

اعتیاد پژوهی

سال شانزدهم، شماره شصت و سوم، بهار ۱۴۰۱

- صاحب امتیاز: ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری
مدیر مسئول: محمود مینویی
سر دبیر: دکتر حسن احدی
ناشر: دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری
شمارگان: الکترونیکی - چاپی (۵ نسخه)
نشانی دفتر فصلنامه: تهران، بلوار اشرفی اصفهانی، بالاتر از میدان پونک، بعد از مجتمع فرهنگی - تفریحی هویزه، پلاک ۲۰، ساختمان ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، دفتر تحقیقات و آموزش
صندوق پستی: ۱۴۶۹۹۱۵۸۳۴
تلفن و دورنگار: ۴۷۳۶۱۷۰۳-۴۷۳۶۱۷۱۰
پست الکترونیک: info@etiadpajohi.ir

فصلنامه مطابق مجوز کمیسیون نشریات علمی وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری در ارزیابی سال ۱۴۰۰ موفق به کسب رتبه‌ی علمی "ب" شده است.

فصلنامه اعتیاد پژوهی در پایگاه بین المللی DOAJ و پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC)، سلایت 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.

هیأت تحریریه

دکتر محمدرضا زرین دست	استاد علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمدتقی جغتایی	استاد تشریح گری دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر علیرضا محسنی تبرزی	استاد جامعه شناسی دانشگاه تهران
دکتر مهرداد نوابخش	استاد جامعه شناسی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات
دکتر پروانه محمدخانی	استاد روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
دکتر آفرین رحیمی موقر	استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سیدعباس متولیان	استاد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر مجید رضایی راد	دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم انتظامی

داوران این شماره

دکتر علی محمدزاده	استاد روانشناسی، دانشگاه پیام نور
دکتر علی تقوایی نیا	دانشیار روانشناسی، دانشگاه یاسوج
دکتر علی محمد رضایی	دانشیار روان شناسی، دانشگاه سمنان
دکتر بهروز زارعی	دانشیار علوم مدیریت، دانشگاه تهران
دکتر زهره لطفی	دانشیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور
دکتر محمد علی محمدی فر	دانشیار روان شناسی، دانشگاه سمنان
دکتر علیرضا جزینی	دانشیار مدیریت، دانشگاه علوم انتظامی امین
دکتر پرویز پرزور	استاد یار روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی
دکتر سلمان زارعی	استاد یار مشاوره، دانشگاه لرستان
دکتر سعید بختیار پور	استاد یار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز
دکتر شیرکوه محمدی	استاد یار مدیریت آموزشی، دانشگاه سمنان
دکتر سولماز دبیری	استاد یار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال

راهنمای تنظیم مقالات فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی

- 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 پنج 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 (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 به‌طور کامل بیان شود. ذکر وابستگی سازمانی نویسنده، درجه علمی و پُست 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 (اعتیاد پژوهی) بلامانع است.
۳. فصلنامه علمی «اعتیاد پژوهی» 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
۷-۴۲	ارزیابی کیفی روش‌های ترک اعتیاد بر اساس تجارب شخصی زنان وابسته به مواد و ارائه‌ی راهکارهای ارتقاءبخش کیفیت درمان ضحی حاجیپها، هادی بهرامی احسان، سید سعید پورنقاش تهرانی
۴۳-۶۴	رابطه سبک‌های فرزندپروری و خودکارآمدی با گرایش به مواد مخدر در دانشجویان: نقش میانجی تکانشگری علی قدرتی، محمد محمدی پور، عبدالله مفاخری
۶۵-۸۴	پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس ابعاد شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه سهیل محمدی، سعید ایمانی، جلیل فتح آبادی
۸۵-۱۲۰	سنجش سطح بلوغ مدیریت دانش در مبارزه با مواد مخدر جهت استقرار نظام مدیریت دانش امیرحسین یآوری، علیرضا پرازی، علی مویدی خرم آبادی
۱۲۱-۱۴۴	خوشه بندی اختلالات شخصیت مرزی و خودشیفته بر مبنای ابعاد سرشت و منش در مردان دچار مصرف مواد غلامرضا چلیبانلو، رضا عبدی، فاطمه نوذری، شهرام وکیلی
۱۴۵-۱۶۶	نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد علی بدیع، بهنام مکوندی، سعید بختیارپور، رضا پاشا
۱۶۷-۱۹۸	روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان تکه‌دارنده با متادون: نقش میانجی تحمل آشستگی و انعطاف‌پذیری شناختی سجاد رضائی، امیر قربان‌پور لقمجانی، عامر فیضی لیوندانی، مهسا جهانگیرپور
۱۹۹-۲۲۲	مقایسه اثربخشی درمان چند وجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر شاخص‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر نیره خدابخشی، الهام فروزنده
۲۲۳-۲۴۴	بررسی نقش صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری در گرایش به مصرف مواد دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک فرشته پورمحسنی کلوری، مهسا نیک سرشت
۲۴۵-۲۶۶	تعارض زناشویی والدین و گرایش به سوءمصرف مواد نوجوانان: نقش تعدیل‌کننده افسردگی و ذهن آگاهی سلمان زارعی
۲۶۷-۲۸۴	مدل‌یابی گرایش به اعتیاد بر اساس صفات مدل پنج‌عاملی شخصیت با میانجی‌گری تاب‌آوری در میان دانشجویان مهناز مغانلو، یاسر والیوند
۲۸۵-۳۰۸	پیش‌بینی رفتارهای قلدری و جامعه‌ستیزی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی در افراد وابسته به مواد سعید شالچی معجد، علی محمد زاده، ناهید یوسف پور

-
- ۳۰۹-۳۳۴ اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی و
انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف‌کننده مواد
آرزو محمدی سلطان آبادی، شکوفه متقی دستنایی، احسان کردی اردکانی
- ۳۳۵-۳۵۸ اثربخشی روش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام بر تعارضات زناشویی و تعارضات والد-فرزندی
معتادان
سعید سبزی، الهه اسلمی
- ۳۵۹-۳۷۹ اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال
مصرف مواد افیونی
پریا شکیبایی، پریناز قیومی
- ۵-۱۹ چکیده مقالات به زبان انگلیسی

ارزیابی کیفی روش‌های ترک اعتیاد بر اساس تجارب شخصی زنان وابسته به مواد و ارائه‌ی راهکارهای ارتقاءبخش کیفیت درمان*

ضحی حاجیها^۱، هادی بهرامی احسان^۲، سید سعید پورنقاش تهرانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، کشف محاسن و معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان با اختلال مصرف مواد در شهر تهران و ارائه‌ی راهکارهای کارآمد جهت ارتقاء کیفیت درمان آنان بوده است. **روش:** روش پژوهش حاضر، روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای بوده است. جامعه‌ی پژوهش، زنان با اختلال مصرف موادی بوده است که سابقه‌ی تجربه‌ی حداقل یک اقدام ارادی و یا غیرارادی جهت ترک اعتیاد خود داشته‌اند. نمونه‌ی پژوهش حاضر، ۴۰ نفر از زنان با اختلال مصرف مواد بود که جهت ترک اعتیاد خود، به مرکز اقامتی ترک اعتیاد بانوان بهبودگستران همگام مراجعه کرده بودند و در سال‌های ۹۷ و ۹۸، با روش نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند و مورد مصاحبه‌ی عمیق قرار گرفتند. **یافته‌ها:** شش روش درمانی ترک در کمپ اقامتی ترک اعتیاد با مجوز، ترک در کمپ اقامتی ترک اعتیاد بدون مجوز، ترک در منزل، ترک در بیمارستان، ترک در زندان و ترک در کلینیک‌های ترک اعتیاد با قرص و دارو، به‌عنوان مهم‌ترین روش‌های ترک اعتیاد زنان در شهر تهران کشف شد. با تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها، ۳ تم محاسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان، معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان و پیامدهای مثبت و منفی روش‌های مختلف ترک اعتیاد برای زنان ظهور کرد. همچنین راهکارهایی جهت ارتقاء کیفیت روش‌های درمانی مختلف ارائه شد. **نتیجه‌گیری:** هر یک از روش‌های ترک اعتیاد برای زنان، محاسن و معایب اختصاصی و مشترکی دارد و زنان وابسته به مواد، خانواده‌های آنان و کادر درمانی لازم است نسبت به آن آگاه باشند و متناسب با شرایط فرد، بهترین انتخاب را برای وی فراهم نمایند.

کلیدواژه‌ها: ارزیابی، محاسن و معایب، زنان با اختلال مصرف مواد، روش‌های ترک اعتیاد، راهکارهای ارتقاء کیفیت درمان

*. این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری نویسنده‌ی اول در دانشگاه تهران است و توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

۱. دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. پست الکترونیکی: bhahrami@ut.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

طبق گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ایران، زنان ۷ درصد جمعیت سوء مصرف کننده‌ی مستمر مواد در ایران را تشکیل می‌دهند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۷). هرچند تعداد زنان با اختلال مصرف مواد در ایران در مقایسه با مردان با اختلال مشابه کمتر است، به دلیل اثرات منفی گسترده‌ی سوء مصرف مواد توسط زنان (اسکیان، کراس، بابا، کدیر و شرقی^۱، ۲۰۱۶؛ کسنتینو، کارنیرو ویانا، دوناسیمنتو سوزا و دی‌بریزولا پردونسینی^۲، ۲۰۱۷)، نیازهای درمانی ویژه (گالانترو، کلبر و بریدی^۳، ۲۰۱۵) و پیچیدگی‌ها و شرایط منحصر به فردی که درمان آن‌ها باید داشته باشد (چو، کوپرسادللو، دیاموند، موروتی و بیلر-استین^۴، ۲۰۲۰)، توجه به وضعیت درمانی این گروه خاص حائز اهمیت است.

زنان با اختلال مصرف مواد با چالش‌های متعددی مانند فقدان حمایت اجتماعی (پیندو، زموره، بلتران-گیرون، گیلبرت و کاسترو^۵، ۲۰۱۹)، ترس از عدم مراقبت و از دست دادن کودکان (بروگلی، لینک و نیومن^۶، ۲۰۱۸)، هزینه‌های بالا و امکانات دور از دسترس (آپشور، ژنکینز، وینرب، گلبرگ و اروک^۷، ۲۰۱۸) و کمبود کادر آموزش دیده و متخصص (کلامن، لوروویک و جونز^۸، ۲۰۱۹؛ شوگرمن، میر، ریلی و گرینفیلد^۹، ۲۰۲۰)، جهت ورود به فرآیندهای درمانی مواجه هستند و اغلب مراجعه‌ی کمتری در مقایسه با مردان دارند (گالانترو و همکاران، ۲۰۱۵). از این رو توجه به کیفیت، مزایا و معایب روش‌های درمانی که زنان با اختلال مصرف مواد با وجود فرصت‌های محدودی که در درمان‌شان دارند (هیل^{۱۰}، ۲۰۰۰)، تجربه می‌کنند، بسیار مهم است. پژوهش‌های مختلفی در زمینه‌ی انواع روش‌های درمان اعتیاد زنان صورت گرفته است. بررسی پیشینه‌ی پژوهش‌های خارج از ایران توسط نویسندگان نشان داده است که در اکثر پژوهش‌های

1. Askian, Krauss, Baba, Kadir & Sharghi
2. Cosentino, Carneiro Vianna, Do Nascimento Souza & De Brizola Perdonssini
3. Galanter, Kleber & Brady
4. Chou, Cooper-Sadlo, Diamond, Muruthi & Beeler-Stinn

5. Pinedo, Zemore, Beltrán-Girón, Gilbert & Castro
6. Brogly, Link & Newman
7. Upshur, Jenkins, Weinreb, Gelberg & Orvek
8. Klamann, Lorvick & Jones,
9. Sugarman, Meyer, Reilly & Greenfield
10. Hill

مرتبط با مراکز درمانی اقامتی زنان، کیفیت این روش‌های درمانی ارزیابی نشده‌اند و صرفاً نمونه‌ی این پژوهش‌ها از این مراکز انتخاب شده‌اند. در این پژوهش‌ها، اغلب به موضوعات مختلفی در زمینه‌ی اختلالات روان‌پزشکی، مانند رابطه‌ی بین اختلال شخصیت مرزی با وابستگی به مواد و رفتارهای جنسی پرخطر (تول، گراتز و ویزا، ۲۰۱۱)، رابطه‌ی اختلال استرس پس از سانحه با مشکلات مرتبط با سلامتی و افسردگی (مش‌برگ-کوهن، پرسو، تاکر، هفنز و سیویکس^۲، ۲۰۱۶) و شدت اعتیاد به مواد (آروالو، پرادو و آمارو^۳، ۲۰۰۸)، پرداخته شده و عواملی مانند مشخصات مشارکت‌کنندگان (گلسی، ناکانو، واگنر، دی اولیویرا سیلوا و فیچر^۴، ۲۰۱۶)، ویژگی‌های پیش‌بینی‌کننده‌ی شرکت‌افراد در این نوع درمان‌ها (سیکول^۵، ۲۰۱۳) و موانع نگهداری کودکان (چو و همکاران، ۲۰۲۰؛ روبینسون، کلی، دین و توسند^۶، ۲۰۱۹) مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

در اغلب پژوهش‌های مرتبط با درمان‌های نگهدارنده و سرپایی مخصوص زنان با اختلال مصرف مواد نیز، به مسائلی مانند نیازهای خاص این گروه در دوران بارداری (درینگتون^۷ و همکاران، ۲۰۱۵؛ کرانز^۸ و همکاران، ۲۰۱۸؛ روبینوویچ، موکیت، شیلبر، سالیسبری-افشار و ترپلن^۹، ۲۰۱۶؛ اسمیت^{۱۰}، ۲۰۲۰؛ بلژنگوئی-اراسو و پاستور-گوزالبز^{۱۱}، ۲۰۱۹)، خدمات بهداشت بارداری (رایت^{۱۲}، ۲۰۱۹؛ برنشتاین، برگر و گیسون^{۱۳}، ۲۰۲۰)، آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری (کلرژ-دوول^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۷)، چالش‌های مراقبت از کودکان (بروگلی و همکاران، ۲۰۱۸)، اثربخشی مداخلات پیشگیری از ایدز (کین^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰)، و بررسی اطلاعات دموگرافیک زنان مراجعه‌کننده (بروگلی

1. Tull, Gratz & Weiss
2. Meshberg-Cohen, Presseau, Thacker, Hefner & Svikis
3. Arévalo, Prado & Amaro
4. Gallassi, Nakano, Wagner, De Oliveira Silva & Fischer
5. Sekol
6. Robinson, Kelly, Deane & Townsend
7. Derrington
8. Krans
9. Robinowitz, Muqueeth, Scheibler, Salisbury-Afshar & Terplan
10. Smith
11. Belzunegui-Eraso & Pastor-Gosálbez
12. Wright
13. Bornstein, Berger & Gipson
14. Clergue-Duval
15. Qin

و همکاران، ۲۰۱۸)، پرداخته شده و به کیفیت درمان‌های ارائه شده برای زنان و محاسن و معایب‌شان اشاره‌ای نشده است.

بررسی پژوهش‌های مرتبط با روش‌های درمان اعتیاد در ایران هم نشان داده است که در اکثر موارد، افراد ساکن در مراکز درمانی مخصوص مردان، به‌عنوان نمونه‌ی پژوهش‌هایی با موضوعاتی در زمینه‌ی بررسی اثربخشی درمان‌های مختلف بر این گروه از افراد، مانند اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری (عبدی زین و مهدوی، ۱۳۹۷)، اثربخشی موسیقی‌درمانی بر اضطراب (سلیمانی و صنوبر، ۱۳۹۴)، اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی (پیری، حسینی، اسدی و شریعتی‌نیا، ۱۳۹۸) و اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سوء‌مصرف مواد و شدت علائم افسردگی (زمستانی، بابامیری و سپیانی، ۱۳۹۵) بوده و تعداد اندکی از پژوهش‌ها (عسگری کویری، گنجی، بابائی فرد و شیرپز، ۱۳۹۸؛ اسلامی، طالبی، مهدی‌پورخراسانی، ذاکری‌همانه و کاظمی، ۱۳۹۶؛ حراقی و حراقی، ۱۳۹۷؛ مغنی‌باشی منصوریه، فتحی، براتی‌ساده و اسلامیان، ۱۳۹۶)، به ارزیابی روش‌های درمان اعتیاد مردان پرداخته‌اند. در این بین، توجه به روش‌های درمانی زنان با اختلال مصرف مواد و ارزیابی آن، مغفول مانده است که لزوم انجام پژوهش جهت ارزیابی درمان‌های مختلف با هدف بهبود کیفیت آن‌ها را نشان می‌دهد (بلزونگوئی - اراسو و پاستور - گوزالیز، ۲۰۱۹). براساس بررسی نویسنده‌گان، پژوهش حاضر، جز معدود پژوهش‌هایی بوده است که به بررسی کیفیت روش‌ها و مکان‌های ترک اعتیاد زنان در ایران پرداخته است. با توجه به خدمات و امکانات متفاوتی که در مکان‌های مختلف ترک اعتیاد برای زنان فراهم می‌شود، امکان تفکیک دقیق روش درمانی از مکان درمانی وجود ندارد و این دو درهم‌تنیده هستند. به‌طور مثال، ترک اعتیاد در کمپ اقامتی با مجوز در شهر تهران، به‌صورت پرهیزمدار است و هیچ‌گونه قرص و ماده‌ای به فرد داده نمی‌شود، در حالی که ترک در کلینیک‌های ترک اعتیاد، همراه با دریافت قرص و دارو است و در هر دو مکان ترک نیز، کادر درمانی متخصص حضور دارد. با این وجود، دقیقاً مشخص نیست که زنان ایرانی زمانی که در فرآیندهای درمانی متفاوت قرار می‌گیرند، با چه آسیب‌ها و

فرصت‌هایی مواجه می‌شوند. بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر، کشف محاسن و معایب روش‌های ترک اعتیاد زنان بوده است. با استفاده از یافته‌های این پژوهش، می‌توان راهکارهایی کارآمد جهت ارتقاء کیفیت درمان زنان با اختلال مصرف مواد ارائه کرد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی پژوهش حاضر، زنان با اختلال مصرف مواد بوده است که سابقه‌ی تجربه‌ی حداقل یک اقدام ارادی و یا غیرارادی جهت ترک اعتیاد خود داشته‌اند. نمونه‌ی پژوهش حاضر، ۴۰ نفر از زنان با اختلال مصرف مواد بود که جهت ترک اعتیاد خود، به مرکز اقامتی ترک اعتیاد بانوان بهبودگستران همگام مراجعه کرده بودند و در سال‌های ۹۷ و ۹۸، با آن‌ها مصاحبه‌ی عمیق انجام شد. روش انجام پژوهش حاضر، روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای^۱ بوده است. تحقیق کیفی شیوه‌های گوناگونی از جمله نظریه‌ی زمینه‌ای، مردم‌نگاری، نگرش‌های پدیدارشناختی و وقایع زندگی دارد. انتخاب یک روش از بین روش‌های موجود به شیوه‌ها، اهداف و نگرش‌های تحلیلی پژوهشگر بستگی دارد. در انتخاب روش کیفی، دیدگاه پژوهشگر در زمینه میزان و نحوه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها تعیین‌کننده است. بعضی از محققان با تجزیه و تحلیل داده‌ها موافق نیستند و معتقدند که تعبیر و تفسیر داده‌ها یا نباید اصلاً صورت گیرد و یا با حداقل دخل و تصرف صورت گیرد. برخی دیگر از محققان نیز معتقدند که توصیف صحیحی از یافته‌ها باید ارائه شود و تعبیر و تفاسیر خود را در داخل و یا حواشی متن‌های توصیفی جای می‌دهند. برخی محققان نیز که روش نظریه‌ی زمینه‌ای را برمی‌گزینند، معتقدند که برای بیان روشن حقیقت، باید به تعبیر داده‌ها پرداخت. این محققان با تبدیل داده‌ها به مفاهیم و ارتباط مفاهیم به یکدیگر، داده‌ها را تعبیر و تفسیر می‌کنند و نه تنها به تبیین حقیقت کمک می‌کنند، بلکه چارچوبی برای عمل نیز فراهم می‌کنند (کوربین و استراوس^۲، ۲۰۱۴).

انتخاب روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای در این تحقیق نیز بر همین اساس بوده است. روش

نمونه‌گیری پژوهش، روش نمونه‌گیری نظری^۱ بوده است. بر این اساس، پژوهشگر، پس از انجام مصاحبه‌ی نخستین، اقدام به پیاده‌سازی آن کرد. سپس، متن مصاحبه‌ی اول، با روش کدگذاری باز^۲، که مخصوص روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای است، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و مراحل خرد کردن، برچسب‌زدن، مفهوم‌پردازی پدیده‌ها، کشف مقولات و نام‌گذاری مقولات، انجام شد (کورین و استراوس، ۲۰۱۴). سپس، براساس منطق نمونه‌گیری نظری، مصاحبه‌ی دوم انجام و مطابق مصاحبه‌ی اول، تجزیه و تحلیل آن صورت گرفت. پس از کشف مقولات در مصاحبه‌های بعدی و تطبیق آن‌ها با سایر مصاحبه‌ها، تم‌های پژوهش شکل گرفتند. پس از کشف و نام‌گذاری مقولات و تم‌ها، سایر مراحل کدگذاری، متشکل از کدگذاری محوری^۳ و کدگذاری انتخابی^۴ اجرا شد. این روند، برای تمامی مصاحبه‌ها تکرار شد و نهایتاً پژوهشگر پس از ۴۰ مصاحبه به اشباع رسید. سپس تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های جدید، منجر به کشف مقولات و تم‌های جدیدی نشد و نمونه‌گیری به پایان رسید.

ملاک ورود افراد به پژوهش، داشتن تجربه‌ی حداقل یک اقدام ارادی و یا غیرارادی جهت ترک اعتیاد، تمایل شخصی به حضور و مشارکت در پژوهش و موافقت افراد جهت یادداشت‌برداری اطلاعات‌شان و ثبت آن‌ها به صورت ناشناس بود. ملاک خروج افراد از پژوهش، سوء مصرف هر نوع ماده‌ی اعتیاد آور و یا عدم سم‌زدایی فیزیکی کامل از مواد مصرفی (عدم تکمیل دوره‌ی ۸ روزه سم‌زدایی) بود. در ابتدای هر مصاحبه، نحوه‌ی رازداری و حفظ اطلاعات، برای مشارکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده می‌شد و اعتماد آن‌ها نسبت به ثبت و یادداشت‌برداری یافته‌های مصاحبه، به نحوی که هویت آن‌ها افشا نشود، جلب می‌شد. همچنین به آن‌ها اعلام شد در هر زمانی می‌توانند مصاحبه را ترک نمایند و از ادامه‌ی حضور در پژوهش، امتناع ورزند.

ابزار

مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته‌ی عمیق چهره‌به‌چهره، ابزار پژوهش حاضر بوده است. در فرآیند پژوهش، از مشارکت کنندگان پژوهش خواسته شد تا اطلاعات جامعی در زمینه‌ی انواع روش‌های ترک قبلی خود ارائه دهند و تاثیراتی که هر روش ترک، بر روی آنان داشته است را بیان نمایند. سپس همان‌طور که اشاره شد، اطلاعات به‌دست آمده از طریق روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. هر مصاحبه، بین ۳۰ دقیقه تا ۱ ساعت انجام گرفت و کل فرآیند جمع‌آوری اطلاعات، پیاده‌سازی مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل یافته‌ها، به مدت یک سال و نیم، از اردیبهشت ۹۷ تا آبان ۹۸، به طول انجامید.

اعتمادپذیری^۱ یافته‌های پژوهش: با توجه به کیفی بودن روش پژوهش حاضر، از ۴ ملاک ارزشیابی پژوهش‌های کیفی گوبا و لینکلن^۲ (۱۹۸۹)، جهت بررسی میزان اعتمادپذیر بودن یافته‌های پژوهش، استفاده شد. یکی از این ملاک‌ها، قابلیت انتقال^۳ یافته‌های پژوهش بوده است. جهت ارتقاء این ملاک، مطابق دیدگاه دنزین و لینکلن^۴ (۲۰۱۱)، محدودیت‌های نمونه‌ی پژوهش و اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان تحقیق، بیان شد. در ادامه مدت زمان انجام مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها گزارش شده است. ملاک دیگر ارزشیابی یافته‌های پژوهش، قابلیت باورپذیری^۵ یافته‌های پژوهش بوده است. جهت افزایش این ملاک، از ۳ روش استفاده شده است. روش اول، بازبینی مشارکت کنندگان تحقیق^۶ بوده است. در این روش، یافته‌های پژوهش، جهت دریافت بازخورد مشارکت کنندگان تحقیق، به آن‌ها ارائه شد و یافته‌ها مورد تایید افراد قرار گرفت. روش دوم، استفاده از نظرات متخصصین حوزه‌ی اعتیاد^۷ بود. آخرین روش ارتقاء ملاک باورپذیری یافته‌های پژوهش نیز، مراجعه به نتایج مطالعات پیشین در زمینه‌ی پژوهش حاضر بود که توسط پژوهشگر انجام شد. قابلیت اطمینان^۸، ملاک دیگر اعتمادپذیری یافته‌های پژوهش بوده است که عبارت است از بیان چگونگی گردآوری

1. trustworthiness
2. Guba & Lincoln
3. transerability
4. Denzin & Lincoln

5. plausibility
6. member check
7. peer check
8. dependability

اطلاعات و توانایی شناسایی جایی که داده‌های یک مطالعه معین از آنجا آمده است (کراسول^۱، ۱۹۹۳). جهت تایید این ملاک، اطلاعاتی در راستای مسیر تحقیق و نحوه‌ی طراحی آن، فرآیند جمع‌آوری اطلاعات و مراحل انجام تحقیق، ارائه شده است. آخرین ملاک ارزیابی و اعتمادپذیری یافته‌های پژوهش، قابلیت تایید^۲ بوده است. تأییدپذیری با جزئیات روش‌شناسی‌های به کار رفته در تحقیق ارتباط دارد و به این سؤال پاسخ می‌دهد که آیا محقق به اندازه کافی جزئیاتی در اختیار ما گذاشته است که بتوانیم گردآوری و تحلیل داده‌ها را ارزیابی کنیم یا خیر (محمدپور، ۱۳۸۹). جهت افزایش و ارتقاء این ملاک، منطبق انتخاب روش پژوهش (روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای)، نمونه‌ی پژوهش (زنان مقیم کمپ اعتیاد با حداقل سابقه‌ی یک دوره‌ی ترک) و روش تجزیه و تحلیل پژوهش (کدگذاری باز، محوری و انتخابی) مشخص شده است.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان پژوهش، زنان با اختلال مصرف مواد، با میانگین سنی ۲۹/۱ سال و انحراف استاندارد ۱/۷ بودند. مشارکت‌کنندگان، ۱۳ سالگی را، پایین‌ترین سن مصرف اولیه‌ی مواد و ۳۵ سالگی را، بالاترین سن مصرف اولیه‌ی مواد گزارش کردند. ۱۳ نفر از پاسخگویان (۳۲/۵ درصد موارد)، قبل از حضور در کمپ، مشاغلی غیر رسمی مانند منشی‌گری، فروشندگی، آرایشگری، خیاطی و آشپزی را تجربه کرده بودند و ۵ نفر از پاسخگویان (۱۲/۵ درصد موارد) نیز دزدی و قاچاق و فروش مواد را به‌عنوان منبع اصلی تامین مالی بیان کرده‌اند. تنها ۲ نفر از پاسخگویان (۵ درصد موارد)، تجربه‌ی مشاغل دولتی را داشتند و سایر افراد نیز بیکار بودند. ۱۹ نفر از پاسخگویان (۴۷/۵ درصد موارد)، تحصیلات کمتر از دیپلم، ۱۶ نفر از پاسخگویان (۴۰ درصد موارد)، تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، و ۵ نفر از پاسخگویان نیز (۱۲/۵ درصد موارد)، تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند. تنها ۱۲ نفر از پاسخگویان (۳۰ درصد موارد)، در زمان انجام پژوهش، متاهل بودند و سایر افراد، مطلقه و یا مجرد بودند. اغلب زنان متاهل و مطلقه دارای حداقل یک فرزند بودند و تنها ۸ نفر (۲۷/۵ درصد) آنان، هیچ فرزندی نداشتند. مجموع تعداد فرزندان

مشارکت کنندگان پژوهش نیز ۳۰ نفر بوده است. ۹ نفر از پاسخگوبان (۲۲/۵ درصد موارد)، کارتن خواب و یا ساکن در در منازل تیمی بودند و ۴ نفر از پاسخگویان (۱۰ درصد موارد)، در بهزیستی زندگی می کردند. سایر افراد نیز، در منزل شخصی، به همراه خانواده و یا به تنهایی زندگی می کردند (جدول ۱).

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان تحقیق

اطلاعات دموگرافیک	توضیحات	توزیع فراوانی	درصد فراوانی
سن	نوجوان (۱۹-۱۱) سال	۳	۷/۵
	جوان (۲۰-۳۴) سال	۲۵	۶۲/۵
	میانسال (۳۵-۵۰) سال	۱۲	۳۰
میزان تحصیلات	مجموع	۴۰	۱۰۰
	زیر دیپلم	۱۹	۴۷/۵
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۶	۴۰
	لیسانس	۴	۱۰
	فوق لیسانس و بالاتر	۱	۲/۵
وضعیت تاهل	مجموع	۴۰	۱۰۰
	مجرد	۱۱	۲۷/۵
	متاهل	۱۲	۳۰
	مطلقه	۱۷	۴۲/۵
وضعیت اشتغال	مجموع	۴۰	۱۰۰
	مشاغل غیر رسمی	۱۸	۴۵
	مشاغل دولتی	۲	۵
	بیکار	۲۰	۵۰
مجموع	۴۰	۱۰۰	

با بررسی تمامی مصاحبه‌ها با روش کد گذاری باز، مقوله‌ها کشف و نام گذاری شد. با ارتباط دادن مقولات با یکدیگر در مرحله‌ی کد گذاری محوری و انتخابی، مقوله تجربیه‌ی زنان و دختران از روش‌های ترک اعتیاد، به عنوان مقوله‌ی کانونی کشف و جای گذاری شد. سپس تمامی مقولات با مقوله‌ی کانونی ارتباط داده شدند و نهایتاً در اجزاء مدل پارادایمی نظریه‌ی زمینه‌ای (شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط میانجی، راهبردهای

کنش و کنش متقابل، و پیامدها)، جای گذاری شدند. دو مقوله‌ی سابقه‌ی وابستگی به مواد و سابقه‌ی اقدام به ترک داوطلبانه و یا غیرداوطلبانه، در بخش شرایط علی و یا مقدم مدل، دو مقوله‌ی محاسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان و معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان در بخش شرایط زمینه‌ای مدل، ۶ مولفه‌ی داشتن / نداشتن شغل، فرزند، راهنما، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت جسمی و روانی و حمایت یا عدم حمایت خانواده، در بخش شرایط میانجی مدل، دو مقوله‌ی بهره‌مندی از محاسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد و تاثیرپذیری از معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد در بخش‌های راهبردهای کنش و کنش متقابل و دو مقوله‌ی پیامدهای مثبت روش‌های مختلف ترک در صورت بهره‌مندی زنان از محاسن آن‌ها و پیامدهای منفی روش‌های مختلف ترک در صورت تاثیرپذیری زنان از محاسن آن‌ها، در بخش پیامدها قرار گرفتند. مدل پارادایمی تجربه‌ی زنان و دختران از روش‌های ترک اعتیاد در شکل ۱ ارائه شده است. تم‌های اجزاء مختلف مدل، به همراه مقولات، ویژگی‌ها^۱ و جهت اختصار، برخی کدهای مفهومی تشکیل‌دهنده‌ی آن‌ها در زیر آورده شده است:

۱. تم شرایط علی: این تم، از دو مقوله‌ی زیر تشکیل شده است:

✓ سابقه‌ی وابستگی به مواد: این مقوله، متشکل از ویژگی زیر است:

- سابقه‌ی مصرف و وابستگی به هر نوع ماده‌ی اعتیاد آور، از جمله قرص‌ها، مخدرها و محرک‌ها. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۸ می‌گوید: من ۱۴ سال مصرف‌کننده بودم، اوایل فقط تریاک می‌کشیدم، ولی بعدش رفتم سراغ شیشه. ۲ سال آخر هر وین هم اضافه شده بود.

✓ سابقه‌ی اقدام به ترک داوطلبانه و یا غیرداوطلبانه: این مقوله، متشکل از ویژگی زیر است:

- سابقه‌ی ترک به کمک یکی از روش‌های ترک اعتیاد به صورت داوطلبانه و یا غیرداوطلبانه (حکم قضایی، اجبار خانواده و حضور در زندان). مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۱ می‌گوید: من خودم نمی‌خواستم

ترک کنم و با حکم قاضی منو آوردن کمپ، این دوره‌ام که تموم شه هر جور شده میرم بیرون.

۲. تم شرایط زمینه‌ای: ۶ روش درمانی ترک در کمپ اقامتی ترک اعتیاد با مجوز، ترک در کمپ اقامتی ترک اعتیاد بدون مجوز، ترک در منزل، ترک در بیمارستان، ترک زندان و ترک در کلینیک‌های ترک اعتیاد با قرص و دارو، به‌عنوان مهم‌ترین روش‌های ترک اعتیاد زنان در شهر تهران کشف شد که در بخش شرایط زمینه‌ای به آن‌ها اشاره می‌شود. این تم از دو مقوله‌ی زیر تشکیل شده است:

✓ محاسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان: این مقوله، متشکل از ۸ ویژگی است:

• محاسن مشترک ترک در کمپ اقامتی با مجوز، زندان، کلینیک و بیمارستان: عدم دسترسی به مواد و حضور کادر درمانی متخصص. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲ می‌گوید: توی کمپ مجوزدار که بودم، دستم به قرص و مواد نمی‌رسید، کامل پاک بودم و مددکارهای اون‌جا هوامو داشتند. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۷ نیز می‌گوید: زندان که بودم، روان‌شناس داشتیم که کمکمون می‌کرد و می‌تونستیم باهاش صحبت کنیم.

• محاسن مشترک ترک در کمپ اقامتی با مجوز و زندان: فرصت تجربه‌ی قطع مصرف مواد، تامین مناسب نیازهای اولیه و سطح مناسب بهداشت، امکان برقراری ارتباط با خانواده، برخورداری از جلسات مشاوره و کلاس‌های آموزشی، امکان مهارت‌آموزی، عدم امکان فرار از فرآیند درمان، داشتن تعامل با افراد با تجارب پاک‌ی بالا و استفاده از تجارب بهبودی آن‌ها و نهایتاً تجربه‌ی بهبودی. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴ می‌گوید: توی زندان همه‌چیز فراهم بود، جای خواب، غذا و چای گرم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۱ نیز می‌گوید: درسته به اجبار آوردن کمپ، ولی اون‌جا برخورد خوبی با ما داشتن، با بچه‌های با پاک‌ی بالا که صحبت می‌کردیم، تجربه‌مون بیشتر می‌شد.

• مزیت مشترک ترک در کمپ‌های اقامتی با مجوز و بدون مجوز و زندان: عدم مواجهه با یادآورهای مصرف قبلی. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۹ می‌گوید: بیرون کمپ آگه مواد نمی‌زدم خیلی وسوسه می‌شدم ولی این‌جا چون از محیط مصرفم دورم، وسوسه‌هام کمتره.

• حسن مشترک ترک در منزل، کلینیک و بیمارستان: آشنا نشدن با مصرف‌کنندگان جدید، مواد فروشان و قاچاقچیان جدید، پاتوق‌های مصرف جدید و ماده‌های جدید. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۱ می‌گوید: تو خونه که ترک می‌کردم، خودم بودم و خودم، مثل الان که توی کمپم، با دخترای سوءمصرف‌کننده‌ی دیگه ارتباط نداشتم.

• محاسن مشترک ترک در منزل و کلینیک: شخصی بودن انگیزه‌ی فرد برای ترک و عدم اجبار (در اغلب موارد)، امکان ترک در کنار خانواده و فرزندان و نداشتن دغدغه‌ی دوری آن‌ها، امکان حفظ شغل، عدم اطلاع اطرافیان و نترسیدن از برجسب‌زنی آن‌ها. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۳ می‌گوید: هر سری تو خونه ترک می‌کردم، خواست خودم بود و کسی مجبورم نکرده بود. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱ نیز می‌گوید: دفعه‌ی قبلی، با متادون ترک کردم، تو خونه پیش دختر ۴ ساله‌ام بودم و کسی هم نمی‌فهمید دارم ترک می‌کنم.

• محاسن اختصاصی ترک در کمپ اقامتی با مجوز: امکان حضور در فرآیند درمان همراه با کودکان (در برخی موارد). مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۷ می‌گوید: من قبلاً به خاطر دوری از پسر ۲ ساله‌ام، نمی‌تونستم ترک کنم و جایی نبود که بتونم با خودم ببرمش، ولی این‌جا (کمپ مجوزدار) با پسرم با هم هستیم و می‌تونم ترک کنم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴ نیز می‌گوید: این‌جا پاکی با درد و رنج هست، چون برآش زحمت می‌کشیم و سخت به دست میاد، قدرشو بیشتر می‌دونیم.

• محاسن اختصاصی ترک در منزل: امکان بهره‌مندی از حمایت خانواده جهت کاهش و مدیریت علائم روانی و جسمی ترک، یادآوری انگیزه‌های پاکی فرد به وی، تشویق فرد به ادامه‌ی پاکی و اقدام جهت مواجهه‌ی کارآمد فرد با وسوسه.

مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۹ می‌گوید: تو خونه که ترک می‌کردم، مامانم کمکم می‌کرد و موقع بدن دردم، ماساژم می‌داد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴ نیز می‌گوید: همسرم قبلا ترک کرده بود، من که وسوسه می‌شدم، منو با ماشین می‌برد بیرون می‌گردوند تا وسوسه‌ام کم بشه.

• محاسن اختصاصی ترک در بیمارستان: امکان سم‌زایی فیزیکی سریع^۱ و کنترل مناسب علائم ترک. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۵ می‌گوید: یک‌بار توی بیمارستان ترک کردم، ۲ روز کامل پاک شدم و با قرص‌هایی که بهم می‌دادن، هیچ مشکلی نداشتم.

✓ معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان: این مقوله، مشکل از ۸ ویژگی است:

• معایب مشترک ترک در کمپ‌های اقامتی با مجوز و بدون مجوز و زندان: ترک اجباری و نداشتن انگیزه‌ی شخصی در اغلب موارد، اقامت اجباری طولانی‌مدت، هم‌نشینی با افراد سوء‌مصرف‌کننده، آشنایی با مصرف‌کنندگان جدید، مواد فروشان و قاچاقچیان جدید، پاتوق‌های مصرف‌کنندگان جدید، شکسته شدن تابوی روش‌های مصرف پرخطر (مثل تزریق) و مواد پرخطری که فرد از مصرف آن‌ها ترس داشته (مثل هروئین، کمیکال)، تجربه‌ی احساسات خشم و نفرت از خانواده (در صورت اجبار و فریب فرد جهت شرکت در درمان و عدم حضور در جلسات ملاقات) و مواجهه‌ی ناگهانی با چالش‌های زندگی گروهی. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۰ می‌گوید: تو اقامت خواب بودم که منو گذاشتن تو آمبولانس و بردن، خودم اصلا نمی‌خواستم ترک کنم، واسه همین تا آخرین روز از خانواده‌ام عصبانی بودم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۲ نیز می‌گوید: هر سری اوادم کمپ، حتی کمپ مجوزدار، با مواد جدید و آدم‌های جدید آشنا شدم، کلا مصرف هر ماده‌ای برام عادی شد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۴ هم می‌گوید: یک سال زندان بودم ولی خانواده‌ام یک‌بار هم به ملاقاتم نیومد، روزی نبود که برای انتقام از شون هم که شده به مواد فکر نکنم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۵ نیز

می‌گوید: وقتی دستگیر شدم، خیلی مصرف کرده بودم، اصلاً آمادگی ترک نداشتم و دوست نداشتم پاک باشم.

• **عیب مشترک کمپ‌های اقامتی با مجوز و بدون مجوز: سیگاری شدن.** مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۳ می‌گوید: من قبل این که پیام کمپ، فقط شیشه می‌کشیدم و اصلاً لب به سیگار نزده بودم، ولی این‌جا برای این که شبیه دیگران بشم و شیشه یادم بره سیگاری شدم، خانواده‌ام ناراضی‌ان من سیگاری شدم و می‌گن باید بذارمش کنار.

• **معایب مشترک ترک در منزل، بیمارستان و کلینیک: ترک یک ماده با جایگزینی قرص و مواد دیگر و نهایتاً ایجاد وابستگی‌های جدید، مواجهه با یادآورهای مصرف مواد و تجربه‌ی وسوسه‌های شدید، نداشتن تعامل نزدیک با افراد با تجارب موفق پاک‌ی، برگزار نشدن و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی مناسب.** مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳ می‌گوید: من برای ترک از کلینیک متادون می‌گرفتم، ولی بعد از خوردن متادون، نه‌تنها مصرف کم نشد، بلکه متادون هم بهش اضافه شد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۰ نیز می‌گوید: من هم توی خونه و هم توی بیمارستان ترک کردم، ولی هیچ‌کدوم منجر به پاک‌ی طولانی نشد چون من هیچ کلاس و مشاوره‌ای شرکت نکرده بودم.

• **عیب اختصاصی ترک در کمپ‌های اقامتی با مجوز: هزینه‌های بالای پذیرش.** مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۵ می‌گوید: این‌جا (کمپ مجوزدار) باید پول بدیم و هزینه‌اش زیاده.

• **معایب اختصاصی ترک در کمپ‌های اقامتی بدون مجوز: امکان تهیه‌ی مواد، تجربه‌ی خشونت‌های جسمی و روانی (مانند کتک خوردن، تبعیض، تحقیر و توهین)، سطح پایین بهداشت، نامناسب بودن تغذیه و محل خواب، عدم حضور کادر متخصص، امکان فرار از کمپ و تجربه‌ی آسیب‌های پس از آن (زخمی شدن، دزدیده شدن، و ناپدید شدن)، فقدان امکان ارتباط مناسب با خانواده، بی‌اعتمادی نسبت به هر نوع فرآیند ترک مواد، ترس شدید از حضور مجدد در مراکز اقامتی**

(حتی کمپ‌های اقامتی مجوزدار) و شکل‌گیری احساس تنفر و افکار انتقام‌آمیز نسبت به خانواده و مسئولین درمان. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۴ می‌گوید: مدتی که اون‌جا (کمپ بدون مجوز) بودم، منو می‌زدن، مسخره می‌کردن و شرایط خیلی سختی داشتم، واسه همین از بابام که به‌زور منو برده بود اون‌جا منتفر شده بودم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۸ نیز در این زمینه می‌گوید: توی کمپ بدون مجوز، همه چیز بد بود، از برخوردهای بدی داشتن و من تحمل اون‌جا رو نداشتم و یک شب فرار کردم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۴ هم می‌گوید: من قبل این که برم کمپ بدون مجوز، فقط شیشه‌ای بودم، ولی اون‌جا چون به همه متادون می‌دادن، از اون به بعد متادون هم می‌خوردم.

• معایب اختصاصی ترک در زندان: آشنایی با خلاف کارهای حرفه‌ای و گرایش به فروش و قاچاق مواد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۱ می‌گوید: من کلاً ۳ ماه زندان بودم ولی با چندتا قاچاقچی آشنا شدم و بعد از آزادی‌ام براشون جنس می‌فروختم.

• معایب اختصاصی ترک در منزل: امکان حضور اعضاء معتاد در خانواده، پیشنهاد خانواده به مصرف مجدد هنگام مواجهه با علائم ناخوشایند ترک در فرد، مواجهه‌ی نادرست خانواده با وسوسه‌های فرد و مقصر دانستن فرد در این زمینه. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۲ می‌گوید: من هر سری تو خونه ترک کردم، کمتر از ۳ روز لغزش کردم، چون دو تا برادر ام معتاد بودن و منم مصرف می‌کردم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۶ نیز می‌گوید: تو خونه برای اینکه راحت‌تر ترک کنم، قرص می‌خوردم که بعداً اونم به مصرفم اضافه شد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۶ هم می‌گوید: تو خونه که ترک می‌کردم، خیلی وسوسه می‌شدم، وقتی وسوسه‌هامو به مامانم می‌گفتم جوری باهام برخورد می‌کرد که باعث لغزشم می‌شد.

• معایب اختصاصی ترک در بیمارستان: بیش‌برآورد کردن درد جهت دریافت بیشتر قرص و مسکن، عدم تحمل درد و سختی در مسیر ترک اعتیاد، کم برآوردن کردن ارزش پاک‌ی، آشنایی و دوستی با کادر بیمارستان و تهیه‌ی قرص‌های اعتیادآور توسط آن‌ها. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۸ می‌گوید: با دکتر بیمارستان

دوست شدم و بعدا اون قرص هامو برام جور می کرد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۸ نیز می گوید: من همش توی بیمارستان جوری وانمود می کردم که انگار خیلی درد دارم تا مسکن بیشتری بهم بزنند.

• معایب اختصاصی ترک در کلینیک: امکان دریافت مقادیر بیشتر دارو و عدم مصرف صحیح داروهای تجویزی. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴۰ می گوید: من همش سر و کله می زدم که متادون بیشتری بگیرم، چون بهش وابسته شده بودم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۱ نیز می گوید: من از کلینیک متادون می گرفتم و وانمود می کردم که می خورم، ولی نمی خوردم و بعد از چند روز، یک‌جا همه رو با هم مصرف می کردم.

۳. تم راهبردهای کنش و کنش متقابل: این تم، از دو مقوله‌ی زیر تشکیل شده است:
✓ بهره‌مندی از محاسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد: این مقوله، متشکل از ۲ ویژگی است:

- توجه به ویژگی‌های مثبت. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۶ می گوید: توی کمپ، جای خواب و غذای گرم و چای داشتیم. اون‌جا سختی هم می کشیدیم ولی یه سقفی بالاسرمون بود.
- اجتناب از حضور در موقعیت‌های آسیب‌زا. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۲ می گوید: تو خونه که ترک کردم، پدرم جلوم مصرف می کرد، ولی من واسه این که لغزش نکنم چندین روز توی بالکن بودم و می خوابیدم.

✓ تاثیرپذیری از معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد: این مقوله، متشکل از ۸ ویژگی است:

- توجه به ویژگی‌های منفی. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۹ می گوید: منو به اجبار آوردن کمپ، الان ۶ ماهه این‌جا هستم، یک سال دیگه هم که منو نگه دارن باز برم مصرف می کنم.

- گرایش به حضور در موقعیت‌های آسیب‌زا. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۲ می‌گوید: من قبل پذیرش‌م در مرکز سیگاری نبودم، ولی وقتی می‌بینم بچه‌ها تو حیاط سیگار می‌کشن، منم پیششون می‌شینم و می‌کشم.

۴. تم پیامدهای راهبردهای کنش و کنش متقابل: این تم از دو مقوله‌ی زیر تشکیل شده است.

