل برای بررسی اثر غیرمستقیم نشان داد اثر تکانشگری بر عود مصرف مواد با واسطه

خودکارآمدی کاهش معناداری داشته است. این کاهش مبین آن است که خودکارآمدی توانسته در رابطه بین تکانشگری و عود مصرف مواد نقش واسطه‌ای داشته باشد. علاوه بر این، از آنجا که مقابله اجتنابی رابطه معناداری با خودکارآمدی نشان نداده، نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین مقابله اجتنابی با عود مصرف امکان‌پذیر نیست.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ارتباط منفی و معناداری بین تکانشگری با احتمال عود مصرف مواد مخدر و جو دارد. از آنجایی که برای ارزیابی احتمال عود از مقیاس کنترل شخصی استفاده شد، کسب نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده توانایی بیش‌تر فرد برای کنترل و جلوگیری از عود مصرف است. به همین دلیل، جهت ارتباط بین تکانشگری و احتمال عود به صورت معکوس محاسبه شده و نشان می‌دهد با افزایش تکانشگری میزان کنترل شخصی فرد برای مصرف مجدد مواد کاهش می‌یابد و بالعکس. نتایج مطالعات انجام شده در ادبیات پژوهشی نیز با یافته‌های پژوهش حاضر همسو و همخوان بود. در همین راستا، لوری، و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند تکانشگری بالا پیش از درمان، معمولاً با پیامدهای درمانی ضعیف‌تر مرتبط است. علاوه بر این مطالعات، گالو، و همکاران (۲۰۱۰) و دران، و همکاران (۲۰۰۴) نیز نتایج مشابهی در افراد مصرف‌کننده الکل و سیگار به دست آوردند. مطالعات انجام شده در داخل کشور عمدتاً نقش تکانشگری را در مصرف مواد یا گرایش به مصرف مورد بررسی قرار دادند. برای مثال، جبرائیلی، مرادی و حبیبی (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای نشان دادند ابعاد تکانشگری همبستگی معناداری با مصرف و مصرف‌چندگانه مواد، الکل و دخانیات دارد. مطالعات قمری گیوی و مجرد (۱۳۹۵)، نیکو گفتار و عنافچه (۱۳۹۳) و اسدی مجره و همکاران (۱۳۹۳) نیز به نقش تکانشگری در گرایش به اعتیاد و مصرف مواد تأکید کردند. در تبیین ارتباط بین تکانشگری و عود مصرف می‌توان به تعریف مفهومی تکانشگری اشاره کرد. در پیشینه روان‌شناسی، تکانه به اصرار و میل شدید و غیرقابل مهار برای انجام یک عمل گفته می‌شود که در پاسخ به یک محرک درونی (روانی) یا بیرونی به وجود می‌آید. بدیهی است که این گونه رفتارها متضمن سود کوتاه مدت می‌باشند. افراد تکانشگر، ضعف در خور توجهی در یادگیری

تداعی‌های مناسب بین پاداش و تنبیه دارند که برای انتخاب مناسب، از اهمیت بسیاری برخوردار است. تجلی فراوان این ویژگی‌ها، از جمله بازداری پاسخ و پاداش ناشی از تکانشگری، ارتباط قدرتمندی با سوء مصرف مواد دارد. مشکلات ناشی از تکانشگری مثل بازداری ضعیف، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی می‌تواند یک مانع عمده در مسیر درمان افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مخصوصاً در شروع، پیروی و تداوم درمان باشد. در نمونه‌های بالینی، تکانشگری با عواملی که در عود نقش دارند مثل وسوسه و شدت مصرف مواد ارتباط دارد و این یک عامل میانجی بالقوه در پاسخدهی و اثربخشی درمان‌های این اختلال است (لوری، و همکاران، ۲۰۱۵). رفتارهای تکانشی همانند یک ماشه چکان عمل می‌کنند و منجر به شکل‌گیری تمایل شدید مصرف در سوء مصرف کنندگان مواد و در نتیجه ناتوانی‌شان برای مقاومت در برابر آن شده و در آخر زمینه بازگشت به سوء مصرف مجدد مواد را فراهم می‌کنند. از این رو با توجه به تکانشگری در بیماران استفاده کننده از مواد، تشویق به تغییر رفتار و ترک مواد، در این بیماران همواره راه دشواری بوده است (مکری، اختیاری، عدالتی، گنجگاهی و نادری، ۱۳۸۷). با توجه به آنچه گفته شد، توانایی ضعیف در کنترل شخصی برای جلوگیری از عود مصرف مواد در افرادی که تکانشگر هستند، قابل توجه است. علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد ارتباط منفی بین مقابله اجتنابی و احتمال عود مصرف مواد وجود دارد. نتایج مطالعات انجام شده در ادبیات پژوهشی نیز نقش مقابله اجتنابی در مصرف مواد و عود آن را مورد تأیید قرار می‌دهد. برای مثال، همسو با نتایج پژوهش حاضر، مطالعات ون‌گاندی، و همکاران (۲۰۱۵)، ایواماتو، و همکاران (۲۰۱۱)، رابر تسون، و همکاران (۲۰۱۰) و فیل و هاسکینگ (۲۰۰۸) نقش مقابله اجتنابی را در مصرف مواد و پیامد ضعیف درمانی مرود تأیید قرار دادند. در ادبیات پژوهشی داخل کشور نیز، شعبانی، میرزائیان و سنگانی (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای با رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان دادند راهبردهای مقابله‌ای بر آمادگی به اعتیاد افراد در حال بهبودی اثر مستقیم دارند. عبداللهی و باحشمت جویباری (۱۳۹۵) به مقایسه سبک‌های مقابله‌ای در افراد مصرف کننده اویوم، تحت درمان نگهدارنده متادون و همتایان سالم پرداختند و به این نتیجه رسیدند میانگین مقابله اجتنابی

در مصرف‌کنندگان اویوم و افراد تحت درمان با متادون بیش‌تر از میانگین گروه بهنجار است. بر اساس مبانی نظری پژوهش، استرس، اضطراب و افسردگی به عنوان عوامل خطر برای مصرف مواد شناخته می‌شوند که می‌توانند از مرگ شخصی مهم، کناره‌گیری اجتماعی، تنهایی و بیماری ریشه بگیرند (کانهام، ۲۰۱۴؛ به نقل از مارو و همکاران، ۲۰۱۵). نقص در توانایی افراد برای سازمان‌دهی، ترکیب و تعدیل کردن هیجان‌ها به هنگام مواجهه با استرس که نشان‌دهنده نقص در راهبردهای مقابله است با شروع و تشدید مصرف مواد در نوجوانان و بزرگسالان جوان همراه است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس مدل مقابله با استرس در زمینه اعتیاد، افراد تمایل دارند برای رها کردن خودشان از تجربه و تفکر در مورد رویدادهای استرس‌زا به سوءمصرف مواد بپردازند (آلدريج و روچ، ۲۰۰۸؛ کالیچمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از فلویید و همکاران، ۲۰۱۰). طبق مدل اندلر و پارکر (۱۹۹۰) سبک‌های هیجان‌مدار و اجتنابی به عنوان سبک‌های ناسازگار مواجهه با تنیدگی‌های روزمره تلقی می‌شوند و برخی از پژوهش‌ها (برای مثال فلویید و همکاران، ۲۰۱۰) تأکید دارند بسیاری از افراد با سبک مقابله‌ای ناسازگارانه برای مواجهه با تنیدگی‌ها و رویدادهای منفی به سوءمصرف مواد روی می‌آورند. رابرتسون، و همکاران (۲۰۱۰) نیز تأیید می‌کنند مواجهه بیش‌تر با رویدادهای منفی زندگی با مصرف بیش‌تر مواد مرتبط است. در تبیین ارتباط سبک مقابله‌ای اجتنابی با سوءمصرف مواد به نظر می‌رسد که این افراد به هنگام مواجهه با تنیدگی‌ها و حوادث منفی روابط ضعیفی با دیگران دارند و در نتیجه تلاش کم‌تری برای جست‌وجوی حمایت اجتماعی انجام می‌دهند. در نتیجه، بازگشت به اعتیاد و سوءمصرف مواد را به عنوان راهبردی جهت کنترل تنیدگی‌ها و حوادث منفی در نظر می‌گیرند. یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر، ارتباط مثبت بین خودکارآمدی و احتمال عود مصرف مواد بود. همسو با نتایج پژوهش حاضر، ژانگ، و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی کیفی دریافتند افرادی که خودکارآمدی بالایی داشتند، میزان اعتیاد و وابستگی خود را دست‌کم می‌گرفتند و خودکنترلی‌شان را بیش‌برآورد می‌کردند. در مقابل، افرادی که خودکارآمدی پایینی داشتند، میزان اعتیادشان را بیش‌برآورد می‌کردند و خودکنترلی‌شان را ضعیف ارزیابی می‌کردند. این افراد، سابقه عود

بیش تری نسبت به گروه دیگر گزارش کردند و بیشتر مایل بودند عود را به عنوان نوعی شکست تفسیر کنند و آن را به خودشان نسبت دهند. نتایج مطالعات الفدالی، و همکاران (۲۰۱۲)، گالو، و همکاران (۲۰۱۰)، بر نقش خودکارآمدی در مصرف مواد و عود آن تأکید داشتند و با یافته‌های پژوهش حاضر همسو و همخوان است. در بین مطالعات انجام شده در داخل کشور نتایج پژوهش جلیلیان کاسب، ججت خواه، و رشیدی (۱۳۹۵)، و اورکی (۱۳۹۰) نیز تا حدودی با نتایج پژوهش حاضر همسو و همخوان بود. خودکارآمدی در موقعیت‌های مصرف مواد، تعیین‌کننده کلیدی رفتار در شرایط عود بالقوه است. در چارچوبی شناختی-رفتاری، اعتماد و اطمینان به توانایی فرد برای خودداری از مصرف در مواجهه با شرایط مصرف مواد، احتمال مقاومت در برابر میل و فشار مصرف بعد از دوره ترک را افزایش می‌دهد. در تأیید این مبنای نظری، ادبیات پژوهشی یافته‌های همسویی را نشان می‌دهد. در سؤال اصلی پژوهش، نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با احتمال عود مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از مدل معادلات ساختاری مؤید آن بود متغیرهای تکانشگری، مقابله اجتنابی و خودکارآمدی اثر مستقیمی بر عود مصرف مواد دارند. نتایج غیرمستقیم نیز حاکی از آن بود زمانی که نقش خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و عود مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار می‌گیرد، از میزان تأثیر تکانشگری بر عود مصرف کاسته می‌شود. به عبارت دیگر، خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و عود مصرف مواد نقش واسطه‌ای داشته است. همسو با این نتایج، گالو، و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی با هدف بررسی نقش واسطه‌ای خودکارآمدی ترک الکل در رابطه بین تکانشگری و سوء مصرف الکل به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی ترک به طور کامل در رابطه بین تکانشگری و نوشیدن پرخطر نقش واسطه‌ای را ایفا می‌کند. از آنجا که سازه تکانشگری جنبه فیزیولوژیک قدرتمندی دارد، نقش واسطه‌ای خودکارآمدی که قابلیت مداخله برای آن فراهم است، اهمیت بیشتری در این مدل برای بهبود درمان اعتیاد دارد. پروتکل‌های درمانی مختلفی با رویکردهای رفتاری، شناختی و اجتماعی برای ارتقاء و بهبود خودکارآمدی وجود دارد که با استفاده از آن‌ها می‌توان میزان عود مصرف مواد را کاهش

داد. از پیش شرط‌های روابط ساختاری غیرمستقیم، ارتباط بین متغیر پیش‌بین و متغیر پیش‌بین میانی است. از آنجا که نتایج نشان داد مقابله اجتنابی ارتباط معناداری با خودکارآمدی ندارد، به نظر می‌رسید خودکارآمدی نتواند در رابطه بین مقابله اجتنابی و عود مصرف مواد نقش واسطه‌ای داشته باشد. در مدل ساختاری نیز ارتباط غیرمستقیم مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد با واسطه خودکارآمدی مورد تأیید قرار نگرفت. مدل پیش‌تجربی پژوهش حاضر مبتنی بر مدل شناختی - رفتاری مارلات (۱۹۸۵) در عود مصرف مواد بود. این مدل مبتنی بر دو محور عمده است: تشخیص نشانه‌های هشداردهنده و ایجاد مهارت‌های ضروری برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر. در حقیقت، چگونگی درک مراجع توانایی‌هایش برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر می‌تواند منجر به عدم لغزش شود. بازگشت تابعی از واکنش درمانجو به این لغزش اولیه است. مارلات به دنبال استفاده از روش‌های رفتاری در درمان اعتیاد، با پی بردن به ناکارآمدی روش‌های محض رفتاری، به طرح مدلی رفتاری - شناختی برای پیشگیری از عود پرداخت. او بر اساس پژوهش‌هایی نشان داد که تعامل عوامل فردی، موقعیتی و فیزیولوژیکی خطر عود را تعیین می‌کند. در این الگو بر نقش فزاینده شناخت در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی تأکید شده است و می‌کوشد با دستکاری سیستم شناختی فرد (ایجاد تغییر در تفکر معیوب و باورهای ناسازگارانه) واکنش‌های هیجانی خود آسیب‌زننده را کاهش و کنترل فرد را در رویارویی با موارد لغزش، افزایش دهد. برحسب این الگو، هنگامی که درمان‌جو در موقعیت پرخطری قرار می‌گیرد، در صورت فقدان پاسخ‌های مقابله‌ای مناسب، احساس خودکارآمدی وی کاهش می‌یابد و انتظارات مثبتی در زمینه اثرات مصرف مواد در موقعیت پرخطر شکل می‌گیرد که این وضعیت به لغزش و عود منجر می‌شود (رهبریان، حسین‌زاده و دوستی، ۱۳۹۵). با این حال، مثلث عود، خودکارآمدی و مقابله که در مدل مارلات (۱۹۸۵) به آن اشاره شده بود، در پژوهش حاضر تأیید نشد. یکی از علل احتمالی عدم تأیید مدل مارلات (۱۹۸۵) در پژوهش حاضر، تأکید برخی از مطالعات داخل کشور بر مقابله به عنوان یک سازه وابسته به فرهنگ است. نتایج مطالعات انجام شده در ادبیات پژوهشی نشان داد مقابله اجتنابی، راهبرد غالب افراد سوءمصرف

کننده مواد برای مواجهه با استرس است (برای مثال، عبدالهی و باحشمت جویباری، ۱۳۹۵)؛ در نتیجه، در مدل پیش تجربی پژوهش حاضر صرفاً این سبک مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس مبانی نظری، افراد با سبک مقابله‌ای اجتنابی که به عنوان راهبرد ناسازگارانه مواجهه با استرس در نظر گرفته می‌شود، به هنگام مواجهه با مشکلات، عمدتاً به تفکرات آرزومندانه و انکار مشکلات روی می‌آورند (مارکوز-آریکو، و همکاران، ۲۰۱۵) و از برخورد منطقی و مسئله‌محور با مسائل اجتناب می‌کنند. اما نتایج پژوهش حاضر همسویی ضعیفی با مدل مارلات (۱۹۸۵) نشان داد که بر نقش مقابله در فرایند عود تأکید دارد. در این زمینه به نظر می‌رسد مقابله اجتنابی در فرهنگ ایرانی تا حدودی جنبه سازگارانه داشته باشد. برای سنجش میزان مقابله اجتنابی از شرکت‌کنندگان درخواست شد میزان درگیری خودشان با تعدادی از فعالیت‌ها را به هنگام مواجهه با استرس نشان دهند. برخی از گویه‌ها، فعالیت‌هایی همچون: «سعی می‌کنم با اشخاص دیگری باشم»، «به ملاقات دوستی می‌روم»، «به مهمانی می‌روم» را شامل می‌شد. موارد اشاره شده در پرسش‌نامه به نظر می‌رسد بیشتر به سرمایه و حمایت اجتماعی فرد اشاره داشته باشد که در نتیجه آن، فرد قابلیت‌های بیشتری برای مواجهه با پدیده‌های محرک مصرف مواد پیدا می‌کند. تبیین احتمالی دیگر، می‌تواند عدم استفاده از ابزار مناسب برای خودکارآمدی باشد. در این پژوهش برای سنجش خودکارآمدی، از پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی استفاده شد که در مقابل ابزارهایی همچون خودکارآمدی پرهیز از مصرف مواد، به نظر روایی ضعیف‌تری در زمینه سنجش میزان خودکارآمدی در عود مصرف مواد داشته باشد. از نظر محدودیت‌های پژوهش لازم به ذکر است عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در این پژوهش می‌تواند تعمیم نتایج حاصل را با محدودیت همراه سازد. با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد خودکارآمدی می‌تواند در رابطه بین تکانشگری و عود مصرف مواد نقش واسطه‌ای داشته باشد، پیشنهاد می‌شود در پروتکل درمان نگهدارنده با متادون، اهمیت بیشتری به این سازه داده شود و روان‌شناسان مرکز بر این سازه به عنوان یک راهبرد پیشگیری از عود مصرف مواد تأکید داشته باشند.

## منابع

- اسدی مجره، سامره؛ محمود علیو، مجید؛ بهادری خسروشاهی، جعفر؛ و خورسند، مریم (۱۳۹۳).  
الگوهای شخصیتی، باورهای غیرمنطقی و تکانشگری در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت  
درمان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸ (۳۲)، ۱۳۵-۱۱۹.
- اورکی، محمد (۱۳۹۰). بررسی رابطه خشم، خود کارآمدی، مهارت های مقابله ای و میل به مصرف  
مواد در گروهی از درمانجویان وابسته به مواد مخدر افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵ (۱۸)، ۵۴-  
۳۹.
- جبرائیلی، هاشم؛ مرادی، علیرضا؛ و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۶). بررسی نقش واسطه‌ای اختلال در تنظیم  
هیجانی در رابطه میان ابعاد ویژگی شخصیتی تکانشگری و مصرف و مصرف چندگانه مواد، الکل  
و دخانیات. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱ (۴۰)، ۱۹۰-۱۷۳.
- جلیلیان کاسب، فاطمه؛ حجت خواه، محسن؛ و رشیدی، علیرضا (۱۳۹۵). بررسی نقش میانجی گر  
سرسختی روان شناختی در رابطه بین جهت گیری مذهبی، خودکارآمدی و خودپنداره با گرایش  
به اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰ (۴۰)، ۱۶۰-۱۴۵.
- رهبریان، مهرک؛ حسین زاده، مهرش؛ و دوستی، پرویز (۱۳۹۵). تأثیر آموزش ارتباط مؤثر به زوجهای  
وابسته به مواد مخدر بر اساس مدل شناختی- رفتاری بر الگوهای ارتباطی و عود مجدد. *مجله  
علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۲۰ (۵)، ۵۱-۴۳.
- شعبانی، حسن؛ میرزائیان، بهرام؛ و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۶). مدل یابی روابط ساختاری طرحواره،  
سبک های دلبستگی با آمادگی به اعتیاد با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای استرس، تنظیم  
شناختی هیجان و احساس تنهایی در معتادان در حال ترک اعتیاد به مواد مخدر. *مجله اعتیاد  
پژوهی*، ۱۱ (۴۳)، ۱۹۴-۱۷۷.
- عبداللهی، محمد حسین؛ و باحشمت جویباری، شهاب (۱۳۹۵). سیستم‌های بازداری- فعال‌سازی  
رفتاری و سبک‌های مقابله‌ای در افراد مصرف کننده اویوم، تحت درمان نگهدارنده متادون و  
همتایان سالم. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۰ (۴۰)، ۲۶-۱۱.
- قمری گیوی، حسین؛ و مجرد، آرزو (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد با استفاده از سبک دلبستگی  
و تکانشگری. *مجله مراقبت و سلامت*، ۱۸ (۱)، ۲۸-۱۸.
- مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، حامد؛ گنجگاهی، حبیب؛ و نادری، پریسا (۱۳۸۷). ارتباط  
شاخص‌های تکانشگری و رفتارهای مخاطره‌جویانه با شدت ولع مصرف در گروه‌های مختلف  
معتادان به مواد افیونی. *مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۳)، ۲۶۸-۲۵۸.



نیکوگفتار، منصورہ؛ و عنافچہ، شہلا (۱۳۹۳). مقایسہ تکانشگری بین افراد مبتلا بہ ایدز، افراد دارای سوء مصرف مواد و ہمتیان سالم. *فصلنامہ اعتیاد پڑھوی*، ۸ (۳۱)، ۴۴-۳۵.

Adinoff, B., Talmadge, C., Williams, M. J., Schreffler, E., Jackley, P. K., & Krebaum, S. R. (2010). Time to Relapse Questionnaire (TRQ): a measure of sudden relapse in substance dependence. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(3), 140-149.

Appiah, R., Danquah, S. A., Nyarko, K., Ofori-Atta, A. L., & Aziato, L. (2017). Precipitants of Substance Abuse Relapse in Ghana: A Qualitative Exploration. *Journal of Drug Issues*, 47(1), 104-115.

Bandura A. (1977). Self-efficacy toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 84(2), 191-215.

Bird, J., & Schenk, S. (2013). Contribution of impulsivity and novelty-seeking to the acquisition and maintenance of MDMA self-administration. *Addiction Biology*, 18(4), 654-664.

Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical psychology*, 3, 257-284.

Chen, Y. C., Chen, C. K., & Wang, L. J. (2015). Predictors of relapse and dropout during a 12-week relapse prevention program for methamphetamine users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(4), 317-324.

Chie, Q. T., Tam, C. L., Bonn, G., Wong, C. P., Dang, H. M., & Khairuddin, R. (2015). Drug abuse, relapse, and prevention education in Malaysia: Perspective of university students through a mixed methods approach. *Frontiers in psychiatry*, 6, 60-65. DOI:10.3389/fpsy.2015.00065.

Doran, N., Spring, B., McChargue, D., Pergadia, M., & Richmond, M. (2004). Impulsivity and smoking relapse. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(4), 641-647.

Elfeddali, I., Bolman, C., Candel, M. J., Wiers, R. W., & De Vries, H. (2012). The role of self-efficacy, recovery self-efficacy, and preparatory planning in predicting short-term smoking relapse. *British journal of Health Psychology*, 17(1), 185-201.

Evren, C., Durkaya, M., Evren, B., Dalbudak, E., & Cetin, R. (2012). Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*, 31(1), 81-90.

Feil, J., & Hasking, P. (2008). The relationship between personality, coping strategies and alcohol use. *Addiction Research & Theory*, 16(5), 526-537.

Fuochi, G., & Foà, C. (2017). Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 98-107. DOI: 10.1111/scs.12435.

Gullo, M. J., Dawe, S., Kambouropoulos, N., Staiger, P. K., & Jackson, C. J. (2010). Alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy mediate the association of impulsivity with alcohol misuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1386-1399.

Hayaki, J., Herman, D. S., Hagerty, C. E., De Dios, M. A., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2011). Expectancies and self-efficacy mediate the effects of

- impulsivity on marijuana use outcomes: An application of the acquired preparedness model. *Addictive behaviors*, 36(4), 389-396.
- Herd, N., & Borland, R. (2009). The natural history of quitting smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*, 104(12), 2075-2087.
- Iwamoto, D., Liu, W. M., & McCoy, T. E. (2011). An exploratory model of substance use among Asian American women: The role of depression, coping, peer use and Asian values. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 10(4), 295-315.
- Kronenberg, L. M., Goossens, P. J., van Busschbach, J., van Achterberg, T., & van den Brink, W. (2015). Coping styles in substance use disorder (SUD) patients with and without co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *BMC Psychiatry*, 15(1), 159-164.
- Loree, A. M., Lundahl, L. H., & Ledgerwood, D. M. (2015). Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug and Alcohol Review*, 34(2), 119-134.
- Marquez-Arrico, J. E., Benaiges, I., & Adan, A. (2015). Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry Research*, 228(3), 752-759.
- Maulik, P. K., Tripathi, B. M., & Pal, H. R. (2002). Coping behaviors and relapse precipitants in opioid dependence: a study from North India. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(3), 135-140.
- Moore, T. M., Seavey, A., Ritter, K., McNulty, J. K., Gordon, K. C., & Stuart, G. L. (2014). Ecological momentary assessment of the effects of craving and affect on risk for relapse during substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 619-626.
- Morrell, H. E., Skarbek, E. A., & Cohen, L. M. (2011). The relationship between self-efficacy and nicotine withdrawal severity among adult smokers. *Addiction Research & Theory*, 19(6), 494-503.
- Panbianco, D., Gallupe, O., Carrington, P. J., & Colozzi, I. (2016). Personal support networks, social capital, and risk of relapse among individuals treated for substance use issues. *International Journal of Drug Policy*, 27, 146-153.
- Robertson, A. A., Xu, X., & Stripling, A. (2010). Adverse events and substance use among female adolescent offenders: Effects of coping and family support. *Substance use & misuse*, 45(3), 451-472.
- Sau, M., Mukherjee, A., Manna, N., & Sanyal, S. (2013). Sociodemographic and substance use correlates of repeated relapse among patients presenting for relapse treatment at an addiction treatment center in Kolkata, India. *African Health Sciences*, 13(3), 791-799.
- Scott, C. K., Dennis, M. L., Laudet, A., Funk, R. R., & Simeone, R. S. (2011). Surviving drug addiction: the effect of treatment and abstinence on mortality. *American Journal of Public Health*, 101(4), 737-744.
- Shepherd-McMullen, C., Mearns, J., Stokes, J. E., & Mechanic, M. B. (2015). Negative mood regulation expectancies moderate the relationship between psychological abuse and avoidant coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(9), 1553-1566.

- Singer, P. D. (2016). *Factors associated with long-term recovery from substance use disorders*. Doctoral dissertation, California state university, Long Beach.
- Smyth, B. P., Barry, J., Keenan, E., & Ducray, K. (2010). Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Irish medical journal*, 103(6), 176-179.
- Soyka, M., & Mutschler, J. (2016). Treatment-refractory substance use disorder: Focus on alcohol, opioids, and cocaine. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 70, 148-161.
- Steinberg, L., Sharp, C., Stanford, M. S., & Tharp, A. T. (2013). New tricks for an old measure: The development of the Barratt Impulsiveness Scale–Brief (BIS–Brief). *Psychological Assessment*, 25(1), 216-222.
- Stevens, L., Goudriaan, A. E., Verdejo-Garcia, A., Dom, G., Roeyers, H., & Vanderplasschen, W. (2015). Impulsive choice predicts short-term relapse in substance-dependent individuals attending an in-patient detoxification programme. *Psychological Medicine*, 45(10), 2083-2093.
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58-72.
- Su, H., Li, Z., Du, J., Jiang, H., Chen, Z., Sun, H., & Zhao, M. (2015). Predictors of heroin relapse: Personality traits, impulsivity, COMT gene Val158met polymorphism in a 5-year prospective study in Shanghai, China. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 168(8), 712-719.
- Tam, H. L., Shik, A. W. Y., & Lam, S. S. L. (2016). Using expressive arts in relapse prevention of young psychotropic substance abusers in Hong Kong. *Children and Youth Services Review*, 60, 88-100.
- Vakharia, S. P. (2014). Incorporating Substance Use Content Into Social Work Curricula: Opioid Overdose as a Micro, Mezzo, and Macro Problem. *Social Work Education*, 33(5), 692-698.
- Van Gundy, K. T., Howerton-Orcutt, A., & Mills, M. L. (2015). Race, Coping Style, and Substance Use Disorder Among Non-Hispanic African American and White Young Adults in South Florida. *Substance Use & Misuse*, 50(11), 1459-1469.
- Walter, M., Gerhard, U., Duersteler-MacFarland, K. M., Weijers, H. G., Boening, J., & Wiesbeck, G. A. (2007). Social factors but not stress-coping styles predict relapse in detoxified alcoholics. *Neuropsychobiology*, 54(2), 100-106.
- White, W. L., Campbell, M. D., Spencer, R. D., Hoffman, H. A., Crissman, B., & DuPont, R. L. (2014). Patterns of abstinence or continued drug use among methadone maintenance patients and their relation to treatment retention. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(2), 114-122.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.

Zhang, Y., Feng, B., Geng, W., Owens, L., & Xi, J. (2016). "Overconfidence" versus "helplessness": A qualitative study on abstinence self-efficacy of drug users in a male compulsory drug detention center in China. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 11(1), 29-35.

## نقش تعدیل کننده ویژگی شخصیتی تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر در مردانی با سوء مصرف مت آمفتامین\*

هاشم جبرائیلی<sup>۱</sup>، علیرضا مرادی<sup>۲</sup>، مجتبی حبیبی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۹

### چکیده

**هدف:** با توجه به اهمیت شناسایی عوامل مؤثر بر رفتار جنسی پرخطر در جمعیت‌های در معرض خطر به منظور طراحی مداخلاتی جهت پیشگیری و درمان، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل کننده تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر مردان سوء مصرف کننده مت آمفتامین انجام شد. **روش:** مطالعه حاضر از نوع تحلیلی مقطعی است. جامعه آماری شامل تمام مردان مصرف کننده مت آمفتامین بود که در کمپ‌های ترک اعتیاد شهر تهران اقامت داشتند. از بین این جامعه نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر از طریق روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان، فرم کوتاه مقیاس رفتار تکانشی پنج عاملی و پرسشنامه رفتار جنسی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها بر مبنای آزمون همبستگی و تحلیل مسیر و با استفاده از نرم افزارهای SPSS و Lisrel مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** ابعاد تکانشگری، اختلال در تنظیم هیجانی و سن همبستگی معناداری را با رفتار جنسی پرخطر داشتند. مدل پیشنهاد شده برای بررسی نقش تعدیل کننده تکانشگری و سن در رابطه میان ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر برازش مطلوبی با داده‌ها داشت [ $\chi^2 / df = 1.75$ ,  $GFI = 1$ ,  $AGFI = 94$ ,  $CFI = 1$ ,  $NFI = 1$ ,  $RMR = 0.01$ ,  $RMSEA = 0.05$ ]. تکانشگری ( $\beta = 0.48$ ,  $P < 0.01$ ) و سن ( $\beta = -0.22$ ,  $P < 0.01$ ) اثر معنادار مستقیم و ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی اثرات معنادار مستقیم و غیرمستقیم بر رفتار جنسی پرخطر داشتند. **نتیجه گیری:** تکانشگری اثر مثبت و سن اثر منفی بر رفتار جنسی پرخطر دارد و این متغیرها با تشدید رابطه بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر به افزایش میزان رفتار جنسی پرخطر در مصرف کنندگان مت آمفتامینی منجر می‌شوند که از دشواری در تنظیم هیجانی رنج می‌برند.

**کلید واژه‌ها:** تکانشگری، تنظیم هیجانی، رفتار جنسی پرخطر، مت آمفتامین، هیجان خواهی

\* این مقاله مستخرج از طرح پژوهشی مصوب با شماره گزنت ۳۲۰۷۹-۲۱۱-۰۴-۹۶ است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران به انجام رسیده است.

۱. استادیار، دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۲. استاد، دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. استادیار، دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو

روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، پست الکترونیکی: Habibi.m@iush.ac.ir

## مقدمه

رفتار جنسی پرخطر که عموماً به عنوان فعالیت جنسی که خطر ابتلا به ایدز یا دیگر بیماری‌هایی منتقل از طریق عمل جنسی را افزایش می‌دهد تعریف می‌شود (هیتر و شاجن، ۲۰۱۲)؛ یکی از جدی‌ترین چالش‌های سلامت عمومی است که جوامع با آن مواجه هستند. روزانه بیش از یک میلیون نفر در جهان به عفونت‌های آمیزشی آلوده می‌شوند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳) و در ایالات متحده آمریکا سالانه حدود ۱۹ میلیون مورد جدید بیماری‌های آمیزشی گزارش می‌شود که هزینه پزشکی مستقیم مرتبط با این موارد برای نظام بهداشتی حدود ۱۷ میلیارد دلار است (مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، ۲۰۱۲). این غیر از هزینه‌هایی است که برای درمان و مراقبت از افراد مبتلا به ایدز صرف می‌شود. ایدز که یکی از بیماری‌های منتقل از طریق آمیزش جنسی است، یکی از عمده‌ترین علل مرگ و میر در سراسر دنیا است و تاکنون حدود ۳۹ میلیون نفر در جهان بر اثر این بیماری جان خود را از دست داده‌اند. برآورد می‌شود حدود ۳۵ میلیون نفر در جهان با ویروس ایدز زندگی می‌کنند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳). اگرچه رفتار جنسی پرخطر در بین تمام گروه‌های جمعیتی قابل مشاهده است، اما مصرف کنندگان مواد، به ویژه مصرف کنندگان مواد محرک، از جمله گروه‌های در معرض خطر رفتار جنسی پرخطر محسوب می‌شوند (پاکوت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

در این میان بسیاری از پژوهش‌ها از شیوع گسترده رفتار جنسی پرخطر در میان مصرف کنندگان مت‌آفتمین حکایت دارند (مک‌کنا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). مت‌آفتمین که ماده شدیداً اعتیادآوری است، داری سوءمصرف بالایی بوده و دومین ماده پر مصرف در جهان محسوب می‌شود (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). این ماده که محرک سیستم عصبی مرکزی است، باعث آزاد شدن سطوح بالایی از دوپامین می‌شود و بدین وسیله خلق را بالا می‌برد (آنجلین، بورک، پروچت و استامپر و داوود-نورسی<sup>۷</sup>،

1. Hittner & Schachne  
2. World Health Organization  
3. Centers for Disease Control and Prevention  
4. Paquette

5. McKenna  
6. United Nations Office on Drugs and Crime  
7. Anglin, Burke, Perrochet, Stamper, & Dawud-Noursi

(۲۰۰۰) و باعث شنگولی، افزایش برانگیختگی جنسی، کاهش اشتها، افزایش انرژی و عملکرد جنسی طولانی مدت می‌شود (لوگان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). مت‌آفتمین به ویژه به عنوان برانگیزنده جنسی، کاهش دهنده بازداری در موقعیت‌های جنسی و افزایش دهنده کشش جنسی شناخته شده است (سمپل، پاترسون و گرانت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). استفاده از مت‌آفتمین با جستجوی تجربیات جنسی شدیدتر، داشتن آمیزش جنسی حفاظت نشده، داشتن شرکای جنسی بیشتر، داشتن رابطه جنسی با مصرف کنندگان تزریقی مواد و افراد آچ آی وی مثبت و انجام عمل جنسی در مقابل دریافت مواد یا پول مرتبط است (دiaz، هکرت و سانچز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ هیتنر و شاجن، ۲۰۱۲؛ مک کنا، ۲۰۱۴).

اگرچه یافته‌ها از اثرات مصرف مت‌آفتمین بر رفتار جنسی پرخطر حکایت دارد، اما شواهد نشان می‌دهد که رفتارهای جنسی پرخطر بیشتر احتمال دارد در بافت‌های هیجانی شدید رخ دهد که می‌تواند نشان دهنده نقش احتمالی اختلال در تنظیم هیجانی در آن باشد (ویس، تول و گرتز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). تنظیم هیجانی به عنوان مکانیسمی توصیف شده است که افراد از طریق آن هیجان‌ات‌شان را به منظور دست‌یابی به پیامد مطلوب اصلاح می‌کنند (آلدائو، نولن - هوکسما و شویزر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰)، مهارتی عملکردی است که به عنوان جزء لاینفک رشد طبیعی و عملکرد انطباقی در حوزه‌های مختلف در نظر گرفته می‌شود (گروس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴) و اختلال در آن با طیف وسیعی از اختلال‌ها، از جمله اختلال‌های مصرف مواد (ویلز، سیمونز، سوسمن و نایت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶) و رفتار جنسی پرخطر (ویس، سالیوان<sup>۸</sup> و تول، ۲۰۱۵)، در ارتباط است.

پژوهش‌های تحولی تنظیم هیجانی را به عنوان فرایندهای درونی و بیرونی دخیل در نظارت، ارزیابی و تنظیم واکنش‌های هیجانی در رسیدن به یک هدف تعریف کرده‌اند (گروس، ۲۰۱۴). بر این اساس گرتز و رومر<sup>۹</sup> (۲۰۰۴) مفهوم بندی جامعی از تنظیم هیجانی

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Logan                              | 6. Gross                            |
| 2. Semple, Patterson, & Grant         | 7. Wills, Simons, Sussman, & Knight |
| 3. Diaz, Heckert, & Sanchez           | 8. Sullivan                         |
| 4. Weiss, Tull, & Gratz               | 9. Gratz & Roemer                   |
| 5. Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer |                                     |

در بزرگ‌سالان به عنوان سازه‌ای چند بعدی ارائه دادند که شامل آگاهی، فهم و پذیرش هیجانات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و انجام رفتارهای هدفمند هنگام مواجهه با هیجانات منفی و استفاده انعطاف‌پذیر از راهبردهای موقعیتی مناسب برای تنظیم شدت و طول مدت پاسخ‌های هیجانی به جای حذف کامل هیجانات است. در مقابل، نقص در هر کدام از آن‌ها به عنوان نشانه اختلال در تنظیم هیجانی در نظر گرفته می‌شود که شامل شیوه‌های غیرانطباقی پاسخ‌دهی به هیجانات (فارغ از شدت یا واکنش‌پذیری آن‌ها) از جمله فقدان آگاهی، فهم و پذیرش هیجانات، ناتوانی در کنترل رفتارها هنگام تجربه آشفتگی هیجانی، فقدان دسترسی به راهبردهای موقعیتی مناسب برای تنظیم طول مدت یا شدت پاسخ‌های هیجانی به منظور تأمین اهداف شخصی و خواسته‌های محیطی و عدم تمایل به تجربه ناراحتی هیجانی به عنوان بخشی از دنبال کردن فعالیت‌های بامعنا در زندگی است (گرتز و رومر، ۲۰۰۴؛ گرتز و تول، ۲۰۱۱).

حجم قابل توجهی از پژوهش‌ها از نقش اختلال در تنظیم هیجانی در انواع مختلفی از آسیب‌های روانی و رفتارهای غیرانطباقی، از جمله رفتارهایی که به صورت سنتی ناشی از تکانشگری، بازدارندگی یا میل به خطرپذیری در نظر گرفته شده‌اند، مانند رفتار جنسی پرخطر، حمایت کرده است (اوشیری، سوتن، کلای-وارنر و میلر، ۲۰۱۵؛ ویس، سالیوان و تول، ۲۰۱۵). در واقع، مطالعات انجام شده در رابطه با ارتباط بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر نشان‌دهنده همبستگی مثبت بین اختلال در تنظیم هیجانی و طیف گسترده‌ای از رفتارهای جنسی پرخطر است (تول، ویس، آدامز و گرتز، ۲۰۱۲؛ مسمن-مور، والش و دیلیلو، ۲۰۱۰؛ مویلان، ۲۰۱۵؛ شادکام، ملازاده و یاوری، ۱۳۹۵؛ میکائیلی، ۱۳۹۲). فرض بر این است که افرادی با اختلال در تنظیم هیجانی ممکن است در تلاش برای تسکین یا منحرف ساختن خود از حالت‌های هیجانی آزارنده در رفتارهای پرخطر درگیر شوند (کریپاز و مارکس، ۲۰۰۱). به گونه مشابه، لذت کوتاه مدتی که با رفتارهای پرخطر در ارتباط است ممکن است به عنوان عامل مقابله با حالت‌های هیجانی



غیر لذت‌بخش که نزدیک شدن، تحمل و پذیرش آن‌ها برای فرد دشوار است عمل کند (ویس، سالیوان و تول، ۲۰۱۵).

با این وجود، همچنان که مدل کنترل دوگانه پاسخ جنسی<sup>۱</sup> (بافکروفت و جانسن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰) مطرح می‌کند رفتار جنسی پرخطر می‌تواند از میزان تکانشگری افراد نیز متأثر شود. مدل کنترل دوگانه پاسخ جنسی (بافکروفت و جانسن، ۲۰۰۰) که یکی از مهم‌ترین چارچوب‌های نظری مطرح شده برای فهم جنبه‌های مختلف رفتار و پاسخ جنسی است، انگیزش جنسی و فرایندهای مرتبط با آن را تحت کنترل دو عامل زیربنایی می‌داند که منعکس‌کننده سیستم‌های نوروفیزیولوژیکی مجزایی بوده و به عنوان سیستم بازداری جنسی<sup>۳</sup> و سیستم برانگیختگی جنسی<sup>۴</sup> نام‌گذاری شده‌اند. مدل کنترل دوگانه مطرح که تفاوت‌های فردی در گرایش به برانگیختگی جنسی منعکس‌کننده تمایل به تجربه کردن انگیزش درگیر شدن در رفتار جنسی و افزایش سطوح انگیزش جنسی هنگام مواجه شدن با نشانه‌های جنسی است (بانکروفت و وولکادینویک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴) و اقدام به رفتار جنسی پرخطر بیشتر ممکن است در افرادی با گرایش بالا به برانگیختگی جنسی و گرایش پایین به بازداری جنسی رخ دهد (مایر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). اگرچه برانگیختگی بیش از حد جنسی ممکن است منعکس‌کننده بعد انگیزش یا پاسخ‌دهی باشد، اما ناتوانی در بازداری بیشتر نشانگر اختلال در کنترل تکانه یا تکانشگری است (استیل، استالی، فونگ و پروس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳).

تکانشگری<sup>۸</sup> مفهومی است که با وجود اهمیت و گستردگی استفاده، به گونه متفاوت مفهوم‌بندی شده بود و پژوهشگران تعریف‌های متعددی از آن ارائه داده بودند؛ تا اینکه وایتساید و لینام<sup>۹</sup> (۲۰۰۱) در واکنش به این مفهوم‌بندی‌ها روی ابزارهای مختلف اندازه‌گیری تکانشگری تحلیل عاملی انجام دادند و پنج بعد مجزای شناسایی کردند که

1. dual control model of sexual response  
2. Bancroft & Janssen  
3. sexual inhibition  
4. Sexual excitation

5. Vukadinovic  
6. Miner  
7. Steele, Staley, Fong, & Prause  
8. Impulsivity  
9. Whiteside & Lynam

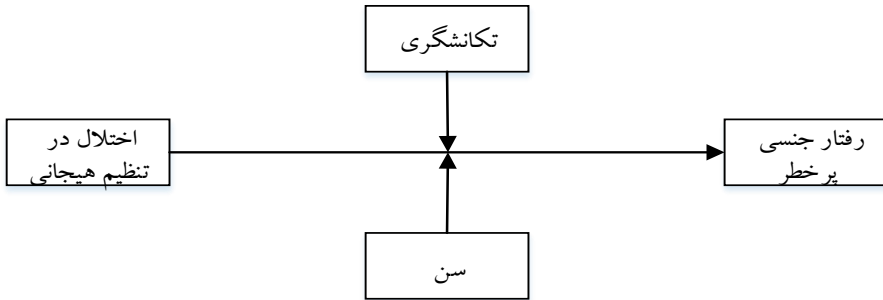
مهم‌ترین ابعاد مفهوم بندی‌های مختلف تکانشگری را در بر می‌گیرد (لینام، اسمیت<sup>۱</sup>، وایتساید و سیدرز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). این ابعاد عبارت‌اند از فوریت منفی<sup>۳</sup> که به تمایل به عمل شتاب‌زده در بافت‌های هیجانی منفی، فوریت مثبت<sup>۴</sup> که به تمایل به عمل شتاب‌زده در بافت‌های هیجانی مثبت، فقدان تأمل<sup>۵</sup> که به تمایل به در نظر نگرفتن پیامدهای اعمال، فقدان پشتکار<sup>۶</sup> که به تمایل به دشواری در تمرکز بر کارهای سخت و خسته‌کننده و هیجان‌خواهی<sup>۷</sup> که به تمایل به دریافت تحریک و فعالیت‌های هیجان‌انگیز اشاره دارد.

نتایج پژوهش‌های انجام شده در رابطه با ارتباط بین تکانشگری و رفتار جنسی پرخطر از همبستگی بین تکانشگری و انواع مختلف رفتارهای جنسی پرخطر (دیر، کوسکونپینار و سیدرز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴؛ کریر اموند، نولت، سیر، رولو و گاگنون<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶)، به خصوص در مصرف‌کنندگان مواد (بلاک، مک ماهون، پوتنزا، فیلین و روزن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵)، حکایت دارد. از طرف دیگر به نظر می‌رسد که رفتار جنسی به طور کلی و رفتار جنسی پرخطر به طور اختصاصی تحت تأثیر افزایش سن قرار دارد و با افزایش سن از میزان آن‌ها کاسته می‌شود (چانی، وایل-اسمیت، مارتین و کرمینز-متیوز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶). علاوه بر این، هر دوی این متغیرها ارتباط نزدیکی با اختلال در تنظیم هیجانی دارند و از تعیین‌کننده‌های اختلال در تنظیم هیجانی، به خصوص در مردان، محسوب می‌شوند (جبرائیلی، مرادی و حبیبی، ۱۳۹۷). به نظر می‌رسد که این متغیرها بتوانند ارتباط بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر را در مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین متأثر سازند. با توجه به اهمیت و ضرورت بررسی رفتار جنسی پرخطر و عوامل مؤثر بر آن و کمبود آگاهی ما از نقش هم‌زمان سن، تکانشگری و اختلال در تنظیم هیجانی در رفتار جنسی پرخطر مصرف‌کنندگان مواد، پژوهش با هدف بررسی نقش تعدیل‌کننده ویژگی شخصیتی

1. Smith
2. Cyders
3. Negative Urgency
4. Positive Urgency
5. lack of Premeditation
6. lack of Perseverance
7. sensation seeking

8. Dir, Coskunpinar, & Cyders
9. Carrier Emond, Nolet, Cyr, Rouleau, & Gagnon
10. Black, McMahan, Potenza, Fiellin, & Rosen
11. Chaney, Vail-Smith, Martin, & Cremeens-Matthews

تکانشگری و سن بر رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر در مصرف کنندگان مت‌آفتماین انجام شد.



شکل ۱: چارچوب نظری پژوهش حاضر

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع تحلیلی-مقطعی است و به لحاظ شیوه گردآوری و تحلیل داده‌ها به طرح‌های همبستگی تعلق دارد. جامعه آماری پژوهش را مردان مصرف‌کننده مت‌آفتماین تشکیل می‌دادند که در نیمه اول سال ۱۳۹۶ در مراکز ترک اعتیاد شهر تهران ساکن بودند. با توجه به وجود حدود ۱۰۰ مرکز اقامتی میان مدت ترک اعتیاد در سطح شهر تهران و حضور حدود ۲۰ نفر مصرف‌کننده مت‌آفتماین در هر کدام از این مراکز جامعه آماری پژوهش حاضر حدود ۲۰۰۰ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به حجم جامعه و استفاده از فرمول کوکران (با سطح خطای ۵ درصد) حجم نمونه پژوهش حاضر حدود ۳۲۰ نفر محاسبه شد، اما در نهایت پرسش‌نامه ۲۹۴ نفر قابل استفاده بود و در تحلیل نهایی همین تعداد مورد استفاده قرار گرفت. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و پژوهش روی کسانی اجرا شد که مایل به شرکت در پژوهش بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر و به وسیله نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS و نسخه ۸/۸ نرم افزار Lisrel مورد تحلیل قرار گرفت.