✓ پیامدهای مثبت روش‌های مختلف ترک در صورت بهره‌مندی زنان از محاسن آن‌ها: این مقوله، متشکل از ۷ ویژگی است:

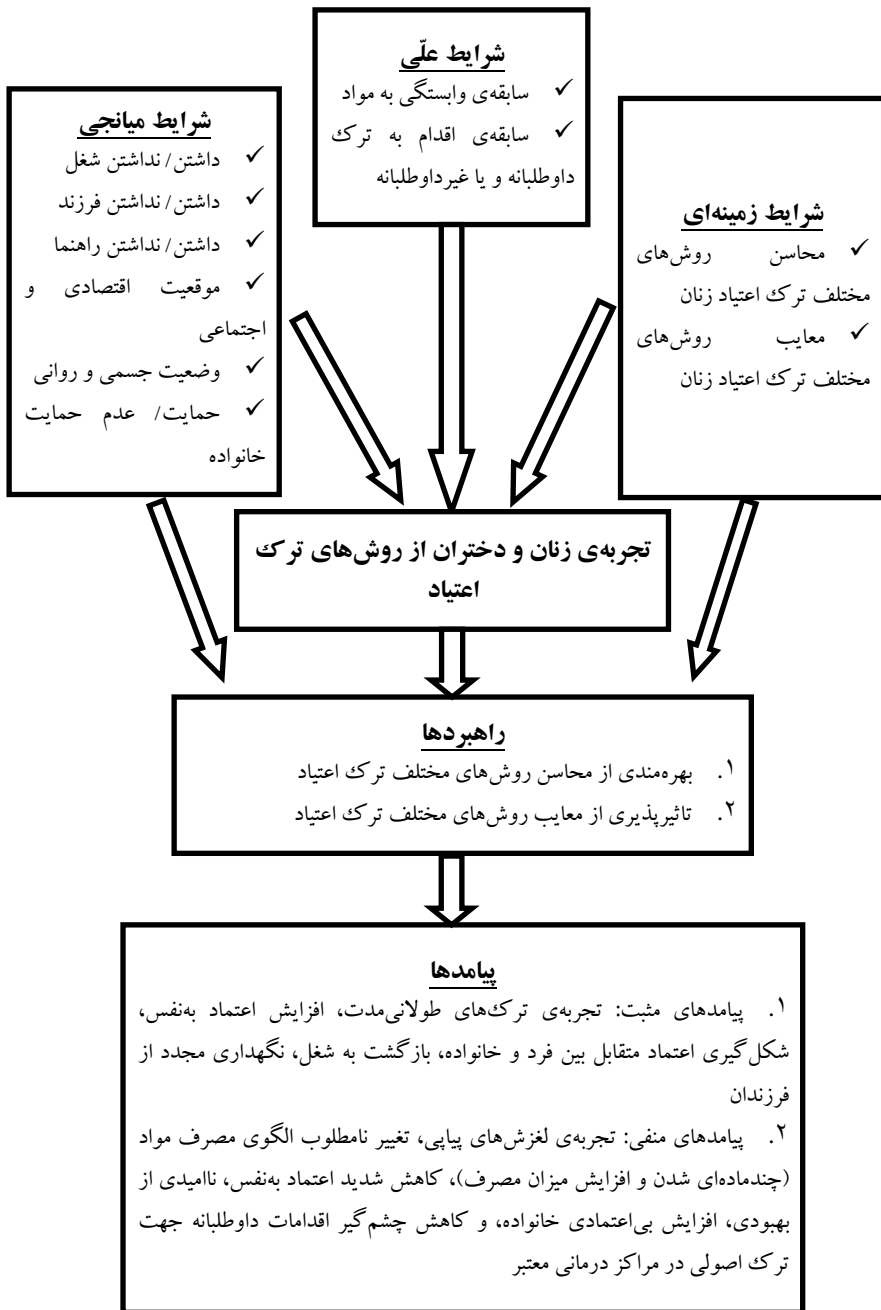
- تجربه‌ی ترک‌های طولانی‌مدت، افزایش اعتماد به‌نفس، شکل‌گیری اعتماد متقابل بین فرد و خانواده، بازگشت به شغل، نگهداری مجدد از فرزندان. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲ می‌گوید: زندان برای من فرصتی بود که بتونم مواد رو بذارم کنار، هرچند اوایل خودم نمی‌خواستم، ولی بعد آزادی‌ام هم پاک موندم و تونستم دوباره بچه‌مو خودم نگه دارم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۶ نیز می‌گوید: بعد از ترک قبلی‌ام توی کمپ، یک سال و نیم پاکی داشتم، تونستم دوباره برم سرکار و پول جمع کنم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۵ هم می‌گوید: من توی خونه ترک کردم و حدود ۲ سال پاکی داشتم، خانواده‌ام دوباره با من ارتباط گرفتن و حتی منو به مهمونیاشون دعوت می‌کردن.

✓ پیامدهای منفی روش‌های مختلف ترک در صورت بهره‌مندی زنان از معایب آن‌ها: این مقوله، متشکل از ۴ ویژگی است:

- تجربه‌ی ترک‌های متعدد کوتاه‌مدت با لغزش‌های پیاپی، تغییر نامطلوب الگوی مصرف مواد (چندماده‌ای شدن و افزایش میزان مصرف)، کاهش شدید اعتماد به‌نفس، ناامیدی از بهبودی، افزایش بی‌اعتمادی خانواده و کاهش چشم‌گیر اقدامات داوطلبانه جهت ترک اصولی در مراکز درمانی معتبر. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۸ می‌گوید: من توی این ۳ سال اخیر، کلاً ۳ ماه هم پاکی نداشتم، همش در رفت‌وآمد کمپ بودم. دیگه امیدی برام نمونده و خیلی خودمو باختم.

مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴ نیز می‌گوید: من هر سری که توی خونه ترک کردم، مصرفم یا بیشتر شد، یا به ماده‌ی دیگه یا قرص دیگه‌ای هم بهش اضافه شد. خانواده‌ام دیگه قبولم ندارن. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۴ هم می‌گوید: انقدر توی کمپ‌های بدون مجوز، اذیت شده بودم که دیگه خودم حاضر نبودم توی هیچ مرکزی پذیرش بشم، الانم منو به زور و با آمبولانس آوردن این‌جا.

۵. شرایط میانجی: شرایط مداخله‌گر (میانجی)، شرایطی هستند که در راستای تسهیل یا محدودیت راهبردهای کنش/کنش متقابل در زمینه‌ی خاصی عمل می‌کنند و شرایط کلی‌تر و وسیع‌تری هستند که بر چگونگی کنش/کنش متقابل اثر می‌گذارند (کوربین و استراس، ۲۰۱۴). از آنجایی که این شرایط در افراد مختلف، به‌طور متفاوتی تاثیر خود را اعمال می‌کنند و برای اعمال اثر خود، با سایر شرایط نیز در ارتباط هستند، استخراج آن‌ها در قالب مقوله صورت نگرفته است. پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، ۶ مولفه‌ی داشتن/نداشتن شغل، فرزند، راهنما، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت جسمی و روانی و حمایت یا عدم حمایت خانواده به‌عنوان شرایط مداخله‌گر (میانجی) کشف شده است. خلاصه‌ی یافته‌های پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱: مدل پارادایمی تجربه‌ی زنان و دختران از مصرف مواد

راهکارهای پیشنهادی جهت ارتقاء کیفیت درمان

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، راهکارهایی جهت ارتقاء کیفیت روش‌های درمانی مختلف پیشنهاد می‌شود:

- راهکارهای اختصاصی برای مراکز اقامتی:
- ✓ نفکیک محل و نوع ارائه‌ی خدمات براساس سن و سوابق مصرف افراد: اختصاص سالن‌های مجزا و جلسات آموزشی اختصاصی به سوءمصرف کنندگان نوجوان و بزرگسال مواد مخدر، مواد محرک، قرص‌های اعتیاد آور و افرادی که از طریق طرح‌ها و اقدامات فوریت‌های اجتماعی شهرداری و نیروی انتظامی به مراکز مراجعه می‌کنند.
- ✓ اختصاص دو حیاط مجزا برای افراد سیگاری و غیرسیگاری جهت پیشگیری از سیگاری شدن سوءمصرف کنندگان بدون سابقه‌ی مصرف سیگار.
- ✓ اختصاص مرخصی‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت تحت نظارت خانواده و پیگیری مسئولین مرکز: در نظر گرفتن مرخصی‌های درمانی برای افراد با تبعیت درمانی بالا و متناسب با شرایط و روند بهبودی افراد، با هدف تنظیم احساسات و هیجانانی مانند دل‌تنگی و همچنین تمایلات جنسی (به‌طور مثال اختصاص مرخصی‌های ساعتی برای افراد با سابقه‌ی پاکی کمتر از ۳ ماه، مرخصی‌های ۲ تا ۳ روز برای افراد با سابقه‌ی پاکی بالاتر از ۳ ماه و موافقت با نیمه‌اقامتی شدن افراد با سابقه‌ی پاکی بالاتر از ۶ ماه).
- ✓ مخالفت مسئولین با ترخیص زودهنگام افراد قبل از اتمام دوره‌ی درمانی و توضیح فواید تکمیل درمان برای خانواده‌ها، مانند لزوم خروج فرد از فرآیند درمانی پس از شکل‌گیری تجارب خوشایند بهبودی، مسئولیت‌پذیری و احساس پاکی با هدف بازگشت مجدد فرد به مرکز در صورت لغزش مجدد.
- ✓ تشویق افراد به مراجعه‌ی هفتگی و ماهیانه به مرکز جهت شرکت در جلسات و یادآوری تلاش‌های آن‌ها در مسیر بهبودی.

- ✓ عدم موافقت مسئولین با حضور دو هم‌مصرف به‌طور همزمان در یک مرکز با هدف پیشگیری از اشتراک خطرات مصرف مواد و بروز وسوسه‌های شدید.
- راهکارهای مشترک برای مراکز اقامتی و زندان:
- ✓ نظارت مسئولین بر نوع تعاملات افراد با یکدیگر جهت پیشگیری از شکل‌گیری روابط آسیب‌زا میان افراد، مانند ترغیب یکدیگر به سوء مصرف مواد جدید، یادآوری خطرات مثبت مصرف مواد و معرفی پاتوق‌های جدید.
- ✓ تدوین برنامه‌ها و جلسات متنوع و دادن اختیار به افراد جهت انتخاب و شرکت در آن‌ها با هدف القاء احساس آزادی و ارتقاء مشارکت درمان.
- ✓ برگزاری جلسات مجزا و مشترک برای افراد و خانواده‌های آن‌ها جهت تنظیم و بازسازی احساسات و هیجانات منفی طرفین نسبت به یکدیگر.
- ✓ آگاهی‌بخشی چالش‌های زندگی گروهی و آموزشی مهارت‌های سازگاری مانند حفظ حریم شخصی خود، احترام به حریم شخصی دیگران و اجتناب از درگیری فیزیکی و کلامی.
- ✓ پیگیری بلندمدت وضعیت افراد پس از خروج از مرکز حداقل به مدت ۶ ماه.
- راهکارهای اختصاصی برای زندان‌ها
- ✓ تفکیک سالن‌های محل سکونت افراد بر مبنای خلاف آن‌ها.
- ✓ آموزش پیامدها و خطرات اختصاصی مشارکت زنان در خرید و فروش مواد.
- راهکارهای مشترک برای ترک در منزل، بیمارستان و کلینیک
- ✓ کنترل و مدیریت میزان مصرف داروهای ترک اعتیاد و برنامه‌ریزی بلندمدت جهت قطع کامل مصرف آن‌ها جهت پیشگیری از ایجاد وابستگی‌های جدید.
- ✓ پاکسازی محل زندگی و اشتغال از یادآورهای مصرف مواد جهت پیشگیری از تجربه‌ی وسوسه‌های شدید.
- ✓ حضور همزمان در جلسات مشاوره و آموزشی و برقراری تعامل نزدیک با افراد با تجارب موفق پاک‌ی.

- راهکارهای اختصاصی برای ترک در منزل
 - ✓ عدم اقدام به ترک در منزل در صورت حضور اعضاء معتاد.
 - ✓ عدم بیان وسوسه به اعضاء ناآگاه خانواده، جهت پیشگیری از مواجهه با برخوردها و راهکارهای نامناسب آنها.
- راهکارهای اختصاصی برای ترک در کلینیک
 - ✓ ممانعت جدی از دریافت مقادیر بیشتر دارو.
 - ✓ نظارت جدی بر مصرف صحیح داروهای تجویزی.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، کشف محاسن و معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان با اختلال مصرف مواد در شهر تهران، و ارائه‌ی راهکارهای کارآمد جهت ارتقاء کیفیت درمان آنان بوده است. پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها با روش نظریه‌ی زمینه‌ای، اجزای مدل پارادایمی تجربه‌ی زنان و دختران از روش‌های ترک اعتیاد، به‌دست آمد. دو مقوله‌ی سابقه‌ی وابستگی به مواد و سابقه‌ی اقدام به ترک داوطلبانه و یا غیرداوطلبانه، در بخش شرایط علی و یا مقدم مدل، دو مقوله‌ی محاسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان و معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان در بخش شرایط زمینه‌ای مدل، ۶ مولفه‌ی داشتن/ نداشتن شغل، داشتن/ نداشتن فرزند، داشتن/ نداشتن راهنما، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت جسمی و روانی و حمایت/ عدم حمایت خانواده، در بخش شرایط میانجی مدل، دو مقوله‌ی بهره‌مندی از محاسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد و تاثیرپذیری از معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد در بخش‌های راهبردهای کنش و کنش متقابل، و دو مقوله‌ی پیامدهای مثبت روش‌های مختلف ترک در صورت بهره‌مندی زنان از محاسن آنها و پیامدهای منفی روش‌های مختلف ترک در صورت تاثیرپذیری زنان از محاسن آنها، در بخش پیامدها قرار گرفتند. ۶ روش درمانی ترک در کمپ اقامتی ترک اعتیاد با مجوز، ترک در کمپ اقامتی ترک اعتیاد بدون مجوز، ترک در منزل، ترک در بیمارستان، ترک در زندان و ترک در کلینیک‌های ترک اعتیاد با قرص و دارو، مهم‌ترین روش‌های ترک اعتیاد زنان در شهر تهران بوده است.

هر یک از این روش‌ها، محاسن و معایبی داشته است که در ادامه مورد بحث واقع خواهند شد. قرار گرفتن در معرض هر نوع درمانی، باید منجر به کاهش مشکلاتی شود که به طور معمول با اعتیاد همراه بوده است و کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد را بهبود بخشد (سیکول، ۲۰۱۳). در این میان، توجه به جنسیت، یکی از موارد مهم در درمان اختلالات مصرف مواد است (هسلین، گبل و دوبالین^۱، ۲۰۱۵). از آنجایی که اکثر زنانی که مواد مصرف می‌کنند، سابقه‌ی بزه‌دیدگی و خشونت دارند (صبری، گرین و لوکاس^۲، ۲۰۱۹) و با موضوعات منحصر به فردی در رابطه با مصرف مواد روبه‌رو هستند (دوب، فولر و داوسون^۳، ۲۰۱۵)، انجام غربالگری اولیه جهت دسترسی به خدمات روان‌پزشکی و پزشکی در کنار خدمات درمان اعتیاد آنان، ضروری است (مش‌برگ-کوهن و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، زنان در مناطق متفاوت، نیازهای درمانی متفاوتی دارند (فلائیگر، لینسن، نیکلاسن و نیلسن^۴، ۲۰۲۰) و مولفه‌های درمان‌های خاص جنسیت زنان، باید با فرهنگ آنان نیز سازگار باشد (ونر^۵ و همکاران، ۲۰۱۶) تا میزان موفقیت درمان آنها، بهبود یابد (بلژونگوئی - اراسو و پاستور-گوزالبز، ۲۰۱۹)؛ در این صورت از ارائه‌ی خدمات ناسازگار با نیازهای افراد (رومان^۶، ۲۰۱۳) پیشگیری می‌شود. هرچند زنان با اختلال مصرف مواد در ایران، فراز و نشیب‌هایی را در مسیر قطع مصرف مواد، تجربه می‌کنند (برومندفر، کیان پور و افشاری، ۲۰۲۰) و دسترسی محدودی به کمپ‌های اقامتی با مجوز ترک اعتیاد مخصوص زنان دارند (حاجیهها، بهرامی احسان و رستمی، ۱۳۹۷)، مطابق یافته‌های این پژوهش در بخش شرایط زمینه‌ای مدل، راهبردهای کنش و کنش متقابل و پیامدهای راهبردها، ترک اعتیاد در این مراکز، محاسن فراوانی برای آنان داشته است. یکی از این محاسن، امکان حضور زنان در فرآیند درمان همراه با کودکان‌شان بوده که امکان مراقبت نزدیک از آنها را فراهم کرده است. مطابق پیشینه‌ی پژوهش، مادران، درصد کمی از زنان با اختلال مصرف مواد که برای درمان اقدام می‌کنند را تشکیل می‌دهند

1. Heslin, Gable & Dobalian,
2. Sabri, Greene & Lucas
3. Doab, Fowler & Dawson

4. Flyger, Nielsen, Niclasen & Nielsen
5. Venner
6. Roman

و به‌طور کلی، مشکلات شدیدتری، مانند مشکلات پزشکی، سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی را نسبت به زنان با اختلال مصرف مواد که فرزندی ندارند، تجربه می‌کنند (فرناندز-مونتالوو و لویز-گونی^۱، ۲۰۱۹). با این وجود، زمانی که فرزندان این زنان در فرآیند درمانی، تحت مراقبت آن‌ها باقی می‌مانند، بیشتر درگیر درمان می‌شوند (چو و همکاران، ۲۰۲۰) و در صورت ورود به‌موقع زنان به درمان، اتمام درمان و بهره‌مند شدن از برنامه‌هایی که سطح بالاتری از مراقبت‌های یکپارچه را فراهم می‌کنند، پیوند ارتباطی بهتری بین مادر و کودک شکل می‌گیرد (دوب و همکاران، ۲۰۱۵). پیشینه‌ی پژوهش نشان داده است که تلفیق برنامه‌های متمرکز بر جنسیت و مادری در برنامه‌های درمان اختلال مصرف مواد برای زنان، منجر به نتایج مثبت برای آن‌ها شده است (استاور، کارلسون و پاتل^۲، ۲۰۱۷) که لزوم ایجاد مراکز ویژه‌ی توانبخشی زنان جهت کمک به آنها در تأمین نیازهای خاص‌شان را نشان می‌دهد (برومندفر و همکاران، ۲۰۲۰).

حسن دیگر ترک در این مراکز، داشتن تعامل با افراد با تجارب پاکی بالا و استفاده از تجارب بهبودی آن‌ها بوده که مطابق با پیشینه‌ی پژوهش، منجر به جامعه‌پذیری هم‌تایان^۳ (زموره و کاز کوتاز^۴، ۲۰۰۸) و سطوح بالای همدلی در میان آنان شده است (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین پیشینه‌ی پژوهش نشان داده است که افزایش زمان ماندن در درمان اقامتی با نتایج بالینی مطلوب‌تری برای افراد مقیم همراه بوده است (آرنادووا، جین و آمارو^۵، ۲۰۲۰). افرادی که این درمان را ادامه داده‌اند، در مقایسه با گروهی که درمان را ترک کرده‌اند، انطباق اجتماعی و دوستان صمیمی بیشتری داشته‌اند (لنگ و بلنکو^۶، ۲۰۰۰) و در مقایسه با گروهی که در زندان ترک کرده‌اند، مشارکت بیشتری در خلق مجدد پاکی گزارش کرده‌اند (زموره و کاز کوتاز، ۲۰۰۸). این موارد با یافته‌های این پژوهش در بخش پیامدهای مثبت بهره‌مندی زنان از محاسن روش‌های ترک نیز همخوانی داشته است. همچنین زنانی که در این نوع روش درمانی شرکت کرده‌اند، کاهش

1. Fernandez-Montalvo & López-Goñi,
2. Stover, Carlson & Patel
3. peer socialization

4. Zemore & Kaskutas
5. Arnaudova, Jin & Amaro
6. Lang & Belenko

قابل توجهی در علائم اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه و افزایش چشم گیری در عوامل مثبت خوش بینی و عزت نفس داشته اند (هما، مک‌ناب، و کتز^۱، ۲۰۱۸). حسن دیگر ترک اعتیاد زنان در مراکز اقامتی با مجوز براساس یافته‌های پژوهش حاضر، عدم دسترسی به هرگونه ماده‌ی اعتیاد آور بود که با یافته‌های پژوهش اسلامی و همکاران (۱۳۹۶) که به اهمیت ترک پرهیزمدار اشاره کرده‌اند، تطابق داشته است.

با این وجود، برخی از محاسن این روش ترک برای زنان، با پژوهش‌های قبلی در این زمینه، تطابق نداشته است. در حالی که مشارکت کنندگان این تحقیق، به تامین مناسب نیازهای اولیه، سطح مناسب بهداشت، امکان برقراری ارتباط با خانواده، برخورداری از جلسات مشاوره و کلاس‌های آموزشی اشاره کرده‌اند، در پژوهش رحیمی موقر، ملابری خواه لنگرودی، دلبرپوراحمدی و امین‌اسماعیلی (۱۳۹۰) تمامی این موارد، جزو محدودیت‌های درمان زنان مطرح شده‌اند که دو عامل می‌تواند تبیین کننده‌ی این عدم تطابق باشد. عامل اول، عدم یکی بودن مراکز است که نمونه‌ی دو پژوهش، مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند و عامل دوم، ارتقاء کیفیت و بهبود کلی خدمات در تمامی مراکز اقامتی با مجوز در گذر زمان است. برخی از محاسن این روش ترک نیز، مانند عدم امکان فرار از فرآیند درمان، عدم مواجهه با یادآورهای مصرف قبلی، پاک‌شدن طولانی مدت با سختی و تلاش و تجربه‌ی لذت بهبودی، جزو نوآوری‌های پژوهش حاضر است و مطابق بررسی نویسندگان، در مقالات مرتبط قبلی به آن‌ها اشاره‌ای نشده است.

یکی از موارد بحث‌برانگیز در درمان اعتیاد در مراکز اقامتی و زندان در پژوهش حاضر، مساله‌ی اجباری بودن درمان و عدم اقدام داوطلبانه‌ی فرد جهت ترک اعتیاد بوده است. تحقیقات به‌طور کلی از برنامه‌های درمانی اجباری برای سوءمصرف کنندگان مواد حمایت کرده است (یونگ، فلولن و بلنکو^۲، ۲۰۰۴). مطابق دیدگاه وبستر^۳ (۱۹۸۶) دو مفهوم اجبار و درمان درهم تنیده هستند و اجبار در درمان، رنج بی‌مورد معتادان را از بین می‌برد. اجبار، درجه‌ای از محدودیت موقتی ایجاد می‌کند، تا فرد بتواند در نهایت از

زندگی رضایت‌بخش‌تر و اجتماعی‌تری برخوردار شود. میلر و فلاهرتی^۱ (۲۰۰۰)، نیز معتقدند که اجبار برای درمان اعتیاد و نتایج مطلوب مداخلات درمانی آن، امری اساسی است. باید به سوء مصرف کنندگان الکل و مواد، این فرصت داده شود تا قبل از آن که انکار بیماری بر آن‌ها غلبه کند، با عواقب اعتیاد خود روبه‌رو شوند و آن‌ها را تجربه کنند. پیشینه‌ی پژوهش هم نشان داده که اجبار قانونی در درمان اعتیاد، با آمادگی بیشتر برای تغییر پس از کنترل شدت اعتیاد همراه بوده، تفاوتی بین مراجعین اجباری و غیراجباری از نظر ماندگاری و نتایج درمان وجود نداشته (گرگوری و بروک^۲، ۲۰۰۴) و حکم قضایی، فرصتی برای مجرمان دارای اختلال مصرف مواد برای دسترسی و بهره‌مندی از درمان مورد نیاز فراهم کرده است (کلی، فاینی و موس^۳، ۲۰۰۵). با این وجود، تجربه‌ی اجبار در درمان برای مشارکت کنندگان تحقیق حاضر، تجربه‌ای منفی بوده که سبب شکل‌گیری احساسات خشم و نفرت نسبت به خانواده و کادر درمانی شده است. در تحلیل این تقابل باید گفت که هرچند اجبار در درمان اعتیاد، اساساً فرصت بهبودی را در اختیار افراد با اختلال مصرف مواد می‌گذارد، عدم ارتقاء انگیزه‌ی بیماران برای مشارکت و ماندن در برنامه‌ی درمانی (موس و کینگ^۴، ۱۹۹۷) و عدم توجه به خودکنترلی آن‌ها (ابل، اسکاروو، روندال، کلازن و برانمس^۵، ۲۰۱۸)، موانع اصلی بهره‌مندی افراد از فواید درمان‌های اجباری خواهد بود. از آنجایی که مداخلات درمانی موثر و بهبودی طولانی‌مدت، نیازمند تطابق درمان با شرایط افراد است (میلر و فلاهرتی، ۲۰۰۰)، ورود به درمان‌های اجباری با آمادگی بیشتر (گرگوری و بروک، ۲۰۰۴) و توجه به رضایت آگاهانه و گنجاندن آن در درمان سوء مصرف مواد، به‌عنوان بخشی از مصاحبه‌ی انگیزشی و راهی برای جذب مراجع و مشارکت فعال وی در درمان (والکر، لوگان، کلارک و لوکفلد^۶، ۲۰۰۵) به نتایج بهتر درمان‌های اجباری کمک می‌کند.

1. Miller & Flaherty
2. Gregoire & Burke
3. Kelly, Finney & Moos
4. Moos & King

5. Abel, Skjærvø, Ravndal, Clausen & Bramness
6. Walker, Logan, Clark & Leukefeld

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ترک اعتیاد زنان در مراکز اقامتی و زندان، معایبی هم داشته که یکی از مهم‌ترین آن‌ها، مواجهه‌ی ناگهانی با چالش‌های زندگی گروهی بوده است. این یافته، با یافته‌های پژوهش سیکول (۲۰۱۳)، که به تاثیر منفی عواملی مانند فرهنگ همسالان و آسیب‌پذیری آن‌ها بر نتایج درمان‌های اقامتی پرداخته و یافته‌های پژوهش پرات، گیل، بارت و رابرتز^۱ (۲۰۱۴)، که به عدم علاقه‌ی افراد به تقسیم اجباری فضای زندگی خود با افرادی که آن‌ها را نمی‌شناسند و یا دوست‌شان ندارند، اشاره کرده، تطابق داشته است.

سیگاری شدن زنان، یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر و یکی دیگر از معایب حضور زنان در مراکز اقامتی بوده که با پیشینه‌ی پژوهش، همخوانی داشته است. مطالعات نشان داده است که بسیاری از زنان تحت درمان مراکز اقامتی، برای تسهیل معاشرت، اجتماعی شدن و کنار آمدن با استرس خود، سیگار می‌کشند و عدم وجود سازوکار مقابله‌ای جایگزین سیگار کشیدن و ترس از اینکه سیاست بدون دخانیات، سبب از دست دادن مراجعان شود، مهم‌ترین چالش‌های منع سیگار در مراکز اقامتی بوده است (فالین-بنت، پارکر، میلر، اشفورد، و هان^۲، ۲۰۱۸). با این وجود، ترک سیگار در مراکز اقامتی مخصوص زنان، امری ضروری است (گایدیش^۳ و همکاران، ۲۰۱۶) که سبب کاهش مرگ‌ومیر ناشی از دخانیات در میان زنان و فرزندان آن‌ها خواهد شد (فالین-بنت و همکاران، ۲۰۱۸).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ترک اعتیاد زنان در مراکز اقامتی بدون مجوز، با معایب فراوانی از جمله امکان مصرف مواد و تجربه‌ی خشونت‌های جسمی و روانی، مانند کتک خوردن، تبعیض، تحقیر و توهین، همراه بوده و با نتایج پژوهش برومندفر و همکاران (۲۰۲۰) که به مورد سوءاستفاده واقع شدن زنان و استفاده از مواد مخدر اشاره کرده، هماهنگی داشته است. بی‌اعتمادی نسبت به هر نوع فرآیند ترک مواد و ترس شدید از حضور مجدد در مراکز اقامتی (حتی کمپ‌های اقامتی مجوزدار)، از آسیب‌های جدی ترک در این مراکز و هم‌نشینی طولانی‌مدت با افراد مصرف‌کننده و در نتیجه‌ی آن،

1. Pratt, Gill, Barrett & Roberts
2. Fallin-Bennett, Parker, Miller,
Ashford & Hahn

3. Guydish

شکسته شدن تابوی روش‌های مصرف پرخطر (مثل تزریق) و مواد پرخطری که فرد از مصرف آن‌ها ترس داشته (مثل هروئین، کامیکال)، از آسیب‌های مشترک ترک در مراکز اقامتی بامجاز و بدون مجوز بوده که مطابق بررسی نویسندگان، در پژوهش‌های قبلی به آن‌ها اشاره‌ای نشده و نوآوری پژوهش حاضر است.

یکی دیگر از روش‌های ترک اعتیاد که زنان پژوهش به آن اشاره کرده‌اند، ترک در بیمارستان بوده که مطابق پیشینه‌ی پژوهش، کمتر مورد بررسی واقع شده است (واکمن^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). اغلب پژوهش‌های موجود هم، به بررسی عواملی مانند وضعیت روان پزشکی افراد با اختلالات مصرف همزمان مواد در بیمارستان (ونسانتی^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ دور، میلز، موری، تسون و فاروگیا^۳، ۲۰۱۲؛ مینای^۴ و همکاران، ۲۰۰۶) و اختلالات سوء مصرف مواد در نمونه‌های بیمارستانی (اشتاتنریمسون، کارلسن، سیگفوسون و مانوسون^۵، ۲۰۱۲؛ برنشتاین^۶ و همکاران، ۲۰۱۵) پرداخته‌اند و آسیب‌شناسی این روش ترک، مغفول مانده است. با این وجود، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داده است که هرچند ترک در بیمارستان، امکان سم‌زادایی فیزیکی سریع^۷ و فوق سریع^۸ و کنترل مناسب علائم ترک را برای زنان فراهم کرده، در مواردی منجر به بیش‌برآورد درد جهت دریافت بیشتر قرص و مسکن، آشنایی و دوستی با کادر بیمارستان و نهایتاً تهیه‌ی قرص‌های اعتیادآور توسط آن‌ها شده است. این موارد با یافته‌های این پژوهش در بخش پیامدهای منفی تاثیرپذیری زنان از معایب روش‌های ترک، که منجر به چندماده‌ای شدن آن‌ها می‌شود نیز تطابق داشته است.

ترک در کلینیک‌های ترک اعتیاد با قرص و دارو، یکی دیگر از روش‌های ترک اعتیاد زنان پژوهش حاضر بوده است. هرچند پژوهش‌ها حکایت از کمبود گزینه‌های درمان نگهدارنده با متادون برای اختلالات مصرف مواد دارد (بروگلی و همکاران، ۲۰۱۸)، مطابق یافته‌های پژوهش حاضر، این نوع ترک، محاسنی از جمله شخصی بودن

1. Wakeman

2. Vincenti

3. Dore, Mills, Murray, Teesson & Farrugia

4. Minnai

5. Steingrímsson, Carlsen, Sigfússon & Magnússon

6. Bernstein

7. rapid detoxification

8. ultra rapid detoxification

انگیزه‌ی فرد برای ترک، و امکان ترک در کنار خانواده و حفظ شغل را به همراه داشته که به ترتیب با پژوهش قانی و همکاران (۲۰۱۵)، که به طبیعت داوطلبانه‌ی این نوع روش ترک، اشاره کرده، پژوهش بروگلی و همکاران (۲۰۱۸)، که به ترس از دست دادن کودک، به عنوان موانع اصلی حضور زنان در درمان پرداخته و پژوهش اسلامی و همکاران (۱۳۹۶) که به دور نبودن از کار اشاره کرده، مطابقت داشته است. مطابق پژوهش حاضر، از مهم‌ترین آسیب‌های این روش ترک هم، ترک یک ماده با جایگزینی قرص و مواد دیگر و نهایتاً ایجاد وابستگی‌های جدید، بوده که با یافته‌های پژوهش لمبک^۱ (۲۰۱۹)، که به تجویز بیش از حد داروهای بالقوه اعتیاد آور توسط پزشکان و رهایی اولیه‌ی بیماران از درد و نهایتاً گرفتاری آن‌ها در اعتیاد، اشاره کرده، و پژوهش اسلامی و همکاران (۱۳۹۶)، که به اعتیاد آور بودن داروها اشاره کرده، تطابق داشته است. به نظر می‌رسد کارکنان کلینیک‌های ترک اعتیاد باید تحت آموزش قرار گیرند (خردمند، ایلایی، نژاد و مشایخی، ۲۰۲۰) و پروتکل‌های ارزیابی و درمان این مراکز، متناسب با نیازهای خاص زنان تنظیم شود (لیستر، براون، گرین‌ولد، و لدگروود^۲، ۲۰۱۹) تا بالاترین اثربخشی را برای زنان داشته باشد.

آخرین روش ترک اعتیاد که زنان پژوهش حاضر به آن اشاره کرده‌اند، ترک در منزل بوده است. مهم‌ترین آسیب این روش، ترک ماده مصرفی با جایگزینی قرص یا مواد دیگر بوده که از این جهت، به ترک در کلینیک مشابهت داشته است. آسیب مهم دیگر این روش ترک، حضور اعضاء معتاد در منزل (حاجیها و بهرامی احسان، ۱۳۹۹)، به خصوص مادر معتاد بوده است که در هنگام مواجهه با علائم ترک و یا وسوسه‌های شدید دختر، به دلیل عدم تحمل شرایط دشوار وی و دلسوزی برای فرد، پیشنهاد به مصرف قرص‌های آرام‌بخش و یا مصرف مجدد مواد می‌دهند. از این رو، توجه به حضور مادر معتاد در کنار دختران درگیر اعتیاد، ملاحظات درمانی جدی‌ای را طلب می‌کند.

1. Lembke

2. Lister, Brown, Greenwald & Ledgerwood

به‌عنوان نتیجه باید گفت که انتخاب روش ترک اعتیاد برای زنان با اختلال مصرف مواد باید متناسب با شرایط آن‌ها باشد و پیش از هر اقدامی، این افراد و خانواده‌های‌شان از محاسن و معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد آگاه باشند. این آگاهی، هم سبب سازگاری بیش‌تر زنان وابسته به مواد با فرآیند درمان می‌شود و هم می‌تواند در مواجهه‌ی کارآمدتر آن‌ها با معایب و محاسن روش‌های مختلف ترک، موثر باشد. پژوهش حاضر، محدودیت‌هایی نیز داشته است. ارزیابی روش‌های مختلف ترک اعتیاد، تنها براساس تجربیات شخصی زنان با اختلال مصرف موادی صورت گرفته است که جهت ترک اعتیاد، مراجعه داشته‌اند و با ارائه‌دهندگان خدمات مراکز مختلف و زنان سوءمصرف‌کننده‌ای که مراجعه‌ای برای ترک نداشته‌اند و یا ساکن شهرهای دیگری بوده‌اند، مصاحبه انجام نگرفته است.

منابع

اسلامی، بهروز؛ طالبی، محمدعلی؛ مهدی پور خراسانی، ملیحه؛ ذاکری هامانه، راضیه و کاظمی، اعظم (۱۳۹۶). ارزیابی تطبیقی میزان اثربخشی اقدامات کلینیک‌ها، کمپ‌ها و گروه‌های معتادین بی‌نام و ارائه مدلی کارآمد در کنترل و کاهش اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۷۰-۵۳.

پیری، محمود؛ حسینی، علی؛ اسدی، جوانشیر و شریعت‌نیا، کاظم (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی در معتادان ساکن در کمپ. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۲)، ۱۶۲-۱۳۷.

حاجیها، ضحی و بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۹). عوامل فردی آشکارساز وسوسه در زنان معتاد در شهر تهران: یک مطالعه‌ی گراند تئوری. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۸۳-۴۷.

حاجیها، ضحی؛ بهرامی احسان، هادی و رستمی، رضا (۱۳۹۷). تجربه‌زیسته زنان معتاد در شهر تهران، دستیابی به یک الگوی تبیینی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۱۱۲-۱۳۴.

حراقی، مسعود و حراقی، مریم (۱۳۹۷). بررسی کیفیت خدمات در مراکز ترک اعتیاد با استفاده از مدل سروکوال (مطالعه در استان بوشهر). *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۶)، ۲۱۴-۱۸۹.

رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهرا؛ دلبرپوراحمدی، شهناز و امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۷(۲)، ۱۱۶-۱۲۵.

زمستانی، مهدی؛ بابامیری، محمد و سپیانی، علیرضا (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم‌آیند در معتادان مرکز اجتماع درمان‌مدار. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۰(۳۹)، ۱۹۴-۱۷۹.

ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۷). کتاب سال ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران: نشر دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.

سلیمانی، اسماعیل و صنوبر، لاله (۱۳۹۴). اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب حالت-صفت معتادین در مرحله بازتوانی غیردارویی. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۹(۳۵)، ۱۶۲-۱۴۹.

عبدی زرین، سهراب و مهدوی، حسین (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب آوری معتادان مراجعه کننده به کمپ های ترک اعتیاد بهشهر. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۲(۴۹)، ۵۶-۳۹.

عسکری کویری، اسما؛ گنجی، محمد؛ بابایی فرد، اسداله و شیره‌پژ، علی اصغر (۱۳۹۸). تحلیل محتوای ساختار مراکز درمان اعتیاد در ایران. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۳(۵۳)، ۹۶-۷۷.

محمدپور، احمد (۱۳۸۹). ارزیابی کیفیت در تحقیق کیفی: اصول و راهبردهای اعتباریابی و تعمیم پذیری. فصلنامه علوم اجتماعی، ۱۷(۴۸)، ۷۳-۱۰۵.

مغنی باشی منصوریه، امیر؛ فتحی، منصور؛ براتی سده، فرید و اسلامیان، ایوب (۱۳۹۶). مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۱(۴۲)، ۱۶۰-۱۴۱.

References

- Abel, K. F., Skjærø, I., Ravndal, E., Clausen, T., & Bramness, J. G. (2018). Perceived self-control is related to mental distress in patients entering substance use disorder treatment. *Substance use and misuse*, 53(9), 1454-1462.
- Arévalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and program planning*, 31(1), 113-123.
- Arnaudova, I., Jin, H., & Amaro, H. (2020). Pretreatment social network characteristics relate to increased risk of dropout and unfavorable outcomes among women in a residential treatment setting for substance use. *Journal of substance abuse treatment*, 116, 1-24.
- Askian, P., Krauss, S. E., Baba, M., Kadir, R. A., & Sharghi, H. M. (2016). Characteristics of co-dependence among wives of persons with substance use disorder in Iran. *International journal of mental health and addiction*, 14(3), 268-283.

- Belzunegui-Eraso, Á., & Pastor-Gosálbez, I. (2019). Impact on success rates among drugdependent men and women treated in separate therapeutic groups. *Revista espanola de salud publica*, 93, 1-12.
- Bernstein, J., Derrington, T. M., Belanoff, C., Cabral, H. J., Babakhanlou-Chase, H., Diop, H., Evans, S. R., Jacobs, H., & Kotelchuck, M. (2015). Treatment outcomes for substance use disorder among women of reproductive age in Massachusetts: A population-based approach. *Drug and alcohol dependence*, 147, 151-159.
- Bornstein, M., Berger, A., & Gipson, J. D. (2020). A mixed methods study exploring methadone treatment disclosure and perceptions of reproductive health care among women ages 18–44 years, Los Angeles, CA. *Journal of substance abuse treatment*, 118, 1-20.
- Boroumandfar, Z., Kianpour, M., & Afshari, M. (2020). Ups and downs of drug rehab among women: A qualitative study. *BMC women's health*, 20(1), 1-10.
- Brogly, S. B., Link, K., & Newman, A. (2018). Barriers to treatment for substance use disorders among women with children. *Canadian journal of addiction*, 9(3), 18-22.
- Chou, J. L., Cooper-Sadlo, S., Diamond, R. M., Muruthi, B. A., & Beeler-Stinn, S. (2020). An exploration of mothers' successful completion of family-centered residential substance use treatment. *Family Process*, 59(3), 1113-1127.
- Clergue-Duval, V., Robin, S., Fortias, M., Dupuy, G., Badin-De-Montjoye, B., & Vorspan, F. (2017). Use and knowledge of contraceptive methods by patients in two substance use disorders treatment centers in Paris. *Harm reduction journal*, 14(1), 1-5.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2014). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.). California: Sage.
- Cosentino, S. F., Carneiro Vianna, L. A., Do Nascimento Souza, M. H., & De Brizola Perdonssini, L. G. (2017). Characteristics of family caregivers and drug users. *Journal of nursing ufpe/revista de enfermagem UFPE*, 11(6), 2400-2407.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research*. California: Sage.
- Derrington, T. M., Bernstein, J., Belanoff, C., Cabral, H. J., Babakhanlou-Chase, H., Diop, H., Evans, S. R., & Kotelchuck, M. (2015). Refining measurement of substance use disorders among women of child-bearing age using hospital records: the development of the explicit-mention substance abuse need for treatment in women (EMSANT-W) algorithm. *Maternal and child health journal*, 19(10), 2168-2178.
- Doab, A., Fowler, C., & Dawson, A. (2015). Factors that influence mother-child reunification for mothers with a history of substance use: A

- systematic review of the evidence to inform policy and practice in Australia [Short Survey]. *International journal of drug policy*, 26(9), 820-831.
- Dore, G., Mills, K., Murray, R., Teesson, M., & Farrugia, P. (2012). Post-traumatic stress disorder, depression and suicidality in inpatients with substance use disorders. *Drug and alcohol review*, 31(3), 294-302.
- Fallin-Bennett, A., Parker, K. A., Miller, A., Ashford, K., & Hahn, E. J. (2018). Smoking and tobacco-free policies in women's residential substance use disorder treatment facilities: A community-engaged approach. *Nicotine and tobacco research*, 20(11), 1386-1392.
- Fernandez-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2019). Profiles of mothers who seek treatment for substance use disorders in a clinical centre. *Advances in dual diagnosis*, 13(1), 24-31.
- Flyger, J., Nielsen, B., Niqlasen, B. V., & Nielsen, A. S. (2020). Does establishing local treatment institutions lead to different populations seeking treatment among Greenlandic Inuit?. *Nordic journal of psychiatry*, 74(4), 259-264.
- Galanter, M., Kleber, H. D., & Brady, K. (2015). *The American psychiatric publishing textbook of substance abuse treatment* (5th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Publishing .
- Gallassi, A. D., Nakano, E. Y., Wagner, G. A., De Oliveira Silva, M. M., & Fischer, B. (2016). Characteristics of clients using a community-based drug treatment service ('CAPS-AD') in Brazil: An exploratory study. *International journal of drug policy*, 31, 99-103.
- Ghani, M. A., Brown, S. E., Khan, F., Wickersham, J. A., Lim, S. H., Dhaliwal, S. K., & Altice, F. L. (2015). An exploratory qualitative assessment of self-reported treatment outcomes and satisfaction among patients accessing an innovative voluntary drug treatment centre in Malaysia. *International journal of drug policy*, 26(2), 175-182.
- Gregoire, T. K., & Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of substance abuse treatment*, 26(1), 35-41.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, California: Sage.
- Guydish, J., Gruber, V. A., Le, T., Tajima, B., Andrews, K. B., Leo, H., Zura, S. K., Miller, R., & Tsoh, J. Y. (2016). A pilot study of a readiness group to increase initiation of smoking cessation services among women in residential addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 63, 39-45.
- Hemma, G., McNab, A., & Katz, L. S. (2018). Efficacy of treating sexual trauma in a substance abuse residential program for women. *Journal of contemporary psychotherapy*, 48(1), 1-8.

- Heslin, K. C., Gable, A., & Dobalian, A. (2015). Special services for women in substance use disorders treatment: how does the department of veterans affairs compare with other providers? *Women's health issues*, 25(6), 666-672.
- Hill, S. Y. (2000). *Addictive Disorders*. In M. B. Goldman & M. C. Hatch (Eds.), *Women and Health* (pp. 1042-1053). San Diego, CA: Academic Press.
- Kelly, J. F., Finney, J. W., & Moos, R. (2005). Substance use disorder patients who are mandated to treatment: Characteristics, treatment process, and 1- and 5-year outcomes. *Journal of substance abuse treatment*, 28(3), 213-223.
- Kheradmand, A., Iliaiee, S., Nejad, A. G., & Mashayekhi, M. M. (2020). Violence and other factors contributing to employee-patient relationships in methadone maintenance treatment centres in Tehran, Iran. *Heroin addiction and related clinical problems*, 22(4), 23-27.
- Klaman, S. L., Lorvick, J., & Jones, H. E. (2019). Provision of and barriers to integrating reproductive and sexual health services for reproductive-age women in opioid treatment programs. *Journal of addiction medicine*, 13(6), 422-429.
- Krans, E. E., Bobby, S., England, M., Gedekoh, R. H., Chang, J. C., Maguire, B., Genday, P., & English, D. H. (2018). The pregnancy recovery center: A women-centered treatment program for pregnant and postpartum women with opioid use disorder. *Addictive Behaviors*, 86, 124-129.
- Lang, M. A., & Belenko, S. (2000). Predicting retention in a residential drug treatment alternative to prison program. *Journal of substance abuse treatment*, 19(2), 145-160.
- Lembke, A. (2019). *How Healers Became Dealers*. In *The Assessment and Treatment of Addiction*. Netherland: Elsevier.
- Lister, J. J., Brown, S., Greenwald, M. K., & Ledgerwood, D. M. (2019). Gender-specific predictors of methadone treatment outcomes among African Americans at an urban clinic. *Substance abuse*, 40(2), 185-193.
- Meshberg-Cohen, S., Presseau, C., Thacker, L. R., Hefner, K., & Svikis, D. (2016). Posttraumatic stress disorder, health problems, and depression among african American women in residential substance use treatment. *Journal of women's health*, 25(7), 729-737.
- Miller, N. S., & Flaherty, J. A. (2000). Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): A review of the clinical research. *Journal of substance abuse treatment*, 18(1), 9-16.
- Minnai, G. P., Tondo, L., Salis, P., Ghiani, C., Manfredi, A., Paluello, M. M., Baethge, C., & Baidessarini, R. J. (2006). Secular trends in first hospitalizations for major mood disorders with comorbid substance use. *International journal of neuropsychopharmacology*, 9(3), 319-326.