اجرای پژوهش حاضر به این صورت انجام شد که پس از گرفتن مجوزهای لازم از سوی سازمان بهزیستی استان تهران و کسب موافقت مسئولین مراکز ترک اعتیاد برای

انجام پژوهش، در صورت انطباق شرکت کنندگان با ملاک‌های ورود (داشتن سابقه مصرف مت‌آمفتامین، مرد بودن، داشتن حداقل ۱۸ سال، داشتن حداقل سطح تحصیلات ابتدایی، عدم مصرف داروهایی برای درمان اختلالات روان‌پزشکی) و رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت. جهت رعایت اصول اخلاقی، علاوه بر دریافت رضایت‌نامه کتبی، به آن‌ها توضیح داده شد که اجباری برای ورود به پژوهش یا ادامه آن وجود ندارد و آن‌ها در هر مرحله از پژوهش که مایل باشند می‌توانند از آن خارج شوند.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجانی: این پرسش‌نامه ۳۶ گویه‌ای توسط گراتز و رومر<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) طراحی شده است. دارای یک نمره کلی و ۶ نمره اختصاصی مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجانی است. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از: عدم پذیرش هیجانات، ناتوانی در به‌کارگیری رفتارهای متناسب با هدف، دشواری در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و نبود شفافیت هیجانی. پاسخ‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است، سؤالات ۳۴، ۲۴، ۲۲، ۲۰، ۱۷، ۱۰، ۸، ۷، ۶، ۲، ۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی است. گراتز و رومر (۲۰۰۴) اعتبار و روایی این مقیاس را در نمونه‌ای ۴۷۹ نفری از دانشجویان دوره لیسانس بررسی کردند. ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۹۳ و خرده‌مقیاس‌ها همگی بزرگ‌تر از ۰/۸۰ گزارش شدند. اعتبار بازآزمایی در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته‌ای، مناسب گزارش شده است. حیدری و همکاران (۱۳۸۸) به بررسی روایی و اعتبار این مقیاس در ایران پرداختند. اعتبار با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۶ گزارش شد. روایی هم‌زمان این مقیاس نیز با استفاده از پرسش‌نامه هیجان‌خواهی زاکرمن مورد بررسی قرار گرفته که نتایج از همبستگی مثبت معنادار نمرات حکایت داشت. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های عدم پذیرش هیجانات،

ناتوانی در به کارگیری رفتارهای متناسب با هدف، دشواری در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و نبود شفافیت هیجانی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۴، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۵۹ و ۶۷ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد.

۲- فرم کوتاه مقیاس رفتار تکانشی: فرم کوتاه (۲۰ گویه‌ای) مقیاس تکانشگری رفتاری ۵۹ گویه‌ای است که در انتقاد به طولانی بودن مقیاس اصلی ساخته شد (لینام، ۲۰۱۳؛ به نقل از سیدرز و همکاران، ۲۰۱۴). در ساخت این فرم بیش از ۱۲۰۰ دانشجو در طی چندین مطالعه مشارکت داشتند. هدف از این سلسله مطالعات ایجاد چهار گویه برای هر خرده‌مقیاس (۲۰ گویه برای کل مقیاس) بود که پوشش محتوا و ضرایب همسانی درونی پرسش‌نامه اصلی را حفظ کند. ساخت فرم کوتاه با انتخاب گویه‌هایی که بالاترین همبستگی تصحیح شده را با عامل خود داشتند شروع شد. گویه‌های زائد، یعنی گویه‌هایی با همبستگی درون گویه‌ای بزرگ‌تر از ۰/۵۰ با گویه‌هایی که قبلاً انتخاب شده بودند، حذف شدند. این فرایند برای سه گویه نهایی هر خرده‌مقیاس نیز تکرار شد. حاصل نسخه‌ای ۲۰ گویه‌ای از مقیاس رفتار تکانشی بود که همچون نسخه اصلی پنج بعد فوریت منفی، فقدان تأمل، فقدان پشتکار، هیجان‌خواهی و فوریت مثبت را شامل می‌شد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) می‌باشد. گویه‌های ۱۹، ۱۲، ۱۱، ۷، ۵، ۴، ۲، ۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالاتر نشان دهنده میزان تکانشگری بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. بررسی روایی این مقیاس با محاسبه ضریب همبستگی خرده‌مقیاس‌های نسخه کوتاه و بلند این پرسش‌نامه نشان دهنده ضریب همبستگی ۰/۶۹ برای فوریت منفی، ۰/۸۳ برای فوریت مثبت، ۰/۶۳ برای فقدان پشتکار، ۰/۷۱ برای فقدان تأمل و ۰/۶۴ برای هیجان‌خواهی بود که از روایی ملاکی این مقیاس حکایت دارد (سیدرز و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، غیر از ترکیب دو بعد فوریت تحت یک عامل، نشان دهنده تأیید ساختار عاملی این مقیاس بود. روایی ملاکی مقیاس تکانشگری با بررسی همبستگی بین نمرات ابعاد تکانشگری با خرده‌مقیاس دشواری در کنترل تکانه، و مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی حاکی از همبستگی مثبت معنادار بین

دشواری در کنترل تکانه و فوریت مثبت ( $r=0/55, P<0/01$ )، فوریت منفی ( $P<0/01$ )، فقدان تأمل ( $r=0/46, P<0/01$ )، فقدان پشتکار ( $r=0/12, P<0/05$ )، و هیجان‌خواهی ( $r=0/46, P<0/01$ ) بود. بررسی همبستگی بین ابعاد فرم کوتاه مقیاس رفتار تکانشی با بعد متناظر خود در فرم بلند نیز حاکی از همبستگی مثبت بالای  $0/48$  تا  $0/74$  ابعاد دو فرم این مقیاس بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ، برای خرده‌مقیاس‌های فقدان تأمل، فقدان پشتکار، هیجان‌خواهی، فوریت منفی و فوریت مثبت به ترتیب  $0/79$ ،  $0/60$ ،  $0/65$ ،  $0/68$  و  $0/74$  و برای کل  $0/78$  به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه رفتار جنسی پرخطر: این پرسش‌نامه بخشی از مقیاس رفتار پرخطر مربوط به ایدز<sup>۱</sup> است که برای سنجش رفتارهایی که احتمال انتقال ویروس ایدز افزایش می‌دهند ساخته شده است. رفتار جنسی پرخطر به وسیله سؤالاتی در مورد تعداد و انواع شرکای جنسی و میزان و انواع رابطه جنسی غیر حفاظت شده که فرد درگیر آن شده اندازه‌گیری می‌شود. تعداد شرکای جنسی به عنوان متغیری در نظر گرفته می‌شود که تعداد کلی افرادی را که شرکت‌کننده با آن‌ها در طول مدت زمان مشخص رابطه جنسی داشته مورد بررسی قرار می‌دهد. شرکای جنسی نیز به سه دسته تقسیم می‌شود: شرکای ثابت مانند همسر یا نامزد، شرکای اتفاقی مانند رابطه جنسی با فردی به صورت اتفاقی و رابطه جنسی با کسی در برابر دریافت پول یا مواد. سؤالات در مورد تعداد و انواع شرکای جنسی با سؤالی در مورد میزان رابطه جنسی مقعدی (چه به صورت فاعلی یا مفعولی) پی‌گرفته می‌شود. بنابراین، رابطه جنسی پرخطر به وسیله پنج سؤال سنجیده می‌شود که یک سؤال در مورد تعداد شرکای جنسی، یک سؤال در مورد میزان رابطه جنسی پرخطر با هر کدام از انواع شرکای جنسی (در مجموع سه سؤال) و یک سؤال در مورد میزان رابطه جنسی مقعدی در طول دوره زمانی مشخص است. مجموع این سؤالات میزان درگیری فرد در رفتار جنسی پرخطر را در طول دوره زمانی معین مشخص می‌کند (دارک، هال، هیتز، وارد و ووداک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱). پتری<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی

1. HIV Risk-taking Behavior Scale (HRBS)

2. Darke, Hall, Heather, Ward, & Wodak

3. Petry

این پرسش‌نامه روی ۸۴ نفر از سوء‌مصرف کنندگان مواد اجرا شد. در این مطالعه مقیاس رفتار پرخطر مربوط به ایدز برای ارزیابی رفتارهای پرخطر در طول عمر، ماه گذشته و هفته گذشته به کار رفت. ضریب آلفای کرونباخ برای سه نسخه این مقیاس بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۰ به دست آمد. اعتبار بازآزمایی برای نسخه طول عمر ۰/۹۰ بود. علاوه بر این، ۴۴ نفر از مراجعان نسخه هفتگی این آزمون را یک‌بار در هفته برای چهار هفته و نسخه ماهانه را در پایان همان ماه پر کردند. اعتبار پاسخ‌های جمع‌آوری شده به صورت هفتگی و ماهانه خوب بود ( $r = 0/20$ ). تحلیل مؤلفه‌های اصلی<sup>۱</sup> تأیید کرد که مقیاس دو عامل خطر مجزای مربوط به ایدز، یعنی رفتارهای تزریقی و رفتارهای جنسی، را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای ۵ سؤال مربوط به رفتار جنسی پرخطر ۰/۷۱ به دست آمد. نتیجه تحلیل عاملی با تحلیل مؤلفه‌های اصلی و درخواست استخراج یک عامل نیز حاکی از آن بود که عامل به دست آمده حدود ۰/۵۲ از کل واریانس را به خود اختصاص می‌دهد و همبستگی سؤالات با عامل به دست آمده بین ۰/۴۱ تا ۰/۸۴ بود.

### یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی حاکی از آن بود که میانگین (انحراف استاندارد) سن ۳۲/۳۳ (۷۰/۷) بود. جوان‌ترین فرد ۱۸ و مسن‌ترین ۵۴ سال داشت. تعداد ۲۲۲ نفر (۷۵/۵ درصد) مجرد و ۷۲ نفر (۲۴/۵ درصد) متأهل بودند. ۶ نفر (۲ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۸۱ نفر (۲۷/۶ درصد) دارای سیکل، ۱۰۸ نفر (۳۶/۷ درصد) دارای دیپلم، ۵۱ نفر (۱۷/۳ درصد) دارای فوق دیپلم، ۳۶ نفر (۱۲/۲ درصد) دارای لیسانس و ۱۲ نفر (۴/۱ درصد) دارای فوق لیسانس بودند. میانگین (انحراف استاندارد) طول مدت پاک بودن ۵۸/۲۰ (۷۲/۳۴) روز بود. کمترین طول مدت پاک بودن ۵ روز و بیش‌ترین طول مدت پاک بودن ۴۲۵ روز بود. میانگین (انحراف استاندارد) طول مدت مصرف مواد ۱۲/۵۱ (۷/۵۹) سال بود. کمترین طول مدت مصرف کمتر از یک سال و بیش‌ترین ۳۸ سال بود. همچنین، ۲۰/۴ درصد (۶۰ نفر) در یک دوره زمانی ۶ ماهه قبل از ورود به کمپ فاقد هرگونه رابطه جنسی بودند. در مقابل، ۷۹/۶ درصد (۲۳۴ نفر) در این دوره زمانی حداقل برای یک بار

نوع خاصی از رابطه جنسی را تجربه کرده بودند. از بین افرادی که در این دوره دارای رابطه جنسی بودند ۴۸/۷ درصد (۱۱۴ نفر) با یک نفر، ۲۳/۱ درصد (۵۴ نفر) با ۲ تا ۳ نفر، ۷/۷ درصد (۱۸ نفر) با ۴ تا ۶ نفر، ۲/۶ درصد (۶ نفر) با ۶ تا ۱۰ نفر و ۱۷/۹ درصد (۴۲ نفر) با بیش از ۱۰ نفر دارای رابطه جنسی بودند. از بین افرادی که در این دوره زمانی دارای رابطه جنسی بودند ۹۵/۳ درصد دارای شریک جنسی ثابت، ۴۸/۵ درصد دارای شریک جنسی اتفاقی و ۱۹/۲ درصد دارای شریک جنسی پولی بودند و ۱۹/۷ درصد نیز با سایر مردان رابطه جنسی داشتند. آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی در جدول ۱ ارائه شده است

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. رفتار جنسی پرخطر	۶/۱۱	۵/۳۱							
۲. سن	۳۲/۳۳	۷/۷۰	-۰/۲۳**						
۳. فقدان تأمل	۷/۴۷	۲/۷۷	۰/۱۸**	-۰/۰۳					
۴. فقدان پشتکار	۷/۱۸	۲/۳۹	۰/۱۲*	-۰/۰۹	۰/۵۰**				
۵. هیجان خواهی	۱۱/۴۵	۳/۰۲	۰/۳۰**	-۰/۰۲	-۰/۰۶	-۰/۱۴*			
۶. فوریت منفی	۱۰/۱۸	۳/۰۵	۰/۱۲*	۰/۱۰	۰/۱۴**	-۰/۱۹**	۰/۳۱**		
۷. فوریت مثبت	۹/۳۲	۳/۲۶	۰/۳۷**	-۰/۱۱	۰/۲۹**	-۰/۰۶	۰/۵۴**	۰/۶۰**	
۸. عدم پذیرش هیجانان	۱۵/۱۰	۵/۷۲	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۰۸	-۰/۳۲**	۰/۲۴**	۰/۶۶**	۰/۴۵**
۹. دشواری در رفتار هدفمند	۱۴/۴۷	۴/۵۴	۰/۰۹	-۰/۰۴	۰/۲۹**	-۰/۱۰	۰/۲۶**	۰/۶۲**	۰/۵۱**
۱۰. دشواری در کنترل تکانه	۱۶/۰۹	۵/۹۷	۰/۱۹**	-۰/۰۲	۰/۴۱**	۰/۱۰	۰/۳۰**	۰/۵۸**	۰/۵۹**
۱۱. عدم آگاهی هیجانی	۱۵/۶۸	۴/۲۹	۰/۱۵*	۰/۱۴*	۰/۵۲**	۰/۴۱**	-۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۲۶**
۱۲. دسترسی محدود به راهبردها	۱۹/۹۰	۷/۴۴	۰/۱۲*	۰/۰۲	۰/۳۳**	-۰/۰۷	۰/۳۳**	۰/۷۱**	۰/۶۰**
۱۳. عدم شفافیت هیجانی	۱۱/۴۵	۳/۸۷	۰/۲۳**	۰/۰۱	۰/۴۲**	۰/۱۳*	۰/۱۹**	۰/۵۰**	۰/۵۰**

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

پس از بررسی ضرایب همبستگی بین متغیرها، جهت بررسی نقش واسطه‌ای تکانشگری و سن در رابطه میان ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر از تحلیل مسیر استفاده شد. اما قبل از انجام این تحلیل، جهت اطمینان از برقراری مفروضه‌های این



آزمون، توزیع نمونه گیری متغیرهای پژوهش با استفاده از مقادیر کجی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۲).

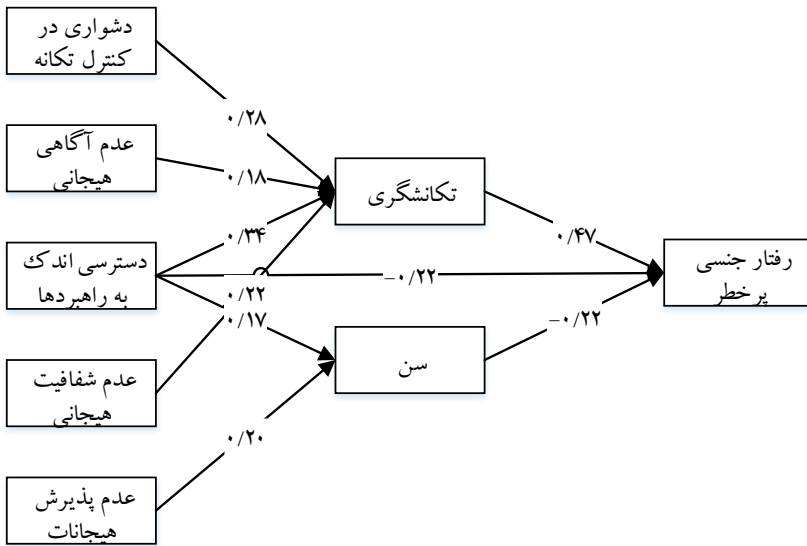
جدول ۲: نتایج مربوط به بررسی توزیع نمونه گیری متغیرها با استفاده از مقادیر کجی و کشیدگی

متغیرها	کجی	کشیدگی	متغیرها	کجی	کشیدگی
رفتار جنسی پرخطر	۱/۱۰	۰/۸۹	دشواری در کنترل تکانه	۰/۲۸	-۰/۸۶
تکانشگری	۰/۰۷	-۰/۴۷	عدم آگاهی هیجانی	۰/۳۳	-۰/۱۷
سن	۰/۵۲	۰/۰۹	دسترسی محدود به راهبردها	۰/۳۷	-۰/۶۹
عدم پذیرش هیجانات	۰/۲۴	-۰/۶۱	عدم شفافیت هیجانی	۰/۱۸	-۰/۶۰
دشواری در رفتار هدفمند	۰/۲۸	-۰/۴۶	-	-	-

نتایج بررسی توزیع نمونه گیری متغیرها در جدول ۲ حاکی از آن است که کجی و کشیدگی هیچ کدام از متغیرها انحراف شدیدی از حالت نرمال ندارد. بنابراین، نه تنها در سطح تک متغیری، بلکه در سطح چند متغیری نیز مشکلی از نظر توزیع نمونه گیری وجود ندارد. نتایج حاصل از انجام تحلیل مسیر با روش بیشینه درست نمایی<sup>۱</sup> حاکی از آن بود که مدل پیشنهاد شده از برازش مطلوبی با داده‌ها (ریشه میانگین مجذور خطای تقریب<sup>۲</sup> = ۰/۰۵، نسبت مجذور کای به درجه آزادی = ۱/۷۵، ریشه میانگین مجذور باقی مانده‌ها<sup>۳</sup> = ۰/۰۱، شاخص برازش نرم شده<sup>۴</sup> = ۱، شاخص برازش نرم نشده<sup>۵</sup> = ۰/۹۸، شاخص برازش تطبیقی<sup>۶</sup> = ۱، شاخص نیکویی برازش<sup>۷</sup> = ۱ و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده<sup>۸</sup> = ۰/۹۴) برخوردار است.

1. Maximum likelihood
2. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
3. Root Mean Square Residual (RMR)
4. Normed Fit Index (NFI)

5. Non-Normed Fit Index (NNFI)
6. Comparative Fit Index (CFI)
7. Goodness of Fit Index (GFI)
8. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)



شکل ۲: تحلیل مسیر و ضرایب مسیر مربوط به رابطه بین متغیرهای پژوهش

بررسی ضرایب مسیر در شکل ۲ نیز نشان می‌دهد که ضرایب مسیر مستقیم از دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ( $\beta = -0.22, P < 0.05$ )، تکانشگری ( $\beta = -0.22, P < 0.01$ )،  $\beta = 0.47$  و سن ( $\beta = 0.22, P < 0.01$ ) به رفتار جنسی پرخطر؛ ضرایب مسیر مستقیم از دشواری در کنترل تکانه ( $\beta = 0.28, P < 0.01$ )، عدم آگاهی هیجانی ( $\beta = 0.18, P < 0.01$ )، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ( $\beta = 0.34, P < 0.01$ ) و عدم شفافیت هیجانی ( $\beta = 0.22, P < 0.01$ ) به تکانشگری؛ ضرایب مسیر مستقیم از عدم پذیرش هیجانات ( $\beta = 0.20, P < 0.05$ ) و عدم آگاهی هیجانی ( $\beta = 0.17, P < 0.01$ ) به سن؛ و ضرایب مسیر غیرمستقیم از عدم پذیرش هیجانات ( $\beta = -0.07, P < 0.05$ )، دشواری در کنترل تکانه ( $\beta = 0.14, P < 0.01$ )، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ( $\beta = 0.17, P < 0.01$ ) و عدم شفافیت هیجانی ( $\beta = 0.11, P < 0.01$ ) به رفتار جنسی پرخطر معنادار است و تکانشگری بیشترین تأثیر را بر رفتار جنسی پرخطر دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل کننده ویژگی شخصیتی تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر انجام شد. جهت بررسی نقش

ابعاد تکانشگری و اختلال در تنظیم هیجانی در رفتار جنسی پرخطر ابتدا رابطه این متغیرها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. سپس، جهت بررسی نقش تعدیل کننده ویژگی شخصیتی تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر برآزش مدل طراحی شده با داده‌های واقعی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از این تحلیل‌ها حاکی از آن بود که ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم (به واسطه ویژگی شخصیتی تکانشگری و سن) بر رفتار جنسی پرخطر مصرف‌کنندگان مت‌آفتامین تأثیر دارند و ویژگی شخصیتی تکانشگری با افزایش و سن با کاهش رفتار جنسی پرخطر اثر تعدیل کننده خود را بر رابطه بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر اعمال می‌کنند.

نتایج حاصل از بررسی رابطه دو به دوی متغیرهای با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون حاکی از آن بود که در گروه نمونه تمام ابعاد ویژگی شخصیتی تکانشگری رابطه معناداری با میزان رفتار جنسی پرخطر دارند. در این میان فوریت مثبت و هیجان خواهی بیش‌ترین همبستگی و فقدان پشتکار و فوریت منفی کمترین همبستگی را با رفتار جنسی پرخطر داشتند. رابطه میان فقدان تأمل و رفتار جنسی پرخطر در حد متوسط بود. این یافته‌ها همسو با نتایج حاصل از مطالعات مختلف (از جمله، بلاک و همکاران، ۲۰۱۵؛ دیر و همکاران، ۲۰۱۴؛ کریر و همکاران، ۲۰۱۶) از نقش و اهمیت ابعاد مدل پنج‌عاملی تکانشگری در رفتار جنسی پرخطر حکایت دارد.

مدل پنج‌عاملی تکانشگری که در واکنش به ارائه تعریف‌ها و مفهوم‌بندی‌های متفاوت از سوی پژوهشگران مختلف به وجود آمد (وایتساید و لینام، ۲۰۰۱) در برگیرنده مهم‌ترین ابعاد مفهوم‌بندی‌های مختلف تکانشگری است و پنج‌عامل را شامل می‌شود که عبارت‌اند از: فوریت منفی که به تمایل به عمل شتاب‌زده در بافت‌ها هیجانی منفی، فوریت مثبت به تمایل به عمل شتاب‌زده در بافت‌های هیجانی مثبت، فقدان تأمل به تمایل به در نظر نگرفتن پیامدهای اعمال، فقدان پشتکار به تمایل به دشواری در تمرکز بر کارهای سخت و خسته‌کننده و هیجان خواهی به تمایل به دریافت تحریک و فعالیت‌های هیجان‌انگیز اشاره

دارد (لینام، و همکاران، ۲۰۰۶). مطابق با نتایج پژوهش حاضر از میان این ابعاد فوریت مثبت و هیجان‌خواهی مهم‌ترین نقش را در رفتار جنسی پرخطر گروه نمونه ایفا می‌کنند. هیجان‌خواهی که با صفت تهییج‌طلبی<sup>۱</sup> پرسش‌نامه شخصیت نئو در ارتباط است تمایلات رفتاری شبه تکانشی<sup>۲</sup> را اندازه‌گیری می‌کند که در بسیاری از نظریه‌های قبلی نیز توصیف شده است (برای مثال، آیزینک و همکاران، ۱۹۸۵؛ باس و پلومین، ۱۹۷۵؛ کاستا و مک‌کرا، ۱۹۹۵؛ زاگرمین و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از وایتساید و لینام، ۲۰۰۱). مفهوم‌بندی وایتساید و لینام (۲۰۰۱) از بعد هیجان‌خواهی دو جنبه را در بر می‌گیرد: (۱) تمایل به لذت بردن و دنبال کردن فعالیت‌هایی که مهیج هستند و (۲) گشودگی به امتحان کردن تجربیات جدید که ممکن است خطرناک باشند. هر دو جنبه از این ویژگی می‌تواند افراد را در معرض رفتارهای جنسی پرخطر قرار دهد. در واقع، افرادی با نمرات بالا در بعد هیجان‌خواهی از خطرپذیری و جستجوی تجربیات جدید لذت می‌برند و در فعالیت‌های لذت‌بخش درگیر می‌شوند و همین ویژگی آن‌ها را در معرض رفتار جنسی پرخطر قرار می‌دهد.

فوریت مثبت نیز که بعداً و بر اساس کارهای سیدرز و همکاران (اسمیت، اسپیلان، فیشر، آنوس و پیترسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷) به مقیاس اصلی رفتار تکانشی افزوده شد، بخشی از تکانشگری را اندازه‌گیری می‌کند که سایر ابعاد قادر به سنجش آن نبودند. این بعد که تمایل به عمل شتاب‌زده در پاسخ به حالات هیجانی مثبت را اندازه‌گیری می‌کند، نشان‌دهنده میزان رفتار تکانشگرانه در موقعیت‌های هیجانی مثبت است. بنابراین، مطابق با نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد که گروه نمونه زمانی که در وضعیت خلقی خیلی مثبت هستند در مقایسه با حالات هیجانی منفی (فوریت منفی) بیشتر احتمال دارد که به رفتار جنسی پرخطر اقدام کنند و به طور کلی حالات هیجانی مثبت تسریع‌کننده رفتار جنسی پرخطر در این گروه از افراد است.

1. excitement seeking  
2. impulsive-like

3. Smith, Spillane, Fischer, Annus, & Peterson

نتایج آزمون همبستگی نشان دهنده رابطه معنادار بین بیشتر ابعاد اختلال در تنظیم هیجان و رفتار جنسی پرخطر بود. اگر چه شدت این رابطه به اندازه شدت رابطه بین ابعاد تکانشگری و رفتار جنسی پرخطر نبود، اما از ارتباط بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر در مصرف کنندگان مت‌آفتمین حکایت دارد. ارتباط بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر همسو با نتایج حاصل از مطالعات مختلفی (مانند، اوشیری و همکاران، ۲۰۱۵؛ ویس و همکاران، ۲۰۱۵) است که از نقش اختلال در تنظیم هیجانی در انواع مختلفی از رفتارهای جنسی پرخطر حمایت کرده‌اند.

تنظیم هیجانی به راهبردهایی اشاره دارد که می‌توانند میزان و زمان افزایش هیجانات، طول مدت رخ دادن آن‌ها و نحوه‌ای را که این هیجانات تجربه و اظهار می‌شوند تحت تأثیر قرار دهند (گروس، ۲۰۱۴). مطالعات عصب شناختی حاکی از آن است که مناطق مغزی دوطرفه پیش‌پیشانی از جمله قشر پیش‌پیشانی میانی و قشر سینگولیت قدامی به صورت ابتدایی از طریق تنظیم سیستم لیمبیک مسئول تنظیم هیجان هستند و هم‌زمان اطمینان کسب می‌کنند که راهبردهای جاری در راستای اهداف تنظیمی قرار گیرند (اتکین، اگنر و کالیش، ۲۰۱۱). زمانی که این سیستم درصدد تنظیم هیجان است از راهبردهای تنظیمی مختلفی استفاده می‌کند که هر راهبرد علاوه بر این که در بعضی از شبکه‌های عصبی با دیگر راهبردها مشترک است، دارای شبکه‌های عصبی خاص خود نیز هست (تانگ، تانگ و پوسنر، ۲۰۱۶). اگر چه تفاوت‌های ظریفی بین انواع راهبردهای کنترل وجود دارد، اما مناطق قشر سینگولیت قدامی و قشر پیش‌پیشانی میانی به طور هماهنگ در تنظیم و بازدارای پاسخ‌ها درگیر هستند و عدم توانایی این مناطق در بازدارای پاسخ می‌تواند به رفتارهای پرخطر از جمله رفتارهای جنسی پرخطر منجر شود.

نقش ویژگی شخصیتی تکانشگری بر رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر نیز ممکن است از طریق تضعیف همین فرایندهای کنترلی عمل کند. افرادی که از لحاظ شخصیتی به رفتارهای تکانشگرانه تمایل دارند ممکن است این آمادگی را داشته باشند که در اثر اختلال در تنظیم هیجانی کنترل‌های هیجانی خود را بیشتر از دست

دهند و به رفتارهای پرخطر اقدام کنند. در واقع، نتایج حاصل از آزمون مدل پژوهش حاضر نشان داد که اگرچه تنها یکی از ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی اثر مستقیمی بر رفتار جنسی پرخطر دارد، چهار مورد از ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی بر رفتار جنسی پرخطر اثر غیرمستقیم داشتند که این یافته می‌تواند ناشی از تشدید اثر اختلال در تنظیم هیجانی بر رفتار جنسی پرخطر از طریق تکانشگری باشد. علاوه بر این، نتایج حاصل از آزمون مدل نشان دهنده نقش واسطه‌ای سن و اثر مستقیم منفی این متغیر بر رفتار جنسی پرخطر بود. این یافته که دور از انتظار نبود نشان می‌دهد که افزایش سن با کاهش میزان رفتارهای جنسی پرخطر همراه است و افراد، حتی مصرف‌کنندگان مواد، با افزایش سن کمتر در رفتارهای جنسی پرخطر درگیر می‌شوند.

یافته‌های پژوهش حاضر نه تنها نشان داد که تمام ابعاد تکانشگری، بیشتر ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی و نیز سن همبستگی معناداری با میزان رابطه جنسی پرخطر دارند، بلکه نتایج حاکی از آن بود که مدل طراحی شده برای بررسی نقش تعدیل‌کننده تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر از برآزش مطلوبی با داده‌ها برخوردار بود. در این میان، تکانشگری دارای اثر مثبت و سن دارای اثر منفی بر رفتار جنسی پرخطر بود. این دو متغیر با تشدید رابطه بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر به افزایش میزان رفتار جنسی پرخطر در مصرف‌کنندگان مت‌آفتمامینی منجر می‌شوند که از دشواری در تنظیم هیجانی رنج می‌برند. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه است که ممکن است قابلیت تعمیم یافته‌های آن را با محدودیت همراه سازد. از جمله با توجه به این که شرکت‌کننده میزان درگیری در رفتار جنسی پرخطر را برای یک دوره شش ماهه قبل ورود به کمپ گزارش کرده و اطلاعات مربوط به تکانشگری و تنظیم هیجانی مربوط به موقع جمع‌آوری داده‌ها و حضور افراد در کمپ‌های ترک اعتیاد بود، ممکن است ارتباط دادن رفتار جنسی قبلی به وضعیت هیجانی فعلی به برآورد کمتر از حد همبستگی این متغیرها منجر شود. علاوه بر این، با توجه به این که پژوهش روی جمعیت مردان مصرف‌کننده مت‌آفتمامین انجام شد برای گسترش تعمیم‌پذیری نتایج اجرای آن روی سایر گروه‌ها ضروری است. با این وجود، با توجه به

نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که جهت کاهش رفتار جنسی پرخطر در مصرف‌کنندگان مواد مداخله روی تکانشگری به پروتکل‌های درمانی موجود افزوده شود و برای گروه‌های سنی مختلف مداخلات متفاوتی در نظر گرفته شود.

## منابع

جبرائیلی، هاشم؛ مرادی، علیرضا؛ و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۷). بررسی نقش ابعاد مدل پنج‌عاملی تکانشگری و افزایش سن در اختلال در تنظیم هیجانی مردان. *اصول بهداشت روانی*، ۲۰(۳)، ۲۲۸-۲۳۵.

حیدری، علیرضا؛ احتشام‌زاده، پروین؛ و حلاجانی، فاطمه (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فراشناخت و خوش‌بینی با اضطراب امتحان دانشجویان. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۴(۱۱)، ۱۹-۷.

شادکام، سوده؛ ملازاده، جواد؛ و یآوری، امیرحسین (۱۳۹۵). بررسی نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجانی در رابطه میان مواجهه با وقایع آسیب‌زا و رفتار پرخطر جنسی در سوء مصرف‌کنندگان مواد. *یافته*، ۱۸(۳)، ۸۷-۷۸.

میکائیلی منبع، فرزانه (۱۳۹۲). مقایسه مشکلات تنظیم هیجانی در افراد با رفتارهای جنسی پرخطر و عادی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۳(۱۰۹)، ۲۲۱-۲۱۳.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. DOI:10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Anglin, M. D., Burke, C., Perrochet, B., Stamper, E., & Dawud-Noursi, S. (2000). History of the methamphetamine problem. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 137-141. DOI:10.1080/02791072.2000.10400221.
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediate erectile dysfunction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(5), 571-579. DOI:http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7634 (00)00024-5.
- Bancroft, J., & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *Journal of Sex Research*, 41(3), 225-234. DOI: 10.1080/00224490409552230.
- Black, A. C., McMahon, T. J., Potenza, M. N., Fiellin, L. E., & Rosen, M. I. (2015). Gender moderates the relationship between impulsivity and sexual risk-taking in a cocaine-using psychiatric outpatient population. *Personality and Individual Differences*, 75, 190-194. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.035.

- Chaney, B. H., Vail-Smith, K., Martin, R. J., & Cremeens-Matthews, J. (2016). Alcohol use, risky sexual behavior, and condom possession among bar patrons. *Addictive Behaviors*, 60, 32-36. DOI:10.1016/j.addbeh.2016.03.035.
- Carrier Emond, F., Nolet, K., Cyr, G., Rouleau, J. L., & Gagnon, J. (2016). Sexual impulsivity and problematic sexual behaviors in adults: Towards innovative domain-specific behavioral measures. *Sexologies*, 25(4), e77-e82. DOI:10.1016/j.sexol.2015.12.002.
- Crepaz, N., & Marks, G. (2001). Are negative affective states associated with HIV sexual risk behaviors? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 20(4), 291-299.
- Cyders, M. A., Littlefield, A. K., Coffey, S., & Karyadi, K. A. (2014). Examination of a short English version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Addictive Behaviors*, 39(9), 1372-1376. DOI:10.1016/j.addbeh.2014.02.013.
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107-118. DOI:10.1037/1040-3590.19.1.107
- Darke, S., Hall, W., Heather, N., Ward, J., & Wodak, A. (1991). The reliability and validity of a scale to measure HIV risk-taking behaviour among intravenous drug users. *AIDS*, 5(2), 181-185.
- Diaz, R. M., Heckert, A. L., & Sanchez, J. (2005). Reasons for stimulant use among Latino gay men in San Francisco: a comparison between methamphetamine and cocaine users. *Journal of Urban Health*, 82(1 Suppl 1), i71-78. DOI:10.1093/jurban/jti026.
- Dir, A. L., Coskunpinar, A., & Cyders, M. A. (2014). A meta-analytic review of the relationship between adolescent risky sexual behavior and impulsivity across gender, age, and race. *Clinical Psychology Review*, 34, 551-562. DOI:10.1016/j.cpr.2014.08.004.
- Etkin, A., Egner, T., & Kalisch, R. (2011). Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(2), 85-93. DOI:10.1016/j.tics.2010.11.004.
- 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.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personality Disorder*, 2(4), 316-326. DOI: 10.1037/a0022144.



- Gross, J. J. (2014). *Handbook of Emotion Regulation (2nd ed.)*. New York/ London: Guildford Press.
- Hittner, J. B., & Schachne, E. R. (2012). Meta-analysis of the association between ecstasy use and risky sexual behavior. *Addictive Behaviors*, 37(7), 790-796. doi:10.1016/j.addbeh.2012.02.018
- Jebraeili, H., Moradi, A. R., & Hababi, M. (in press). Evaluation the Psychometric Properties and Factor Structure of Persian Short Version of the Five Factor Impulsive Behavior Scale. *Research and Health*.
- Logan, B. K. (2002). Methamphetamine - Effects on Human Performance and Behavior. *Forensic Science Review*, 14(1-2), 133-151.
- Lynam, D., Smith, G., Whiteside, S., & Cyders, M. (2006). *The UPPS-P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior (Technical Report)*. West Lafayette: Purdue University.
- McKenna, S. A. (2014). Navigating the risk environment: Structural vulnerability, sex, and reciprocity among women who use methamphetamine. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 112-115. DOI:10.1016/j.drugpo.2013.09.006.
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 967-976. DOI:10.1016/j.chiabu.2010.06.004.
- Miner, M. H., Romine, R. S., Raymond, N., Janssen, E., MacDonald Iii, A., & Coleman, E. (2016). Understanding the Personality and Behavioral Mechanisms Defining Hyper sexuality in Men Who Have Sex with Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(9), 1323-1331. DOI:10.1016/j.jsxm.2016.06.015.
- Moilanen, K. L. (2015). Short- and Long-Term Self-Regulation and Sexual Risk-Taking Behaviors in Unmarried Heterosexual Young Adults. *Journal of Sex Research*, 52(7), 758-769. DOI:10.1080/00224499.2014.959881.
- Oshri, A., Sutton, T. E., Clay-Warner, J., & Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences*, 73, 127-133. DOI:10.1016/j.paid.2014.09.015.
- Paquette, R., Tanton, C., Burns, F., Prah, P., Shahmanesh, M., Field, N.,... Mercer, C. H. (2017). Illicit drug use and its association with key sexual risk behaviours and outcomes: Findings from Britain's third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *PLoS ONE*, 12(5), e0177922. DOI:10.1371/journal.pone.0177922.
- Petry, N. M. (2001). Reliability of drug users' self-reported HIV risk behaviors using a brief, 11-item scale. *Substance Use & Misuse*, 36(12), 1731-1747.

- Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2002). Motivations associated with methamphetamine use among HIV+ men who have sex with men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(3), 149-156.
- Steele, V. R., Staley, C., Fong, T., & Prause, N. (2013). Sexual desire, not hyper sexuality, is related to neurophysiological responses elicited by sexual images. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 3, 20770. DOI:10.3402/snp.v3i0.20770.
- Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug & Alcohol Dependency*, 163(Supplement 1), S13-S18. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2015.11.041.
- Tull, M. T., Weiss, N. H., Adams, C. E., & Gratz, K. L. (2012). The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1084-1092. DOI:10.1016/j.addbeh.2012.05.001.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *World Drug Report 2015*.
- Weiss, N. H., Sullivan, T. P., & Tull, M. T. (2015). Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: a review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice. *Current Opinion in Psychology*, 3, 22-29. DOI:10.1016/j.copsyc.2015.01.013.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2014). A preliminary experimental examination of the effect of emotion dysregulation and impulsivity on risky behaviors among women with sexual assault-related posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 38(6), 914-939. DOI:10.1177/0145445514547957
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689. DOI: 10.1016/S0191-8869 (00)00064-7.
- Wills, T. A., Simons, J. S., Sussman, S., & Knight, R. (2016). Emotional self-control and dysregulation: A dual-process analysis of pathways to externalizing/internalizing symptomatology and positive well-being in younger adolescents. *Drug & Alcohol Dependency*, 163(Supplement 1), S37-S45. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2015.08.039.
- World Health Organization. (2013). *sexually transmitted infections (STIs)*. Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en>.

## اثر بخشی گروه درمانی کیفیت زندگی بر تغییر سطح باورهای فراشناختی منفی و مثبت مردان معتاد به شیشه

بنفشه حسونند<sup>۱</sup>، رضوان میرزایی سرایی<sup>۲</sup>، سارا سوری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۰۲

### چکیده

**هدف:** اعتیاد امروزه به یکی از جدی ترین معضلات جامعه بشری و مخصوصاً کشورهای در حال توسعه که جمعیت جوان و فقر و بیکاری بالایی دارند تبدیل شده است. هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی گروه درمانی کیفیت زندگی بر تغییر سطح باورهای فراشناختی منفی و مثبت مردان معتاد به شیشه شهرستان خرم آباد بود. **روش:** این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۰ مرد معتاد به شیشه شهرستان خرم آباد بود که به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (کیفیت زندگی درمانی) و گواه گمارده شدند. در مرحله مداخله گروه آزمایش در ۸ جلسه تحت گروه درمانی قرار گرفتند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسش نامه باورهای فراشناختی ولز (۲۰۰۰) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس تفاوت معناداری بین دو گروه نشان داد ( $p < 0/01$ ). یافته‌ها حاکی از آن بود که مداخله در تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی اثربخش است. **نتیجه گیری:** این شیوه‌ی درمانی قابل استفاده برای بیمارانی که مشکل اعتیاد دارند می‌باشد. **کلیدواژه‌ها:** کیفیت زندگی درمانی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی، اعتیاد، شیشه

۱. نویسنده مسئول: مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، واحد الشتر، الشتر، ایران پست الکترونیکی: K.p@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم تحقیقات، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم تحقیقات، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

## مقدمه

اختلالات سوء‌مصرف مواد از رایج‌ترین مشکلات روان‌پزشکی است که از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل نابهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی-اجتماعی ناشی می‌شود (فیرستون و کتلت، ۲۰۰۹). یکی از بلاهای خانمان‌سوز که آفتی بر پیکر جوامع بشری است مسئله اعتیاد به شیشه است که قدرت تفکر، خلاقیت، کوشش و سازندگی را از انسان‌ها می‌گیرد (هورتا و یاپ، ۲۰۱۶). اعتیاد منجر به پیدایش فقر و بیکاری و مهمتر از آن بروز مشکلات مکرر شغلی، اجتماعی و قانونی می‌شود و این سیکل معیوب همواره در جریان است و قطع کردن آن نیازمند سال‌ها تلاش و برنامه‌ریزی در تمام زمینه‌هاست (هورتا و یاپ، ۲۰۱۶). انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۴) علائم وابستگی به مواد را شامل مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی می‌داند که براساس آن فرد علی‌رغم داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می‌دهد. در چنین مواردی الگویی از مصرف وجود دارد که منجر به تحمل<sup>۳</sup>، محرومیت<sup>۴</sup> و رفتار اجبار برای مصرف می‌شود (قربانی، ۱۳۹۰). یکی از خطرناک‌ترین مواد مورد مصرف مواد محرک و توهم‌زا می‌باشند که به تدریج جایگزین مواد مخدر سنتی می‌شوند. مت‌آمفتامین که کریستالیزه آن در کشور ما به عنوان شیشه شناخته می‌شود، یکی از مواد اصلی است که مورد مصرف قرار می‌گیرد. مصرف این ماده به عنوان ماده محرک در کشورهای مختلف و در میان جوانان رواج دارد آمار رسمی ایران در سال ۲۰۰۵ مصرف‌کنندگان شیشه را ۵/۲ درصد مصرف‌کنندگان برآورد کرده بود (نارنجیها، رفیعی و باغستانی، ۲۰۰۵). سوء‌مصرف آمفتامین به دلیل اثرات مخربی که بر مغز دارد، همچنین وسوسه شدید و همراه شدن با علائم روان‌پزشکی قابل ملاحظه، برنامه‌های کاهش تقاضا مانند درمان و پیشگیری را دچار چالش جدی کرده است. شیشه به شدت اعتیادآور است و بر سیستم دوپامینرژیک مغز اثر می‌گذارد و بلافاصله پس از مصرف حالتی به نام فلاش یا راش (اوج لذت) در فرد ایجاد می‌شود (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۹). شیشه بیشترین پتانسیل آسیب‌های روانی،

1. Firestone, & catlett  
2. Hureta, & Yip

3. tolerance  
4. deprivation

جسمانی، خانوادگی و اجتماعی را دارد (موسک و گیلوا، ۲۰۱۶). بیماران وابسته به شیشه معمولاً از خود رفتارهای پر خاشگرانه و خشونت بار بروز می‌دهند. شیشه اگر به مقدار زیاد مصرف شود موجب اضطراب شدید و موقت، شبه اختلال وحشت‌زدگی و بدبینی یا سوءظن می‌شود. مواد روان‌گردان موجبات ناامنی خانواده و جوامع را فراهم آورده و منشأ بسیاری از کج رفتاری‌ها، ناهنجاری‌ها و جرائم می‌باشد (کیانی، شاملو و صادقی، ۱۳۹۰). در طول سالیانی که اعتیاد به صورت یک مشکل اجتماعی و فردی درآمده، از روش‌های مختلفی برای ترک و درمان اعتیاد استفاده شده است. برخی از این روش‌ها اثرات مثبت، برخی اثرات منفی داشته و برخی بی‌تاثیر بوده‌اند.

گروه درمانی یکی از راه‌هایی است که می‌تواند به افراد کمک کند تا سلامت روانی بیشتری را احساس کنند. همچنین گروه یک حالت حمایتی را برای افراد ایجاد می‌کند تا به کمک آن افراد راحت‌تر خود را افشا کنند و به مشکل خود بپردازند. زمانی که هدف ما افزایش مهارت‌های اجتماعی، تغییر باورهای ذهنی و چیزهای شبیه این است، گروه‌درمانی می‌تواند کمک بسیار خوبی کند. رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن اعتیاد به شیشه و نشانگان آن استفاده می‌شود. یکی از این رویکردهای درمانی کیفیت زندگی درمانی<sup>۲</sup> است که برای درمان انواع بیماران وابسته به شیشه مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است. کیفیت زندگی درمانی رویکردی جدید و جامع است که بر جهت‌گیری روان‌شناسی مثبت‌نگر استوار است (کنارد، لیبرمن، ساید و رولف،<sup>۳</sup> ۲۰۱۵). علاوه بر این رویکرد روان‌شناختی کیفیت زندگی درمانی در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله اعتیاد به شیشه مورد مطالعه قرار گرفته و اثربخشی آن مشخص شده است (لی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). فریش<sup>۵</sup> (۲۰۰۶)، با ترکیب رویکرد شناختی-رفتاری آرون تی‌بک و روان‌شناسی مثبت به همراه استفاده از استعاره، تن‌آرامی و مراقبه، کیفیت زندگی درمانی را ارائه داد. کیفیت

1. Mosek, & Gilboa  
2. quality of life therapy  
3. Kennard, Lieberman, Saaid, & Rolfe

4. Li  
5. Frisch

زندگی‌درمانی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. نظریه کیفیت زندگی بیشتر فرض می‌کند که مؤلفه‌های عاطفی شادکامی تا حد زیادی از قضاوت یا ارزیابی‌های انسان از رضایت زندگی بر اساس شناخت سرچشمه می‌گیرد. درست مثل هنگامی که استانداردها و ملاک‌های انسان برای کار رضایت‌بخش تحقق یافته است و فرد احساس شادی، ایمنی و آسایش می‌کند (موتا و ماتوز، ۲۰۱۶). هدف کیفیت زندگی‌درمانی (کیفیت زندگی‌درمانی) افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیش‌گیری از فرسودگی است. در کیفیت زندگی‌درمانی مراقبت از خود، معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش‌های روزانه به شیوه اندیش‌مندان، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود (فریش، ۲۰۰۶). این رویکرد یک مدل پنج‌راهه به نام CASIO در زمینه رضایت از زندگی به مثابه طرحی برای کیفیت زندگی و مداخلات روان‌شناسی مثبت برای مددجویان مشخص می‌کند.

مدل کیفیت زندگی‌درمانی بر اساس دیدگاه کیم‌ویل و استل‌ویل<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) برای افزایش رضایت‌مندی و شادی تشکیل شده است از: شرایط عینی یک حوزه یا شرایط زندگی (C). نگرش نسبت به ادراک حوزه‌ها (A). استانداردهایی برای تحقق این حوزه‌ها (S). اهمیتی که برای شادکامی کلی نسبت به یک حوزه قائل می‌شود (I). رضایت‌مندی یک شخص در دیگر حوزه‌های مهم، که فرد فعلاً به آن اهمیت نمی‌دهد (O). سرخط درمان مبتنی بر کیفیت زندگی هفده حوزه اصلی از زندگی است که از توسعه معنویت و خودپنداره شروع تا همسایگان، اجتماع و این که چگونه رضایت از زندگی و شادی را در هر یک از این حوزه‌ها افزایش دهیم، ادامه می‌یابد. این هفده حوزه اصلی که مداخلات بر آن تمرکز پیدا می‌کند، عبارتند از: ۱) اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی، ۲) عزت نفس، ۳) بهداشت و سلامت جسمی، ۴) پول یا استانداردهای زندگی، ۵) کار، ۶) بازی و تفریح،

۷) یادگیری، ۸) خلاقیت، ۹) کمک، ۱۰) عشق، ۱۱) دوستان، ۱۲) فرزندان، ۱۳) اقوام و بستگان، ۱۴) همسر، ۱۵) خانه، ۱۶) همسایگان، ۱۷) جامعه. کیفیت زندگی درمانی به صورت گروهی و انفرادی قابل اجرا است. ابتدا از فرد می‌خواهند که از میان هفده حوزه، حوزه‌های مهمی را که می‌خواهند در آن تغییر ایجاد کنند، مشخص نمایند. سپس درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در طول جلسات بر روی این حوزه‌ها تمرکز می‌یابد. برای هر کدام از این حوزه‌ها تکالیف و تمرین‌هایی بر اساس تکنیک‌ها و اصول درمان برای اجرا در درون جلسات و بیرون جلسات طراحی شده است (فریش، ۲۰۰۶). تحقیقات زیادی در این زمینه صورت گرفته و اثربخشی این درمان را نشان داده‌اند. در پژوهشی که توسط عابدی و وستانیس<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) به منظور ارزیابی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای والدین کودکان مبتلا به اعتیاد به شیشه در ایران انجام شد، نتایج نشان دادند کیفیت زندگی درمانی باعث کاهش نشانه‌های اعتیاد به شیشه مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، اضطراب، خود - تعیینی و افزایش رضایت کلی خانوادگی و موقعیتی کودکان مبتلا می‌شود. در پژوهشی نورث‌مور - بال و ایوان<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان تاب‌آوری روان‌شناختی را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش داد. رودریگو، ماهر و ویدوز<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان دادند کیفیت زندگی درمانی، باعث افزایش کیفیت زندگی و سطح خود - تعیینی می‌شود. گرانت، سالکد و هاینان<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) اثر بخشی این درمان را بر کاهش نشانگان اعتیاد به شیشه مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، عدم تمایز عاطفی بین خود و دیگران نشان دادند. همچنین افزایش معناداری در کیفیت زندگی و خودکارآمدی، مشاهده شد. موسک و گیلپوا (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای نشان دادند زندگی درمانی باعث افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی دانش‌جویان معتاد به شیشه می‌شود.

از ضرورت‌های پرداختن به این مطالعه آن است که بسیاری از پژوهشگران دریافته‌اند اغلب افراد مبتلا به اعتیاد شیشه، باورهای فراشناختی منفی بالا و باورهای فراشناختی مثبت

پایینی دارند (عابدی و وستانیس، ۲۰۱۰). از آن جایی که افراد مبتلا به اعتیاد شیشه، احساس بی‌معنایی، و باورهای فراشناختی منفی دارند، گروه درمانی کیفیت زندگی می‌تواند باعث افزایش امید و کاهش باورهای فراشناختی منفی شود. بنابراین مفیدتر آن است که ارزیابی باورهای فراشناختی افراد مبتلا به اعتیاد شیشه به صورت دقیق‌تر مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این از آن جایی که پایین بودن سطح باورهای فراشناختی مثبت به عنوان شکلی از باورهای اجتنابی به کاهش عملکرد مناسب افراد مبتلا به اعتیاد شیشه در زمینه ترک اعتیاد منجر می‌شود، نیاز به بررسی بیشتری دارد. از طرفی فهمیدن صرف این مسئله که بسیاری افراد مبتلا به اعتیاد شیشه از سطح پایینی از باورهای فراشناختی مثبت برخوردارند، کافی نیست، بلکه مهم این است که بدانیم چه عواملی می‌تواند به تغییر سطح باورهای فراشناختی افراد مبتلا به اعتیاد شیشه کمک کند.

پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی گروه درمانی کیفیت زندگی در تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی مردان معتاد به شیشه است.

## روش

۱۹۲

### طرح، جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

192

روش این پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی است که در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد. در این تحقیق از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری مطالعه حاضر را مردان معتاد به شیشه شهرستان خرم‌آباد تشکیل می‌دادند. افراد نمونه مورد مطالعه به صورت تصادفی از بین معتادین به شیشه در یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد انتخاب و به تصادف گروه‌بندی شدند. همچنین به تصادف تعداد ۲۰ نفر برای کیفیت زندگی درمانی (گروه آزمایش) و ۲۰ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی بین ۱۵ تا ۳۰ سال، اعتیاد به شیشه، عدم ابتلا به بیماری‌های ناتوان‌کننده و بیماری مزمن قلبی و تنفسی، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر، داشتن سواد خواندن و نوشتن و رضایت برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه مداخله، غیبت بیش از دو جلسه و عدم مشارکت و همکاری در فرآیند اجرای پژوهش.



محققان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی از شرکت کنندگان رضایت‌نامه کتبی. همچنین گروه گواه پس از انجام پژوهش به صورت جداگانه و برای تغییر سطح باورهای فراشناختی مورد مداخله آزمایشی (ارثه گروه درمانی کیفیت زندگی) قرار گرفتند و نتایج مفید و سودمندی نیز برای آن‌ها حاصل شد.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه باورهای فراشناختی ولز و کاتریت - هاتن (۲۰۰۴): این پرسش‌نامه خودگزارشی ۳۰ سوال دارد که تفاوت‌های فردی را در مورد باورهای فراشناخت، قضاوت‌ها و گرایش‌های نظارت‌گری ارزیابی می‌کنند. شامل ۵ خرده‌مقیاس ۱-تضاد شناختی (سوالات ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۶، ۲۹) ۲-باورهای مثبت (سوالات ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸) ۳-خودآگاهی شناختی (سوالات ۳، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۳۰) ۴-کنترل‌ناپذیری و خطر افکار (سوالات ۲، ۹، ۲۱) ۵-نیاز به کنترل افکار (سوالات ۶، ۲۰، ۲۷) می‌باشد. هر سوال بر روی مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت (موافق نیستم، کمی موافقم، تا حدی موافقم، کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. ولز و کاتریت - هاتون (۲۰۰۴) در پژوهشی همسانی درونی، اعتبار همگرا و اعتبار بازآزمایی را مناسب و قابل قبول گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ و ضریب همبستگی با مقیاس اضطراب صفت اسپیل برگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است (نریمانی و ابولقاسمی، ۱۳۸۴).

## روند اجرا

بعد از انتخاب نمونه و گروه‌بندی و تخصیص تصادفی گروه آزمایش تحت گروه درمانی کیفیت زندگی به شرح جدول ۱ قرار گرفت.

**جدول ۱: شرح جلسات کیفیت زندگی درمانی (برگرفته از کیم ویل و استل ویل، ۲۰۱۴)**

جلسه‌ها	محتوای درمان
اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت کنندگان برای حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، تاب آوری روانشناختی و خود تمایز یافتگی.
دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف کیفیت زندگی درمانی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، معرفی حیطه‌های شانزده گانه زندگی که کیفیت کلی زندگی فرد را تشکیل می دهند، کشف موارد مشکل آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه باز خورد.
سوم	مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی CASIO به عنوان پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی C به عنوان راهبرد اول و کاربرد آن در ابعاد شانزده گانه کیفیت زندگی.
چهارم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون CASIO، معرفی A به عنوان استراتژی دوم در ابعاد شانزده گانه کیفیت زندگی.
پنجم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون CASIO، معرفی S به عنوان استراتژی سوم برای افزایش کیفیت زندگی.
ششم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، معرفی I به عنوان استراتژی چهارم و کاربرد این اصل برای افزایش رضایت.
هفتم	مروری بر بحث جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط، معرفی O به عنوان استراتژی پنجم.
هشتم	ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع بندی و آموزش.

**یافته‌ها**

آماره‌های توصیفی متغیرهای باورهای فراشناختی مثبت و منفی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای باورهای فراشناختی مثبت و منفی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	پیش آزمون گواه		پس آزمون گواه		پیش آزمون آزمایش		پس آزمون آزمایش	
	انحراف - میانگین استاندارد	انحراف - میانگین استاندارد	انحراف - میانگین استاندارد	انحراف - میانگین استاندارد	انحراف - میانگین استاندارد	انحراف - میانگین استاندارد	انحراف - میانگین استاندارد	انحراف - میانگین استاندارد
باورهای مثبت	۲۲/۳۲	۵/۵۲	۲۳/۶۹	۴/۶۳	۲۱/۴۱	۵/۹۵	۳۰/۶۲	۳/۳۱
خودآگاهی شناختی	۲۰/۴۶	۶/۵۲	۱۹/۳۱	۵/۴۳	۱۹/۵۷	۵/۶۹	۳۱/۵۳	۳/۹۵
تضاد شناختی	۱۷/۳۴	۴/۲۵	۱۶/۲۱	۴/۱۵	۱۷/۷۲	۵/۶۳	۱۱/۹۷	۳/۹۶
کنترل ناپذیری و خطر افکار	۱۴/۱۳	۳/۵۴	۱۵/۹۱	۴/۶۵	۱۵/۷۴	۴/۵۲	۱۱/۵۹	۲/۵۴
نیاز به کنترل افکار	۱۹/۵۶	۵/۳۲	۲۱/۸۴	۴/۴۸	۱۸/۱۵	۵/۹۶	۱۳/۲۶	۳/۳۶

برای بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع است. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی این پیش فرض در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیرها	گروه‌ها	آماره Z	معناداری	متغیرها	گروه‌ها	آماره Z	معناداری
باورهای مثبت	گواه	۰/۸۵	۰/۲۰۰	خودآگاهی شناختی	گواه	۰/۷۶	۰/۱۹۹
تضاد شناختی	گواه	۰/۷۶	۰/۱۴۰	کنترل ناپذیری و خطر افکار	آزمایش	۰/۷۹	۰/۱۸۲
نیاز به کنترل افکار	گواه	۰/۹۲	۰/۰۸۰	آزمایش	گواه	۰/۶۵	۰/۰۸۹
	آزمایش	۰/۹۴	۰/۰۸۴		آزمایش	۰/۴۷	۰/۰۹۴

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پیش فرض نرمال بودن در همه متغیرها برقرار است. پیش فرض دیگر تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون برای بررسی این پیش فرض در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرها	آماره F	درجه - معنا	متغیرها	آماره F	درجه - معنا
نگرانی از تصویر بدنی	۴/۴۳۲	۷۸	تضاد شناختی	۰/۱۲۰	۷۸
باورهای مثبت	۲/۶۴۰	۷۸	نیاز به کنترل افکار	۱/۴۲۷	۷۸
خودآگاهی شناختی	۲/۴۵۰	۷۸	کنترل ناپذیری و خطر افکار	۱/۰۵۰	۷۸

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در همه متغیرها پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا برقرار است. پیش فرض دیگر این تحلیل برابری ماتریس واریانس-کواریانس است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ( $M=۶/۵۵$ ,  $F=۱/۲۲۱$ ,  $P>۰/۰۵$ ). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از معناداری تفاوت ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت ( $۰/۶۹۱$  = اندازه اثر,  $F=۱۹/۵۶۳$ ,  $P<۰/۰۰۱$ ,  $\lambda=۰/۴۹۶$ ). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت متغیرها

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
باورهای مثبت	۹۵۷/۳۲	۳۹/۴۸	۰/۰۰۰۵	۰/۵۲
خودآگاهی شناختی	۳۷۵/۴۱	۱۴/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱
تضاد شناختی	۲۹۴/۵۸	۱۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷
کنترل ناپذیری و خطر افکار	۳۰۱/۳۶	۱۳/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹
نیاز به کنترل افکار	۲۹۸/۸۷	۱۲/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی کیفیت زندگی در تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد کیفیت زندگی درمانی باعث تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی شده است. این یافته با نتایج مطالعات گرانث و همکاران (۱۹۹۵)، پاداش (۱۳۸۹)، طغیان (۱۳۹۰)، رودریگو و همکاران (۲۰۰۶)، پاترا<sup>۱</sup> (۲۰۱۶)، نورث مور - بال و ایوان (۲۰۱۶)، موسک و گیلوبا

(۲۰۱۶) و هانگ و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. افرادی که دچار اعتیاد به شیشه هستند مفهوم‌های ذهنی منفی بیشتری نسبت به خود و محیط اطراف دارند و همین داشتن مفهوم‌های منفی باعث می‌شود که این دسته افراد دید خوب و مثبتی نسبت به خود، دیگران و ارتباط با محیط اطراف نداشته باشند (پاترا، ۲۰۰۶). یکی از ابعاد این منفی‌نگری نسبت به خود و دیگران به این معقوله بر می‌گردد که چون فرد افسرده دید منفی نسبت به خود و دیگران دارد فکر می‌کند یا در این اندیشه است که دیگران نیز همچین دیدگاهی نسبت به او دارند. بنابراین این امر باعث می‌شود فرد سطح شایستگی ادراک شده‌اش پایین بیاید و نتواند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار کند. حال آن‌که در روش کیفیت زندگی درمانی بر مفهوم‌سازی مجدد، آماده‌سازی مراجعین و همچنین آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی و تشکیل مفاهیم مثبت و نو نسبت به خود و دیگران، و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش تاکید می‌شود که این موارد می‌توانند رابطه فرد را با خود و دیگران بهبود دهد و نسبت به خود و دیگران دید مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تری داشته باشد به طوری که سطح ارتباط و شایستگی ادراک شده‌اش افزایش می‌یابد و می‌تواند به خوبی با دیگران و محیط اطراف ارتباط مثبت و سازنده برقرار کند. همچنین گنجاندن این فعالیت‌ها و تمرین‌ها در برنامه هفتگی، باعث می‌شود که فرد افسرده به تدریج از شرایط نامناسب خود مبنی به تفکرات منفی، دلهره، شایستگی و ارتباط ادراک شده سطح پایین فاصله گرفته و کم‌کم به سمت و سوی مثبت‌اندیشی و داشتن دید بهتر و خوش‌بینانه نسبت به خود و دیگران حرکت کند (کیم ویل و استل ویل، ۲۰۱۴).

از دلایل دیگر این تغییرات می‌توان گفت: کیفیت زندگی درمانی از راهبردهایی چون شناسایی هیجانات منفی و نحوه مقابله با آن‌ها استفاده می‌کند. همچنین برنامه‌های درمانی اختلال اعتیاد به شیشه شامل راهبردهای مقابله هیجان‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های هیجانی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، گریز عاطفی، گریز از دیگران، جایگاه من تضعیف شده و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت است. این موارد موجب افزایش هم‌آمیختگی با دیگران و واکنش‌پذیری عاطفی می‌شود.

از طرف دیگر، خود - تعینی پایین با اعتیاد به شیشه ارتباط قوی داشته و افراد دارای خود - تعینی پایین، احتمال بیشتری دارد که به اعتیاد به شیشه مبتلا شوند. لذا این روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می‌تواند در ارتقاء میزان خود - تعینی آنان مؤثر باشد. همچنین در این روش به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزختگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و از خود تمایز یافتگی به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر هیجان مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش اعتیاد به شیشه استفاده می‌شود (موسک و گیلبوا، ۲۰۱۶). همچنین در کیفیت زندگی درمانی به بررسی ابعاد مختلف زندگی فرد، خواسته‌ها، مشکلات پیش‌رو، نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می‌شود. افراد وابسته به شیشه می‌توانند از این راه آگاهی خود را بالا برده و شناخت بهتری از مشکلات خود داشته باشند. همین عامل باعث می‌شود که افراد تاب‌آوری بالاتری را به دلیل شناخت بیشتر نسبت به مشکلات و راه‌حل‌های غلبه بر این مشکلات داشته باشند.

پیشنهاد می‌شود با توجه به تاثیر کیفیت زندگی درمانی در کاهش باورهای فراشناختی منفی و افزایش باورهای فراشناختی مثبت این درمان در مراکز مشاوره و ترک اعتیاد استفاده شود و در این مراکز، کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های آموزش کیفیت زندگی درمانی مختص معتادین، در نظر گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که تحقیق فوق بر روی معتادین سایر مواد مخدر اجرا شود تا بتوان نتایج را مورد مقایسه قرار داد. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود. تحقیق حاضر در شهر خرم‌آباد اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست.

## منابع

- بشارت، علی (۱۳۸۶). *رابطه علی بین خوش‌بینی، شوخ‌طبعی، سلامت روان و امید به زندگی در دبیران مقطع راهنمایی شهرستان ایذه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- پاداش، زهرا (۱۳۸۹). *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی همسران شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان.

طغیانی، معین (۱۳۹۰). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر سلامت روان، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی نوجوانان پسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی: دانشگاه اصفهان.

محمدی، محسن (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.

- Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(7), 605-613.
- Burrim, A., Schweitzer, R., & O'Brien, J. (2014). Correlates of Female Sexual Functioning: Adult Attachment and Differentiation of Self. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2188-2195.
- Burton, K. L. O., Williams, L. M., Clark, C. R., Harris, A., Schofield, P. R., Gatt, J. M. (2015). Sex differences in the shared genetics of dimensions of self-reported depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 188(1), 35-42. DOI:10.1016/j.jad.2015.08.053.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale. *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. DOI: 10.1002/da.10113.
- Cordeiro, P., Paixão, P., Lens, W., Lacante, M., Sheldon, K. (2016). Factor structure, depressive, and dimensionality of the balanced measure of psychological needs among Portuguese high school students. Relations to well-being and ill-being. *Learning and Individual Differences*, 47, 51-60.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Frisch, M. I. B. (2006). *Quality of life therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Press.
- Gonzalez, D., Sicilia, Á., Sierra, A. C., Ferriz, R., & Hagger, M. S. (2016). Understanding the need for novelty from the perspective of self-determination theory. *Personality and Individual Differences*, 102, 159-169.
- Grant, G. M., Salced, V., & Hynan L.S. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological Report*, 19 (7), 1203-1208.
- Gutman, T. M., & Shean, F. T. (2012). *Increasing Resilience in Adolescent Nursing Students*. Unpublished Doctoral dissertation. The University of Tennessee, Knoxville.
- Hung, S., Li, M. S., Chen, Y. L., Chiang, J. H., Chen, Y. Y., & Hung, C. L. (2016). Smartphone-based ecological momentary assessment for Chinese patients with depression: An exploratory study in Taiwan. *Asian Journal of Psychiatry*, 23(11), 131-136.
- Kamimura, A., Nourian, M., Assasnik, N., & Roa, K. (2010). Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, 23(4), 51-55.
- Kennard, E., Lieberman, J., Arjmand, S., & Rolfe, K. (2015). Preliminary Comparison of Laryngeal Manipulation and Postural Treatment on Voice Quality in a Prospective Randomized Crossover Study. *Journal of Voice*, 29(6), 751-754. DOI: 10.1016/j.jvoice.2014.09.026.
- Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., Morissette, S. B. (2014). A 12-Month prospective study of the effects of PTSD

- depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Research*, 19(7), 97-99.
- Kimweli, D. M. S., & stilweli, W. E. (2014). Community subjective well – being personality traits and quality of life therapy. *Social Indicators research*, 401(7), 605-613.
- Lackner, R. J., & Fresco, D. M. (2016). Interaction effect of brooding rumination and interoceptive awareness on depression and anxiety symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 85(7), 43-52.
- Li, N., Chen, G., Zeng, P., Pang, J., Gong, H., Han, Y., Zhang, Y., Zhang, E., Zhang, T., & Zheng, X. (2012). Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry Research*, 243(30), 87-91.
- Liang, L., Zhou, D., Yuan, C., Shao, A., & Bian, Y. (2013). Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: A cross-lagged study in Chinese adolescents. *Computers in Human Behavior*, 63, 463-470.
- Mosek, A., & Gilboa R. B. (2016). Integrating art in life therapy psychodynamic-narrative group work to promote the resilience of caring professionals. *The Arts in Psychotherapy*, 25(51), 25-32.
- Mota, C., & Matos, P. (2016). Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in adolescents under residential care? *Children and Youth Services Review*, 56(14), 97-106. DOI: 10.1016/j.childyouth.2015.06.017.
- Northmore-Ball, K., & Evan, G. (2016). Secularization versus religious revival in Eastern Europe: Church institutional resilience, state repression and divergent paths. *Social Science Research*, 57(7), 31-48.
- Patra, S. (2016). Return of the psychedelics: Psilocybin for treatment resistant depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 24(8), 51-52.
- Richardson, S. T. (1990). Adolescents Resilience, family adversity and wellbeing among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(291), 605-613.
- Roca, J., & Marylene, G. (2008). Understanding e-learning continuance intention in the workplace: A self-determination theory perspective. *Computers in Human Behavior*, 24, 1585–1604.
- Rodrigue, J. R., Moher, A. B., & Widows, M. R. (2006). A randomized evaluation of quality of life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*, 5(10), 2425-2432
- Shimotsu, S., & Horikawa, N. (2014). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian Journal of Psychiatry*, 19(7), 125-129.
- Sorebo, O., Halvari, H., Flaata G., & Kristiansen, R. (2009). The role of self-determination theory in explaining teachers' motivation to continue to use eLearning technology. *Computers & Education* 53, 1177–1187
- stress buffering? Self-differentiation Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46, 816-823.
- Thomson, O. P., Petty, N. J., & Moore, A. P. (2014). Diagnostic reasoning in osteopathy – A qualitative study. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 17(2), 83-93.



## مدل یابی ساختاری گرایش به سوء مصرف مواد بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با میانجی‌گری عزت نفس

مریم اکبری<sup>۱</sup>، حسین ابراهیمی مقدم<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۲

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی ساختاری گرایش به سوء مصرف مواد بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با میانجی‌گری عزت نفس در افراد معتاد به مواد مخدر تحت درمان در شهر تهران انجام شد. **روش:** این مطالعه از نوع همبستگی به شیوه معادلات ساختاری بود. گروه نمونه شامل ۲۰۰ نفر از مردان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس آمادگی به اعتیاد، پرسش‌نامه عزت نفس، و پرسش‌نامه شخصیت بود. **یافته‌ها:** براساس نتایج، مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار بود. ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوری به صورت مستقیم پیش‌بین مثبت، و وظیفه‌شناسی به صورت مستقیم پیش‌بین منفی برای گرایش به سوء مصرف مواد بودند ( $P < 0/05$ ). عزت نفس به صورت مستقیم پیش‌بین منفی برای گرایش به سوء مصرف مواد بود ( $P < 0/05$ ). ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوری با میانجی‌گری عزت نفس پیش‌بین منفی برای گرایش به سوء مصرف مواد بود ( $P < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** بنابراین ویژگی‌های شخصیتی به طور مستقیم و از طریق عزت نفس بر گرایش به سوء مصرف مواد تأثیر می‌گذارند.

**کلید واژه‌ها:** گرایش به سوء مصرف مواد، ویژگی‌های شخصیتی، عزت نفس

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

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران، پست الکترونیکی:

hem\_psy@yahoo.com

## مقدمه

وابستگی به مواد<sup>۱</sup> در حال حاضر به عنوان یک مشکل جدی در بهداشت عمومی هر جامعه مطرح است. با توجه به افزایش رو به رشد میزان بروز و شیوع مصرف مواد در بین جوانان و به خصوص پیشرفت سریع آنان به سمت رفتارهای پرخطر، برنامه جامعی برای مسئله وابستگی به مواد و گرایش به سوء‌مصرف مواد<sup>۲</sup> نیاز است (لطفی کاشانی و عسگری، ۱۳۸۸). معمولاً مصرف مواد مخدر در افراد در آغاز به صورت تفریحی بوده، پس از مدتی به الگویی اجباری برای مصرف تبدیل می‌شود. همچنین به علل مختلف، الگوی مصرف نیز در حال تغییر است؛ به طوری که ماده آغازین مصرفی با ماده مورد مصرف در موقعیت کنونی تفاوت کرده است (دینهارت و مارفی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). در حال حاضر مهم‌ترین تهدیدی که اغلب جوامع و از جمله کشور ما را با مخاطرات جدید روبرو ساخته تغییر تدریجی الگوی مصرف مواد مخدر و سوء‌مصرف مواد می‌باشد. سوء‌مصرف مواد<sup>۴</sup> می‌تواند با تغییر در سیستم افیونی<sup>۵</sup> با شکل‌گیری مجموعه‌ای از نشانه‌های منفی از جمله بی‌لذتی، بی‌حسی عاطفی عمومی، احساس بریدن از زندگی، قطع علاقه به احساسات دیگران، احساس کناره‌گیری، فراموشی و انزوا شده و با تنظیم سیستم افیونی ادامه مصرف را تقویت کند (ابوس و<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱).

۲۰۲

202

سوء‌مصرف مواد از مهم‌ترین معضلاتی است که گستره جهانی یافته است. بر کسی پوشیده نیست که اعتیاد عوارضی بسیار جدی بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد جامعه، امنیت، رشد فرهنگی، مهار توسعه، بر هم خوردن ثبات سیاسی، تهدید روند دموکراسی، مرگ‌های زودرس، از هم گسیختگی خانواده، بزهکاری و اضطراب دارد (هرسن، تارنر و بیدل<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). سوء‌مصرف مواد و اعتیاد، از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی هستند. وابستگی به مواد، اختلال مزمن و عود کننده‌ای است که شروع و تداوم آن متأثر از تعامل عوامل مختلف ژنتیکی، روانی-اجتماعی و محیطی است. این

1. drug dependence  
2. drug abuse tendency  
3. Dennhardt, & Murphy  
4. substance abuse

5. Opium system  
6. abuse  
7. Hersen, Turner, & Beidel

بیماری مانند سایر بیماری‌های روانی از چندین عامل سرچشمه می‌گیرد. در هر فرد ممکن است گروه خاصی از آن‌ها بیشتر شرکت داشته باشند (کیخای فرزانه، خاکپور، کیخای فرزانه و خلعتیری، ۱۳۹۱).

تحقیقات و بررسی‌های پراکنده که در سالیان گذشته در ایران انجام گرفته؛ مؤید شیوع بالای اختلال مصرف مواد در کشور است؛ هر چند هنوز آمار دقیقی از مقدار اختلال مصرف مواد در ایران در دسترس نیست و اطلاعات منتشر شده در این زمینه تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. کمبود تحقیقات جامعه و علمی، ناکافی بودن گزارشی در مورد اختلال مصرف مواد به دلیل رویکردهای جرم‌گرایانه و انگ اجتماعی بالا و نگاه امنیتی به مساله از جمله عواملی است که به کمبود اطلاعات دقیق و جامع در این حیطه منجر شده است (ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۴).

در سبب‌شناسی اختلالات مرتبط با مصرف مواد، نقش ویژگی‌های شخصیتی همیشه مطرح بوده است (کالیگوری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). به نظر آلپورت<sup>۲</sup> شخصیت عبارت از سازمان‌دهی پویای روانی-فیزیولوژیکی درون فرد که رفتار و افکار شخص را تعیین می‌کند. کتل<sup>۳</sup> نیز تقریباً هم‌زمان با آلپورت به بررسی مجزای شخصیت با استفاده از روش تحلیل عاملی پرداخت. از نظر کتل شخصیت آن چیزی است که امکان پیش‌بینی آنچه را که یک شخص در موقعیت معینی انجام خواهد داد، می‌دهد. آیزنک<sup>۴</sup>، شخصیت هر فرد را گرایش‌های دیرپای سرشتی وی و آن موقعیت بنیادین معینی می‌داند که زمینه‌ساز تفاوت‌های فردی مهم در رفتار محسوب می‌شود (شولتز و شولتز<sup>۵</sup>، ۱۳۹۲).

مک کری<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۲)، با استفاده از تحلیل عاملی به این نتیجه رسیدند که می‌توان بین تفاوت‌های فردی در خصوصیات شخصیتی پنج عامل عمده را منظور نمود: روان‌رنجوری<sup>۷</sup>، که به تمایل برای تجربه اضطراب، تنش، ترحم‌جویی، خصومت، تکانشگری، افسردگی و عزت‌نفس پایین برمی‌گردد؛ برون‌گرایی<sup>۸</sup> به تمایل فرد برای مثبت

1. Caligiuri  
2. Allport  
3. Cattell  
4. Eysenck

5. Schultz  
6. McCrae  
7. neuroticism  
8. exxeroversion

بودن، جرات‌طلبی، پارانرژی بودن و صمیمی بودن اطلاق می‌شود؛ پذیرش<sup>۱</sup> به تمایل فرد برای کنجکاوی، عشق به هنر، هنرمندی، انعطاف‌پذیری و خردمندی و خردورزی اطلاق می‌شوند؛ سازگاری<sup>۲</sup> به تمایل فرد برای بخشندگی، مهربانی، سخاوت، همدلی و همفکری، نوع‌دوستی و اعتماد همراه است؛ و سرانجام این که وظیفه‌شناسی<sup>۳</sup> به تمایل فرد برای منظم بودن، کارا بودن، قابلیت اعتماد و اتکا، خودنظم‌بخشی، پیشرفت‌مداری، منطقی بودن و آرام بودن برمی‌گردد.

خصوصیات روانی - شخصیتی معتادان به مواد مخدر، صرفاً ناشی از مصرف مواد مخدر نیست بلکه معتادان قبل از اعتیاد دارای نارسایی‌های روانی - شخصیتی عدیده‌ای هستند که بعد از اعتیاد، به صورت مخرب‌تری، ظاهر و تشدید شده‌اند. لذا مسئله معتاد، تنها مواد نیست، بلکه در اصل رابطه متقابل ویژگی‌های شخصیتی او و اعتیاد نیز مطرح است (هاشمی، غضنفری، دنیوی و سپهوند، ۱۳۹۴). مطالعات متعدد (ایرچ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ دویی، آرورا، گوپتا، و کومار<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰) نشان داده‌اند بین شخصیت و اعتیاد رابطه‌ای متقابل وجود دارد. فرد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکست‌ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی و عدم ثبات عاطفی، به اعتیاد روی می‌آورد. شناخت شخصیت و ویژگی‌های رفتاری معتادان به منظور مبارزه با اعتیاد و نیز پیشگیری و درمان آن اهمیت دارد (میلایوجی و ایس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). آدرم و نیک‌منش (۱۳۹۰) ارتباط مستقیمی را بین استعداد اعتیاد و ویژگی‌های شخصیتی به دست آورده‌اند. هاشمی، و همکاران (۱۳۹۴) نیز با مقایسه ویژگی‌های پایدار شخصیتی افراد مستعد سوء‌مصرف مواد با افراد عادی به این نتایج دست یافتند که بین افراد مستعد سوء‌مصرف مواد با افراد عادی در شاخص‌های پایداری هیجانی و درون‌گرایی - برون‌گرایی تفاوت وجود دارد.

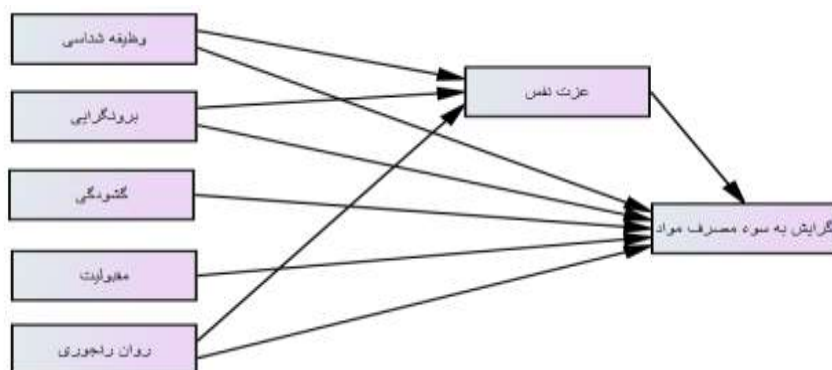
1. openness  
2. agreeableness  
3. Conscientiousness

4. Ersche  
5. Dubey, Arora, Gupta, & Kumar  
6. Milivojevic

یکی از متغیرهای اثرگذار بر اعتیاد عزت نفس<sup>۱</sup> است. عزت نفس احساس ارزش، تصویب، تایید، پذیرش و ارزشمندی است که شخص نسبت به خویشتن دارد (اورث، رابینس و ویدمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند حدود ۸۰٪ معتادان از عزت نفس پایین، اضطراب بالا و جایگاه مهار بیرونی برخوردارند. فرد خود ارزشمند، به راحتی می‌تواند با تهدیدها و وقایع اضطراب‌آور زندگی بدون تجربه برانگیختگی منفی و از هم پاشیدگی روانی مقابله نماید (بوستین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). عزت نفس قطعی‌ترین عامل در رشد روانی فرد محسوب می‌شود و اثرات برجسته‌ای در جریان فکری، احساسات، تمایلات، ارزش‌ها و هدف‌های وی دارد؛ هر اندازه که فرد در کسب عزت نفس دچار شکست شود؛ دستخوش اضطراب، تزلزل روانی و بدگمانی از خود، حقیقت‌گریزی و احساس عدم کفایت از زندگی می‌شود (ایلاوسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). عزت نفس زاییده زندگی اجتماعی و ارزش‌های آن است و در تمامی فعالیت‌های روزانه انسان به نوعی جلوه گر بوده و از مهمترین جنبه‌های شخصیت و تعیین‌کننده ویژگی‌های رفتاری انسان است (گریفیس، پارسونس و هیل<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). پژوهش‌های انجام شده (قنبری، عزیزی، و صفری، ۱۳۹۴؛ سوشما، کومار و بترا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵) رابطه متقابل ویژگی‌های شخصیتی و عزت نفس را نشان داده‌اند، و به علت وجود رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و عزت نفس با گرایش به سوء مصرف مواد، عزت نفس به عنوان متغیر میانجی بین ویژگی‌های شخصیتی با گرایش به سوء مصرف مورد بررسی قرار می‌گیرد. هدف پژوهش، ارائه الگویی مفهومی از اثر ویژگی‌های شخصیتی و عزت نفس بر گرایش به سوء مصرف مواد در افراد معتاد تحت درمان بوده است. پژوهشگر بر آن است که ارتباط متغیرهای مذکور را در قالب مدل (شکل ۱) بررسی کند.

1. self-esteem  
2. Orth, Robins, & Widaman  
3. Bukstein

4. Elavsky  
5. Griffiths, Parsons, & Hill  
6. Sushma, Kumar, & Batra



شکل ۱: مدل پیشنهادی برای بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، عزت‌نفس و گرایش به مصرف مواد

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از جمله پژوهش‌های همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) است. جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر شامل تمامی معتادان (مرد) تحت درمان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در تابستان سال ۱۳۹۶ بود. با توجه به ملاک کامری<sup>۱</sup> (۱۹۷۳، نقل از هومن، ۱۳۸۰) که حجم نمونه ۲۰۰ نفر را در مطالعات چند متغیره قابل قبول و مطلوب توصیف می‌کند و با توجه به نوع مطالعه و تعداد متغیرهای پیش‌بین، نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر (مرد) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شد. بدین صورت که ابتدا از بین ۲۲ منطقه شهر تهران ۲ منطقه به صورت تصادفی انتخاب شد؛ سپس به صورت تصادفی از هر منطقه ۲ مرکز ترک اعتیاد انتخاب و در ادامه از هر مرکز ترک اعتیاد به صورت تصادفی ۵۰ نفر انتخاب شدند. سپس پرسش‌نامه‌ها در بین آنان توزیع و بعد از تکمیل، جمع‌آوری شد.

### ابزار

۱- مقیاس آمادگی به اعتیاد<sup>۲</sup>: این مقیاس توسط وید<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۲) از پرسش‌نامه چندوجهی مینه‌سویا<sup>۴</sup> استخراج شده است. مقیاس ۳۸ پرسش دارد که با گزینه‌های

1. Comrey  
2. Addiction potential scale (APS)  
3. Wed

4. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI -2)

درست یا غلط) ارزیابی می‌شوند. این مقیاس دارای دو دسته سوال است: سوال‌های ۳۶، ۳۳، ۳۲، ۳۱، ۲۸، ۲۴، ۲۳، ۱۹، ۱۸، ۱۲، ۱۱، ۶، ۵، ۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. یعنی امتیاز گزینه درست معادل صفر و انتخاب گزینه غلط یک امتیاز خواهد گرفت. سوال‌های ۳۸، ۳۷، ۳۵، ۳۰، ۲۹، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۳، ۴، ۲ به صورت مستقیم نمره گذاری خواهند شد. یعنی انتخاب درست، یک امتیاز دارد و امتیاز انتخاب گزینه غلط صفر امتیاز خواهد بود. نمره نهایی مقیاس جمع همه امتیازات به دست آمده در مقیاس خواهد بود. این مقیاس در ایران توسط مینویی و صالحی (۱۳۸۲) ترجمه شده و نتایج نشان داده که توانایی تفکیک افراد معتاد از افراد عادی را دارد؛ در نتیجه از روایی تفکیکی مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش خدادادیان (۱۳۹۳) ۰/۸۱ به دست آمده، و در تحقیق حاضر ۰/۹۲ به دست آمد.

۲- مقیاس عزت نفس روزنبرگ<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط روزنبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۸۷) ساخته شده و حاوی ۱۰ سؤال است که به هر سؤال بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم پاسخ داده می‌شود. حداکثر نمره ۴۰ و حداقل ۱۰ می‌باشد. یکی از پر استفاده ترین ابزارها بوده و دارای اعتبار و روایی بالایی است. گویه‌های ۱ تا ۵ به شکل مثبت و گویه‌های ۶ تا ۱۰ به صورت منفی ارائه شده است. رجیبی و بهلول (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ در کل نمونه دانشجویی را ۰/۸۴، در دانشجویان پسر ۰/۸۷ و در دانشجویان دختر ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش علیزاده و همکاران (۱۳۸۴) ۰/۸۹ و در این تحقیق ۰/۷۶ به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه شخصیت گلدبرگ<sup>۳</sup>: این سیاهه از نوع خود گزارشی بوده که به وسیله گلدبرگ بر اساس پنج عامل شخصیت طراحی شده و پنج عامل روان رنجوری، برون گرایی، گشودگی، مقبولیت و وظیفه‌شناسی را اندازه گیری می‌کند. شامل ۵۰ سؤال بوده که الگوی پاسخ‌دهی به آن پنج گزینه‌ای لیکرت می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ

توسط گلدبرگ (۱۹۹۹)، برابر با ۰/۸۴ و روایی این سیاهه از طریق همبستگی با چند پرسش‌نامه‌ی شخصیتی از جمله، ۱۶ عاملی کتل برابر با ۰/۷۳ گزارش شده است (شفیعی تبار، خدایانه‌ی و صدق‌پور، ۱۳۸۷). ضریب آلفای کرونباخ در این تحقیق ۰/۸۹ به دست آمد.

## یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در نمونه انتخابی

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
گرایش به سوء مصرف	۲۲/۶۵	۴/۲۳	گشودگی	۳۴/۰۷	۵/۱۳
عزت نفس	۲۴/۵۰	۴/۵۸	مقبولیت	۳۶/۳۵	۵/۱۲
وظیفه‌شناسی	۳۶/۲۸	۵/۶۰	روان‌رنجوری	۲۹/۲۵	۵/۵۳۷
برون‌گرایی	۲۹/۸۹	۵/۱۰	-	-	-

ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی ویژگی‌های شخصیتی، عزت نفس و گرایش به سوء‌مصرف مواد

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- گرایش به مصرف مواد	۱	-	-	-	-	-	-
۲- عزت نفس	۰/۲۷**	۱	-	-	-	-	-
۳- وظیفه‌شناسی	۰/۲۸۱**	۰/۱۶۲*	۱	-	-	-	-
۴- برون‌گرایی	۰/۰۰۳	۰/۱۵۰*	۰/۱۸۹**	۱	-	-	-
۵- گشودگی	۰/۱۸۶**	۰/۱۵۶*	۰/۲۴۵**	۰/۰۶۴	۱	-	-
۶- مقبولیت	۰/۰۰۳	۰/۰۰۵	۰/۲۶۲**	۰/۱۷۷*	۰/۰۷۵	۱	-
۷- روان‌رنجوری	۰/۲۳۵**	۰/۲۴۷**	۰/۱۶۰*	۰/۱۱۷	۰/۰۹۸	۰/۱۲۹	۱

\* $P < 0/05$ , \*\* $P < 0/01$

با توجه به نتایج جدول ۲، مشخص است که بین عزت نفس، وظیفه‌شناسی و گشودگی با گرایش به سوء مصرف مواد رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). همچنین با توجه به نتایج جدول مشخص است که بین ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری با گرایش به سوء مصرف مواد رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). از طرفی با توجه به

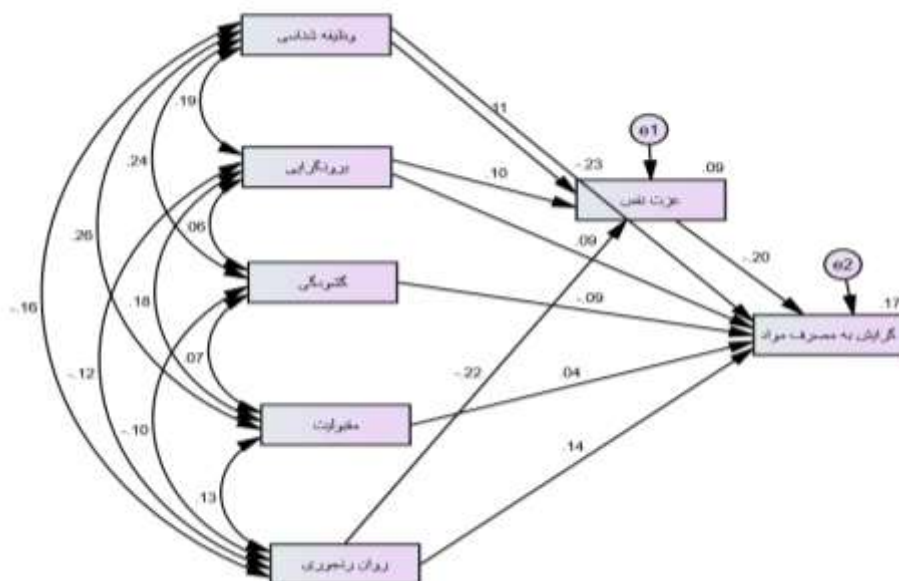


نتایج جدول مشخص است که بین ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و مقبولیت با گرایش به سوء مصرف مواد رابطه آماری معنی‌داری وجود ندارد. همچنین با توجه به نتایج پژوهش مشخص است که بین ویژگی‌های شخصیتی وظیفه‌شناسی، برون‌گرایی و گشودگی با عزت نفس رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). دیگر یافته پژوهش این بود که بین ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری با عزت نفس رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). از طرفی با توجه به نتایج جدول مشخص است که بین ویژگی شخصیتی مقبولیت با عزت نفس رابطه وجود ندارد. در جدول شماره ۳ شاخص‌های برازندگی مدل مفهومی پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل

شاخص	X <sup>2</sup> /DF	GFI	AGFI	NFI	CFI	IFI	SRMR	RMSEA
مدل پیشنهادی	۱/۲۱	۰/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۰۳	۰/۰۲

به طور کلی در کار با برنامه آموس هر یک از شاخص‌های به دست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند. شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. در جدول ۳ مقدارهای به دست آمده برای این شاخص‌ها ارائه شده که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار می‌باشد. با توجه به نتایج جدول مشخص است که مقدار مجذور خی بهنجار شده یا نسبی ( $X^2/DF = 0/21$ ) کمتر از نقطه برش به دست آمده است. همچنین مشخص است که مقدار شاخص نیکویی برازش ( $GFI = 0/99$ )، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده ( $AGFI = 0/95$ )، شاخص برازش هنجار شده یا شاخص برازش بنتلر-بونت ( $NFI = 0/98$ )، شاخص برازش تطبیقی ( $CFI = 0/99$ ) و همچنین شاخص برازش افزایشی ( $IFI = 0/99$ ) نزدیک به ۱ و بیشتر از نقطه برش 0/90 است. از طرفی با توجه به نتایج جدول مشخص است که ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد ( $RMSEA = 0/03$ ) و ریشه دوم میانگین مربعات باقیمانده استاندارد شده ( $SRMR = 0/02$ ) کمتر از نقطه برش 0/08 می‌باشند. می‌توان نتیجه گرفت مدل پیشنهادی دارای برازش مناسب با داده است.



شکل ۲: مدل مسیر تاثیر ویژگی‌های شخصیتی و عزت نفس بر گرایش به سوء مصرف مواد در حالت ضرایب استاندارد

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تدوین مدل گرایش به سوء مصرف مواد با توجه به عزت نفس و ویژگی‌های شخصیتی انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که مدل فرضی اولیه مورد تأیید قرار گرفته و از برازندگی بسیار مناسبی برخوردار است. با توجه به برآش مدل می‌توان استنباط کرد که ویژگی‌های شخصیتی و عزت نفس بر گرایش به سوء مصرف مواد تاثیر معناداری دارد. نتایج به دست آمده از پژوهش‌های پیشین رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و عزت نفس و تاثیر آن‌ها بر گرایش به سوء مصرف مواد را نشان می‌دهند. ولی پژوهشی که در آن به طور مستقیم و همزمان به بررسی سه متغیر مذکور (ویژگی‌های شخصیتی، عزت نفس و گرایش به سوء مصرف مواد) پرداخته باشد؛ یافت نشد. با این وجود می‌توان گفت که این یافته پژوهش با نتایج پژوهش‌های نژاد تقوی و سواری (۱۳۹۵)، هاشمی، و همکاران (۱۳۹۴)، نصیری، بخشی پور و دوسری و نصیری (۱۳۹۳)، خیری، عبداللهی و شاهقلیان (۱۳۹۲)، احمدی، نجفی، حسینی‌المدنی و عاشوری (۱۳۹۱)،

آدرم و نیک‌منش (۱۳۹۰)، زولسکی، جینکنز، جانسون و گودوین<sup>۱</sup> (۲۰۱۱)، گایلون، کروک و بایلی<sup>۲</sup> (۲۰۰۷)، دویی و همکاران (۲۰۱۰) و دانلی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۸) هماهنگ است.