- Moos, R. H., & King, M. J. (1997). Participation in community residential treatment and substance abuse patients' outcomes at discharge. *Journal of substance abuse treatment*, 14(1), 71-80.
- Pinedo, M., Zemore, S., Beltrán-Girón, J., Gilbert, P., & Castro, Y. (2019). Women's barriers to specialty substance abuse treatment: A qualitative exploration of racial/ethnic differences. *Journal of immigrant and minority health*, 22(1), 1-8.
- Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M., & Roberts, M. M. (2014). *12 - Residential Services and Independent Living*. San Diego, CA: Academic Press.
- Qin, Y., Price, C., Rutledge, R., Puglisi, L., Madden, L. M., & Meyer, J. P. (2020). Women's decision-making about PrEP for HIV prevention in drug treatment contexts. *Journal of the international association of providers of AIDS care (JIAPAC)*, 19, 1-11.
- Robinowitz, N., Muqueeth, S., Scheibler, J., Salisbury-Afshar, E., & Terplan, M. (2016). Family planning in substance use disorder treatment centers: opportunities and challenges. *Substance use and misuse*, 51(11), 1477-1483.
- Robinson, L. D., Kelly, P. J., Deane, F. P., & Townsend, M. L. (2019). The residential status of children whose parents are in treatment for methamphetamine use. *Drug and alcohol review*, 38(4), 359-365.
- Roman, P. M. (2013). Disparities in health services for the treatment of substance use disorders. interventions for addiction: comprehensive. *Addictive behaviors and disorders*, 3(3), 255-266.
- Sabri, B., Greene, C., & Lucas, G. M. (2019). A systematic review of comprehensive interventions for substance abuse: Focus on victimization. *Aggression and violent behavior*, 48, 46-59.
- Sekol, I. (2013). Peer violence in adolescent residential care: A qualitative examination of contextual and peer factors. *Children and youth services review*, 35(12), 1901-1912.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.
- Smith, W. T. (2020). Women with a substance use disorder: Treatment completion, pregnancy, and compulsory treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 116, 25-36.
- Steingrímsson, S., Carlsen, H. K., Sigfússon, S., & Magnússon, A. (2012). The changing gender gap in substance use disorder: A total population-based study of psychiatric in-patients. *Addiction*, 107(11), 1957-1962.
- Stover, C. S., Carlson, M., & Patel, S. (2017). Integrating intimate partner violence and parenting intervention into residential substance use disorder treatment for fathers. *Journal of substance abuse treatment*, 81, 35-43.
- Sugarman, D. E., Meyer, L. E., Reilly, M. E., & Greenfield, S. F. (2020). Feasibility and acceptability of a web-based, gender-specific intervention

- for women with substance use disorders. *Journal of women's health*, 29(5), 636-646.
- Tull, M. T., Gratz, K. L., & Weiss, N. H. (2011). Exploring associations between borderline personality disorder, crack/cocaine dependence, gender, and risky sexual behavior among substance-dependent inpatients. *Personality Disorders: Theory, research, and treatment*, 2(3), 209-219.
- Upshur, C. C., Jenkins, D., Weinreb, L., Gelberg, L., & Orvek, E. A. (2018). Homeless women's service use, barriers, and motivation for participating in substance use treatment. *American journal of drug and alcohol abuse*, 44(2), 252-262.
- Venner, K. L., Greenfield, B. L., Hagler, K. J., Simmons, J., Lupee, D., Homer, E., Yamutewa, Y., & Smith, J. E. (2016). Pilot outcome results of culturally adapted evidence-based substance use disorder treatment with a Southwest Tribe. *Addictive behaviors reports*, 3, 21-27.
- Vincenti, A., Ventriglio, A., Baldessarini, R. J., Talamo, A., Fitzmaurice, G., & Centorrino, F. (2010). Characteristics and clinical changes during hospitalization in bipolar and psychotic disorder patients with versus without substance-use disorders. *Pharmacopsychiatry*, 43(06), 225-232.
- Wakeman, S. E., Kane, M., Powell, E., Howard, S., Shaw, C., Kehoe, L., Rosen, J., Quinlan, J., & Regan, S. (2020). A hospital-wide initiative to redesign substance use disorder care: Impact on pharmacotherapy initiation. *Substance abuse*, 1(8), 767-774.
- Walker, R., Logan, T. K., Clark, J. J., & Leukefeld, C. (2005). Informed consent to undergo treatment for substance abuse: a recommended approach. *Journal of substance abuse treatment*, 29(4), 241-251.
- Webster, C. D. (1986). Compulsory treatment of narcotic addiction. *International journal of law and psychiatry*, 8(2), 133-159.
- Wright, T. E. (2019). Integrating reproductive health services into opioid treatment facilities: a missed opportunity to prevent opioid-exposed pregnancies and improve the health of women who use drugs. *Journal of addiction medicine*, 13(6), 420-421.
- Young, D., Fluellen, R., & Belenko, S. (2004). Criminal recidivism in three models of mandatory drug treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 27(4), 313-323.
- Zemore, S. E., & Kaskutas, L. A. (2008). Services received and treatment outcomes in day-hospital and residential programs. *Journal of substance abuse treatment*, 35(3), 232-244.

رابطه سبک‌های فرزندپروری و خودکارآمدی با گرایش به مواد مخدر در دانشجویان: نقش میانجی تکانشگری*

علی قدرتی^۱، محمد محمدی پور^۲، عبدالله مفاخری^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد مخدر و با در نظر گرفتن نقش میانجی تکانشگری بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را دانشجویان دانشگاه حکیم سبزواری در سال اول ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند (۷۲۴۸ نفر). برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شد و تعداد ۳۷۶ نفر (۲۱۶ دختر و ۱۶۰ پسر) انتخاب شد. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه تکانشگری، مقیاس استعداد اعتیاد، پرسشنامه خودکارآمدی و مقیاس شیوه‌های فرزندپروری بود. برای تحلیل داده‌ها از روش معادلات ساختاری استفاده شد. **یافته‌ها:** شاخص‌های برازش مدل پژوهش در وضعیت مطلوب قرار داشتند. خودکارآمدی و سبک‌های فرزندپروری اثر مستقیم معنی‌داری بر گرایش به مصرف مواد مخدر در دانشجویان داشتند. همچنین، تکانشگری توانست بین متغیرهای سبک‌های فرزندپروری و گرایش به مواد مخدر و بین خودکارآمدی و گرایش به مواد مخدر نقش میانجی ایفا کند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاکی از برازش مناسب مدل مفهومی پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در شناسایی و تجزیه و تحلیل اختلالات بالینی از جمله وابستگی به مواد، به نقش تکانشگری، خودکارآمدی و سبک‌های فرزندپروری توجه شود.

کلیدواژه‌ها: گرایش به مواد مخدر، سبک فرزندپروری، تکانشگری، خودکارآمدی

*. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد است.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

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

الکترونیک: Mmohammadipour46@gmail.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه پیام نور، بجنورد، ایران

مقدمه

امروزه گسترش روزافزون مواد مخدر، به عنوان خطر جدی برای سلامت جامعه مطرح شده است. گرایش به مواد که به حق در میان جوانان به بلای خانمان‌سوز شهرت یافته است، یکی از مشکلات بزرگ رفتاری در جامعه بشری است که به عنوان رویداد نگران‌کننده در دنیا یاد شده است (رزینی، ۱۳۹۴). گرایش به مواد مخدر، اختلالی در زندگی است که در اثر مصرف مواد در فرد به وجود می‌آید و پیامدهای نامطلوبی از جمله مصرف در موقعیت‌های خطرناک و مسائل قانونی، اجتماعی و شغلی به دنبال دارد (وزیریان، ۱۳۸۴؛ زاهد، ۱۳۸۸). مصرف مواد یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی می‌باشد و تا به حال پدیده‌ای به این اندازه انسان را به چالش نکشیده است (زاهد، اله‌قلیلو و ابوالقاسمی، ۱۳۸۹). آمار گزارش شده در سطح جهان و ایران، گواه از افزایش شدت و پیچیدگی وضعیت مواد مخدر است. بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر از دفتر اطلاع‌رسانی سازمان ملل متحد در وین در سال ۲۰۱۹، ۳۵ میلیون انسان در سرتاسر جهان از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند. در ایران در سال ۱۳۹۷، سه‌هزار و ۶۷۲ نفر بر اثر گرایش به سمت مواد مخدر و محرک در کشور جان باختند؛ این رقم در مقایسه با سال ۱۳۹۶ که آمار تلفات سه‌هزار و ۵۶ نفر بود، ۲۰ درصد افزایش داشته است (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۹). در مجموع، اعتیاد و گرایش به سمت مواد مخدر را باید یکی از بارزترین مشکلات زیستی-روانی-اجتماعی دانست که به راحتی بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک فرد و جامعه را سست نموده و در معرض فروپاشی قرار می‌دهد (رزینی، ۱۳۹۴). اهمیت این موضوع در بین جوانان از حساسیت بالایی برخوردار است.

از جمله افراد در معرض خطر مصرف مواد، دانشجویان هستند. درصد فزاینده‌ای از مصرف‌کنندگان مواد مخدر در رده‌ی سنی مذکور بین ۲۴ تا ۲۸ درصد را تشکیل می‌دهند (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۷). گرایش به سمت

مصرف مواد مخدر در جمعیت دانشجویان به عنوان قشر فرهیخته اقدامی مذموم قلمداد می شود. سلامتی و بهداشت روانی دانشجویان یکی از نگرانی‌های برنامه‌ریزان جامعه است (صرامی، قربانی و تقوی، ۱۳۹۲). میان گرایش به سمت مصرف مواد و اختلالات روانی در زندگی از جمله (کاهش طول عمر، خودکشی، خیانت و عملکرد تحصیلی) رابطه مستقیم وجود دارد؛ لذا همواره از نقش عوامل و ویژگی‌های فردی و خانوادگی در شروع و ادامه گرایش به مواد مخدر در پژوهش‌های مختلف بحث و گفتگومی شود.

رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و گرایش به سمت مواد مخدر گویای تأثیر مهم ارتباطات در خانواده، الگوگیری رفتاری و سبک‌های فرزندپروری والدین در سوق جوانان به سوی مواد مخدر است (هواسی، ۱۳۸۰؛ اسلامی‌مهر، ۱۳۹۴؛ قانعی حقیقت، ۱۳۹۸؛ کوی، آلن، فینچمن، می و لاوا، ۲۰۱۹؛ پولارد و مک‌کینی، ۲، ۲۰۱۹؛ پنجایا^۳ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کوپنس و سلیمانز^۴، ۲۰۱۹؛ بریور، گودلی و هارور شورن^۵، ۲۰۱۷؛ فرمانی و کورش‌نیا، ۱۳۹۷؛ محمدی، ۱۳۹۵ و وجودی، عبدالپور، بخشی‌پور رودسری و عطارد، ۱۳۹۳). طبق نظر بامریند^۶ (۱۹۹۱)، سبک‌های فرزندپروری، رفتارها و روش‌های ویژه‌ای است که به طور مجزا و هم در تعامل با یکدیگر بر رشد فرزندان تأثیر می‌گذارد. محیط خانواده و نوع سبک اجرایی نقش مهمی در تعیین شخصیت و رفتار فرزندان دارد (به نقل از برومر، هسی، فردریکسن، کاریکر-جافه و بلومفیلد^۷، ۲۰۲۱). فرزندپروری اصطلاح دیگری برای تربیت فرزندان است. تربیت فرزند، فرایند اجتماعی‌شدن است که بستگی به نوع سبک دارد و نوع مشارکت‌پذیری فرزند را در زندگی اجتماعی رقم می‌زند. هر یک از انواع سبک‌های فرزندپروری (مستبد، مقتدر و سهل‌گیر)، الگوهای متفاوتی منبث از ارزش‌های مورد قبول والدین، شیوه‌ها و رفتارهای والدین و تعادلی متفاوت بین پاسخگویی و مطالبه‌گری را منعکس می‌کند (بودودو و ابراهیم^۸، ۲۰۲۰). در سبک‌های فرزندپروری که در آن والدین با فرزندان خود ارتباط سالمی برقرار نکرده‌اند، مشارکت، همفکری و

1. Cui, Allen, Fincham, May & Love
2. Pollard & McKinney
3. Benchaya
4. Kuppens & Ceulemans
5. Brewer, Godley & Hulvershorn

6. Baumrind
7. Brummer, Hesse, Frederiksen,
Karriker-Jaffe & Bloomfield
8. Bododo & Ibrahim

مشورت بین آن‌ها به حداقل ممکن رسیده، نظم نامتعادلی بین آن‌ها برقرار و نظارت والدین بر فرزندان ناچیز می‌باشد، اختلالات روان‌شناسی از جمله اختلالات روانی و افسردگی افزایش یافته و زمینه برای گرایش به سمت مواد مخدر افزایش می‌یابد. بنابراین رفتارهای منفی والدین زمینه‌ساز ورود فرزند به سمت مواد مخدر است چرا که نوجوانان فکر می‌کنند با مصرف مواد مخدر بتوانند باری از اختلالات روانی خود را تسکین بخشند (بریور و همکاران، ۲۰۱۷). از طرفی طبق تحقیقاتی که انجام شده است در صورتی که سبک فرزندپروری معقول و مثبتی در خانواده اجرا شود، از اختلالاتی همچون اختلال مصرف مواد مخدر جلوگیری به عمل می‌آید (هانی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

تکانشگری از سبک فرزندپروری تأثیر می‌پذیرد و بر گرایش به سمت مواد مخدر تأثیر می‌گذارد. به عبارتی، هر چه میزان تکانشگری در فرد افزایش یابد، گرایش او به سمت مواد مخدر نیز افزایش خواهد یافت (قمری گیوه و مجرد، ۱۳۹۵؛ دوستیان، بهمنی، اعظمی و گودینی، ۱۳۹۲؛ حسینیان سراجی لو، ۱۳۸۹؛ زارع منگابادی، خسروی، جعفری ندوشن و ثیابی، ۱۳۹۴؛ عظیمی و سلیمانی، ۱۳۹۹؛ فراهانی، امین‌اسماعیلی و باحشمت جویباری، ۱۳۹۸؛ کوستپ^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ رضوانی‌فر، ۱۳۸۹ و اعظمی، سهرابی، برجعلی و چوپان، ۱۳۹۳). تکانشگری می‌تواند قبل از شروع مصرف وجود داشته باشد که به‌عنوان یک صفت، مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند (زارع منگابادی و همکاران، ۱۳۹۴) و عملی تکانشی است که در اصل با شتابزدگی، عدم پیش‌بینی و نادیده گرفتن پیامدهای آتی عمل مشخص شود. تکانشگری یعنی استعداد ابتلا به واکنش‌های سریع و برنامه‌ریزی نشده به محرک‌های درونی یا بیرونی بدون در نظر گرفتن پیامدهای منفی این واکنش‌ها برای خود فرد یا دیگران (خمیری^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). خصوصیت تکانشگری در افراد باعث می‌شود تنش‌های دورنی آن‌ها بسیار زیاد باشد لیکن از زندگی رضایت نخواهند داشت (کوستپ و همکاران، ۲۰۱۹). تکانشگری، علاوه بر این که یکی از عوامل ابتلا به اعتیاد است، می‌تواند یکی از عوامل تداوم‌دهنده مصرف و همچنین یکی از عوامل محل در

فرایند ترک باشد. از منظر علت‌شناختی، این سازه مربوط به مصرف مواد اعتیادآور، می‌تواند از دو راهبرد یا منبع متفاوت تبیین شود. بر طبق این نظر، تکانشگری به‌عنوان یکی از تبعات مصرف مستمر مواد به‌خودی‌خود است که منجر به تغییرات عصبی-شیمیایی در مغز و در نتیجه آن، تکانشگری بالا و ناتوانی در کنترل میل به مصرف مواد می‌شود. دوم اینکه، تکانشگری می‌تواند قبل از شروع مصرف وجود داشته باشد که به‌عنوان یک صفت، مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند و بیانگر یکی از وجوه شخصیت فرد است. رفتارهای تکانشی همانند یک ماشه چکان عمل می‌کنند و منجر به شکل‌گیری ولع مصرف در مصرف‌کنندگان مواد و در نتیجه ناتوانی‌شان برای مقاومت در برابر آن می‌شوند و در آخر زمینه بازگشت به مصرف مجدد مواد را فراهم می‌کنند (زارع منگابادی و همکاران، ۱۳۹۴). از طرفی همان‌طور که گفته شد شیوه‌ی نظارت والدین نیز می‌تواند به‌عنوان یک مکانسیم بر تکانشگری فرزندان تأثیر گذار باشد (پاتوک-پکهام، کینگ، مورگان-لوپز، اولوا و فیلسون موسز^۱، ۲۰۱۱؛ محمودی، ۱۳۹۵ و جیمز-باربرو، روئیز-هرناندز، لراستبان و واشگلر^۲، ۲۰۱۶).

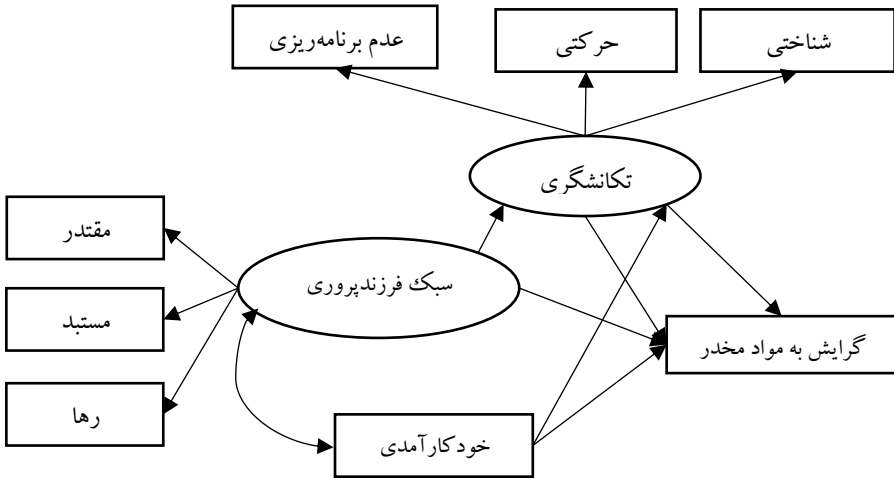
متخصصان و روانشناسان علت بسیاری از مشکلات روانی در نوجوانان مثل تکانشی بودن را کیفیت ارتباطات خانوادگی و سبک فرزندپروری والدین می‌دانند و بر تأثیر چشم‌گیر شیوه تربیتی از همان دوره کودکی در شکل‌گیری شخصیت فرزندان و زندگی آن‌ها تأکید می‌کنند (محمودی، ۱۳۹۵). شیوه‌ای که در آن والدین سختگیر با محافظت بیش‌ازحد مانع توسعه کنترل‌های مناسب در فرزندان می‌شوند، زمینه را برای ایجاد تکانشگری در فرزند فراهم می‌آورد. شواهد طولی نشان می‌دهد سطوح بالاتری از تکانشگری در بین آن دسته از فرزندان است که اجبار والدین را تجربه کرده‌اند، وجود دارد (ران^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین ممکن است تکانشگری با تقویت فرایندهای درگیر در ایده یا تفکر، احتمال رفتار گرایشی به سمت مواد مخدر را افزایش دهد (مدج^۴

1. Patock-Peckham, King, Morgan-Lopez, Ulloa & Filson Moses
2. Jiménez-Barbero, Ruiz-Hernández, Lior Esteban & Waschgler

3. Ran
4. Madge

و همکاران، ۲۰۱۱). با توجه به آنچه گفته شد، تکانشگری به عنوان یک متغیر مهم و تأثیرگذار و به‌عنوان متغیر میانجی، در مدل پژوهش قرار گرفت.

در ارتباط با سبک‌های فرزندپروری و خودکارآمدی می‌توان گفت بر اساس نظر بندورا، رفتار گرایش به سمت مواد تحت تأثیر عوامل درون فردی همچون خودکارآمدی قرار می‌گیرد (زاهد، ۱۳۸۸). اصطلاح خودکارآمدی بر نظریه شناختی اجتماعی بندورا^۱ مبتنی است و به باور شخص در مورد اینکه چگونه به‌خوبی می‌تواند در تغییر مؤثر باشد، دلالت دارد (شریعتی، ایزدی خواه، مولوی و صالحی، ۱۳۹۲). تحقیقات پیشین نشان می‌دهد بین سطوح پایین خودکارآمدی گرایش به سمت مواد مخدر رابطه وجود دارد (جلالی و احدی، ۱۳۹۴؛ کیامرثی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۰) اما در مقابل افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، پایداری بیشتری از خود نشان می‌دهند و تفکرات منفی را درباره خود و توانایی خود نمی‌پذیرند. بر این اساس احساس خودکارآمدی به آن‌ها کمک می‌کند تا در مقابل مواد و فشار دوستان مقاومت نموده و رفتارهای خود را کنترل نمایند (غدیری صورمان‌آبادی، عبدالمحمدی و یوسف‌زاده، ۱۳۹۶). تقویت متغیرهایی همچون خودکارآمدی، می‌تواند مهارت و آمادگی جوانان را در مقابله‌ی مؤثر با عوامل و موقعیت‌های خطر (مانند گرایش به سمت مواد مخدر) ارتقاء دهد (زاهد، ۱۳۸۸). بنابراین با توجه به اهمیت خودکارآمدی به دلیل اینکه یکی از مؤثرترین عوامل تعیین‌کننده عملکرد افراد به‌خصوص در نظارت و پایش برنامه‌های درمانی در افراد معتاد است (بهادری خسروشاهی و خانجانی، ۱۳۹۲)، در این پژوهش به‌عنوان متغیر اصلی، به مدل پژوهش اضافه شده است. با توجه به آنچه گفته شد اجرای مطالعات مدل‌یابی متغیرهای پژوهش به صورت یکپارچه ضرورت دارد؛ چرا که مطالعات پیشین صرفاً روابط دوسویه متغیرها را پوشش داده است. لذا مطالعه حاضر به دنبال مدلی مناسب برای پیش‌بینی گرایش به سمت مواد مخدر در بین دانشجویان می‌باشد. سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا تکانشگری نقش میانجی در رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و خودکارآمدی با گرایش به مواد مخدر ایفا می‌کند؟



شکل ۱: مدل مفهومی فرضی

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی از نوع روش های مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری تحقیق، تمامی دانشجویان زن و مرد دانشگاه حکیم سبزواری در نیمسال اول ۱۳۹۸-۱۳۹۷ که در سه مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا مشغول به تحصیل بودند، می باشد. این جامعه آماری متشکل از ۱۰ دانشکده با رشته های مختلف بود (۷۲۴۸ نفر) که دارای یک ساخت ناهمگنی است و لازم است که از روش نمونه گیری طبقه ای استفاده شود تا نسبت حجم نمونه در طبقات مختلف با نسبت حجم جامعه برابر باشد. بنابراین، جهت انتخاب نمونه از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای استفاده شد. جهت انتخاب نمونه، نسبت کلیه دانشکده ها و مقاطع مختلف تحصیلی به تفکیک جنسیت محاسبه شد و سپس ۳۷۶ پرسش نامه در بین دانشجویان بر اساس مبانی نسبت های محاسبه شده به تفکیک جنسیت توزیع گردید. آنچه در تحلیل عاملی و مدل معادلات ساختاری مهم است، تعیین حداقل حجم نمونه است (حیبی و عدنور، ۱۳۹۶). کامری (۱۹۷۳)، به نقل دلاور، (۱۳۹۱) معتقد است که نمونه با حجم ۱۰۰ نفر ضعیف، ۲۰۰ نفر قابل قبول، ۳۰۰ نفر مناسب، ۵۰۰ نفر خیلی خوب و ۱۰۰۰ نفر عالی است. در پژوهش حاضر، ۳۷۶ نفر

(۲۱۶ دختر و ۱۶۰ پسر) نمونه نهایی را تشکیل دادند. برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون در نرم‌افزار اسپاس‌اس و همچنین روش مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار آموس استفاده شد.

ابزار

۱. پرسش‌نامه تکانشگری: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۷ توسط بارت، استنفورد، کنت و فلتوس^۱ طراحی شده است و با پرسش‌نامه‌ی آیزنک همبستگی بالایی دارد. شامل ۲۵ سؤال و سه خرده‌مقیاس تکانشگری شناختی (۴ ماده)، تکانشگری حرکتی (۱۲ ماده) و بی‌برنامگی (۹ ماده) می‌باشد. سؤالات این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت تنظیم شده است که از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) است. گروه کنترل غیر بالینی نمراتی در گستره ۵۰-۶۰ کسب می‌کنند. ۱۱ سوال در این پرسش‌نامه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و این مقیاس یک نمره‌ی کل نیز دارد. در پژوهش اختیاری، رضوان‌فرد و مگری (۱۳۸۶)، ضریب آلفای کرونباخ، نشان‌دهنده‌ی پایایی مناسب این پرسش‌نامه بود (عامل اول ۰/۸۱، عامل دوم ۰/۶۷ و عامل سوم ۰/۷۰). همچنین پایایی نمرات کل، ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل اول، دوم و سوم به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۰ و ۰/۷۲ بود. آلفای کرونباخ نمرات کل نیز ۰/۷۹ به دست آمد.

۲. پرسش‌نامه استعداد اعتیاد^۲: این پرسش‌نامه توسط وید، باچر، مک‌کنا و بن-پوراث^۳ (۱۹۹۲) تدوین شد و ۳۸ گویه دارد که که با گزینه‌های «درست=نمره ۱» یا «غلط=نمره ۰» ارزیابی می‌شوند. همچنین، برخی سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌ی کلی در مقیاس، حاصل جمع کل امتیازات است (رستمی، نصرت‌آبادی و محمدی، ۱۳۸۶). بر اساس تحقیقات انجام شده، نمره برش این مقیاس برای نشان دادن آمادگی برای اعتیاد، نمرات بیشتر از ۲۱ است. در پژوهش رستمی و همکاران (۱۳۸۶)، پایایی و روایی این مقیاس به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۶۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه مطلوب است (۰/۷۵).

1. Barratt, Stanford, Kent & Felthous
2. Addiction Potential Scale (APS)

3. Weed, Butcher, McKenna & Ben-Porath

۳. پرسش‌نامه شیوه‌های فرزندپروری بامریند: این پرسش‌نامه طبق نظریه بامریند (۱۹۹۱)، سبک‌های فرزندپروری سهل‌انگار، مستبد و مقتدر را پوشش می‌دهد. با ۳۰ گویه طراحی شده است که به ترتیب به هر یک از سبک‌های فرزندپروری (سهل‌انگار، مستبد و مقتدر)، ۱۰ ماده اختصاص یافت. پاسخ به سوالات این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت، ۵ درجه‌ای می‌باشد (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) و هر یک از سبک‌های مورد بررسی که نمره‌ی بالاتری را به خود اختصاص دهد، گویای سبک مورد پذیرش آن والدین می‌باشد. نمره‌ی هر سبک نیز از جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن به دست می‌آید. بوری^۱ (۱۹۹۱) پایایی سه سبک مقتدر، مستبد و سهل‌انگار را به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۵ و ۰/۸۱ محاسبه کرده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ سبک‌های مقتدر، مستبد و سهل‌انگار به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد.

۴. پرسش‌نامه خودکارآمدی: این پرسش‌نامه، توسط شرر^۲ و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است. نسخه اصلی آزمون شامل ۳۶ سؤال بود و سپس به ۲۳ سؤال کاهش یافت. از این ۲۳ سؤال، ۱۷ سؤال خودکارآمدی عمومی را می‌سنجد. برای هر سؤال، ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. این ۵ پاسخ عبارتند از کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، بی‌نظر (۳)، موافق (۴) و کاملاً موافق (۵). برخی سوالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر بیانگر خودکارآمدی قوی‌تر و نمرات پایین‌تر بیانگر خودکارآمدی ضعیف‌تری می‌باشد. بالاترین نمره خودکارآمدی در این مقیاس ۸۵ و پایین‌ترین نمره ۱۷ می‌باشد. در پژوهش‌های پیشین، ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده‌مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ به دست آمد. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۰ به دست آمد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد، ۵۹ درصد نمونه‌ی آماری (زن)، ۷۸/۱۶ درصد نمونه (مجرد)، ۳۷/۲۲ درصد نمونه نیز بین ۲۱ تا ۳۲ سال سن داشتند. همچنین ۷۶/۹۲ درصد نیز دانشجوی

لیسانس بودند. لازم به ذکر است که تمام درصدهای گزارش شده، درصد اکثریت نمونه می‌باشد. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های پژوهش

مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
گرایش به مواد مخدر	۲۱/۳۷	۴/۰۸	۱۰	۳۲
سهل‌انگار (رها)	۲۷/۲۲	۴/۴۵	۱۵	۳۹
سبک فرزند پروری	۲۶/۷۲	۵/۹۰	۱۳	۴۲
مقتدر	۳۴/۰۹	۶/۱۸	۲۰	۴۸
عدم برنامه ریزی	۲۵/۷۹	۳/۹۰	۱۸	۳۵
تکانشگری	۲۷/۵۵	۴/۳۹	۱۷	۴۰
شناختی	۱۰/۴۱	۱/۴۹	۶	۱۵
خودکارآمدی	۵۱/۲۳	۴/۵۷	۳۷	۶۷

با توجه به نتایج جدول ۱، میانگین نمره گرایش به مواد مخدر (۲۱/۳۷) از نقطه برش این پرسش‌نامه بیشتر بود (بیشتر از نمره ۲۱). همچنین میانگین نمره خودکارآمدی (۵۱/۲۳) بیشتر از نقطه برش این مقیاس بود (بیشتر از نمره ۵۱).

یکی از مفروضه‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری، نرمال بودن توزیع چندمتغیری داده‌ها است. در نرم‌افزار آموس، ضریب کشیدگی چندمتغیری ماردیا، جهت بررسی نرمال بودن توزیع چندمتغیری داده‌ها، محاسبه شد. ضریب بدست آمده برابر ۲/۱۰ بود که نشان‌دهنده نرمال بودن چندمتغیره‌ی داده‌ها می‌باشد. طبق بررسی‌های انجام شده، داده‌های گمشده یا از دست در رفته، وجود نداشت. با استفاده از نمودار جعبه‌ای، داده‌های پرت در تک تک متغیرها شناسایی و از داده‌ها حذف شدند. فاصله ماهالانویس^۱ نیز جهت شناسایی داده‌های پرت چندمتغیره مورد استفاده قرار گرفت. طبق نتایج به دست آمده، ۸۹ نفر از داده‌ها حذف شدند. طبق ملاک خی دو (درجه آزادی: ۱۲ و مقدار خی دو: ۲۶/۲۱۷)، مقادیر پرت چندمتغیره در داده‌ها وجود نداشت، چرا که نتایج فاصله

1. Mahalano distance

ماهالانویس، بزرگ‌تر یا مساوی ملاک ذکر شده نبود. در جدول ۲، همبستگی متغیرهای پژوهش به همراه سطح معنی‌داری آن‌ها ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

مقیاس‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱- گرایش به مواد مخدر								
۲- سهل‌انگار	۰/۲۶**							
۳- مستبد	۰/۳۴**	۰/۲۵**						
۴- مقتدر	۰/۱۲*	۰/۳۷*	۰/۳۵**					
۵- عدم برنامه ریزی	۰/۱۲*	۰/۱۷*	۰/۲۳**	۰/۴۰**				
۶- حرکتی	۰/۱۸**	۰/۱۵*	۰/۴۳**	۰/۳۳**	۰/۳۳**			
۷- شناختی	۰/۲۶*	۰/۱۴*	۰/۲۴**	۰/۱۲*	۰/۱۳*	۰/۳۸**		
۸- خودکارآمدی	۰/۱۲*	۰/۱۷*	۰/۱۲*	۰/۳۴**	۰/۱۸**	۰/۴۳**	۰/۲۲**	

تکانه‌نگاری
سبک‌فروزند پرووری

نتایج مشاهده شده در جدول فوق نشان می‌دهد همبستگی بین متغیرهای پژوهش در سطوح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. همبستگی معنادار بین متغیرهای پژوهش، مجاز بودن استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری را نشان می‌دهد. نتایج برازش مدل در جدول ۳، گزارش شده است.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل

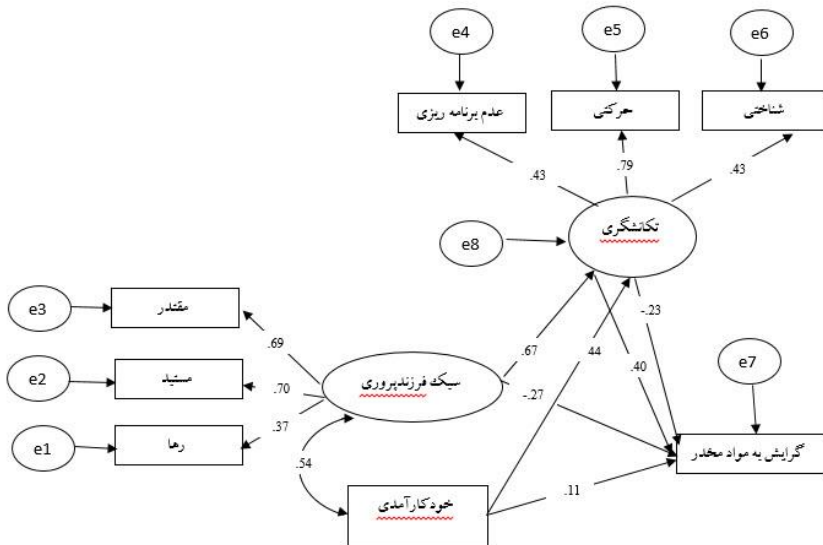
شاخص‌ها	مقدار	حد مجاز
خی دو بر درجه آزادی	۲/۱۲	کمتر از ۳
ریشه میانگین خطای برآورد ^۱	۰/۰۶	کمتر از ۰/۰۸
برازندگی تطبیقی ^۲	۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹
نیکویی برازش ^۳	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹

۵۳
53

1. root mean square error approximation (RMSEA)

2. comparative fit index (CFI)
3. goodness of fit index (GFI)

شاخص‌های برازش مدل که در جدول ۳ گزارش شده است، از حد مجاز تجاوز نکرده است؛ بنابراین مدل پژوهش دارای برازش مطلوبی می‌باشد (جدول ۳). شکل ۲ و جدول ۴، نتایج حاصل از اجرای مدل پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۲: ضرایب استاندارد مدل مفهومی آزمون شده

جدول ۴: اثرات مستقیم و غیرمستقیم

مسیر	اثر مستقیم استاندارد	سطح معنی داری	اثر غیرمستقیم استاندارد
سبک‌های فرزندپروری بر گرایش به مواد مخدر	-۰/۲۷	۰/۰۴۸	۰/۲۷
خودکارآمدی بر گرایش به مواد مخدر	۰/۱۱	۰/۰۹	-۰/۱۰
سبک‌های فرزند پروری بر تکانشگری	۰/۶۷	۰/۰۰۱	-
خودکارآمدی بر تکانشگری	۰/۴۴	۰/۰۰۱	-

با توجه به نتایج جدول ۴ و شکل ۲، تاثیر مستقیم سبک‌های فرزندپروری بر گرایش به مواد مخدر ($\beta = -0.27, p < 0.05$) و تکانشگری ($\beta = 0.67, p < 0.001$) معنادار بود. تاثیر مستقیم خودکارآمدی بر گرایش به مواد مخدر ($\beta = 0.11, p > 0.05$) معنی دار نبود. در بررسی تاثیر خودکارآمدی بر تکانشگری ($\beta = 0.44, p < 0.001$)، اثر معنی داری مشاهده شد. همچنین، تاثیر غیرمستقیم سبک‌های

فرزندپروری بر گرایش به مواد مخدر از طریق تکانشگری معنادار بود ($\beta = -0.27, p < 0.05$)، چراکه عدد صفر در بین دامنه آماره‌های حد پایین (0/25) و حد بالا (1/78) قرار نداشت. بوت استروپ با 5000 بار نمونه‌گیری مجدد انجام شد. بنابراین، با 95 درصد اطمینان می‌توان گفت که تکانشگری در رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و گرایش به مصرف مواد مخدر در دانشجویان دارای نقش میانجی بود. تاثیر غیرمستقیم خودکارآمدی بر گرایش به مواد مخدر از طریق تکانشگری معنادار بود ($\beta = -0.10, p < 0.05$)، چراکه عدد صفر در بین دامنه آماره‌های حد پایین (-0/47) و حد بالا (-0/179) قرار نداشت. بنابراین، با 95 درصد اطمینان می‌توان گفت که تکانشگری در رابطه بین خودکارآمدی و گرایش به مصرف مواد مخدر در دانشجویان دارای نقش میانجی بود. این مدل 35 درصد از واریانس گرایش به مواد مخدر را پیش‌بینی کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد مدل اجرا شده از برآش خوبی برخوردار بود. نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثر مستقیم سبک فرزندپروری بر گرایش به سمت مواد دانشجویان، در راستای نتایج پژوهش‌هایی از جمله اسلامی‌مهر (1394)، قانعی حقیقت (1398)، کوی و همکاران (2019)، پولارد و مک‌کینی (2019)، بنچایا و همکاران (2019)، کوپنس و سلیمانز (2019)، بریور و همکاران (2017) و فرمانی و کورش‌نیا (1397) قرار دارد. خانواده اولین مکان رشد شخصیت، باورها و الگوهای رفتاری فرد است. خانواده علاوه بر اینکه، محل حفظ و رشد افراد و کمک به حل استرس است، منبعی برای بروز مشکلات نیز می‌باشد. همچنین محیط خانواده تأثیر عمده‌ای بر رشد فرزند دارد، بنابراین درک عمیق نحوه برخورد در خانواده و تأثیر بعدی آن بر کودک باید مورد توجه قرار گیرد (یی¹ و همکاران، 2011). ناآگاهی والدین، ارتباط ضعیف والدین و کودک، فقدان انضباط در خانواده، خانواده متشنج یا آشفته و ازهم گسیخته، احتمال ارتکاب به انواع بزهکاری‌ها مانند گرایش به سمت مواد را افزایش می‌دهد. چرا که این عوامل ضربه‌ی منفی بر رشد

عصبی کودک وارد می‌کند که ممکن است منجر به شروع زودهنگام مواد مخدر شود. همچنین خشونت کلامی و جسمی والدین نسبت به فرزندان از آن‌ها قربانیانی را می‌سازد که هرگز هیچ مشکلی را با والدین خود مطرح نکنند. درگیری‌های مکرر در خانواده نیز می‌تواند از نظر احساسی خسته‌کننده باشد و توانایی والدین در تشخیص و پاسخگویی به نیازهای عاطفی فرزندان را کاهش دهد. لذا به جای حل مشکل، با گرایش به سمت مواد مخدر، تمایل به نادیده گرفتن مشکل با لذتی زودگذر را تجربه می‌کنند (دوستیان و همکاران، ۱۳۹۲). والدینی که تکیه گاهی برای فرزند خود در مشکلات نیستند، منجر به تکیه فرزند به دوستان که گاهی غیر اعتماد نیز هستند، می‌شوند. همین برای فرزند آسیب‌زا است؛ چرا که ممکن است توسط دوستانی که فعالیت‌های منفی انجام می‌دهند احاطه شوند و این خود سرآغازی برای رفتارهای منفی و اختلالات روان‌شناسی از جمله گرایش به مواد مخدر است. همچنین والدینی که مصرف‌کننده مواد هستند باعث می‌شوند فرزندان با الگوبرداری از رفتار آنان مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی و رفتار مشابهی پیشه کنند. اغلب معتادین اولین تجربه‌شان را به صورت تفریحی و در دوران نوجوانی کسب کرده بودند و به تدریج اعتیاد آنان، از حالت تفریح خارج شده و با تکرار و زیاد شدن میزان مصرف مواد معتاد شده‌اند (اسلامی مهر، ۱۳۹۴).

نتایج پژوهش نشان داد تکانشگری نقش میانجی بین سبک‌های فرزندپروری و گرایش به سمت مواد مخدر دانشجویان ایفا می‌کند. در این راستا، پژوهشگرانی از جمله زارع منگابادی و همکاران (۱۳۹۴)، عظیمی و سلیمانی (۱۳۹۹)، فراهانی و همکاران (۱۳۹۸) کوستپ و همکاران (۲۰۱۹)، رضوانی فرد (۱۳۸۹)، بریور و همکاران (۲۰۱۷)، اعظمی و همکاران (۱۳۹۳) و محمودی (۱۳۹۵) نشان دادند تکانشگری بر گرایش به مواد مخدر تأثیر معناداری دارد. در خصوص رابطه تکانشگری و اعتیاد دو سری تئوری ارائه شده است. در برخی تئوری‌ها، تکانشگری محصول مواجهه با موادی است که می‌تواند اثرات و صدمات طولانی‌مدتی را در مغز ایجاد کنند. در تئوری‌های دیگر، تکانشگری نوعی عامل آماده‌ساز برای گرایش به اختلالات مرتبط با مواد تلقی می‌شود و به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری شناسایی می‌شود (رضوانی فرد، ۱۳۸۹). بنابراین وجود خصوصیت

تکانشگری در افراد دارای اختلالات در مصرف مواد قابل انکار نیست (کوستپ و همکاران، ۲۰۱۹). تکانشگری به مرور زمان در افراد کاهش می‌یابد، به استثنای افرادی که مصرف‌کننده مواد هستند. عملکرد اجرایی و مسیرهای انگیزشی افراد دچار تکانشگری به مرور زمان تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد و گرایش آن‌ها به سمت مواد افزایش می‌یابد. یکی از دلایل مهم گرایش افراد تکانشگر به سمت مواد مخدر در نظر نگرفتن عواقب انجام کار است. بی‌تابی و بی‌صبری در برابر امور پیش رو و عدم واکنش معقول و منطقی به حل مشکلات، ریسک‌پذیری ناسالم را در فرد افزایش می‌دهد. ریسک‌پذیری که با عدم توجه به پیامدهای امور انجام شده قرین گردد، قطعاً مرتکب شدن رفتارهای نامناسب را افزایش می‌دهد. فرد تکانشگر، عامل بدون فکر و اندیشه است و بیش از اینکه به نتایج بلندمدت یک عمل و تأثیرگذاری آن بر زندگی خود فکر کند، تنها لذت‌های زودگذر و کاذب را می‌پسندد و عاقبت اندیشی را سرلوحه‌ی کارهای خود قرار نمی‌دهد. این چنین فردی است که به سمت مواد مخدر کشیده می‌شود، چرا که در هر کاری فقط پیامدهای کوتاه مدت و زودگذر که همان لذت کاذب است را در نظر می‌گیرد بدون اینکه فکر کند عاقبت و پیامد بلندمدت اعمال او، چه بسا مشکلات حاد و جبران‌ناپذیری را برای او به وجود می‌آورد. بنابراین فرد تکانشگر، مستعد گرایش به سمت مواد مخدر است. برای افراد با تکانشگری بالا، اگر عوامل محافظتی بیرونی مانند نظارت والدین وجود داشته باشد، ممکن است این عوامل می‌توانند استراتژی‌های رفتار محافظتی در برابر مصرف مواد را باعث گردند (هرناندز، ۲۰۲۱). سبک فرزندپروری معقول و منطقی نیز می‌تواند به عنوان یک استراتژی رفتار محافظتی عمل کند و راه‌گیزی برای کاهش خصوصیت تکانشگری و هدایت او به سمت مقابله رویارویی با مواد باشد. در مقابل الگوهای تربیتی منفی والدین، به ویژه طرد شدن و محافظت بیش از حد، پیش‌بینی‌کننده شخصیت تکانشی است. شیوه‌های فرزندپروری نامطلوب منجر به طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شوند که در اوایل کودکی شکل می‌گیرد. چنین طرحواره‌هایی یک اثر سوء طولانی‌مدتی را بر جا می‌گذارد که تا بزرگسالی نیز تداوم داشته و به ایجاد اختلالات عاطفی و شخصیتی از

جمله‌گرایش به مواد مخدر کمک می‌کند (ران و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین تکانشگری به عنوان یک میانجی مهم در ارتباط بین سبک‌های فرزندپروری و گرایش به سمت مواد مخدر مشخص شد.

در راستای نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثر مستقیم خودکارآمدی بر گرایش به سمت مواد، پژوهشگرانی از جمله شیخ‌نژاد و سیدفاطمی (۲۰۱۹)، قانعی حقیقت (۱۳۹۸)، لو، ون، دنک و تانگ^۱ (۲۰۱۷)، فراهانی و همکاران (۱۳۹۸)، عرب‌زمانی پوراناری (۱۳۹۶)، رزینی (۱۳۹۴) نشان دادند خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده آغاز و ادامه وضعیت‌های بدون اعتیاد است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد خودکارآمدی نمی‌تواند نقش میانجی را در رابطه بین متغیرهای مستقل (سبک فرزندپروری و فراشناخت) با گرایش به سمت مواد مخدر ایفا کند. مرور مباحث نظری نشان داد خودکارآمدی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تغییر رفتارهای مرتبط با اعتیاد شناخته شده است. کسانی که دارای سطح خودکارآمدی کمی هستند، نمی‌توانند خود را به‌خوبی با تغییرات مقابله‌ای مربوط به گرایش به سمت مواد تطبیق دهند، درحالی‌که افرادی که سطح بالاتری از خودکارآمدی دارند، اراده قوی‌تری برای تغییر رفتارهای اعتیادآور خود نشان می‌دهند؛ بنابراین بین اعتیاد و خودکارآمدی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد (شیخ‌نژاد و سیدفاطمی، ۲۰۱۹).

نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثر مستقیم خودکارآمدی بر تکانشگری، در راستای نتایج پژوهشگرانی از جمله پورکرد، ابوالقاسمی، نریمانی و رضایی جمالویی (۱۳۹۲) قرار دارد. افرادی که احساس خودکارآمدی بالاتری دارند، در اکثر زمینه‌ها موفق‌ترند و در تعاملات هیجانی دشوار برخورد مناسب‌تری از خود نشان می‌دهند (خسروی، ۱۳۹۷). خود آگاهی، افراد را قادر می‌سازد تا بر افکار، احساسات و اعمال خود کنترل داشته باشند (عابدینی ترک‌آباد، ۱۳۹۷). خودکارآمدی بر طرز تفکر افراد، چگونگی رویارویی آنها با مشکلات، سلامت هیجانی آنها در تصمیم‌گیری‌هایشان و مقابله با فشار روانی، تأثیر می‌گذارد (رضوانی فر، ۱۳۸۹).

از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از پرسشنامه و درجه اعتماد به پاسخ‌های شرکت‌کنندگان است. همچنین عدم بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله متغیر وضعیت تحصیلی و شرایط اقتصادی دانشجویان، که وارد مدل‌یابی نشده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، متغیر وضعیت تحصیلی و شرایط اقتصادی دانشجویان وارد پژوهش‌های مدل‌یابی گرایش به سمت مواد شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود تکانشگری به عنوان محور عمده‌ای در تشخیص انواع اختلالات بالینی، مانند وابستگی به مواد در نظر گرفته شود. لذا با توجه به تأثیر سبک‌های فرزندپروری والدین در پیش‌بینی گرایش به سمت مواد، ارتقاء مهارت‌های فرزندپروری گامی مهم در کاهش گرایش به اعتیاد خواهد بود. پیشنهاد می‌شود در آموزش مهارت‌های فرزندپروری به دانشجویان، همسان‌سازی مباحث با فرهنگ ایرانی نیز در نظر گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی، روابط مورد بحث را در جامعه‌ی آماری متفاوتی اجرا و با نتایج پژوهش حاضر مقایسه کنند.

منابع

- اختیاری، حامد؛ رضوان‌فرد، مهرناز و مکرری، آذرخش (۱۳۸۶). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه‌ها و بررسی‌های انجام شده. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۴۷-۲۵۷.
- اسلامی‌مهر، سمانه (۱۳۹۴). *بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری و سبک‌های مقابله‌ای با گرایش به مصرف مواد در معتادین و غیر معتادین شهرستان گنبد کاووس*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد و چوپان، حامد (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس بر کاهش تکانشگری در افراد وابسته به مواد. *اعتیادپژوهی*، ۸(۳۰)، ۱۲۸-۱۴۲.
- بهادری خسروشاهی، جعفر و خانجانی، زینب (۱۳۹۲). ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی با گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۵۳)، ۸۰-۹۰.

پورکرد، مهدی؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد و رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۲). بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم خودکارآمدی، تکانشوری، فعال‌سازی - بازداری رفتاری و مهارت‌های اجتماعی بر سوء مصرف مواد در دانش‌آموزان. *اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۶)، ۱۲-۲۷.

جلالی، ایران و احدی، حسن (۱۳۹۴). رابطه تنظیم شناختی هیجان، خودکارآمدی، برانگیختگی و مهارت‌های اجتماعی با سوء مصرف مواد در نوجوانان. *اعتیاد پژوهی*، ۳۶(۹)، ۹۵-۱۰۹.

حیبی، آرش و عدنور، مریم (۱۳۹۶). مدل‌یابی معادلات ساختاری و تحلیل عاملی با LISREL. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.

حسینیان سراج‌لو، فرج (۱۳۸۹). رابطه کمال‌گرایی، تاب‌آوری و تکانشگری در معنادین به مواد مخدر شهر تهران جهت تبیین مدل ولع مصرف مواد در آن‌ها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

خسروی، ندا (۱۳۹۷). بررسی رابطه خودکارآمدی و هوش هیجانی با خلاقیت شغلی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود.

دلاور، علی (۱۳۹۱). مقیاس‌های سنجش نگرش. تهران: انتشارات روان.

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)، ۱۰۲-۱۱۰.

رزینی، مرتضی (۱۳۹۴). ارتباط بین سبک‌های فرزندپروری ادراک شده، هوش هیجانی و خودکارآمدی عمومی با استعداد سوء مصرف مواد در دانش‌آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهرستان اهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه زنجان.

رستمی، رضا؛ نصرت‌آبادی، مسعود و محمدی، فاطمه (۱۳۸۶). بررسی مقدماتی دقت تشخیصی مقیاس‌های MAC-R AAS و APS. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۰(۲و۱)، ۲۸-۱۱.

رضوانی‌فر، علیرضا (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه تکانشگری، خطرپذیری و احساس جوئی در افراد مستعد به سوء مصرف مواد و عادی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

زارع منگابادی، حمیده؛ خسروی، صدرالله؛ جعفری ندوشن، علی و ثیانی، مهناز (۱۳۹۴). اثربخشی مصاحبه انگیزشی گروهی بر کاهش تکانشگری بر شدت اعتیاد در بیماران تحت درمان متادون.

اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی شیراز.

زاهد، عادل (۱۳۸۸). تحلیل رابطه‌ی مهارت‌های هوشیاری فراگیر، فراشناخت و تنظیم هیجان با رفتارهای بین فردی سوء مصرف کنندگان از مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.

زاهد، عادل؛ اله‌قلیلو، کلثوم و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۹). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین فردی در سوء مصرف کنندگان مواد. *اعتیادپژوهی*، ۳(۱۱)، ۹۹-۱۱۳.

شریعتی، محمدابراهیم؛ ایزدی خواه، زهرا؛ مولوی، حسین و صالحی، مهرداد (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی به شیوه شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۴)، ۲۷۹-۲۸۸.

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید و تقوی، منصور (۱۳۹۲). بررسی دو دهه تحقیقات شیوع‌شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران. *اعتیادپژوهی*، ۷(۲۷)، ۳۶-۹.

عابدینی ترک‌آباد، علی (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین خودکارآمدی و شادمانی با رضایت شغلی کارکنان دانشگاه اردکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردکان.

عرب‌زمانی پوراناری، علی (۱۳۹۶). رابطه‌ی شخصیت، سبک‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی با اعتیاد به مواد مخدر در مددجویان کمیته امداد شهر کرمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد انار.

عظیمی، حکیم و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۹). مقایسه پریشانی روان‌شناختی، تکانشگری و تیپ شخصیتی D بین دانشجویان دارای نگرش مثبت و منفی به اعتیاد. *اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۷۰-۱۵۱.

غدیری صورمان آبادی، فرهاد؛ عبدالمحمدی، کریم و یوسف زاده، باقر (۱۳۹۶). مروری بر عوامل روان‌شناختی مرتبط با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در ایران. *رویش روان‌شناسی*، ۶(۳)، ۲۳۹-۲۵۴.

فراهانی، محمدنقی؛ امین‌اسماعیلی، معصومه و باحشمت جویباری، شهاب (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد مخدر. *اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۱)، ۱۶۶-۱۴۴.

فرمانی، هاجر و کورش‌نیا، مریم (۱۳۹۷). پیش‌بینی روان‌شناختی بر اساس خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی. اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی ایران، تهران.

قانع‌ی حقیقت، زینب (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه‌ی بین جو عاطفی خانواده و گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان مقطع متوسطه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.

قمری گیوه، حسین و مجرد، آرزو (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد با استفاده از سبک دلبستگی و تکانشگری. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸(۱)، ۱۷-۲۷.

کیامرثی، آذر و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۰). ارتباط خودکارآمدی، هیجان خواهی و راهبردهای مقابله با استرس با استعداد سوء مصرف مواد در دانشجویان. *اعتیاد پژوهی*، ۵(۲۰)، ۵-۲۷.

محمدی، غلامرضا (۱۳۹۵). نقش دین‌داری، سبک‌های فرزندپروری و ناگویی هیجانی در آمادگی به اعتیاد نوجوانان. *مجله طب انتظامی*، ۵(۳)، ۲۱۲-۲۰۵.

محمودی، مری (۱۳۹۵). رابطه تأیید جویی، تکانشگری و اضطراب نوجوانان با شیوه‌های فرزندپروری والدین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا.

وجودی، بابک؛ عبدل پور، قاسم؛ بخشی پور رودسری، عباس و عطارد، نسترن (۱۳۹۳). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس سبک‌های هویت، فرزندپروری و راهبردهای مقابله‌ای در دانش‌

آموزان دوره متوسطه. *مجله طب انتظامی*، ۳(۲)، ۱۳۴-۱۲۳.

وزیریان، محسن (۱۳۸۴). *راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ویژه پزشکان*. تهران: انتشارات سلمان.

هواسی، ناهید (۱۳۸۰). بررسی و مقایسه شیوه‌های فرزندپروری در خانواده‌هایی که دارای نوجوانان معتاد هستند با خانواده‌هایی که دارای نوجوانان عادی هستند. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا.

References

- Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (2004). Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41(1), 1045-1061.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The journal of early adolescence*, 11(1), 56-95.
- Benchaya, M. C., Moreira, T. D. C., Constant, H. M. R. M., Pereira, N. M., Freese, L., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2019). Role of parenting styles in adolescent substance use cessation: results from a Brazilian prospective study. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 32-34.

- Bododo, M. M., & Ibrahim, D. S. (2020). Common parenting styles and behaviour disorders among senior secondary school students in gombe metropolis. *Kano journal of educational psychology*, 2(1), 63-69.
- Brewer, S., Godley, M. D., & Hulvershorn, L. A. (2017). Treating mental health and substance use disorders in adolescents: What is on the menu? *Current psychiatry reports*, 19(1), 5-17.
- Brummer, J., Hesse, M., Frederiksen, K. S., Karriker-Jaffe, K. J., & Bloomfield, K. (2021). How do register-based studies contribute to our understanding of alcohol's harms to family members? A scoping review of relevant literature. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(4), 445-456.
- Buri, J. R. (1991). Parental authority questionnaire. *Journal of personality assessment*, 57(1), 110-119.
- Cui, M., Allen, J. W., Fincham, F. D., May, R. W., & Love, H. (2019). Helicopter parenting, self-regulatory processes, and alcohol use among female college students. *Journal of adult development*, 26(2), 97-104.
- Haeny, A. M., Gueorguieva, R., Morean, M. E., Krishnan-Sarin, S., DeMartini, K. S., Pearlson, G. D., & O'Malley, S. S. (2020). The association of impulsivity and family history of alcohol use disorder on alcohol use and consequences. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 44(1), 159-167.
- Hernandez, M. (2021). *Childhood ADHD, Impulsivity, and Alcohol-Related Impairment Among Diverse College Students*. Ph.D. Theses, City University of New York (CUNY).
- Jiménez-Barbero, J. A., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Esteban, B., & Waschgler, K. (2016). Influence of attitudes, impulsivity, and parental styles in adolescents' externalizing behavior. *Journal of health psychology*, 21(1), 122-131.
- Khemiri, L., Brynte, C., Konstenius, M., Guterstam, J., Rosendahl, I., Franck, J., & Jayaram-Lindström, N. (2021). Self-rated impulsivity in healthy individuals, substance use disorder and ADHD: psychometric properties of the Swedish Barratt impulsiveness scale. *BioMed central psychiatry*, 21(1), 1-10.
- Kuppens, S., & Ceulemans, E. (2019). Parenting styles: a closer look at a well-known concept. *Journal of child and family studies*, 28(1), 168-181.
- Kustepe, A., Kalenderoglu, A., Celik, M., Bozkurt, E. K., Orum, M. H., & Uguz, S. (2019). Evaluation of impulsivity and complex attention functions of subjects with substance use: Sample from Adiyaman province. *Medical Science*, 8(1), 67-71.
- Lu, F. Y., Wen, S., Deng, G., & Tang, Y. L. (2017). Self-concept mediate the relationship between childhood maltreatment and abstinence motivation as well as self-efficacy among drug addicts. *Addictive behaviors*, 68(1), 52-58.

- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., De Wilde, E. J., & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European child & adolescent psychiatry*, 20(10), 499-508.
- Patock-Peckham, J. A., King, K. M., Morgan-Lopez, A. A., Ulloa, E. C., & Filson Moses, J. M. (2011). Gender-specific mediational links between parenting styles, parental monitoring, impulsiveness, drinking control, and alcohol-related problems. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 72(2), 247-258.
- Pollard, M. W., & McKinney, C. (2019). Parental physical force and alcohol use in emerging adults: Mediation by psychological problems. *Journal of interpersonal violence*, 34(10), 2087-2109.
- Ran, H., Fang, D., Donald, A. R., Wang, R., Che, Y., He, X., & Xiao, Y. (2021). Impulsivity mediates the association between parenting styles and self-harm in Chinese adolescents. *BioMed central public health*, 21(1), 1-9.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51(2), 663-671.
- Sheykhnezhad, F., & Seyedfatemi, N. (2019). Effect of group education on self-efficacy and craving tendencies in drug abusers in 5th Azar Drug Abuse Treatment Center of Gorgan. *Cogent Psychology*, 6(1), 1-10.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2017). *Country Programme 2017-2020 Indonesia "Making Indonesia safer from crime, drugs and terrorism."* Jakarta.
- Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of personality assessment*, 58(2), 389-404.
- Yi, S., Poudel, K. C., Yasuoka, J., Palmer, P. H., Yi, S., & Jimba, M. (2011). Risk vs. protective factors for substance use among adolescents in Cambodia. *Journal of substance use*, 16(1), 14-26.

پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس ابعاد شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه*

سهیل محمدی^۱، سعید ایمانی^۲، جلیل فتح آبادی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۰۱/۰۳/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۲۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش ابعاد شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شده است. **روش:** نمونه پژوهش را کلیه مصرف‌کنندگان اپیوئید استان تهران و البرز که به منظور ترک اعتیاد به درمانگاه اختلالات مصرف مواد بیمارستان روانپزشکی ایران در تابستان سال ۱۳۹۷ مراجعه می‌کردند، تشکیل دادند. از میان آن‌ها، نمونه‌ای به حجم ۱۹۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه شخصیت هگزاکو و پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که بین ابعاد شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان مبتلا به مصرف اپیوئید همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین، ابعاد شخصیتی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه توانستند ۵۴/۷۶ درصد از گرایش به مصرف مواد را پیش‌بینی کنند. **نتیجه‌گیری:** ابعاد شخصیتی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی در گرایش افراد به مصرف مواد دارد. بنابراین، سیاست‌گذاران حوزه سلامت و درمانگران لازم است به این موضوع توجه ویژه‌ای داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: شخصیت هگزاکو، سوء مصرف مواد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه

*. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه شهید بهشتی است.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. پست الکترونیک:

s_imani@sbu.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

از جمله آسیب‌ها و معضلات اجتماعی، بهداشتی، اقتصادی و فرهنگی که جوامع بشری را تحت تاثیر قرار داده است، پدیده اعتیاد^۱ یا وابستگی به مواد است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳؛ ارقبایی، سلیمانان، محمدی پور و قلعه نوی، ۱۳۹۸). سوء مصرف مواد به الگوی ناسازگارانه از مصرف مواد گفته می‌شود که شامل مجموعه‌ای از علائم روان‌شناختی، رفتاری و شناختی می‌باشد که مشکلات مکرر فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، رفتاری و اجتماعی را ایجاد می‌کند و مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی در خانواده، محیط کار و در سطح وسیع‌تر در جامعه می‌شود (دهقانی، زارع، دهقانی، صدقی و پورموحد، ۱۳۹۰؛ کاپلان و سادوک^۳، ۱۳۹۶؛ لاو، لایر، برند، هاج و هاجلا^۴، ۲۰۱۵). ضرورت تحقیقات علمی در جهت شناخت همه‌جانبه اعتیاد، پیشگیری و کاربرد روش‌های صحیح در طرح درمان معتادان ضروری به نظر می‌رسد.

عوامل متعددی در آمادگی برای گرایش به مصرف مواد تاثیر دارند که منجر به شروع سوء مصرف مواد و اعتیاد می‌شوند، از عواملی که باعث گرایش افراد به اعتیاد می‌شود، ویژگی‌های شخصیتی افراد می‌باشد (صدری دمیرچی، اسرافیلی و مصباحی، ۱۳۹۸). مطالعات حاکی از آن است که عوامل شخصیتی مرتبط با تکانشگری و خودکنترلی پایین، شیوه زندگی، روابط اجتماعی، نگرش‌ها، باورها و بهزیستی روانی نقش اساسی در گرایش افراد به مصرف به مواد ایفا می‌کنند (رامیرز، کریند، وایرز، وانگ و ولکاو^۵، ۲۰۲۰؛ اهلرس، گیلدر، گیسر و ویلهلمسن^۶، ۲۰۱۹؛ لانگ، واگنر، مولر و اگرت^۷، ۲۰۱۷؛ زیلبیرمن، یادید، افراطی، نئومارک و راسوورساکسی^۸، ۲۰۱۸؛ ولیخانی و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از مهم‌ترین دسته‌بندی‌های مربوط به مطالعه شخصیت، مدل پنج عاملی شخصیت^۹ مک کری

1. addiction
2. American Psychiatric Association (APA)
3. Kaplan & Sadock
4. Love, Laier, Brand, Hatch & Hajela
5. Ramirez, Corinde, Wiers, Wang, & Volkow

6. Ehlers, Gilder, Giser & Wilhelmsen
7. Lange, Wagner, Müller & Eggert
8. Zilberman, Yadid, Efrati, Neumark & Rassooversusky
9. five factor model (FFM)

و کاستا^۱ است. این پنج عامل عبارت‌اند از: روان‌رنجورخویی^۲، برون‌گرایی^۳، گشودگی به تجربه^۴، توافق‌پذیری^۵ و وظیفه‌شناسی^۶ (مک کری و کاستا، ۲۰۰۴). الگوهای جامع شخصیتی نظیر الگوی پنج عامل شخصیتی به‌طور مفیدی نیمرخ شخصیتی سوء‌مصرف کنندگان مواد را نشان می‌دهد (چن، یانگ، بولات، گیوای و اکسین، ۲۰۱۹^۷؛ کوتا، گامز، اسچمیدت و واتسون^۸، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش‌های مختلف نیز تأثیر شخصیت بر مصرف مواد را به تفکیک عوامل شخصیتی نشان می‌دهند. عوامل شخصیتی روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی نقش مثبت معنادار در پیش‌بینی نگرش مثبت نسبت به سوء‌مصرف مواد و عوامل توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی نقش منفی معنادار دارند (چن و همکاران، ۲۰۱۹؛ میچاود، واینیک، گارسیا و داگر^۹، ۲۰۱۹). همچنین برخی از نتایج مطالعات حاکی از آن است که ابعاد برون‌گرایی، توافق‌پذیری و وجدان‌گرایی به صورت منفی و به صورت مثبت و معنادار در پیش‌بینی گرایش به سوء‌مصرف مواد نقش دارد. در برخی از مطالعات دیگر نیز مولفه گشودگی نسبت به تجربه و روان‌رنجورخویی، به صورت منفی و وظیفه‌شناسی به صورت مثبت و معنادار در پیش‌بینی گرایش به سوء‌مصرف مواد نقش دارند (چن و همکاران، ۲۰۱۹؛ رحیمیان، طباطبایی و طوسی، ۲۰۱۴؛ توریانو، ویتمن، همپسون، رابرتز و مروزک^{۱۰}، ۲۰۱۲؛ زوالنسکی، جنکینز، جانسون و گودوین^{۱۱}، ۲۰۱۱).

یکی از رویکردهای مفید در شناخت وابستگی به مواد به طحوااره‌ی ناسازگار اولیه مربوط می‌شود. با این حال، مطالعات کمی وجود طحوااره ناسازگار اولیه را در مصرف کنندگان مواد نشان می‌دهد و مطالعات اندکی درباره نقش طحوااره ناسازگار اولیه به عنوان عامل ریسک شناختی مرتبط با سوء‌مصرف مواد در ایران انجام شده است (جمشیدی، اصغری ابراهیم آباد و رسول زاده طباطبایی، ۱۳۹۹). بر این اساس، یکی از عوامل تأثیرگذار در گرایش افراد به مواد اعتیادآور، شناخت طحوااره‌های ناسازگار اولیه

1. McCrae & Costa
2. neuroticism
3. extraversion
4. openness to experience
5. agreeableness
6. conscientiousness
7. Chen, Yang, Bulut, Cui & Xin

8. Kotov, Gamez, Schmidt & Watson
9. Michaud, Vainik, Garcia & Dagher
10. Turiano, Whiteman, Hampson, Roberts & Mroczek
11. Zvolensky, Jenkins, Johnson & Goodwin

است که هسته اصلی گرایش به سوء مصرف مواد است و سبب اتخاذ تدابیری در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود و این عوامل می‌توانند در حفظ و تحریک رفتارهای اعتیادی، تعیین‌کننده باشند (ادریسی و همکاران، ۲۰۱۸). طر حواره‌های اولیه بر عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از آگاهی عمل می‌کند و افراد را به لحاظ روان‌شناختی نسبت به اعتیاد، اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد، افسردگی، اضطراب، روابط ناکارآمد، آسیب کودکی، هراس اجتماعی و اختلالات شخصیت آسیب‌پذیر می‌سازد (تیم، ۲۰۱۰؛ یانگ، کلاسکو و ویشار^۲، ۲۰۰۳). یانگ (۱۹۹۹) مجموعه‌ای از طر حواره‌های ناسازگار اولیه را گردآوری کرد که شامل رها شدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نارسایی/ بی‌مهری، گوشه‌گیری اجتماعی/ بیگانگی، وابستگی/ بی‌کفایتی عملی، آسیب‌پذیری نسبت به زیان یا بیماری، گرفتاری، شکست پیشرفت، استحقاق/ بزرگ منشی، خویشتن داری و خودانظباطی ناکافی، اطاعت (احساس اجبار به واگذاری افراطی کنترل خود به دیگران)، ایثار (تمرکز افراطی بر ارضای نیازهای دیگران در زندگی روزمره)، تاییدجویی/ جلب توجه، نگرانی/ بدبینی (تمرکز عمیق بر جنبه‌های منفی زندگی)، بازداری هیجانی (بازداری افراطی رفتاری، احساسات و ارتباطات خودانگیخته)، معیارهای سرسختانه (کوشش بسیار کند) و خودتنبیهی می‌باشد (جمشیدی و همکاران، ۱۳۹۹). تحقیقات متعددی نشان داده است که ارتباط معناداری بین طر حواره‌های ناسازگار اولیه و گرایش به سوء مصرف مواد وجود دارد (ادریسی و همکاران، ۲۰۱۸؛ کرمی، مساح، فرهودیان و اوجی، ۲۰۱۵؛ شوری، استوارت و اندرسون^۳، ۲۰۱۳؛ بخشی بوجد و نیک منش، ۲۰۱۳). همچنین مطالعات موید این است که باورها و نگرش افراد بر گرایش به مصرف مواد تاثیر گذار است (باچ، لوکوود و یانگ^۴، ۲۰۱۸). طر حواره‌ها هنگامی که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر شده و مستقیم و یا غیرمستقیم سبب آشفتگی‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی و نظیر آن می‌گردد (انیسی، بهادری و جهانبخش، ۲۰۱۳).

1. Thimm
2. Young, Klosko & Weishaar

3. Shorey, Stuart & Anderson
4. Bach, Lockwood & Young

با وجود آنکه در مطالعات مختلفی به بررسی ویژگی‌های شخصیتی و طرحواره‌های ناکارآمد بر گرایش به مصرف مواد پرداخته شده است، اما همچنان تلاش برای پاسخ به این سوال که کدام یک از متغیرهای روان‌شناختی می‌توانند نقش پیش‌بینی کننده بر گرایش به مصرف مواد داشته باشد، از اهمیت کاربردی برخوردار است. بنابراین نتایج این پژوهش به شناخت بیشتر سبب‌شناسی پدیده اعتیاد و استفاده از آن در امر پیشگیری اولیه و ثانویه کمک می‌نماید. با توجه به اینکه شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی در گرایش به اعتیاد دارد، لازم است هر چه بیشتر به این مقوله در پیشگیری و تدوین مداخلات اعتیاد توجه شود (شوری و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به مطالب مذکور و وجود مقالات اندکی که بر روی ویژگی‌های شخصیت، طرحواره‌های افراد سوء مصرف کننده و علل گرایش آن‌ها به سمت نوع خاصی از مواد کار شده است، در حالی که این حوزه‌ها می‌تواند در ورود فرد مصرف کننده به چرخه مصرف مواد تأثیرگذار باشد؛ بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا می‌توان گرایش به نوع مصرف مواد را از طریق ابعاد شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه پیش‌بینی کرد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه مصرف کنندگان اپیوئید استان تهران و استان البرز بود و نمونه‌ی پژوهش را مصرف کنندگانی که به منظور ترک اعتیاد به درمانگاه اختلالات مصرف مواد "بیمارستان روانپزشکی ایران" در تابستان سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بوده است. بر اساس قاعده کلاین^۱ (۲۰۱۱) حداقل تعداد نمونه به ازای هر عامل ۵ نفر می‌باشد که با توجه به تعداد عامل‌ها در این پژوهش که ۲۲ عامل می‌باشد حداقل نمونه ۱۱۰ نفر می‌باشد. همچنین نظر به اینکه حداقل تعداد نمونه‌ها در تحقیقات توصیفی ۱۰۰ نفر می‌باشد، در مجموع ۲۰۰ - ۱۰۰ نمونه برای این منظور کفایت می‌نماید (مونرو^۲، ۲۰۰۵). در این پژوهش حجم نمونه ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد که با احتساب میزان ریزش آزمودنی

ها، داده‌های مربوط به ۱۹۰ نفر مورد تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود در پژوهش حاضر عبارتند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، برای اختلال وابستگی به اپیوئید به تشخیص روانشناس بالینی و روانپزشک مرکز، گزارش شخصی مصرف مواد (اپیوئید) حداقل در ۶ ماه گذشته، رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، توانایی فهم محتوای پرسشنامه توسط آزمودنی. ملاک خروج نیز وجود اختلالات سایکوتیک روانپزشکی به تشخیص روانپزشک و وجود بیماری‌های جسمی حاد همچون سرطان، دردهای شدید و ام‌اس، که شرکت در پژوهش را غیرممکن می‌سازد، بوده است. روش اجرا در این پژوهش به صورت فردی بوده است. بدین صورت که پس از مراجعه به بیمارستان روان‌پزشکی ایران، ابتدا مصاحبه فردی توسط روانپزشک انجام گرفت. سپس براساس ملاک‌های ورود و خروج، مراجعان جهت تکمیل پرسشنامه‌ها به آزمونگر در درمانگاه اختلالات مصرف مواد ارجاع داده شدند و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار افراد نمونه قرار گرفت.

ابزار

۱. پرسشنامه ابعاد شخصیت هگزاگو^۲: این پرسشنامه توسط لی و اشتون^۳ (۲۰۰۰) طراحی شده است که دارای ۱۰۰ آیتم است و شش بعد تواضع (گویه‌های ۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۳۰، ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴، ۶۰، ۶۶، ۷۲، ۷۸، ۸۴، ۹۰، ۹۶)، تهییج‌پذیری (۵، ۱۱، ۱۷، ۲۳، ۲۹، ۳۵، ۴۱، ۴۷، ۵۳، ۵۹، ۶۵، ۷۱، ۷۷، ۸۳، ۸۹، ۹۵)، برون‌گرایی (۴، ۱۰، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۴، ۴۰، ۴۶، ۵۲، ۵۸، ۶۴، ۷۰، ۷۶، ۸۲، ۸۸، ۹۴)، دلپذیری یا توافق (۳، ۹، ۱۵، ۲۱، ۲۷، ۳۳، ۳۹، ۴۵، ۵۱، ۵۷، ۶۳، ۶۹، ۷۵، ۸۱، ۸۷، ۹۳)، باوجدان بودن (۲، ۸، ۱۴، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۸، ۴۴، ۵۰، ۵۶، ۶۲، ۶۸، ۷۴، ۸۰، ۸۶، ۹۲) و گشودگی به تجربه (۱، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۵، ۳۱، ۳۷، ۴۳، ۴۹، ۵۵، ۶۱، ۶۷، ۷۳، ۷۹، ۸۵، ۹۱) را می‌سنجد. هر ماده روی مقیاس درجه‌بندی شده از یک (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) قرار می‌گیرد. لی و اشتون (۲۰۰۴) همسانی دورنی برای مولفه تواضع ۰/۹۲، تهییج‌پذیری ۰/۹۰، برون‌گرایی ۰/۹۲، دلپذیری ۰/۸۹،

1. DSM5
2. HEXACO-Personality Dimensions questionnaire.

3. Lee & Ashton

باوجدان بودن ۰/۸۹ و گشودگی به تجربه ۰/۹۰ برآورد کرده است. در ایران نیز بشیری، برهمند، اکبری، قمری و وسوقی (۲۰۱۱) همسانی درونی برای مولفه‌های تواضع ۰/۸۰، تهییج‌پذیری ۰/۷۴، برون‌گرایی ۰/۸۱، دلپذیری ۰/۷۳، وظیفه‌شناسی ۰/۷۱ و گشودگی به تجربه ۰/۷۶ گزارش کرده است. در مطالعات دیگر در ایران نیز روایی و پایایی این پرسشنامه ارزیابی و مطلوب گزارش شد. پالاهنگ، نشاط دوست و مولوی (۱۳۸۸) نیز روایی پرسشنامه را با روش تحلیل عاملی مورد بررسی قرار داده است که حاکی از تایید نسخه اصلی می باشد.

۲. پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگارانه^۱: به منظور بررسی طرحواره‌های ناسازگارانه از مقیاس طرحواره ناسازگار یانگ (۱۹۹۸) فرم کوتاه استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۷۵ آیتم می‌باشد که ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه (گویه‌های ۱ تا ۵ برای مقیاس محرومیت هیجانی؛ ماده‌های ۶ تا ۱۰ برای رهاشدگی؛ ماده‌های ۱۱ تا ۱۵ برای بی‌اعتمادی/ بدرفتاری؛ ماده‌های ۱۶ تا ۲۰ برای انزوای اجتماعی/ بیگانگی؛ ماده‌های ۲۱ تا ۲۵ برای نقص/ شرم؛ ماده‌های ۲۶ تا ۳۰ برای خرده مقیاس شکست؛ ماده‌های ۳۱ تا ۳۵ برای وابستگی/ بی‌کفایتی؛ ماده‌های ۳۶ تا ۴۰ برای آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری؛ ماده‌های ۴۱ تا ۴۵ برای گرفتار/ خود؛ ماده‌های ۴۶ تا ۵۰ برای اطاعت؛ ماده‌های ۵۱ تا ۵۵ برای ایثار؛ ماده‌های ۵۶ تا ۶۰ برای بازداری هیجانی، ماده‌های ۶۱ تا ۶۵ برای معیارهای سرسختانه؛ ماده‌های ۶۶ تا ۷۰ برای استحقاق/ بزرگ‌منشی و ماده‌های ۷۱ تا ۷۵ برای خرده مقیاس خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی) را مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ به سوالات در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است؛ بدین صورت که نمره ۱ برای پاسخ کاملاً نادرست و نمره ۶ برای کاملاً درست می‌باشد. ضرایب آلفای بدست آمده در مطالعه‌ی یانگ (۱۹۹۹) برای ۱۳ خرده مقیاس در دامنه‌ای بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ و در مطالعه‌ی ولبرن، کریستینا، داگ، پونترافکت و جوردن^۲ (۲۰۰۲) برای ۱۵ خرده مقیاس در دامنه‌ای بین ۰/۹۳ تا ۰/۷۶ قرار داشت. در ایران نیز آهی (۱۳۸۴) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۷

برآورد کرده است. محمد بیگی، بختیاری، محمدخانی و صادقی (۱۳۹۱) نیز ضریب پایایی برای کل آزمون ۰/۹۷ و برای زیرمقیاس‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص و شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر، گرفتار/ خود تحول نیافته، اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق/ بزرگ‌منشی و خود انضباطی ناکافی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۸۸، ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۷۳، ۰/۸۳، ۰/۸۲، ۰/۷۷، ۰/۷۸ گزارش کرده است.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۱۹۰ نفر شرکت داشتند که همه شرکت‌کنندگان مرد بودند. از این تعداد، ۷۰ درصد از افراد نمونه دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر (۱۳۴ نفر)، ۲۰ درصد از افراد فوق دیپلم (۳۸ نفر) و ۱۰ درصد از افراد دارای تحصیلات لیسانس به بالا (۱۸ نفر) بودند. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان نیز به ترتیب ۳۳/۵ و ۷/۵۹ بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	خرده‌مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
	صداقت-تواضع	۱۹/۵۹	۵/۴۵
	تهییج‌پذیری	۲۲/۴۳	۵/۸۷
ابعاد شخصیت	برون‌گرایی	۲۱/۳۲	۴/۸۲
هگزاکو	دل‌پذیری یا توافق	۱۹/۱۶	۳/۳۹
	باوجدان بودن	۱۷/۳۹	۶/۰۸
	گشودگی به تجربه	۲۷/۱۹	۴/۸۷
	محرومیت هیجانی	۱۵/۴۹	۴/۷۶
	رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱۶/۸۷	۵/۲۷
	بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱۷/۵۴	۵/۹۶
	انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۹/۴۹	۵/۳۸
	نقص و شرم	۱۶/۵۴	۳/۸۷
طرحواره‌های	شکست	۱۷/۴۵	۵/۲۶
ناسازگار اولیه	وابستگی/بی‌کفایتی	۱۷/۱۱	۵/۸۰

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
آسیب پذیری نسبت به بیماری	۱۷/۴۱	۶/۴۹	
گرفتار / خود تحول نیافته	۱۵/۵۴	۳/۵۴	
اطاعت	۱۴/۷۶	۴/۸۷	
فداکاری	۱۶/۳۷	۴/۶۵	
بازداری هیجانی	۱۶/۴۱	۳/۸۷	
معیارهای سرسختانه	۱۷/۶۵	۴/۴۲	
استحقاق / بزرگ منشی	۱۴/۲۲	۵/۵۴	
خود انضباطی ناکافی	۱۵/۳۳	۴/۲۳	

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای ابعاد شخصیت هگراکو و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در مبتلایان به مصرف اپیوئید نشان می‌دهد. بیشترین میانگین نمره در ابعاد شخصیت را خرده مقیاس گشودگی نسبت به تجربه و سپس تهییج پذیری و در مولفه‌های طرحواره ناسازگار اولیه نیز وابستگی، معیارهای سرسختانه و سپس خود انضباطی بیشترین میانگین را داشتند.

جدول ۲: ماتریس همبستگی ابعاد شخصیت و طر حواره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال مصرف

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	
صداقت-تواضع	۱																					
تهیج‌پذیری	۰/۲۹	۱																				
برون‌گرایی	۰/۲۸	۰/۳۱	۱																			
دلپذیری یا توافق	۰/۳۱	۰/۳۲	۰/۳۱	۱																		
باوجدان بودن	۰/۳۱	۰/۲۸	۰/۲۳	۰/۳۲	۱																	
گشودگی به تجربه	۰/۲۹	۰/۲۷	۰/۳۱	۰/۳۵	۰/۲۱	۱																
محرومیت هیجانی	-۰/۲۴	۰/۳۲	-۰/۱۹	-۰/۲۱	-۰/۱۸	-۰/۲۸	۱															
رهاشدگی / بی‌ثباتی	-۰/۲۳	۰/۲۹	۰/۲۳	۰/۲۴	۰/۲۸	-۰/۳۳	۰/۲۸	۱														
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	-۰/۲۱	۰/۳۴	-۰/۲۸	-۰/۳۱	-۰/۳۱	-۰/۲۳	۰/۳۱	۰/۳۲	۱													
انزوای اجتماعی	-۰/۳۴	-۰/۳۲	-۰/۲۱	-۰/۴۱	-۰/۲۱	-۰/۳۴	۰/۲۹	۰/۳۲	۰/۲۸	۱												
نقص و شرم	-۰/۲۹	-۰/۲۹	-۰/۱۹	-۰/۳۲	-۰/۲۲	-۰/۲۹	۰/۳۱	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۳۴	۱											
شکست	-۰/۲۹	۰/۳۱	-۰/۱۸	-۰/۴۱	-۰/۳۲	-۰/۳۴	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۳۲	۰/۲۳	۰/۲۹	۱										
وابستگی/بی‌کفایتی	-۰/۳۲	۰/۳۴	-۰/۱۶	-۰/۳۱	-۰/۲۹	-۰/۳۱	۰/۲۲	۰/۲۱	۰/۳۱	۰/۲۳	۰/۳۲	۰/۲۹	۱									
آسیب‌پذیری	-۰/۳۱	۰/۲۸	-۰/۱۹	-۰/۳۱	-۰/۲۱	-۰/۲۷	۰/۳۲	۰/۲۹	۰/۳۱	۰/۳۴	۰/۲۹	۰/۳۱	۰/۳۱	۱								
خود تحول نیافته	-۰/۲۹	۰/۳۲	۰/۱۷	-۰/۲۹	-۰/۲۳	-۰/۲۵	۰/۲۱	۰/۳۲	۰/۳۵	۰/۲۲	۰/۲۹	۰/۳۱	۰/۲۶	۰/۲۶	۱							
اطاعت	۰/۲۹	۰/۳۲	۰/۱۹	۰/۲۱	۰/۳۱	-۰/۳۱	۰/۱۹	۰/۳۱	۰/۳۱	۰/۳۲	۰/۲۵	۰/۲۹	۰/۲۳	۰/۲۹	۰/۲۹	۱						
فداکاری	۰/۲۸	۰/۳۲	۰/۲۱	۰/۲۷	۰/۲۱	۰/۲۷	۰/۲۱	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۴۳	۰/۱۱	۰/۳۱	۰/۲۱	۰/۲۳	۰/۲۹	۰/۲۳	۱					
بازداری هیجانی	-۰/۳۱	۰/۲۹	۰/۳۶	-۰/۳۱	۰/۱۴	-۰/۲۸	۰/۲۳	۰/۲۴	۰/۲۹	۰/۳۵	۰/۳۱	۰/۲۲	۰/۲۳	۰/۳۱	۰/۳۱	۰/۳۱	۰/۳۱	۱				
معیارهای سرسختانه	-۰/۲۷	-۰/۲۷	-۰/۲۱	-۰/۲۹	۰/۳۱	-۰/۳۷	۰/۳۲	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۲۸	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۲۹	۰/۲۰	۰/۲۱	۰/۳۱	۰/۲۱	۱			
استحقاق	-۰/۲۴	-۰/۳۲	-۰/۴۱	-۰/۳۱	۰/۲۹	-۰/۲۹	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۲۷	۰/۳۳	۰/۳۱	۰/۲۲	۰/۳۱	۰/۲۹	-۰/۲۹	-۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۲۷	۰/۲۷	۱		
خود انضباطی ناکافی	-۰/۲۸	۰/۲۴	۰/۱۹	-۰/۳۳	-۰/۳۱	-۰/۳۲	۰/۲۱	۰/۲۹	۰/۲۶	۰/۲۹	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۲۷	۰/۲۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۱۸	۱	

همه ضرایب در سطح ۰/۰۵ می‌باشد

نتایج ضریب همبستگی در جدول ۲ نشان داد که بین ابعاد شخصیت هگزاکو با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال مصرف مواد رابطه معناداری وجود دارد. همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ضریب همبستگی هیچ کدام از متغیرهای پیش بین بیشتر از ۰/۸۵ نیست. بنابراین می‌توان گفت مفروضه خطی از هم خطی بودن رخ نداده است. این یافته زمینه را برای آزمون سوال پژوهش فراهم می‌کند. پیش از بررسی آزمون به منظور سنجش نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کشیدگی و چولگی و بررسی هم خطی چند گانه از ضریب تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. پیشفرض نرمال بودن توزیع متغیرها مورد تایید است. همچنین با توجه به اینکه مقدار ضریب تحمل بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ و عامل تورم واریانس بین ۱/۱۱ تا ۱/۷۴ می‌باشد، بنابراین پیش فرض هم خطی بودن متغیرها مورد تایید می‌باشد. در ادامه از روش تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد که نشان داد مدل مبتنی ابعاد شخصیت و مولفه‌های طرحواره ناسازگار در مقایسه با مدل منحصر به مقدار ثابت به صورت معنادار به پیش‌بینی بهتر منجر می‌شود. نتایج تحلیل واریانس برای آزمون معناداری مدل رگرسیون نشان داد مقدار آماره F برابر با ۱۲/۴۵ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌باشد که از نظر آماری معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای وارد شده در مدل رگرسیون متغیر ملاک (اختلال مصرف) را پیش‌بینی می‌کنند.

نتایج ضریب R کانس و استل و نگلکرک نشان داد که متغیرهای ابعاد شخصیت هگزاکو و طرحواره‌های ناسازگار اولیه توانستند بین ۴۱/۳۴ تا ۵۴/۷۶ درصد از تغییرات گرایش به مصرف مواد را تبیین کنند. به عبارت دیگر یافته‌های این پژوهش میزان ۵۴/۷۶ درصد از واریانس گرایش بر اساس متغیرهای مدل تبیین می‌شوند که نشان داد که مدل مبتنی بر ابعاد شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار در مقایسه با مدل منحصر به مقدار ثابت به صورت معنادار به پیش‌بینی بهتر منجر می‌شود. در مرحله بعد جهت ارزیابی ارتباط بین متغیرهای ابعاد شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار با مصرف مواد، از آزمون رگرسیون لجستیک که از حساسیت بیشتری برخوردار می‌باشد استفاده شده است.

جدول ۳: نتایج مدل رگرسیون لجستیک چندگانه برای بررسی پیش‌بینی مصرف مواد بر اساس ابعاد شخصیت

متغیرهای پیش‌بین	ضریب رگرسیون	والد	درجه آزادی	سطح معناداری	نسبت شانس
صداقت-تواضع	۰/۸۷	۱/۰۳	۱	۰/۵۴۶	۰/۹۸
برون‌گرایی	۱/۴۵	۴/۵۴	۱	۰/۰۰۱	۳/۴۳
دلپذیری یا توافق	۰/۵۴	۰/۸۷	۱	۰/۴۳۵	۰/۳۳
باوجدان بودن	۰/۶۵	۰/۸۷	۱	۰/۶۵۴	۰/۴۳
تهییج‌پذیری	۱/۷۶	۲/۶۵	۱	۰/۰۰۱	۴/۵۴
گشودگی به تجربه	۲/۳۳	۲/۳۳	۱	۰/۰۰۱	۶/۳۳
ثابت	۴/۲۶	۲/۴۳	۱	۰/۰۰۱	۱/۸۷

جدول ۳ نتایج رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس ابعاد شخصیت هگزاگو را نشان می‌دهد. با توجه به آزمون والد^۱ از بین ابعاد شخصیت، بعد برون‌گرایی، تهییج‌پذیری و گشودگی به تجربه از ابعاد شخصیت در پیش‌بینی مصرف مواد قوی‌تر از بعد صداقت-تواضع، توافق و باوجدان بودن پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای احتمال گرایش به مصرف مواد است. به طوری که با افزایش یک واحد در نمره برون‌گرایی، تهییج‌پذیری و گشودگی به تجربه، احتمال گرایش به مصرف مواد به ترتیب ۳/۴۳، ۴/۵۴ و ۶/۳۳ برابر افزایش می‌یابد.

جدول ۴: نتایج مدل رگرسیون لجستیک چندگانه برای بررسی پیش‌بینی مصرف مواد بر اساس طرحواره‌های ناسازگار

متغیرهای پیش‌بین	ضریب رگرسیون	والد	درجه آزادی	سطح معناداری	نسبت شانس
محرومیت هیجانی	۱/۳۷	۳/۴۴	۱	۰/۰۰۱	۴/۷۶
رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱/۷۶	۴/۳۳	۱	۰/۰۰۱	۵/۷۶
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱/۲۲	۲/۳۳	۱	۰/۰۰۱	۶/۴۴
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۰/۴۵	۰/۵۴	۱	۰/۴۵	۱/۰۹
نقص و شرم	۰/۸۷	۰/۸۹	۱	۰/۵۴۳	۰/۴۵۳
شکست	۰/۵۵	۰/۴۹	۱	۰/۱۸۹	۰/۴۳
وابستگی/بی‌کفایتی	۱/۲۲	۷/۵۴	۱	۰/۰۰۱	۵/۵۱

جدول ۴: نتایج مدل رگرسیون لجستیک چندگانه برای بررسی پیش‌بینی مصرف مواد بر اساس طرحواره‌های ناسازگار

متغیرهای پیش‌بین	ضریب رگرسیون	والد	درجه آزادی	سطح معناداری	نسبت شانس
آسیب‌پذیری نسبت به بیماری	۱/۵۴	۵/۵۴	۱	۰/۰۰۱	۵/۷۶
خود تحول نیافته / گرفتار	۰/۵۴	۰/۴۵	۱	۰/۱۲۴	۰/۶۷
اطاعت	۰/۷۵	۰/۷۶	۱	۰/۲۳۸	۰/۴۳
فداکاری	۰/۵۶	۰/۸۸	۱	۰/۵۴۶	۰/۸۷
بازداری هیجانی	۱/۷۶	۶/۵۴	۱	۰/۰۰۱	۶/۶۵
معیارهای سرسختانه	۲/۳۳	۸/۵۴	۱	۰/۰۰۱	۴/۵۵
استحقاق / بزرگ‌منشی	۱/۷۶	۷/۵۴	۱	۰/۰۰۱	۳/۴۳
خود انضباطی ناکافی	۰/۸۷	۱/۰۹	۱	۰/۴۵۷	۱/۵۴
ثابت	۴/۲۶	۲/۴۳	۱	۰/۰۰۱	۱/۸۷

جدول ۴ نتایج رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه را نشان می‌دهد. با توجه به آزمون والد از بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، محرومیت هیجانی، رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، بازداری هیجانی، وابستگی / بی‌کفایتی، استحقاق / بزرگ‌منشی، معیارهای سختگیرانه، آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری به لحاظ آماری پیش‌بینی‌های معناداری برای گرایش به مصرف مواد است. به طوری که با افزایش یک واحد در نمره محرومیت هیجانی، رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، بازداری هیجانی، وابستگی / بی‌کفایتی، استحقاق / بزرگ‌منشی، معیارهای سختگیرانه، آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری، احتمال گرایش به مصرف مواد به ترتیب ۴/۷۶، ۵/۷۶، ۶/۴۴، ۶/۶۵، ۵/۵۱، ۳/۴۳، ۴/۵۵ و ۵/۷۶ برابر افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی نقش ابعاد شخصیت هگزاگو و طرحواره‌های ناسازگار در گرایش به مصرف مواد در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک در زمینه پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس ابعاد شخصیت حاکی از آن است که در بین ویژگی‌های شخصیتی هگزاگو، ابعاد تهییج‌پذیری، گشودگی به تجربه و برونگرایی بیشترین نقش را در پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد دارد. این یافته

با نتایج پژوهش‌های چن و همکاران (۲۰۱۹)؛ میچاود و همکاران (۲۰۱۹)؛ ولیخانی و همکاران (۲۰۱۷)؛ شوری و همکاران (۲۰۱۳) هماهنگ و همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها، می‌توان اینگونه استنباط کرد که افرادی که هیجان‌پذیری بالاتری دارند به همین میزان استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، در مورد موضوعات مختلف نگرانی بیشتری را ادراک می‌کنند، تغییرات ناگهانی و شدید احساسات را تجربه می‌کنند و مضطرب و پریشان هستند. افراد مبتلا به مصرف مواد تحمل هیجانی پایینی دارند و تمام تلاش خود را می‌کنند تا از این احساسات رهایی پیدا کنند (اجتناب هیجانی). به ویژه پس از وابستگی به مصرف مواد، یکی از عوامل نگهدارنده مصرف مواد رهایی از علائم ترک است که در مصرف‌کنندگان هم علائم جسمانی و هم علائم روان‌شناختی وجود دارد. این ویژگی تهییج‌پذیری منجر به پاسخ هیجانی مصرف‌کننده می‌شود که در این حالت، مصرف‌کنندگان ناراحتی‌ها و استرس خود را فراموش می‌کنند؛ احساس شادی را تجربه می‌کنند و عواطف و هیجانات منفی را کنار می‌گذارند. بنابراین عدم کنترل عاطفی در افراد مبتلا به مصرف آفتامین تا اندازه‌ای به احساس درماندگی معطوف به موقعیت‌های جاری و احتمالاً احساس گناه و پشیمانی راجع به آن و تاحدی احساس تنهایی و نیازمندی است (اکسندر و اردبرگ، ۲۰۰۵).