در تبیین یافته فوق می توان گفت از آنجا که افراد دارای ویژگی شخصیتی مختص به خود به شکل خاصی رفتار می کنند؛ می توان انتظار داشت که گرایش آنان به سمت رفتارهای هدفمند و مفید و همچنین رفتارهای پرخطر و آسیب‌رسان، متفاوت باشد. در نتیجه افراد دارای ویژگی های شخصیتی متفاوت، از میزان بهزیستی و سلامت روانی متفاوتی برخوردارند و در نتیجه میزان عزت نفس آنان و گرایش به سمت رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد در آنان متفاوت است. بنابراین می توان انتظار داشت افرادی که ویژگی هایی مانند وظیفه شناسی و گشودگی در آنان غالب است؛ از میزان عزت نفس بالاتری برخوردارند. در نتیجه گرایش آنان نسبت به مصرف مواد، کمتر است. می توان انتظار داشت افرادی که ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری در آنان غالب تر است؛ از میزان عزت نفس پایین تری برخوردار بوده و گرایش به انجام رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد در آنان بالاتر است. معمولاً افرادی که ویژگی شخصیتی غالب در آنان روان‌رنجوری است؛ مضطرب، بیمناک و مستعد نگرانی هستند و احساس غم، تنهایی و طرد می کنند. این افراد احتمالاً دارای افکار غیرمنطقی می باشند و قدرت کمتری در کنترل تکانه دارند (مودی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). همچنین این افراد درجه انطباق پذیری ضعیف تر با دیگران دارند. شرایط فشار روانی نشان می دهد احتمالاً این ویژگی ها در افراد دارای خصیصه روان‌رنجوری آن ها را مستعد اعتیاد پذیری می نماید. از طرفی افراد وجدانی دارای هدف و خواسته های قوی و از پیش تعیین شده اند. در واقع با وجدان بودن تمایل شخص به توانمندی در انضباط و وظیفه مند بودن را نشان می دهد (تیلوپولوس، پالیر و کاکسون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). می توان گفت نمرات پایین در این مقیاس با رفتارهای پرخطر چون سوء مصرف مواد و مصرف الکل

1. Zvolensky, Jenkins, Johnson & Goodwin  
2. Guillon, Crocq & Bailey

3. Donnelly  
4. Moody  
5. Tiliopoulos, Pallier & Coxon

مرتبط است و نمرات بالا در این مقیاس منجر به هدفمند بودند و برنامه‌ریزی و انجام رفتارهای مفید می‌شود.

همچنین عزت‌نفس از مهم‌ترین جنبه‌های شخصیت و تعیین‌کننده ویژگی‌های رفتاری انسان است. عزت‌نفس نقش محافظت‌کننده‌ای در مقابله با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل فشارهای وقایع منفی زندگی حمایت می‌کند. فردی که از ارزشمندی بالایی برخوردار است، به راحتی قادر است با تهدیدها و وقایع فشارآور بیرونی بدون تجربه برانگیختگی منفی و از هم‌پاشیدگی سازمان بیرونی مواجه شود (محمدی، رفاهی و سامانی، ۱۳۹۲). عزت‌نفس پایین در افراد، علی‌الخصوص افراد معتاد به مواد مخدر، باعث می‌شود تا حتی از تجارب مثبت زندگی خود نیز ادراک منفی داشته باشند. این در حالی است که افراد دارای عزت‌نفس بالا در مقابل رویدادهای منفی زندگی از خود مقاومت زیادی نشان می‌دهند؛ در نتیجه گرایش به سوء‌مصرف مواد در این افراد کمتر بروز پیدا می‌کند (دانلی و همکاران، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر داشتن چشم‌اندازی متعادل که افراد را در راستای اهداف آن‌ها هدایت می‌کند، توانایی‌های مقابله و کنارآمدن را در آنان در مقابله با ضرورت‌های زندگی بالا می‌برد و از این‌رو عزت‌نفس مثبت‌تر و کیفیت زندگی بهتری را برای آن‌ها به ارمغان می‌آورد؛ می‌توان انتظار داشت افراد با عزت‌نفس بالاتر، گرایش کمتری به انجام رفتارهای پرخطر نظیر سوء‌مصرف مواد داشته باشند. از آنجا که از عزت‌نفس به عنوان هسته مرکزی ساختارهای روان‌شناختی فرد و سپر محافظ فرد در مقابله با فشارهای روانی وقایع فشارآور منفی زندگی یاد شده؛ به نظر می‌رسد افرادی که از میزان عزت‌نفس بالاتری برخوردار هستند از مهارت‌های مقابله‌ای بالاتری برخوردار هستند. افراد با عزت‌نفس بالا، اعتقاد بالایی به خود و توانایی‌های درونی خود دارند. به نقش توانایی‌های خود در سرنوشت خود معتقد هستند. کمتر به شانس و عوامل بیرونی در تغییر سرنوشت خود باور دارند (میرزایی علویچه و همکاران، ۱۳۹۰). می‌توان انتظار داشت که میزان برخورداری افراد از عزت‌نفس بر میزان گرایش آنان به رفتارهای پرخطر نظیر سوء‌مصرف مواد تاثیر داشته باشد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود با ارتقای سطح عزت‌نفس از طریق آموزش مهارت‌هایی نظیر مثبت‌اندیشی و مهارت‌های زندگی در مدارس و دانشگاه‌ها قدمی در جهت پیشگیری از گرایش افراد به سوء مصرف مواد برداشته شود. از سوی دیگر از آنجایی که صفات شخصیتی دیرپا و بادوام بوده و ریشه در دوران کودکی دارند، باید مداخلات پیشگیری از اعتیاد را در این دوران و در کانون خانواده بنیان نهاد. در زمینه محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت، با توجه به اینکه جمع‌آوری داده‌ها به صورت خود گزارشی بوده ممکن است افراد سعی داشته باشند خود را بهتر از آنچه هستند جلوه دهند و با سوگیری و بی‌دقتی به پرسشنامه‌ها پاسخ داده باشند. همچنین این مطالعه محدود به گروه نمونه‌ای از مردان معتاد تحت درمان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران بوده، در نتیجه در تعمیم‌دهی نتایج به سایر افراد و گروه‌ها باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

## منابع

- ابراهیمی مقدم، حسین (۱۳۹۴). سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر- محرک- / اینترنت. تهران: انتشارات فارابی.
- احمدی، محسن؛ نجفی، محمود؛ حسینی‌المدنی، سیدعلی و عاشوری، آلاله (۱۳۹۱). مقایسه سبک‌های دفاعی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد معتاد و عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۳)، ۵۱-۳۹.
- آدرم، مهدیه و نیک‌منش، زهرا (۱۳۹۰). گرایش به مصرف مواد در جوانان بر اساس ویژگی‌های شخصیت. *مجله تحقیقات علوم پزشکی*، ۱۲(۲)، ۱۰۴-۱۰۱.
- خدادادیان، پرویز (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد از طریق رگه‌های شخصیت و سبک‌های تفکر در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر کرمانشاه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- خیری، طوبی؛ عبداللهی، محمدحسین و شاهقلیان، مهناز (۱۳۹۲). مقایسه هوش هیجانی، سبک دل‌بستگی و عزت‌نفس در افراد معتاد و غیر معتاد. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۲(۲)، ۶۸-۴۶.
- رجبی، غلامرضا؛ و بهلول، نسرین (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ۳(۸)، ۴۸-۳۳.

شولتز، دوان پی، و شولتز، سیدنی ال. (۲۰۱۳). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: نشر ویرایش.

علیزاده، توران؛ فراهانی، محمدنقی؛ شهر آرای، مهرناز و علیزادگان، شهرزاد (۱۳۸۴). رابطه بین عزت نفس و منبع کنترل با استرس ناباروری زنان و مردان نابارور. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۶(۲۲)، ۱۹۴-۲۰۴.

قنبری، سیروس؛ عزیزی، فریده؛ و صفری، حشمت (۱۳۹۴). *بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با عزت نفس دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا همدان*. همایش بین‌المللی روان‌شناسی و فرهنگ زندگی، استانبول، ترکیه.

کیخای فرزانه، احمد رضا؛ خاکپور، حسین؛ کیخای فرزانه، محمد مجتبی؛ و خلعتبری، جواد (۱۳۹۱). اثر گروه درمانی رفتاری-شناختی بر عزت نفس و شیوه نگرش به مواد مخدر در معتادان. *فصلنامه افق دانش*، ۱۸(۴)، ۱۸۹-۱۸۵.

لطفی کاشانی، فرح؛ و عسکری، علی اکبر (۱۳۸۸). *اثر بخشی درمان شناختی رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون و درمان به شیوه کنگره 60 بر تغییر وضعیت روانی معتادین به کراک*. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۲)، ۱۸-۷.

محمدی، مجتبی؛ فراهانی، جلال؛ کرمی، حمیدرضا؛ رسولی، ندا؛ رسولی، مجید؛ و فضلی، مهدی (۱۳۹۳). *بررسی عوامل موثر در گرایش دانش آموزان دوره متوسطه به سوء مصرف مواد مخدر و راه‌های پیشگیری از آن*. *دو فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر*، ۶(۲۲-۲۱)، ۶۳-۷۸.

مینوئی، محمود؛ و صالحی، مهدیه (۱۳۸۲). *بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و هنجاریابی آزمون‌های APS، AAS و MAC-R به منظور شناسایی افراد در معرض و مستعد سوء مصرف مواد در بین دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران*. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱(۳)، ۱۰۸-۷۷. نژاد تقوی، کبری؛ و سواری، کریم (۱۳۹۵). *رابطه ویژگی‌های شخصیت با گرایش به سوء مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز*. *کنفرانس جهانی روان‌شناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم*، تهران.

نصیری، فرزاد؛ بخشی پور و دوسری، عباس؛ و نصیری، سامان (۱۳۹۳). *پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس عزت نفس و مؤلفه‌های هوش هیجانی*. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۱)، ۱۴۶-۱۳۵. هاشمی، شیماء؛ غضنفری، فیروزه؛ دنیوی، وحید؛ و سپهوند، رامین (۱۳۹۴). *مقایسه ویژگی‌های پایدار شخصیتی افراد مستعد سوء مصرف مواد با افراد عادی*. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۶(۳)، ۳۱-۲۶.

- Abuse, S. (2011). *Mental Health Services Administration Office of Applied Studies: National Survey of Substance Abuse Treatment Services (NSSATS): 2009*. Data on Substance Abuse Treatment Facilities.
- Bukstein, O. G. (2000). Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(1), 67-79.
- Caligiuri, P. M. (2000). The big five personality characteristics as predictors of expatriate's desire to terminate the assignment and supervisor-rated performance. *Personnel Psychology*, 53(1), 67-88.
- Dennhardt, A. A., & Murphy, J. G. (2013). Prevention and treatment of college student drug use: A review of the literature. *Addictive behaviors*, 38(10), 2607-2618.
- Donnelly, J., Young, M., Pearson, R., Penhollow, T. M., & Hernandez, A. (2008). Area specific self-esteem, values, and adolescent substance use. *Journal of Drug Education*, 38(4), 389-403.
- Dubey, C., Arora, M., Gupta, S., & Kumar, B. (2010). Five factor correlates: A comparison of substance abusers and non-substance abusers. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(1), 107-114.
- Ersche, K. D., Turton, A. J., Chamberlain, S. R., Müller, U., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2012). Cognitive dysfunction and anxious-impulsive personality traits are end phenotypes for drug dependence. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 926-936.
- Eysenck, H. J. (Ed.). (2012). *A model for personality*. Springer Science & Business Media.
- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 282-304.
- Guillon, M. S., Crocq, M. A., & Bailey, P. E. (2007). Nicotine dependence and self-esteem in adolescents with mental disorders. *Addictive Behaviors*, 32(4), 758-764.
- Hersen, M., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (Eds.). (2011). *Adult psychopathology and diagnosis*. John Wiley & Sons.
- McCrae, R. R., Costa Jr, P. T., Terracciano, A., Parker, W. D., Mills, C. J., De Fruyt, F., & Mervielde, I. (2002). Personality trait development from age 12 to age 18: Longitudinal, cross-sectional and cross-cultural analyses. *Journal of personality and social psychology*, 83(6), 1456-1460.
- Milivojevic, D., Milovanovic, S. D., Jovanovic, M., Svrakic, D. M., Svrakic, N. M., Svrakic, S. M., & Cloninger, C. R. (2012). Temperament and character modify risk of drug addiction and influence choice of drugs. *The American Journal on Addictions*, 21(5), 462-467.
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271.

- Sushma, Kumar, P., & Batra, P. (2015). A Study of Personality and Self Esteem among youth of Rohtak, Haryan. *Delhi Psychiatry Journal*, 18(1), 133-137.
- Zvolensky, M. J., Jenkins, E. F., Johnson, K. A., & Goodwin, R. D. (2011). Personality disorders and cigarette smoking among adults in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 835-841.



## رابطه علی اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری با آمادگی به اعتیاد

نسرین چمنی<sup>۱</sup>، ایلناز سجادیان<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۲

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه علی اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری با آمادگی به اعتیاد بود. **روش:** در این مطالعه همبستگی، جامعه آماری را دانش آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهر اصفهان تشکیل می دادند. به روش خوشه ای تصادفی، ۳۷۵ دانش آموز از بین نواحی شهر اصفهان، براساس جدول تعیین حجم نمونه کوهن و همکاران (۲۰۰۰) به عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت کنندگان، به پرسش نامه های اعتیاد پذیری، اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری پاسخ دادند. **یافته ها:** براساس نتایج این پژوهش، مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی با داده ها برخوردار بود. ضرایب تأثیر اضطراب، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان، قلدری و نشخوار فکری بر اعتیاد پذیری معنا دار بود. **نتیجه گیری:** بنابر نتایج پژوهش اضطراب، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان، قلدری و نشخوار فکری بر اعتیاد پذیری تأثیر علی دارند. لذا این مدل می تواند به مثابه الگویی مطلوب، برای تدوین برنامه های آموزشی پیشگیری از اعتیاد متمر ثمر باشد.

**کلیدواژه ها:** اعتیاد پذیری، اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان، قلدری

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران  
۲. نویسنده مسئول: استاد یار گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

## مقدمه

مصرف مواد یکی از معضلات عمده زیستی، روانی و اجتماعی است و جهان در دهه اخیر با آمار حیرت‌آور شیوع مصرف مواد، به طور عمومی در جامعه به ویژه در قشر نوجوان مواجه بوده است. اگرچه دوره نوجوانی به عنوان یک دوره خطر‌ساز، تحولی برای تجربه مواد است، اما عوامل خطر‌ساز و محافظت‌کننده‌ای وجود دارند که شناخت آن‌ها برای ارتقای برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی اعتیاد در نوجوانان، مهم به نظر می‌رسد (فولادوند، برجعلی، حسین ثابت و دلاور، ۱۳۹۵). آمادگی اعتیاد، گرایش به مواد مخدر و رفتارهای اعتیاد گونه است. به نحوی که فرد یا مشغولیت ذهنی زیادی در رابطه با مصرف مواد مخدر دارد یا اگر در معرض مواد قرار گیرد، احتمال مصرف مواد بسیار زیاد است (اصغری، قاسمی جوینه و قاری، ۱۳۹۳). در حقیقت، گرایش به مواد یک حالت یا ویژگی روانی است که با مشکلات روان‌شناختی یا واکنش‌های هیجانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس همراه است (جلیلیان و همکاران، ۲۰۱۴). امروزه سلامت روان (اضطراب، استرس و افسردگی)، به یکی از مهم‌ترین مسائل مورد مطالعه روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصان علوم رفتاری تبدیل شده و طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، اختلالات خلقی مانند: افسردگی و اضطراب، ۳۵ درصد کل اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند. اکثر آن‌ها از دوران کودکی و نوجوانی منشأ می‌گیرند (طیوری و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش مرادی، عریضی، رضایی دهنوی و احمدی دارانی (۱۳۸۷) نشان داد که سلامت روانی می‌تواند استعداد اعتیاد دانش‌آموزان را پیش‌بینی کند.

اضطراب یک احساس هیجان‌آمیز عمومی و مبهم از دلواپسی است که با یک یا چند احساس جسمی و در صورت تداوم با مشکلات روانی دیگر همراه می‌شود (قاسم‌نژاد و برخورداری، ۱۳۹۱). دیکسون، استیون و ویانا<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) طبق بررسی‌های خود نشان دادند اضطراب بالا پیش‌بین قدرتمندی برای گرایش به اعتیاد می‌باشد. قهوه‌چی و محمدخانی (۱۳۹۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که هیجان‌ات منفی با مصرف سیگار ارتباط دارد. همچنین نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد میزان اضطراب و علائم مختلط

اضطراب و افسردگی با پاسخ‌های مربوط به نشخوار فکری همراه بوده و با آن رابطه مستقیم دارد (بهادری، جهانبخش، جمشیدی و عسکری، ۱۳۹۰). نشخوار فکری به عنوان پاسخی به رویدادها تعریف شده که شامل تمرکز منفعل و تکراری در نشانه‌های این رویداد و تلاش برای یافتن دلایل و پیامدهای این رویداد است (نولن هوکسیما و یسکو و لیوبومیرسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). مطالعه‌ای که بر روی نوجوانان ۱۹-۱۴ ساله توسط ویلم، بیتبر، کلاس و راس<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) انجام شد، حاکی از این بود که نشخوار فکری افزایش دهنده رفتارهای ناسازگارانه از جمله مصرف مواد بوده، با آن رابطه مستقیم داشته و افرادی که در معرض نشخوار فکری قرار می‌گیرند برای جلوگیری از آن به مصرف مواد روی می‌آورند. براساس یافته‌های پژوهشی، ارتباط با خانواده می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان باشد. مطالعات نشان می‌دهند وجود و کیفیت ارتباطات با والدین به طور نیرومندی الگوهای مصرف نوجوانان را پیش‌بینی می‌کند. در حالی که ارتباطات تعارض آمیز، خطر مصرف مواد را افزایش می‌دهد. در مقابل، ارتباطات صمیمی تر، مانع مصرف مواد در نوجوانان می‌شود. زمانی که نوجوانان با والدین خود ارتباط دارند و احساسات‌شان را بیان می‌کنند از اثرات مضر مصرف مواد در امان بوده و احتمال کمتری وجود دارد که به مصرف مواد روی آورند (اریکسون، لن و رانسون، ۲۰۰۹؛ به نقل از فولادوند و همکاران، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش محمدی (۱۳۹۵) و وجودی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داده شیوه‌های فرزندپروری والدین قادر به پیش‌بینی استعداد اعتیاد نوجوانان است. همچنین نتایج پژوهش علایی خرایم و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد نوجوانانی که از جانب والدین خود طرد شده‌اند، از دوستان منحرف پیروی کرده و در نتیجه به مصرف مواد روی می‌آورند.

یکی از ابعاد بدرفتاری با فرزندان و شایع‌ترین آن غفلت<sup>۳</sup> از آن‌ها در نظر گرفته شده است. در استرالیا و انگلستان از بین موارد اثبات شده بدرفتاری با فرزندان، بیشترین موارد مربوط به غفلت بوده است (تکفلی و آقابخشی، ۱۳۹۴). مطالعات نشان داده نوجوانی که از

جانب خانواده مورد غفلت قرار می‌گیرد، برای جبران کمبودهای عاطفی و روانی‌اش و کسب حمایت و تایید به دوستان و همسن خود روی می‌آورد (اعظمی و همکاران، ۱۳۹۵). این روابط در فرآیند شکل‌گیری استقلال و جدایی نسبی از خانواده خود به وجود آمده و در گرایش نوجوانان به سمت اعتیاد و سایر رفتار پرخطر نقش مهمی ایفا می‌کند. در واقع در سنین نوجوانی تأثیرگذاری گروه همسالان، حتی بیشتر از خانواده می‌باشد (اصغری و همکاران، ۱۳۹۳). وسعت، شدت و بزرگی مشکلی که نوجوان با گروه همسالان خود دارد می‌تواند به عنوان مشکلات ارتباطی با همسالانش مورد بررسی قرار گیرد (خانزاده، رحیمی و استوی، ۱۳۹۵). از جمله نگرانی‌های فزاینده مدارس در مورد ارتباط با همسالان، بروز اختلال‌های رفتاری از نوع خشونت، مسایل انضباطی، زورگویی و رفتارهای تخریب‌گرانه و بی‌ادبانه از سوی دانش‌آموزان است. نوجوانانی که مشکلات رفتاری دارند اغلب عملکرد تحصیلی ضعیف‌تری داشته و از سوی همسالان طرد می‌شوند. این قبیل افراد معمولاً در آینده به رفتارهای جنایی، سوءاستفاده از مواد، الکل و غیره روی می‌آورند (ویس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از منصوری‌نژاد، ۱۳۹۳).

یکی از مشکلات رفتاری در مدرسه قلدری<sup>۳</sup> است. قلدری، شکلی از رفتار پرخاشگرانه عمدی و تکراری است که به صورت فردی یا گروهی در مدارس اتفاق می‌افتد. رفتار قلدری، از نیاز به سوءاستفاده از قدرت بر علیه دیگران و میل به تسلط بر آن‌ها نشأت می‌گیرد و یک نابرابری قدرت بین قلدر و قربانی به وجود می‌آید (مظاهری تهرانی، شیری و ولی‌پور، ۱۳۹۴). شواهد حاکی از آن است که رفتارهای پرخاشگرانه در سنین نوجوانی که بچه‌ها به دنبال روابط دوستی جدید هستند، افزایش می‌یابند (باتاگلیو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل آزاد، ۱۳۹۰). همچنین شواهد نشان داده‌اند قلدری در بین پسران نسبت به دختران بیشتر اتفاق می‌افتد و پسران در مقایسه با دختران احتمال بیشتری دارد که به قلدر تبدیل شوند (بولتون و اسمیت<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴). نتایج تحقیق قمری گیوه و مجرد (۱۳۹۵) نیز نشان داد که بین تکانشگری یا رفتارهای پرخاشگرانه بدون توجه به پیامدهای منفی آن و گرایش به اعتیاد

1- Peers relationships  
2- Weiss  
3- Bullying

4- Battaglio  
5- Boulton & Smith

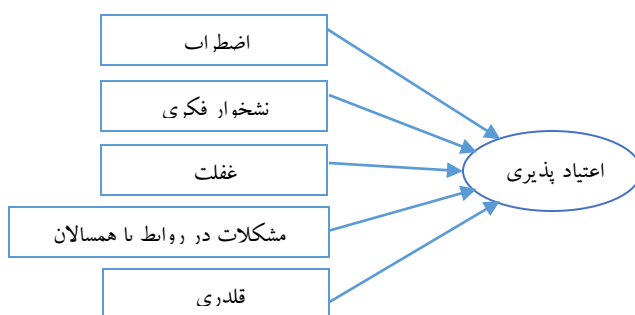
رابطه مثبت وجود دارد. به این صورت که هرچه میزان تکانشگری در فرد زیاد باشد میزان گرایش به اعتیاد بیشتر خواهد بود.

نوجوانی دوره‌ی مهم برای رشد و تغییر جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. این دوره می‌تواند زمانی برای به وجود آمدن تهدیدهای متعدد باشد، که سلامت و بهزیستی نوجوانان را به خطر می‌اندازند (نظری، امینی منش و شاهینی، ۱۳۹۲). بررسی‌های همه‌گیرشناسی حاکی از آن است که مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین نوجوانان جوامع مختلف، در دهه‌های اخیر افزایش چشمگیری داشته است (جانستون و همکاران، ۲۰۱۶). طبق گزارشات، سن آغاز مصرف مواد مخدر در ایران به ۱۴ تا ۱۶ سال رسیده و سالانه ۱۰٪ به تعداد معتادان افزوده می‌شود. رشد اعتیاد تزریقی نیز ۳۰٪ است که این میزان تقریباً ۵ برابر رشد جمعیت کشور است (باقری، نبوی، ملتفت و نقی‌پور، ۱۳۸۹). همچنین با توجه به آمارهای سازمان ملی و بهداشت مصرف مواد مخدر برآورد شده یک و نیم میلیون از نوجوانان به اختلال مصرف مواد مبتلا می‌باشند که از این آمار تنها یازده هزار نفر از آنان (۷ درصد)، برای این اختلال درمان دریافت می‌کنند (نیکوی کویس، کریمی، آسوده نالکیاشری، و یونسی، ۱۳۹۶).

مصرف مواد مخدر و سایر مواد غیر قانونی توسط نوجوانان و جوانان یکی از مهمترین چالش‌ها و مشکلات سلامت عمومی و روانی - اجتماعی است که مشکلات فردی، اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی بسیاری بر جوامع درگیر تحمیل می‌کند (احمدیان و رستمی، ۱۳۹۵). بسیاری از این نوجوانان ممکن است در اوایل بزرگسالی دچار اختلال سوءمصرف یا وابستگی به مواد شوند. طبق نظریه استعداد اعتیاد، برخی افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض مواد قرار بگیرند معتاد می‌شوند. اما اگر کسی استعداد نداشته باشد، معتاد نمی‌شود (مامی و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهشی که روی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرج انجام شد بیشترین مواد مورد استفاده در کل دانش‌آموزان در طول عمر به ترتیب شیوع عبارت است از: الف - مواد سبک شامل: قلیان (۵۳ درصد)، سیگار (۲۴/۸ درصد)، مشروب (۱۳/۶ درصد) ب - مواد سنگین شامل: قرص‌های اکس (۲ درصد)، تریاک (۲ درصد)، حشیش (۱/۱ درصد)، شیشه (۰/۴ درصد)، کراک (۰/۴ درصد) و هروئین

۲/۰ درصد) بودند. میانگین نسبی همه گروه‌ها، مشابه جمعیت مورد مطالعه و توزیع جنسی در آن‌ها بطور معناداری در جنس مذکر بیشتر بود (ابوالقاسمی، دادفر و نبی‌دوست، ۱۳۹۵).

با توجه به پیامدهای ناخوشایند پدیده اعتیاد مانند: از هم‌پاشیدگی خانواده‌ها و طلاق، فرزندان بی‌سرپرست و آینده آنان، درگیر شدن نسل جوان در این مشکل و به هدر رفتن منابع مالی و اقتصادی کشور، پرشدن زندان‌ها و افزایش سایر انحرافات، و استفاده گسترده از مواد مخدر در دوره نوجوانی، بررسی عوامل موثر در ابتلا به آن می‌تواند در پیشگیری از گرایش بیشتر نوجوانان به سمت مواد حایز اهمیت باشد. این پژوهش به منظور پاسخ به این سوال انجام گرفته که آیا مدل علی تاثیرات اضطراب، نشخوار فکری، روابط بین همسالان و قلدری بر اعتیادپذیری از برآزش مطلوب برخوردار است؟



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان پسر دوره دوم متوسطه می‌باشند که در سال ۹۷-۱۳۹۶ در مدارس شهر اصفهان در حال تحصیل بوده‌اند، که جمعیت کلی آن‌ها در پایه دهم ۱۵۴۳۱ نفر، در پایه یازدهم ۱۵۲۱۵ و در پایه پیش دانشگاهی ۱۲۰۳۲ می‌باشد. با توجه به آمار جامعه پژوهش براساس جدول کوهن و مانیون و موریسون (۲۰۰۰)، تعداد ۳۷۵ نفر از دانش آموزان دوره دوم متوسطه به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. که از بین

نواحی پنج گانه ی آموزش و پرورش بعد از اخذ مجوز، ناحیه ی ۵ به صورت تصادفی انتخاب و از بین مدارس این ناحیه دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب گردید. کل دانش آموزان دوره ی دوم متوسطه این دو مدرسه به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. معیارهای ورود دانش آموزپسر دوره دوم متوسطه بودن، تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش و عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی همزمان را شامل می شد.

## ابزار

۱- پرسش نامه آمادگی به اعتیاد<sup>۱</sup>: این پرسش نامه توسط زینالی، وحدت و حامدینیا (۱۳۸۶) برای جمعیت کلی، با هدف اندازه گیری آمادگی و استعداد اعتیاد طراحی شده است. دارای ۵۰ گویه و ۱۰ خرده مقیاس است که عبارتند از: نارضایتی درونی، رفتارهای مخاطره آمیز، غیر قابل اعتماد بودن، خودنمایی، افکار مثبت نسبت به مواد، نارضایتی از خانواده، ایمان و معنویت پایین، انحراف از هنجارها، خودمحوری و روابط مخاطره آمیز با دوستان. توسط زینالی (۱۳۹۳) برای نوجوانان ۱۴ تا ۲۰ سال در ایران رواسازی شده است. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان پرسش نامه با پروفایل خطر مصرف مواد ۰/۶۶، برآورد شد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ برآورد شد. در پژوهش حاضر از نمره کلی استفاده شد. آلفای کرونباخ کل در این تحقیق ۰/۸۹۵ به دست آمد.

۲- پرسش نامه اضطراب<sup>۲</sup>: پرسش نامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی توسط زیگموند و اسنیت (۱۹۸۳) در ۱۸ سوال (۷ سؤال افسردگی و ۷ سوال اضطراب) طراحی شد. هر سؤال از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود؛ امتیازات مربوط به سطح افسردگی و اضطراب می تواند بین صفر تا ۲۱ باشد. برای هر دو مقیاس، نمرات در دامنه صفر تا ۶ طبیعی، ۴ تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۸ متوسط و ۱۰ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته می شود. وایت، لیچ، سیمز، اتکینسون، و کاترل<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) به بررسی روایی پرسش نامه در نوجوانان پرداختند. نتایج

1. Addiction Susceptibility Questionnaire  
2. Hospital Anxiety and Depression Scale

3. White, Leach, Sims, Atkinson, & Cottrell

نشان داد اعتبار بازآزمایی مناسب است و قادر به غربال نوجوانان دچار افسردگی و اضطراب از نوجوانان دارای خلق طبیعی می‌باشد. توسط کاویانی، صیفوریان، شریفی، و ابراهیم‌خانی (۱۳۸۸) بر روی بیماران دارای اختلال افسردگی و اضطراب اجرا شد. برای تعیین روایی آن از روایی صوری، محتوایی و همزمان مبنی بر معیار بیرونی استفاده شد. آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس افسردگی ۰/۷۰ و خرده‌مقیاس اضطراب ۰/۸۵ بوده است (مرادیان، عبادی، سعید، و آسیایی، ۱۳۹۲). آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۷۵۷ به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه کودک‌آزاری: توسط حسین‌خانی و همکاران در سال ۱۳۹۲ طراحی شد. دارای ۲۶ سوال بوده و هدف آن ارزیابی کودک‌آزاری در ایران از ابعاد مختلف (آزار روانی و عاطفی، آزار فیزیکی، غفلت) می‌باشد. نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است. در پژوهش حسین‌خانی و همکاران (۱۳۹۲) که بر روی دختر و پسر پایه چهارم و پنجم ابتدایی اجرا شد، روایی صوری (با استفاده از نظر اساتید)، روایی سازه با تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و روایی وابسته به محتوا به دوروش کمی و کیفی مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای آزار روانی و عاطفی ۰/۹۶، آزار فیزیکی ۰/۹۸، غفلت ۰/۸۳ و کل ۰/۹۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس غفلت پرسش‌نامه استفاده شد. آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۵۷ به دست آمد.

۴- پرسش‌نامه روابط همسالان: این پرسش‌نامه شامل ۲۵ گویه است که توسط هادسون<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) ساخته شد و برای اندازه‌گیری وسعت، شدت و بزرگی یک مشکل که افراد با گروه همسالان خود دارند طراحی شده است. می‌تواند به عنوان سنجش کلی مشکلات ارتباطی با همسالان استفاده شود. دارای دو نقطه برش است. نمره‌گذاری بر اساس طیف ۷ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. نقطه برش اول نمره‌ی ۳۰ است. نمرات پایین‌تر از آن نشانگر عدم وجود مشکل بالینی قابل توجه در این حیطه می‌باشد. نقطه برش دوم نمره‌ی ۷۰ است. نشانگر تجربه‌ی شدید و احتمال دست زدن به برخی از انواع خشونت برای برخورد با مشکلات است. هادسون ضریب آلفا را ۰/۹۴ گزارش کرده است. از



روایی مناسبی از طریق مقایسه با گروه‌های شناخته شده برخوردار است. می‌تواند تفاوت معناداری را بین افرادی که طبق اظهار خودشان و درمان‌گیشان مشکلات ارتباطی با همسالان دارند و گروه نرمال، نشان دهد. آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۸۱ به دست آمد.

۵- پرسش‌نامه نشخوار فکری<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه توسط نولن هوکسیما و مورو در سال ۱۹۹۱ جهت ارزیابی نشخوار فکری ساخته شد. ۲۲ گویه دارد که روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه نمره گذاری می‌شود. در ایران توسط شاه‌حسینی و معنوی‌پور (۱۳۹۵) بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اجرا شد. برای تعیین روایی مقیاس سبک پاسخ‌دهی نشخواری از روش تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است (شاه‌حسینی و معنوی‌پور، ۱۳۹۵). آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۸۹۸ به دست آمد.

۶- پرسش‌نامه قلدری<sup>۲</sup>: اسپلیج و هالت<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) پرسش‌نامه قلدری ایلینویز را با ۱۸ سوال و سه خرده‌مقیاس قلدری، نزاع و قربانی طراحی نمودند. اسپلیج و هالت (۲۰۰۱) ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۸۳، خرده‌مقیاس قلدری ۰/۸۷، خرده‌مقیاس نزاع ۰/۸۳ و خرده‌مقیاس قربانی ۰/۸۸ گزارش نمودند. در ایران بر روی دانش‌آموزان با میانگین سنی ۱۳/۶ اجرا شده است. روایی این مقیاس با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی، روایی همگرا و واگرا بررسی شد. اعتبار مقیاس از سه روش آلفای کرونباخ، دو نیمه و باز آزمایی مورد بررسی قرار گرفت و ضرایب آن‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد (چالمه، ۱۳۹۲). آلفای کرونباخ در این مطالعه برای قلدری کل ۰/۸۹۷ و برای خرده‌مقیاس‌های قلدری، قربانی و نزاع به ترتیب ۰/۸۵۲، ۰/۶۳ و ۰/۷۵۴ به دست آمد.

### یافته‌ها

میانگین (انحراف استاندارد) سنی دانش‌آموزان ۱۷/۰۵ (۰/۷۹) سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

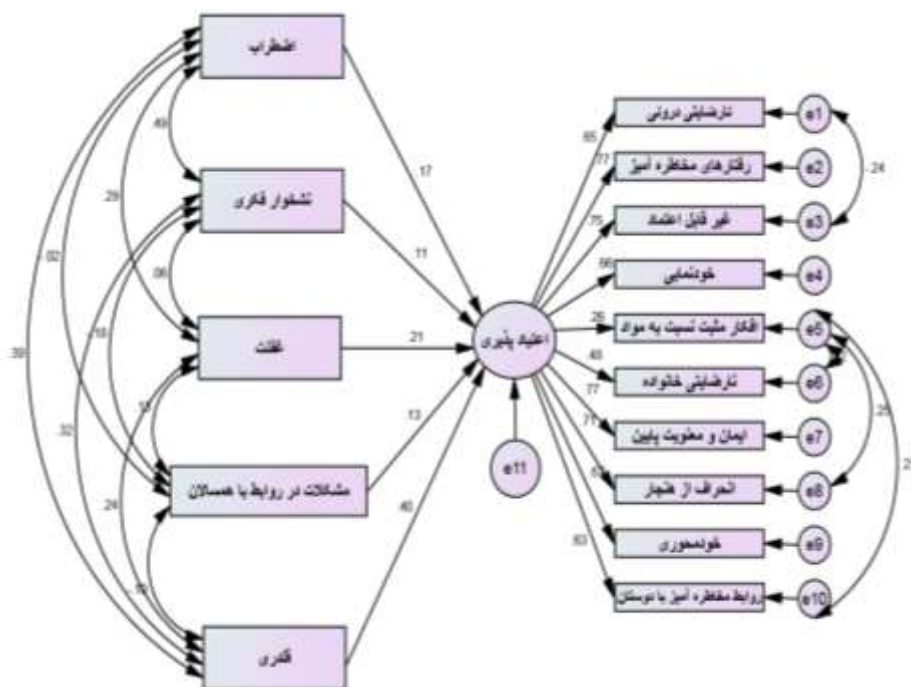
1. Rumination Reflection Scale  
2. Illinois bullying scale

3. Espelage, & Holt

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
اعتیادپذیری	۳۷۵	۱۸/۰۱	۹/۴	۰/۳۷	-۰/۰۰۴
اضطراب	۳۷۵	۸/۶۳	۴/۳۷	۰/۲۶۵	۰/۰۴۶
نشخوار فکری	۳۷۵	۲۳/۵۸	۱۱/۸۲	۰/۵۹۹	۰/۴۹۶
غفلت	۳۷۵	۳/۹۱	۱/۹۹	-۰/۴۴۲	۱/۶۷
مشکلات در روابط با همسالان	۳۷۵	۸۹/۹۸	۱۹/۷۹	-۰/۱۹۸	۱/۷۴۲
قلدری کل	۳۷۵	۱۶/۷۸	۱۲/۷۸	۰/۸۷۸	۰/۹۶۵
قلدری	۳۷۵	۷/۰۳	۶/۹۹	۱/۰۵۵	۰/۸۲۵
قربانی	۳۷۵	۴/۳	۳/۲۷	۰/۶۰۷	-۰/۰۴
نزاع	۳۷۵	۵/۴۵	۴/۲۶	۱/۰۳۹	۰/۹۷۶

الگوی رابطه اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان و قلدری با اعتیادپذیری در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱: الگوی رابطه اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان و قلدری با اعتیادپذیری

شاخص‌های کلی برازش الگو در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های برازش در مدل پیشنهادی

شاخص‌های برازش					نرمال بودن چند متغیره
سایر	مقتصد	تطبیقی	مطلق	ضریب نسبت مردیا بحرانی	
				درجه - مجدورخی آزادی	۳۰/۶۹ ۱۳/۱۶
۲۴۳	۰/۰۵۶	۲/۱۸	۰/۶۹	۰/۹۵۳	۰/۹۳۵
				۰/۰۰۰۵	۷۶
				۱۶۵/۸۸۳	

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۲، در الگو شاخص مجدورخی نسبی برابر با ۲/۱۸ است که نشان می‌دهد این شاخص از وضعیت قابل قبولی برخوردار است. مقدار شاخص‌های تطبیقی TLI و CFI بالاتر از ۰/۹ است. مقدار PCFI نیز به عنوان شاخص نکویی برازش بالاتر از ۰/۵ و مطلوب است. مقدار RMSEA نیز به عنوان مهم‌ترین شاخص برازش کلی برابر با ۰/۰۵۶ است و نشان می‌دهد که به طور کلی الگو از برازش مطلوب برخوردار است. شاخص هولتر نیز برابر با ۲۴۳ و نشان می‌دهد حجم نمونه برای بررسی برازش مدل کافی بوده است.

بر اساس نتایج به دست آمده پیرامون نرمال بودن چند متغیره در جدول ۲، ضریب مردیا در این الگو برابر با ۳۰/۶۹ (نسبت بحرانی ۱۳/۱۶) به دست آمده که نشان می‌دهد پیش فرض نرمال بودن چند متغیره برای این الگو تأیید نشده است. به این ترتیب از روش خودگردان‌سازی برای بررسی دقیق‌تر برآورد پارامترها استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است. خودگردان‌سازی را می‌توان انجام نمونه‌گیری با جایگذاری از یک نمونه مادر یا اصلی به دفعات زیاد دانست که با استفاده از نتایج تمام دفعات نمونه‌گیری در مجموع می‌توان به یک توزیع نمونه‌ای دست یافت. این توزیع نمونه‌ای مبنایی را برای انجام برآوردها و به ویژه برآورد خطای معیار برای پارامترهای مختلف فراهم می‌آورد. با

1. Tucker-Lewis Index
2. Comparative Fit Index
3. Parsimonious Comparative Fit Index
4. Normed Chi-Square
5. Root Mean Squared Error of Approximation
6. bootstrapping

این حال به این علت که نمونه مادر یا اصلی که نمونه‌های فرعی از آن اخذ می‌شود یک نمونه معرف جامعه است، انتظار می‌رود برآورد خطای معیار از دقت بالاتری در مقایسه با یک بار نمونه‌گیری برخوردار باشد. در خودگردان‌سازی به جای آن که بر مبنای یک نمونه به برآورد خطای معیار دست‌زینم، با انجام نمونه‌گیری‌های فرعی متعدد با جایگذاری حجم نمونه مشابه با نمونه اصلی (۲۰۰ بار یا بیشتر) یک توزیع نمونه‌ای تجربی حاصل می‌شود و محاسبه‌های خطای معیار بر مبنای آن انجام می‌شود.

**جدول ۳: مقایسه برآوردهای به دست آمده به روش حداکثر درست‌نمایی و خودگردان‌سازی برای پارامترهای اصلی در مدل پیشنهادی**

پارامتر	برآورد استاندارد		برآورد معناداری		غیراستاندارد		خطای - نسبت		خطای - میانگین		خودگردان‌سازی	
	استاندارد	معماری	غیراستاندارد	معماری	استاندارد	بحرانی	خطای - نسبت	خطای - میانگین	خطای - استاندارد	حد پایین	حد بالا	خودگردان‌سازی
اضطراب ← اعتیادپذیری	۰/۱۶۳	۰/۰۰۳	۰/۰۴۳	۰/۰۱۴	۰/۰۱۴	۳/۰۱	۰/۰۶۴	۰/۱۶۶	۰/۰۴۸	۰/۳۰۹		
نشخوار ← اعتیادپذیری	۰/۱۰۱	۰/۰۴۵	۰/۰۱	۰/۰۰۵	۱/۹۹	۰/۰۶۳	۰/۱۰۲	۰/۰۳۴	۰/۲۱۴			
غفلت ← اعتیادپذیری	۰/۲۰۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۰۲۸	۴/۲۴۵	۰/۲۰۱	۰/۰۵۳	۰/۰۸۵	۰/۲۹۹			
مشکلات در روابط با همسالان ← اعتیادپذیری	۰/۱۳۴	۰/۰۰۳	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳	۲/۹۵۷	۰/۱۳۲	۰/۰۶	۰/۲۷۴	۰/۰۲۳			
قلدری ← اعتیادپذیری	۰/۴	۰/۰۰۱	۰/۰۳۷	۰/۰۰۵	۷/۳۷۶	۰/۳۹۹	۰/۰۶	۰/۲۸۱	۰/۵۱			

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، خطای معیار در پارامترهای اصلی در روش حداکثر درست‌نمایی کمتر از روش خودگردان‌سازی است. مقدار استاندارد برآورد شده برای همه پارامترهای اصلی در محدوده پایین و بالای برآورد شده برای این متغیرها به روش خودگردان‌سازی است که نشان می‌دهد پارامترهای برآورد شده و تفاوت معنادار آن‌ها با صفر به روش حداکثر درست‌نمایی از دقت لازم برخوردار است. نتایج اثرات مستقیم الگوی رابطه اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان و قلدری با اعتیادپذیری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: برآورد اثرات مستقیم در مدل پیشنهادی

پارامتر	برآورد استاندارد	معناداری	حد پایین	حد بدبلا	برآورد غیر استاندارد	معناداری
اضطراب ← اعتیادپذیری	۰/۱۶۳	۰/۰۱	۰/۰۴۸	۰/۳۰۹	۰/۰۴۳	۰/۰۰۳
نشخوار ← اعتیادپذیری	۰/۱۰۱	۰/۰۴۵	۰/۰۳۴	۰/۲۱۴	۰/۰۱	۰/۰۴۸
غفلت ← اعتیادپذیری	۰/۲۰۴	۰/۰۱۱	۰/۰۸۵	۰/۲۹۹	۰/۱۲	۰/۰۰۱
مشکلات در روابط با همسالان ← اعتیادپذیری	۰/۱۳۴	۰/۰۱۵	۰/۲۷۴	۰/۰۲۳	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳
قلدری ← اعتیادپذیری	۰/۴	۰/۰۰۸	۰/۲۸۱	۰/۵۱	۰/۰۳۷	۰/۰۰۱

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، ضرایب تأثیر اضطراب بر اعتیادپذیری (۰/۱۶۳)، غفلت بر اعتیادپذیری (۰/۲۰۴)، مشکلات در روابط با همسالان بر اعتیادپذیری (۰/۱۳۴) و تأثیر قلدری بر اعتیادپذیری (۰/۴) در سطح ۰/۰۱ و نشخوار فکری بر اعتیادپذیری (۰/۱۰۱) در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشند.

### بحث و نتیجه گیری

آثار و نتایج منفی زیان بار و مخرب فردی، خانوادگی، اجتماعی، اخلاقی، معنوی و فرهنگی سوء مصرف مواد، وابستگی و اعتیاد به مواد به خصوص برای نوجوانان سبب شده تا متخصصان علوم رفتاری، خانواده ها و مسئولان جامعه برای پیشگیری اقدام کرده و به دنبال شناسایی عوامل مؤثر بر اعتیاد باشند. در این راستا پژوهش حاضر به منظور پیش بینی اعتیادپذیری بر اساس اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری در بین دانش آموزان متوسطه دوره دوم شهر اصفهان انجام گرفت. یافته ها نشان داد مدل معادلات ساختاری رابطه اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری با اعتیادپذیری از برازش مطلوب برخوردار است. بنابراین اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری توان پیش بینی اعتیادپذیری در نوجوانان پسر شهر اصفهان را دارند. پژوهشی که به صورت مدل سازی ساختاری تأثیر متغیرهای پژوهش را بر اعتیادپذیری بررسی کند یافت نشد؛ اما نتایج پژوهش حاضر با پژوهش فولادوند و همکاران (۱۳۹۵) که نشان می دهد افسردگی و روابط خانواده می تواند مقدار زیادی از

تغییرپذیری آمادگی به اعتیاد در میان نوجوانان را تبیین کنند، با پژوهش کرمی و باقری (۱۳۹۴) از این جهت که بیان می‌دارند تنیدگی ادراک شده پیش‌بینی کننده سطح اعتیادپذیری می‌باشد همسو می‌باشد. همچنین پژوهش اصغری و همکاران (۱۳۹۳) و قنادی فرنود و علیلو (۱۳۹۳) از آن جهت که به نقش تعیین کننده محیط خانوادگی ناسالم و تجربه کودک آزاری در اعتیادپذیری اشاره می‌کنند، پژوهش دوستیان و همکاران (۱۳۹۲) که نقش تکانشگری و پرخاشگری را در اعتیادپذیری توجیه می‌کنند در بافتی کلی همسو است. از جمله پژوهش‌های همسوی دیگر می‌توان به مطالعه‌ی جوهانسن، آندرسون، بچورنگارد و پاپ<sup>۱</sup> (۲۰۱۷)، که نشان دادند احتمال مصرف الکل در دختران و پسران باعلائم افسردگی و دختران با علائم اضطراب بیشتر است، پژوهش میرکویچ-هجوکوف و همکاران (۲۰۱۷) و پیردهقان و همکاران (۲۰۱۳) که پذیرش و عدم پذیرش افراد توسط خانواده‌ها، ارتباطات بد و روابط خانوادگی ناسازگارانه را از عوامل موثر در اعتیادپذیری می‌دانند، رید، ناگت و کوپر<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) که نشان دادند قلدری در ابتلا به مصرف مواد موثر بوده، ویلم و همکاران (۲۰۱۱) که اشاره می‌کنند نشخوارفکری نقش تعیین کننده در ابتلا به مصرف مواد دارد، مطالعه ریلی (۲۰۱۰) که نشان داد روابط با همسالان، عدم پذیرش همسالان و کیفیت روابط با همسالان در اعتیادپذیری موثر بوده، اشاره نمود.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت به دلیل این که نوجوانان در مراحل تکامل رشد هستند و ممکن است مهارت‌های لازم را برای کنترل عوامل بیرونی نداشته باشند و مکانیزم‌های سازگاری آن‌ها ناپخته باشد، این عوامل بر آن‌ها تاثیر بیشتری خواهد گذاشت؛ یعنی یک نوجوان در یک محیط استرس‌زا بیشتر از یک بزرگسال در معرض آسیب است. بنابراین آن‌ها به دلیل توانایی‌های ضعیف روحی، ممکن است برای خروج از این فشارهای روانی، رفتارهای جایگزینی از خود نشان دهند. در این حالت اگر پیرامون او آسیب‌هایی مانند مصرف مواد مخدر رایج باشد، این احتمال در او تقویت می‌شود که اختلال روانی همچون اضطراب در او بروز یابد و نتواند خود را مدیریت کند و به مصرف مواد روی

1. Johannessen, Anderson, Bjørngaard, & Pape

2. Reed, Nugent, & Cooper

آورد؛ چرا که مواد مخدر در کوتاه مدت برخی از حالت‌های اضطرابی و ناخوشایند را از بین می‌برد. براساس نظریه‌ی یانگ (۱۹۹۰) هرچه میزان استرس‌ها و فشارهای روانی ناشی از محیط پیرامون افزایش داشته باشد، می‌تواند باعث نتایج و عکس‌العمل‌های زیادی باشد که به خاطر کاهش میزان فشار ناشی از این استرس باشد. حتی می‌توان با صراحت گفت که استرس و اضطراب نقش قابل توجهی در گرایش فرد به سمت اعتیاد دارد. ممکن است مصرف مواد موجب کاهش اضطراب و علائم درد باشد. پاره‌ای از رگه‌های شخصیتی نظیر پایین بودن سطح تحمل استرس، تصویر منفی از خود، فقدان شایستگی، انزوا و افسردگی باعث گرایش به مواد مخدر است (به نقل از کرمی و باقری، ۱۳۹۴). فرض اساسی نظریه شناختی این است که افکار ناکارآمد در نحوه تفسیر و ارزیابی فرد از واقعیت دخیل هستند و همچنین پاسخ‌های رفتاری که از تفسیرهای خاص ناشی می‌شوند و در تداوم اختلال سوء مصرف مواد نقش دارند (مومنی، مشتاق بیدختی و پورشهباز، ۱۳۹۲).