این نتایج می‌تواند توجه‌کننده وجود طرحواره‌های بازداری هیجانی و محرومیت هیجانی در افراد مبتلا به مصرف مواد باشد. در تبیین ویژگی شخصیتی برونگرایی در گرایش به مصرف مواد نیز می‌توان گفت که ویژگی شخصیتی برونگرایی، جستجوی تنوع طلبی را در افراد افزایش می‌دهد. این افراد تمایل زیادی به ارتباط با آدم‌های جدید در روابط خود دارند و از آشنا شدن با آن‌ها لذت می‌برند. با توجه به اینکه دوره نوجوانی و اوایل جوانی دوره پرخطر برای گرایش افراد به مصرف مواد است، ویژگی‌هایی چون میل به استقلال، خودمختاری و نیاز به تایید با ویژگی‌های شخصیتی برونگرا ارتباط داشته و نقش مهمی در گرایش به اعتیاد دارد. افراد برونگرا شاداب، پرنرزی و معاشرتی هستند و از بودن با دیگران لذت می‌برند، اما این ویژگی شخصیتی می‌تواند باعث تاثیر قرار

گرفتن در گروه‌های دوستانه شود. البته پژوهش‌ها نشان داده است که برونگرایی در افراد می‌تواند شکلی از طر حوارهٔ ایثار و نیاز به تایید و جلب توجه باشد (کرمی و همکاران، ۲۰۱۵). در طرفی دیگر افرادی که دارای شخصیت برونگرا هستند، افرادی تکانشی و مخاطره‌جو هستند و به راحتی بی‌حوصله و کسل می‌شوند بیشتر احتمال دارند به سمت مصرف مواد محرک جهت جبران بروند. پژوهش‌ها نیز موید این نکته است که ویژگی شخصیتی تنوع‌طلبی می‌تواند گرایش به مصرف مواد به خصوص محرک‌ها را پیش‌بینی کند (فیروزی، خرامین، احمدی و پناهی، ۱۳۹۴). همچنین در تبیین گشودگی نسبت به تجربه در گرایش به مصرف مواد نیز می‌توان گفت که گشودگی نسبت به تجربه، ویژگی است که اغلب کنجکاوی نسبت به دنیای بیرونی و درونی را در خود جای داده است. افرادی که نسبت به دنیای اطراف خود کنجکاو هستند، اغلب تجارب مثبت و منفی بیشتری را تجربه می‌کنند، اگرچه یک بعد باز بودن به تجربه به جنبه‌های مختلفی چون تفکر واگرا که عاملی در خلاقیت است مربوط می‌شود، لیکن انعطاف بی‌مهابا در مواجهه با مسائل جدید امکان گرفتار شدن در دام اعتیاد و گرایش به مصرف مواد را رقم خواهد زد (شفیعی و قمیسی، ۱۳۹۶).

یافته‌ی دیگر نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک در زمینه پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس طر حواره اولیه حاکی از آن است که طر حواره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، بازداری هیجانی، وابستگی، بزرگ‌منشی، معیارهای سخت‌گیرانه و آسیب‌پذیری به بیماری بیشتری نقش را در پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد دارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه ادریسی و همکاران (۲۰۱۸)؛ کرمی و همکاران (۲۰۱۵)؛ شوری و همکاران (۲۰۱۳) و بخشی بوجد و نیک‌منش (۲۰۱۳) که در پژوهش خود نشان دادند که مصرف‌کنندگان مواد در اکثر طر حواره‌های ناسازگار اولیه (طر حواره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص، شکست، وابستگی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار/خود تحول‌نیافته، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و خویش‌داری) افراد مصرف‌کننده آمفتامین به طور معناداری نمرات بالاتری نسبت به افراد بهنجار کسب کردند. در تبیین این یافته‌ها

می‌توان استنباط کرد که طبق نظریه طرحواره‌ای یانگ افرادی که از طرحواره‌های هیجانی مثل محرومیت هیجانی، رهاشدگی و بی‌اعتمادی رنج می‌برند در ارضای نیازهای هیجانی خود و دیگران در روابط بین‌فردی خصوصاً با افراد مهم زندگی‌شان ناتوان هستند. طبق نظریه طرحواره دلبستگی ایمن به دیگران یکی از نیازهای هیجانی اساسی افراد در دوران تحول است و عدم برآورده شدن آن باعث شکل‌گیری طرحواره‌های هیجانی می‌شود. درونی‌سازی پاسخدهی والدین در دوران رشدی کودک باعث شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شوند. پژوهش‌ها نشان داده است. سبک دلبستگی نایمن به علت وجود آشفتگی‌های درونی زمینه سوء مصرف مواد را فراهم می‌کند و گرایش به مصرف آمفتامین را تسریع می‌بخشد (مک‌نالی، پالفای، لوین و مور، ۲۰۰۳).

وجود مشکلات در ارتباطات خانوادگی افراد و عدم صمیمیت و انسجام خانواده، سبک دلبستگی نایمن را در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تبیین می‌کند. طبق نظریه طرحواره درمانی، وجود یک رابطه پایدار و پاسخ‌دهی بهینه و بهنجار مراقب‌های کودک در دوران تحول زمینه شکل‌گیری دلبستگی ایمن را در افراد پایه‌ریزی می‌کنند. در این زمینه می‌توان گفت که در سبک دلبستگی ایمن، مراقبت‌کننده در ارتباط با کودک سه ویژگی پذیرا بودن، در دسترس بودن و پاسخگو بودن را داراست که منجر به شکل‌گیری اعتماد در آنان می‌شود. او در واقع تا یک سالگی به توانمندی اساسی نظیر اعتماد، تحمل آشفتگی هیجانی و عدم حساسیت بالا به طرد شدن دست می‌یابد. افراد مبتلا به سوء مصرف به دلیل دلبستگی نایمن روابط بین‌فردی آشفتته، حساسیت بالا به طرد شدن و تحمل هیجانی کمتری دارند و به موضوعی مثل مواد، الکل و سایر مواد نیاز دارند که تسکین‌دهنده فوری باشد. افراد دلبستگی نایمن در پردازش اطلاعات هیجانی و شناختی دچار سوگیری می‌شوند. خطاهای شناختی مثل فاجعه‌سازی و ذهن‌خوانی در روابط بین‌فردی افراد مبتلا به مصرف دیده می‌شود. افراد اعتیاد به سیگار مشکلات خود را فاجعه‌سازی می‌کنند (سطح فکر)؛ فاجعه‌سازی منجر به تجربه هیجان‌های منفی می‌شود (سطح هیجانی)؛ لذا برای اجتناب از هیجان‌های منفی فرد به مواد و سایر مواد رو می‌آورد

(سطح رفتاری) (لیهی، ۲۰۰۹). از جمله محدودیت‌های این تحقیق کم حوصلگی آزمودنی‌ها جهت پاسخ به پرسشنامه به علت زیاد بودن سوالات پرسشنامه‌ها بود. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر اتکا به ابزارهای خود گزارش دهی است که یافته‌های پژوهش را دچار سوگیری می‌کند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق خود گزارش دهی می‌تواند بر اعتبار درونی تأثیر بگذارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نوع مواد (برای مثال: الکل، کانابیس، توهم‌زاها) مورد ارزیابی قرار گیرد. با توجه به اینکه روش نمونه‌گیری در این پژوهش به شیوه در دسترس استفاده شده است، لذا تعمیم‌پذیری نتایج آن باید با احتیاط انجام گیرد. از آنجا که در پژوهش حاضر صرفاً از مردان به عنوان نمونه آماری استفاده شد پیشنهاد می‌شود تحقیقات مشابه به تفکیک جنسیت نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

منابع

- ارقبایی، محمد؛ سلیمانان، علی اکبر؛ محمدی پور، محمد و قلعه نوری، فریا (۱۳۹۸). نقش سبک دلبستگی در گرایش به مصرف مواد: بررسی نقش میانجی حس انسجام. *فصلنامه اعتیاد پژوهی* سوء مصرف مواد، ۱۳(۵۳)، ۹۷-۱۱۸.
- آمی، قاسم (۱۳۸۴). *هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (بررسی ساختار عاملی) بین دانشجویان دانشگاه های تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- پالاهنگ، حسن؛ نشاط دوست، حمیدطاهر و مولوی، حسن (۱۳۸۸). *هنجاریابی پرسشنامه 6 عاملی HEXACO-PI-R در دانشجویان ایرانی*. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۴(۱۶)، ۴۸-۶۶.
- جمشیدی، صفورا؛ اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد و رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۹۹). نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی خطر عود به اعتیاد. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰، ۷-۱.
- دهقانی، خدیجه؛ زارع، اصغر؛ دهقانی، حمیده؛ صدقی، هاجر و پورموحد، زهرا (۱۳۹۰). شیوع و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر در دانشجویان علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ۱۶۹-۱۶۴.

شفیعی، حسن و قمیصی، محمدرضا (۱۳۹۶). ویژگی‌های شخصیتی و نگرش به اعتیاد و مواد مخدر در دانشجویان. ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران.

صدری دمیرچی، اسماعیل؛ اسرافیلی، هاجر و مصباحی، فرید (۱۳۹۸). الگوی آمادگی به اعتیاد بر اساس صفات سه گانه تاریک شخصیت و ذهنیت‌های طرحواره‌ای. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۱۳(۵۳)، ۱۳۸-۱۱۹.

فیروزی، محمدرضا؛ خرامین، شیرعلی؛ احمدی، سیروس و پناهی، فاطمه (۱۳۹۴). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته و غیروابسته به مواد افیونی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، ۲۰(۸)، ۷۴۴-۷۵۵.

کاپلان، هارولد و سادوک، ویرجینیا (۱۳۹۶). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی. ترجمه رضاعی، فرزین. تهران، انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۴).

محمد بیگی، علی؛ بختیاری، مریم؛ محمدخانی، شهرام و صادقی، زهره (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناکارآمد با اهمال کاری و سلامت روان دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۹۷(۲۲)، ۳۲-۲۴.

References

- American psychiatric association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder, Fifth edition*. Washington, DC.
- Anisi, J., Bahadori, M. H., & Jahanbakhsh, M. (2013). Developing and validation of Identifying People in Risk of Addiction questionnaire (IPRA). *International journal of high risk behavioral addiction*, 1(4), 183-191.
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognition behavioral therapy*, 47(4), 328-349.
- Bakhshi Bojed, F., & Nikmanesh, Z. (2013). Role of early maladaptive schemas on addiction potential in youth. *International journal of high risk behaviors and addiction*, 2(2), 72-76.
- Bashiri, H., Barahmand, U., Akabri, Z. S., Ghamari, A., & Vusugi, H. (2011). A Study of the psychometric properties and the standardization of HEXACO personality inventory. *Procedia social and behavioral sciences*, 30, 1173-1176.
- Chen, F., Yang, H., Bulut, O., Cui, Y., & Xin, T. (2019). Examining the relation of personality factors to substance use disorder by explanatory item response modeling of DSM 5 symptoms. *Plos one*, 14(6), 1-17.
- Ehlers, C. L., Gilder, D. A., Gizer, I. R., & Wilhelmsen, K. C. (2019). Indexing the 'dark side of addiction': substance-induced affective symptoms and alcohol use disorders. *Addiction*, 114(1), 139-149.

- Exner, J. E., & Erdberg, P. H. (2005). *The Rorschach: Comprehensive system*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Idrissi, S. W., Ghailan, T., Ahami, A. Azzaoui, F. Z., Karjouh, K. H., & Mammad, K. H. (2018). Measurement of early maladaptive schemas in heroin addicts treated with methadone in north of Morocco. *Psychology and education*, 8(3), 185-196.
- Karami, Z., Massah, O., Farhoudian, A., & O'jei, A. (2015). Early maladaptive schemas in opiate and stimulant users. *Iranian rehabilitation journal*, 13(2), 10-15.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of Structural Equation Modeling*. New York: Guilford press.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking big personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorder: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821.
- Lange, F., Wagner, A., Müller, A., & Eggert, F. (2017). Subscales of the Barratt Impulsiveness Scale differentially relate to the big five factors of personality. *Scandinavian journal of psychology*, 58(2), 254-259.
- Leahy, R. (2009). *Resistance: an emotional schema therapy (EST) approach*. In: Simos G, editor. *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician*. 2. USA: Routledge.
- Lee, K., & Ashton, M. C. (2004). Psychometric properties of the HEXACO Personality Inventory. *Multivariate behavioral research*, 39(2), 329-358.
- Love, T., Laier, C., Brand, M., Hatch, L., & Hajela, R. (2015). Neuroscience of internet pornography addiction: a review and update. *Behavioral sciences*, 5(3), 388-433.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and individual differences*, 36(3), 587-596.
- Mcnally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V., & More, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults. *Addict Behavior*, 28(6), 115-126.
- Michaud, A., Vainik, U., Garcia-Garcia, I., & Dagher, A. (2019). Overlapping neural end phenotypes in addiction and obesity. *Front Endocrinal*, 8(127), 1-15.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical Methods for Health Care Research*. (5th Edition). Philadelphia: lippincott williams & wilkins.
- Rahimian, I., Tabatabaee, M., & Tosi, J. (2014). Attitude towards substance abuse and its outcomes: The predictive role of personality traits and demographical factors: International. *Journal of high risk behaviors & addiction*, 3(3), 167-172.
- Ramirez, V., Corinde, E., Wiers, C. E., Wang, G. J., & Volkow, N. D. (2020). Personality traits in substance use disorders and obesity when compared to healthy controls. *Research report*, 4(12), 1-10.

- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2013). Early maladaptive schemas among adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *Journal of psychoactive drugs*, 44, 522-527.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five – factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 373-380.
- Turiano, N. A., Whiteman, S. D., Hampson, S. E., Roberts, B. W., & Mroczek, D. K. (2012). Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as a moderator and the effects of trait change. *Journal of research in personality*, 46(3), 295-305.
- Valikhani, A., Aflakseir, A., Hashemi, R., Fathi, M., Momeni, H., & Abbasi, Z. (2017). The relationship between personality characteristics and early maladaptive schema with suicide ideation in iranian late adolescents. *Practice in clinical psychology*, 5(4), 271-280.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontrefact, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive therapy and research*, 26, 519- 530.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach (revved)*. Sarasota, Florida: Professional Resources Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., & Rassooversusky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behavioral*, 82, 174–181.
- 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.

سنجش سطح بلوغ مدیریت دانش در مبارزه با مواد مخدر جهت استقرار

نظام مدیریت دانش*

امیرحسین یاوری^۱، علیرضا برازی^۲، علی مویدی خرم آبادی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۳

چکیده

هدف: مقاله حاضر با هدف سنجش سطح بلوغ مدیریت دانش در ستاد مبارزه با مواد مخدر جهت استقرار نظام مدیریت دانش تهیه شده است. **روش:** روش پژوهش آمیخته یعنی کمی (توصیفی-پیمایشی) و کیفی (دلفی) بود. جامعه آماری در بخش کمی کلیه ذینفعان مبارزه با مواد مخدر شامل مدیران، کارکنان و کارشناسان مبارزه با مواد مخدر دستگاه‌های عضو ستاد و سازمان‌های غیردولتی است که بیش از ۴۰۰۰ نفر برآورد می‌گردد. تعداد نمونه آماری ۳۸۴ نفر می‌باشد و روش انتخاب نمونه تصادفی طبقه‌ای است. در بخش کیفی جامعه آماری شامل ۳۵ نفر از خبرگان حوزه مبارزه با مواد مخدر بودند. برای گردآوری داده‌های تحقیق در مرحله تحقیقات کیفی، از روش دلفی و در مرحله تحقیقات کمی، از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. **یافته‌ها:** نتایج به دست آمده از تحقیق نشان داد، ستاد مبارزه با مواد مخدر در ارزیابی ۶ سطح سنجش سطح بلوغ مدیریت دانش، در بعد فناوری بالاتر از سطح میانگین بوده و از وضعیت نسبتاً بهتری در مقایسه با سایر ابعاد برخوردار است و در بعد منابع انسانی، علیرغم اهمیت آن به عنوان یک بعد کلیدی در آمادگی استقرار مدیریت دانش در سازمان، در پایین‌ترین سطح قرار دارد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده و بر اساس مدل ارزیابی سطح بلوغ مدیریت دانش، ستاد مبارزه با مواد مخدر، در ارزیابی شاخص‌های سنجش سطح بلوغ، این ستاد در سطح دوم ارزیابی (سطح آغازین) قرار می‌گیرد.

کلیدواژه‌ها: مدیریت دانش، بلوغ مدیریت دانش، ستاد مبارزه با مواد مخدر

*. این مقاله برگرفته از رساله دکترای مدیریت راهبردی دانش نویسنده سوم در دانشگاه و پژوهشگاه عالی دفاع ملی و تحقیقات راهبردی می‌باشد.

۱. دانشیار، گروه مدیریت، دانشگاه علوم نظامی امین، تهران، ایران

۲. مدرس دانشگاه، گروه مدیریت راهبردی دانش، دانشگاه و پژوهشگاه عالی دفاع ملی و تحقیقات راهبردی، تهران، ایران

۳. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری، گروه مدیریت راهبردی دانش، دانشگاه و پژوهشگاه عالی دفاع ملی و تحقیقات راهبردی، تهران، ایران.

پست الکترونیک: Elahefardm@gmail.com

مقدمه

مواد مخدر که هیچ کشوری از آسیب‌های جدی آن به دور نمانده، سال‌هاست که بر جامعه ما نیز سایه افکنده است. افزایش تعداد شهدای مبارزه با مواد مخدر، افزایش تعداد مصرف‌کنندگان، افزایش تعداد زندانیان، فروپاشی کانون خانواده‌ها، اتلاف سرمایه انسانی و منابع مالی و ... شواهدی هستند که ابعاد تخریب این پدیده را در جامعه نشان می‌دهد. دولت برای کاهش آسیب‌های ناشی از آن و به منظور پیشگیری از اعتیاد و به موجب ماده ۳۳ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۶۷/۸/۳ مجمع محترم تشخیص مصلحت نظام، ستادی به ریاست رئیس جمهور تشکیل و کلیه عملیات اجرایی و قضایی و برنامه‌های پیشگیری و آموزش عمومی علیه موادمخدر را در این ستاد متمرکز نمود و به منظور انجام فعالیت‌های خود یک واحد سازمانی را به نام دبیرخانه ستاد، طبق قوانین و مقررات به منظور بررسی، نظارت، پیگیری، بازرسی، ارزیابی، کارشناسی طرح‌ها و برنامه‌های امر مبارزه با مواد مخدر و ارائه پیشنهادات لازم در کلیه امور از جمله امور مطالعاتی و تحقیقاتی، فرهنگی، تبلیغاتی، آموزشی، بین‌المللی و غیره تاسیس نمود.

طی گذشت بیش از سه دهه از تاسیس ستاد مبارزه با مواد مخدر و مدیریت‌های مختلف در این دوران، رویکردهای مختلفی بر امر مبارزه حاکم بوده است. در هر کدام از دوره‌های مدیریتی فعالیت‌های قابل توجهی انجام شده است. با توجه به اینکه هر دوره مدیریتی افراد زیادی به صورت مامور، جذب و استخدام و ... مشغول به کار شده‌اند اما پس از مدتی به همراه تجارب کسب شده از حوزه‌های مذکور کوچ نموده و از سازمان خارج شده‌اند، هزینه‌های زیادی را به سازمان‌های درگیر مبارزه تحمیل نموده و پس از گذشت بیش از سه دهه، سازمانی فریه و مملو از دانش‌های پراکنده و بلا استفاده بر جای گذاشته است. بنابراین مشاهده می‌شود علیرغم تلاش‌های فراوان، با مشکلات زیادی بویژه در حوزه بهره‌گیری از تجارب و دانش ذینفعان حوزه مبارزه با مواد مخدر مواجه بوده است.

ستاد مبارزه با مواد مخدر با توجه به وظایف خطیری که بر عهده دارد، دارای یک شبکه ارتباطی گسترده با دیگر سازمان‌ها و وزارتخانه‌هاست. این گستره فعالیت باعث

می‌گردد کارکنان و مدیران در طول زمان تجربیات و دانشی را کسب نمایند که این دانش صرفاً در اختیار آنان بوده و بخش اعظم آن بدلیل خروج از سازمان خارج از دسترس و استفاده است. از سوی دیگر بخشی از این دانش نیز دلیل مهیا نبودن شرایط و ابتکارات مدیریت دانش و همچنین ضعف در فرهنگ اشتراک دانش، جلوگیری از سرریز شدن و رسوخ دانش (در اتحاد راهبردی)، ضعف در پیشگیری از خروج دانش (در هنگام بازنشستگی، ماموریت و خروج کارکنان به شکل‌های مختلف از سازمان) و کاهش قابلیت رویت دانش سازمانی توسط افراد برون سازمانی از دسترس خارج می‌گردد. این موضوع در نتیجه کم توجهی به حفاظت از دانش و سرمایه‌های نامشهود رخ می‌دهد که به دلیل ضعف در طرح‌ریزی و توجه کافی به سرمایه‌های دانشی است. با توجه به توسعه فناوری‌های نوین اطلاعات و ارتباطات، امروزه ذینفعان حوزه مبارزه با مواد مخدر بسترهای الکترونیک و فضای سایبر را در تمامی حوزه‌های مرتبط با مواد مخدر، مورد توجه و بهره‌گیری قرار داده‌اند. غفلت از این موضوع ممکن است در بلندمدت مشکلات بزرگی در مبارزه ایجاد نماید.

علاوه بر موارد مذکور مسائل دیگری همچون مکانیزه نبودن فرایندها که بروکراسی اداری را طولانی و عملاً سازمان را کند و فاقد چابکی لازم نموده است، غفلت از نکات مورد توجه اسناد بالادستی که ضعف در اجرای فرایندهای دانش (جمع‌آوری، پردازش، ذخیره، اشتراک و خلق دانش) و تحلیل اطلاعات را به عنوان یکی از نقاط ضعف و تهدید در تحلیل عوامل محیطی راهبردهای مبارزه مورد اشاره قرار داده است. همچنین ضعف در تسلط بر اطلاعات و دانش تخصصی و کاربردی، ضعف در بهره‌گیری از فناوری‌های اطلاعاتی، چرخه اطلاعات ناقص، نقص در وجود سامانه‌های جامع اطلاعاتی و یا سازگار نبودن سامانه‌های اطلاعاتی دستگاه‌ها جهت انطباق و بهره‌برداری از آنها، از جمله مشکلات زیرساختی انتقال دانش در حوزه مبارزه با مواد مخدر است که به عنوان یک مسئله مهم مورد توجه و نیازمند بررسی می‌باشد.

با توجه به موضوعاتی که به آن‌ها اشاره شد، به نظر می‌رسد مبارزه با مواد مخدر نیازمند نوعی بازنگری در رویکردهای کنونی مبارزه است و باید شیوه‌های اندیشیدن و

فکر کردن جهت حل مشکلات مدیریت مبارزه با مواد مخدر را تغییر داده و تفکرات مبتنی بر دانش و حل دانش محور مشکلات موجود را مورد توجه قرار دهد که خود مستلزم مدیریت راهبردی دانش در این حوزه است. در اهمیت پرداختن به موضوع مدیریت دانش در مبارزه با مواد مخدر، همچون سایر سازمان‌ها، می‌توان ادعان نمود، در دنیای رقابتی امروز و در مواجهه با تغییرات پیش‌روی سازمان‌ها، سازمانی شانس بقا دارد که بتواند خود را به طور دائم، با این تغییرات سازگار ساخته و در این مسیر بهترین راهکارها و رویه‌ها را به کار گیرند تا بتوانند به مزیت رقابتی پایدار دست یابند. از جمله راه‌های دستیابی به مزیت رقابتی پایدار، بهره‌گیری از برنامه‌های یادگیری مستمر کارکنان در راستای دستیابی به اهداف سازمانی با حداکثر اثربخشی است (گیل و ماتاولی^۱، ۲۰۱۶). این مسئله زمانی اتفاق خواهد افتاد که سازمان بتواند دارایی‌های دانشی خود را به‌طور فزاینده‌ای برای حفظ مزیت رقابتی سازمان، مدیریت نماید (آزمی، زیدی و حاسین^۲، ۲۰۱۸). ذکر این موضوع و حفظ دارایی‌های دانشی تاییدی است بر دریافت و فهم مفهوم مدیریت دانش که با انتظارات واقع‌گرایانه از یاری سازمان‌ها در خلق، اشتراک‌گذاری و مدیریت دانش به‌طور موثر پدیدار شد (پاین و فریر^۳، ۲۰۲۰) به گونه‌ای که می‌توان آن را به عنوان رویه‌ای از به کارگیری دانش قبلی برای تصمیم‌گیری جهت تاثیر در کارایی سازمان فعلی و آینده‌سازی آن تعریف نمود و این همان مدیریت دانش است.

مدیریت نشدن دانش سازمان، باعث کاهش ریسک از دست رفتن دانش با ارزش سازمان به واسطه افت کارکنان و کاهش خطر از دست دادن حافظه سازمان به هنگام تعدیل نیروی انسانی می‌شود که این امر منجر به کاهش بهره‌وری، ممانعت از پیشرفت، از دست دادن دانش انجام بهترین کارها و از دست دادن فرصت‌های یادگیری خواهد شد. در مقابل، مدیریت دانش در سازمان باعث می‌شود تا از طریق آن سازمان با استفاده از دارایی‌های فکری و مبتنی بر دانش خود به تولید ارزش و ثروت بپردازد، به طور هوشمند عمل نموده و با یکپارچه‌سازی سرمایه‌های دانشی سازمان در بخش‌های مختلف و

تأثیرگذاری مستقیم بر مفاهیمی مانند مشتری‌مداری، یادگیری سازمانی، اعتلای فرهنگ سازمانی، رهبری و تصمیم‌گیری هوشمندانه، بازطراحی فرایندها زمینه ارتقای صحیح فعالیت‌ها و رسیدن به اهداف موردنظر را به همراه داشته باشد (رابلو و کونته^۱، ۲۰۱۹). این موارد از جمله کارکردهای کلیدی مدیریت دانش هستند که مبارزه با مواد مخدر برای رسیدن به اهداف خود به شدت نیازمند آن‌ها می‌باشد. بدیهی است ستاد بدون داشتن راهبرد مشخصی در استفاده از مدیریت دانش نمی‌تواند بهره‌ای از این کارکردها داشته باشند و می‌بایست در این خصوص اجرا و استقرار نظام مدیریت دانش را مورد توجه قرار دهد.

اگر بهره‌گیری از چرخه مدیریت دانش در حوزه مبارزه با مواد مخدر که به دلیل اهمیت پرداختن به مسائلی که با تصمیمات تعیین‌کننده در سطح ملی و فراملی سروکار دارد، انجام نشود، سازمان فاقد دارایی‌های راهبردی برای مسائل پیش رو خواهد بود. با گذشت زمان، دانش و تجارب اندوخته شده در نزد صاحبان دانش، به هر دلیل ممکن، از سازمان خارج و دستیابی مجدد به آن‌ها به راحتی میسر نخواهد بود، سازمان برای آموزش و به‌کارگیری کارکنان در طول زمان متحمل هزینه‌های زیادی خواهد شد، که این هزینه‌ها در صورت عدم مدیریت صحیح در بهره‌گیری از دانش و تجربیات اندوخته شده در آینده، با چالش مواجه خواهد شد و سازمان عملاً سرمایه‌های زیادی را از دست خواهد داد. درواقع بهبود عملکرد سازمان و اثربخشی آن مبهم و امکان‌پذیر نخواهد بود، وجود انبوه اطلاعات و ریزش کاذب اطلاعات، بهره‌گیری صحیح از آن را برای سازمان با مشکل مواجه ساخته و امکان تصمیم‌گیری درست و به موقع برای سازمان میسر نخواهد بود. در نتیجه، بدون دستیابی به مدیریت دانش، دستیابی به اهداف عالی سازمان با مشکل مواجه خواهد شد و بازنگری و دریافت مشکلات روندها و فرایندها میسر نخواهد بود. در حالی که با کمک مدیریت دانش می‌توان به طراحی مجدد فرآیندهای سازمانی پرداخت و از این رهگذر، به افزایش ظرفیت دانش سازمان و تقویت آن برای ایجاد ارزش افزوده بیشتر و یادگیری بیشتر دست یافت. بر این اساس ضرورت دارد مدیریت دانش در مبارزه با مواد

مخدر مورد توجه قرار گیرد. اما قبل از پرداختن به موضوعات و ابتکارات مدیریت دانش باید سطح بلوغ مدیریت دانش در سازمان مورد بررسی قرار گیرد.

اغلب، سازمان‌ها با توجه شرایطی که در حوزه مدیریت دانش دارند، در سطحی از بلوغ مدیریت دانش قرار می‌گیرند و این سطح نشان دهنده وضعیت جاری آن‌ها در زمینه مدیریت دانش و سطح بلوغ مدیریت دانش در آن‌هاست. معمولاً بر اساس بررسی ویژگی‌ها و ابعاد گوناگون مدیریت دانش، سطح بلوغ مدیریت دانش در سازمان‌ها معین می‌گردد. این موضوع، اندازه‌گیری وضع جاری مدیریت دانش در سازمان بسیار حایز اهمیت است، چرا که اگر سازمان نتواند سطح دانش خود را اندازه بگیرد و قادر نباشد روش‌های تغییر در سطح دانش را ارزیابی کند، در آن صورت چرخه مدیریت دانش ناقص باقی می‌ماند، زیرا هیچ بازخوردی ایجاد نمی‌شود تا در صورت لزوم بتوان در بلوک‌های مختلف مدیریت دانش از جمله بلوک خلق و توسعه، دانش را ایجاد نمود (رحیمی، رزقی شیرسوار، فرهنگی و محقق، ۱۳۹۹). بر این اساس مشاهده می‌گردد که الگوها و مدل‌های زیادی برای ارزیابی سطح بلوغ دانش سازمان‌ها پدیدار شده‌اند که هر یک از پژوهشگران و صاحب نظران با توجه به تجربیات و دیدگاه خود در مدل‌های پیشنهادی چرخه‌ای از فرایندها را ارائه کرده‌اند که هر یک بر جنبه خاصی تأکید دارند. آنچه در این زمینه از اهمیت قابل توجهی برخوردار است این است که بیشتر دیدگاه‌های موجود در خصوص ارزیابی سنجش سطح بلوغ به مواردی همچون مدیریت، فناوری، نیروی انسانی، فرهنگ سازمان، ساختار و فرایندهای مدیریت دانش تأکید دارند که این ابعاد در ادامه به اختصار مورد اشاره قرار می‌گیرد.

رهبری: رهبران سازمان نقش بسیار مهمی در اثربخشی اقدامات مدیریت دانش ایفا می‌کنند. تقریباً در تمامی مدل‌های معتبر پیاده‌سازی مدیریت دانش، رهبری یکی از ارکان اصلی به شمار می‌آید. در بین بیشتر متفکران مدیریت دانش (کریم، پورنومو، فکریه و کاردیاتی^۱، ۲۰۲۰؛ ساسیلو^۲، ۲۰۱۸؛ ساپریتنا، پرنما و ستیوان^۳، ۲۰۲۰؛ داستان، ۲۰۲۰؛

1. Karim, Purnomo, Fikriyah & Kardiyati

2. Susilo

3. Supriatna, Purnama & Setiawan

گاندولفی، استون و دنو^۱، ۲۰۱۷؛ رابرت و واندنبرگ^۲، ۲۰۲۰؛ بیکی من و ماکامب^۳، ۲۰۲۰). این اعتقاد وجود دارد که اگر سازمان از بهترین روش‌های رهبری در عملکرد برخوردار باشد، سایر سازوکارهای مورد نظر سازمانی به طور خودکار در یک خط قرار می‌گیرند. بنابراین، بهره‌وری سازمان به طور قابل توجهی به مدیریت دانش معتبر از طریق سبک‌های مناسب رهبری بستگی دارد. مدیریت سازمان نقش قابل توجهی در بهبود نتایج کسب و کار از طریق تشویق فرهنگ اشتراک دانش در سازمان، طراحی، نگهداری و پیاده‌سازی طرح مدیریت دانش، ساماندهی افراد، فرآیندها و اجزای فناوری، تعریف اهداف، شاخص‌ها و پاداش‌های مدیریت دانش، هدایت گروه‌ها و ارتباطات مدیریت دانش در سازمان و ایجاد شبکه ارتباطی با سایر رهبران مدیریت دانش ایفا می‌نماید. در نهایت سازمان‌هایی می‌توانند در زمینه مدیریت دانش موفق باشند که رهبران آگاه، همراه و حمایتگر داشته باشند. در این صورت کارکنان سازمان با انگیزه بیشتری اقدامات دانشی را انجام می‌دهند و در نهایت سازمان در سطح بلوغ بالاتری قرار خواهد گرفت (یانگ، ۲۰۱۰).

۹۱

91

کارکنان و منابع انسانی: دانش سازمانی و مدیریت دانش دو عنصر به هم پیوسته بوده و هر دو به طور گسترده‌ای به منابع انسانی وابسته‌اند. باستن و هامان^۴ (۲۰۱۸) بر این باورند که سازمان‌های یادگیرنده موفق یک محیط سازمانی را ایجاد نموده و یادگیری سازمانی را با مدیریت دانش ترکیب می‌کنند. علاوه بر این، در حالی که یادگیری سازمانی در درجه اول به تولید مداوم دانش جدید مربوط می‌شود، مدیریت دانش در ابتدا بر روی رسمی‌سازی، ذخیره‌سازی، به اشتراک‌گذاری و توزیع و هماهنگی دارایی‌های دانش موجود در سراسر سازمان متمرکز است. ویژگی ذاتی هر دو، به اشتراک‌گذاری ایده‌ها برای ایجاد و توسعه دانش جدید است. واقعیت این است که این امر به کارکنان، به عنوان کسانی که دانش را در اختیار دارند (رحمان^۵ و همکاران، ۲۰۱۹) مربوط می‌شود. به عبارتی نقش و اهمیت منابع انسانی در مدیریت دانش غیرقابل انکار بوده و کارکنان تنها

1. Gandolfi, Stone & Deno
2. Robert & Vandenberghe
3. Bikimane & Makambe

4. Basten & Haamann
5. Rahman

کسانی هستند که دانش را ایجاد کرده و به اشتراک می‌گذارند، از همین جهت، کار با کارمندانی که مشتاق ایجاد و به اشتراک گذاشتن دانش هستند، بسیار مهم است. فرهنگ سازمان: فرهنگ سازمانی اصطلاحی برای توصیف کیفیت جو اجتماعی درون سازمانی است که شرایط کار همه کارکنان را تعیین می‌کند. واضح است که این موضوع نشان دهنده پدیده‌ای مربوط به احساسات است تا ذهن منطقی یک ناظر. ارتوسان و ادیگوزل^۱ (۲۰۱۸) نیز اعتقاد دارند فرهنگ سازمانی با همپوشانی ارزش‌های سازمانی با ارزش‌های فردی، احساس هویت و تعلق را برای کارمندان ایجاد می‌کند و همچنین رفتارهای سازمانی مطلوب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر همین اساس یانگ (۲۰۱۰) نیز بر این باور است که فرهنگ سازمانی نقش قابل توجهی در توسعه ابتکارات مدیریت دانش دارد.

ساختار سازمان: ساختار سازمانی یک سیستم رسمی از وظایف و روابط اختیار است که چگونگی هماهنگی فعالیت‌های افراد و استفاده از منابع جهت تحقق اهداف سازمانی را کنترل می‌کند و به الگوهای روابط درونی سازمان، اختیار و ارتباطات دلالت دارد (اولوب^۲، ۲۰۱۶). ساختار سازمانی در نمودار سازمانی نمایان می‌گردد و نمودار سازمانی یک نماد قابل رویت از کل فعالیت‌ها و فرایندهای سازمان است. ساختار سازمانی به عنوان سیستمی عمل می‌کند که رابطه بین نقش‌های مختلفی را که افراد مختلف در سازمان بر عهده دارند، مدیریت می‌نماید. بر این اساس ساختار سازمانی می‌تواند به عنوان مکانیسمی تعریف شود که افراد را در چارچوب نقش‌ها، اقتدار و قدرت‌شان پیوند داده و آن‌ها را هماهنگ می‌کند (اوریم و آیدان^۳، ۲۰۱۸) و از این طریق می‌تواند بر بهره‌گیری از ابتکارات مدیریت دانش در سازمان اثر بگذارد.

فناوری: ظهور شبکه‌های ارتباطی با توجه با ویژگی سرعت، چابکی، امنیت، دقت و ... موجبات اشتراک دانش، همکاری، کاهش هزینه و رضایت‌مندی بیشتری را برای مشتریان و تامین کنندگان خدمات به ارمغان آورده است. فناوری در جریان پیشرفت و توسعه

1. Ertosun & Adiguzel
2. Ololube

3. Evrim & Aydan.

طبیعی خود، از پشتیبانی سیستم‌های عملکردی به سیستم‌های فرآیندگرا در حال حرکت بوده و به هدایت انقلابی مجهز به فناوری‌های نوین که تحت تأثیر کارآیی مهندسی مجدد فرآیند است، منجر شده است. در این مسیر، نقش فناوری اطلاعات در به اشتراک گذاری دانش و تاثیر آن بر فرهنگ سازمان (اردورمازلی^۱، ۲۰۲۰) محل بحث بسیاری از صاحب‌نظران بوده است. مطالعات فراوانی در این زمینه وجود دارد که نشان می‌دهد فناوری به عنوان یک مؤلفه مهم و اساسی برای موفقیت در اجرای مدیریت دانش است. زیرا زیرساخت فنی می‌تواند در تقویت مدیریت دانش مفید بوده و به کارکنان این امکان را می‌دهد که دانش ضمنی را به اشتراک بگذارند؛ بنابراین فناوری در چارچوب مدیریت دانش یکپارچه در جایگاه اصلی قرار گرفته تا با استفاده از پایگاه دانش، مهارت‌ها و تجارب کارمندان را حفظ و گسترش دهد و راه‌هایی برای دستیابی به دانش موجود و ایجاد و انتقال دانش جدید و صلاحیت‌های اصلی بیاید.

فرایندهای مدیریت دانش: چرخه مدیریت دانش، تحول چرخه اطلاعات و دانش است که می‌تواند به عنوان روال سازماندهی اطلاعات پیش‌بینی شود. این چرخه یک فرایند مداوم است که در آن اطلاعات شناسایی، گردآوری، سازماندهی، ذخیره سازی، اشتراک گذاری و استفاده می‌شوند.

ایگبینوویا و آیکنوی^۲ (۲۰۱۸) فرایندهای مدیریت دانش را مجموعه فعالیت‌هایی می‌داند که یک سازمان برای تسهیل و استفاده از دانش به کار می‌گیرد. مهاپاترا، آگراول و ستپاتی^۳ (۲۰۱۶) نیز بر این باورند که چرخه مدیریت دانش روش‌هایی را که سازمان‌ها در مراحل مختلف زندگی خود در سازمان مدیریت می‌کنند، مشخص می‌نماید. این موضوع نشان می‌دهد که چگونه اطلاعات از طریق ایجاد و استفاده از فرایندها به دانش تبدیل می‌شوند.

توضیح درباره چرخه مدیریت دانش و فرایندهای آن در دیدگاه‌های بسیاری دیگر از دانشمندان مانند دهامدهر^۴ (۲۰۱۵)، ایگبینوویا و آیکنوی (۲۰۱۸)، بوستامانته، کوچان و

فرسارد^۱ (۲۰۱۹) و ... مورد توجه قرار گرفته و به مواردی همچون: کسب، ضبط، سازماندهی، ذخیره سازی، به اشتراک گذاری دانش و در نهایت به کاربرد دانش به عنوان مولفه‌های اساسی دانش اشاره نموده اند. شش بعد مذکور که به تفصیل مورد بحث واقع شد در تحقیقات بسیاری از محققان در ارزیابی سطوح بلوغ مدیریت دانش در سازمان‌ها مورد اشاره قرار گرفته است.

دکامینی و احسانی فر (۱۴۰۰) در پژوهشی تأثیر بلوغ مدیریت دانش بر کیفیت خدمات در بانک پارسیان را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که میزان بلوغ مدیریت دانش بر کیفیت خدمات اثر مثبت و معنی داری دارد. از بین متغیرهای تعیین کننده بلوغ مدیریت دانش، دسترسی به دانش و تجربیات، فرآیندهای سازمانی، مهارت کارکنان، انگیزه افراد، ثبت تجارب کارکنان، بازیابی دانش و مبادله دانش بر بلوغ مدیریت دانش اثری مثبت و مستقیم داشته و مدیریت سازمان، سیستم‌های سازمان و فناوری اطلاعات و فعالیت دانش تیمی اثر معکوسی بر به بلوغ رسیدن مدیریت دانش در سیستم دارند.

در پژوهشی دیگر، اکبری، نوشین فرد و حریری (۱۳۹۹) موانع عوامل جریان دانش در کتابخانه‌های دانشگاهی را براساس مدل بلوغ مدیریت دانش مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش سطوح بلوغ مدیریت دانش در سازمان در ۵ بخش شامل سطح آغازین، توسعه، استانداردسازی، بهینه سازی و نوآوری طبقه بندی شده است. به منظور تعیین سطح بلوغ آن‌ها به عواملی چون: ویژگی‌های دانش، منبع دانش، کانال‌های ارتباطی، عوامل زمانی، مدیریتی، سازمانی، فردی و فنی در سنجش سطح بلوغ اشاره نمودند و تأکید دارند در صورتی که این عوامل به خوبی مدیریت نشوند می‌توانند به عنوان عوامل مانع در اجرای مدیریت دانش تلقی شوند. نتایج تحقیق نشان داد بعد مدیریت یکی از ملموس‌ترین موانع در استقرار مدیریت دانش است. بنابراین توجه به شاخص‌های رهبری کارآمد، سبک درست مدیریت، حمایت سازمانی، توجه به کارکنان دانشی برای رفع موانع مدیریت دانش ضروری است.

فرزان، پورکیانی و شیخی (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان "رابطه بین معیارهای ارزش‌گذاری و سطح بلوغ مدیریت دانش" و با هدف تبیین الگوهای ارزش‌گذاری دستگاه‌های اجرایی برای نیل به سطح بلوغ مدیریت دانش به این نتیجه رسیدند که بین معیارهای ارزش‌گذاری و سطح بلوغ مدیریت دانش در سازمان رابطه معناداری برقرار است. معیارهای ارزش‌گذاری ۱۷ مولفه دارد. مولفه فنی آن بیشترین میانگین و مولفه قابلیت نگهداری کمترین میانگین را از میان مولفه‌ها داشته است. سطح بلوغ مدیریت دانش با ۱۳ مولفه در سطح بیشتر از میزان متوسط عملکرد قرار دارد.

قاسمی و المحمدی (۱۳۹۷) نیز در پژوهشی با عنوان "طراحی مدل بلوغ مدیریت دانش در کلاس جهانی بر اساس مدل تعالی: یک رویکرد آمیخته" به بررسی مدل‌های موجود سنجش سطح بلوغ دانش در سازمان‌ها پرداختند. نتایج نشان داد که برای اجرای مدیریت دانش می‌توان به ۱۳ توانمندساز و ۴ نتیجه کلیدی عملکرد مدیریت دانش در کلاس جهانی اشاره نمود. براین اساس مدل بلوغ مدیریت دانش در کلاس جهانی بر اساس مدل تعالی دارای شش سطح است که به ترتیب عبارتند از: سطوح هرج و مرج، ابتدایی، هماهنگی و استانداردسازی دانش، بهینه‌سازی، بهبود مستمر و انفجار دانش.

رضایی‌نور، لک و جعفری (۱۳۹۶) در پژوهشی دیگر با عنوان "ارائه مدل ارزیابی بلوغ مدیریت دانش مبتنی بر عوامل اساسی موفقیت مدیریت دانش" به بررسی عوامل و شاخص‌های موثر بر مدیریت دانش به منظور ارائه مدلی جامع برای دانشگاه علوم انتظامی امین پرداختند. نتایج به دست آمده از تحقیق نشان داد اجرای مدیریت دانش در فرایندهای سازمان مورد مطالعه تاثیر مثبتی نداشته است. همچنین نتایج نشان داده میزان بلوغ در منابع انسانی وضعیت مطلوبی داشته، اما فرایندها، فرهنگ و ساختار سازمانی در سازمان مورد مطالعه نیازمند توجه بیشتری است. مدل پیشنهادی این تحقیق را می‌توان در سازمان‌های آموزشی مشابه مورد استفاده قرار داد.

خدیور و عباسی (۱۳۹۵) سطح بلوغ مدیریت دانش در ۳۰۰ شرکت ایرانی را با استفاده الگوی مدیریت و بهره‌وری امریکا مورد مطالعه قرار دادند. نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان داد که ابعاد فرهنگ، فناوری، فرایند، رهبری و ارزیابی نسبتاً از وضعیت

بهتری برخوردار هستند. سازمان‌هایی همچون بانک‌ها و ادارات بیمه و مؤسسات سرمایه‌گذاری و همچنین سازمان‌های مرتبط با حوزه‌های نفت و گاز و دیگر شرکت‌های تولیدی در سطح سوم بلوغ مدیریت دانش قرار دارند و شرکت‌های فنی و مهندسی در سطح دوم از سطوح بلوغ مدیریت دانش قرار دارند.

بر اساس پژوهش‌های پریرا^۱ و همکاران (۲۰۲۱) با عنوان "ارزیابی بلوغ مدیریت دانش در سازمان‌های پروژه محور در اروپا"، تجزیه و تحلیل سطح بلوغ عمومی این سازمان‌ها، مراحل چرخه مدیریت دانش (شناخت، خلق، ذخیره، اشتراک، کاربرد، یادگیری و بهبود) به درک درست و سنجش سطوح بلوغ مدیریت دانش کمک شایانی می‌کند. نتایج به‌دست آمده از این تحقیق نشان داد به طور کلی، سازمان‌های پروژه‌محور اروپایی در نیمه راه پیاده‌سازی سیستم‌های مدیریت دانش هستند. در حالی که نیاز به یک سیستم مناسب مدیریت دانش ضرورت دارد، اقدامات عملی به منظور استقرار نظام مدیریت دانش نیازمند توسعه زیرساخت‌های پشتیبانی است.

کودریش و سابتیاننا^۲ (۲۰۲۰) به منظور بررسی علل عدم تطابق سیستم مدیریت دانش با اهداف سازمانی در یک سازمان و نهاد دولتی به مطالعه و ارزیابی سطح بلوغ مدیریت دانش در امور انفوماتیک ریاست جمهوری بر اساس مدل بلوغ مدیریت دانش در سازمان‌های دولتی پرداختند. به همین منظور در پنج بعد (فرهنگ، سیاست، راهبرد، فرایندها و فناوری) و پنج سطح (آغازین، تکرار، تعریف شده، مدیریت شده و بهینه سازی) سازمان را مورد ارزیابی قرار دادند. بر اساس نتایج به دست آمده از تحقیق سازمان مذکور در کلیه ابعاد در سطح سوم بلوغ مدیریت دانش قرار دارد.

اسکریواتو و سیلوا^۳ (۲۰۱۹) در پژوهش خود با هدف نشان دادن کاستی‌ها و شناسایی عوامل مرتبط به عوامل موثر در بلوغ مدیریت دانش پژوهشی با عنوان "مدل‌های بلوغ مدیریت دانش: شناسایی شکاف‌ها و پیشنهاد بهبود" انجام دادند. این مطالعه را می‌توان به عنوان یک تحقیق نظری مبتنی بر مرور متون سیستماتیک توصیف کرد. این مقاله از طریق

بررسی و تجزیه و تحلیل مدل‌های بلوغ مدیریت دانش موجود، اشکالات مدل‌ها را به صورت سیستماتیک و مفهومی نشان داده و پیشنهاداتی برای بهبود آن‌ها ارائه می‌نماید. در ادامه به صورت اختصار برخی از مدل‌های موجود بلوغ مدیریت دانش در جدول زیر مورد اشاره قرار می‌گیرد.

جدول ۱: بررسی کلی مدل‌های بلوغ مدیریت دانش

محقق	مدل	سطوح بلوغ	مولفه‌های مدل
گالهر و هازلت ^۱ (۱۹۹۹)	مدل بلوغ سه گانه	آگاهی، مدیریت شده، توانا	زیرساخت دانش، فرهنگ دانش، فناوری دانش
کوشیکار ^۲ (۲۰۰۰)	مدل بلوغ مدیریت دانش (اینفوسیس)	پیش فرض، واکنش پذیر، آگاهی، متقاعد شده، اشتراک گذاری	افراد، فرایند، فناوری
اهمس و لانگن ^۳ (۲۰۰۲)	مدل بلوغ مدیریت دانش (زیمنس)	اولیه، تکرار شده، تعریف شده، مدیریت شده، بهینه سازی	اهداف استراتژی و دانش، محیط زیست و مشارکت، افراد و شایستگی‌ها، همکاری، فرهنگ و رهبری، ساختار، فناوری و زیرساخت، فرایندها
کولکارنی و فریز (۲۰۰۴)	مدل بلوغ قابلیت	سخت، ممکن، تشویق شده، توانا شده، مدیریت شده و بهبود مستمر	یادگیری، تخصص، داده، دانش ساختارمند
رسول ^۴ و همکاران (۲۰۰۸)	مدل بلوغ مدیریت دانش	فعالیت‌های کمی، منابع، ساختار، هبود و اندازه گیری	انباشت دانش، کسب دانش، تسهیم دانش، مالکیت دانش، استراتژی، برنامه‌ها و سیستم‌های KM، یادگیری سازمانی، محیط، مردم و جو سازمانی، فرایند، کسب دانش، ابزارهای فناوری اطلاعات
گراند استین ^۵ (۲۰۰۸)	مدل بلوغ مدیریت دانش	ناخودآگاه، هشیاری، شهودی، رسمی سازی، کنترل و اندازه گیری بهترین شیوه‌ها	محیط اجتماعی فنی، ارزش افزوده، فرآیند، اصول راهنمای مدیریت، زیرساخت‌های موقت، فرآیندهای عمومی KM، فرآیندهای یادگیری، روش‌ها و ابزارهای پشتیبانی
پی و کانکانهالی ^۶ (۲۰۰۹)	مدل بلوغ مدیریت دانش	سطح آغازین، آگاهی، تعریف شده، مدیریت شده، کنترل	کارکنان، فرایندها و فناوری

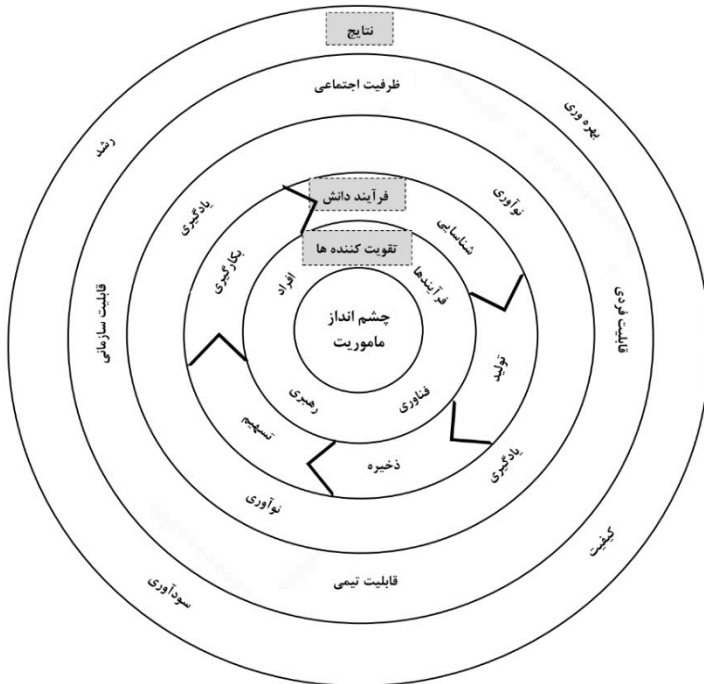
جدول ۱: بررسی کلی مدل های بلوغ مدیریت دانش

محقق	مدل	سطوح بلوغ	مولفه های مدل
کوریاکوز ^۱ و همکاران (۲۰۱۰)	مدل بلوغ مدیریت دانش	پیش فرض، ابتدایی، توسعه کیفی، توسعه کمی، بلوغ و بلوغ سازمانی توسعه یافته	افراد، فرایندهای فناوری، دانش، نرخ بازگشت سرمایه
اولیوا ^۲ (۲۰۱۴)	مدل بلوغ مدیریت دانش	ناکافی، ساختارمندگرا، یکپارچه	سازمان، اطلاعات، فرهنگ، مشارکت
سرنا ^۳ (۲۰۱۵)	مدل بلوغ مدیریت دانش	مستعد، واکنش، ارزیابی، سازماندهی شده، بهینه شده	-
ابونصر و همکاران (۲۰۱۶)	مدل بلوغ مدیریت دانش	واکنش، سطح شروع، بسط، پالایش، بلوغ	رهبری، فرآیند، مردم، فناوری، فرآیند دانش، یادگیری و نوآوری، نتایج مدیریت دانش
آریاز پرز ^۴ و همکاران (۲۰۱۶)	مدل بلوغ مدیریت دانش	اولیه، اکتشافی، استفاده شده، اداره شده، نوآوری	فرآیند، فناوری، استراتژی، فرهنگ
قاسمی و المحمدی (۱۳۹۷)	مدل بلوغ مدیریت دانش	هرج و مرج، ابتدایی، هماهنگی و استانداردسازی دانش، بهینه سازی، بهبود مستمر، انفجار دانش	فرایندهای مدیریت دانش، منابع انسانی، فناوری، راهبردها، سرمایه فکری، سیستم های مدیریت دانش، فرهنگ، اقدامات اجرایی، نقشه راه، حمایت و رهبری
کریمی و عباسی (۱۳۹۸)	مدل بلوغ مدیریت دانش	مقدماتی، تکرار شده، تعریف شده، مدیریت شده، بهینه شده	رهبری، فناوری، فرهنگ، مدیریت، پاداش، آموزش، دسترسی به دانش، ثبت دانش، کاربرد دانش، مهارت کارکنان

با توجه به هدف اصلی تحقیق و همچنین بررسی مدل های موجود بلوغ مدیریت دانش و مدل های مقبول جهانی بلوغ، در این تحقیق از مدل سازمان بهره وری آسیا (یانگ، ۲۰۱۰) در ساختار و در استخراج ابعاد، مولفه ها و شاخص ها از دستنامه ایزو ۳۰۴۰۱ بهره گرفته شده است.

چارچوب مدیریت دانش سازمان بهره وری آسیایی، مواردی همچون فرایندهای مدیریت دانش، تقویت کننده های آن، و نتایج کاربرد مدیریت دانش مورد اشاره قرار گرفته است (شکل ۱). با توجه به اینکه در پژوهش حاضر، این چارچوب مبنای تهیه پرسشنامه می باشد، توضیحاتی درباره آن ارائه می گردد. نکته اصلی این چارچوب بیانگر

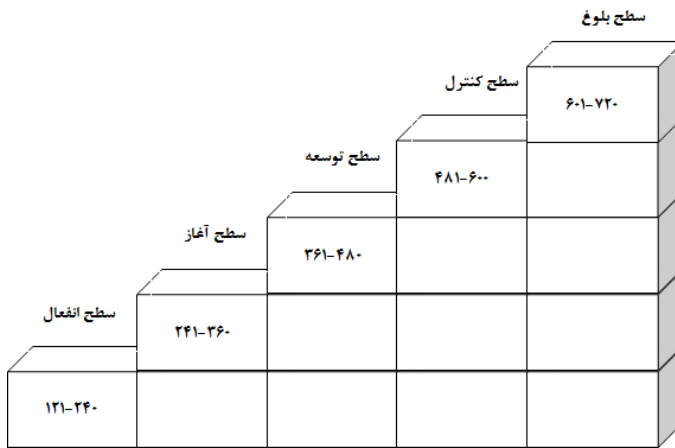
شناخت ارکان اساسی و زمینه‌ساز مدیریت دانش در سازمان است که شامل شناخت چشم‌انداز، مأموریت و اهداف سازمان است که به واسطه آن تجزیه و تحلیل توانایی‌ها و قابلیت‌های اصلی سازمان فراهم می‌گردد.



شکل ۱: چارچوب مدیریت دانش سازمان بهره‌وری آسیا (یانگ، ۲۰۱۰)

بخش دوم توانمندسازهای مدیریت دانش قرار دارند که در برگیرنده افراد، فرایندها، فناوری و رهبری است. این عوامل به سازمان کمک کند تا درک بهتری از اثرگذاری عوامل تقویت کننده و مؤثر در سازمان داشته باشد. در بخش سوم این مسئله در ساختار، فرایندهای اصلی مدیریت دانش قرار دارند که ارزیابی اولیه‌ای از فعالیت‌های مرتبط با مدیریت دانش را فراهم می‌سازند. لایه مربوط به نتایج مدیریت دانش، اثربخشی فرایندهای مدیریت دانش را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. قاعدتا این نتایج باید بتوانند بهبود یادگیری و نوآوری را در سازمان نشان داده به بهبود عملکرد و بهبود کیفیت تولید و خدمات، بهره‌وری، سوددهی و رشد سازمان منجر شوند (یانگ، ۲۰۱۰).

همانگونه که قبلا هم اشاره شد در مدل پیشنهادی این تحقیق، هم از الزامات ایزو ۳۰۴۰۱ و هم از مدل مدیریت دانش سازمان بهره وری آسیا استفاده شده است. بنابراین در مجموع و بر اساس عناصر کلیدی چارچوب مدیریت دانش، شش مؤلفه (مدیریت و راهبرد، نیروی انسانی، فناوری، فرهنگ، ساختار، چرخه مدیریت دانش) را مورد بررسی قرار می‌دهد. با توجه به تعداد ابعاد و مولفه‌ها و سوالات مورد بررسی (۶ بعد، ۱۹ مولفه و ۱۴۴ سوال) شیوه محاسبه سطوح مورد مطالعه به صورت زیر می‌باشد. همانگونه که اشاره شد در این تحقیق از پرسشنامه مبتنی بر طیف لیکرت استفاده شده است. مجموعاً ۱۴۴ سوال و پاسخ هر سوال از ۱ تا ۵ نمره گذاری شده است (توضیح اینکه برای تعیین سطح بلوغ مدیریت دانش در سازمان مورد مطالعه برای هر بعد ۲۴ سوال و برای هر کدام از این ابعاد حداکثر ۱۲۰ نمره محاسبه شده است) مجموع نهایی نمرات اکتسابی کلیه ابعاد بیانگر سطح بلوغ مدیریت دانش در ستاد مبارزه با مواد مخدر به شکل زیر خواهد بود:



شکل ۲: سطح بلوغ مدیریت دانش سازمان (برگرفته از مدل یانگ، ۲۰۱۰)

تعریف هر یک از سطوح بلوغ به شرح زیر می‌باشد:

سطح انفعال: عدم اطلاع و ناآگاهی سازمان از مدیریت دانش و اهمیت آن برای

افزایش بهره‌وری و مزیت رقابتی؛

آغاز: شروع به درک نیاز برای مدیریت کردن دانش و آغاز فعالیت مدیریت دانش با

یک پروژه پایلوت توسط سازمان؛

توسعه: پیاده سازی و استقرار مدیریت دانش در سطح کلان سازمان؛
کنترل: ارزیابی پیاده سازی مدیریت دانش به منظور بهبود مداوم؛
بلوغ: نهادینه شدن مدیریت دانش در سازمان به صورت کامل.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این تحقیق از نظر هدف یک تحقیق کاربردی، توسعه‌ای و بر اساس چگونگی گردآوری داده‌ها در دسته تحقیقات توصیفی و از نوع مطالعه موردی است. در این تحقیق از روش آمیخته (کیفی-کمی) بهره گرفته شده است. جامعه آماری تحقیق، در مرحله کیفی، خبرگان هستند که تعداد آن‌ها ۳۵ نفر و افراد در دسترس بودند. جامعه آماری تحقیق در بخش کمی نیروی جنبشی تولید دانایی در مبارزه مواد مخدر و ذینفعان مبارزه با مواد مخدر شامل کارکنان ستاد، دستگاه‌های عضو ستاد در کل کشور می‌باشد که مستقیماً در حوزه‌های مبارزه مواد مخدر فعالیت می‌کنند، می‌باشند که حدود ۴۰۰۰ نفر تخمین زده می‌شود. به منظور برآورد حجم نمونه از نرم افزار ¹SPSS Sample Power استفاده شده است. با مدنظر قرار دادن حداکثر متغیرهای مستقل اثرگذار بر متغیرهای وابسته در گیر در مدل‌های رگرسیونی پژوهش و درصد خطای ۵٪ توان بالای ۸۰٪ و حجم اثر ۵٪ حجم نمونه تعداد ۳۸۴ نفر تعیین گردید.

ابزار

گردآوری داده‌های تحقیق، به صورت کلی در دو بخش انجام شد. در بخش اول جهت تدوین مبانی، تعاریف و مفاهیم نظری از منابع کتابخانه‌ای (شامل کتب، مجلات، مجموعه مقالات همایش‌های علمی، متون چاپی نمایه شده در بانک‌های اطلاعاتی داخلی و خارج) استفاده شد. در بخش دوم تحقیق، برای سطح‌بندی عوامل و شاخص‌ها و سایر موارد مورد نظر پژوهش، با استفاده از تکنیک دلفی و مصاحبه در مرحله تحقیقات کیفی و در بخش

۱.. این نرم افزار با در نظر گرفتن عوامل تاثیر گذار بر حجم نمونه در موقعیت‌های مختلف و متناسب با روش‌های آماری تحلیل داده حجم بهینه نمونه را برآورد می‌کند.

کمی از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. پرسشنامه محقق ساخته است و در تهیه آن هم از الزامات ایزو ۳۰۴۰۱ و هم از مدل مدیریت دانش سازمان بهره‌وری آسیا بهره گرفته شده است. قابل ذکر است که در تحقیق حاضر سوالات ۱ تا ۲۴ بعد مدیریت و راهبرد، سوالات ۲۵ تا ۴۸ بعد منابع انسانی، سوالات ۴۹ تا ۷۲ بعد فناوری، سوالات ۷۳ تا ۹۶ بعد چرخه مدیریت دانش، سوالات ۹۷ تا ۱۲۰ بعد فرهنگ و سوالات ۱۲۰ تا ۱۴۴ بعد ساختار سازمانی را مورد بررسی قرار داده است. به منظور بررسی اعتبار ابزار سنجش مولفه‌های مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش در جامعه مورد مطالعه از اعتبار سازه و رویکرد تحلیل عاملی (تاییدی) و به منظور بررسی پایایی این ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. مقادیر مربوط به برآورد ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۷) نشان داد که همبستگی درونی مولفه‌های مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش در حد بالایی قرار دارد؛ در نتیجه ابزار سنجش مربوط به این مولفه‌ها از دقت اندازه‌گیری کافی برخوردار و به عبارت دیگر پایا یا دارای قابلیت اعتماد است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS²⁴ و LISREL^{8.8} و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و همچنین روش‌های تحلیل عاملی تأییدی استفاده شده است.

یافته‌ها

در ارتباط با یافته‌های تحقیق، نتایج در دو بخش کیفی و کمی ارائه می‌گردد:

در بخش کیفی، جامعه آماری شامل ۳۵ نفر از خبرگان حوزه مبارزه با مواد مخدر بودند. برای تأیید مولفه‌ها و شاخص‌های تحقیق، ابتدا با استفاده از تکنیک دلفی چک لیست‌های اولیه تهیه شد. در قالب پرسشنامه، سوالات و گویه‌هایی که مبین شاخص‌های شناسایی شده مذکور هستند طراحی و برای نظرخواهی در مورد درجه تناسب و اهمیت شاخص‌ها و کسب اجماع در مورد آن‌ها، میان جامعه تخصصی یا خبرگان مورد مطالعه توزیع گردید. پس از تکمیل و دریافت نظرات ارائه شده، کلیه اطلاعات و نظرات مورد بازبینی قرار گرفته و نظرات نزدیک به هم و یا جزء و کل در هم ادغام و نظرات و دیدگاه‌های مشابه و تکراری حذف شد و چک لیست اولیه شامل ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های تحقیق تهیه و مجدداً در اختیار خبرگان برای تعیین تناسب و اهمیت هر

شاخص قرار گرفت. در گام سوم نظرات ارائه شده گردآوری و در نرم افزار آماری spss جهت اقدامات بعدی تحقیق وارد شد. پس از بررسی اطلاعات گردآوری شده منتج از تحلیل آماری شاخص‌های دارای میانگین پایین‌تر از حد نرمال حذف و چک لیست نهایی جهت اجرای گام چهارم تحقیق تهیه و مجدد در اختیار خبرگان قرار گرفت. نتیجه نهایی پس از تعیین اعتبار محتوا و پایایی در قالب پرسشنامه نهایی گردید.

در ابتدا عوامل و مولفه‌های مستخرج از ادبیات تحقیق که به تایید خبرگان رسیده بود، در قالب پرسشنامه نهایی تهیه و در میان نمونه آماری مورد مطالعه در این بخش توزیع و گردآوری شد. نتیجه نهایی پس از تعیین اعتبار محتوا و پایایی در قالب پرسشنامه نهایی تهیه و مورد استفاده قرار گرفت. به منظور بررسی اعتبار ابزار سنجش مولفه‌های مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش در جامعه مورد مطالعه از اعتبار سازه و رویکرد تحلیل عاملی استفاده گردید.

در بررسی مدل اولیه از میان ابعاد مربوط به ابعاد مدل، ابزارهای اندازه‌گیری مربوط به تعدادی از مولفه‌ها به علت نامعین بودن ماتریس همبستگی و یا عدم همگرایی قابلیت تحلیل عاملی نداشت. لذا طی یک فرایند تکراری به تدریج برخی آیتم‌ها از این مجموعه خارج شد تا بهترین نتیجه حاصل شود. همچنین در ارتباط با چرخه مدیریت دانش، ماتریس همبستگی با ۴۲ آیتم معین مثبت نبود در بهترین حالت مدل نهایی چرخه دانش با ۲۴ آیتم به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی (تاییدی) تحقیق نشان دهنده تناسب بارهای عاملی ابعاد سنجش سطح بلوغ دانشی سازمان است. بارهای عاملی و واریانس تبیین شده در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: بارهای عاملی و واریانس تبیین شده مدل

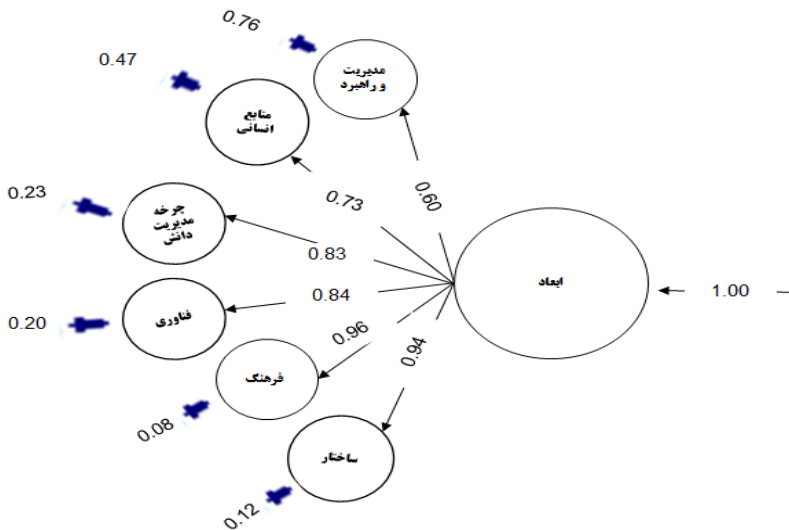
مولفه	بار عاملی	R ^۲
مدیریت و راهبرد	۰/۶۰	۰/۳۶
نیروی انسانی	۰/۷۳	۰/۵۳
فرهنگ سازمان	۰/۹۶	۰/۹۲
ساختار	۰/۹۴	۰/۸۸
چرخه (فرایندها)	۰/۸۳	۰/۷۱
فناوری	۰/۸۴	۰/۷۱

در جدول ۳ شاخص‌های برازش و اعتبار مدل اندازه‌گیری ابعاد مدل گزارش شده است. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری نشان می‌دهد که مدل دارای برازش و اعتبار مناسبی می‌باشد.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل

برآورد	مشخصه
۱/۱۳	نسبت مجذور خی به درجه آزادی (χ^2/df)
۰/۰۱۹	جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)
۱	شاخص نکویی برازش (GFI)
۰/۹۹	شاخص تعدیل شده ی نکویی برازش (AGFI)
۱	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)
۱	شاخص هنجار شده برازندگی (NFI)
۰/۸۱	آلفای کرونباخ
۰/۶۷	متوسط واریانس استخراج شده

با توجه به گزارش نتایج تحقیق، دو نتیجه مورد اشاره در فوق، هدف اول تحقیق، یعنی تعیین عوامل و شاخص‌های مؤثر بر بلوغ مدیریت دانش را محقق کرده است. شکل زیر مناسب بودن بارهای عاملی نشانگرهای (مولفه‌های) مربوط به ابعاد مدل را نشان می‌دهد.



Chi-Square=2.27, df=2, P-value=0.32092, RMSEA=0.019

شکل ۳: خروجی تحلیل عاملی تأییدی برای سازه ابعاد سطح بلوغ

با توجه به نتایج به دست آمده از تحقیق رابطه بین ابعاد و مولفه‌های تحقیق به شرح جدول ۴ می‌باشد. منطبق بر پاسخ‌های گروه نمونه، بین کلیه ابعاد همبستگی در سطح بالا وجود دارد.

جدول ۴: ضرایب همبستگی بین ابعاد سنجش سطح بلوغ مدیریت دانش در مبارزه با مواد مخدر

ابعاد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- مدیریت و راهبرد						
۲- نیروی انسانی	۰/۶۴					
۳- فناوری	۰/۶۳	۰/۷۵				
۴- فرهنگ	۰/۶۰	۰/۶۱	۰/۷۲			
۵- ساختار	۰/۶۰	۰/۶۴	۰/۷۰	۰/۸۳		
۶- چرخه (فرایندها)	۰/۷۴	۰/۸۱	۰/۸۳	۰/۷۲	۰/۶۹	

در بخش کمی تحقیق، همانگونه که اشاره شد، عوامل و مولفه‌های مستخرج از ادبیات تحقیق که به تایید خبرگان رسیده بود، در قالب پرسشنامه نهایی تهیه و در میان نمونه آماری مورد مطالعه (۳۸۴ نفر) که از این تعداد ۴۱ نفر (۱۱ درصد) زن و ۳۴۳ نفر (۸۹ درصد) مرد بودند.

در ادامه به منظور ارزیابی وضع موجود مدیریت دانش در ستاد مبارزه با مواد مخدر و تعیین سطح بلوغ مدیریت دانش در سازمان، گزارش هر بعد به تفکیک و به اختصار مورد اشاره قرار می‌گیرد:

اولین بعد در ارزیابی وضع موجود، بعد مدیریت و راهبرد است. این بعد در ۴ مولفه (مدیریت، حمایت، راهبرد و تصمیم‌گیری) مورد ارزیابی قرار گرفت.

در ارتباط با مولفه مدیریت بیشترین میانگین تبیین شده، متعلق به تسهیم دیدگاه و راهبردهای مربوط به چشم انداز، مأموریت و اهداف با کارکنان با میانگین ۳/۵۰ می‌باشد. اما در ارتباط با سایر گویه‌های مربوط به مولفه مدیریت، آشنایی مدیران با اصول و مفاهیم اداره دانش محور سازمان با میانگین ۲/۸ و وجود ردپای مدیریت دانش در طراحی خط مشی، چشم‌انداز و راهبرد سازمان با میانگین ۲/۷ و همچنین مدیران به عنوان الگوی

ارزش‌های تسهیم دانش و کار گروهی برای مؤلفه برجستگی با میانگین $2/7$ پایین‌تر از سطح میانگین ارزیابی شده‌اند.

در ارتباط با مولفه حمایت بیشترین میانگین مربوط به گویه وجود حمایت‌های لازم از برنامه‌های یادگیری و آموزش با میانگین $3/20$ می‌باشد. در ارزیابی سایر گویه‌های مربوط به مولفه حمایت سازمانی اختصاص منابع مالی لازم به ابتکارات مدیریت دانش در سازمان با میانگین $2/54$ و وجود یک فرایند نظام‌مند آشناسازی برای کارکنان با مدیریت دانش و مزایای آن با میانگین $2/60$ پایین‌ترین سطح از میانگین را به خود اختصاص داده‌اند. همچنین سایر گویه‌ها حمایت لازم از برنامه‌های یادگیری و آموزش کارکنان، حمایت از فرهنگ اشتراک دانش و ایجاد هماهنگی بین بخشی برای توسعه کار تیمی و حمایت از ارتباطات افقی و تخت در سازمان، حمایت از حفظ و نگهداشت سرمایه‌های انسانی و شراکت با آن‌ها در منافع و حمایت از به کارگیری فناوری اطلاعات و ارتباطات در اجرای مدیریت دانش نیز پایین‌تر از سطح میانگین ارزیابی شده‌اند.

در ارتباط با مولفه راهبرد تمامی گویه‌ها پایین‌تر از حد میانگین گزارش شده است. به ترتیب پیگیری راهبردهای نوآوری باز و تعامل و اشتراک دانش با میانگین $2/50$ و داشتن یک سیاست برای محافظت از دانش سازمان با میانگین $2/51$ و تیم‌سازی در حوزه مسائل راهبردی و برنامه‌های کلان با میانگین $2/73$ و توانمندی در حفظ توانایی‌های سازمان در طول زمان با میانگین $2/81$ کمترین میانگین را به خود اختصاص داده‌اند.

در ارتباط با مولفه تصمیم‌گیری بیشترین میانگین مربوط به گویه وجود تیم‌های رصد و دیده‌بانی مستمر برای کمک به فرایند تصمیم‌سازی با میانگین $3/21$ می‌باشد. در ارزیابی سایر گویه‌های مربوط به مولفه تصمیم‌گیری تمامی گویه‌ها پایین‌تر از حد میانگین گزارش شده است. در این میان مدیریت داده‌ها و اشراف اطلاعاتی نسبت به موضوعات تصمیم، با میانگین $2/44$ و استفاده از خرد جمعی در تصمیم‌گیری با میانگین $2/33$ پایین‌ترین سطح میانگین را به خود اختصاص داده‌اند.

بعد دوم در ارزیابی وضع موجود، بعد نیروی انسانی است که این بعد در دو سطح سازمانی و رفتاری مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج به دست آمده از تحقیق

بالاترین میانگین تبیین شده مربوط به مؤلفه نیروی انسانی متعلق به ارزیابی عملکرد کارکنان و وجود شاخص‌های جداسازی بهترین عملکردها با میانگین ۳/۴۳ و ناتوانایی سازمان نگهداشت کارکنان باتجربه در سازمان با میانگین ۳/۳۷ و داشتن انگیزه لازم برای مشارکت در کارهای جدید با میانگین ۳/۲۷ می‌باشد و گزینه‌های وجود یک بانک اطلاعات از قابلیت‌های کارکنان با میانگین ۲/۴۸ و تشویق و پاداش برای تسهیم دانش و کار گروهی با میانگین ۲/۷۳ و آشنا بودن کارکنان نسبت به مدیریت دانش و فرایندهای آن با میانگین ۲/۷۳ پایین‌تر از سطح میانگین ارزیابی شده‌اند.

بعد سوم در ارزیابی وضع موجود، بعد فناوری است. این بعد در دو سطح سخت افزار و نرم افزار مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج به دست آمده از تحقیق در این بعد نشان داد، بالاترین میانگین تبیین شده گویه‌های مربوط به مؤلفه فناوری اطلاعات و ارتباطات متعلق دسترسی همه افراد به رایانه و سخت افزارهای لازم با میانگین ۴/۵۶ و دسترسی کارکنان در سازمان به اینترنت با میانگین ۳/۹۰ و داشتن پتانسیل مکانیزه کردن فرایندها در تمامی حوزه‌ها با میانگین ۳/۵۷ و مصون بودن سازمان در مقابل حملات سایبری و سرقت اطلاعات با میانگین ۳/۴۵ می‌باشد و پایین‌ترین سطح میانگین گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه مربوط به گزینه‌های ذخیره اطلاعات گذشته سازمان و حافظه سازمانی در سیستم‌های اطلاعاتی با میانگین ۲/۳۳ و بهره‌مندی سازمان از سیستم‌های یکپارچه اطلاعاتی با میانگین ۲/۶۰ و وجود سیستم‌های ارزیابی، تحلیل و داشبورد اطلاعاتی برای مدیران با میانگین ۲/۶۷ می‌باشد.

بعد چهارم در ارزیابی وضع موجود، بعد فرهنگ سازمان است. در این بعد چهار مؤلفه اعتماد، یادگیری، خلاقیت و اشتراک دانش مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج به دست آمده از تحقیق در این بعد نشان داد:

در ارتباط با مؤلفه حمایت بالاترین میانگین مربوط به وجود اعتماد متقابل میان کارکنان و توسعه سرمایه اجتماعی سازمان با میانگین ۳/۷۹ و پایین‌ترین سطح میانگین گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه مربوط به گزینه اعتماد متقابل میان دستگاه‌های درگیر در امر مبارزه و اشتراک دانش میان آن‌ها با میانگین ۲/۸۵ می‌باشد.

در ارتباط با مولفه یادگیری بالاترین میانگین مربوط به تمایل کارکنان سازمان یادگیری با میانگین ۱۵ و طولانی شدن زمان یادگیری به دلیل وجود ساختارهای سلسله مراتبی و.... با میانگین ۳/۷۶ و پایین ترین سطح میانگین گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه مربوط به گزینه کوتاه بودن زمان حل مساله (انجام خدمات) و چابکی سازمان در انجام کار با میانگین ۲/۲۶ می باشد.

در ارتباط با مولفه خلاقیت براساس اطلاعات گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه تمامی گزینه‌ها پایین تر از سطح میانگین ارزیابی شده‌اند و تشویق و حمایت مستمر خلاقیت و نوآوری در سازمان با میانگین ۲/۷۶ پایین ترین سطح میانگین را داشته‌اند.

در ارتباط با مولفه اشتراک دانش بالاترین میانگین مربوط به تمایل کارکنان به اشتراک دانش با میانگین ۳/۰۲ و سایر گزینه‌ها پایین تر از سطح میانگین ارزیابی شده‌اند. پایین ترین سطح میانگین گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه مربوط به گزینه تمایل به اشتراک دانش و تجربیات ذینفعان مبارزه با میانگین ۲/۶۵ می باشد.

بعد پنجم در ارزیابی وضع موجود، بعد ساختار است. در این بعد دو مولفه ساختار سازمان و تعامل و ارتباطات مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج به دست آمده از تحقیق در این بعد نشان داد:

در ارتباط با مولفه ساختار بالاترین میانگین مربوط به قابل اجرا بودن قوانین و دستورالعمل‌های مدیریت دانش در ساختار سازمان با میانگین ۳/۰۲ و پایین ترین سطح میانگین گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه مربوط به گزینه وجود یک واحد پاسخگو برای مدیریت دانش در ستاد مبارزه با مواد مخدر با میانگین ۲/۲۱ و وجود یک واحد پاسخگو برای مدیریت دانش در ستاد با میانگین ۲/۲۱ و متناسب بودن مدل ساختاری ستاد برای مدیریت دانش با ۲/۵۷ می باشد.

در ارتباط با مولفه تعامل و ارتباطات منفی بالاترین میانگین مربوط به تمایل به استفاده از دانش و تجربه ذینفعان برای اصلاح فرایندها یا بهبود خدمات با میانگین ۳/۷۷ و اختصاص زمان توسط مدیران ارشد برای شنیدن دیدگاه‌ها و دغدغه‌های کارکنان با میانگین ۳/۷۲ و اطلاع از ظرفیت‌ها و توانایی‌های سایر همکاران و رجوع به آن‌ها برای حل

مسائل با میانگین $3/70$ و پایین‌ترین سطح میانگین گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه مربوط به گزینه حفظ دانش ارزشمند سازمان در فرایند توسعه میانگین $2/92$ می‌باشد. بعد ششم در ارزیابی وضع موجود، بعد فرایندها است. در این بعد پنج مولفه اکتساب، ذخیره سازی، توزیع، کاربرد و تولید دانش مولفه مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج به دست آمده از تحقیق در این بعد نشان داد:

در ارتباط با مولفه کسب دانش بالاترین میانگین مربوط به استخدام و به کارگیری کارکنان با تجربه از خارج از سازمان با میانگین $3/27$ و متکی بودن خروجی کار بر ورودی دانش خارجی با میانگین $3/14$ و پایین‌ترین سطح میانگین گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه مربوط به گزینه دعوت از کارکنان با تجربه جهت ثبت دانش و تجربه خود با میانگین $2/54$ می‌باشد.

در ارتباط با مولفه ذخیره دانش بالاترین میانگین مربوط به نگهداری دانش در فایل مرجع شخصی توسط افراد با میانگین $3/72$ و فهم درست محل قرارگیری دانش مورد نیاز توسط افراد با میانگین $3/12$ و پایین‌ترین سطح میانگین گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه مربوط به گزینه توانایی کارکنان در کسب دانش مورد نیاز با میانگین $2/63$ و وجود یک راهبرد روشن در زمینه چگونگی مدیریت دانش با میانگین $2/76$ می‌باشد.

در ارتباط با مولفه توزیع دانش بالاترین میانگین مربوط به انتقال دانش در سازمان تنها از طریق تعاملات چهره به چهره با میانگین $3/25$ و پایین‌ترین سطح میانگین گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه مربوط به گزینه تسهیم دانش به عنوان یک مقیاس عملکرد کارکنان با میانگین $2/06$ می‌باشد.

در ارتباط با مولفه به کارگیری دانش بالاترین میانگین مربوط به اتخاذ هر نوع تصمیم در سازمان متکی بر دانش را با میانگین $3/44$ و پایین‌ترین سطح میانگین گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه مربوط به گزینه وجود فرآیندهایی برای کاربرد دانشی که از اشتباهات به دست می‌آید میانگین $2/31$ و وجود فرآیندهایی برای استفاده از دانش در توسعه خدمات جدید با میانگین $2/40$ می‌باشد.

در ارتباط با مولفه تولید دانش بالاترین میانگین مربوط به حمایت از پیشنهادات مرتبط با کار در سازمان با میانگین ۳/۲۸ و پایین ترین سطح میانگین گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه مربوط به گزینه تشویق کارکنان برای یافتن راه حل های جایگزین برای تخصیص های موجود با میانگین ۲/۷۹ می باشد. در نهایت با توجه به رتبه بندی عوامل موثر در ارزیابی سنجش بلوغ مدیریت دانش در ستاد مبارزه با مواد مخدر، از نگاه نمونه آماری مورد مطالعه، نتایج به دست آمده نشان داد، فناوری با میانگین ۳/۸۵ بالاتر از حد متوسط و سایر شاخص ها، توسط نمونه آماری پژوهش، پایین تر از سطح میانگین گزارش شده اند. در نهایت با بررسی و مقایسه ۶ شاخص مورد بحث در این تحقیق با استفاده از آزمون ناپارامتریک فریدمن (جدول ۵) نتایج نشان داد که بالاترین میانگین در مقیاس فاصله ای مربوط به بعد فناوری با میانگین ۳/۸۵ و پایین ترین میانگین مربوط به نیروی انسانی با میانگین ۲/۴۲ می باشد.

جدول ۵: رتبه بندی توصیف ابعاد مدیریت دانش در مبارزه با مواد مخدر

رتبه	ابعاد	میانگین رتبه ها
۱	فناوری	۳/۸۵
۲	فرهنگ	۲/۹۶
۳	چرخه دانش	۲/۹۳
۴	مدیریت	۲/۸۸
۵	ساختار	۲/۵۸
۶	نیروی انسانی	۲/۴۲

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۶، نتایج نشان می دهد که مقدار خبی دو یا کای اسکویر محاسبه شده از مقدار کای اسکویر بحرانی با درجه آزادی ۵ و سطح معناداری ۰/۰۱ بالاتر است. لذا با اطمینان ۹۹٪ می توان ادعا کرد که به صورت معناداری بین بعد اول و سایر ابعاد تفاوت وجود دارد.

جدول ۶: نتایج آزمون فریدمن در رتبه بندی شاخص ها

۳۸۴	تعداد نمونه
۸۷۰/۴۹۰	آماره خبی دو (کای اسکویر)
۵	درجه آزادی
۰/۰۰۱	سطح معناداری

بحث و نتیجه گیری

در این دنیای رقابتی فزاینده امروز، سازمان‌ها باید خود را با اقداماتی تعیین کننده از سایرین متمایز کنند. دانش در حال حاضر به عنوان یک دارایی سازمانی کلیدی برای این تمایز در نظر گرفته می‌شود که به سازمان‌ها اجازه می‌دهد به نوآوری لازم برای پیشرفت در محیط چالش برانگیز امروز دست یابند؛ براین اساس اهمیت مدیریت دانش در سازمان به طور گسترده مورد تایید قرار می‌گیرد. دانستن آنچه در این مسیر می‌تواند حائز اهمیت باشد این است که دستور العملی واحد برای ابتکارات مدیریت دانش وجود ندارد، بنابراین باید این ابتکارات را برای هر سازمان تنظیم کرد. چرا که موفقیت آن‌ها بسته به ویژگی‌های سازمان و جایگاه قرار گیری آن‌ها در سطحی از بلوغ مدیریت است که سازمان در حال حاضر در آن قرار گرفته است. بنابراین، قبل از برنامه‌ریزی اقدامات مدیریت دانش، دانستن اینکه یک سازمان در کدام مرحله بلوغ قرار دارد بسیار حیاتی است.

هدف از انجام این تحقیق سنجش سطح بلوغ مدیریت دانش در ستاد مبارزه با مواد مخدر است. با توجه به اینکه برای سنجش سطح بلوغ مدیریت دانش و سازماندهی مراحل توسعه مدیریت دانش در سازمان، شناخت وضعیت موجود آن در زمینه مدیریت دانش، ضرورت دارد، در این تحقیق ابتدا وضعیت جاری سازمان در زمینه مدیریت دانش مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور عوامل و شاخص‌های مؤثر بر سنجش میزان بلوغ مدیریت دانش در سازمان از طریق یک مدل بلوغ توسعه یافته مدیریت دانش مبتنی بر این عوامل و شاخص‌ها شناسایی و از طریق خبرگان تحقیق مورد تایید قرار گرفت و نهایتاً پرسشنامه نهایی پس از ارزیابی پایایی و روایی لازم در میان نمونه آماری تحقیق توزیع و گردآوری شد.

با بررسی امتیاز شاخص‌ها و در نهایت امتیاز نهایی عوامل ارزیابی سطح بلوغ مدیریت دانش در ستاد مبارزه با مواد مخدر، نتایج به‌دست آمده از نمونه آماری مورد مطالعه در خصوص ۶ عامل مورد بررسی، نشان داد در ارتباط با بعد مدیریت، مدیران با اصول و مفاهیم اداره دانش محور سازمان آشنایی چندانی ندارند؛ بنابراین در طراحی خط مشی، چشم‌انداز و راهبرد سازمان ردپایی از مدیریت دانش به چشم نمی‌خورد، اختصاص منابع

مالی به ابتکارات مدیریت دانش در سازمان نسبتاً ضعیف است، هماهنگی بین بخشی برای توسعه کار تیمی و حمایت از ارتباطات افقی و تخت در سازمان، حمایت از حفظ و نگهداشت سرمایه‌های انسانی و شراکت با آن‌ها در منافع و حمایت از به‌کارگیری فناوری اطلاعات و ارتباطات در اجرای مدیریت دانش نیز پایین‌تر از سطح میانگین ارزیابی شده‌اند. همچنین ضعف در پیگیری راهبردهای نوآوری باز و تعامل و اشتراک دانش، ضعف در وجود یک سیاست برای محافظت از دانش سازمان، ضعف در مدیریت داده‌ها و اشراف اطلاعاتی نسبت به موضوعات تصمیم وجود سیستم‌های پشتیبان تصمیم یا تصمیم‌یار نیز از جمله مواردی است که در بعد مدیریت قابل توجه است. این نتایج در حالی است که رهبری سازمان نقش قابل توجهی در موفقیت ابتکارات مدیریت دانش در سازمان دارد. این موضوع با یافته‌های شفیع‌ی و فضل‌الهی قشمی (۱۳۹۹) کاملاً همخوانی دارد. آن‌ها دریافتند که بین مدیریت دانش و رهبری سازمان و همچنین بین رهبری و یادگیری سازمانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس ضرورت دارد رهبران سازمان زیرساخت‌ها و مشوق‌های لازم برای ابتکارات مدیریت دانش در سازمان را فراهم نمایند.

در بعد نیروی انسانی با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه نمونه آماری ضعف در نگهداشت کارکنان باتجربه در سازمان و فقدان یک بانک اطلاعات از قابلیت‌های کارکنان و ضعف در جنبه‌های انگیزشی تسهیم دانش و کار گروهی و آشنا بودن کارکنان نسبت به مدیریت دانش و فرایندهای آن پایین‌تر از سطح میانگین ارزیابی شده‌اند. این نتایج نشان از عدم توجه سازمان به کارکنان به عنوان سرمایه‌های اصلی دانشی است. رحمان و همکاران (۲۰۱۹) بر این باورند که نقش و اهمیت منابع انسانی در مدیریت دانش غیرقابل انکار بوده و کارکنان تنها کسانی هستند که دانش را ایجاد کرده و به اشتراک می‌گذارند؛ از همین روی، کار با کارمندانی که مشتاق ایجاد و به اشتراک گذاشتن دانش هستند، بسیار مهم است. لذا ضرورت دارد سازمان به نیروی انسانی توجه بیشتری داشته و با ایجاد زمینه‌های انگیزشی آن‌ها را به مشارکت در فرایندهای مدیریت دانش تشویق نماید. یک سازمان مؤثر باید این توانایی را داشته باشد که در افراد و کارکنان برای ورود به چرخه مدیریت دانش و اشتراک دانش، الهام بخش آنان بوده و به افراد برای تعامل و به

اشتراک گذاشتن دانش خود با دیگران ایجاد انگیزه کند چراکه کارکنان در نهایت صاحبان دانش هستند. بنابراین باید ترغیب شوند که نه تنها به جستجوی دانش پردازند و آن را در بهبود فرایندهای داخلی به کار بگیرند، بلکه آن‌ها را برای دستیابی به مزیت‌های رقابتی مورد انتظار سازمان، به اشتراک بگذارند.

نتایج به دست آمده در بعد فناوری نشان داد همه افراد به رایانه و سخت افزارهای لازم دسترسی دارند، کلیه کارکنان سازمان به اینترنت دسترسی دارند، پتانسیل لازم برای مکانیزه کردن فرایندها در تمامی حوزه‌ها وجود دارد و ۱۱ سازمان در مقابل حملات سایبری و سرقت اطلاعات مصون می‌باشد. این موضوع که سازمان در زمینه دسترسی به زیرساخت‌های فنی مورد نیاز در سطح مطلوبی قرار دارد، نکته قابل توجهی است چرا که اغلب محققان همچون مسعده، الماجلی، آلد و اویدت^۱ (۲۰۱۹) بر این باورند که زیرساخت‌های فنی سازمان نقش مهمی در مدیریت دانش دارند و عده‌ای دیگر نیز همچون وانگ و هو^۲ (۲۰۲۰) و کاستاندا و کونلار^۳ (۲۰۲۰) معتقدند که فناوری ضرورت اساسی در اشتراک دانش و نوآوری سازمانی است، به گونه‌ای که بدون فناوری اطلاعات و ارتباطات، به اشتراک‌گذاری دانش امکان‌پذیر نخواهد بود؛ بنابراین وجود زیرساخت‌های فنی باید در اختیار ابتکارات مدیریت دانش باشد. این در حالی است که نتایج تحقیق نشان داد سازمان فاقد یک حافظه سازمانی جهت ذخیره اطلاعات گذشته سازمان و حافظه سازمانی در سیستم‌های اطلاعاتی است و سازمان از سیستم‌های یکپارچه اطلاعاتی بهرمنده نبوده و از نبود سیستم‌های ارزیابی، تحلیل و داشبورد اطلاعاتی برای مدیران در مضیقه است. این موضوع نشان می‌دهد ستاد مبارزه با مواد مخدر هر چند از نظر وجود زیرساخت در شرایط مطلوبی قرار دارد اما نتوانسته است این ابزار را با ابتکارات مدیریت دانش ادغام نماید. با توجه به یافته‌های الخفاف، مولفیش و آل‌دالامهش^۴ (۲۰۱۸) سیستم فناوری، باید اطلاعاتی را برای چرخش دانش در سازمان فراهم کند تا به بهره‌وری، دوام، توسعه و تعالی فعالیت‌ها کمک کند. بر اساس یافته‌های آن‌ها بهره‌گیری از

1. Masa'deh, Almajali, Alrowwad & Obeidat
2. Wang & Hu

3. Castaneda & Cuellar
4. Alkaffaf, Mufflih & Al-Dalahmeh

چارچوب‌های فناوری می‌تواند کارکنان را برای جستجو، دسترسی و ارائه اطلاعات توانمند سازد، مکاتبات را پشتیبانی کند، روابط را تسریع بخشد و نوآوری را در سازمان نهادینه کند.

همچنین نتایج به دست آمده در بعد فرهنگ سازمانی نشان داد، میان کارکنان اعتماد متقابل وجود دارد و سازمان از سرمایه اجتماعی بالایی برخوردار است، اما اعتماد متقابل میان دستگاه‌های درگیر در امر مبارزه و اشتراک دانش میان آن‌ها در سطح پایینی است. همچنین کارکنان سازمان تمایل زیادی به یادگیری و اشتراک دانش دارند، اما تشویق و حمایت مستمر از خلاقیت و نوآوری در سازمان در سطحی پایین‌تر از میانگین ارزیابی شده است. نتایج به دست آمده در این بعد با بخشی از تحقیقات گاست، گاندولف، هارمس و کلادو^۱ (۲۰۱۹) و کیپکوسگی، کانگ و چوی^۲ (۲۰۲۰) همخوانی دارد. آن‌ها معتقدند که اعتماد و همکاری در سازمان می‌تواند به عنوان عناصری مهم برای به اشتراک گذاری دانش در نظر گرفته شود. تشویق اعتماد بین کارمندان می‌تواند موجب ارزش و اهداف مشترک سازمان شود. سازمان برای دستیابی به اهداف خود و همچنین دستیابی به اهداف جمعی بدون چشم پوشی از عقاید و علاقه شخصی کارکنان، می‌تواند موفق عمل کند. این امر سازمان را به سمت افزایش همکاری کارکنان در سازمان سوق دهد.

بر اساس نتایج به دست آمده در ارتباط با بعد ساختار، به نظر می‌رسد در ستاد مبارزه با مواد مخدر، یک واحد پاسخگو برای مدیریت دانش وجود ندارد و ساختار ستاد برای استقرار مدیریت دانش از تناسب لازم برخوردار نیست. این موضوع با یافته‌های اوریم و آیدان^۳ (۲۰۱۸) که بیان می‌کنند تحقق کارکردهای مدیریت دانش نیازمند طراحی ساختار مناسب با این کارکردهاست، همخوانی ندارد. به نظر آن‌ها، اجزاء ساختار سازمانی (پیچیدگی، رسمیت، تمرکز) به دلیل نقش قابل توجهی که در مدیریت دانش سازمان دارند، باید به شیوه‌ای موثر مورد بررسی قرار گیرند. زیرا به وسیله ساختار سازمانی است

که عملیات و فعالیت‌های داخل سازمان آرایش می‌یابد و خطوط مسئولیت و اختیار مشخص می‌شود، جریان اطلاعات در سازمان تسهیل گردیده و فرهنگ اشتراک دانش ایجاد و تقویت می‌گردد.