باتوجه به اینکه نشخوارفکری مربوط به افکاری است که تکراری، چرخان، خود متمرکز و افسرده کننده‌اند، به طوری که نقش اساسی در افسردگی دارد، باعث تنظیم هیجانی ناسازگارانه و تداوم عاطفه منفی در مورد مسائل به وجود آمده شده و احتمال ابتلا به مصرف مواد را افزایش می‌دهد. در این میان کیفیت روابط خانوادگی و همسالان در مصون کردن فرد از خطرات اعتیاد بسیار موثر بوده؛ بدین گونه که وقتی رابطه نوجوان با خانواده و همسالان از صمیمیت و کیفیت لازم برخوردار بوده و تامین کننده نیازهای فرد و آموزش‌دهنده مهارت‌ها باشد احتمال ابتلا به مصرف مواد را کاهش می‌دهد.

نوجوانانی که در خانواده‌هایشان تعارض وجود دارد نمی‌توانند در مواجهه با فشارزاهای زندگی، منبع حمایتی داشته باشند و ممکن است استرس اضافی را در نتیجه تعامل تعارض آمیز خانواده تجربه کرده و از مواد برای تسکین استرس استفاده کنند. به علاوه، خانواده‌ها با ارتباط ضعیف در نظارت رفتار نوجوانان مؤثر نیستند. برعکس تعاملات مثبت خانواده با رفتارهای سازگارانه در نوجوان مانند سطوح پایین تر مصرف مواد ارتباط دارد. خانواده‌های منسجم با حمایت از نوجوان، بافتی را فراهم می‌کنند تا یاد بگیرد و برای رفتار سازگارانه کنار آمدن تقویت شود. زمانی که نوجوانان با والدین خود ارتباط برقرار کرده و

احساسات‌شان را بیان می‌کنند از اثرات مضر مصرف مواد در امان بوده و احتمال کمتری وجود دارد که مواد مصرف کنند (فولادوند و همکاران، ۱۳۹۵). روابط بین همسالان نیز باعث احساس نوع دوستی، مهارت‌های ابراز خود، قدرت تصمیم‌گیری، شناخت ابعاد وجودی خود، استقلال عاطفی عقلانی و کاهش اضطراب و فشار روانی در بین آن‌ها می‌شود. در صورتی که این روابط غیرسازنده، دارای جنبه بزهکارانه یا دچار مشکل باشد تبعات مختلفی از جمله احساس عدم پذیرش توسط همسالان، ارتباطات اجتماعی ضعیف، ناتوانی در تصمیم‌گیری، ناتوانی در ابراز خود و افزایش فشار روانی را نشان می‌دهد که همه این عوامل می‌تواند زمینه‌ساز رفتارهای ناسالم از جمله مصرف مواد باشد. پرخاشگری و قلدری در بین نوجوانان می‌تواند تحت تاثیر تغییرات زیستی و آزادسازی هورمون‌های جنسی، محیط نامناسب و مشکلات خانوادگی، خشم سرکوب شده و مشکلات جسمی باشد. رفتارهای قلدری نوجوان باعث می‌شود که از جانب دوستان و هم‌تایان مثبت که در رویارویی با مشکلات و مسائل زندگی واکنشی معقولانه و خویشتن‌دارانه نشان می‌دهند، طرد شده و همین امر سبب پیوستن نوجوان به گروه‌های منحرف شود که این به خودی خود می‌تواند زمینه‌ی مساعدی را برای گرایش به مواد مخدر فراهم آورد. از طرف دیگر، براساس نظریه‌ی ناکامی-پرخاشگری، چنان‌چه فرد به علت مشکلات و مسائل خانوادگی یا اجتماعی با موانع رو به رو شود، این امر می‌تواند باعث خشم، پرخاشگری و رفتارهای قلدری او شود. از آن جایی که از نظر فرهنگی و تربیتی در جامعه‌ی ما پرخاشگری و اعمال و رفتار خشونت‌آمیز عملی ناپسند (به ویژه نسبت به والدین) تلقی می‌شود، این‌گونه افراد برای غلبه بر هیجانات و نیل به آرامش درونی، خود را نیازمند به دارویی مسکن می‌بینند و این اثر را در مواد مخدر می‌یابند (فتحی و مهربانی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۷). گاهی قلدری می‌تواند علامت هشدار دهنده‌ای باشد که نشانگر مشکلات روانی شدیدتر مانند افسردگی، اختلال سلوک و اضطراب باشد و به عنوان نشانه مشکلات روان‌شناختی باشند که فعلاً قادر به شناسایی نیستند. قلدرها با ویژگی‌هایی از جمله قدرت‌طلبی، انتقام‌خواهی و بی‌مسئولیت بودن نسبت به دیگران، سازگاری روانی اجتماعی پایین و خشونت، برای کنترل دیگران و با برنامه‌ای نظام‌دار و برنامه‌ریزی شده محل و فرد قربانی را انتخاب



می کنند. فرد قربانی نیز به علت احتمال مشکلات روان شناختی، احساس ترس، تحقیر، خجالت، نشان می دهند. این افراد معمولاً توانایی کمتری برای کنترل تکانه های خود داشته و به غیر از آسیب های جسمانی، پیامدهای طولانی مدتی مانند مشکلات با همسالان، کناره گیری از رفتن به مدرسه، رفتارهای ضد اجتماعی و سوء مصرف مواد مخدر را شامل می شوند. همچنین ممکن است وقتی در موقعیت حل مسئله ای قرار می گیرند، خشم و درماندگی بیشتری احساس کنند. بنابراین تمایل بیشتری دارند تا از مواد مخدر برای مهار هیجانات شان استفاده کنند. از آنجا که پژوهش حاضر بر روی دانش آموزان پسر متوسطه دوم شهر اصفهان انجام شده، برای تعمیم یافته ها به سایر جمعیت های آماری باید جانب احتیاط رعایت شود. از آنجا که اعتیاد نوجوان از مسائل بسیار مهم و تاثیر گذار در زندگی آنهاست، پیشنهاد می شود مطالعات مشابه بر روی جمعیت های آماری مختلف و جامعه ی دختران صورت گرفته و نتایج به دست آمده باهم مقایسه شود. با توجه به تأثیرات اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری بر اعتیاد پذیری، ارائه ی آموزش هایی جهت بهبود این متغیرها به منظور پیشگیری پیشنهاد می شود.

## منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ دادفر، صدیف؛ و نبی دوست، علیرضا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش حل مسئله اجتماعی بر خود کنترلی، خود کارآمدی و تکانشوری در دانش آموزان دارای استعداد اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۴۴-۳۱.
- احمدیان، حمزه؛ و رستمی، چنگیز (۱۳۹۵). بررسی آمادگی به اعتیاد دانشجویان رشته روان شناسی بر اساس ویژگی های شخصیتی نثو. *مجله دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی کردستان*، ۲(۲)، ۳۲-۲۳.
- آزاد، حمیده (۱۳۹۰). *بررسی رابطه شیوه فرزند پروری مادران با قلدری دانش آموزان دختر شهر یزد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوینه، رضا؛ و قاری، ملیکه (۱۳۹۳). نقش سلامت خانواده اصلی و ویژگی های شخصیتی در آمادگی اعتیاد دانشجویان دختر. *فصلنامه انتظام اجتماعی*، ۶(۴)، ۶۴-۴۷.
- اعظمی، کیوان؛ قادری ثانوی، رمضانعلی؛ فتحی، منصور؛ رفیعی، حسن؛ و قائد امینی هارونی، غلامرضا (۱۳۹۵). رابطه سبک های فرزند پروری والدین و هم نشینی با همسالان بزهکار. *مسائل اجتماعی ایران*، ۷(۱): ۷۷-۵۷.

- باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین؛ و نقی پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده‌ی اعتیاد در شهراهواز. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۲)، ۱۳۶-۱۱۹.
- بهادری، محمدحسین؛ جهانبخش، مرضیه؛ جمشیدی، آذر؛ و عسکری، کریم (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر علائم اضطراب در بیماران به اختلال هراس اجتماعی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵، ۱۹-۱۲.
- تکفلی، مرضیه؛ و آقابخشی، حبیب‌الله (۱۳۹۴). تعیین نشانه‌های غفلت در کودکان شهر تهران (نشانه‌های جسمانی و رفتاری کودک). *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۵(۵۶)، ۲۵۱-۲۲۷.
- چالمه، رضا (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس قلدری ایلینویز در دانش‌آموزان ایرانی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۱)، ۵۲-۳۹.
- حسین‌خانی، زهرا؛ نجات، سحرناز؛ مجدزاده، رضا؛ مهram، منوچهر؛ و افلاطونی، علی (۱۳۹۲). طراحی پرسش‌نامه کودک آزاری در ایران. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۱(۳)، ۳۸-۲۹.
- خانزاده، عباسعلی؛ رحیمی، الیاس؛ و استوی، الهه (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت‌های جرات‌ورزی بر بهبود روابط بین همسالان و حرمت خود دانش‌آموزان دیرآموز. *فصلنامه افراد استثنائی*، ۶(۲۱)، ۲۲-۱.
- دوستیان، یونس؛ بهمنی، بهمن؛ اعظمی، یوسف؛ و گودینی، علی‌اکبر (۱۳۹۲). بررسی رابطه پرخاشگری و تکانشگری با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان پسر. *مجله توانبخشی*، ۱۴(۲)، ۱۰۹-۱۰۲.
- زینالی، علی (۱۳۹۳). عوامل خطر و محافظت‌کننده در استعداد اعتیاد دانشجویان استان آذربایجان غربی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۰(۱)، ۷۳-۶۳.
- زینالی، علی؛ وحدت، رقیه؛ و حامدنی، صفر (۱۳۸۶). بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیرمعتاد. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۳۳)، ۱۶۸-۱۴۹.
- شاه‌حسینی، آرزو؛ و معنوی‌پور، داود (۱۳۹۵). ارائه مدل علی برای نشخوار فکری بر اساس متغیرهای روان‌شناختی مثبت و منفی. *شفای خاتم*، ۴(۳)، ۶۴-۵۲.
- طیوری، امیر؛ میری، محمدرضا؛ بهشتی، داود؛ یاری، الهه؛ خدابخشی، حوریه؛ و عنانی سراب، غلامرضا (۱۳۹۳). شیوع اعتیاد به اینترنت و ارتباط آن با اضطراب، استرس و افسردگی در دانش‌آموزان متوسطه شهر بیرجند در سال ۱۳۹۳. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۲۲، ۷۵-۶۷.
- علائی خرایم، رقیه؛ کدیور، پروین؛ محمدخانی، شهرام؛ صرامی، غلامرضا؛ علایی، محمدحسین (۱۳۸۹). مدل روابط علی عوامل مؤثر بر مصرف مواد مخدر توسط نوجوانان شهر کرج. *تشریحی پلیس زن*، ۴(۱۲)، ۵۲-۲۴.

فتحی، کیهان و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۷). بررسی میزان افسردگی، هیجان خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی و تحصیلات والدین به عنوان پیش‌بین‌های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی*، ۹(۲)، ۴۵-۲۳.

فولادوند، خدیجه؛ برجعلی، احمد؛ حسین ثابت، فریده؛ و دلاور، علی (۱۳۹۵). نقش افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در نوجوانان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۰(۳)، ۸۰-۷۰.

قاسم‌نژاد، مدینه؛ و برخوردار، معصومه (۱۳۹۱). فراوانی اضطراب و ارتباط آن با افسردگی و سایر ویژگی‌های فردی در دانشجویان پرستاری. *فصلنامه‌ی تازه‌های علوم شناختی*، ۵(۱)، ۳۳-۲۷.

قمری گیوه، حسین؛ و مجرد، آرزو (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد با استفاده از سبک دلبستگی و تکانشگری. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸(۱)، ۲۷-۱۷.

قنادی فرنود، مینا؛ و علیلو، مجید (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر و داروهای روان-گردان بر اساس متغیرهای بدنتظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری در افراد دارای صفات شخصیت مرزی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۰)، ۹۷-۱۱۲.

قهوه‌چی، فهیمه؛ و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۱). رابطه باورهای فراشناختی، راهبردهای خودتنظیمی و هیجانات منفی در مصرف سیگار دانشجویان. *مجله علوم پزشکی زنجان*، ۲۰(۸۱)، ۹۳-۱۰۲.

کاویانی، حسین؛ صیفوریان، حسین؛ شریفی، ونداد؛ و ابراهیم‌خانی، نرگس (۱۳۸۸). پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی: بیماران افسرده و اضطرابی ایرانی. *مجله‌ی دانشکده‌ی پزشکی*، ۶۷(۵)، ۳۸۱-۳۷۹.

کریمی، جهانگیر؛ و باقری، اشکان (۱۳۹۴). رابطه تنیدگی ادراک شده، حمایت اجتماعی و عاطفه مثبت و عاطفه منفی با سطح اعتیادپذیری در دانشجویان. *دانش انتظامی کرمانشاه*، ۶(۲۱)، ۳۷-۲۷.

مامی، شهرام؛ احدی، حسن؛ ناد، فرح؛ عنایتی، میرصلاح-الدین؛ و مظاهری، محمد مهدی (۱۳۹۱). پیش‌بینی مدل گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان متوسطه شهر ایلام بر اساس عوامل شخصیتی متغیر میانجی سلامت روان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۶)، ۲۵۶-۲۴۸.

محمدی، غلامرضا (۱۳۹۵). دین‌داری، سبک‌های فرزندپروری و ناگویی هیجانی در آمادگی به اعتیاد نوجوانان. *مجله طب انتظامی*، ۵(۳)، ۲۱۲-۲۰۵.

مرادی، اعظم؛ عریضی، حمیدرضا؛ و رضایی دهنوی، صدیقه (۱۳۸۷). سنجش اعتیادپذیری دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه نظری شهرستان فریدن. *مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۳)، ۳۴-۲۹.

مردیان، طیب؛ عبادی، عباس؛ سعید، یاسر؛ و آسیایی، مجتبی (۱۳۹۲). اضطراب و افسردگی بیمارستانی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر. *مجله روان‌پرستاری*، ۲۱(۲)، ۶۱-۵۴.

مظاهری تهرانی، محمدعلی؛ شیرینی، اسماعیل؛ و ولی پور، مصطفی (۱۳۹۴). بررسی ماهیت و شیوع قلدری در مدارس راهنمایی روستاهای شهرستان زنجان. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۱۱(۳۶)، ۳۸-۱۷.

منصوری نژاد، راضیه (۱۳۹۳). *اثرات مستقیم و غیر مستقیم پیوند والدینی با قلدری در مدرسه با میانجی‌گری ویژگی‌های شخصیتی دانش‌آموز و کیفیت ارتباط معلم-دانش‌آموز در دانش‌آموزان پسر سال دوم دبیرستان شهر اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز. مومنی، فرشته؛ مشتاق بیدختی، نهاله؛ و پورشهباز، عباس (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *اعتیادپژوهی*، ۷(۲۷)، ۹۲-۷۹.

نظری، علی محمد؛ امینی منش، سجاد؛ و شاهینی، علی (۱۳۹۲). ساختار خانواده، نظارت والدین و همنشینی با همسالان بزهکار در نوجوانان پسر بزهکار و بهنجار. *پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۴(۴)، ۶۸-۶۰.

نیکوی کویس، الیاس؛ کریمی، زینب؛ آسوده نالکیاشری، زهرا؛ و یونسی، جلال (۱۳۹۶). بررسی مؤلفه‌های منابع شناخت خود و همنشینی با همسالان بزهکار در گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۰(۶)، ۱۰۳-۹۳.

وجودی، بابک؛ عبدالپور، قاسم؛ بخشی پور رودسری، عباس؛ و عطارد، نسترن (۱۳۹۳). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس سبک‌های هویت، فرزندپروری و راهبردهای مقابله‌ای دانش‌آموزان دوره متوسطه. *فصلنامه‌ی طب انتظامی*، ۳(۲)، ۱۳۴-۱۲۳.

- Boulton, M. J. & Smith, P. K. (1994). Bully/victim problems in middle school children: Stability, self-perceived competence, peer acceptance, *British Journal of Developmental Psychology*, 12, 315-325.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, M. (2000). *Research Method in education. 5th Edition*, Routledge Falmer, London.
- Dixon, L. J., Stevens, E. N., & Viana, A. G. (2014). Anxiety sensitivity as a moderator of the relationship between trait anxiety and illicit substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(4), 1284-1288.
- Espelage, D. L., & Holt, M. (2001). Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse*, 2, 123-142.
- Hudson, W. (1990). A short-form scale to measure peer relations dysfunction. *Journal of Social Service Research*, 13(4), 57-69.
- Jalilian, F., Motlagh, F. Z., Amoei, M. R., Hatanzadeh, N., Gharibnavaz, H., & Mirzaei Alavijeh, M. (2014). Which one support (family, friend or other significant) is much more important to drug cessation? A Study among men Kermanshah addicts, the west of Iran. *Journal of Addiction Research and Therapy*, 5(174), 2-10.

- Johannessen, E. L., Anderson, H. W., Bjørngaard, J. H., & Pape, K. (2017). Anxiety and depression symptoms and alcohol use among adolescents-a cross sectional study of Norwegian secondary school students. *BMC public health*, 17(1), 494.
- Johnston, L. D., O'malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2016). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2015: Overview, key findings on adolescent drug use*. Institute for Social Research, the University of Michigan.
- Mirković-Hajdukov, M., Spahić, T. E., Softić, R., Bećirović, E., & Šimić, J. (2017). Family atmosphere and relationships as predictors of heroin addiction. *Psychiatria Danubina*, 29(2), 129-133.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Re thinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424
- Pirdehghan, A., Aghakoochak, A., Poorrezaee Bibi, M., Mirzababae, R., Mohammadkhani, S. H. (2013). Modeling the Underlying Predicting Factors of Substance Abuse among Adolescents. *Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*, 2, 110-116.
- Reed K. P., Nugent W., & Cooper R. L. (2015). Testing a Path Model of Relationships between Gender, Age, and Bullying Victimization and Violent Behavior, Substance Abuse, Depression, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts in Adolescents. *Children and Youth Services Review*, 55, 128-137.
- Reilly, P. B. (2010). *A proposed model of the relationship between disinhibition and adolescent alcohol use as a mediated product of expectancies and implicit associations*. Doctoral dissertation, Seattle Pacific University.
- White, D., Leach, C., Sims, R., Atkinson, M., & Cottrell, D. (1999). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 175(5), 452-454.
- Willem, L., Bijttebier, P., Claes, L., & Raes, F. (2011). Rumination subtypes in relation to problematic substance use in adolescence. *Personality and Individual Differences*, 50(5), 695-699.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.



## تاثیر هشت هفته تمرینات پیلاتس و تحریک الکتریکی بر شاخص‌های عملکرد ریوی و ظرفیت هوازی مردان معتاد به مت‌آمفتامین در حال ترک

رقیه فخرپور<sup>۱</sup>، یوسف صابری<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۹

### چکیده

**هدف:** هدف از مطالعه حاضر تاثیر هشت هفته تمرینات پیلاتس و تحریک الکتریکی بر عملکرد تنفسی و هوازی مردان معتاد به مت‌آمفتامین در حال ترک می‌باشد. **روش:** مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه مورد مطالعه مردان معتاد در حال ترک بودند که ۵۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی با حداقل سه ماه حضور در کمپ ترک اعتیاد انتخاب شدند. افراد انتخاب شده در چهار گروه، تمرین (پیلاتس) + تحریک الکتریکی، تمرین (پیلاتس) + تحریک کاذب، فقط تحریک الکتریکی و گروه گواه تقسیم شدند. پروتکل تمرین پیلاتس به مدت ۸ هفته و سه جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه صورت گرفت. تحریک الکتریکی با استفاده از دستگاه نورواستریم صورت گرفت. **یافته‌ها:** براساس نتایج در گروه تمرین + تحریک الکتریکی در شاخص‌های ظرفیت حیاتی اجباری و حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه، از لحاظ آماری تفاوت مشاهده شد. همچنین گروه تمرین + تحریک کاذب در همه متغیرهای مورد ارزیابی به جز عامل نسبت حجم بازدمی اجباری به ظرفیت حیاتی اجباری افزایش یافتند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت که تمرینات پیلاتس و تحریک الکتریکی می‌تواند به عنوان یک راهکار غیر دارویی برای افزایش ظرفیت عملکردی ریه و توان هوازی مردان معتاد استفاده شود.

**کلید واژه‌ها:** پیلاتس، تحریک الکتریکی، ظرفیت عملکردی ریه، ظرفیت هوازی، مردان معتاد، مت-آمفتامین

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه علوم ورزشی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران، پست الکترونیکی:

r.fakhrpour@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری فیزیولوژی ورزشی، گروه فیزیولوژی ورزشی و حرکات اصلاحی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

## مقدمه

سوء مصرف و وابستگی مواد، یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز است (بچرا و ریسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). در طول سالیان متمادی و استفاده‌های نامعقول از مواد در دسترس، اکنون شاهد اختلال‌هایی از قبیل مصرف بیش از حد این مواد هستیم (روی و ویس و کوپ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). این رویه منجر به سندرم یا اختلالی به نام سوء مصرف مواد مخدر یا اعتیاد شده است. ویژگی اصلی اختلال مصرف یک ماده، مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک است که نشان‌دهنده تداوم مصرف ماده از سوی فرد به رغم مشکلات چشمگیر مرتبط با ماده است. اعتیاد ابتلای اسارت‌آمیز فرد به ماده یا دارویی مخدر است که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته ساخته و رفتارهای فردی و اجتماعی او را تحت الشعاع قرار می‌دهد و به عنوان مهم‌ترین آسیب اجتماعی، جامعه انسانی را مورد هجوم خود قرار داده است (برک و هیمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). طبق نظریه زیست شناختی، علل مصرف مواد مخدر در بعضی از افراد عوامل زیست‌شناختی، ارثی و نقش ژنتیک یا اختلالات متابولیکی می‌باشد (المان و برسوک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). بر اساس تخمین دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل در گزارش سالانه میزان شیوع سوء مصرف مواد، حدود ۱۸۵ میلیون نفر از مردم در سراسر جهان دچار سوء مصرف مواد هستند. به عبارتی ۳/۱ درصد جمعیت جهان یا ۴/۳ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال جهان را شامل می‌شود. شمار مصرف‌کنندگان مواد در ایران، نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد شده که مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی می‌باشد (عباسیان، عطارزاده حسینی، و معظمی، ۱۳۹۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند. ماده مخدر مصرفی، می‌تواند به انواع مختلفی چون، سنتی (طبیعی) و صنعتی (شیمیایی) تقسیم‌بندی شوند. از مواد طبیعی یا سنتی می‌توان به مشتقات گیاه شاهدانه و خشخاش مانند حشیش، ماری‌جوانا، تریاک و هروئین، اشاره کرد. در مقابل، مواد صنعتی مانند مت‌آمفتامین (شیشه) و ...، در آزمایشگاه ساخته می‌شوند. مت‌آمفتامین یا کریستال،



جزو طبقه داروهای محرک است و نام‌های تجاری آن شامل: دکسترین، دزوکسین، بیفتامین، متدرین، ابرو است (برک و هیمن، ۲۰۰۰). وابستگی به مواد مخدر با آسیب‌های جدی و خطرناک جسمی همراه است. ریه‌ها یکی از اندام‌هایی است که در خطر کاهش عملکرد مطلوب ناشی از وابستگی به مواد مخدر قرار دارند (زولکووسکا، روسمن و باومن، ۲۰۰۶). همچنین، استعمال دخانیات با اختلال در عملکرد مژک‌های تنفسی، جریان هوا را مسدود کرده و باعث کاهش ظرفیت ریوی می‌شود. دستگاه تنفسی ظرفیت انطباق‌پذیری پایینی نسبت به استعمال انواع مختلف مواد مخدر دارد (عباسیان، و همکاران، ۱۳۹۲). یکی از ابزارهای تشخیص عملکرد ریوی استفاده از اسپرومتری و سنجش شاخص‌هایی نظیر ظرفیت حیاتی اجباری<sup>۱</sup>، حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه<sup>۲</sup>، نسبت حجم بازدمی اجباری به ظرفیت حیاتی اجباری<sup>۳</sup> و اوج جریان بازدمی<sup>۴</sup> است (عباسیان، و همکاران، ۱۳۹۱). اعتقاد بر آن است که ترک استعمال دخانیات، با کاهش مقاومت راه‌های هوایی و اصلاح میزان حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه، عملکرد ریه را بهبود می‌بخشد. ویس و همکاران بیان کرده‌اند که در افراد با استعمال دخانیات، میزان حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه کمتر از سایر افراد است و ترک مصرف آن باعث افزایش معنادار در مقدار حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه می‌شود. همچنین، اسکانلون<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند که به دنبال قطع استعمال دخانیات، میزان حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه به طور میانگین ۲ درصد یا ۴۷ میلی لیتر در سال افزایش می‌یابد. از طرفی به نظر می‌رسد یکی از روش‌های موثر و کم هزینه درمان اعتیاد تمرینات بدنی باشد (لینچ، پترسون، سانچز، آبل و سمیس، ۲۰۱۳). اودل، گالوز، بال و مارشال<sup>۶</sup> (۲۰۱۲) تاثیر ورزش را بر روی بهبود آسیب‌های پایانه‌های دوپامینرژیک و سرتونرژیک در موش‌های معتاد به مت‌آمفتامین مورد بررسی قرار دادند و در گزارش خود چنین بیان کردند که تکرار مصرف دوز متوسط مت‌آمفتامین موجب کاهش پایانه‌های دوپامینرژیک و

1. Zolkowska, Rothman, & Baumann  
2. Forced Vital Capacity (FVC)  
3. Forced Expiratory Volume in 1 Second (FEV1)  
4. FEV1/FVC ratio

5. Forced Expiratory Flow  
6. Scanlon  
7. Lynch, Peterson, Sanchez, Abel, & Smith  
8. O'dell, Galvez, Ball, & Marshall

سرتونرژیک و همچنین گیرنده‌ها و آنزیم‌های آن می‌شود. همچنین بیان کردند به دنبال ترک مواد در موش‌ها و انجام هفت روز تمرین ورزشی در موش‌ها تغییرات معناداری در میزان سرتونین و دوپامین و گیرنده‌های آن‌ها در مناطقی از مغز ایجاد شد. اودل و همکاران معتقد بودند ورزش داوطلبانه می‌تواند به علت افزایش دوپامین و سرتونین در بهبود آسیب‌های حاصل از مصرف مواد به عنوان یک درمان کمکی غیر دارویی مورد استفاده قرار گیرد. یکی از این تمرینات پیلاتس می‌باشد. تمرینات پیلاتس روی پیشرفت انعطاف و قدرت در تمام اندام‌های بدن تمرکز دارد. پیلاتس از مجموعه تمرین‌های تخصصی تشکیل یافته است. این تمرینات بدن و مغز را به گونه‌ای درگیر می‌کند که قدرت و استقامت تمام اعضای بدن بالا می‌رود و عمیق‌ترین بخش عضلات را هدف قرار می‌دهد. انجام حرکات ورزشی کنترل‌وژی، باعث می‌شود فرد تمام عضلات خود را تحت اختیار و اراده خویش قرار دهد. در واقع کنترل‌وژی به معنای ایجاد هماهنگی کامل بین جسم، ذهن و روان انسان است. به این معنا که فرد ابتدا با استفاده از روش کنترل‌وژی کنترل کامل جسم خود را در دست می‌گیرد و سپس با انجام مکرر و تدریجی آن به یک نوع هماهنگی طبیعی دست پیدا می‌کند (برناردو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). همچنین یکی از اهداف مهم تمرینات پیلاتس افزایش حجم ریوی و ظرفیت تنفسی و تقویت سیستم قلبی و عروقی می‌باشد (توزیم و ناوگا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). تاکنون در زمینه تاثیر تمرینات پیلاتس بر روی افراد معتاد تحقیقی صورت نگرفته است. در ارتباط با تمرینات ورزشی مختلف، چایترا پورانیک و مایتری<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) تمرین ورزشی را بر شاخص‌های عملکرد ریوی مورد ارزیابی قرار دادند که نتایج بیانگر افزایش معنادار در ظرفیت حیاتی اجباری، حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه، اوج جریان بازدمی و افزایش در نسبت حجم بازدمی اجباری به ظرفیت حیاتی اجباری بود. همچنین در مطالعه‌ای دیگر سینگ، جانی، جون، سینگ و جوسلی<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) به ارزیابی اثر تمرینات مقاومتی بالاتنه و عملکرد ریوی مردان غیرفعال سیگاری پرداختند. نتایج بیانگر افزایش حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه، نسبت حجم بازدمی اجباری به ظرفیت حیاتی اجباری

1. Bernardo  
 2. Tozim, & Navega  
 3. Chaitra, Puranik, & Maitri

4. Singh, Jani, John, Singh, & Joseley

شد. با این حال مقادیر ظرفیت حیاتی اجباری تغییر معناداری نداشت. مدل‌های عصب‌شناختی معاصر اعتیاد را به عنوان یک اختلال مغزی می‌شناسند که شامل آسیب‌های نورونی شدیدی است و منجر به مصرف مصرانه مواد علی‌رغم پیامدهای منفی آن می‌شود. مطابق تصویربرداری‌های مغزی، قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی<sup>۱</sup>، نقش مهمی در مصرف مواد مخدر ایفا می‌کند (داسیلوا، کانتی، کلاووس و آلوس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). همچنین براساس این مطالعات در اختلالات اعتیادی تغییراتی در مناطق پیش‌پیشانی پشتی جانبی شناسایی کرده‌اند. این تغییرات مغزی با ولع مصرف مواد همراه می‌شود. به وسیله میل شدید به مواد و کنترل بازداری مختل شده تشدید می‌یابد (جانسن<sup>۳</sup>، و همکاران، ۲۰۱۳). یکی از روش‌های درمانی که برای تنظیم و تعدیل فعالیت قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی و در نتیجه کاهش ولع مصرف مواد استفاده می‌شود؛ تحریک مستقیم از روی مجموعه با استفاده از تحریک الکتریکی فرا مجموعه‌ای<sup>۴</sup> است. یک ابزار ساده در این روش استفاده می‌شود که با استفاده از الکترودهای بزرگی که روی سر قرار می‌گیرد که جریان الکتریکی پیوسته و خفیف را از سر عبور می‌دهد. اثر بخشی تحریک الکتریکی فرا مجموعه‌ای بستگی به جهت جریان الکتریکی دارد. تحریک آندی میزان فعالیت و برانگیختگی مغز را افزایش می‌دهد و تحریک کاتدی برعکس، فعالیت را کاهش می‌دهد. این روش نوعی پردازش بالا به پایین محسوب می‌شود (رایت، و کرکل برگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). منطق استفاده از تحریک الکتریکی فرا مجموعه‌ای به عنوان درمانی برای اعتیاد به مصرف مواد این است که قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی که نقش مهمی در مکانیسم‌های کنترل بازداری از بالا به پایین و مکانیسم‌های پاداش بازی می‌کند، در این اختلالات بدکار کردی دارد (گلدستین و ولکوو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). پژوهش تروجک<sup>۷</sup> و همکاران، نشان داد که تحریک الکتریکی فرا مجموعه‌ای قادر است مصرف بیماران مبتلا به الکل را کاهش دهد. همچنین پژوهش

1. Dorsalateral prefrontal cortex (DLPFC)  
2. Da Silva, Conti, Klauss, & Alves  
3. Jansen

4. Transcranial direct current stimulation (tDCS)  
5. Wright, & Krekelberg  
6. Goldstein, & Volkow  
7. Trojak

واگنر، والو و پاسکال-لئون<sup>۱</sup> نشان داد تحریک مکرر مغناطیسی فرا قشری می تواند منجر به تغییرات رفتاری طولانی مدت، شامل کاهش سوء مصرف مواد شود. مطالعه ویتشورک، لیپولد، جاکوب، پولاک و هرمان<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) نشان داد تحریک الکتریکی مستقیم فرامجمه‌ای قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی باعث کاهش ولع مصرف الکل و درمان آن‌ها می‌شود.

بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده اعم از گسترش روز افزون اعتیاد و تبدیل شدن به یکی از مشکلات جوامع بشری و عوارض ناشی از اعتیاد از جمله مشکلات تنفسی و کاهش توان هوازی در این افراد و با اعتقاد بر تأثیرات مثبت تمرینات ورزشی مختلف بر روی افراد معتاد که در پیشینه ذکر شد، با این تفاوت که تحقیقی مبنی بر تأثیر تمرینات پیلاتس به همراه روش تحریک الکتریکی فرامجمه‌ای بر روی افراد معتاد وجود ندارد و همچنین روش تحریک الکتریکی فرامجمه‌ای، روش درمانی نوین برای درمان معتادان می‌باشد. پس ضروری است در طی پژوهش به دو سوال اصلی که آیا یک دوره تمرینات پیلاتس بر ظرفیت تنفسی و آمادگی قلبی و عروقی مردان معتاد تأثیر دارد؟ و آیا یک دوره تحریک فرامجمه‌ای تأثیری بر ظرفیت تنفسی و آمادگی قلبی و عروقی مردان معتاد دارد؟

## روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود. جامعه پژوهش افراد معتاد در حال ترک واقع در کمپ بهزیستی ماده ۱۵ شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بودند. ابتدا بعد از بررسی پرونده‌ها و ارزیابی معیارهای ورود و خروج از بین جامعه ۴۰۰ نفری در حال ترک کمپ تعداد ۷۰ نفر بر اساس نمونه‌های در دسترس انتخاب شدند که در طول زمان مداخله ورزشی به دلیل افت به ۴۵ نفر کاهش یافت. معیارهای ورود به پژوهش شامل: الف) مدت حضور بیش از دو ماه در کمپ ب) مصرف نکردن داروهای خاص در طول دوره مطالعه ج) دامنه سنی ۱۵-۴۰ سال د) سابقه مصرف مواد بیش از دو سال و) اعتیاد به مت‌آفتمین بود. افرادی

1. Wagner, Valero.Cabre, & Pascual-Leone

2. Wietschorke, Lippold, Jacob, Polak & Herrmann

که سابقه بیماری‌های ارتوپدی، قلبی و متابولیکی داشتند و دارای علائم نورولوژیک شدید بودند از پژوهش خارج شدند. افراد بعد از انتخاب در چهارگروه تمرین (پيلاتس) و تحریک الکتریکی، تمرین و تحریک ساختگی، تحریک الکتریکی و کنترل به صورت تصادفی قرار گرفتند. همچنین در مراحل تحقیق، اصول بیانیه هلسینگی و کمیته اخلاق در پژوهش رعایت شد و در کمیته پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر ثبت شد و از شرکت کنندگان رضایتنامه کتبی همکاری در طرح تحقیقاتی اخذ شد. ۷۲ ساعت قبل از شروع برنامه تمرین و تحریک الکتریکی، افراد در جلسه توجیهی با شرایط پژوهش و محیط سالن محل تمرین آشنا شدند و شاخص‌های بدنی مانند قد و وزن مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. همچنین جهت تعیین میزان آمادگی هوازی و ارزیابی حداکثر اکسیژن مصرفی<sup>۱</sup> از آزمون یک مایل راه رفتن راکپورت استفاده شد. همچنین ۴۸ ساعت قبل از شروع مداخلات مورد نظر، ظرفیت ریوی با استفاده از دستگاه اسپرومتری دیجیتالی مدل custo spiro mobile ساخت کشور آلمان اندازه‌گیری شد.

۲۴۵

245

گروه تمرین (پيلاتس) و تحریک الکتریکی هر هفته در ۳ جلسه تمرین ۶۰ دقیقه‌ای پيلاتس و تحریک مورد نظر از ناحیه سر شرکت کردند. گروه تمرین و تحریک ساختگی هر هفته ۳ جلسه در تمرینات پيلاتس شرکت و تحریک کاذب در ناحیه سر آنها صورت گرفت. گروه تحریک الکتریکی فقط از ناحیه سر تحریک الکتریکی شدند. گروه گواه تا پایان پژوهش بدون شرکت در هیچ برنامه ورزشی و تحریک الکتریکی منظم به زندگی عادی خود ادامه دادند. هر جلسه تمرین پيلاتس شامل ۱۰ دقیقه گرم کردن، ۴۵ دقیقه تمرین تخصصی پيلاتس و ۵ دقیقه سرد کردن اختصاص داده شد. لازم به ذکر است که پروتکل تمرینی بر اساس آخرین دستورالعمل‌های ACSM برای افراد غیرفعال و بی‌تحرك و شدت‌های در نظر گرفته شده نیز براساس دستورالعمل‌های ACSM از ۴۰٪ شروع و تا ۷۰٪ درصد افزایش یافت (خیراندیش، رنجبر و حبیبی، ۱۳۹۷). پس از اتمام دوره دو ماهه تمرینات و تحریک الکتریکی ۴۸ ساعت بعد از آخرین جلسه تمرین، مجدداً تحت شرایط پیش آزمون، اندازه‌گیری وزن و حداکثر اکسیژن مصرفی و ظرفیت ریوی

انجام شد. تحریک‌های الکتریکی با استفاده از دستگاه نورواستریم ۲، شرکت مدینا طب گستر، انجام شد. نحوه تحریک به این صورت بود که افراد به مدت ۱۰ جلسه یک روز در میان تحت درمان با تحریک الکتریکی مستقیم مغز از روی مجموعه قرار گرفتند. به این صورت که الکتروود آند (تحریکی) در ناحیه خلفی جانبی قشر پیش‌پیشانی چپ (F3) و الکتروود کاتد (بازدارنده) بر روی ناحیه خلفی جانبی قشر پیش‌پیشانی راست (F4) قرار گرفت و ۲ میلی‌آمپر جریان مستقیم الکتریکی به مدت ۲۰ دقیقه از مجموعه افراد عبور داده شد. همچنین تحریک ساختگی به مانند تحریک واقعی با این تفاوت که هیچ جریانی وجود نداشت.

برای اندازه‌گیری شاخص‌های اسپرومتری، در ابتدا روش صحیح انجام اسپرومتری به افراد آموزش داده شد. از آن‌ها خواسته شد چند بار با دستگاه اسپرومتری تمرین کنند. روش صحیح انجام اسپرومتری به این صورت بود که فرد یک دم عمیق تا حدی که ریه‌ها به طور کامل از هوا پر شود و به دنبال آن یک بازدم قوی و سریع انجام دادند که در این آزمون مقدار ظرفیت حیاتی اجباری، حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه، نسبت حجم بازدمی اجباری به ظرفیت حیاتی اجباری و اوج جریان بازدمی به دست آمد.

۲۴۶

246

### یافته‌ها

آماره‌های توصیفی ویژگی‌های فردی و فیزیولوژیکی شامل سن، قد، وزن، شاخص توده بدنی و فشار خون سیستولی و دیاستولی در جدول ۱ ارائه شده است. تعداد گروه تمرین + تحریک الکتریکی (۱۱ نفر)، تعداد گروه تمرین (۱۰ نفر)، تعداد گروه تحریک (۱۱ نفر) و تعداد گروه گواه (۱۳ نفر) بود. بر اساس داده‌های این جدول میانگین سن آزمودنی‌ها در محدوده تقریباً ۳۰ سال و دامنه سنی بین ۲۲ تا ۴۴ سال قرار داشت. از نظر شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها در وضعیت مناسبی قرار داشتند. همچنین میزان فشار خون سیستولی و دیاستولی آزمودنی‌ها در محدوده دامنه طبیعی قرار داشت.

**جدول ۱: آماره‌های توصیفی ویژگی‌های فردی به تفکیک گروه‌ها**

گروه‌ها	سن (سال)	قد (cm)	وزن (kg)	BMI (Kg/cm <sup>2</sup> )	فشار خون (mmhg)
					سیستولی      دیاستولی
تمرین + تحریک الکتریکی	۳۱/۴۲±۴/۰۵	۱۷۳/۶۷±۵/۴۴	۷۱/۷۱±۱۳/۰۵	۲۳/۷۵±۳/۹۴	۱۲۲/۰۸±۱۵/۰۱
تمرین + تحریک ساختگی (کاذب)	۳۳/۷۳±۷/۳۹	۱۷۶/۳۶±۱۱/۶۹	۶۴/۶۴±۸/۸۱	۲۰/۸۷±۳/۰۸	۱۱۷/۴۵±۲/۰۳۳
تحریک الکتریکی	۲۹/۰۰±۴/۵۵	۱۷۴/۹۳±۴/۳۱	۷۲/۳۰±۹/۱۷	۲۳/۶۲±۲/۹۲	۱۱۸/۶۷±۱۴/۱۷
گواه	۳۰/۳۳±۵/۴۳	۱۷۵/۴۷±۶/۰۳	۷۲/۹۲±۱۱/۳۳	۲۳/۵۸±۲/۷۰	۱۱۵/۷۹±۱۱/۷۸

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

**جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها**

گروه‌ها	نوع آزمون	توان هوازی	ظرفیت حیاتی اجباری	حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه	بازدمی اجباری به ظرفیت حیاتی اجباری	نسبت حجم اوج جریان بازدمی
تمرین + تحریک الکتریکی	پیش آزمون	۳۲/۹۷±۵/۹۱	۵/۶۰±۰/۸۸	۴/۳۶±۰/۶۰	۷۸/۰۷±۵/۱۳	۷/۲۸±۱/۴۷
	پس آزمون	۳۷/۲۶±۹/۹۸	۶/۵۰±۱/۰۱	۵/۳۵±۰/۵۷	۸۳/۰۴±۶/۴۴	۸/۴۰±۱/۳۴
تمرین + تحریک ساختگی (کاذب)	پیش آزمون	۳۵/۹۱±۷/۰۱	۴/۹۶±۰/۸۰	۴/۱۳±۰/۵۲	۸۲/۸۰±۴/۶۲	۸/۰۸±۲/۱۲
	پس آزمون	۴۲/۱۹±۳/۲۸	۵/۱۴±۰/۶۱	۴/۱۶±۰/۸۱	۸۰/۴۷±۸/۲۲	۸/۴۲±۱/۷۵
تحریک الکتریکی	پیش آزمون	۳۹/۶۲±۴/۵۵	۵/۱۰±۰/۵۴	۴/۰۷±۰/۵۲	۷۹/۶۸±۵/۰۸	۷/۹۶±۱/۴۹
	پس آزمون	۴۰/۲۱±۵/۴۳	۵/۱۵±۰/۵۴	۴/۰۴±۰/۴۳	۷۸/۷۰±۵/۳۶	۸/۰۷±۱/۵۱
گواه	پیش آزمون	۳۸/۷۲±۸/۴۳	۵/۲۴±۱/۲۴	۴/۱۶±۰/۸۹	۸۰/۴۳±۹/۷۹	۷/۶۶±۲/۲۴
	پس آزمون	۳۸/۳۶±۶/۴۷	۵/۱۹±۰/۹۸	۴/۲۵±۰/۷۵	۸۲/۳۶±۷/۸۶	۷/۵۷±۱/۸۴

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند ( $p > 0.05$ ). مفروضه‌ی دیگر تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه در تمام متغیرها داشت ( $p > 0.05$ ). یکی دیگر از مفروضه‌های این تحلیل، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس می‌باشد. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ( $p > 0.05$ ,  $F = 1/06$ ,  $M = 14/15$  باکس). نتایج

تحلیل کواریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرها داشت ( $F= 5/54, P<0/001, \eta^2=0/601$ )، برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت‌ها در مولفه‌ها

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری
توان هوازی	۱۳۱/۳۵	۳	۴۳/۷۸	۰/۹۳	۰/۴۳
ظرفیت حیاتی اجباری	۱۶/۲۶	۳	۵/۴۲	۸/۴۸	۰/۰۰۱
حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه	۱۳/۵۹	۳	۴/۵۳	۱۰/۹۸	۰/۰۰۱
نسبت حجم بازدمی اجباری به ظرفیت	۱۵۰/۶۳	۳	۵۰/۲۱	۱/۰۵	۰/۳۷
اوج جریان بازدمی	۵/۰۳	۳	۱/۶۷	۰/۶۴	۰/۵۸

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در دو متغیر ظرفیت حیاتی اجباری ( $F= 8/48, P<0/001$ ) و حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه ( $F= 10/98, P<0/001$ ) تفاوت معنادار بین گروه‌ها وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. در متغیر ظرفیت حیاتی اجباری بین گروه تمرین + تحریک الکتریکی با گروه گواه ( $P<0/01$ )، گروه تمرین + تحریک ساختگی (کاذب) ( $P<0/001$ )، و گروه تحریک الکتریکی ( $P<0/001$ )، تفاوت وجود دارد. در سایر گروه‌ها تفاوتی مشاهده نشد ( $P>0/05$ ). در متغیر حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه بین گروه تمرین + تحریک الکتریکی با گروه گواه ( $P<0/001$ )، گروه تمرین + تحریک ساختگی (کاذب) ( $P<0/001$ )، و گروه تحریک الکتریکی ( $P<0/001$ )، تفاوت وجود دارد. در سایر گروه‌ها تفاوتی مشاهده نشد ( $P>0/05$ ).