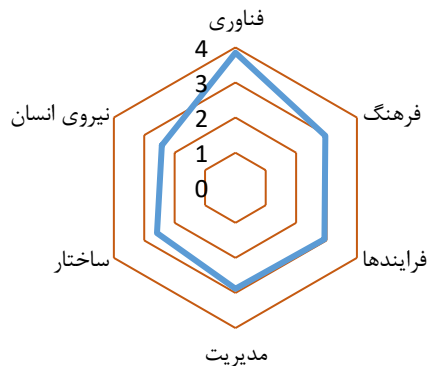
همچنین از نظر نمونه آماری مورد مطالعه، در ارتباط با مولفه‌های فرایندهای مدیریت دانش در ستاد مبارزه با مواد مخدر به جز اکتساب دانش، سایر مولفه در سطحی پایین‌تر از میانگین قرار دارند. این درحالی است که فرایندهای مدیریت دانش، به عنوان مجموعه فعالیت‌هایی در نظر گرفته می‌شوند که کسب و بهره‌گیری از دانش در سازمان را تسهیل می‌کنند (ایگینوویا و آیکنوی، ۲۰۱۸) و در صورتی که نتوانند به خوبی مدیریت شوند، خود به عنوان موانع مدیریت دانش در سازمان عمل می‌کنند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به یافته‌های تحقیق، در ارزیابی عوامل مربوط سنجش سطح بلوغ مدیریت دانش در ستاد مبارزه با مواد مخدر، به نظر می‌رسد ستاد مبارزه با مواد مخدر، صرفاً در یک عامل (فناوری) دارای امتیازی بالاتر از ۳ است و این به معنای داشتن وضعیت قابل قبول در این عامل است اما در ۵ شاخص دیگر دارای وضعیت نامطلوب با کسب امتیاز ۲ است که تا وضعیت ایده‌آل و رسیدن به امتیاز ۵ (سطح بلوغ) فاصله بسیار زیادی دارد.

۱۱۵

115

شکل ۴: امتیاز نهایی سازمان مورد مطالعه در عوامل مؤثر بر بلوغ مدیریت دانش



به عبارتی دیگر بر اساس محاسبه میانگین، وضعیت هیچکدام از عوامل قابل قبول نبوده و بهبود وضعیت شاخص‌های این عوامل نیازمند برنامه‌ریزی است. از میان عوامل

مذکور با توجه به رتبه‌بندی عوامل، نیروی انسانی نیازمند توجه بیشتری است. با توجه به نتایج به دست آمده از تحقیق ستاد مبارزه با مواد مخدر می‌تواند بر اساس نقاط قوت و ضعف خود با در نظر گرفتن اولویت‌ها به بهبود آن‌ها پردازد.

در نهایت با توجه به نتایج به دست آمده، به نظر می‌رسد ستاد مبارزه با مواد مخدر در ارزیابی سطوح بلوغ مدیریت دانش (سطح ۱ تا ۵) در سطح دوم بلوغ یعنی سطح آغازین قرار می‌گیرد و عملاً تا سطح پنجم فاصله بسیار دارد. بنابراین ضرورت دارد و با برنامه‌ریزی جامع و کامل پروژه‌هایی را جهت بهبود وضعیت شاخص‌ها و عوامل تعریف نماید و آن‌ها را به سمت بهبود هدایت کند و در نهایت باعث ارتقاء سازمان به سطح بالاتر بلوغ شود.

با توجه به وضعیت مدیریت دانش در ستاد مبارزه با مواد مخدر و قرار گرفتن در سطح دوم مدل، می‌توان گفت هر چند بهره‌گیری از مدیریت دانش می‌تواند تغییراتی اساسی در فرآیندها، زیرساخت و فرهنگ سازمان ایجاد نماید اما نمی‌توان تصور کرد که این اتفاق به صورت ناگهانی و یک جا امکان پذیر باشد. بلکه دستیابی به این مهم نیازمند درک و اجرای تدریجی است. همانطور که نتایج تحقیق نشان داد ستاد مبارزه با مواد مخدر، از نظر زیرساخت‌های فنی دارای رتبه نسبتاً قابل قبولی است اما نکته قابل توجه این است که توجه صرف به فناوری نمی‌تواند ضامن موفقیت مدیریت دانش در سازمان باشد. بنابراین ضرورت دارد همه عوامل اثرگذار در موفقیت مدیریت دانش در سازمان به صورت متوازن مورد توجه قرار گیرد. با توجه به اهمیت نقش مدیریت سازمان در زمینه اجرای ابتکارات مدیریت دانش و کسب رتبه چهارم بین شش معیار توسط سازمان، می‌توان برای این معیار به عنوان یک معیار کلیدی اقدامات پیشنهادی از قبیل تدوین چشم‌انداز و راهبرد دانشی به منظور راهبری ابتکارات مدیریت دانش، همچنین به منظور نظارت و پیگیری امور مدیریت دانش در سازمان، یک واحد هماهنگی مرکزی برای مدیریت دانش زیر نظر مدیریت عالی سازمان ایجاد کرد. با اجرای دوره‌های آموزشی و کارگاه‌های آموزشی، مدیران سازمان در زمینه مدیریت دانش آگاهی لازم را کسب و طوری رفتار کنند که الگوی ارزش‌های تسهیم دانش و کار مشارکتی برای زیردستان باشند.

همچنین با توجه به کسب کمترین نمره در ارزیابی منابع انسانی توسط نمونه آماری مورد مطالعه، لازم است افراد سازمان از جمله مدیران عالی در زمینه مدیریت دانش و استفاده از ابزارها و فنون مدیریت دانش آموزش داده شوند. علاوه بر این، با ایجاد زمینه مناسب، تسهیم دانش و تشریک مساعی به شیوه‌ای موثر تشویق و پاداش داده شوند. یکی از روش‌های ایجاد انگیزه در افراد، ایجاد فضایی برای نگاه باز در زمینه خطاهای نیروها است که زمینه نوآوری و ارائه افکار جدید را توسط نیروها افزایش می‌دهد. برنامه‌های آموزشی سازمان با هدف هم راستا شدن با اهداف کلی سازمان، بازنگری و به گونه‌ای جهت‌گیری شود که دانش و مهارت‌های مورد نیاز را برای کارکنان در جهت رسیدن به اهداف اصلی سازمان ایجاد کند. برای زمینه‌سازی استفاده بیشتر از دانش افراد، بانک اطلاعات تخصص و شایستگی‌های کارکنان و سامانه مناسب تبادل تجربیات در مجموعه فناوری اطلاعات سازمان با رعایت امنیت لازم ایجاد شود.

علاوه بر موارد مذکور، پیشنهادات کاربردی دیگری همچون تدوین روش‌های توسعه مدل حاکمیتی شبکه دانایی در مبارزه با مواد مخدر، طراحی مدل ارتباطی شبکه دانایی دستگاه‌های عضو مبارزه با مواد مخدر و ذینفعان، شناسایی هسته‌های تخصصی در زمینه پیشگیری و مقابله با مبارزه با مواد مخدر، ارائه الگوی ایجاد نقشه دانش جهت بصری سازی تجربیات و آموخته‌های دستگاه‌های عضو مبارزه با مواد مخدر در حوزه پیشگیری و مقابله، ارائه مدل توسعه شبکه دانایی بین‌المللی به منظور تبادل تجربیات برتر بین‌المللی در حوزه مبارزه با مواد مخدر، ارائه مدل توسعه شبکه دانایی و تبادل تجارب مبارزه با مواد مخدر با سمن‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد، ارائه مدلی جهت استخراج تجارب برتر دستگاه‌های عضو ستاد، ارائه مدل توسعه نظام شایستگی مبارزه با مواد مخدر، ارائه مدلی جهت شناسایی و یکپارچه‌سازی فرایندهای مبارزه با مواد مخدر، داده‌کاوی عرضه و تقاضای مواد مخدر، اثرات مدیریت دانش بر بهبود فعالیت‌های تخصصی دستگاه‌های عضو مبارزه، ارائه مدلی برای شناسایی ریسک‌های انتقال دانش در مبارزه با مواد مخدر، طراحی مدل سیستم مدیریت یکپارچه اطلاعات مبارزه با قاچاق کالا و ارز را می‌توان ارائه نمود.

منابع

- اکبری، عسگر؛ نوشین فرد، فاطمه و حریری، نجلا (۱۳۹۸). ارزیابی موانع عوامل جریان دانش در کتابخانه های دانشگاهی بر اساس مدل بلوغ مدیریت دانش. *فصلنامه مطالعات کتابداری و علم اطلاعات*، ۱۱، ۸۶-۶۷.
- خدیور، آمنه و عباسی، فاطمه (۱۳۹۵). ارزیابی بلوغ مدیریت دانش در سیصد شرکت برتر ایرانی. *فصلنامه پژوهش های نوین در تصمیم گیری*، ۱(۳)، ۴۲-۲۳.
- دکامینی، فاطمه و احسانی فر، محمد (۱۴۰۰). سنجش تأثیر بلوغ مدیریت دانش بر کیفیت خدمات در بانک پارسیان. *فصلنامه بازاریابی دانش و نظام های معنایی*، ۸(۲۸)، ۱۰۵-۶۵.
- رحیمی، مهدی؛ رزقی شیرسوار، هادی؛ فرهنگی، علی اکبر و محقق، نادر (۱۳۹۹). ارائه مدل مدیریت دانش در اداره امور فرهنگی و تربیتی زندان های استان تهران. *فصلنامه پژوهش های مدیریت انتظامی*، ۱۵(۲)، ۲۹۶-۲۷۷.
- رضایی نور، جلال؛ لک، بهزاد و جعفری، محمد (۱۳۹۶). ارائه مدل ارزیابی بلوغ مدیریت دانش مبتنی بر عوامل اساسی موفقیت مدیریت دانش. *فصلنامه مدیریت منابع در نیروی انتظامی*، ۲۰(۲)، ۱۴۴-۱۲۱.
- شفیعی، زینب و فضل الهی قمشه ای، سیف اله (۱۳۹۸). رابطه مدیریت دانش و رهبری هوشمند با یادگیری سازمانی. *فصلنامه رویکردی نو در علوم تربیتی*، ۱(۱)، ۳۱-۱۹.
- فرزان، فروغ؛ پورکیانی، مسعود و شیخی، ایوب (۱۳۹۸). رابطه بین معیارهای ارزش گذاری و سطح بلوغ مدیریت دانش. *فصلنامه رهبری و مدیریت آموزشی*، ۱۳(۳)، ۲۰۱-۱۸۷.
- قاسمی، بهزاد و المحمدی، چنگیز (۱۳۹۷). طراحی مدل بلوغ مدیریت دانش در کلاس جهانی بر اساس مدل تعالی: یک رویکرد آمیخته. *فصلنامه پژوهش های مدیریت عمومی*، ۱۱(۴۰)، ۱۰۷-۷۹.

References

- Alkaffaf, M., Muflih, M., & Al-Dalahmeh, M. (2018). An integrated model of knowledge management enablers and organizational creativity: the mediating role of knowledge management processes in social security corporation in Jordan. *Journal of Theoretical and Applied Information Technology*, 96(3), 677-701.
- Azemi, N. A., Zaidi, H., & Hussin, N. (2018). Information quality in organization for better decision-making. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 7(12), 429-437.
- Basten, D., & Haamann, T. (2018). Approaches for Organizational Learning: A Literature Review. *SAGE Open*, 8(3), 1-20.
- Bikimane, G. I., & Makambe, U. (2020). Effects of Autocratic and Authentic Leadership Styles on Teacher Motivation in Selected Primary Schools,

- Botswana. *African Research Review: An International Multidisciplinary Journal, Ethiopia*, 14(2), 190-204.
- Bustamante, M. C., Cujean, J., & Frésard, L. (2020). Knowledge Cycles and Corporate Investment. *Available at SSRN* 3418171.
- Castaneda, D. I., & Cuellar, S. (2020). Knowledge sharing and innovation: A systematic review. *Knowledge and Process Management*, 27(3), 159-173.
- Dastane, O. (2020). Impact of leadership styles on employee performance: A moderating role of gender. *Australian Journal of Business and Management Research*, 5(12), 27-52.
- Dhamdhere, S. N. (2015). Knowledge management strategies and process in traditional colleges: a study. *International Journal of Information Library and Society*, 4(1), 34-42.
- Erdurmazli, E. (2021). Effects of information technologies on organizational culture: A discussion based on the key role of organizational structure. A closer look at organizational culture in action/ed. by SD Göker.-London: *IntechOpen*, 125-139.
- Evrin, E. R. O. L., & Aydan, O. R. D. U. (2018). Organizational structure scale–University version. *European Journal of Educational Research*, 7(4), 775-803.
- Ertoşun, O. G., & Adiguzel, Z. (2018). Leadership, personal values and organizational culture. In *Strategic design and innovative thinking in business operations* (pp. 51-74). Springer, Cham.
- Escrivão, G., & Silva, S. L. D. (2019). Knowledge management maturity models: Identification of gaps and improvement proposal. *Gestão & Produção*, 26.
- Evrin, E. R. O. L., & Aydan, O. R. D. U. (2018). Organizational structure scale–University version. *European Journal of Educational Research*, 7(4), 775-803.
- Gandolfi, F., Stone, S., & Deno, F. (2017). Servant Leadership: An Ancient Style with 21 st Century Relevance. Review of International Comparative Management/*Revista de Management Comparat International*, 18(4).
- Gast, J., Gundolf, K., Harms, R., & Collado, E. M. (2019). Knowledge management and cooperation: how do cooperating competitors balance the needs to share and protect their knowledge. *Industrial marketing management*, 77, 65-74.
- Gil, A. J., & Mataveli, M. (2016). Rewards for continuous training: a learning organisation perspective. *Industrial and Commercial Training*.
- Igbinovia, M. O., & Ikenwe, I. J. (2017). Knowledge management: processes and systems. *Information Impact: Journal of Information and Knowledge Management*, 8(3), 26-38.
- Karim, A., Purnomo, H., Fikriyah, F., & Kardiyati, E. N. (2020). A charismatic relationship: How a Kyai's charismatic leadership and society's compliance are constructed? *Journal of Indonesian Economy and Business*, 35(2), 129-143.
- Kipkosgei, F., Kang, S. W., & Choi, S. B. (2020). A team-level study of the relationship between knowledge sharing and trust in Kenya: Moderating role of collaborative technology. *Sustainability*, 12(4), 1615.
- Masa'deh, R. E., Almajali, D. A., Alrowwad, A. A., & Obeidat, B. (2019). The role of knowledge management infrastructure in enhancing job satisfaction:

- A developing country perspective. *Interdisciplinary Journal of Information, Knowledge, and Management*, (14), 1-25.
- Mohapatra, S., Agrawal, A., & Satpathy, A. (2016). Designing knowledge management strategy. In *Designing Knowledge Management-Enabled Business Strategies* (pp. 55-88). Springer, Cham.
- Ololube, N. P. (Ed.). (2016). *Handbook of research on organizational justice and culture in higher education institutions*. IGI Global.
- Payne, J., & Fryer, J. (2020). Knowledge management and information management: A tale of two siblings. *Business Information Review*, 37(2), 69-77.
- Pereira, L., Fernandes, A., Sempiterno, M., Dias, Á., Lopes da Costa, R., & António, N. (2021). Knowledge management maturity contributes to project-based companies in an open innovation era. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 7(2), 126.
- Qodarish, N., & Sabatiana, R. (2020). Knowledge Management Maturity Model: A Case Study at Ministry XYZ. In *Proceedings of the Sriwijaya International Conference on Information Technology and Its Applications (SICONIAN 2019). Advances in Intelligent Systems Research*.179-188.
- Rabelo, J., & Conte, T. (2018). Influence factors for knowledge management initiatives. In *Proceedings of the 20th International Conference on Enterprise Information Systems* (pp. 17-28).
- Rahman, M., Yasmeen, B. N., Jahan, N., Hoque, M. M., Halder, S. K., Halder, A., ... & Rini, F. A. (2019). Recent Trend of Bacteriological Profile and Drug Sensitivity Pattern of Neonatal Septicemia in A Tertiary Care Hospital in Bangladesh. *Northern International Medical College Journal*, 11(1), 427-431.
- Robert, V., & Vandenberghe, C. (2021). Laissez-faire leadership and affective commitment: The roles of leader-member exchange and subordinate relational self-concept. *Journal of Business and Psychology*, 36(4), 533-551.
- Supriatna, H., Purnama, R., & Setiawan, L. (2020). Developing Model of Leadership Style for Indonesian Manufacturing Performance. *Journal of Critical Reviews*, 7(19), 2293-2303.
- Susilo, D. (2018). Transformational leadership: a style of motivating employees. *MEC-J (Management and Economics Journal)*, 2(2), 109-116.
- Wang, C., & Hu, Q. (2020). Knowledge sharing in supply chain networks: Effects of collaborative innovation activities and capability on innovation performance. *Technovation*, 94, 102010.
- Young, R. (2010). *Knowledge management tools and techniques manual*. [Tokyo]: Asian Productivity Organization.

خوشه بندی اختلالات شخصیت مرزی و خودشیفته بر مبنای ابعاد سرشت و منش در مردان دچار مصرف مواد

غلامرضا چلیانلو^۱، رضا عبدی^۲، فاطمه نوذری^۳، شهرام وکیلی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۴

چکیده

هدف: با توجه به شیوع بالای اختلالات شخصیت به ویژه شخصیت مرزی و خودشیفته در مردان دارای سوء مصرف مواد، پژوهش حاضر با هدف خوشه‌بندی این اختلالات بر مبنای ابعاد سرشت و منش انجام شده است. **روش:** برای بررسی هدف فوق، نمونه‌ای متشکل از ۴۰۰ نفر از مردان مراجعه کننده به مراکز مختلف تخصصی روانپزشکی و کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تبریز در سال ۱۳۹۸، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های سرشت و منش، شخصیت خودشیفته و ارزیابی شخصیت-مقیاس ویژگی‌های مرزی را تکمیل نمودند. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل خوشه‌ای دو مرحله‌ای استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ویژگی‌های شخصیت خودشیفته در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد بر اساس ابعاد سرشت و منش، در قالب دو خوشه خودشیفته بزرگ منش (شامل ویژگی‌های نوجویی، آسیب پرهیزی و خودفراری بالا و همکاری پایین) و خودشیفته آسیب‌پذیر (شامل ویژگی‌های نوجویی، وابستگی پاداش، استمرار پایین و همکاری بالا) قابل طبقه‌بندی است. همچنین، ویژگی‌های شخصیت مرزی در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد بر اساس ابعاد سرشت و منش، در قالب چهار خوشه مرزی خودتخریب‌گر (شامل نوجویی و خودراهبری بالا و وابستگی پاداش، استمرار و همکاری پایین)، مرزی تکانشی (شامل ویژگی‌های نوجویی، آسیب پرهیزی بالا، پاداش وابستگی، استمرار و خودفراری پایین)، مرزی ناامید (شامل ویژگی‌های نوجویی، آسیب پرهیزی، استمرار پایین و خودراهبری و همکاری بالا) و مرزی کج خلق (با ویژگی‌های نوجویی، آسیب پرهیزی، استمرار، پاداش وابستگی و همکاری پایین و خودراهبری بالا) قابل طبقه‌بندی هستند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که هر چند اختلالات شخصیت یکی از همایندهای مهم اختلالات مصرف مواد هستند، اما با توجه به وجود انواع متفاوتی از اختلالات شخصیت مرزی و خودشیفته و ترکیب ویژگی‌های سرشت و منشی متنوع در هر کدام از زیرگروه‌های آن‌ها، بایستی راهکارهای مداخله‌ای روان‌درمانی پیشگیری از عود و کمک به ترک سوء مصرف مواد، با در نظر گرفتن این ویژگی‌ها صورت بگیرد.

کلید واژه‌ها: شخصیت مرزی، شخصیت خودشیفته، سرشت و منش، مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار علوم اعصاب، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. پست الکترونیک:

Chalabianloo@azaruniv.ac.ir

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

۳. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

۴. دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

اختلالات مصرف مواد^۱ یکی از مهم ترین مشکلات نظام سلامت جامعه می باشند که از شیوع بالایی (از ۴/۶ درصد تا ۱۷/۷ درصد) برخوردار هستند (ایسایو^۲، ۲۰۱۱). هرچند در ابتدا تصور می شد نسبت ابتلای مردان به زنان بیشتر می باشد، اما پیگیری آمارهای اخیر نشان می دهند که از سال ۱۹۹۹ این تفاوت جنسیتی در مصرف، به مرور به صورت چشمگیری کاهش یافته است (جانسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). در بین انواع اختلالات روانپزشکی، اختلالات شخصیت یکی از مهم ترین همایندهای مرضی مصرف مواد می باشند؛ به نحوی که در بین اختلالات شخصیت نیز اختلالات خوشه «ب» به ویژه اختلال شخصیت مرزی، بیشترین میزان همایندی را داشته و باعث تشدید مشکلات مصرف و عدم ترک مواد می شوند (والتر^۴، ۲۰۱۵؛ واپ^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). طبق تعریف پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶، اختلالات شخصیت^۷ الگویی طولانی مدت، انعطاف ناپذیر و فراگیر از تجربه درونی و رفتاری هستند که با انتظارات فرهنگی فرد همخوانی نداشته و معمولاً در نوجوانی و اوایل بزرگسالی آغاز شده و باعث ناراحتی و افت عملکرد فرد می گردند. این اختلالات ممکن است در قالب انواع شدید و ناسازگارانه صفات شخصیت بهنجار درک شوند. انجمن روان پزشکی آمریکا اختلالات شخصیت را بر اساس شباهت های توصیفی به سه گروه عمده خوشه «الف»، خوشه «ب» و خوشه «ج» طبقه بندی می کند که در این میان، اختلالات خوشه ب، شامل اختلال های شخصیت ضداجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته می باشند (انجمن روان پزشکی آمریکا^۸، ۲۰۱۳). اختلال شخصیت خودشیفته^۹، سبکی از شخصیت است که با ویژگی هایی مثل خود بزرگ بینی، تخیلات افراطی درباره قدرت، زیبایی، موفقیت و حساسیت زیاد به انتقاد و احساس بی نظیر بودن مشخص می شود. عزت نفس آسیب پذیر مبتلایان، باعث می شود آن ها به آسیب ناشی از مورد انتقاد قرار گرفتن یا تحقیر شدن از سوی دیگران حساس

1. Substance use disorders
2. Essau
3. Johnson
4. Walter
5. Wapp

6. Diagnostic and statistical manual of mental
7. Personality disorder
8. American Psychiatric Association
9. Narcissistic personality disorder

باشند. گاهی ممکن است عملکرد شغلی آن‌ها بسیار پایین باشد که این مسئله، ناشی از عدم تمایل فرد به خطر کردن در موقعیت‌هایی است که رقابتی بوده و احتمال شکست را در پی دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

تحقیقات اخیر اختلال خودشیفتگی را نه یک سازه تک بعدی، بلکه دارای ساختاری چند وجهی در نظر می‌گیرند. آکرمن^۱ و همکاران (۲۰۱۱) یک مدل سه عاملی شامل ابعاد رهبری/اقتدار، بزرگ‌نمایی/خودنمایی^۲ و استحقاق/استثمارگری^۳ را معرفی کردند. رونینگ‌ستم^۴ (۲۰۰۵)، با توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌های افراد در مولفه‌هایی مانند روابط بین فردی، عزت نفس و تنظیم هیجانات، دو نوع از خودشیفتگی شامل خود بزرگ‌بین^۵ و آسیب‌پذیر^۶ را معرفی نمود. خودشیفته‌هایی از نوع خودبزرگ‌بین در صورتی که عزت نفس‌شان مورد تهدید قرار بگیرد، به صورت حس برتری جویی و القای احساس منحصر به فرد بودن واکنش نشان داده و رفتارهایی مانند حسادت، پرخاشگری و استثمارگری را بروز می‌دهند (کاین، پینکوس و آنسل^۷، ۲۰۰۸؛ کریزن و بوشمن^۸، ۲۰۱۱)؛ در مقابل، خودشیفته‌های آسیب‌پذیر، در صورت زیر سوال رفتن عزت نفس‌شان، درگیر تخیلات خود بزرگ‌بینانه خود شده، احساس شرم، خشم، ناامیدی و تهی بودن کرده و از روابط بین فردی دوری می‌کنند (میلر^۹ و همکاران، ۲۰۱۰). در این زمینه، میلون^{۱۰} (۱۹۸۱) به پنج نوع خودشیفتگی اشاره می‌کند: نوع عاشق‌پیشه^{۱۱} که حالات نمایشی دارد و ویژگی‌هایی از قبیل اغفال‌گر، آزارگر، چرب‌زبان، اغواگری جنسی و دروغ‌گویی در حد مرضی را از خود به نمایش می‌گذارد. نوع نخبه پرست^{۱۲} که ظاهری حق به جانب دارد؛ خواهان زندگی پر از امتیاز بوده، با واقعیت کاری ندارد و به خاطر کسب جایگاه ویژه اجتماعی، با دیگران رابطه برقرار می‌کند. نوع غیر اخلاقی^{۱۳} که دارای ویژگی‌هایی مانند عدم پابندی به اخلاق، فریب‌کاری، استثمارگری، کینه‌جویی و تحقیرکننده دیگران می‌باشد. نوع

- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| 1. Ackerman | 8. Krizan & Bushman |
| 2. Grandiose/Exhibitionism | 9. Miller |
| 3. Entitlement/Exploitativeness | 10. Millon |
| 4. Ronningstam | 11. amorous |
| 5. Grandiose | 12. elitist |
| 6. Vulnerable | 13. unprincipled |
| 7. Cain, Pincus & Ansell | |

جبران گر^۱ نیز دارای ویژگی‌های منفی‌بافی و دوری‌گزینی بوده و همواره احساس حقارت کرده و دارای عزت نفس پایینی هستند و کمبودهای شخصیتی خود را از طریق ایجاد تصورات غلط جبران می‌کند. نوع متعصب^۲ که از طریق ویژگی‌های افکار خود بزرگ‌بینی و قدرت مطلق توصیف می‌شود.

اختلال شخصیت مرزی^۳ نیز یکی از شایع‌ترین اختلالات بالینی است که اخیراً میزان شیوع آن بین ۲ درصد جمعیت عمومی برآورد شده است (بولاند و وردوین^۴، ۲۰۲۱). مطابق ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی و ویژگی اصلی اختلال شخصیت مرزی، الگوی فراگیری از بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره و عواطف به همراه تکانشگری بارزی است که در اوایل بزرگسالی مشخص می‌شود. همچنین افراد با اختلال شخصیت مرزی نسبت به شرایط بیرونی بسیار حساس بوده و در مواجهه با یک جدایی کوتاه مدت یا تغییرات اجتناب‌ناپذیر در برنامه‌ریزی‌ها، دستخوش ترس شدید از رهاشدگی و خشم نامتناسب و بیش از حد می‌شوند که ممکن است درست پیش از محقق شدن هدفشان، الگوی خود ناکام‌ساز را نشان دهند. بعضی نیز ممکن است در مواجهه با فشار روانی، دچار نشانه‌های شبه روان‌پریشی شوند. مشکلات بین فردی مبتلایان با ترس‌های شدید از رها شدن و نوسان بین آرمانی‌سازی و بی‌ارزش‌سازی چهره‌های مهم زندگی مشخص می‌شود و با الگوهای رفتاری خصومت‌ورزی، لجبازی، دوسوگرایی و تکانشگری مشخص می‌شود. این افراد به خاطر اجتناب از رهاشدگی در روابط بین فردی، دست به روابط رمانتیک زده و تجربیات خود را به جای روش‌های منطقی، به شیوه‌های عاطفی پردازش می‌کنند (بارلو و دوراند^۵، ۲۰۱۲؛ میلون، گروسمن، میلون، میگر و رمنات^۶، ۲۰۰۴). کوشش‌های بالینی و تجربی گوناگونی برای تشخیص انواع اختلال شخصیت مرزی صورت گرفته است. کانکلین، برادلی و وستن^۷ (۲۰۰۶)، سه نوع شخصیت مرزی را معرفی نمودند: نوع «بد تنظیمی درونی»^۸ که با ویژگی‌های حالات شدید هیجانی،

1. compensatory
2. fanatic
3. Borderline personality disorder
4. Boland & Verduin
5. Barlow & Durand

6. Millon, Grossman, Milon, Meagher & Rmnath
7. Conklin, Bradley & Westen
8. internalizing-dysregulated

خودتخریبی و اقدام به خودکشی مشخص می‌شود. نوع «بد تنظیمی بیرونی»^۱ که از طریق واکنش خشم در برابر حالات هیجانی مشخص می‌شود و در آخر نوع «نمایشی-تکانشی»^۲ که به وسیله رفتارهای تکانشی حاکی از هیجانات مثبت و منفی شدید، مشخص می‌شود. دیگره، رییس، جانسون و توماس^۳ (۲۰۰۹)، از طریق به کارگیری تجزیه و تحلیل خوشه‌ای متغیرهای مختلف جمعیت‌شناسی، بالینی و روان‌شناختی بر روی بیماران، سه نوع اختلال شخصیت مرزی به نام‌های «کناره‌گیر درونی»^۴، «آشفته شدید درونی»^۵ و «مضطرب بیرونی»^۶ را مشخص کردند که مسیرهای درمانی متفاوتی نیز برای آن‌ها مطرح کرده‌اند. اسلوویگین^۷ و همکاران (۲۰۱۷) نیز در تحقیق خود برای خوشه‌بندی اختلال شخصیت مرزی بر اساس ابعاد واکنشی و تنظیمی سرشت به چهار خوشه دست یافتند که آن‌ها را «اضطراب پایین»^۸، «مهار شده»^۹ [بازداری هیجان]، «خودکنترلی بالا»^{۱۰} و «هیجانی/ مهار گسیخته»^{۱۱} نام نهادند.

با توجه به معرفی انواع گوناگون از اختلال شخصیت مرزی و خودشیفتگی در تحقیقات محققان آسیب‌شناسی روانی، به نظر می‌رسد این اختلالات دامنه وسیعی از ویژگی‌ها و نشانه‌ها را شامل می‌شوند. مثلاً برای توصیف خودشیفتگی دامنه وسیع و نامتجانسی از ویژگی‌ها و تظاهرات روانی به صورت توصیف آن در قالب بیش از پنجاه نوع متفاوت، به کار گرفته شده است (پینکس و لوکوویتسکی^{۱۲}، ۲۰۱۰)؛ با وجود این همه فراوانی رو به گسترش از علائم و ویژگی‌ها، مشکل است بتوان یک مفهوم‌سازی کارآمد از اختلالات مرزی و خودشیفته، برای به کارگیری آن در تشخیص و درمان استفاده کرد. از طرف دیگر با توجه به رشد و توسعه روزافزون رویکردهای روان‌زیست‌شناختی^{۱۳} در تبیین اختلالات شخصیت و شواهد محکم در تأثیر فرآیندهای زیستی و عصبی در شخصیت (کور و پرکینس^{۱۴}، ۲۰۰۶)، لزوم تبیین اختلالات شخصیت به ویژه اختلال‌های شخصیت

۱۲۵

125

1. externalizing-dysregulated
2. histrionic-impulsive
3. Digre, Reece, Johnson & Thomas
4. withdrawn- internalizing
5. severely disturbed-internalizing
6. anxious- externalizing
7. Sleuwaegen

8. Low Anxiety
9. Inhibited
10. High Selfcontrol
11. motional/Disinhibited
12. Pincus & Lukowitsky
13. psycho-biological approach
14. Corr & Perkins

مرزی و خودشیفته، از جنبه زیستی و سرشتی^۱ ضرورت می‌یابد. در همین راستا، مدل کرول، بیوچین و لینهان^۲ (۲۰۰۹) بر نقص مدارهای فعالیت فرونتال تاکید داشته و معتقدند عوامل شخصیتی در تعامل با الگوی فعالیت مغزی، در پدیدآیی مشکلات مبتلایان به این اختلالات نقش مهمی را بر عهده دارند.

سرشت را می‌توان به عنوان «تفاوت در واکنش‌پذیری^۳ و خودتنظیمی^۴» در حوزه‌های هیجانی، فعالیت‌های حرکتی و توجه، تعریف کرد (روتبارت، پوسنر و کیارس^۵، ۲۰۰۶). در همین ارتباط کلونینجر^۶ (۱۹۸۷) مدل زیستی اجتماعی شخصیت خود را ارائه نمود که بر پایه یک الگوی جامعی است که در آن برخی از صفات شخصیتی با عملکرد سازه‌های عصب زیست شناختی و برخی با متغیرهای محیطی مرتبط بوده و تغییرات بهنجار و نابهنجار شخصیت را در دو مولفه سرشت و منش تقسیم کرد. چهار بعد سرشت عبارتند از: نوجویی (تمایل به پاسخ به محرک‌های جدید که نشان دهنده‌ی فعال شدن رفتاری است)، آسیب‌پرهیزی (تمایل به مهار یا متوقف کردن رفتار که نشان دهنده‌ی رفتارهای مهاری است)، وابستگی به پاداش (تمایل به حفظ یا پیگیری رفتار مداوم)، استمرار (پایداری در رفتار با وجود ناامیدی و خستگی) که به صورت همگن، ژنتیکی هستند. ابعاد منش نیز عبارتند از خودفراروی (به عنوان بازتاب تفاوت‌های فردی در خودپنداره که طبق آن به شناسایی خود به عنوان فردی مستقل می‌پردازد)، همکاری (بر پایه پنداشت از خویشتن به عنوان بخشی از جهان انسانی که از آن رحم، شفقت و حس اجتماعی مشتق می‌شود) و خودراهبری (بر پایه پنداشت از خویشتن به عنوان یک فرد مستقل که دارای زیر مجموعه‌ی وحدت، رهبری و امید است). بر پایه مطالعات قبلی به نظر می‌رسد که نیمرخ سرشتی برای هر یک از اختلالات شخصیت و خوشه‌های توصیف شده، منحصر به فرد می‌باشد؛ به طوری که خوشه «الف» با پاداش وابستگی پایین، خوشه «ب» با نوجویی بالا و خوشه «ج» با آسیب‌پرهیزی بالا مشخص می‌شوند (شوراکیک^۷ و همکاران، ۲۰۰۲؛

1. Temperament
2. Crowell, Beauchaine & Linehan
3. reactivity
4. self-regulation

5. Rothbart, Posner & Kieras
6. Cloninger
7. Svrakic, Draganic, Hill, Bayon, Przybeck & Cloninger

کلونینجر و شوراکیک^۱، ۲۰۰۵). بر اساس ابعاد طرح شده در نظریه کلونینجر، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به طور قابل توجهی در ابعاد نوجویی و آسیب پرهیزی نمرات بالا و در بعد خودراهبری و همکاری نمرات پایین کسب کردند (فراز^۲ و همکاران، ۲۰۰۹؛ بارنو، ریوگ، اشپیتزر و قریرگر^۳، ۲۰۰۵). همچنین، یافته‌ها حاکی از آن است که خودشیفتگی با اجتناب از آسیب (کمپل و فاستر^۴، ۲۰۰۷) مرتبط است.

پس از ارائه ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و به کارگیری سنجش ابعادی در مورد اختلالات روانی، جهت‌گیری اغلب پژوهش‌ها به سمت شناسایی انواع خوشه‌های فرعی اختلالات بر اساس ویژگی‌های سرشتی شخصیت هدایت شده است. با توجه به وجود ویژگی‌های سرشت و منش خاص در هر یک از اختلالات شخصیتی (روشن چسلی، عینی و دلارا، ۱۳۹۶) و ارتباط بین اختلالات شخصیت به ویژه خوشه «ب» با تمایل به مصرف و سوء مصرف مواد و همچنین ارتباط بین ابعاد نوجویی، آسیب پرهیزی و همکاری با گرایش به مصرف مواد (چلبیانلو، مردانی و علی‌نژاد، ۱۳۹۷؛ محمدی، مهریار و سوری، ۱۳۹۷)، از آن جایی که اختلال شخصیت خودشیفته با اختلال شخصیت مرزی هم خوشه بود و هر دو در خوشه «ب» قرار دارند، به نظر می‌رسد درک ماهیت ساختاری اختلالات شخصیت همایند در مبتلایان مصرف مواد، می‌تواند در ارائه راهبردهای مداخله‌ای و تکنیک‌های درمانی بهتر بر اساس نوع ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها بسیار مفید باشد.

بنابراین با توجه به شواهدی که در مورد انواع طبقه‌بندی‌ها از اختلالات شخصیتی مرزی و خودشیفته و ارتباط آن‌ها با ویژگی‌های سرشتی ارائه شد؛ این پرسش مطرح می‌شود که آیا می‌توان با توجه به ویژگی‌های سرشتی شخصیت به خوشه‌بندی‌های فرعی از اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته در مردان دچار مصرف مواد دست یافت؟ بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر، بررسی تعداد خوشه‌های احتمالی مربوط به اختلالات شخصیت

مرزی و خودشیفته بر اساس ابعاد سرشت و منش در بین مبتلایان به اختلال مصرف مواد می‌باشد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی و مبتنی بر روش مطالعات همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش مردان دارای اختلال مصرف مواد شهر تبریز است که به مراکز خدمات تخصصی روانپزشکی و همچنین مراکز ترک اعتیاد در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. حجم نمونه آماری بر اساس تعداد متغیرهای پژوهش با استفاده از نرم افزار جی‌پاور^۱ با اندازه اثر متوسط $f^2 = 0/15$ ، ضریب آلفا $0/5$ و توان آزمون $0/95$ ، ۲۹۰ نفر به دست آمد که با احتساب احتمال مخدوش بودن برخی پرسشنامه‌ها، تعداد ۴۰۰ نفر از مراجعان به روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل دامنه سنی ۱۸ الی ۴۰ سال، سابقه مصرف مواد حداقل یک سال، تجربه مصرف مواد در زمان اجرای پژوهش (هنوز به صورت کامل ترک نکرده و برای ترک به مراکز مرتبط مراجعه کرده باشند)، تحصیلات حداقل سیکل (حداقل ۹ سال) بود. معیارهای خروج عبارت بودند از: داشتن سابقه تروما یا تشنج، عقب ماندگی ذهنی، عدم رضایت برای همکاری در اجرای پژوهش، عدم وابستگی به مواد.

ابزارها

۱- پرسشنامه شخصیت خودشیفته آموز^۲: این مقیاس توسط آموز، روسه و اندرسون (۲۰۰۶)؛ به نقل از محمدزاده، (۱۳۸۸) در قالب ۱۶ سؤال متشکل از جفت گویه‌ها طراحی شده است. برای هر سؤال انتخاب شده از ردیف الف، یک امتیاز و برای هر سؤال انتخاب شده از ردیف ب، صفر امتیاز در نظر گرفته می‌شود؛ لذا دامنه نمرات پرسشنامه از صفر تا ۱۶ می‌باشد که امتیاز بالاتر بیانگر خودشیفتگی بالاتر فرد و برعکس می‌باشد. به عنوان یک نقطه برش، امتیاز ۸ به بالا بیانگر شخصیت خودشیفته در فرد می‌باشد. این پرسشنامه در ایران

1. G-Power

2. Narcissistic Personality Inventory-
NPI-16

توسط محمدزاده (۱۳۸۸) هنجایی شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۹ گزارش گردیده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

۲- پرسشنامه شخصیت سرشت و منش کلونینجر^۱: این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی است که توسط کلونینجر و همکاران (۱۹۹۳) به نقل از شورایکیک و همکاران، (۲۰۰۲) بر مبنای پرسشنامه ۲۴۰ سوالی اصلی تدوین گردیده و دارای ۱۲۵ ماده می باشد که به صورت بلی و خیر نمره گذاری صفر و یک پاسخ داده می شود. این مقیاس شامل ۴ بعد سرشتی نوجویی (۲۰ سوال)، آسیب پرهیزی (۲۰ سوال)، وابستگی به پاداش (۱۵ سوال) و استمرار یا پافشاری (۵ سوال) و همچنین ۳ بعد منش شامل خودراهبری (۲۵ سوال)، همکاری (۲۴ سوال) و خودفراروی (۱۶ سوال) می باشد. دامنه نمرات در خرده مقیاس های پرسشنامه، برای همه شاخص ها حداقل صفر و حداکثر نمره برای ابعاد سرشتی به ترتیب ۲۰، ۲۰، ۱۵ و ۵ و برای ابعاد منش به ترتیب ۲۵، ۲۴ و ۱۶ می باشد. ضرایب همسانی درونی در نمونه اصلی پرسشنامه برای ابعاد سرشتی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۶ و ۰/۷۶ و برای ابعاد منش نیز به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۴ گزارش گردیده است (کلونینجر و شورایکیک، ۲۰۰۵). در ایران نیز ضرایب پایایی برای ابعاد سرشتی بین ۰/۹۶ الی ۰/۶۱ و برای ابعاد منش بین ۰/۹۵ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (کاوایی و پورناصح، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده مقیاس ها از ۰/۵۸ تا ۰/۸۲ محاسبه گردید.

۳- پرسشنامه ارزیابی شخصیت-مقیاس ویژگی های مرزی^۲: این پرسشنامه یک مقیاس ۲۴ سوالی برای ارزیابی الگوی اختلال شخصیت مرزی شامل بی ثباتی عاطفی، مشکلات در روابط بین فردی، آشفتگی هویت و رفتار خودزنی (هر خرده مقیاس ۶ سوال) می باشد که توسط موری (۱۹۹۱) به نقل از ایدوک^۳ و همکاران، (۲۰۰۸) تدوین گردیده و در یک مقیاس چهار درجه ای صفر تا سه، شامل غلط، تاحدی درست، درست و کاملاً درست پاسخ داده می شود. دامنه نمرات پرسشنامه بین صفر تا ۷۲ می باشد که نمره بالاتر نشان

1. Temperament –character Inventory-125 (TCI-125)

2. Personality assessment inventory – Borderline features scale (PAI-BFS)
3. Ayduk

دهنده احتمال بالاتر برای وجود علائم اختلال شخصیت مرزی می‌باشد و نمره برشی برای آن معرفی نشده است. در پژوهش حاضر نیز، به دلیل استفاده از تحلیل خوشه‌ای، صرفاً همبستگی بین نمرات پرسشنامه‌ها معیار ارزیابی بود. ضریب همسانی درونی کلی پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش گردیده است (مور، دیستل، ترول و بوسما، ۲۰۰۹). در ایران، چلیانلو (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ را برای عامل آشفتگی هویت ۰/۶۸، عامل بی‌ثباتی عاطفی ۰/۷۴، عامل خودزنی ۰/۶۸ و برای مشکلات روابط بین فردی ۰/۷۶ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۶۹ به دست آمد.

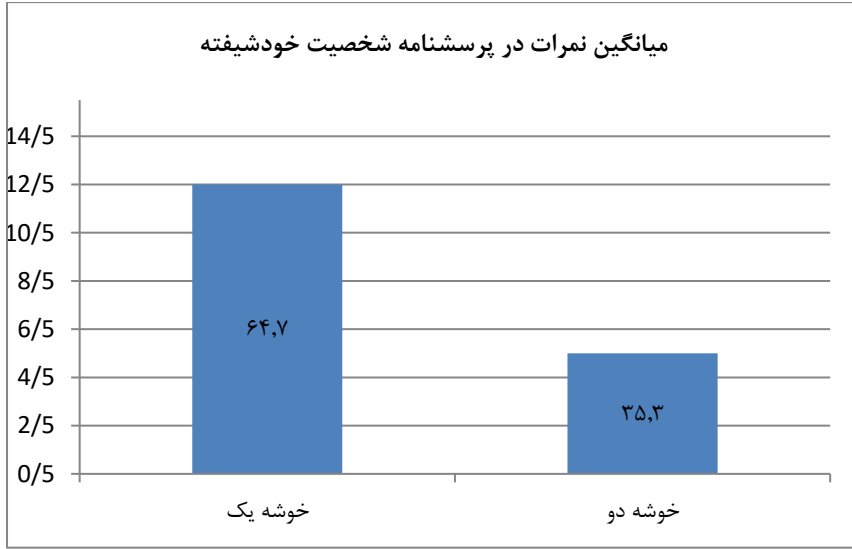
یافته‌ها

برای تعیین انواع علائم اختلال شخصیت‌های خودشیفته و مرزی بر مبنای ابعاد سرشت و منش، از روش تحلیل خوشه‌ای دو مرحله‌ای بر اساس نمرات حاصل از پرسشنامه کلونینجر عمل شد. در ابتدا از روش تحلیل خوشه‌ای سلسله مراتبی با استفاده از روش وارد استفاده شد. در گام دوم، خوشه‌های اولیه به دست آمده به عنوان نقاط آغازین غیر تصادفی در فرایند خوشه‌بندی مورد استفاده قرار گرفتند تا بهترین خوشه‌ها را نشان دهند. در ادامه برای تعیین اعتبار خوشه‌ها و تمایز آن‌ها از همدیگر، از روش تحلیل مانوا برای مقایسه ابعاد سرشت و منش در هر خوشه استفاده شد. پیش از ارائه تحلیل‌های مربوطه، میانگین سنی نمونه انتخابی $۴/۲۲ \pm ۲۶/۱۸$ و میانگین مدت زمان مصرف $۱/۳۹ \pm ۴/۰۵$ سال بود.

الف- خوشه‌بندی علائم اختلال شخصیت خودشیفته بر مبنای ابعاد سرشت و منش خوشه‌های تشخیص داده شده برای اختلال خودشیفته بر مبنای ابعاد سرشت و منش شامل دو خوشه شد که نتایج آن در نمودار ۱ نشان داده شده است. در خوشه ۱ تعداد ۲۳۳ نفر (۶۴/۷٪) از مردان با بیشترین علائم اختلال خودشیفته و در خوشه ۲ تعداد ۷۵ نفر (۳۵/۳٪) از مردان با کمترین علائم اختلال خودشیفته، شناسایی شدند.

برای اعتباربخشی به خوشه‌های به دست آمده و مقایسه ابعاد سرشت و منش در بین دو خوشه اختلال خودشیفته، از روش تحلیل مانوا استفاده شد. جدول ۱، میانگین و انحراف معیار ابعاد سرشت و منش را در دو خوشه شناسایی شده بر اساس علائم اختلال خودشیفته

نشان می‌دهد. بر اساس آزمون مانوا، نتایج نشان داد که ترکیب خطی ۷ بعد سرشت و منش در دو خوشه شناسایی شده، تفاوت معناداری دارند ($p < 0/001$)، $F(7, 352) = 27/87$ ، $\eta^2 = 0/64$ (لامبدای ویلکز).