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثرات هشت هفته تمرینات پیلاتس و تحریک الکتریکی بر عملکرد ریوی و ظرفیت هوازی مردان معتاد به مدت ۸ هفته در حال ترک بود. نتایج نشان داد در افرادی که تمرینات ورزشی + تحریک الکتریکی را انجام داده بودند ظرفیت حیاتی اجباری و حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه افزایش یافته بود. این یافته با یافته‌های



ویس و همکاران، اسکانون و همکاران، چایترا و همکاران، سینگ و همکاران، ریاریو-اسفورزا<sup>۱</sup> و همکاران همسو و با نتایج سانتوس، سانتوس، مورایس، رودریگوس و باردارا<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) ناهمسو می‌باشد. ویس و همکاران بیان نمودند در افرادی که استعمال دخانیات دارند میزان حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه کمتر از سایر افراد است و توقف آن افزایش معناداری در مقدار حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه ایجاد می‌نماید. اسکانون و همکاران نشان دادند پس از قطع استعمال دخانیات، میزان حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه به طور میانگین ۲ درصد یا ۴۷ میلی‌لیتر در سال افزایش می‌یابد. چایترا و همکاران اثر سازگاری با تمرین ورزشی را بر شاخص‌های عملکرد ریوی مورد ارزیابی قرار دادند که نتایج ایشان بیانگر افزایش در حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه، اوج جریان بازدمی و ظرفیت حیاتی اجباری و افزایش غیرمعنادار در نسبت حجم بازدمی اجباری به ظرفیت حیاتی اجباری بود. ریاریو-اسفورزا و همکاران (۲۰۰۹) اثر بازتوانی ریوی را با هدف بهبود تحمل فعالیت ورزشی و کیفیت زندگی بر افراد مبتلا به بیماری مزمن ریوی بررسی کردند. نتایج بیانگر افزایش مقادیر ۱۲/۴ میلی‌لیتری در این بیماران بود. در کار پژوهشی سانتوس و همکاران تاثیر دو شدت ۶۰ یا ۸۰ درصدی ظرفیت فعالیت ورزشی هوازی به مدت ۲۰ جلسه بر بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج بیانگر عدم تاثیر معنادار هر دو شدت بر ظرفیت ریوی و کاری بیماران بود. این محققان پیشنهاد دادند شدت ۶۰ درصدی تمرین ورزشی هوازی احتمالاً به عنوان بخشی از برنامه بازتوانی ریوی مد نظر قرار گیرد. به نظر می‌رسد عدم اندازه‌گیری شاخص‌های عملکرد ریوی (اسپیرومتری) و تنها بسنده کردن به اطلاعات به دست آمده از پرسش‌نامه، از جمله دلایل مغایرت با تحقیق حاضر باشد. افزایش حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه و ظرفیت حیاتی اجباری همچنین نسبت حجم بازدمی اجباری به ظرفیت حیاتی اجباری را می‌توان به توان هوازی افراد نسبت داد که در پژوهش حاضر نیز اندازه‌گیری شده و بعد از مداخله تمرین ورزشی افزایش داشته است. احتمالاً همبستگی مثبتی بین فاکتورهای

1. Riario-Sforza

2. Santos, Santos, Morais, Rodrigues, & Barbara

عملکرد ریوی و اکسیژن مصرفی وجود دارد. افزایش حداکثر اکسیژن مصرفی در مطالعه حاضر بعد از اعمال مداخله، تاییدی بر موثر بودن برنامه تمرینی است. این یافته پیش تر در مطالعه ندر، آندرونی، لرایو و نری<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) تایید شده است. آن‌ها با مطالعه بر روی ۱۰۰ نفر (۵۰ مرد و ۵۰ زن) غیرسیگاری با دامنه سنی ۸۰-۲۰ سال دریافتند همبستگی بین شیوه زندگی، فعالیت ورزشی منظم و حداکثر توان هوازی با قدرت عضلات اسکلتی و تنفسی و مقادیر مانور MVV وجود دارد. نتایج مطالعه ویستچوک، لیپولد، جاکوب، پولاک، و هرمان<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) نشان داد تمرینات پیلاتس باعث افزایش VC، ظرفیت حیاتی اجباری، IVC و MEF50 شده است. براساس تحقیقات حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه به عنوان ارزیابی کننده سلامت عمومی انسان معرفی شده است (بچارا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). در این مطالعه حجم بازدمی با فشار در یک ثانیه در گروه تمرین افزایش داشت. در بیان علت تغییرات با عدم تغییرات تست‌های عملکردی ریه نتایج تحقیقات کاملاً با هم متناقض است. فعالیت ورزشی در اوایل هفته‌های تمرینی از طریق سازگاری عصبی-عضلانی منجر به بهبود عملکرد عضلات تنفسی شده و در هفته‌های بعدی از طریق مکانیسم‌های عضلانی منجر به بهبود استقامت این عضلات می‌شود (ریاریو-سفورزا و همکاران، ۲۰۰۹). این بهبود می‌تواند در نتیجه افزایش در میزان هموگلوبین، افزایش سوخت و ساز و کاهش گلیکولیز، افزایش حجم پایان دیاستولی، کاهش حجم پایان سیستولی و حجم ضربه‌ای، افزایش فعالیت آنزیم‌های چرخه کربن و سیستم انتقال الکترون، افزایش تعداد و اندازه‌ی میتوکندری‌ها، افزایش بافت عضلانی و کارایی آن‌ها بوده باشد (گیاکومونی، داسیلوا، وبر، مونتیرو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶).

از مطالعات ناهمسو می‌توان به مطالعه کوردین، تاکر، مون، و استاگر<sup>۵</sup> اشاره کرد. از دلایل ناهمخوانی با پژوهش حاضر می‌توان به تفاوت در نوع و ماهیت تمرین، شدت برنامه تمرینی، جنسیت و سن افراد نسبت داد. به طور کلی محققان اعلام کرده‌اند که روش

1. Neder, Andreoni, Lerario, & Nery  
2. Wietschorke, Lippold, Jacob, Polak, & Herrmann  
3. Bechara

4. Giacomini, Da Silva, Weber, & Monteiro  
5. Cordain, Tucker, Moon, & Stager

پیلاتس با ایجاد هایپر تروفی در عضلات شکمی ضخامت این عضلات را افزایش می دهد. همچنین با تقویت عضلات تنفسی، قدرت و عملکرد آن ها افزایش یافته و از ضعف عضلات شکمی و به تبع آن مکانیک تنفس پیشگیری می کند. تمرینات پیلاتس با به کارگیری بیشتر عضلات تنفسی موجب افزایش و بهبود تهویه، جلوگیری از تجمع ترشحات و آتلکتازی (روی هم خوابیدن یک قسمت یا تمامی یک ریه) و افزایش قدرت و هماهنگی عضلات تنفسی به ویژه عضلات مسئول دم می شود. برونکواسپاسم راه های هوایی را کاهش داده و موجب کاهش التهاب راه های هوایی می شود (گیاکومونی و همکاران، ۲۰۱۶). در تحقیق کیپلن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵)، ۱۲ هفته تمرین شدید دوییدن (۱۰ جلسه در هفته) در دختران و پسران دانشجو متغیرهای عملکردی ریه بدون تغییر ماند؛ که با یافته های گروه تمرین پژوهش حاضر غیر هم سو می باشد. این امر خود لزوم تحقیقات بیشتر در این حوزه را روشن می کند.

از طرفی تحریک الکتریکی مستقیم فراقشری مغز به همراه تمرین بر روی ظرفیت تنفسی اثر بخش بوده است. در جهت تبیین این یافته می توان گفت اگر چه مکانیسم عمل این روش به درستی مشخص نیست اما شواهد موجود، تغییرات احتمالی ایجاد شده به وسیله تحریک مکرر مغناطیسی را ناشی از تاثیر انتقال دهنده های عصبی و نورو پلاستیستی سلول های عصبی می دانند (باتیستا، کلاوس، فرگنی، نیتهجه، ناکامورا-پالاسیوس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). تحریک مکرر مغناطیسی به دلیل تاثیر آن در تحریک پذیری قشری و انتقال دهنده دوپامینرژیک به عنوان ابزاری در مطالعه و درمان اختلال اعتیاد معرفی شده است. تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری در تغییر انتقال دهنده دوپامین و تاثیر تقویتی آن در ساختارهای زیر قشری در مطالعات پیشین ثابت شده است (بوکیو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). بسیاری از تحقیقات انجام گرفته بر روی حیوانات نشان داده اند که تحریک آندی، شلیک نورونی را افزایش داده و تحریک کاتدی منجر به نتایج عکس می شود. بنابراین فرض بر این است که افزایش در فعالیت ناحیه پیش پیشانی راست یا افزایش در ناحیه پیش پیشانی چپ منجر

1. Kippelen  
2. Batista, Klauss, Fregni, Nitsche, & Nakamura-Palacios

3. Boggio

به کاهش مصرف می شود (حیدری، طارمیان، خلعتبری، ۱۳۹۶). ناحیه پیش‌پیشانی پشتی جانبی یکی از مناطق مهم قشر پیش‌پیشانی بوده و ناحیه مسئول تشخیص و تعیین اعمال، ارزیابی‌کننده پیامدهای آتی رفتار کنونی و پیش‌بینی‌کننده پیامدها و کنترل اجتماعی است. بنابراین یک مکانیسم احتمالی که باعث می‌شود تحریک این ناحیه منجر به کاهش مصرف و افزایش کنترل اجتماعی یا افزایش توانایی شرکت‌کنندگان در سرکوب تمایلاتشان شود. همچنین با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته می‌توان گفت که تحریک افزایشی و کاهش‌ی ناحیه پیش‌پیشانی چپ یا راست می‌تواند توازن فعالیت دو نیمکره را از هم گسیخته کند و بنابراین تحریک ناحیه پشتی جانبی پیش‌پیشانی چپ و ناحیه پشتی جانبی قشر پیش‌پیشانی راست می‌تواند حالت‌های مصرف مواد را کاهش دهد. از طرفی احتمالاً افزایش ظرفیت تنفسی ناشی از تحریک و تمرین پیلاتس به این علت باشد که، تحریک و تمرین باعث افزایش محرک‌های تنفسی شده که در طولانی مدت با کاهش میل به مصرف مواد مخدر این تحریک منجر به افزایش ظرفیت ریوی شده است (تروجک و همکاران، ۲۰۱۶).

تمرینات پیلاتس بر شش اصل تمرکز، کنترل، تحرک، ایجاد نیروی دفاعی، دقت و تنفس بنا شده است. این شش اصل مهم پیلاتس برای کیفیت عملکرد و نتیجه موفقیت‌آمیز این ورزش، حیاتی است که در مطالعه حاضر نیز این اصل ثابت شده است. برعکس سیستم‌های ورزشی دیگر که شامل تکرار بیش از حد هر حرکت ورزشی است، ورزش پیلاتس تکیه خود را بر روی کیفیت بنا نهاده است. همچنین به نظر می‌رسد به دلیل تمرکز حرکات پیلاتس بر قوی تر شدن عضلات نقش به‌سزایی در افزایش ظرفیت تنفسی داشته باشد (خیراندیش، و همکاران، ۱۳۹۷). با توجه به اصول تمرینات، نوع و ماهیت تمرین می‌تواند اثرات متفاوتی داشته باشد. با تاکید ورزش پیلاتس بر تقویت عضلات تنفسی و بالتبع عمل تنفس، انتظار می‌رود انجام این تمرینات تأثیر مطلوبی بر حجم‌ها و ظرفیت ریوی داشته باشند. قربانی، محفوظ، پورا کبرزاده، فرزین فرد، و یغمایی (۱۳۸۵) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که تمرینات پیلاتس باعث افزایش اتساع قفسه سینه در بیماران ماستکتومی، می‌شود و همچنین بر سازگاری‌های ساختاری و عملکردی دستگاه

تنفسی پس از این تمرینات تاکید کرده است. به طور کلی، با انجام تمرین های ورزشی پیلاتس فعالیت متابولیکی افزایش یافته و برای پاسخ گویی به نیازهای بدن، باید هر دو دستگاه تهویه ای و قلبی از طریق افزایش همزمان تهویه دقیقه ای و برون ده قلبی عمل کنند (لاتی، ۲۰۰۱). بدیهی است که هرگونه ناکارآمدی این دستگاه ها، عملکرد کلی بدن را با مشکل مواجه می سازد. پس اجرای تمرینات ورزشی در این جامعه مورد مطالعه بسیار حائز اهمیت می باشد.

### منابع

- حیدری، زهرا؛ طارمیان، فرهاد؛ و خلعتبری، جواد (۱۳۹۶). اثر پروتکل تعدیل یافته ی آلفا- تتا نوروفیدبک بر اشتیاق فوری مصرف در بیماران وابسته به مواد افیونی. *مجله ی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۵(۱۰۹)، ۱۳۹-۱۳۰.
- خیراندیش، رضوان؛ رنجبر، روح...؛ حبیبی، عبدالحمید (۱۳۹۷). تاثیر تمرینات منتخب پیلاتس بر برخی شاخص های تنفسی زنان چاق غیرفعال. *دوماهنامه فیض*، ۲۲(۲)، ۱۶۱-۱۵۳.
- عباسیان، صادق؛ عطارزاده حسینی، سید رضا؛ و معظمی، مهتاب (۱۳۹۱). اثر فعالیت ورزشی هوازی منظم بر سطح سرمی بتا- اندورفین و ادراک فشار تمرینی افراد وابسته به مواد مخدر؛ با تاکید بر سیستم پاداش مغزی. *دوماهنامه دانشور پزشکی*، ۲۰(۱۰۳)، ۵۲-۴۱.
- عباسیان، صادق؛ عطارزاده حسینی، سید رضا؛ و معظمی، مهتاب (۱۳۹۲). فراخوانی اثر هایپوآلژزی متعاقب ۲۰ جلسه فعالیت ورزشی با شدت کنترل شده توام با متادون در افراد وابسته به مواد مخدر. *بیهوشی و درد*، ۴(۳)، ۴۶-۳۸.
- عطارزاده حسینی، سید رضا؛ حجتی اشتوانی، زهرا؛ سلطانی، حسین؛ و حسینی کاخک، سید علیرضا (۱۳۹۱). تغییرات عملکرد ریوی و اوج اکسیژن مصرفی متعاقب برنامه تمرین هوازی تناوبی در دختران غیرفعال. *مجله علوم پزشکی سبزوار (اسرار)*، ۱۹(۶۳)، ۵۱-۴۲.
- قربانی بیرگانی، علیرضا؛ محفوظ پور، سعادت؛ فرزین فرد، فرحناز؛ اکبرزاده باغبان، علیرضا؛ و یغمایی، فریده (۱۳۸۵). بررسی وضعیت اختلالات ستون فقرات در دانش آموزان پسر ۱۴-۱۸ ساله مدارس تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی*، ۱۶(۵۴)، ۳۴-۲۷.

- Batista, E. K., Klauss, J., Fregni, F., Nitsche, M. A., Nakamura-Palacios, E. M. (2015). A randomized placebo-controlled trial of targeted prefrontal cortex modulation with bilateral tDCS in patients with crack-cocaine dependence. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 18(12), pyv066. DOI: 10.1093/ijnp/pyv066.
- Bechara, A. (2003). Risky business: Emotion, decision-making, and addiction. *Journal of gambling studies*, 19(1), 23-51 .
- Berke, J. D., & Hyman, S. E. (2000). Addiction, dopamine, and the molecular mechanisms of memory. *Neuron*, 25(3), 515-532.
- Bernardo, L. M. (2007). The effectiveness of Pilates training in healthy adults :An appraisal of the research literature. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 11(2), 106-110.
- Boggio, P. S., Sultani, N., Fecteau, S., Merabet, L., Mecca, T., Pascual-Leone, A., ... Fregni, F. (2008). Prefrontal cortex modulation using transcranial DC stimulation reduces alcohol craving: A double-blind, sham-controlled study. *Drug and alcohol dependence*, 92(1-3), 55-60. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2007.06.011.
- Chaitra, B., Puranik, N., & Maitri, V. (2012). Moderate intensity aerobics training improves pulmonary function in young Indian men. *Biomedical Research*, 23(2), 1-4.
- Compton, P., Charuvastra, V., & Ling, W. (2001). Pain intolerance in opioid-maintained former opiate addicts: effect of long-acting maintenance agent. *Drug and alcohol dependence*, 63(2), 139-146.
- Cordain, L., Tucker, A., Moon, D., & Stager, J. M. (1990). Lung volumes and maximal respiratory pressures in collegiate swimmers and runners. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 61(1), 70-74. DOI:10.1080/02701367.1990.10607479.
- Da Silva, M. C., Conti, C. L., Klauss, J., Alves, L. G., Do Nascimento Cavalcante, H. M., Fregni, F., Nakamura-Palacios, E. M. (2013). Behavioral effects of transcranial direct current stimulation (tDCS) induced dorsolateral prefrontal cortex plasticity in alcohol dependence. *Journal of Physiology-Paris*, 107(6), 493-502.
- Elman, I., & Borsook, D. (2016). Common brain mechanisms of chronic pain and addiction. *Neuron*, 89(1), 11-36 .
- Giacomini, M. B., Da Silva, A. M. V., Weber, L. M., & Monteiro, M. B. (2016). The Pilates Method increases respiratory muscle strength and performance as well as abdominal muscle thickness. *Journal of bodywork and movement therapies*, 20(2), 258-264.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642-1652.

- Jansen, J. M., Daams, J. G., Koeter, M. W., Veltman, D. J., van den Brink, W., & Goudriaan, A. E. (2013). Effects of non-invasive neurostimulation on craving: a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(10), 2472-2480.
- Kippelen, P., Caillaud, C., Robert, E., Connes, P., Godard, P., & Prefaut, C. (2005). Effect of endurance training on lung function: A one year study. *British Journal of Sports Medicine*, 39(9), 617-621. DOI: 10.1136/bjrm.2004.014464.
- Kloubec, J. A. (2010). Pilates for improvement of muscle endurance, flexibility, balance, and posture. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 24(3), 661-667.
- Latey, P. (2011). The Pilates method: history and philosophy. *Journal of bodywork and movement therapies*, 5(4), 275-282.
- Lynch, W. J., Peterson, A. B., Sanchez, V., Abel, J., & Smith, M. A. (2013). Exercise as a novel treatment for drug addiction: a neurobiological and stage-dependent hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1622-1644.
- Neder, J. A., Andreoni, S., Lerario, M. C., & Nery, L. E. (1999). Reference values for lung function tests: II. Maximal respiratory pressures and voluntary ventilation. *Brazilian journal of medical and biological research*, 32(6), 719-727.
- O'dell, S. J., Galvez, B. A., Ball, A. J., & Marshall, J. F. (2012). Running wheel exercise ameliorates methamphetamine-induced damage to dopamine and serotonin terminals. *Synapse*, 66(1), 71-80. DOI: 10.1002/syn.20989.
- Riario-Sforza, G. G., Incorvaia, C., Paterniti, F., Pessina, L., Caligiuri, R., Pravettoni, C., . . . & Centanni, S. (2009). Effects of pulmonary rehabilitation on exercise capacity in patients with COPD: a number needed to treat study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, 315-319.
- Santos, C., Santos, J., Morais, L., Rodrigues, F., & Barbara, C. (2011). Pulmonary rehabilitation in COPD: Effects of two aerobic exercise intensity in patient-centered outcomes-a randomized study. *Chest*, 140(4), 853A.
- Scanlon, P. D., Connett, J. E., Waller, L. A., Altose, M. D., Bailey, W. C., Buist, A. S., & Sonia Buist, A. (2000). Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease: the Lung Health Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161(2), 381-390.
- Singh, V., Jani, H., John, V., Singh, P., & Joseley, T. (2011). Effects of upper body resistance training on pulmonary functions in sedentary male smokers. *Lung India: Official Organ of Indian Chest Society*, 28(3), 169-173. DOI: 10.4103/0970-2113.83971.

- Tozim, B. M., & Navega, M. T. (2018). Effect of pilates method on inspiratory and expiratory muscle strength in the elderly. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 20(1), 1-9.
- Trojak, B., Soudry-Faure, A., Abello, N., Carpentier, M., Jonval, L., Allard, C., . . . Bonin, B. (2016). Efficacy of transcranial direct current stimulation (tDCS) in reducing consumption in patients with alcohol use disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 250. DOI:10.1186/s13063-016-1363-8.
- Wagner, T., Valero-Cabre, A., & Pascual-Leone, A. (2007). Noninvasive human brain stimulation. *Annual Review of Biomedical Engineering*, 9, 527-565. DOI: 10.1146/annurev.bioeng.9.061206.133100.
- Wietschorke, K., Lippold, J., Jacob, C., Polak, T., & Herrmann, M. J. (2016). Transcranial direct current stimulation of the prefrontal cortex reduces cue-reactivity in alcohol-dependent patients. *Journal of Neural Transmission*, 123(10), 1173-1178.
- Wise, R. A., & Koob, G. F. (2014). The development and maintenance of drug addiction. *Neuropsychopharmacology*, 39(2), 254.
- Wise, R. A., Kanner, R. E., Lindgren, P., Connett, J. E., Altose, M. D., Enright, P. L., . . . Group, L. H. S. R. (2003). The Effect of Smoking Intervention and an Inhaled Bronchodilator on Airways Reactivity in COPD: The Lung Health Study. *Chest*, 124(2), 449-458.
- Wright, J. M., & Krekelberg, B. (2014). Transcranial direct current stimulation over posterior parietal cortex modulates visuospatial localization. *Journal of Vision*, 14(9), 5. DOI: 10.1167/14.9.5.
- Zolkowska, D., Rothman, R. B., & Baumann, M. H. (2006). Amphetamine analogs increase plasma serotonin: implications for cardiac and pulmonary disease. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 318(2), 604-610.



## اثر بخشی گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر کاهش گرایش به خودکشی و افزایش خویشتن پذیری افراد وابسته به مواد افیونی

زهرا مسیحی<sup>۱</sup>، رضوان همایی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۰

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین بررسی اثربخشی گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر کاهش گرایش به خودکشی و افزایش خویشتن پذیری افراد وابسته به مواد افیونی انجام شد. **روش:** طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل مردان معتاد به انواع مواد مخدر در شهر اهواز بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از معتادان وابسته به مواد افیونی بودند که به روش نمونه گیری در دسترس از بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در شهر اهواز انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: مقیاس گرایش به خودکشی بک و همکاران (۱۹۹۶)، پرسش نامه خویشتن پذیری بک و استیر (۱۹۷۴). گروه درمانی فعال ساز رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش ارائه شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد درمان گروهی فعال ساز رفتاری در کاهش گرایش به خودکشی و افزایش پذیرش خود مؤثر بود. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، گروه درمانی فعال ساز رفتاری بر کاهش گرایش خودکشی و افزایش پذیرش خود در افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر می باشد.

**کلید واژه ها:** گروه درمانی فعال ساز رفتاری، گرایش به خودکشی، خویشتن پذیری، افراد وابسته به مواد افیونی

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران، پست الکترونیکی:

homaei@iauhvaz.ac.ir

## مقدمه

اعتیاد معضلی است که در همه‌ی اقشار نفوذ کرده و به یقین آسیب‌های جبران‌ناپذیر و پیامدهای ویرانگری برای خانواده‌ها، کشورها و جامعه جهانی به دنبال داشته است. پیامد حاصل از مواد افیونی سبب آسیب‌های اجتماعی می‌شود که خود زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌های دیگر است (میلر و مویرز، ۲۰۱۵). وابستگی به مواد افیونی مجموعه علائم شناختی، رفتاری و روان‌شناختی را ایجاد می‌کند که منجر به آسیب در زمینه‌های شخصیتی، شیوه تفکر و زندگی، عقاید و کژکاری در تنظیم شناختی و هیجانی می‌شود (هورنیکس، ۲۰۱۲). یکی از پیامدهای این آسیب‌های شناختی و هیجانی، گرایش به خودکشی است (بارلو و دوراند، ۲۰۱۱).

در دهه‌های اخیر گرایش به خودکشی به عنوان مشکل بهداشتی در میان جوانان افزایش یافته است (سهرابی و ناطقی، ۱۳۹۶). بر پایه‌ی گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) نرخ متوسط خودکشی جهانی ۱۱/۵ در ۱۰۰۰ نفر است که مردان ۱۵ و زنان ۸ در ۱۰۰۰ یعنی ۴ الی ۶ درصد مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهد. روزانه حدود ۱۱ نفر در ایران خودکشی می‌کنند و مطالعات انجام شده بر روی افرادی که اقدام به خودکشی داشته‌اند نشان داده که بین ۱۶ تا ۶۳ درصد آن‌ها مبتلا به یکی از انواع اختلال‌های مرتبط با مواد مخدر هستند (مامی و امیریان، ۱۳۹۵). همچنین آمارهای مربوط به خودکشی در ایران نشان می‌دهند سوء مصرف مواد با نسبت ۵۴ درصد به عنوان دومین اختلال شایع در افراد با سابقه اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل به حساب می‌آید. در نتیجه مصرف مواد احتمال اقدام به خودکشی را بیشتر می‌کند و همچنین سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد یکی از عوامل مهم خطر گرایش به خودکشی می‌باشد (محمدخانی، صادقی و فرزاد، ۱۳۹۳). یکی از نظریه‌هایی که در مورد دلایل ارتباط اعتیاد به مواد مخدر و خودکشی مطرح شده بیان می‌دارد که سوء مصرف مواد از طریق افزایش تکانش‌وری در افراد باعث اقدام به خودکشی می‌شود (عاشوری و حبیب‌آباد، ۲۰۰۹). اختلالات روان‌پزشکی، سابقه

1. Miller, & Moyers  
2. Hornquis  
3. Barlow, & Durand

4. World Health Organization  
(WHO)

خانوادگی، سوء مصرف مواد، درگیری با قانون، تغییرات ناگهانی در سلامتی، تعارضات خانوادگی به عنوان عوامل خطر برای گرایش به خودکشی شناخته شده‌اند (دالاس و دیوید<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). طبق پژوهش بریدج، گلداستاین و برنت<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) مصرف مواد مخدر با خودکشی در ارتباط است و افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در افراد معتاد نسبت به سایر افراد به طور معناداری بالاتر است. نصرت آبادی، حلوائی پور و قائدامینی هارونی (۱۳۹۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین اعتیاد به مواد و خودکشی با افکار خودکشی رابطه مثبت وجود دارد.

خویشتن‌پذیری<sup>۳</sup> شامل پذیرش توانایی، مهارت و قابلیت‌های اجتماعی است. خویشتن‌پذیری تمام ابعاد شناختی، ادراکی و عاطفی و روش‌های ارزیابی را در برمی‌گیرد، بنابراین خویشتن‌پذیری به مجموعه‌ای از افکار، احساسات و نگرش‌هایی گفته می‌شود که هر کس درباره خودش در ذهن پرورش می‌دهد (حسن‌زاده، ۱۳۹۲). تحقیقات انجام شده در خصوص خویشتن‌پذیری افراد دارای سوء مصرف مواد نشان داد که افرادی که خویشتن‌پذیری بالاتری دارند گرایش کمتری به سوء مصرف مواد دارند (اورکی، ۱۳۹۰). افراد معتاد نسبت به روابط بین فردی، محیط و خویشتن خود احساس نارضایتی، بی‌کفایتی، نفرت، افسردگی و اضطراب می‌نمایند. راهبردهای مؤثری برای حل مشکلات خود ندارند و احساس می‌کنند نمی‌توانند در آرامش زندگی کنند (استیون، هوسیر و میلز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). این مسایل باعث می‌شود تا ارزشیابی فرد از خود مخدوش شود. عدم پذیرش خود و داشتن نگرش‌های مخرب منجر به آسیب‌پذیری روان‌پزشکی، مشکلات اجتماعی و رفتارهای پرخطر از جمله گرایش به مواد منجر می‌شود (مان، هاسمن، اسکالما و دی وریس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که عدم پذیرش خویشتن با ناامیدی، گرایش‌های خودکشی و حتی اقدام به خودکشی ارتباط دارد (مارتین، ریچاردسون، برگن، روگر و آلیسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵).

1. Dallas, & David  
2. Bridge, Goldstein, & Brent  
3. self-acceptance  
4. Steven, Hosier, & Miles

5. Mann, Hosman, Schaalma, & De Vries  
6. Martin, Richardson, Bergen, Roeger, & Allison

درمان فعال‌ساز رفتاری<sup>۱</sup> از درمان‌های موج سوم است که بر رفتارها و فعالیت‌ها تأکید دارد (دیمیجیان، بررا، مارتل، مانوز و لوینشان، ۲۰۱۱). در این درمان سعی بر این است بیمار را از لحاظ رفتاری و اجتماعی فعال سازد تا فرد بتواند روابط سالمی با دیگران برقرار نماید. این درمان منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی (و در نتیجه کاهش خودکشی)، اضطراب، فشار روانی و باورهای غیرمنطقی می‌شود (داو و لوکستون، ۲۰۱۴). در افراد معتاد تجربیات و رفتارهای ناسازگارانه و شکست‌های مداوم آن‌ها در مقابله‌های روزمره، باعث درماندگی، احساس عدم کنترل بر امور زندگی، نبود انگیزه برای ادامه زندگی و فقدان ارزشمندی می‌شود. هدف این درمان جایگزینی الگوهای رفتاری کارآمد و سازگارانه با رفتارهای ناکارآمد است که به بهبود عملکردهای اجتماعی منجر می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳). تأکید این نوع درمان بر تقویت رفتارهایی است که باعث تعاملات لذت‌بخش می‌شوند و کاهش تعاملاتی که استرس‌آور هستند و مانع دسترسی به تقویت‌های فردی و اجتماعی می‌شوند (چان، سان، تام، تسویی و وانگ، ۲۰۱۷). این درمان به جهت کوتاه‌مدت بودن، مقرون به صرفه است (کانتر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). این رویکرد به دنبال غنی‌سازی انگیزشی از طریق جستجوی تقویت‌های مثبت است. محیطی که خالی از تقویت‌های مثبت باشد، فرد را به افسردگی و افکار منفی در مورد زندگی و خودش سوق می‌دهد. درمان باید مبتنی بر ایجاد فعالیت‌هایی باشد که منجر به دریافت تقویت مثبت می‌شود (لی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). فینینگ<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۷) از بین درمان‌های شناختی-رفتاری و درمان فعال‌سازی رفتاری، درمان فعال‌ساز رفتاری را جهت پیشگیری از عود مؤثر معرفی نمودند. سرافینی<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود بیان می‌کنند این درمان به دلیل فعال‌ساختن رفتارهای مؤثر و سازنده در درمان افسردگی‌های مقاوم به درمان و گرایش به خودکشی مؤثر بود. در این درمان افراد رفتارهایی را که برای خودشان و دیگران ارزشمند است را شناسایی و تمرین می‌نمایند.

1. behavioral activation thrapy  
2. Dimidjian, Brrera, Martell,  
Munoz, & Lewinshon  
5. Dawe, & Loxton  
4. Chan, Sun, Tam, Tsoi, & Wong

5. Kanter  
6. Ly  
7. Finning  
8. Serafini

این رفتارها سبب بالا بردن لذت و انگیزه فرد برای اجرای فعالیت‌ها خواهد شد. همچنین، اجتناب از رفتاری که منجر به حذف تقویت مثبت شود یا کاهش تجارب هیجانی منفی را شامل می‌شود (پرهون، مرادی، حاتمی و پرهون، ۱۳۹۳). تجربه رویدادهای منفی زندگی و عدم دریافت بازخوردهای مثبت از سوی اطرافیان باعث می‌شود افراد خود را به صورت انتقادی ارزیابی کنند و این امر موجب کاهش خویشتن‌پذیری، افزایش عواطف منفی و پدید آمدن علائم افسردگی در آن‌ها می‌شود (کویچیرز، وان استراتن و وارمردام،<sup>۱</sup> یکی از آثار افسردگی، داشتن افکار منفی در مورد ارزشمندی خویشتن و افکار خودکشی است (دیویس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها به تأثیر گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر درمان افسردگی اشاره نموده‌اند. کانتر و همکاران (۲۰۱۵) در آمریکای شمالی اثربخشی گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری در افراد افسرده مورد تأیید قرار دادند. هاگتون<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری در دانشجویان باعث کاهش افسردگی و افکار منفی و ناکارآمدی می‌شود. کارتیر و پرونچر<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش تجارب خوشایند و ارزیابی مثبت فرد از خود می‌شود و باعث افزایش خویشتن‌پذیری و سرزندگی می‌شود. سهرابی و ناطقی (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان‌های شناختی-رفتاری بر کاهش افکار خودکشی و رفتارهای تکانش‌گری در افراد معتاد به مواد مخدر مؤثر است.

در درمان موفقیت‌آمیز اعتیاد، مراقبت مناسب در دوران نگهداری اهمیت دارد. مطالعات نشان داده‌اند که ۸۰ درصد کسانی که اقدام به ترک اعتیاد می‌کنند در شش ماهه اول دچار بازگشت اعتیاد می‌شوند. بنابراین گذراندن برنامه‌های درمانی مناسب برای پیشگیری از برگشت به اعتیاد در این دوران، حائز اهمیت است (موشکی، پناهی شهری، نجارپور و میرزانی، ۲۰۱۸). در دوران نگهداری مشکلات جسمی و روانی ناشی از ترک می‌تواند تجربیات و تعاملات اجتماعی افراد را دچار آسیب سازد و زمینه انزوای افسردگی فرد را فراهم نماید، این آسیب‌های روانی، می‌تواند ارزیابی‌های شناختی این افراد در مورد

1. Cuijpers, Van Straten,  
& Warmerdam  
2. Davis

3. Houghton  
4. Chartier, & Provencher

خودارزش‌مندی و پذیرش خویش‌تن و همچنین داشتن انگیزه برای ادامه زندگی را تحت سیطره خود قرار دهد. ارائه رویکردهای مناسب درمانی، می‌تواند در جهت افزایش تجربیات مثبت محیطی و بهبود ارزیابی‌های هیجانی و شناختی مؤثر باشد. مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد، اثربخشی گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری بر افسردگی بررسی شده که به طور غیرمستقیم با افکار خودکشی و ارزیابی پایین ارزش‌مندی خویش در ارتباط است. ولی این درمان به طور مستقیم بر افکار خودکشی و خویش‌تن‌پذیری بررسی نشده است. لذا پژوهش حاضر به دلیل نبود پژوهش‌های مستقیم در این زمینه، به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری بر کاهش افکار خودکشی و افزایش خویش‌تن‌پذیری معتادین وابسته به مواد افیونی تأثیر دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف، در حیطه پژوهش کاربردی است. پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه این پژوهش شامل مردان معتاد به انواع مواد مخدر در شهر اهواز در چهارماهه دوم ۱۳۹۷ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر (مرد) از معتادان و مبتلایان به سوء‌مصرف مواد مراجعه‌کننده بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از لحاظ ویژگی‌های سن، تحصیلات، تأهل، مدت زمان اعتیاد هم‌تا شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. لازم به ذکر است ملاک‌های ورود امضای توافق‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، وجود معیارهای تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای نسخه پنجم راهنمای عملی و تشخیصی اختلالات روانی، عدم دریافت روش‌های درمانی غیر دارویی دیگر، حداقل تحصیلات ابتدائی و سن بین ۲۵ تا ۵۰ سال، عدم رخداد تنش‌زا مثل طلاق یا مرگ عزیزان در شش ماه گذشته بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه و تکمیل پرسش‌نامه به صورت ناقص بود. پس از بیان هدف پژوهش برای رعایت ملاحظات اخلاقی، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی برای شرکت آگاهانه در پژوهش دریافت

شد. به آن‌ها اعلام شد هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامه پژوهش انصراف دهند و اطلاعات آنان محرمانه نگهداشته می‌شود.

## ابزار

۱- مقیاس سنجش افکار خودکشی<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط بک، استیر و براون<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۶ تدوین شد. ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی می‌باشد. بر اساس ۳ درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد. این مقیاس با آزمون‌های استاندارد شده‌ی بالینی افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. مهدی‌یار و نجاتی (۱۳۹۴) اعتبار بازآزمایی و آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۹۳ گزارش نمودند. روایی همگرای آن با استفاده از روش همبسته نمودن نمرات آن، با نمرات پرسش‌نامه افسردگی به ثبوت رسید ( $r = 0/60$ ). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه خویشتن‌پذیری<sup>۳</sup>: این پرسش‌نامه توسط بک و استیر (۱۹۷۴) تهیه شده و دارای ۲۵ سؤال می‌باشد که هر سؤال ۵ گزینه دارد. حداکثر نمره ۱۲۵ و متوسط ۷۵ می‌باشد. دارای چهار بعد (توانایی‌های ذهنی، جذابیت فیزیکی، مسائل اخلاقی، کفایت کاری) می‌باشد (بک، استیر، اپستین<sup>۴</sup> و براون، ۱۹۹۰). اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است. برای تعیین روایی پرسش‌نامه از نمره سؤال ملاک استفاده شد. به این ترتیب که نمره کل پرسش‌نامه با نمره سؤال ملاک همبسته شد. مشخص شد بین این دو رابطه مثبت وجود دارد (حاتمی، تقی‌زاده و محبی‌نیا، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

## روش اجرا

پس از مراجعه به مرکز ترک اعتیاد، لیست معتادین وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده تهیه شد. با توجه به مصاحبه تخصصی توسط روان‌پزشک و روان‌شناس مرکز، معتادین وابسته به مواد افیونی که در مرحله نگهداری بودند شناسایی شدند. سپس به صورت انفرادی با

آن‌ها مصاحبه به عمل آمد و ۳۰ نفر که داوطلب حضور در جلسات بودند، انتخاب شدند. در گام بعدی از میان نمونه پژوهش به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه گمارده شدند. قبل از اجرای مداخله درمانی در گروه‌های آزمایشی پیش‌آزمون سنجش افکار خودکشی و خویش‌کشی‌پذیری اجرا شد. برنامه گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر اساس مدل فعال‌سازی رفتاری گروهی (کانتر، بوش و راش، ۲۰۰۵؛ ترجمه میرزایی و فریدونی، ۱۳۹۱) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش صورت پذیرفت. برنامه درمانی هر هفته دو جلسه برگزار شد. ضمن این‌که با هماهنگی‌هایی که با گروه گواه شد قرار شد تا جلسات گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری برای گروه گواه پس از مشخص شدن نتایج اثربخشی در زمان مناسب برگزار شود. همچنین جهت ارتقای انگیزه گروه گواه برای همکاری، بر حضور داوطلبانه و پرمودن رضایت‌نامه کتبی و بیان تأثیرات مثبت درمان تأکید شد. همچنین جهت خنثی نمودن اثر هاتورن، از تکنیک حواس‌پرتی در مورد متغیرهای وابسته و توضیحات پژوهش‌گران در مورد تأثیرات مثبت پژوهش بر بهسازی زندگی آنان صورت گرفت. همچنین اثرات پیش‌آزمون به عنوان عامل همپراش در تحلیل کواریانس خنثی شد. شرح جلسات مداخله درمانی فعال‌سازی رفتاری بر اساس مدل فعال‌سازی رفتاری گروهی در جدول ۱ ارائه شده است.

#### جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی (کانتر، بوش و راش، ۱۳۹۱)

جلسات	محتوا
۱	اجرای پیش‌آزمون و برقراری رابطه درمانی با معتادین، آموزش قراردادهای رفتاری به شکل نوشته یا توافق کلامی بین درمانگر و بیماران، بررسی موانع رسیدن به این اهداف.
۲	آموزش و تمرکز بر فعال‌سازی رفتار بر تعامل فرد با محیط، آموزش راهبردهای مناسب، تعامل بین فرد و محیط با تغییر رفتارهای آشکار، راهبردهای فعال‌سازی رفتاری بر اساس اصول خلوشی، شکل دهی، مرور ذهنی، حواس‌پرتی، دوره‌ی آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای.
۳	آموزش روانی در مورد فرآیندهای شفابخش گروهی: توجه‌هایی در مورد زمینه کلی بیماری، انتخاب روش‌های درمانی مناسب، وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی در خصوص تعامل با افراد دیگر (خانواده و پرسنل)، درمان و استفاده از تجارب دیگران.



**جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی (کانتز، بوش و راش، ۱۳۹۱)**

جلسات	محتوا
۴	تمرکز بر جنبه‌های استرس، اضطراب بیماری و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امیددرمانی، استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت به همدیگر و امیدبخش برای پیشرفته کوچک بیمار.
۵	تمرکز بر شایستگی‌ها و توانایی‌های ذهنی، تمرکز بر بهبود جذابیت فیزیکی، کنترل فکر، تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل در جریان آموزش مسائل اخلاقی، توضیح فرآیندهایی چون آموزش توقف شایستگی‌های کاری در بهبود تحمل و پذیرش حالت‌های روانی با تمثیل و گفتگوی گروهی.
۶	تمرکز بر باورهای شناختی و قضاوت شناختی و کنترل آن‌ها، مدیریت استرس بیماران، زیبایی زندگی، شناسایی استرس افکار منفی افراد، کنترل استرس سازگاری با استرس و پیش‌بینی شناسایی و پیشگیری پیامدهای منفی و نگرش‌های غیرمنطقی.
۷	آموزش در خصوص وضعیت موجود اجتماعی فرد، آموزش مهارت‌های مقابله و بازسازی رفتاری، آموزش مهارت قاطعیت، استفاده بهینه از روان‌شناسان و مددکاران.
۸	جمع‌بندی جلسات، نظرخواهی از اعضا، ارائه راهکار پیگیرانه و اخذ پس‌آزمون

**یافته‌ها**

در هر دو گروه آزمایش ۷ نفر مجرد (۴۶/۶۶ درصد) و ۸ نفر متأهل (۵۳/۳۴ درصد) بودند. میانگین (انحراف استاندارد) سن گروه آزمایش ۳۹/۳۸ (۲/۱۲) سال و گروه گواه ۳۷/۷۲ (۲/۲۲) سال بود. از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش، افراد دارای مدرک زیر دیپلم و دیپلم ۴ نفر (۲۶/۶۶٪)، فوق دیپلم و لیسانس ۹ نفر (۶۰/۰۰٪)، و فوق لیسانس به بالا ۲ نفر (۱۳/۳۴٪) بودند. در گروه گواه نیز، افراد دارای مدرک زیر دیپلم و دیپلم ۳ نفر (۲۰/۰۰٪)، فوق دیپلم و لیسانس ۹ نفر (۶۰/۰۰٪)، و فوق لیسانس به بالا ۳ نفر (۲۰/۰۰٪) بودند. میانگین (انحراف استاندارد) سابقه اعتیاد اعضای گروه آزمایش ۶/۲۷ (۲/۰۶٪) سال، و در گروه گواه ۶/۹۴ (۲/۱۸٪) سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: آماره‌های توصیفی افکار خودکشی و خویشن‌پذیری به تکنیک گروه‌ها و نوع آزمون**

متغیرها	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
افکار خودکشی	(انحراف استاندارد) (۳/۱۲) ۱۹/۰۵	(انحراف استاندارد) (۲/۵۲) ۱۷/۶۰	(انحراف استاندارد) (۳/۰۹) ۱۹/۶۵	(انحراف استاندارد) (۳/۹۴) ۱۹/۴۳
خویشن‌پذیری	(انحراف استاندارد) (۱۱/۵۴) ۷۲/۴۰	(انحراف استاندارد) (۱۲/۲۷) ۸۰/۷۵	(انحراف استاندارد) (۱۱/۸۶) ۷۰/۵۵	(انحراف استاندارد) (۱۱/۸۱) ۷۲/۸۰

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس می‌باشد. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ( $P > 0/05$ ,  $F = 1/20$ ,  $M = 21/25$ ). مفروضه دیگر این تحلیل برابری واریانس خطاهاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه در متغیرهای افکار خودکشی ( $P > 0/05$ ,  $F = 1/50$ ) و خویشن‌پذیری ( $P > 0/05$ ,  $F = 3/18$ ) داشت. مفروضه دیگر، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل افکار خودکشی و متغیر مستقل در مرحله پس‌آزمون ( $P > 0/05$ ,  $F = 1/28$ ) و خویشن‌پذیری و متغیر مستقل در مرحله پس‌آزمون ( $P > 0/05$ ,  $F = 1/28$ ) مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج حکایت از برقراری این مفروضه داشت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) نشان داد که فرض نرمال بودن در سطح ۰/۰۵ برقرار است. بنابراین، تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از اثربخشی مداخله در ترکیب خطی متغیرها داشت ( $P < 0/001$ ,  $F = 6/53$ ,  $\lambda = 0/627$ ). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

**جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرها**

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
افکار خودکشی	۵۸۴/۱۹	۵/۴۸	۰/۰۰۵	۰/۵۶	۰/۶۲
خویشن‌پذیری	۲۶۵/۴۸	۴/۱۵	۰/۰۰۷	۰/۳۸	۰/۹۵

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مداخله بر هر دو متغیر افکار خودکشی و خویش‌نپذیری موثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر بر ۳۰ نفر از معتادان وابسته به مواد افیونی و با هدف تعیین میزان اثربخشی گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری بر کاهش افکار خودکشی و افزایش خویش‌نپذیری انجام شد. این درمان با غنی‌سازی محیط فرد از تقویت مثبت سبب تغییر در ارزیابی شناختی فرد از موقعیت‌ها و شرایط زندگی شده و گرایش افراد را به خودکشی کاهش و خویش‌نپذیری را افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش‌های کانتر و همکاران (۲۰۱۵)، دالاس و دیوید (۲۰۱۳)، بریدج و همکاران (۲۰۰۶) و نصرت‌آبادی و همکاران (۱۳۹۵) به گونه‌ای مشابه نشان دادند که گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری بر کاهش افکار خودکشی تأثیر دارد. در تبیین نتایج می‌توان گفت معتادین وابسته به مواد افیونی، در مقابل چالش‌های روانی و استرس‌های روزمره راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه را به کار نمی‌گیرند. آن‌ها در مقابل این موقعیت‌ها به صورت غیرمنطقی، تکانشی و هیجانی رفتار می‌کنند؛ پیامد افکار غیرمنطقی و رفتار تکانشی می‌تواند احساس عدم تسلط و کنترل بر موقعیت‌ها، افسردگی و در نهایت گرایش یا اقدام به خودکشی باشد (دیویس و همکاران، ۲۰۱۵). معمولاً افراد معتاد در دوره درمان، به دلیل مشکلات ناشی از ترک، مستعد گرایش به خودکشی می‌شوند. مسئله خودکشی زمانی در آنان به صورت جدی مطرح می‌شود که با تجارب آسیب‌زایی در زندگی از جمله فقدان اساسی، ناکامی در رسیدن به اهداف، فقدان تجارب موفقیت‌آمیز، مشکلات شخصی درازمدت مواجه شده یا تجاربی را داشته باشند که ارزشمندی فرد را پامال نموده باشد. باید توجه داشت شکست‌های مکرر این افراد در زمینه حل مشکلات زندگی و مقابله مؤثر با تنیدگی‌ها از مهمترین عوامل خودکشی است. تمایل به خودکشی وضعیتی گذرا است؛ حتی اگر فرد افکار طولانی مدتی در مورد آن داشته باشد، بیشتر افراد پس از یک درمان مناسب بهبود می‌یابند. گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری به معتادین وابسته به مواد افیونی که در مرحله آمادگی قرار دارند، کمک کرد تا رفتارهای قدیمی و ناسازگارانه را کنار بگذارند. معمولاً آشفتگی هیجانی ناشی از تجارب

ناخوشایند، ارزیابی‌های منطقی و شناختی را مختل می‌نماید. این روش درمانی کمک نمود تا افراد عملکرد خود را به شیوه‌ای سازنده تغییر دهند؛ پاداش‌های درونی و بیرونی ناشی از عملکرد سازنده جدید، آن‌ها را امیدوارتر ساخته، باعث نگرش مثبت‌تری به زندگی شد. بنابراین مانع عملکرد تکانشگرانه افراد شد. به افراد کمک شد تا از لحاظ رفتاری و اجتماعی فعال شوند و از طریق کنش‌های سازنده با دیگران، عملکرد خود را اصلاح نمایند. این عملکرد جدید و سازگارانه، از سوی خود فرد و دیگران مثبت ارزیابی می‌شود و بازخوردهای مثبتی را به دنبال خواهد داشت و همین امر، سبب کاهش افکار خودکشی و گرایش به آن می‌شود. رفتارهای جدید و سازنده، انگیزش افراد را برای فعالیت بیشتر نمود. به آن‌ها کمک کرد تا افراد مسئولیت سلامتی خود را برعهده بگیرند و برای بهبود خود فعالانه تلاش کنند. این تغییرات جدید پاداش‌دهنده بود و مقاومت افراد را افزایش داد. همچنین افراد بازخوردهای سازنده‌ای را از گروه درمانی خود دریافت کردند. در نتیجه درمان فعال‌ساز رفتاری روشی برای مقابله با افسردگی ناشی از عملکردهای ناسازگارانه و بازخوردهای منفی از سوی خود فرد و دیگران است و می‌تواند منجر به کاهش خلق منفی، افکار خودآیند و در نهایت باعث کاهش افکار خودکشی شود (داو و لوکستون، ۲۰۱۴).

همچنین نتایج نشان داد که گروه درمانی فعال‌ساز رفتاری برافزایش خویشتن‌پذیری در معتادین وابسته به مواد افیونی تأثیرگذار بود که با یافته‌های پژوهش‌های قبلی از جمله دیویس و همکاران (۲۰۱۵)، کارتیر و پرونچر (۲۰۱۳) و هاگتون (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد اساس خویشتن‌پذیری ارزیابی فرد از احساس ارزشمندی و توانایی‌های خود است. افراد وابسته به مواد افیونی به دلیل استفاده فراوان از راهبردهای ناکارآمد رفتاری (اهمال کاری، پرخوابی، اجتناب از برقراری روابط با دیگران و گوشه‌گیری)، شناختی (نشخوارفکری، مرور خاطرات منفی گذشته، تجزیه و تحلیل افراطی رویدادهای ناخوشایند گذشته) و هیجانی (گریه کردن، خودسرزنشگری، واکنش‌های هیجانی شدید به اتفاقات ناخوشایند گذشته) از خویشتن‌پذیری بسیار پایینی برخوردار هستند. افراد وابسته به مواد افیونی به دلیل استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در

مقابل فشارها، نتایج و تجارب موفقیت آمیزی برای مقابله با رویدادها ندارند. همین امر یکی از دلایل، احساس ارزشمندی پایین در آنان است. روحیه سازندگی و انگیزش بالا در افراد سبب افزایش ارزیابی مثبت فرد از خود و خویشتن پذیری است ولی در افراد معتاد در حال درمان، به دلیل عوارض ترک، خماری و تنش های ناشی از آن، انگیزه و رفتارهای سازنده کمتری مشاهده می شود. در نتیجه این افراد خویشتن پذیری پایینی را گزارش می نمایند. گروه درمانی فعال ساز رفتاری با قطع مکانیسم های تداوم بخش راهبردهای ناکارآمد، تجارب ناموفق آنان را کاهش داده و مانع درگیری های مکرر فکری با تجارب و اتفاقات ناخوشایند مانند گذشته می شود. به افراد کمک می کند تا از دام حلقه های معیوب رفتاری و هیجانی نجات یابند تا بتوانند بر جوانب سازنده و تقویت دهنده زندگی معطوف شوند. نقش فعالانه تری در برابر مشکلات و ساخت خویشتن بر عهده گیرند و حس درماندگی و انزوا در آن ها کاهش می یابد. درمان گروهی فعال ساز رفتاری سبب کنترل افکار مخرب و افزایش باورهای مثبت در مورد خویشتن شد. این درمان، با استفاده از تکنیک کنترل افکار مزاحم و استفاده از استراتژی های حل مسئله رفتاری-انگیزشی، تفکرات سازنده ای پیرامون باورهای توانمندی در خویشتن ایجاد نمود. استفاده از فنون فعال ساز رفتاری و به کارگیری تقویت مثبت، باورهای خود کارآمدی را در افراد افزایش داد و باعث افکار مثبت در مورد خود و خویشتن پذیری شد. در درمان گروهی، ارائه بازخوردهای بیماران نسبت به هم باعث افزایش باور توانمندی در آنان شد و در اولین گام آن ها تأثیر دریافت پاداش را بر فعال سازی خویشتن درک نمودند. در نتیجه درمان گروهی فعال ساز رفتاری باعث افزایش باورهای خودپذیری شد.

به طور کلی، زمانی که افراد معتاد به مواد افیونی، با تجاربی از شکست در تصمیم گیری های زندگی و مقابله با تنیدگی های روزمره، تصمیم به ترک می گیرند، این پیشینه ناموفق همواره با آن هاست و احساس عدم تسلط و کنترل بر محیط ایجاد می کند. در این دوران فرد بیمار، با مشکلات ناشی از ترک دست و پنجه نرم می کند. تجارب ناموفق گذشته، توانمندی های وی و اعتماد به نفس او را تحت تأثیر قرار می دهد. ممکن است در او افکار و گرایش های خودکشی ایجاد نماید. در زمان نگهداری، استفاده از

درمان‌های مؤثر می‌تواند به ترک موفقیت‌آمیز آنان کمک نماید. درمان فعال‌ساز رفتاری، زمینه را برای ایجاد تجارب موفق در روابط اجتماعی و مراودات فراهم می‌نماید. این روابط سازنده، برای فرد بازخوردهای مثبت ایجاد می‌کند و به این ترتیب فرد احساس می‌کند که می‌تواند تجارب خود را کنترل نماید و در نتیجه برای وی حس توانمندی و انگیزه برای ادامه راه و زندگی فراهم می‌کند.

عدم مقایسه این درمان با درمان‌های دیگر یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود. به دلیل تأثیر درمان فعال‌ساز رفتاری بر گرایش به خودکشی، پیشنهاد می‌شود این درمان برای کاهش این افکار به کار برده شود. به کاربردن رفتارها و هیجانات ناکارآمد در افراد معتاد به مواد افیونی باعث کاهش احساس خودارزشمندی و خویشتن‌پذیری می‌شود. پیشنهاد دیگر پژوهش، برنامه‌ریزی این درمان برای ارتقای خویشتن‌پذیری معتادین وابسته به مواد افیونی می‌باشد. به مددکاران، روان‌شناسان و مشاوران و حتی مسئولین انجمن‌های معتادان گمنام این درمان به شیوه مناسبی آموزش داده شود.

## منابع

- اورکی، محمد (۱۳۹۰). بررسی رابطه خشم، خودکارآمدی، مهارت‌های مقابله‌ای و میل به مصرف مواد در گروهی از درمان‌جویان وابسته به مواد مخدر افیونی. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۵(۱۸)، ۵۴-۳۹.
- پرهون، هادی؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد و مشیرپناهی، شیوا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. *مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱۴)، ۶۲-۴۱.
- حاتمی، جواد؛ تقی‌زاده، عباس و محبی‌نیا، جهانبخش (۱۳۹۱). رابطه هوش هیجانی، یادگیری خودتنظیمی و خودپنداره با عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان پسر سوم متوسطه شهر تهران. *فصلنامه مطالعات آموزشی و آموزشگاهی*، ۱(۲)، ۴۸-۲۷.
- حسن‌زاده، سید مهدی (۱۳۹۲). *علل، پیامدها و راه‌های پیشگیری از خودکشی*. تهران: انتشارات قطره.
- حیدری، علیرضا؛ پاشا، غلامرضا؛ مامی، شهرام و آتش‌پور، سیدحمید (۱۳۸۴). میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه آن با عزت‌نفس، خودپنداره و افسردگی در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی ایلام. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۲۶(۱)، ۱۶-۱.
- سهرابی فرامرز و ناطقی محبوبه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۲۲۸-۲۱۳.

- کاتر، جاناناتان؛ بوش، آن و راش. لورا (۲۰۰۵). *فعال‌سازی رفتاری*. ترجمه مصلح میرزایی و صمد فریدونی (۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.
- سامی، مجتبی و امیریان، مهدی (۱۳۹۵). *اثر بخشی درمان‌های شناختی رفتاری بر درمان معتادان*. قم: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی قم.
- محمدخانی، شهرام؛ صادقی، نگار و فرزاد، ولی‌اله (۱۳۹۳). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶(۲۳)، ۱۸۵ - ۱۵۹.
- مهدی‌یار، منصوره و نجاتی، فرشته (۱۳۹۴). *اعتباریابی پرسش‌نامه تاب‌آوری در برابر خودکشی*. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۴(۴)، ۹۷-۱۰۸.
- نصرت‌آبادی، مهدی؛ حلوائی‌پور، زهره و قائدامینی‌هارونی، غلامرضا (۱۳۹۵). *پیش‌بینی گرایش به افکار خودکشی بر اساس متغیرهای روانی-اجتماعی و احتمال اعتیاد به مواد در سربازان وظیفه: یک الگوی ساختاری*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۴(۶)، ۸۷-۹۶.
- American psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed, Text Revision, DSM-5)*. Washington DC. Author.
- Ashouri, A., Habibi Asgarabad, M., Torkman Malayeri, M., & Javan Esmali, A. (2009). Relationship between suicidal ideation and personality insubstance abusers. *Journal of behavioral sciences*, 3(3), 249-255.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A., Steer, R., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck self-concept test. *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 191-197.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*. 47(3-4), 372-394.
- Chartier, I., & Provencher, M. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 292-9.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatment of depression: A meta- analysis. *Clinical Psychology*, 27(1), 318-326.
- Dallas, T. X., & David, W. (2013). Staley behavioral neuroscience of drug addiction. *Biosocieties*, 39, 22-26.
- Davis, T., Hunt, K., Bruce, D., Starkstein, S., Skinner, T., McAullay, D. (2015). Prevalence of depression and its associations with cardio-metabolic control in Aboriginal and Anglo-Celt patients with type 2 diabetes: The Fremantle Diabetes Study Phase II. *Diabet Research and Clinical Practice*, 107(3), 384-391.

- Dawe, S., & Loxton, N. J. (2014). Abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorder*, 29, 455-462.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C. R., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.
- Finning, K., Richards, D. A., Moore, L., Ekers, D., McMillan, D., Farrand, P. A., & Rhodes, S. (2017). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A qualitative process evaluation. *BMJ open*, 7(4), e014161.
- Hornquis, A. (2012). Early maladaptive schemes in methamphetamine and opioid addicts. *European psychiatry*, 26(1), 93-95.
- Houghton, S. (2013). Behavioural activation in the treatment of depression. *Mental Health Practice*, 4(1), 18-23.
- Kanter, J. W., Womans, R., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2012). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608-620.
- Kanter, J., Santiago-Rivera, A., Santos, M., Nagy, G., López, M., & Hurtado, G. (2015). A Randomized Hybrid Efficacy and Effectiveness Trial of Behavioral Activation for Latinos with Depression. *Behavior Therapy*, 46(2), 177-192.
- Ly, K., Janni, E., Wrede, J., Sedem, M., Donker, T., & Carlbring, P. (2015). Experiences of a guided smartphone-based behavioral activation therapy for depression: A qualitative study. *Internet Interventions*, 2(1), 60-68.
- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & De Vries, N. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357-372.
- Martin, G., Richardson, A. S., Bergen, H. A., Roeger, L., & Allison, S. (2005). Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *Journal of Adolescence*, 28(1), 75-87.
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110(3), 401-413.
- Moshki, M., Panahi-Shahri, M., Najarpour, F., & Mirzania, M. (2018). Relationship between treatment motivation, substance use, craving, withdrawal symptoms and health locus of control in addicted patients. *Journal of Research and Health*, 8(3), 21-34.
- Ross, J., Teesson, M., Lejuez, C., Mills, K., Kaye, S., Brady, K., & Ewer, P. (2016). The efficacy of behavioural activation treatment for co-occurring depression and substance use disorder (the activate study): A randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(1), 221-226.
- Serafini, G., Adavastro, G., Canepa, G., De Berardis, D., Valchera, A., Pompili, M., & Amore, M. (2018). The efficacy of buprenorphine in major depression, treatment-resistant depression and suicidal behavior: a systematic review. *International journal of molecular sciences*, 19(8), 24-30.
- Steven, G., Hosier, W., & Miles, C. (2011). Personality and motivational correlates of alcohol consumption and alcohol-related. *Addictive Behaviors*, 36(1), 87-94.



## نقش ابعاد شخصیت مایرز-بریگز در پیش‌بینی میزان تمایل به مصرف مواد با میانجیگری سرمایه روان‌شناختی و خودکنترلی در معتادان

علی احمدی شورک توکانلو<sup>۱</sup>، مریم هوشنگی سالانقوج<sup>۲</sup>، محمد جواد اصغری ابراهیم‌آباد<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۰۲

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین نقش ابعاد شخصیت مایرز-بریگز در پیش‌بینی تمایل به مصرف مواد با میانجیگری سرمایه روان‌شناختی و خودکنترلی در معتادان بود. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمام افراد درگیر به اعتیاد تحویل داده شده به کمپ ترک اعتیاد ماده ۱۶ راهیان بسوی سلامتی در دوره اول سال ۹۹-۱۳۹۸ که تعداد آن‌ها ۴۲۰ نفر بود. با استفاده از روش نمونه-گیری تصادفی ساده و در نظر گرفتن جدول مورگان تعداد ۲۰۰ معتاد با برخورداری از معیارهای ورود به عنوان گروه نمونه؛ انتخاب شدند. از پرسش‌نامه‌های تیپ‌های شخصیت مایرز-بریگز، تمایل به مصرف مواد مخدر، سرمایه روان‌شناختی لوتانز و خودکنترلی تانجی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که ابعاد شخصیت مایرز-بریگز با میانجیگری خودکنترلی و سرمایه روان‌شناختی نقش پیش‌بین در میزان تمایل به مصرف مواد در معتادان دارد. **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این پژوهش بین تمام ابعاد شخصیت با میزان تمایل به مصرف مواد با میانجیگری خودکنترلی و سرمایه روان‌شناختی در معتادان رابطه وجود دارد. می‌توان با اجرای آزمون ابعاد شخصیت مایرز-بریگز و شناخت ابعاد شخصیتی معتادان، برنامه‌های آموزشی جهت ارتقاء خودکنترلی و سرمایه‌های روان‌شناختی معتادان تدوین شود.

**کلید واژه‌ها:** ابعاد شخصیت، تمایل به مصرف مواد، سرمایه روان‌شناختی، خودکنترلی

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران، پست الکترونیکی:

Ali.ahmadi.psy@gmail.com

۲. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، قوچان، ایران

۳. استاد یار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

## مقدمه

اعتیاد بیماری مزمنی است که با اختلال در عملکرد فردی، فیزیولوژیکی و اجتماعی مشخص می‌شود (کلاهی حامد، احمدی و شالچی، ۱۳۹۷). اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی محسوب می‌شود (گلنتر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم و درصدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی و از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که اکثر جوامع مختلف به ویژه جامعه ما را به چالش کشانده و تأثیر آن در ظهور سایر آسیب‌های اجتماعی نمود عینی دارد (طباطبایی چهر، ابراهیمی و مرتضایی، ۱۳۹۳). عوامل زیست‌شناسی، روان‌شناسی و اجتماعی در اعتیاد نقش دارند. دلایل مختلفی برای این که چرا افراد در سطوح متفاوتی به مواد وابسته می‌شوند وجود دارد. برخی از افراد فقط به دلیل کنجکاوی، برخی به دلیل بهبود عملکرد ورزشی یا کاهش استرس یا خلاص شدن از احساسات ناخوشایند شروع به مصرف مواد می‌کنند (برگل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵).

در مورد علل گرایش به مصرف مواد مخدر فرضیه‌های مختلفی بیان شده که در اکثر موارد مجموعه‌ای از عوامل در گرایش به مواد مخدر نقش دارند. یکی از این موارد شخصیت فرد است. شخصیت عبارت است از الگوی نسبتاً پایدار صفات، گرایش‌ها یا ویژگی‌هایی که تا اندازه‌ای به رفتار فرد دوام می‌بخشد (فیست و فیست<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). ویژگی‌های شخصیتی افراد می‌تواند الگوهایی برای پیش‌بینی رفتار و حالت‌های روانی آنان فراهم آورد. براساس نظریه‌ای که تیپ‌نمای مایرز-بریگز بر مبنای آن ساخته شده تغییرات به ظاهر تصادفی در رفتار افراد کاملاً منطقی و برنامه‌ریزی شده هستند. این تغییرات حاصل تفاوت‌های بنیادین افراد در نگرش و کارکرد روانی، ادراک و در نتیجه تصمیم‌های مبتنی بر این ادراک‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در نهایت منجر به تیپ‌های شناختی متفاوتی می‌شوند (نقل از هوشنگی، زلیکانی، مفاخری و خاکپور، ۱۳۹۷). مطالعات نشان می‌دهند بین شخصیت و اعتیاد رابطه‌ای متقابل وجود دارد، به نحوی که فرد

به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکست‌ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ناملايمات ديگر، به اعتياد روی می آورد. شناخت شخصیت و ویژگی‌های رفتاری معتادان به منظور مبارزه با اعتیاد و نیز پیشگیری و درمان آن اهمیت دارد.

مامی، احدی، نادری، عنایتی و مظاهری (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند که ویژگی‌های شخصیت پنج‌عاملی و سلامت روان‌شناختی پیش‌بینی مناسبی از عوامل افزاینده و کاهنده گرایش به اعتیاد را فراهم می‌کند. همچنین شفيعی و اميرپور (۱۳۹۶) در تحقیق خود نشان دادند بین نگرش به اعتیاد و ویژگی‌های گشودگی به تجربه، توافق‌پذیری و وظیفه‌گرایی همبستگی منفی وجود دارد. بین برونگرایی و روان‌رنجورخویی با گرایش به اعتیاد دانشجویان رابطه وجود نداشت. ویژگی‌های شخصیتی توافق‌پذیری و گشودگی به تجربه، پیش‌بینی‌کننده‌های نگرش به اعتیاد در دانشجویان بودند.

سرمایه‌های روان‌شناختی (خودکارآمدی<sup>۱</sup>، خوش‌بینی<sup>۲</sup>، امیدواری<sup>۳</sup> و تاب‌آوری<sup>۴</sup>) عامل موثر دیگر در گرایش به مصرف مواد است. امروزه رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، به دلیل توجه به قابلیت‌ها و استعداد‌های انسان به جای در نظر گرفتن کمبودها به عنوان یک رویکرد مهم مورد توجه واقع شده است. هدف این رویکرد توجه به شادی و شادکامی انسان‌ها و عواملی است که می‌تواند این شادکامی را فراهم آورد. سرمایه روان‌شناختی یک حالت مثبت روان‌شناختی با ویژگی‌هایی به شرح زیر است: اعتماد به نفس (خودکارآمدی)، تعهد و انجام تلاش برای موفقیت در کارها، وظایف چالش برانگیز، داشتن اسناد مثبت درباره موفقیت‌های حال و آینده (خوش‌بینی)، پایداری در راه هدف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دستیابی به موفقیت (امیدواری)، پایداری و استواری هنگام بروز سختی‌ها و مشکلات برای حفظ و بازیاب خود و حتی فراتر از آن و ترقی هنگام مواجه شدن با مشکلات و سختی‌ها (تاب‌آوری). نشان داده شده سرمایه‌های روان‌شناختی، انعطاف‌پذیرند و احتمال این که بتوان میزانی از

رشد را در طول حیات فرد ایجاد کرد، همواره وجود دارد (بهادری خسروشاهی، هاشمی نصرت‌آباد، باباپور خیرالدین، ۱۳۹۱). حسین‌پور (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان داد، متغیرهای روان‌شناختی امیدواری، تاب‌آوری، خوشبینی و خودکارآمدی نقش مهمی در پیشگیری و درمان اعتیاد دارند. با شناخت سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت (خوشبینی، تاب‌آوری، خودکارآمدی و امید) می‌توان از گرایش افراد به اعتیاد پیشگیری کرد. حتی می‌توان درمان موثر و متناسب با شرایط افراد وابسته به مواد انتخاب نمود. خداوردی (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان داد افراد وابسته به مواد نسبت به افراد عادی تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید و خوش‌بینی کمتری دارند. هودر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین مصرف مواد، الکل و سیگار در نوجوان و عوامل حمایتی فردی و محیطی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی می‌تواند به عنوان یک عامل حمایتی در برابر سوء مصرف مواد عمل کند و با سوء مصرف رابطه منفی دارد. صدری، فیاضی و محمدی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با گرایش به اعتیاد، رابطه منفی وجود دارد. تاب‌آوری توانایی افراد برای مقابله با ریسک‌ها و خطرهای موجود در محیط است. در واقع تاب‌آوری نوعی انعطاف‌پذیری افراد در مقابل مشکلات محیطی است (الحسینی المدرسی، و فیروز کوهی، ۱۳۹۶). افراد تاب‌آور دارای سلامت روان بهتر، مهارت‌های خودتنظیمی بیشتر و عزت نفس بالاتر می‌باشند. همچنین تحت حمایت والدین بوده و کمتر احتمال دارد در رفتارهای پرخطر مثل سوء مصرف درگیر شوند (مؤمنی، مولای‌پرد، و محبی، ۱۳۹۲). در خصوص ارتباط تاب‌آوری با سوء مصرف مواد می‌توان گفت: تاب‌آوری فرآیندی پویا است که شامل سازگاری مثبت هنگام سختی‌های چشمگیر است (رحمتی و صابر، ۱۳۹۶). نتایج پژوهش گلدشتاین، فالکنر، و وکرل<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) نشان دادند تاب‌آوری با وابستگی به نیکوتین و افسردگی رابطه منفی دارد. همچنین مولایی و عبدی (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند بین نمرات تاب‌آوری و راهبرد مسئله‌مدار در دو گروه افراد وابسته به مواد و عادی تفاوت وجود دارد. امید حالتی است که در آن افراد برای زندگی خود اهداف

1. Hodder

2. Goldstein, Faulkner, &amp; Wekerle

مشخص و مثبتی را در نظر می‌گیرند و برای آن برنامه‌ریزی می‌کنند. در رابطه با ارتباط امیدواری با سوء مصرف مواد می‌توان گفت که امید توانایی باور یک احساس بهتر از آینده و یکی از پایه‌های اصولی و توازن روانی و مشخص کننده دستاوردهای زندگی است (رحمتی، و صابر، ۱۳۹۶). در پژوهشی که مهری‌نژاد و رجبی مقدم (۱۳۹۱) انجام دادند نتایج نشان داد افزایش امید به زندگی افراد معتادی که ماه‌های اولیه پس از ترک را سپری می‌نمایند، می‌تواند در پایداری ترک و افزایش سازگاری اجتماعی آنان مؤثر باشد.

خوش‌بینی به معنای داشتن انتظارات مثبت است. وری، دووارک، هیا، آرنز و اسچيونلی<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) در تحقیق خود نشان دادند سطوح پایین خوش‌بینی با گرایش به مصرف مواد رابطه دارد. خودکنترلی موثر در زندگی روزمره لازم است. خودکنترلی عبارت است از تعارض درون فردی بین منطق و هوش، بین شناخت و انگیزه و بین برنامه‌ریزی درونی و عمل کننده درونی، که غلبه قسمت اول هر کدام از این زوج‌ها بر قسمت دوم است (رچلین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). برخی از مطالعات، خودکنترلی پایین را به عنوان عاملی اساسی برای سوء مصرف، دانسته‌اند (فورد و بلامنستین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). به نظر می‌رسد افرادی که خودکنترلی پایین تری دارند، به پیامدهای رفتاری خود کمتر توجه داشته و سعی در ارضای فوری امیال خود دارند (هافالیر و لیناردی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). بشیریان، حیدرنیا، ...وردی‌پور، و حاجی‌زاده (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی رابطه خودکنترلی با تمایل نوجوانان به مصرف مواد پرداختند. نتایج مؤید این بود که بین خودکنترلی با سابقه مصرف مواد رابطه وجود دارد. امروزه مسئله مواد اعتیادآور از اختلالات بسیار شایع مربوط به روان‌پزشکی در سراسر جهان است (سینها<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). اعتیاد به مواد با کاهش کیفیت زندگی، افزایش مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه، یکی از مهمترین موضوعات مرتبط با سلامت به شمار می‌رود (نقل از باقری و سهرابی، ۱۳۹۶). با عنایت به این که تحقیقات اندکی در راستای ارتباط متغیرهای مذکور با گرایش به مصرف مواد انجام شده، خلاء پژوهشی در این زمینه ضرورت انجام تحقیق را ایجاب می‌کند.

1. Wray, Dvorak, Hsia, Arens & Schionli  
2. Rachlin

3. Ford & Blumenstein  
4. Hafalir & Linardi  
5. Sinha

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ابعاد شخصیت مایرز-بریگز در پیش‌بینی تمایل به مصرف مواد با میانجیگری سرمایه روان‌شناختی و خودکنترلی در معنادان کمپ ماده ۱۶ راهیان به سوی سلامتی بود.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری عبارت بود از: افراد درگیر به اعتیاد تحویل داده شده به کمپ ترک اعتیاد ماده ۱۶ راهیان به سوی سلامتی، در دوره اول سال ۹۹-۱۳۹۸ با تعداد ۴۲۰ نفر. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و در نظر گرفتن جدول مورگان تعداد ۱۰۰ معتاد با برخورداری از معیارهای ورود به عنوان گروه نمونه؛ انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: دامنه سنی ۶۰-۲۰ سال، ثبت‌نام در کمپ و داشتن پرونده، توانایی خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری روانی و معیارهای خروج شامل: ناتوانی در درک و فهم سوالات؛ عدم پاسخ‌گویی کامل به سوالات؛ و انصراف فرد از شرکت در مطالعه بود.

۲۷۸

### ابزار

278

۱- پرسش‌نامه تیپ‌های شخصیت مایرز-بریگز: کاترین بریگز و ایزابل مایرز آزمون تیپ شخصیتی را تدوین نمودند. این آزمون برای اندازه‌گیری چهار ترجیح شخصیتی و شانزده تیپ شخصیتی (تایگر، ۱۹۹۲؛ ترجمه قراچه‌داغی و منفرد، ۱۳۹۴) به کار می‌رود. دارای دو فرم می‌باشد فرم G شامل ۱۲۰ سوال و فرم M شامل ۸۷ سوال است. فرم M جدیدتر و از لحاظ تعداد سوال کوتاه‌تر می‌باشد. ضریب همسانی درونی فرم M در مقایسه با فرم قبلی بهبود نشان می‌دهد. در یک نمونه ۳۰۳۶ نفری ضرایب آلفای کرونباخ برای ترجیح درون‌گرایی-برون‌گرایی ۰/۹۰، ترجیح حسی-شهودی ۰/۹۲، ترجیح تفکری-احساسی ۰/۹۱، و ترجیح قضاوتی-ادراکی ۰/۹۲ به دست آمد. اعتبار بازآزمایی فرم M بعد از چهار هفته در یک نمونه ۲۸۵ نفری بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ و در یک نمونه ۵۰ نفری بالاتر از ۰/۹۰ گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی فرم M نسبت به فرم قبلی بالاتر است. به طور کلی بهبود قابل ملاحظه‌ای در اعتبار فرم بازآزمایی فرم M نسبت به فرم G حداقل در نمونه‌های

مطالعه شده تاکنون مشاهده می‌شود. آهنگی و همکاران (۱۳۸۸) در ایران در پژوهشی نشان دادند که ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۳ می‌باشد (نقل از: زلیکانی، شفیع آبادی و سلیمی، ۱۳۹۶). ضریب آلفای کرونباخ در این تحقیق ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه تمایل به مصرف مواد مخدر: این پرسش‌نامه به صورت محقق ساخته و با استفاده از برخی منابع علمی از قبیل فرچاد و همکاران (۱۳۸۵) طراحی شده است. دارای ۱۶ سؤال است و هدف آن بررسی میزان تمایل به اعتیاد در سه بعد فردی، اجتماعی و محیطی افراد می‌باشد. طیف پاسخ‌دهی به صورت لیکرت "خیلی کم" ۱، تا "خیلی زیاد" ۵ است. به منظور به دست آوردن امتیاز کلی، امتیاز همه سؤالات باهم جمع می‌شود. هر چه امتیاز بالاتر باشد، میزان تمایل پاسخ‌دهنده به اعتیاد بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است (کلاهی حامد، و همکاران، ۱۳۹۷). ضریب آلفا در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز: این پرسش‌نامه توسط لوتانز (۲۰۰۷) ساخته شد. در آن از مقادیر استاندارد شده که به طور وسیعی برای ساختارهایی که امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجند، استفاده می‌شود. دارای ۲۴ سؤال ۶ گزینه‌ای از نوع "لیکرت" است. نمره‌گذاری به صورت ۱ برای "کاملاً مخالفم"، تا ۶ برای "کاملاً موافقم" می‌باشد و سؤالات ۲۳، ۲۰، ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ۶ سؤال اول مربوط به خودکارآمدی (سؤال‌های ۱ تا ۶)، ۶ سؤال دوم مربوط به امیدواری (سؤال‌های ۷ تا ۱۲)، ۶ سؤال سوم مربوط به تاب‌آوری (سؤال‌های ۱۳ تا ۱۸) و ۶ سؤال چهارم مربوط به خوش‌بینی (سؤال‌های ۱۹ تا ۲۴) می‌باشد. برای به دست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی کل همه سؤالات جمع می‌شوند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان دهنده‌ی این بود که این آزمون دارای عوامل و سازه‌های مدنظر سازندگان است. نتایج تحلیل عاملی رویی سازه را تایید کردند. مدل شش عاملی برازش بهتری با داده‌ها دارد و با مدل نظری هماهنگی بیشتری دارد. نسبت خبی دو برابر با ۲۴/۶ است و آماره های CFI،

RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ می‌باشند. در پژوهش بهادری و همکاران (۱۳۹۱) میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ کل در تحقیق حاضر ۰/۸۴ به دست آمد.

۴- پرسش‌نامه خودکنترلی تانجی: پرسش‌نامه خودکنترلی در سال ۲۰۰۴ توسط تانجی و همکاران به منظور ارزیابی میزان خودکنترلی افراد به عنوان یک صفت ساخته شد. فرم اصلی دارای ۳۵ عبارت است. پس از آن تانجی و همکاران فرم کوتاه را نیز ارائه کردند که دارای ۱۳ عبارت است و یک نمره کل به دست می‌دهد. نمره‌گذاری در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ و گزینه‌های "همیشه در مورد من صدق می‌کند" تا "به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند" انجام می‌شود. تانجی و همکاران (۲۰۰۴) به منظور هنجاریابی مقیاس فرم کوتاه، آن را روی دو نمونه مجزا اجرا کردند که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در دو گروه ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهشی توسط سرافراز و همکاران (۲۰۱۲) اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد (نقل از: احمدی شورک توکانلو، و اصغری ابراهیم‌آباد، ۱۳۹۷). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

۲۸۰

280

### یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی در نمونه مورد مطالعه

سن	فراوانی درصد	سطح تحصیلات	فراوانی درصد	وضعیت تاهل	فراوانی درصد
زیر ۳۰ سال	۳۳	دیپلم	۳۱	مجرد	۲۲
۳۱-۴۰ سال	۴۴	فوق دیپلم	۱۲	متاهل	۷۶
۴۱-۵۰ سال	۲۱	لیسانس	۵۱	مطالقه	۲
بالتر از ۵۰	۲	فوق لیسانس	۶	بیوه	۰

میانگین (انحراف استاندارد) سن گروه نمونه ۳۸ (۱۴/۱۲) سال بود. قرار دارند. اکثر گروه نمونه دارای تحصیلات لیسانس و متاهل بودند. علاوه بر این، ۷۶ درصد از افراد نمونه را متأهلین تشکیل می‌دهند. میانگین (انحراف استاندارد) مدت مصرف ۴/۵ (۱۳/۱۲)



سال بود. میانگین (انحراف استاندارد) سابقه ترک ۴ (۲/۵۴) بار بود. آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
درون گرایی	۱۸/۴۹	۲/۴۳	سرمایه های روان شناختی	۲۷/۷۶	۵/۵۴
برون گرایی	۲۱/۵۱	۳/۶۵	خود کارآمدی	۲۵/۱۸	۶/۵۴
شهودی	۱۴/۶۷	۵/۵۴	امیدواری	۳۱/۶۵	۳/۸۷
حسی	۲۵/۲۲	۲/۷۶	خوش بینی	۲۶/۳۲	۷/۸۷
تفکری	۱۶/۳۵	۷/۸۷	تاب آوری	۲۸/۷۶	۴/۷۶
احساسی	۲۳/۶۵	۳/۶۵	خود کنترلی	۴۱/۷۸	۵/۶۵
درکی	۱۹/۷۶	۲/۶۵	تمایل به مواد	۷۵/۵۶	۱۵/۸۷
قضاوتی	۲۰/۲۳	۵/۸۷			

ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
درون گرایی	۱												
برون گرایی	۰/۳۳ <sup>***</sup>	۱											
شهودی	۰/۲۶ <sup>***</sup>	۰/۸۰ <sup>***</sup>	۱										
حسی	۰/۱۷ <sup>***</sup>	۰/۶۶ <sup>***</sup>	۰/۵۰ <sup>***</sup>	۱									
تفکری	۰/۳۳ <sup>***</sup>	۰/۸۳ <sup>***</sup>	۰/۴۴ <sup>***</sup>	۰/۳۰ <sup>***</sup>	۱								
احساسی	۰/۰۷	۰/۱۴ <sup>***</sup>	۰/۰۸	۰/۱۸ <sup>***</sup>	۰/۱۰	۱							
درکی	۰/۱۰	۰/۱۳ <sup>***</sup>	۰/۱۲ <sup>***</sup>	۰/۱۳ <sup>***</sup>	۰/۰۷	۰/۶۳ <sup>***</sup>	۱						
قضاوتی	۰/۰۹	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۱۴ <sup>***</sup>	۰/۲۰ <sup>***</sup>	۰/۲۱ <sup>***</sup>	۰/۷۷ <sup>***</sup>	۰/۴۱ <sup>***</sup>	۱					
خود کارآمدی	۰/۳۸ <sup>***</sup>	۰/۴۲ <sup>***</sup>	۰/۳۴ <sup>***</sup>	۰/۱۶ <sup>***</sup>	۰/۴۱ <sup>***</sup>	۰/۰۶	۰/۱۶ <sup>***</sup>	۰/۱۶ <sup>***</sup>	۱				
امیدواری	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۵۰ <sup>***</sup>	۰/۳۶ <sup>***</sup>	۰/۳۳ <sup>***</sup>	۰/۴۵ <sup>***</sup>	۰/۲۲ <sup>***</sup>	۰/۱۰	۰/۲۸ <sup>***</sup>	۰/۵۷ <sup>***</sup>	۱			
خوش بینی	۰/۲۰ <sup>***</sup>	۰/۳۶ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۹ <sup>***</sup>	۰/۳۰ <sup>***</sup>	۰/۲۱ <sup>***</sup>	۰/۰۷	۰/۲۰ <sup>***</sup>	۰/۴۳ <sup>***</sup>	۰/۷۶ <sup>***</sup>	۱		
تاب آوری	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۳۸ <sup>***</sup>	۰/۲۳ <sup>***</sup>	۰/۱۸ <sup>***</sup>	۰/۳۹ <sup>***</sup>	۰/۱۷ <sup>***</sup>	۰/۰۵	۰/۲۰ <sup>***</sup>	۰/۴۱ <sup>***</sup>	۰/۷۸ <sup>***</sup>	۰/۶۸ <sup>***</sup>	۱	
خود کنترلی	۰/۳۱ <sup>***</sup>	۰/۴۶ <sup>***</sup>	۰/۳۴ <sup>***</sup>	۰/۲۹ <sup>***</sup>	۰/۴۰ <sup>***</sup>	۰/۱۸ <sup>***</sup>	۰/۰۶	۰/۲۱ <sup>***</sup>	۰/۴۷ <sup>***</sup>	۰/۸۶ <sup>***</sup>	۰/۴۰ <sup>***</sup>	۰/۴۸ <sup>***</sup>	۱
تمایل به مواد	۰/۳۳ <sup>***</sup>	۰/۲۶ <sup>***</sup>	۰/۱۲ <sup>***</sup>	۰/۰۷	۰/۱۰	۰/۰۵	۰/۱۲ <sup>***</sup>	۰/۱۳ <sup>***</sup>	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۱۴ <sup>***</sup>	۰/۰۵

\*P< ۰/۰۵, \*\* P< ۰/۰۱

برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای تیپ‌های شخصیتی، خودکنترلی و سرمایه‌های روان‌شناختی در واریانس تمایل به مصرف مواد از رگرسیون چندگانه با روش ورود استفاده شد. نتایج ضرایب رگرسیون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج ضرایب رگرسیون تمایل به مصرف مواد

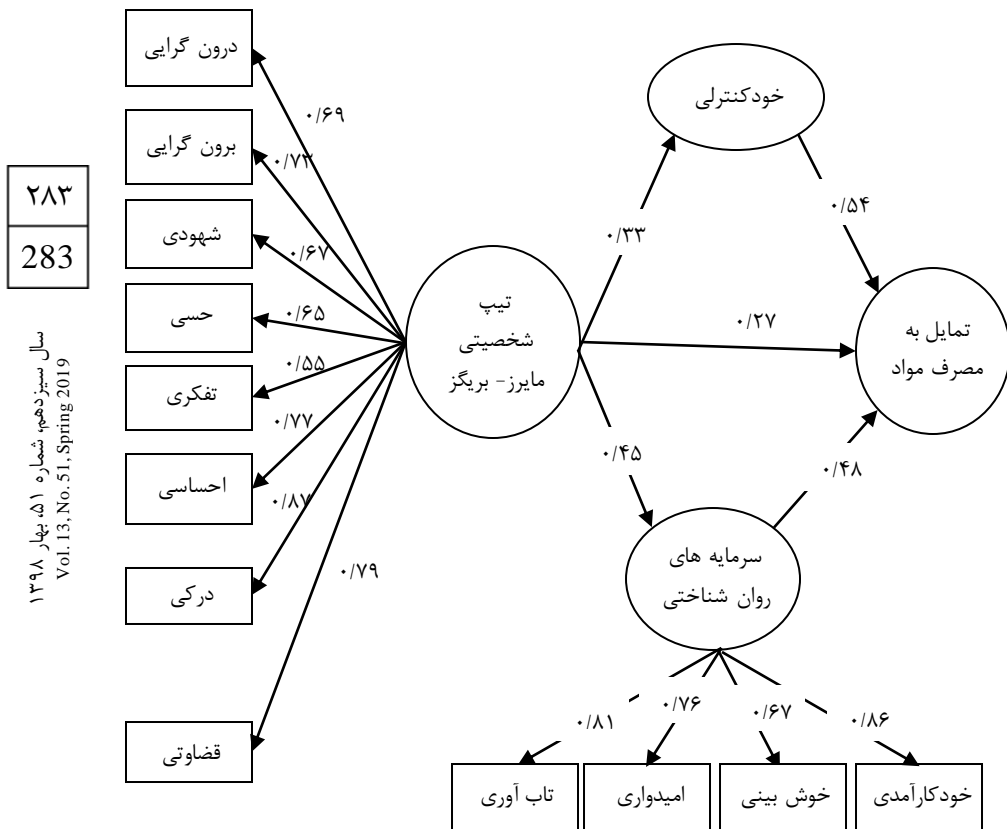
متغیرهای پیش‌بین	خطای استاندارد	B	$\beta$	آماره t	معناداری
برون‌گرایی	۱/۱۰۳	۱۹/۵۶۸	۰/۲۴۳	۶/۷۵۶	۰/۰۴۳
حسی	۱/۰۴۹	۰/۴۴۵	۰/۴۸۷	۹/۶۷۸	۰/۰۰۷
قضاوتی	۰/۰۳۰	-۰/۳۲۳	-۰/۶۵۶	-۱۳/۴۳۶	۰/۰۴۷
درون‌گرایی	۱/۱۱۲	۱۷/۵۴۵	۰/۲۵۳	۶/۳۴۵	۰/۰۱۷
شهودی	۱/۰۸۷	-۰/۳۴۵	-۰/۸۶۴	-۸/۳۵۶	۰/۰۱۸
تفکری	۰/۰۴۵	۰/۶۵۴	۰/۶۲۵	۱۲/۳۵۶	۰/۰۱۳
احساسی	۱/۹۸	-۱۸/۳۷۴	-۰/۸۶۷	-۷/۷۵۶	۰/۰۱۵
ادراکی	۱/۱۰۸	۰/۶۴۵	۰/۴۵۶	۸/۴۵۳	۰/۰۲۱
خودکنترلی	۱/۰۴۵	-۰/۴۴۵	-۰/۵۴۵	-۸/۶۷۸	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۰/۰۵۴	-۰/۳۴۵	-۰/۶۵۷	-۱۲/۴۳۶	۰/۰۲۱
خوش‌بینی	۱/۱۱۱	-۱۸/۴۳۵	-۰/۲۴۳	-۷/۸۶۷	۰/۰۱۳
امیدواری	۱/۱۰۳	-۰/۴۳۵	-۰/۳۴۵	-۸/۸۷۸	۰/۰۳۱
تاب‌آوری	۰/۰۳۱	-۰/۳۴۳	-۰/۵۴۳	-۱۱/۳۴۲	۰/۰۱۸

به منظور ارزیابی الگوی پیشنهادی، روش الگویابی معادلات ساختاری مورد استفاده قرار گرفت. برازندگی الگوی پیشنهادی براساس ترکیبی از سنج‌های برازندگی جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. مقادیر اکثر شاخص‌های برازندگی نشان‌دهنده‌ی برازش قابل قبول الگوی پیشنهادی با داده‌ها بودند. شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی در جدول ۵ نشان‌ارائه شده است.

جدول ۵: شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی

شاخص‌های برازندگی	$\chi^2$	$\frac{\chi^2}{df}$	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
مدل پیشنهادی	۸۵/۵۰۵	۱/۶۵۶	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۷	۰/۹۱	۰/۰۵۹

شاخص نیکویی برازش ۰/۹۱ بوده که از حداقل قابل قبول (۰/۹۰) بزرگتر است. نکویی برازش اصلاح شده ۰/۹۰ بوده که از حداقل قابل قبول (۰/۹۰) بزرگتر مساوی است. شاخص برازش فزاینده بین ۰ و ۱ تغییر می کند و مقدار آن ۰/۹۵ به دست آمده است. شاخص TLI بین ۰ و ۱ تغییر می کند، مقدار ۰ نشان دهنده فقدان برازش و ۱ بیانگر برازش کامل است و مقدار آن ۰/۹۴ می باشد. مقدار CFI نزدیک به ۱ به دست آمده است (۰/۹۷). شاخص برازش هنجار شده براساس تبدیل مقیاس کای دو ساخته شده و مقدار آن بین ۰ و ۱ تغییر می کند که مقدار آن ۰/۹۱ به دست آمده است. ریشه میانگین مربعات خطای برآورد کمتر از ۰/۱ به دست آمده است. بنابراین شاخص های برازش مدل پیشنهادی مطلوب است. ضرایب مسیر الگوی پژوهش، در شکل ۱ مشاهده می شود.



شکل ۱: ضرایب مسیر در مدل پیشنهادی

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، همه‌ی ضریب‌های مسیرهای مستقیم به‌طور کامل معنادار به‌دست آمده‌اند. علاوه بر آن، نتایج آزمون بوت‌استروپ نشان داد که رابطه‌ی غیر مستقیم نیز معنادار ( $p < 0/001$ ) است. نتایج حاصل از رابطه غیر مستقیم در جدول ۶ ارائه شده است.

**جدول ۶: نتایج بوت‌استروپ برای مسیر واسطه‌ای پژوهش**

مسیر	داده‌ها	بوت	سوگیری خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا
تیپ شخصیتی مایرز-بریگز: به خود	۰/۰۵۷۴	۰/۰۶۰۲	۰/۰۰۲۸	۰/۰۲۴۵	۰/۰۲۲۱
کنترلی: به: تمایل به مصرف مواد					۰/۱۰۳۴
تیپ شخصیتی مایرز-بریگز: به: سرمایه					
روان‌شناختی: به: تمایل به مصرف	۰/۰۶۴۳	۰/۰۶۹۸	۰/۰۰۴۱	۰/۰۳۴۲	۰/۰۲۳۸
مواد					۰/۱۱۳۲

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود رابطه غیرمستقیم متغیرها معنادار است. بنابراین، متغیرهای خودکنترلی و سرمایه روان‌شناختی در رابطه الگوی تیپ شخصیتی مایرز-بریگز و تمایل به مصرف مواد به‌عنوان متغیر میانجی عمل می‌کنند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ابعاد شخصیت مایرز-بریگز در پیش‌بینی میزان تمایل به مصرف مواد با میانجیگری سرمایه روان‌شناختی و خودکنترلی در معتادان کمپ‌راهیان به‌سوی سلامتی بود. نتایج پژوهش نشان داد بین هر ۸ ترجیح ابعاد شخصیتی مایرز-بریگز با میزان تمایل به مصرف مواد رابطه وجود دارد. در بعد درونگرایی-برونگرایی با میزان تمایل به مصرف مواد ارتباط وجود داشت. یافته‌های این پژوهش با پژوهش احمدیان و رستمی (۱۳۹۵) همسو است. آن‌ها در پژوهش خود با عنوان بررسی آمادگی به‌اعتیاد دانشجویان رشته روان‌شناسی براساس ویژگی‌های شخصیتی (نئو) نشان دادند متغیر برونگرایی به‌طور مستقیم اثر معناداری بر آمادگی به‌اعتیاد دارد. اما شفیعی و امیرپور (۱۳۹۶) نشان دادند بین ویژگی برونگرایی و گرایش به‌اعتیاد در دانشجویان رابطه وجود ندارد. در بعد حسی-شهودی رابطه معناداری با میزان تمایل به مصرف مواد به‌دست آمد. با توجه به بررسی‌های انجام شده تحقیقی منطبق با این مفروضه در بین تحقیقات داخل و

خارج یافت نشده است. به همین دلیل تحقیقاتی که بیشترین هماهنگی و شباهت محتوا را از نظر پارامترهای مورد ارزیابی دارند، مورد بررسی قرار گرفت. هوشنگی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان دادند تفاوت بین ابعاد (حسی و شمی) از نظر میزان استرس، به لحاظ آماری وجود ندارد. همچنین نشان دادند تفاوت بین ابعاد (حسی - شمی) (شهودی)) از نظر میزان احساس خوشبختی وجود ندارد. ولی از نظر میزان تاب آوری، تفاوت وجود دارد. با توجه به پیشینه‌ی موجود و داده‌های آماری پژوهش حاضر، می‌توان گفت: بین بعد حسی و شمی در تمایل مصرف مواد تفاوت وجود دارد. به عبارتی هر چه افراد شمی‌تر باشند تمایل به مصرف مواد کمتری دارند. در بعد تفکری - احساسی و میزان تمایل به مصرف مواد تفاوت وجود داشت. نژاد، موسوی و شمس اسفندآباد (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان دادند سبک‌های تفکر افراد مصرف‌کننده مواد و افراد عادی با هم متفاوت است. زلیکانی، و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند بین ابعاد (فکری و احساسی) از نظر میزان علاقه اجتماعی، تفاوت وجود ندارد. با توجه به پیشینه‌ی موجود و داده‌های آماری پژوهش حاضر می‌توان گفت: بین بعد تفکری و احساسی در تمایل مصرف مواد تفاوت وجود دارد. به عبارتی هر چه افراد احساسی‌تر باشند تمایل به مصرف مواد کمتری دارند. در بعد قضاوتی - ادراکی و میزان تمایل به مصرف مواد تفاوت وجود داشت. هوشنگی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند، بین ابعاد (قضاوتی - ادراکی) از نظر میزان احساس خوشبختی تفاوت وجود دارد. ولی از نظر میزان تاب آوری، تفاوت نیست. با توجه به پیشینه‌ی موجود و داده‌های پژوهش حاضر بین بعد قضاوتی و ادراکی در تمایل مصرف مواد تفاوت وجود دارد. به عبارتی هر چه افراد قضاوتی‌تر باشند، تمایل به مصرف مواد کمتری دارند. می‌توان نتیجه گرفت ابعاد شخصیت مایرز-بریگز نقش پیش‌بین در تمایل به مصرف مواد دارد. همچنین نتایج نشان داد که بین سرمایه‌های روان‌شناختی (تاب آوری، خوشبینی، امید و خودکارآمدی) و میزان تمایل به مصرف مواد ارتباط وجود دارد. نتایج نشان داد بین تاب آوری به عنوان متغیر میانجی با میزان تمایل به مصرف مواد ارتباط وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های رستمی و اکبری (۱۳۹۴) و مولایی و عبدی (۱۳۹۷) همسو است. رستمی و اکبری (۱۳۹۴) در پژوهش خود

نشان دادند سطوح پایین تاب‌آوری با مصرف مواد و گرایش به مصرف مواد رابطه داشته است. مولایی و عبدی (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند افراد وابسته به مواد از میزان پایین تاب‌آوری در مقایسه با افراد عادی برخوردارند. تاب‌آوری منجر به افزایش احساسات مثبت و افزایش اعتماد به نفس افراد می‌شود. باعث می‌شود افراد بیشتر به خود اعتماد داشته و کمتر سمت مصرف مواد بروند. با توجه به پیشینه موجود و یافته‌های پژوهش و ویژگی‌های افراد تاب‌آور می‌توان گفت تاب‌آوری بالاتر گرایش به مصرف مواد را کاهش می‌دهد و به فرایند درمان و بهبود افراد وابسته به مواد کمک می‌کند.

همچنین نتایج نشان داد خوش‌بینی به عنوان متغیر میانجی با میزان تمایل به مصرف مواد ارتباط دارد. یافته‌های این پژوهش با پژوهش آلترمان، کاسیولا، داگوش، ایوی، و کوویلو<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) همسو است. در مطالعه‌ای که توسط لئوویزل<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) به منظور ارتقاء توانایی نوجوانان پسر در معرض خطر ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر انجام شد؛ نتایج نشان داد در گروه مورد مطالعه سطح خوش‌بینی، اعتماد به نفس، قدرت به میزان قابل توجهی نسبت به گروه مقایسه بالاتر بود. همچنین آلترمان و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سطوح پایین خوش‌بینی با گرایش به مصرف مواد رابطه دارد. می‌توان گفت خوشبین‌ها اعتماد به نفس بیشتری در مورد آینده دارند و تمایل به سازگاری بالاتری دارند. به دلیل تلاش برای حفظ روابط خود با دیگران و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر، پریشانی روانی کمتری را تجربه می‌کنند. این عوامل باعث می‌شود این افراد کمتر به سمت مواد بروند. بنابراین با توجه به پیشینه موجود و یافته‌های پژوهش و ویژگی‌های افراد خوش‌بین می‌توان گفت خوش‌بینی با تمایل به مصرف مواد ارتباط دارد.

همچنین نتایج نشان داد امید به عنوان متغیر میانجی با میزان تمایل به مصرف مواد ارتباط دارد. یافته‌های پژوهش با پژوهش بیگی، محمدی‌فر، فراهانی، و محمدخانی (۱۳۹۰) همسو است. این محققین نشان دادند میانگین نمرات اعضای انجمن معتادان گمنام در مؤلفه تفکر عاملی، ریزمؤلفه امیدواری، روابط بین فردی و سلامت فیزیکی بالاتر از

1. Alterman, Cacciola, Dugosh, Ivey, & Coviello

2. Lev-wiesel

میانگین افراد تحت درمان متادون بود. به نظر می‌رسد افراد معتاد در مواجهه با رویدادهای زندگی ناامید می‌شوند و برای حل مشکلات‌شان تلاش نمی‌کنند. این افراد برای گریز از مشکلات و حوادث زندگی بیشتر به راهکارهایی مانند مصرف مواد روی می‌آورند که از طریق آن به آرامش برسند. با توجه به پیشینه موجود و یافته‌های پژوهش می‌توان گفت امید با تمایل به مصرف مواد ارتباط منفی دارد.

نتایج نشان داد بین خودکارآمدی به عنوان متغیر میانجی و تمایل به مصرف مواد رابطه وجود دارد. یافته‌های پژوهش با پژوهش‌های ونگا و لانگ‌شور<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) و رسولی (۱۳۹۴) و فکور، رستمی، نادری، و کیلی، محمدی بایتمر (۱۳۹۵) همسواست. ونگا و لانگ‌شور (۲۰۰۸)، دریافتند سطوح بالاتر خودکارآمدی در مصرف با افزایش احتمال پرهیز از هروئین ارتباط دارد. همچنین مقدار کمتری دارو بعد از دوره یک ساله پیگیری گزارش شد. رسولی (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان داد بین خودکارآمدی و آمادگی به اعتیاد دردانشجویان دختر و پسر رابطه وجود دارد. فکور، و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند بین خودکارآمدی با استعداد به اعتیاد و پذیرش اعتیاد رابطه وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد خودکارآمد با توجه به این که از عزت‌نفس بالایی برخوردارند و توانایی بالایی در سازگاری با موقعیت‌های مختلف دارند؛ احتمال گرایش‌شان به مواد کاهش می‌یابد. همچنین نتایج نشان داد خودکنترلی به عنوان متغیر میانجی با میزان تمایل به مصرف مواد ارتباط دارد. یافته‌های این پژوهش با پژوهش کینگ، فلیمینگ، موناهان و کاتالانو<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) همسواست. آن‌ها نشان دادند کسی که استفاد از مواد را کاهش می‌دهد احتمالاً به دنبال آن خودکنترلی بیشتری هم دارد. افراد دارای خودکنترلی پایین تمایل به نشان دادن الگوهای رفتار بزهکارانه دارند؛ و در به تأخیر انداختن لذت ناتوانند. همچنین استفاده مکرر از مواد مخدر را در نوجوانی نشان می‌دهند. در مقابل، افراد دارای خودکنترلی بالا نسبت به موقعیت‌های اجتماعی حساس‌اند و ظاهر خود را متناسب با موقعیت رایج تنظیم می‌کنند (چشمه‌سنگی، کرد تمینی، کهرآزی،

1. Wonga & Longshore

2. King, Fleming, Monahan, & Catalano

۱۳۹۵). خودکنترلی می‌تواند به کاهش مصرف مواد منجر شود (بشیریان و همکاران، ۱۳۹۱). با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات انجام شده دیگر می‌توان گفت: خودکنترلی عامل مهمی در گرایش به مصرف مواد است. در مجموع ابعاد شخصیت مایرز-بریگز نقش پیش‌بینی‌کننده‌ای با میانجیگری خودکنترلی و سرمایه روان‌شناختی در میزان تمایل به مصرف مواد دارند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی زنان معتاد نیز مورد بررسی و مطالعه قرار بگیرند و برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزارهای دیگری مانند مصاحبه ساختاریافته نیز استفاده شود. می‌توان از نتایج به دست آمده برای آموزش مدیران کمپ‌های ترک اعتیاد استفاده شود تا با شناخت ابعاد شخصیتی مددجویان و غربال کردن آن‌ها براساس ترجیح شخصیتی و تقویت نقاط ضعف نتایج مطلوب‌تری در درمان بگیرند.

## منابع

احمدی شورک توکانلو، علی؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد (۱۳۹۷). نقش امیدواری در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سربازان با میانجیگری خودکنترلی. *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۵(۳)، ۲۱۰-۲۰۱.

احمدیان، حمزه؛ و رستمی، چنگیز (۱۳۹۵). بررسی آمادگی به اعتیاد دانشجویان رشته روان‌شناسی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی (نثو). *مجله دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی کردستان*، ۲(۲)، ۳۲-۲۳.

افشاری، مریم؛ باباخانی، نرگس؛ احمدی، آرمیندخت و شمس‌الدینی لری، سلوی (۱۳۹۵). مقایسه میزان حرمت خود، خودکارآمدی و خودتنظیمی در افراد وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و افراد عادی. *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۲(۱)، ۲۲-۱۵.

باقری، مریم؛ و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی روش‌های ترک اعتیاد، دارو درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر میزان سازگاری با همسر خانواده‌های داوطلبان ترک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۲۸۰-۲۶۵.

بشیریان، سعید؛ حیدرنیا، علیرضا؛ اله‌وردی‌پور، حمید؛ و حاجیزاده، ابراهیم (۱۳۹۱). بررسی رابطه خودکنترلی با تمایل نوجوانان به مصرف مواد مخدر. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۰(۱)، ۵۵-۴۵.



بهداری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت آباد، تورج و باباپور خیرالدین، جلیل (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روان‌شناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *مجله تخصصی پژوهش و سلامت*، ۱۲(۱)، ۱۴۵-۱۵۳.

بهداری خسروشاهی، جعفر؛ و خانجانی، زینب (۱۳۹۲). ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی با گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۳)، ۸۰-۹۰.

بیگی، علی؛ محمدی فر، محمدعلی؛ فراهانی، محمدنقی؛ و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۰). مقایسه سبک‌های مدارا با استرس و سطح امیدواری بین اعضای انجمن معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۵(۲۰)، ۷۲-۵۵.

چشمه سنگی، زهرا؛ کردتمینی، بهمن؛ و کهرآزبی، فرهاد (۱۳۹۵). نقش رفتار جرأت‌مندانه در خود تاب‌آوری و خودکنترلی زنان معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۸)، ۱۸۲-۱۶۳.

حسین پور، مهدی (۱۳۹۶). نقش سرمایه‌های روان‌شناختی در پیشگیری از گرایش افراد به اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۶)، ۶۲-۲۵.

الحسینی المدرسی، سید مهدی؛ و فیروزکوهی برنج‌آبادی، مجید (۱۳۹۶). تحلیل رابطه تاب‌آوری با ابعاد عجزین شدن با شغل. *مطالعات مدیریت (بهبود و تحول)*، ۲۶(۸۳)، ۲۴-۱.

خداوردی، عباسعلی (۱۳۹۷). مقایسه تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید و خوش‌بینی در افراد وابسته به مواد و عادی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۵(۲۰)، ۷۸-۶۳.

رحمتی، فاطمه و صابر، سوسن (۱۳۹۶). مقایسه تنظیم‌شناختی هیجان و تاب‌آوری در دانش‌آموزان معتاد به اینترنت و دانش‌آموزان عادی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۴)، ۱۹-۱.

رستمی، چنگیز و اکبری، مریم (۱۳۹۴). ارتباط بین پنج عامل بزرگ شخصیت و تاب‌آوری با آمادگی به اعتیاد مواد مخدر در بین دانشجویان. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۲(۳)، ۶۶-۵۳.

رسولی، آراس (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین آمادگی به اعتیاد، خودکارآمدی پرخاشگری، افسردگی و استرس در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد. *فصلنامه پژوهشنامه تربیتی*، ۱۰(۴)، ۷۸-۶۵.

زلیکانی، محمد؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ و سلیمی، حسین (۱۳۹۶). مقایسه میزان علاقه اجتماعی بین رانندگان تاکسی دارای ابعاد مختلف شخصیتی. *مجله روان‌شناسی شخصیتی*، ۲(۴۳)، ۴۳-۳۵.

- شفیعی، حسن؛ و امیرپور، برزو (۱۳۹۶). پیش‌بینی نگرش دانشجویان به اعتیاد بر اساس پنج عامل بزرگ شخصیت. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۵)، ۶۲-۴۷.
- شوماخر، آر ای؛ ولومکس، آر جی (۲۰۰۴). مقدمه‌ای بر مدل‌سازی معادله ساختاری. ترجمه وحید قاسمی (۱۳۸۸). انتشارات جامعه‌شناسان.
- صدری دمیرچی، اسماعیل؛ فیاضی، مینا؛ و محمدی، نسیم (۱۳۹۵). بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه. *مجله طب نظامی*، ۱۸(۲)، ۳۱۶-۳۲۴.
- فکور، احسان؛ رستمی، بهرام؛ نادری، حسین؛ و کیلی، محمدمسعود؛ و محمدی باپتمر، جهانگیر (۱۳۹۵). وضعیت سلامت عمومی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی زنجان در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۴-۹۳. *مجله توسعه‌ی آموزش در علوم پزشکی*، ۹(۲۱)، ۹۲-۸۲.
- کلاهی حامد، صبا؛ احمدی، عزت‌الله؛ و شالچ، بهزاد (۱۳۹۷). تبیین گرایش به مصرف مواد مخدر بر اساس هوش معنوی و خردمندی. *فصلنامه افق دانش*، ۲(۲)، ۱۵۲-۱۴۶.
- مامی، شهرام؛ احدی، حسن؛ نادری، فرح؛ عنایتی، میرصلاح‌الدین؛ و مظاهری، محمد مهدی (۱۳۹۱). پیش‌بینی مدل گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان متوسطه شهر ایلام بر اساس عوامل شخصیتی و متغیر میانجی سلامت روان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۶)، ۲۵۱-۲۴۸.
- متین‌نژاد، سیده اعظم؛ موسوی، سید علی محمد؛ و شمس اسفندآباد، حسن (۱۳۸۹). مقایسه شیوه‌های حل مسئله و سبک‌های تفکر در افراد مصرف‌کننده مواد و افراد غیر معتاد. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۱)، ۲۴-۱۱.
- محمدی، ابوالفضل؛ آقاجانی، میترا؛ و زهتاب‌ور، غلام (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب‌آوری و مولفه‌های هیجانی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۲)، ۱۴۲-۱۳۶.
- مولایی یساولی، هادی؛ و عبدی، منصور (۱۳۹۴). مقایسه تاب‌آوری و راهبردهای مقابله با فشار روانی در افراد وابسته به مواد و عادی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۴(۱)، ۲۹-۲۴.
- مهری‌نژاد، سیدابوالقاسم؛ و رجبی مقدم، سارا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی معنادرمانی بر افزایش امید به زندگی معتادان با ترک کوتاه مدت. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۸(۲)، ۴۲-۲۹.
- وحیدی، زهره، و جعفری‌هرندی، رضا (۱۳۹۶). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های نگرش معنوی. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۳(۲)، ۷۱-۶۴.

هوشنگی سالانقوچ، مریم؛ زلیکانی، محمد؛ مفاخری، عبدالله؛ و خاکپور، مسعود (۱۳۹۷). مقایسه‌ی ابعاد شخصیتی مایرز-بریگز و میزان خوشبختی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به مولتیپل

اسکلروزیس (ام.اس.). مجله پژوهش پرستاری، ۱۳(۲)، ۸-۱.

Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Dugosh, K. L., Ivey, M. A & Coviello, D. M. (2010). Measurement of mental health in substance use disorder outpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(4), 408-414.

Bergle, T. H. (2015). *Patient in substance use disorder treatment: Motivation for behavioural change, co-occurring disorders and problem domains*. Ph. D. unpublished dissertation, Norwegian university of science and technology.

Ford, J. A., & Blumenstein, L. (2013.) Self-control and substance use among college students. *Journal of Drug Issues*, 43(1), 56-68.

Galanter M. (2014). Innovations: Alcohol & drug abuse: Spirituality in Alcoholics Anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric services*, 57(3), 307-309. DOI:10.1176/appi.ps.57.3.307.

Goldstein, A. L., Faulkner, B., & Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22-32.

Hafalir, I. E., & Linardi, S. (2017). Awareness of low self-control: Theory and evidence from a homeless shelter. *Journal of Economic Psychology*, 61, 39-54.

Hodder, R. K., Freund, M., Bowman, J., Wolfenden, L., Gillham, K., Dray, J. & Wiggers, J. (2016). Association between adolescent tobacco, alcohol and illicit drug use and individual and environmental resilience protective factors. *BMJ open*, 6(11), 1-12.

King, K. M., Fleming, C. B., Monahan, K. C., & Catalano, R. F. (2011). Changes in self-control problems and attention problems during middle school predict alcohol, tobacco, and marijuana use during high school. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1), 69-79. DOI: 10.1037/a0021958.

Lev-wiesel R. (2009). Enhancing potency among male adolescents at risk to drug abuse: An action research. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(5), 383-398. DOI: 10.1007/s10560-007-0099-4.

Rachline, H. (1995). Self control: Beyond commitment. *Behavior and Brain sciences*, 18(1), 109-121.

Shahi, M., Mohammadyfar, M. A. (2017). Comparison of depression, anxiety, stress, quality of life, and alexithymia between people with type II diabetes and non-diabetic counterparts. *Personality and Individual Differences*, 104, 64-68. DOI: 10.1016/j.paid.2016.07.035.

Sinha R. (2011). New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 398-405.

- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, 72(2), 272-324.
- Wong, E. C., & Longshore, D. (2008). Ethnic identity, spirituality, and self-efficacy influences on treatment outcomes among Hispanic American methadone maintenance clients. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 7(3), 328-340.
- Wray, T. B., Dvorak, R. D., Hsia, J. F., Arens, A. M & Schweinle, W. E. (2013). Optimism and pessimism as predictors of alcohol use trajectories in adolescence. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(1), 58-68.



# Investigating the Role of Myers-Briggs Personality Dimensions in Predicting the Rate of Drug Use under Mediation of Capital Psychological and Self-Control in Drug Addicts

A. Ahmadi Shurke Tucanlou<sup>1</sup>, M. Hooshangi salanghooch<sup>2</sup>, M. J. Asghari Ebrahimabad<sup>3</sup>

## Abstract

**Objective:** The present study aimed at investigating the role of Myers-Briggs personality dimensions in predicting substance use tendency under the mediation of psychological capital and self-control in addicts. **Method:** In this study, a descriptive correlational research method was used. The statistical population of this study included all individuals with drug in the Drug Addiction Camp of Rahian Article 16 during the first period of 2019. The statistical population of the study amounted to 420 people, out of whom 200 addicts with entry criteria were selected as the sample units via simple random sampling method according to Morgan table. Myers-Briggs Type Indicator, Drug Use Tendency Questionnaire, Lutz's Psychological Capital Questionnaire, and Tanji Self-Control Scale were used for data collection. **Results:** The results of this study showed that Myers-Briggs personality dimensions had a predictive role in drug use tendency in addicts with the mediating role of self-control and psychological capital. **Conclusion:** According to the findings of this study, there is a significant relationship between all personality dimensions and substance use tendency with the mediating role of self-control and psychological capital in addicts. Training programs on promotion of self-control and psychological capital in addicts can be developed by conducting Myers-Briggs personality test and identifying personality dimensions in addicts.

**Keywords:** personality dimensions, substance use tendency, psychological capital, self-control

۱۹

19

سال سیزدهم، شماره ۵۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

- 
1. Corresponding Author: M. A. Holder of Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran; Email: ali.ahmadi.psy@gmail.com.
  2. M. A. Holder of Rehabilitation Counseling, Islamic Azad University of Ghouchan, Ghouchan, Iran
  3. Ph.D. of Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

## Effectiveness of Behavioral Activation Group Therapy in Reducing of Suicidal Tendency and Increase of Self-Acceptance among Opiate Dependent People

Z. Masihi<sup>1</sup>, R. Homaei<sup>2</sup>

### Abstract

**Objective:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of behavioral activation group therapy in the reduction of suicidal tendency and increase of self-acceptance in opiate dependent persons. **Method:** A quasi-experimental research design was employed for the conduct of this study. All the men with drug addiction in Ahvaz city constituted the statistical population of this study. The research sample consisted of 30 opium addicts who were selected through convenience sampling from among the addicts presenting to addiction treatment centers in Ahvaz. Then, they were randomly divided into experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. The research instruments were Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI) and Beck and Steer's Beck Self-Concept Test (BST). The experimental group received behavioral activation group therapy for eight 90-minute sessions. **Results:** The results of this study showed that behavioral activation group therapy was effective in decreasing suicidal tendency and increasing self-acceptance. **Conclusion:** According to the findings of this study, behavioral activation group therapy is effective in reducing suicidal tendency and increasing self-acceptance in opiate dependent individuals.

**Keywords:** behavioral activation group therapy, suicidal tendency, self-acceptance, opiate addicts

۱۸

18

سال سیزدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

---

1. M. A. Holder of Educational Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz branch, Ahvaz, Iran.

2. Corresponding Author: Assistance Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, Email: homaei@iauahvaz.ac.ir

# Effect of Eight Weeks of Pilates Exercises and Electrical Stimulation on Respiratory Function and Aerobic Capacity among Male Methamphetamine Addicts under Withdrawal

R. Fakhrpour<sup>1</sup>, Y. Saberi<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** The aim of the present study was to investigate the effect of eight weeks of Pilates training and electrical stimulation on the respiratory and aerobic function in male methamphetamine addicts under withdrawal. **Method:** This study used a quasi-experimental design. The study population consisted of the addicted men under withdrawal where 50 individuals were selected by random sampling method with at least three months of attendance at the addiction treatment camp. The subjects were divided into four groups, namely exercise (Pilates) + electrical stimulation, exercise (Pilates) + false stimulation, only electrical stimulation, and control group. Pilates exercise protocol was performed for eight weeks (three 60-minute sessions per week). Electrical stimulation was performed using a neurostimulator device. **Results:** The results of this study showed that there was a statistically significant difference between the exercise + electrical stimulation group in the parameters of forced vital capacity and forced expiratory volume in one second (FEV). In addition, false exercise + stimulation group witnessed an increase in all the evaluated variables except the ratio of forced expiratory volume to forced vital capacity. **Conclusion:** It can be concluded that Pilates exercise and electrical stimulation can be used as a non-pharmacological approach to increase lung functional capacity and aerobic capacity in addicted men.

**Keywords:** Pilates, electrical stimulation, lung functional capacity, aerobic capacity, addicted men, methamphetamine

۱۷

17

سال سیزدهم، شماره ۱ بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

---

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Sport Sciences, Shahid Madani University, Tabriz, Iran, Email: r.fakhrpour@yahoo.com

2. Ph.D. Student of Sports Physiology, Sports Physiology and Reform Movement, Urmia University, Urmia, Iran



# The Causal Relationship of Anxiety, Rumination, Neglect, Peer Relationship, and Bullying with Addiction Potential

N. Chamani<sup>1</sup>, I. Sajjadian<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** The aim of this study was to examine the causal relationship of anxiety, rumination, neglect, peer relationships, and bullying with addiction potential. **Method:** In this correlational study, the statistical population consisted of male high school students in Isfahan. Through random cluster sampling method, 375 students from Isfahan districts were selected based on Cohen et al.'s sample size table (2000). The participants responded to the questionnaires pertaining to addictibility, anxiety, rumination, neglect, peer relationships, and bullying. **Results:** According to the results of this study, the proposed model had a good fit with the data. The coefficients of the effect of anxiety, neglect, difficulty in peer relationships, bullying, and rumination on addictibility were significant. **Conclusion:** According to the findings of this study, anxiety, neglect, difficulty in peer relationships, bullying, and rumination have a causal effect on addictibility. Therefore, this model can be useful for the development of effective addiction prevention training programs.

**Keywords:** addictibility, anxiety, rumination, neglect, peer relationships, bullying

۱۶

16

سال سیزدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

---

1. M.A Holder of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Khorasgan, Iran

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

# Structural Modeling of Substance Abuse Tendency Based on Personality Traits through the Mediating Role of Self-Esteem

M. Akbari<sup>1</sup>, H. Ebrahimi Moghadam<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** The aim of this study was to explore the structural modeling of substance abuse tendency based on personality traits under the mediation of self-esteem among substance abusers in Tehran. **Method:** This study was a correlational one that was conducted via structural equation modelling. The sample group consisted of 200 addicted men presenting to addiction treatment centers in Tehran where the sample units were selected through multistage random cluster sampling method. The research instruments included Addiction Potential Scale (APS), Rosenberg Self-Esteem Scale, and Goldberg Personality Questionnaire. **Results:** Based on the results of this study, the proposed model had a good fit. Neuroticism and conscientiousness personality traits were direct positive predictors of substance abuse tendency ( $P < 0.05$ ). Self-esteem was a direct negative predictor of substance abuse tendency ( $P < 0.05$ ). Neuroticism personality trait was a negative predictor of substance abuse tendency ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Therefore, personality traits directly influence substance abuse tendency through self-esteem.

**Keywords:** substance abuse tendency, personality traits, self-esteem

۱۵

15

سال سیزدهم، شماره ۵۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

---

1. M. A. Holder of Clinical Psychology, Azad University, Rodehen branch, Rodehen, Iran

2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Azad University of Rodehen, Rodehen, Iran, Email: hem\_psy@yahoo.com

## Effectiveness of Quality of Life Therapy in Changing Negative and Positive Meta-Cognitive Beliefs in Crystal Dependent Men

B. Hasanvand<sup>1</sup>, R. Mirzaei Saraei<sup>2</sup>, S. Sori<sup>3</sup>

### Abstract

**Objective:** Addiction has become one of the most serious problems in human society, especially in developing countries which have a young population, high poverty level, and a high rate of unemployment. The main purpose of this study was to determine the effectiveness of quality of life therapy in changing the level of negative and positive meta-cognitive beliefs in crystal dependent men in Khorramabad city. **Method:** This study employed a quasi-experimental design along with pretest/posttest and control group. The sample of the study contained 40 crystal addicts in Khorramabad city who were randomly assigned to experimental (quality of life) and control groups. The experimental group received 8 sessions of group therapy intervention. Wells Metacognitions Questionnaire (MCQ) was used for data collection in this study. **Results:** The results of covariance analysis were indicative of the presence of a significant difference between the two groups ( $p < 0.01$ ). The results also indicated that the intervention was effective in changing the level of positive and negative metacognitive beliefs. **Conclusion:** This treatment is applicable for patients suffering from addiction.

**Keywords:** quality of life therapy, positive and negative metacognitive beliefs, addiction, crystal

۱۴

14

- 
1. Corresponding Author: Lecturer, Department of Psychology, Payame Noor University, Alashtar Branch, Alashtar, Iran, Email: k.p@yahoo.com
  2. M. A. Holder, Clinical Psychology, Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran
  3. M. A. Holder, Clinical Psychology, Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran

# Examining the Mediating Role of Impulsivity and Age in the Relationship between Emotion Dysregulation and Risky Sexual Behavior among Men Using Methamphetamine

H. Jabraeili<sup>1</sup>, A. R. Moradi<sup>2</sup>, M. Habibi<sup>3</sup>

## Abstract

**Objective:** Given the importance of identifying the effective factors in high risk sexual behaviors among populations exposed to risk, the design of prevention and treatment interventions seems necessary. Thus, the present study aimed to investigate the mediating role of impulsivity and age in the relationship between emotional dysregulation and high risk sexual behavior in male methamphetamine users.

**Method:** This study falls within the category of cross-sectional analytical ones. The statistical population of this study consisted of male methamphetamine users in drug addiction camps in Tehran in 2017. From among this population, a sample of 300 participants was selected via convenience sampling method and evaluated using Difficulty in Emotion Regulation Scale (DERS), Short Form of Five-Factor of Impulsive Behavior Scale, and HIV Risk-taking Behavior Scale (HRBS). The data were analyzed using correlation test and path analysis. **Results:** The results of this study showed that impulsivity, dimensions, emotion dysregulation, and age had a significant correlation with high risk sexual behavior. The proposed model had a good fit with the data. Impulsivity ( $\beta = 0.48, P < 0.01$ ) and age ( $\beta = -0.22, P < 0.01$ ) had a direct effect on high risk sexual behavior and emotion dysregulation had an indirect effects on high risk sexual behavior. **Conclusion:** Impulsivity has a positive effect and age has a negative effect on high risk sexual behavior, and these variables increase the rate of high risk sexual behavior in methamphetamine users by intensifying the relationship between emotion dysregulation disorder and high risk sexual behaviors.

**Keywords:** impulsivity, emotion dysregulation, high risk sexual behaviors, sensation seeking

- 
1. Ph. D. of Health Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran
  2. Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
  3. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Health Psychology, Medical Sciences University of Iran, Tehran, Iran, Email: habibi.m@iusm.ac.ir

# The Mediating Role of Self-Efficacy in the Relationship of Impulsivity and Avoidant Coping with Relapse into Drug Use

M. N. Farahani<sup>1</sup>, M. A. Esmaili<sup>2</sup>, Sh. Baheshmat Joybari<sup>3</sup>

## Abstract

**Objective:** The present study aimed to investigate the mediating role of self-efficacy in the relationship of impulsivity and avoidant coping with relapse. **Method:** This study was a descriptive correlational research. The statistical population of this study included the substance abusers receiving methadone maintenance treatment in Tehran in 2017. From among this population, 129 participants were selected through convenience sampling method. The data gathering tools in the present study were Personal Control Scale, Barratt Impulsiveness Scale- Short Form, Endler & Parker Avoidance Coping Scale, and Schwartz General Self-Efficacy Scale. **Results:** The results showed that impulsivity, avoidance coping, and self-efficacy had a significant relationship with drug use. The results of path analysis showed that self-efficacy mediated the relationship between impulsivity and relapse into substance use. **Conclusion:** It seems that it is possible to reduce drug use relapse in high-risk groups by designing psychological interventions based on self-efficacy.

**Keywords:** impulsivity, avoidance coping, self-efficacy, relapse into substance use

۱۲

12

- 
1. University Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
  2. Associate Professor of National Addiction Studies Center, Institute of Risk Behavior Reduction, Tehran Medical Sciences University, Tehran, Iran
  3. Corresponding Author: M. A. Student of General Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran, Email: shahab.baheshmat@gmail.com

## The Effect of Interpersonal Conflicts on Addiction Potential: Mediating Role of Job Stress

H. Bariheh Bereyhi<sup>1</sup>, A. Z. Naami<sup>2</sup>, Y. Zargar<sup>3</sup>, E. Hashemi<sup>4</sup>

### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to investigate the direct and indirect effects of interpersonal conflicts on addiction potential with the mediating role of job stress.

**Method:** The statistical population of this study consisted of employees of Aghajari Oil and Gas Exploitation Company. From among the statistical population of this study, 292 participants were selected via systematic random sampling. The data gathering tools in this research were Addiction Potential Scale, Job Stress Scale, and Interpersonal Conflict Scale. The proposed model was evaluated by structural equation modeling using SPSS and Amos 21 software. **Results:** The results of this study showed that interpersonal conflicts had a positive effect on job stress and addiction potential. It was also indicated that job stress had a positive effect on addiction potential and interpersonal conflicts had an indirect effect on addiction potential through the mediating role of job stress. Overall, the results showed that the proposed model fits the data relatively well. **Conclusion:** It can be concluded that interpersonal conflicts directly affect addiction potential through job stress.

**Keywords:** addiction potential, job stress, interpersonal conflicts

۱۱

11

سال سیزدهم، شماره ۵۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

---

1. Corresponding Author: M. A. Holder of Industrial and Organizational Psychology, Ahvaz University, Ahvaz, Iran, Researcher of Khuzestan Jahad Daneshgahi, Email: bereyhi.heyfal@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Industrial and Organizational Psychology, Ahvaz University, Ahvaz, Iran

3. Associate Professor, Department of Industrial and Organizational Psychology, Ahvaz University, Ahvaz, Iran

4. Associate Professor, Department of Industrial and Organizational Psychology, Ahvaz University, Ahvaz, Iran

# Comparison of Cognitive Functions in the Course of Addiction: From Tendency to Withdrawal

M. S. Sajadi Nejad<sup>1</sup>, S. Akbari Charmahini<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** The prevalence of addiction in Iranian society has been increasing in recent years, but not everyone is involved. Some environmental, behavioral, personality, and cognitive factors appear to contribute to one's vulnerability to addiction. The aim of this study was to compare cognitive functions of inhibition and planning in addicts, addicts under treatment, two groups of adolescents with high and low addiction tendency, and healthy individuals. **Method:** A causal-comparative research method was employed for the conduct of this study. The research sample consisted of 183 participants who were divided into five groups. To this end, thirty addicts and 30 addicts under methadone treatment were selected through convenience sampling method in Arak city. Thirty healthy individuals were also selected. All groups responded to Stroop test and Tower of London test. **Results:** The results of multivariate analysis of covariance about cognitive inhibition showed that there was no significant difference between healthy, high tendency, and low tendency groups. The two groups of addicts and the treatment one had a lower performance than the other three groups and the lowest performance belonged to the addicted group. With regard to cognitive planning, the weakest function was observed in the addicted group. Thereafter, the group under treatment maintained a significant distance from the other three groups. The high tendency, low tendency, and healthy groups lay in the next order, respectively. **Conclusion:** Cognitive functions are different between addicts, addicts under treatment, two groups of adolescents with high and low addiction tendency, and healthy individuals.

**Keywords:** cognitive inhibition, cognitive planning, addiction, addiction tendency

۸۰

10

سال سیزدهم، شماره ۵۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

- 
1. Assistant Professor, Department of Psychology, Arak University, Arak, Iran
  2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Arak university, Arak, Iran, Email: s-akbarichermahini@araku.ac.ir

# Self-restraint and Belief Systems in Methamphetamine Consumers at the Beginning and End of Matrix Therapy Sessions

M. Rouholamin<sup>1</sup>

## Abstract

**Objective:** The current study aimed at investigating the self-restraint and belief systems in methamphetamine users at the beginning and end of matrix therapy sessions in Isfahan drug addiction treatment centers in 2018. **Method:** A quasi-experimental research design along with a pretest-posttest was used for the conduct of this study. Through convenience sampling method, 45 methamphetamine-dependent men presenting to medical centers were selected. Then, the participants completed two questionnaires, namely Self-Restraint Scale and Systems of Belief Inventory (SBI-15R) in two stages. The sample group was treated with matrix therapy sessions. **Results:** The results of this study showed that matrix therapy was effective in improving self-restraint (suppressing anger, responsibility, and consideration of others) and belief system (spiritual and religious beliefs and practices and social support). **Conclusion:** Matrix therapy sessions are effective in self-restraint and belief systems in methamphetamine-dependent individuals.

**Keywords:** self-restraint, belief system, matrix therapy, methamphetamine dependence

۹

۹

سال سیزدهم، شماره ۵۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

---

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor university, Isfahan Branch, Esfahan, Iran, Email: m.rouholamin@yahoo.com



# Effectiveness of Resilience Training in Reducing Perceived Stress and Communicative Problems of Women with Addicted Spouses under Withdrawal

Sh. Taghipoor<sup>1</sup>, M.H. Baghestani<sup>2</sup>, N. Saadati<sup>3</sup>

## Abstract

**Objective:** The status of women with addicted spouses is particularly sensitive due to their individual issues and their roles in relation to spouses, children, and society. The purpose of this study was to determine the effectiveness of resiliency training on perceived stress and communication problems in women with addict spouses under withdrawal. **Method:** A quasi-experimental research design with pre-test, post-test and control group was employed for the conduct of this study and it was accompanied by a 2-month follow-up. The sample was selected from among the women with addicted husbands under withdrawal in Tohid Addiction Treatment Center in Isfahan in summer 2017. From among the 78 women with addicted spouses, 40 ones were selected as the participants and were randomly assigned to experimental and control groups. Data collection tools in this research were Perceived Stress Scale and Communication Skills Questionnaire. **Results:** The results of this study showed that resiliency intervention reduced perceived stress scores and communication problems in the experimental group. The results also remained consistent after two months. **Conclusion:** It can be concluded that resiliency training is an effective method that can reduce stress and communication problems in these women.

**Keywords:** resiliency, perceived stress, communication problems, addicts' spouses

۸

۸

سال سیزدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

1. MA Student of General Psychology, Islamic Azad University, Kashan branch, Kashan, Iran
2. MA of General Psychology, Islamic Azad University of Kashan, Kashan, Iran
3. Corresponding Author: Lecturer of Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Khorasgan, Isfahan, Email: n.saadati@khuisf.ac.ir

# Implementation Barriers to the Policy Making of Islamic Republic of Iran on Addiction Prevention (1996-2016)

M. Mahdavianfar<sup>1</sup>, H. Masoudnia<sup>2</sup>, M. R. Yazdani Zazerani<sup>3</sup>

## Abstract

**Objective:** The aim of this study was to examine the implementation, identification, and ranking the executive barriers of IRI policies in primary addiction prevention.

**Method:** A mixed research method, including Delphi technique, content analysis, factor analysis, and hierarchical analysis was employed for the conduct of this study.

The research population consisted of four groups of policy makers, executive managers, experts, and stakeholders (recovered addicts). The data collected in the implementation process of this research have led us to five important barriers in the pathology of policy implementation.

**Results:** The results of this study indicate that the loss of social marketing, the weakness of the operational plan, the loss of a national prevention system, the loss of supervision and evaluation, and, ultimately, the weakness of inter-agency cooperation are among the most important barriers to the implementation of primary prevention policies.

**Conclusion:** Reviewing and reforming policies and paying attention to the implementation of past policies have been a strategy to improve the current conditions of addiction policy making.

**Keywords:** policy making, research implementation, primary prevention, addiction, mixed method

۷

7

سال سیزدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

- 
1. Ph.D. Student of Public Policy, Islamic Azad University, Khorasgan branch, Isfahan, Iran
  2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Political Science, Isfahan University
  3. Assistant Professor, Department of Political Science, Islamic Azad University, Khorasgan branch, Isfahan, Iran

## Phenomenological Study of Women's Substance Abuse

H. Enayet<sup>1</sup>, D. Ghafari<sup>2</sup>

### Abstract

**Objectives:** Official reports show that the process of addiction is shifting from the single-gender state to both genders in addition to the increasing trend of drug use in Iran. Several factors are effective in the etiology of substance abuse and addiction that lead to consumption and, then, addiction in interaction with each other. The aim of this study was to describe the lived experiences of industrial drug users in Kermanshah. **Method:** A qualitative phenomenological research method was employed for the conduct of this study. The statistical population of this study consisted of the female industrial drug users in Kermanshah. From among this population, 25 participants were selected through purposive sampling. In-depth interviews were also conducted to collect the required data. **Results:** Data analysis revealed four main conceptual categories. The following categories were extracted: causes of addiction as the main category of individual and environmental facilitators of addiction, emotional drug use as the main category of emotional continuum, social consequences of addiction as the main category of community punishment, and causes of abortive prevention as the main concept of fleeting correction and treatment. **Conclusion:** According to the findings of this study, given the complexity of the issue, the current conditions for fighting against addiction, entitled supply reduction, are not very responsive. In addition, demand reduction, training programs, economic plans for change, revision of laws and prevention programs, and strengthening of support programs should be taken into consideration to promote women's' status.

**Keywords:** phenomenology, lived experience, addiction, women, narcotics

۶

6

سال سیزدهم، شماره ۱۵، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

---

1. University Professor, Department of Sociology, Shiraz University, Shiraz, Iran  
2. Corresponding Author: Ph. D. of Sociology, Razi University, Kermanshah, Iran,  
Email: darghafari@yahoo.com

# Effect of Crime Prevention Management on Narcotics and Psychotics Consumption

E. Davoodi Dehaghani<sup>1</sup>, A. Hendiani<sup>2</sup>, M. A. Ameri<sup>3</sup>

## Abstract

**Objective:** Addiction is a crisis whose control and management need a coherent management with a preventive approach. This study aims at explaining the effect of crime prevention management on the consumption of narcotic and psychotropic drugs. **Method:** This study was a descriptive-analytical one with a survey method. The statistical population of the current study consisted of the managers and experts of the affiliated organizations, members of Drug Control Coordination Council, and experts of addiction treatment centers in Golestan province (1058 persons). The sample size was estimated to be 369 via Cochran formula. Sampling was taken by systematic random sampling. A researcher-constructed questionnaire was employed for data collection. The face validity and content validity of the questionnaire were confirmed by Cronbach's alpha coefficient. **Results:** The results of this study showed that crime prevention management had an impact on drug use and that the multiple correlation coefficient of these variables was equal to 0.345. The majority of respondents did not have a positive view about social prevention management, but had a positive attitude towards prevention management. **Conclusion:** The findings of this study showed that crime prevention management had an impact on drug use. Moreover, the relatively appropriate status of preventive management in Golestan province emphasizes the necessity of its strengthening. On the other hand, the inappropriate situation of social prevention management reiterates the need for the assignment of more attention to this issue by provincial authorities and planners. **Keywords:** management, prevention, crime prevention, drug use, and psychotropic use

۵

5

سال سیزدهم، شماره ۵۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

- 
1. Assistant Professor, Department of Crime Prevention Management, Amin Police University, Tehran, Iran
  2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Strategic Management, Amin Police University, Tehran, Iran, Email: Hendiani.s1343@gmail.com
  3. Assistant Professor, Department of Crime Prevention Management, Research Institute and NAJA's Social Study, Tehran, Iran

<b>Title</b>	<b>Page</b>
<b>The Causal Relationship of Anxiety, Rumination, Neglect, Peer Relationship, and Bullying with Addiction Potential</b> N. Chamani. I. Sajjadian	217-238
<b>Effect of Eight Weeks of Pilates Exercises and Electrical Stimulation on Respiratory Function and Aerobic Capacity among Male Methamphetamine Addicts under Withdrawal</b> R. Fakhrpour, Y. Saberi	239-256
<b>Effectiveness of Behavioral Activation Group Therapy in Reducing of Suicidal Tendency and Increase of Self-Acceptance among Opiate Dependent People</b> Z. Masihi, R. Homaei	257-272
<b>Investigating the Role of Myers-Briggs Personality Dimensions in Predicting the Rate of Drug Use under Mediation of Capital Psychological and Self-Control in Drug Addicts</b> A. Ahmadi Shurke Tucanlou, M. Hooshangi salanghooch, M.J. Asghari Ebrahimabad	273-292

## Contents

Title	Page
<b>Effect of Crime Prevention Management on Narcotics and Psychotics Consumption</b> E. Davoodi Dehaghani, A. Hendiani, MA. Ameri	9-28
<b>Phenomenological Study of Women's Substance Abuse</b> H. Enayet, D. Ghafari	29-52
<b>Implementation Barriers to the Policy Making of Islamic Republic of Iran on Addiction Prevention (1996-2016)</b> M. Mahdavianfar, H. Masoudnia, M. R. Yazdani Zazerani	53-68
<b>Effectiveness of Resilience Training in Reducing Perceived Stress and Communicative Problems of Women with Addicted Spouses under Withdrawal</b> Sh. Taghipoor, MH. Baghestani, N. Saadati	69-86
<b>Self-restraint and Belief Systems in Methamphetamine Consumers at the Beginning and End of Matrix Therapy Sessions</b> M. Rouholamin	87-104
<b>Comparison of Cognitive Functions in the Course of Addiction: From Tendency to Withdrawal</b> MS. Sajadi Nejad, S. Akbari Charmahini	105-124
<b>The Effect of Interpersonal Conflicts on Addiction Potential: Mediating Role of Job Stress</b> H. Bariheh Bereyhi, A. Z. Naami, Y. Zargar, E. Hashemi	125-140
<b>The Mediating Role of Self-Efficacy in the Relationship of Impulsivity and Avoidant Coping with Relapse into Drug Use</b> M. N. Farahani, M. A. Esmaeili, Sh. Baheshmat Joybari	141-164
<b>Examining the Mediating Role of Impulsivity and Age in the Relationship between Emotion Dysregulation and Risky Sexual Behavior among Men Using Methamphetamine</b> H. Jabraeili, A. R. Moradi, M. Habibi	165-186
<b>Effectiveness of Quality of Life Therapy in Changing Negative and Positive Meta-Cognitive Beliefs in Crystal Dependent Men</b> B. Hasanvand, R. Mirzaei Saraei, S. Sori	187-200
<b>Structural Modeling of Substance Abuse Tendency Based on Personality Traits through the Mediating Role of Self-Esteem</b> M. Akbari, H. Ebrahimi Moghadam	201-216

## **Editorial Board**

---

<b>Zarindast, M. R., Ph.D.</b>	Professor of Pharmacology, Tehran Medical Sciences University
<b>Joghataei, M.T., Ph.D.</b>	Professor of Anatomy, Tehran Medical Sciences University
<b>Mohseni, T. A. R., Ph.D.</b>	Professor of Sociology, Tehran University
<b>Navabakhsh, M., Ph.D.</b>	Professor of Sociology, Open University-Science and Research Branch
<b>Mohammadkhani, P., Ph.D.</b>	Professor of Psychology, Welfare and Rehabilitation Sciences University
<b>Rezaei, R. M., Ph.D.</b>	Associate Professor of Management of Treatment Services, Police University
<b>Rahimi, M. A., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychiatry, Tehran Medical Sciences University
<b>Motavalian, S. A., Ph.D.</b>	Associate Professor of Epidemiology, Tehran Medical Sciences University

## **Reviewers of This Issue**

---

<b>Ghodratí, M., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, PayameNoor University
<b>Aghayousefi, A., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Qom PayameNoor University
<b>Shirazi, M., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Sistan and Baloochestan University
<b>Yaghoobi, A., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Bu-Ali Sina University
<b>Basharpoor, S., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Sistan and Baloochestan University
<b>Mirhashemi, M., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Roudehen Islamic Azad University
<b>Tavakolifard, M., Ph.D.</b>	Ph.D. in Addiction Studies
<b>Mashaiekh, M., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Karaj Islamic Azad University
<b>Hasani, J., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Kharazmi University
<b>Hosseinchari, M., Ph.D.</b>	Associate Professor, Shiraz University
<b>Mohammadifar, M.A., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Semnan University

**In the name of God**

**Quarterly Journal**

**Research on Addiction**  
**Vol. 13, No. 51, Spring 2019**

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

**Managing Director:** Mahmoud Minooei, M.A.

**Chief Editor:** Hassan Ahadi, Ph.D.

**Executive Director:** AliReza Barazi, Ph.D.

**Editors:** MohammadAli Mohammadifar, Ph.D.

**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@etiadpajohi.ir

The Journal is available at DOAJ, dchq.ir, ISC, magiran.com, SID, Iranmedex, ensani.ir & Noormags.com