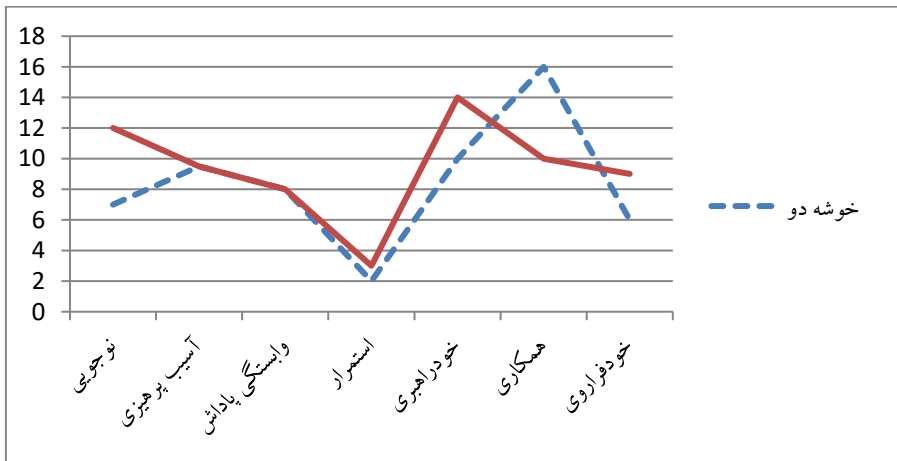
نمودار ۱: میانگین شدت علائم اختلال شخصیت خودشیفته و فراوانی مردان در هر خوشه

جدول ۱: مقایسه میانگین ابعاد سرشت و منش در خوشه‌های تشخیص داده شده

آزمون تعقیبی	η^2	F	خوشه		ابعاد سرشت و منش
			خوشه ۱ میانگین (انحراف معیار)	خوشه ۲ میانگین (انحراف معیار)	
۲ < ۱	۰/۱۹۰	** ۸۳/۷۳	۱۲/۱۴، (۴/۷۷)	۷/۵۸، (۴/۰۰)	نوجویی
	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۹/۷۷، (۴/۸۶)	۹/۴۰، (۵/۰۷)	آسیب پرهیزی
	۰/۰۰۱	۰/۰۹	۷/۷۱، (۳/۵۳)	۷/۸۳، (۳/۸۲)	پاداش وابستگی
۲ < ۱	۰/۲۱۹	** ۱۰۰/۲۲	۲/۹۴، (۱/۰۲)	۱/۸۷، (۰/۸۶)	استمرار
۲ < ۱	۰/۰۹	** ۳۵/۳۹	۱۴/۱۲، (۶/۵۳)	۹/۹۹، (۵/۸۱)	خودراهبری
۱ < ۲	۰/۱۸۸	** ۸۲/۷۹	۱۰/۰۳، (۵/۸۲)	۱۵/۶۸، (۵/۲۶)	همکاری
۲ < ۱	۰/۱۹۰	** ۸۴/۱۶	۸/۸۹، (۳/۳۷)	۵/۶۳، (۲/۹۳)	خودفراوری

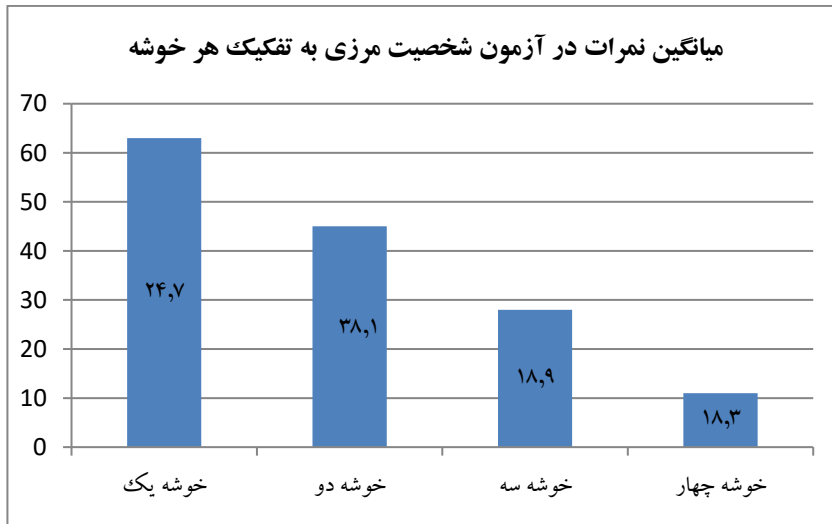
وضعیت خوشه اول: وضعیت خوشه اول با توجه به ابعاد سرشت و منش از بعد با بیشترین تا کمترین مقدار در این خوشه به این صورت است که خود راهبری با بیشترین مقدار و سپس نوجویی، آسیب پرهیزی، همکاری و خودفراروی، پاداش وابستگی و در آخر بعد استمرار می باشد.

وضعیت خوشه دوم: وضعیت خوشه دوم با توجه به ابعاد سرشت و منش، از بعد با بیشترین تا کمترین مقدار در این خوشه، به این صورت است که همکاری با بیشترین مقدار و پس از آن به ترتیب آسیب پرهیزی، خود راهبری، نوجویی، پاداش وابستگی، خودفراروی و در انتها استمرار قرار دارند. نمودار ۲، وضعیت ابعاد سرشت و منش در هر یک از خوشه های مربوط به علائم اختلال شخصیت خودشیفته را نشان می دهد.



نمودار ۲: مقایسه خوشه های مربوط به علائم اختلال شخصیت خودشیفته بر مبنای ابعاد سرشت و منش

ب- خوشه بندی علائم اختلال شخصیت مرزی بر مبنای ابعاد سرشت و منش خوشه های تشخیص داده شده برای اختلال شخصیت مرزی بر مبنای ابعاد سرشت و منش شامل چهار خوشه شد که نتایج آن در نمودار ۳ نشان داده شده است. در خوشه ۱، تعداد ۸۹ نفر (۲۴/۷٪)، در خوشه ۲، تعداد ۱۳۷ نفر (۳۸/۱٪)، در خوشه ۳، تعداد ۶۸ نفر (۱۸/۹ درصد) و در خوشه ۴، تعداد ۶۶ نفر (۱۸/۳ درصد) از مردان شناسایی شدند.



نمودار ۳: میانگین شدت علائم اختلال شخصیت مرزی و فراوانی مردان در هر خوشه

برای اعتباربخشی به خوشه‌های به دست آمده و مقایسه ابعاد سرشت و منش در ۴ خوشه اختلال شخصیت مرزی، از روش تحلیل مانوا استفاده شد. جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار ابعاد سرشت و منش را در ۴ خوشه شناسایی شده بر اساس علائم اختلال شخصیت مرزی نشان می‌دهد. بر اساس آزمون مانوا، نتایج نشان داد که ترکیب خطی ۷ بعد سرشت و منش در ۴ خوشه شناسایی شده تفاوت معناداری دارند ($p < 0/001$) $F(7, 352) = 0/43$ (لا مبدای ویلکز).

جدول ۲: مقایسه میانگین ابعاد سرشت و منش در ۴ خوشه تشخیص داده شده در اختلال مرزی

آزمون تعقیبی	η^2	F	ابعاد سرشت و منش				
			خوشه ۴ میانگین (انحراف معیار)	خوشه ۳ میانگین (انحراف معیار)	خوشه ۲ میانگین (انحراف معیار)	خوشه ۱ میانگین (انحراف معیار)	
۳,۴ < ۱,۲	۰/۳۱۴	** ۵۴/۴۰	۶/۲۳، (۳/۳۸)	۷/۷۵، (۳/۸۴)	۱۲/۱۲، (۴/۴۹)	۱۳/۴، (۴/۳۹)	نوجویی
۱,۵,۴ < ۲	۰/۱۰۶	** ۱۴/۰۷	۷/۷، (۴/۳۷)	۸/۱۲، (۴/۳۶)	۱۱/۵۶، (۴/۶۷)	۹/۲۸، (۵/۱۲)	آسیب پرهیزی
-	۰/۰۰۷	۰/۸۳	۸/۰۸، (۳/۵۸)	۷/۹، (۳/۳۳)	۷/۳۷، (۳/۵۹)	۷/۹۹، (۳/۹۶)	پاداش وابستگی
۴ < ۱	۰/۰۲۲	* ۲/۷۲	۲/۳۵، (۱/۰۷)	۲/۴۱، (۱/۱۲)	۲/۶، (۱/۰۹)	۲/۸، (۱/۰۷)	استمرار
۱ < ۴, ۲ < ۳ < ۴	۰/۱۴۰	** ۱۹/۲۶	۱۷/۱۴، (۴/۸۸)	۱۳/۹۶، (۶/۴۲)	۱۰/۴۷، (۶/۲۷)	۱۱/۷۲، (۶/۴۹)	خودراهبری
۱, ۲ < ۴, ۳	۰/۳۸۲	** ۷۳/۲۰	۱۷/۷۹، (۳/۳۲)	۱۶/۱۵، (۴/۱۷)	۹/۴۴، (۵/۶۲)	۸/۵۷، (۵/۲۸)	همکاری
۴ < ۲, ۴, ۳ < ۱	۰/۰۲۳	* ۲/۸۴	۶/۹۷، (۳/۵۵)	۷/۱۳، (۳/۳۵)	۸/۰۳، (۳/۵۸)	۸/۳۴، (۳/۶۶)	خودفراروی

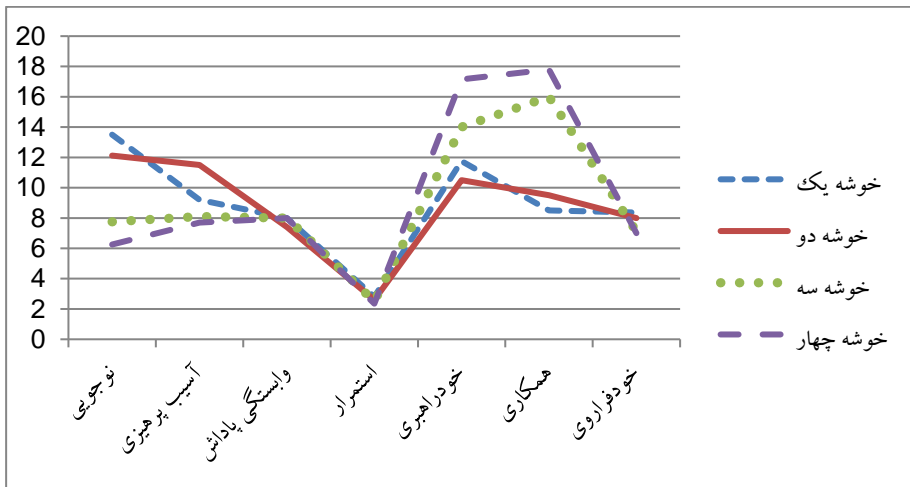
وضعیت خوشه اول: ترتیب ابعاد سرشت و منش در این خوشه بر اساس شدت هر بعد از بیشترین به کمترین، به این صورت بود که ابتدا بیشترین شدت مربوط به نوجویی، سپس با یک فاصله معنادار خودراهبری و آسیب پرهیزی و پس از آن‌ها همکاری، خودفراروی و پاداش وابستگی و استمرار قرار داشتند.

وضعیت خوشه دوم: ترتیب ابعاد سرشت و منش در خوشه دوم بر اساس شدت هر بعد از بیشترین به کمترین به این صورت بود که نوجویی و آسیب پرهیزی بیشترین مقدار، سپس خودراهبری، همکاری، پاداش وابستگی، خودفراروی و استمرار قرار داشتند.

وضعیت خوشه سوم: ترتیب ابعاد سرشت و منش در این خوشه بر اساس شدت از بیشترین به کمترین مقدار عبارت بودند از: همکاری، خودراهبری، نوجویی، آسیب پرهیزی، پاداش وابستگی و خود فراروی (که ۴ بعد اخیر تفاوتی با هم نشان ندادند) و سپس استمرار.

وضعیت خوشه چهارم: ترتیب ابعاد سرشت و منش بر اساس شدت از بیشترین به کمترین مقدار عبارت بودند از: همکاری، خودراهبری، پاداش وابستگی، آسیب پرهیزی، خودفراروی، نوجویی و استمرار.

نمودار ۴، وضعیت ابعاد سرشت و منش در هر یک از خوشه‌های مربوط به علائم اختلال شخصیت مرزی را نشان می‌دهد.



نمودار ۴: مقایسه خوشه‌های مربوط به علائم اختلال شخصیت مرزی بر مبنای ابعاد سرشت و منش

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به مقایسه ویژگی‌های اختلالات شخصیت مرزی و خودشیفته بر اساس ابعاد مدل سرشت و منش کلونینجر در مردان مبتلا به مصرف مواد پرداخته است. مطابق نظریه سرشت و منش کلونینجر، صفات شخصیتی به ویژه ابعاد مربوط به منش، نشانگرهای خوبی برای وجود یا عدم وجود اختلال شخصیتی می‌باشند (جیلها^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). بر همین اساس، پژوهش‌های قبلی نیز رابطه منفی بین ابعاد منش با بروز ویژگی‌های مربوط به اختلالات شخصیت از جمله خودشیفتگی را نشان داده‌اند (بریکاد، کالوت، ویبان، پرادو-جین و کلمنت^۲، ۲۰۱۲؛ شوراکیک و همکاران، ۲۰۰۲). در پژوهش حاضر، مردان مبتلا به مصرف مواد، از نظر ویژگی‌های مربوط به اختلال شخصیت خودشیفته، دو خوشه را نشان دادند که خوشه اول، بالاترین فراوانی را داشت. بر اساس دو خوشه به دست آمده برای اختلال خودشیفته، می‌توان این دو خوشه را بر اساس ابعاد سرشت و منش به دو تیپ اختلال «خودشیفته بزرگ منش» و «خودشیفته آسیب‌پذیر» دسته‌بندی کرد.

۱۳۵

بیشترین فراوانی ویژگی‌های اختلال شخصیت خودشیفته در بین مردان مبتلا به مصرف

135

مواد، در خوشه یک قرار داشتند. ویژگی‌های سرشت و منش مردان قرار گرفته در خوشه اول یا همان خوشه خودشیفته‌های بزرگ منش، شامل خودراهبری، نوجویی و آسیب‌پرهیزی بالا توأم با همکاری، پاداش وابستگی و استمرار پایین می‌باشد. این ویژگی‌ها نشان دهنده فردی است که به لحاظ بالینی، در برگیرنده فرایندهای درون روانی مانند سرکوب جنبه‌های منفی خود و دیگران می‌باشد که منجر به نپذیرفتن نگرش‌های منفی نسبت به خود، بالا بردن کاذب تصویر مثبت از خود بدون نیاز به موفقیت‌ها و مهارت‌ها و همچنین درگیری در خیال پردازی‌های قدرت، برتری و کمال نامحدود می‌شود. از نظر رفتاری خودشیفتگی بزرگ منشانه از طریق فعالیت‌های بهره‌کشی بین فردی، فقدان همدلی، رشک شدید و پرخاشگری ابراز می‌شود (کاین و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین خودشیفتگی

بزرگ منشانه با احتمال بالاتر انجام رفتارهای خطرپذیر مانند تمایل به سوء مصرف مواد در افراد جوان همراه است (باری، پیکارد و آنسل^۱، ۲۰۰۹؛ بیولو و برونل^۲، ۲۰۱۴).

همان گونه که نشان داده شد، خودشیفتگی از نوع بزرگ منش، با نمرات بالا در ابعاد سرشتی نوجویی و آسیب پرهیزی همراه می‌باشد. کونرادو^۳ و همکاران (۲۰۰۷) و کلونینجر و همکاران (۲۰۰۵) عنوان کردند که نوجویی بالا یکی از ویژگی‌های اصلی اختلالات شخصیتی خوشه «ب» می‌باشد. در همین ارتباط نیز، نتایج پژوهش جولها و همکاران (۲۰۱۳) و بریکاد و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که افراد خودشیفته نسبت به مردم عادی، نوجویی و آسیب پرهیزی بالاتری دارند. نوجویی مرتبط با هیجان خواهی، افراط، تکانشگری و بی‌نظمی است. افراد با نوجویی بالا، تمایل به تغییرات خلقی سریع و رفتارهای هیجانی دارند و در صورت عدم پذیرش از طرف دیگران، به صورت تدافعی برخورد کرده و یک تحریک‌جویی و تکانشگری بالا از خود نشان می‌دهند. از طرف دیگر یکی از ویژگی‌های مهم خوشه خودشیفتگی بزرگ منشانه، نمرات پایین در بعد همکاری بود. تحقیقات نشان داده‌اند که نمرات پایین در بعد همکاری، پیش‌بین مستقل تمام اختلالات شخصیتی است (جولها و همکاران، ۲۰۱۳). بعد همکاری، بر پایه رحم و شفقت، حس اجتماعی و تمایل به انجام امور خیریه بنا نهاده شده است (کاوایانی و پورناصح، ۱۳۸۴). افراد خودشیفته‌ای که در خوشه بزرگ منش قرار دارند، با توجه به نمره پایین در بعد همکاری از ویژگی‌های منش شخصیت، فاقد حس همدلی بوده و در مقابل واجد حس بزرگ منشی و اهمیت شخصی بر اساس دریافت احترام از دیگران بوده و شخصیتی خودمحور هستند (کالاتی^۴ و همکاران، ۲۰۰۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد از نظر ابعاد سرشت و منش، خوشه دومی نیز قابل پیگیری است به نحوی که ۳۵ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش، از نظر ویژگی‌های اختلال خودشیفته، واجد مجموعه‌ای از ابعاد سرشت و منشی بودند که می‌توان به عنوان افراد «خودشیفته آسیب‌پذیر» نامگذاری نمود. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر،

1. Barry, Pickard & Ansel
2. Buelow & Brunell
3. Conrada

4. Calati

مردان خودشیفته آسیب‌پذیر با ویژگی‌های سرشت و منش شامل آسیب‌پذیری بالا، نوجویی و پاداش وابستگی و خودفراروی پایین مشخص می‌شوند که از نظر رفتاری، مهم‌ترین ویژگی آن‌ها شامل واکنش‌گری عاطفی و رفتاری بالا توأم با انگیزه اجتنابی بالا می‌باشد. مردانی با ویژگی خودشیفته آسیب‌پذیر، در تعاملات اجتماعی تمایل دارند تا اعتماد به نفس خود را حفظ نموده و منعطف و بیش از حد محترمانه جلوه نمایند، اما برای ارضای گرایش‌های خودشیفته‌گی، همچنان به دنبال دریافت تحسین از محیط پیرامون می‌باشند (دیکینسون و پینکوس، ۲۰۰۳). افراد دارای ویژگی خودشیفته‌گی آسیب‌پذیر، سعی می‌کنند مورد تحسین قرار بگیرند، اما فاقد راهبردهای موثر برای دریافت تقویت و تحسین از جانب محیط می‌باشند. این نیاز آن‌ها به دریافت تحسین از جانب محیط به دلیل نیاز شدیدشان به تنظیم عزت نفس خود بر اساس میزان بازخوردهای دریافتی از محیط اجتماعی می‌باشد (روگوزا، زموتزل پیوتروفسکا، کواتکوسکا و کواتکوسکا، ۲۰۱۸). از آنجایی که افراد دارای ویژگی‌های خودشیفته آسیب‌پذیر فاقد مهارت‌های لازم برای دریافت تقویت و تحسین از محیط هستند، لذا تجارب آگاهانه‌ای از درمان‌دهی، تهی بودن و عزت نفس پایین و توأم با احساس شرم بالا گزارش می‌نمایند. بر همین اساس، این ناکامی می‌تواند زمینه‌ساز گرایش بیشتر این افراد به طرف سوء مصرف و مصرف مواد باشد.

در ارتباط با ویژگی‌های مربوط به اختلال شخصیت مرزی در مردان مبتلا به مصرف مواد، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بر اساس ابعاد سرشت و منش، می‌توان چهار خوشه متمایز از ویژگی‌های شخصیت مرزی را شناسایی نمود. در همین راستا، ۲۴ درصد از مبتلایان به اختلال مصرف مواد، در خوشه یک قرار گرفتند که شامل ویژگی‌های پاداش وابستگی و همکاری پایین، نوجویی و خودراهبری بالا می‌باشد. این ابعاد سرشت و منش بیانگر فردی با ویژگی‌های پرخاشگری، تکانشی، از نظر هیجانی سرد و منزوی توأم با بی‌مسوولیتی می‌باشد. چنین ویژگی‌هایی با نوع اختلال شخصیت مرزی «خودتخریب‌گر»

توصیف شده توسط میلون همخوانی دارد. مردان دارای ویژگی‌های شخصیتی از نوع خودتخریب‌گر، کج خلق بوده و قادر به برقراری ارتباطی صمیمی با دیگران نمی‌باشند. این مردان پرخاشگری‌های خود را بیشتر معطوف به درون می‌کنند. به عبارت بهتر، این مردان در طول زمان به صورت فزاینده‌ای تندخو و پرخاشگر نمی‌شوند؛ بلکه صفات آزارگرانه‌ی آن‌ها درونی شده و احساسات مخرب را به سمت خود معطوف می‌کنند. نزاکت و خونگرمی اجتماعی آن‌ها، نوعی سلطه‌پذیری تعارض‌آمیز عمیق را نسبت به انتظارات دیگران در پی دارد. لذا برای کنترل این گرایش‌های متضاد، به سختی تلاش می‌کنند ظاهری خویش‌تر دار و فداکار از خود نشان دهند. یکی از راه‌های کنترل این احساسات متضاد در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد، می‌تواند روی آوردن به سمت مصرف و سوء مصرف مواد باشد تا بتوانند هیجان‌های منفی خود را کنترل نمایند.

همچنین، ۳۸ درصد از مبتلایان به اختلال مصرف مواد (بیشترین مقدار از مردان شرکت‌کننده در پژوهش)، واجد ویژگی‌های سرشت و منشی بودند که خوشه دوم را تشکیل می‌داد. خوشه دوم اختلال شخصیت مرزی با ویژگی‌هایی شامل نوجویی و آسیب‌پرهیزی بالا و پاداش وابستگی و خودفراروی پایین مشخص شده است. این ویژگی‌های سرشتی بیانگر فردی تکانشی و مضطرب توأم با سردی و انزوای هیجانی و رفتاری کنترل‌کننده می‌باشد. این خوشه از اختلال شخصیت مرزی بیشترین شباهت را به تیپ اختلال مرزی «تکانشی» توصیف شده توسط میلون دارد. تکانشگری در شخصیت مرزی شامل نقص در بازداری رفتاری و تمایل به عمل بدون در نظر گرفتن عواقب آن می‌باشد که با الگوی ناکارآمد رفتارهای تکانشی بیماران نشان داده می‌شود و شامل پیامد منفی برای افراد از جمله رویدادهایی مثل سوء مصرف مواد می‌باشد (فراز و همکاران، ۲۰۰۹). تکانشگری در اختلال مرزی، با هیجان‌های منفی مثل خصومت، تحریک‌پذیری، خشم یا گناه مرتبط است که به صورت ابراز نامناسب و کنترل نشده از خشم بروز می‌کند (پاریس^۱، ۲۰۰۷). همچنین یافته‌ها نشان داد که صفت خشم و تکانشگری، رابطه مثبتی با نوجویی و آسیب‌پرهیزی و

رابطه منفی با پاداش وابستگی دارد (جانگ^۱، ۲۰۱۹؛ اصلان و آرکار^۲، ۲۰۱۶). مردان دارای اختلال شخصیت مرزی از نوع تکانشی، فاقد مسئولیت بوده، از نظر رفتاری فعال و قادر به تنظیم هیجان نمی‌باشند. در این گروه نیز، تمایل به مصرف مواد مخدر می‌تواند ناشی از گرایشات تکانشگرانه و نوجویی آن‌ها توأم با راهکاری مقابله‌ای برای تنظیم هیجان‌ات و کاهش پرخاشگری‌های مبتلایان باشد.

خوشه سوم اختلال شخصیت مرزی به دست آمده شامل ۱۸٪ از بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد بود که با ابعاد سرشتی نوجویی، آسیب پرهیزی، وابستگی پاداش و استمرار پایین و ابعاد منش خودراهبری و همکاری بالا مشخص می‌شود و با تیپ اختلال شخصیت مرزی «نامید» توصیف شده توسط میلون همخوانی دارد. این ابعاد سرشت و منش نشان‌گر ویژگی‌هایی نظیر آرام بودن، سرد و منزوی بودن، مسئولیت‌پذیری توأم با رفتارهای غیرپرخاشگرانه و اجتناب از رقابت می‌باشد. علاوه بر این ویژگی‌ها، مردان واجد این نوع شخصیت، ویژگی وابستگی افراطی و تبعیت مازوخیستیک داشته و در صورتی که قادر به ارضای این نیاز خود نباشند، احساس انزوا و افسردگی کرده و به احتمال زیاد در این دوره‌ها به سمت سوء مصرف مواد روی می‌آورند. خوشه چهارم اختلال شخصیت مرزی نیز در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد، ۱۸٪ شرکت کنندگان را شامل شدند که دارای ابعاد نوجویی و خودراهبری بالا و آسیب پرهیزی، استمرار و همکاری پایین بودند. این ترکیب از ابعاد، بیانگر افرادی تکانشی، سرد و منزوی، بی‌مسئولیت و متخاصم می‌باشد که با الگوهای رفتاری توصیف شده به عنوان اختلال شخصیت «کج خلق» توسط میلون، همخوانی دارد. بر خلاف دیگر خوشه‌های مرزی، مبتلایان به این نوع، به ندرت نیازهایشان را بر اساس یک اصل ضابطه‌مند ارضا کرده و هیچ‌گاه در زندگی خود، احساس امنیت نمی‌کنند و ناامیدی و دل‌سردی خود را کاملاً مشهود ابراز می‌کنند. اما به دلیل اینکه با دیگران احساس راحتی نمی‌کنند، ممکن است به گونه‌ای فزاینده، اندوهگین و ناراضی بوده و احساس پوچی زیادی می‌کنند.

۱۳۹

139

سال شانزدهم، شماره ۶۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

نتیجه نهایی این که، بر اساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، چنین به نظر می‌رسد مردان دارای مشکلات مربوط به مصرف مواد، هم راستا با تمام تحقیقات پیشین، دارای طیفی از علائم مربوط به اختلالات شخصیت به ویژه نوع مرزی و خودشیفته می‌باشند. با وجود این مشکلات شخصیتی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که این دو نوع اختلال شخصیتی، اختلالاتی همگون نبوده و هر کدام طیف متنوعی از ویژگی‌های شخصیتی را در بر می‌گیرند که این موضوع باعث تفاوت‌های فردی در شیوه‌های تعامل آن‌ها با تجربه‌ها و نیازهای مختلف دنیای درون و بیرون شده و لذا، ضروری به نظر می‌رسد راهبردهای مختلف درمانی را مبتنی بر ویژگی‌های سرشت و منش آن‌ها، در فرایند تعدیل ویژگی‌های شخصیتی به واسطه درمان‌های روانشناختی مد نظر قرار داد تا بتوان، نتایج امیدبخشی در فرایند ترک مصرف مواد و جلوگیری از عود را شاهد بود.

هر پژوهشی با مجموعه‌ای محدودیت‌ها همراه می‌باشد که پژوهش حاضر نیز مستثنی نبوده و با محدودیت‌هایی همراه بود. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر در دسترسی به شرکت‌کنندگان بود. با توجه به محدودیت در دسترسی به تعداد کافی از مردان مبتلا به مصرف مواد، امکان مقایسه این خوشه‌بندی‌ها بر اساس گرایش به نوع داروهای مصرفی از قبیل سنتی و صنعتی و یا پاسخ به درمان و میزان عود گرایشات مصرف مواد، فراهم نبود. لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی بتوانند رابطه بین گرایش به انواع مختلف مواد، نوع پاسخ به درمان و میزان عود مصرف را بر اساس زیر خوشه‌های مختلف خوشه «ب» در اختلالات شخصیت به ویژه نوع مرزی و خودشیفته مورد بررسی بیشتر قرار دهند. همچنین پیشنهاد دیگر این که، می‌توان این خوشه‌بندی‌ها را بر اساس ترکیب ابعاد سرشت و منش با سایر ویژگی‌های شخصیتی از قبیل ابعاد نابهنجار شخصیت بر اساس مدل اختلالات شخصیت جایگزین، مورد بررسی بیشتر قرار داد.

منابع

چلیانلو، غلامرضا (۱۳۹۱). نقش آلفای فرونتال، ابعاد سرشت و منش، سیستم‌های مغزی رفتاری در پیش‌بینی رفتار خودزنی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با واسطه‌گری پردازش هیجانی و کارکردهای اجرایی. رساله دکتری رشته علوم اعصاب شناختی، دانشگاه تبریز.

چلبیانلو، غلامرضا؛ مردانی، لطفه سادات و علی نژاد، شهلا (۱۳۹۷). رابطه سرشت-منش، ابعاد ناپهنجار شخصیت و خودکنترلی با گرایش به اعتیاد در دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۲(۵۰)، ۱۹۳-۲۱۲.

روشن چسلی، رسول؛ عینی، ساناز و دلارا، امیرصالح (۱۳۹۷). پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت خوشه B بر پایه مدل پنج عاملی جایگزین زا کرمن-کلمن و قدرت‌ایگو. دوفصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۶(۲)، ۷-۱۵.

کاویانی، حسین و پورناصح، مهرانگیز (۱۳۸۴). اعتباریابی و هنجارسنجی پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر در جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۳(۲)، ۹۸-۸۹.

محمدزاده، علی (۱۳۸۸). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت خودشیفته (NPI). مجله اصول بهداشت روانی، ۱۱(۴۴)، ۲۷۶-۲۸۱.

محمدی، محمد؛ مهریار، امیر هوشنگ و سوری، احمد (۱۳۹۷). رابطه عوامل خانوادگی-اجتماعی و مصرف مواد: نقش میانجی مولفه‌های سرشت و منش، سرمایه‌های روان شناختی و باورهای فرد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۶)، ۲۷۳-۲۹۶.

۱۴۱

141

References

- Ackerman, R. A., Witt, E. A., Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., & Kashy, D. A. (2011). What does the narcissistic personality inventory really measure?. *Assessment*, 18(1), 67-87.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington D.C.:American Psychological Association.
- Aslan, N. & Arkar, H. (2016). The relationship between temperament and character traits and anger response styles in university students. *Journal of Psychiatry Neurological Sciences*, 29(2), 120-128.
- Ayduk, O., Zayas, V., Downey, G., Cole, A. B., Shoda, Y. & Mischel, W. (2008). Rejection sensitivity and executive control: Joint predictors of borderline personality features. *Journal of Research in Personality*, 42(1), 151-168.
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Hofmann, S. G. (2016). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Cengage learning.
- Barnow, S., Ruge, J., Spitzer, C. & Freyberger, H. J. (2005). Temperament and character in persons with borderline personality disorder. *Nervenarzt*, 76(7), 839-846.
- Barry, C. T., Pickard, J. D. & Ansel, L. L. (2009). The associations of adolescent invulnerability and narcissism with problem behaviors. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 577-582.

- Boland ,R.J. & Verduin,M.L.(2021).Kaplan & Sadock’s Synopsis of psychiatry, 12th ed. Philadelphia:Wolters Kluwer.
- Bricaud,M., Calvet,B., Vieban,F., Prado-Jean,A. & Clement,J.P. (2012). Per CaDim study: relationship between categorical and dimensional approaches of personality. *Encephale*, 38(4), 288-295.
- Buelow,M.T. & Brunell,A.B. (2014). Facets of grandiose narcissism predict involvement in health- risk behaviors. *Personality and Individual Differences*, 69(1), 193-198.
- Cain, N.M., Pincus, A.L. & Ansell,E.B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 638-656.
- Calati,R., Giegling,I., Rujescu,D., Hartmann,A.M., Moller,H., De Ronchi,D. & Serretti,A. (2008). Temperament and character of suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 4(11), 938-945.
- Campbell,W.K. & Foster,J.D. (2007). *The narcissistic self: Background, an extended agency model, and ongoing controversies*. Frontiers in social psychology: The self (pp. 115–138). New York, NY: Psychology Press.
- Cloninger, C.R. & Svrakic, D.M. (2005). *Personality disorders*. In B.J.Sadock. & V.A. Sadock (Eds.), *Comprehensivetextbook of psychiatry* (Eight Edition, pp. 2063-2105). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Cloninger,C.R. (1987). A systematic method for clinicaldescription and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573-588.
- Conklin,C.Z., Bradley, R. & Westen,D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 69–77.
- Conrada,R., Schilling,G., Bausch,B., Nadstawek,J., Wartenberg,H., Wegener,I., Geiser,F., Imbeirowitics, K. & Leidtke R..(2007). Temperament & character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *PAIN*, 133(1-3), 197-209.
- Corr,P.J. & Perkins,A.M. (2006). The role of theory in the Psychophysiology of personality: From Ivan Pavlov to Jeffrey Gray. *International Journal of Psychophysiology*, 62(3), 367-376.
- Crowell,S.E., Beauchaine,T.P. & Linehan,M.M.(2009).A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan’s Theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510.
- Dickinson, K.A. & Pincus,A.L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 188-207.
- Digre, E.I., Reece,J., Johnson,A.L. & Thomas,R.A. (2009). Treatment response in subtypes of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(1), 56–67.
- Essau,C.A.(2011). Comorbidity of substance use disorders among community-based and high-risk adolescents. *Psychiatry Research*, 185(1-2) ,176–184.
- Ferraz,L., Vallez,M., Navarro,J.B., Gelabert,E., Martın-Santos,R. & Subira,S. (2009). Dimensional assessment of personality and impulsiveness in

- borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 140-146.
- Jang, E. (2019). The relation between temperament and anger response among prisoners: comparison of Reinforcement Sensitivity Theory and the Psychobiological Model of temperament and character. *Heliyon*, 5(7), e021023.
- Johnson, R.M., Fairman, B., Gilreath, T., Xuan, Z., Rothman, E.F., Parnham, T. & Furr-Holden, C.D. (2015). Past 15-year trends in adolescent marijuana use: differences by race/ethnicity and sex. *Drug Alcohol Dependence*, 155(1), 8–15.
- Jylhä, M., Ketokivi, O., Mantere, T., Melartin, K., Suominen, M., Vuorilehto, M., Holma, M., Holma, I. & Isometsä, I. (2013). Temperament, character and personality disorders. *European Psychiatry*, 28(8), 483–491.
- Krizan, Z. & Bushman, B.J. (2011). Better than my loved ones: social comparison tendencies among narcissists. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 212-216.
- Miller, J.D., Dir, A., Gentile, B., Wilson, L., Pryor, L.R. & Campbell, W.K. (2010). Searching for a vulnerable dark triad: Comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. *Journal of Personality*, 78(5), 1529–1564.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III Axis II*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Millon, T., Grossman, S., Milon, C., Meagher, S. & Rmnath, R. (2004). *Personality Disorders in modern life*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Moor, M.H.M.D., Distel, M.A., Trull, T.J. & Boomsma, D.A. (2009). Assessment of Borderline Personality Features in Population Samples: Is the Personality Assessment Inventory–Borderline Features Scale Measurement Invariant Across Sex and Age?. *Psychological Assessment*, 21(1), 125–130.
- Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 457–473.
- Pincus, A.L. & Lukowitsky, M.R. (2010). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 421-446.
- Rogoza, R., Żemojtel-Piotrowska, M., Kwiatkowska, M. M., & Kwiatkowska, K. (2018). The bright, the dark, and the blue face of narcissism: the Spectrum of Narcissism in its relations to the metatraits of personality, self-esteem, and the nomological network of shyness, loneliness, and empathy. *Frontiers in Psychology*, 9(1), 343.
- Ronningstam, E.F. (2005). *Identifying and Understand the Narcissistic Personality*. New York: Oxford University Press.
- Rothbart, M.K., Posner, M.I. & Kieras, J. (2006). *Temperament, attention, and the development of self-regulation*. In K.McCartney, & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 338–357). New Jersey: Wiley-Blackwell.

- Sleuwaegen, E., Claes, L., Luyckx, K., Berens, A., Vogels, C. & Sabbe, B. (2017). Subtypes in borderline patients based on reactive and regulative temperament. *Personality and Individual Differences*, 108(1), 14-19.
- Svrakic, D.M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. & Cloninger, C. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 189-195.
- Walter, M. (2015). *Personality disorder and addiction*. In: Dom G. & Moggi F, editors. Co-occurring addictive and psychiatric disorders: A practice based handbook from a European perspective. (pp. 137–148). Berlin Heidelberg: Springer
- Wapp, M., van de Glind, G., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Dom, G., Verspreet, S., Carpentier, P.J., Ramos-Quiroga, J.A., Skutle, A., Bu, E.T., Franck, J., Konstenius, M., Kaye, S., Demetrovics, Z., Barta, C., Fatseas, M., Auriacombe, M., Johnson, B., Faraone, S.V., Levin, F.R., Allsop, S., Carruthers, S., Schoevers, R.A., Koeter, M.W.J., van den Brink, W. & Moggi, F. (2015). Risk factors for borderline personality disorder in treatment seeking patients with a substance use disorder: an international multicenter study. *European Addiction Research*, 21(4), 188–194.

نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد*

علی بدیع^۱، بهنام مکوندی^۲، سعید بختیارپور^۳، رضا پاشا^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۴

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را درمانجویان کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، تعداد ۲۱۳ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خودکارآمدی، الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس ادراک شده بود. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که بین الگوی ارتباطی گفت و شنود، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با خودکارآمدی ترک اعتیاد درمانجویان تحت درمان رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد. همچنین مشخص گردید که خودکارآمدی ترک اعتیاد با الگوی ارتباطی همنوایی و استرس ادراک شده دارای رابطه‌ی منفی معنی‌دار است. نتایج تحلیل رگرسیون نیز آشکار کرد که ۲۸ درصد از واریانس خودکارآمدی ترک اعتیاد براساس الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس قابل پیش‌بینی است. **نتیجه‌گیری:** وجود عواملی نظیر الگوی ارتباطی خانواده با جهت‌گیری گفت و شنود، حمایت اجتماعی و ویژگی فردی مانند تاب‌آوری و همچنین حذف عواملی مانند الگوی ارتباطی از نوع همنوایی و عوامل استرس‌زا از محیط زندگی افراد وابسته به مواد می‌تواند به خودکارآمدی ترک آن‌ها کمک کرده تا در مقابل وسوسه مصرف مجدد مقاومت کنند.

کلید واژه‌ها: خودکارآمدی ترک اعتیاد، الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری،

استرس

* این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری نویسنده‌ی اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

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

makvandi_b@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

مقدمه

اعتیاد^۱ اصطلاحی است که سابقه‌ای دیرینه دارد و به اشکال مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. اعتیاد توسط بسیاری از افراد به عنوان یک بیماری مشخص، اختلالی ناتوان‌کننده که ریشه در اثر فارموکولوژیک دارو دارد و با بی‌احتیاطی پیشرفت می‌کند، مورد توجه قرار گرفته است. اعتیاد عبارت است از استفاده مکرر از یک ماده و یا ماده روانگردان^۲ به حدی که مصرف‌کننده به صورت دوره‌ای یا مزمن مسموم می‌شود، مجبور به مصرف ماده (یا مواد) دارد، قطع داوطلبانه و یا متوقف کردن استفاده از مواد برایش بسیار مشکل است و عزمش را برای به دست آوردن مواد روانگردان تقریباً به هر شیوه‌ای عملی می‌کند. به طور معمول، تحمل برجسته است و وقتی مصرف مواد قطع می‌گردد غالباً سندرم ترک رخ می‌دهد. ممکن است زندگی فرد وابسته به مواد تحت سلطه‌ی مصرف مواد قرار گرفته و از این طریق به شکل بالقوه از تمامی فعالیت‌ها و مسئولیت‌ها محروم شود (وست و براون^۳، ۲۰۱۷).

مطالعات انجام شده در زمینه‌ی اعتیاد، عوامل مختلفی را در شروع و تداوم مصرف مواد دخیل می‌دانند (چوپچیان لنگرودی و زربخش، ۱۳۹۷). در چند سال گذشته پژوهش‌های بسیاری در خصوص علت عود و بازگشت به مصرف مجدد مواد پس از ترک آن انجام شده است. پژوهشگران در پی مشخص کردن سهم و اهمیت نقش عوامل فردی و محیطی اثرگذار در مورد اعتیاد هستند. در عود مجدد، پژوهش‌ها میزان تأثیر عوامل محیطی را ۰/۶۴ و میزان تأثیر عوامل فردی را ۰/۴۱ گزارش می‌کنند (حاجت‌آقایی، کمالی، دهقانی فیروزآبادی و اصفهانی، ۱۳۹۳). افزایش آمادگی برای گرایش به اعتیاد در طی دوران زندگی شکل می‌گیرد. عوامل محیطی، دشواری تهیه مواد و عوامل روانشناختی احتمال مصرف و تداوم آن را مشخص می‌کنند. احتمالاً تلفیقی از عوامل زیستی، محیطی و روانشناختی مانند الگوهای ارتباطی خانواده (شفیع آبادی، نوابی نژاد، فلسفی نژاد و نجف لوی، ۱۳۹۰)، حمایت اجتماعی^۴ (حاجلو و جعفری، ۱۳۹۴)، تاب‌آوری^۵ (افشک و

1. Addiction
2. Psychoactive substance
3. West & Brown

4. Social support
5. Resilience

کرمی، ۱۳۹۷) و استرس ادراک شده^۱ (ثاقبی سعیدی و داوران، ۱۳۹۶) می‌توانند در گرایش به مصرف مواد و شکست خودکارآمدی ترک اعتیاد^۲ (غدیری صورمان آبادی، عبدالمحمدی و یوسف‌زاده، ۱۳۹۶) مؤثر باشند.

یکی از عواملی که ارتباط نزدیک با مصرف مواد و استعداد گرایش به اعتیاد دارد، خودکارآمدی است (فرانک^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). خودکارآمدی به افکار و قضاوت فرد درباره توانایی‌هایش برای رسیدن به هدف مورد نظر اشاره دارد. در این مطالعه خودکارآمدی، ترک اعتیاد توانایی افراد برای دور ماندن از مصرف مواد مخدر و بهبود کیفیت زندگی خود با تحت درمان قرار گرفتن به وسیله داروهای نگهدارنده (جونیس، لینام و پیکوئرو^۴، ۲۰۱۵) است. هرچه میزان خودکارآمدی در افراد بالاتر باشد، به همان میزان احتمال بازگشت و عود مصرف در آنان نیز کاهش خواهد یافت (الکساندر، هبرت، بوسنیل و کندزور^۵، ۲۰۱۹). این مؤلفه، از لحاظ شناختی نقش مهمی در جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد و افزایش تحمل درد ناشی از ترک، در افراد معتاد ایفا می‌کند (تانکوچی، تاناکا، ساکا و اُز^۶، ۲۰۱۸). افراد وابسته به مواد که دارای خودکارآمدی پایینی هستند وارد فرایند درمان نمی‌شوند و در صورت اقدام به درمان دچار عود مکرر می‌شوند (دی کلمنته و هیوجیز^۷، ۱۹۹۰). ساهین، فیلیز، تولین و یاسمین^۸ (۲۰۱۶) در پژوهش خود گزارش کرده‌اند که خودکارآمدی در گرایش به اعتیاد در افراد نقش مؤثری دارد.

احتمالاً خانواده اصلی‌ترین محل شکل‌گیری سازه خودکارآمدی در کودکان است. والدین از طریق نوع تعامل و فضایی که برای رشد روانی فرزندان خود به وجود می‌آورند، به ایشان در ساخت شخصیت، رشد و آگاهی از توانایی‌هایشان کمک می‌کنند. ریچی و فیتز پاتریک^۹ نوع تعامل والدین با فرزندان را الگوهای ارتباطی خانواده^{۱۰} (به نقل از فیتز پاتریک، ۲۰۰۴)، نامید و دو بعد با عناوین الگوی ارتباطی با جهت‌گیری گفت و شنود^{۱۱} و

1. Perceived stress
2. Quit Addiction Self-efficacy
3. Franke
4. Jones, Lynam, & Piquero
5. Alexander, Hébert, Businelle, & Kendzor

6. Taniguchi, Tanaka, Saka, & Oze
7. DiClemente & Hughes
8. Şahin, Filiz, Tülin, & Yasemin
9. Ritchie & fitzpatrick
10. Family Communication Patterns
11. Conversation orientation

الگوی ارتباطی با جهت‌گیری هم‌نوایی^۱ برای آن قائل شده‌اند (نقل از کوئرر و فیتز پاتریک^۲، ۲۰۰۲). مطابق با الگوی گفت و شنود، اعضاء خانواده می‌توانند آزادانه در مباحث شرکت کرده و اظهار نظر نمایند. در نتیجه فرزندان خانواده‌هایی با سبک تربیتی گفت و شنود که در فضایی صمیمی و پذیرا رشد می‌کنند، از خصوصیات روانی و شخصیتی مثبتی مانند کنترل درونی، تاب‌آوری و راهبردهای حل مسئله مثبت برخوردار می‌باشند و در تعاملات اجتماعی و روابط بین فردی‌شان ابراز وجود بالایی دارند (حسنوند و جوانمرد، ۱۳۹۵). بر خلاف جهت‌گیری گفت و شنود، اعضاء خانواده در الگوی ارتباطی با جهت‌گیری هم‌نوایی مجبور به اطاعت از والدین و پذیرش نگرش‌ها و ارزش‌های ایشان هستند. در نتیجه فرزندان خانواده‌هایی با سبک تربیتی هم‌نوایی، از آنجا که تحت سلطه والدین خود رشد می‌کنند و از تجربه استقلال محروم می‌باشند در کنترل هیجانی و روابط عاطفی مؤثر بی‌کفایت هستند، هم‌رنگی اجتماعی‌شان صدمه می‌بیند و منجر به عواقب منفی بلند مدت مانند روابط ضعیف با همسالان، فقدان حل مسئله کارآمد، عزت‌نفس ضعیف، منبع کنترل بیرونی و شایستگی اجتماعی پایین می‌شود (حسنوند و جوانمرد، ۱۳۹۵). رحیمی و خیر (۱۳۸۸) در پژوهش خود بین جهت‌گیری گفت و شنود با جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار گزارش کرده‌اند. صدوری دمیرچی، رئیس قره درویشلو و رحیمی زرج آباد (۱۳۹۷) در پژوهش خود تأیید کردند که الگوهای ارتباطی خانواده با تمایل به سوء مصرف مواد رابطه دارند. نتایج مطالعه جشن پور و مرادی (۱۳۹۷) نشان داد که افراد وابسته به مواد نسبت به افراد عادی از لحاظ الگوهای ارتباطی خانواده، دارای جهت‌گیری هم‌نوایی هستند در حالی که افراد عادی نسبت به افراد وابسته به مواد، دارای جهت‌گیری گفت و شنود بالاتری هستند. مطالعه رشیدی، محسنی و گلمحمدیان (۱۳۹۵) این یافته را که جو عاطفی خانواده، الگوهای ارتباطی خانواده و ادراک حمایت اجتماعی می‌توانند به پیش‌بینی سوء مصرف مواد روان‌گردان صنعتی کمک کنند تأیید کرد. میرزایی، نصیرزاده، اسلامی، شریفی‌راد و حسن‌زاده (۱۳۹۲) در پژوهش خود دریافتند که خانواده جوانان وابسته به مصرف مواد مخدر صنعتی در مقایسه با خانواده

جوانانی که به مصرف مواد مخدر صنعتی گرایش نیافته‌اند، در تمامی ابعاد مانند عملکرد کلی، نوع رابطه، عواطف، مدیریت رفتار، پذیرش و کیفیت انجام مسئولیت ناکارآمدتر عمل می‌کنند.

سلامت اشخاص نه تنها بستگی به دریافت حمایت‌های درمانی و پزشکی نوین دارد بلکه به عوامل اجتماعی مانند حمایت اجتماعی نیز وابسته است. مفهوم حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع مهم در خودکارآمدی و کنترل افراد وابسته به مواد محسوب می‌شود (فینلای، پی کوک و الاندر^۱، ۲۰۱۸). به طور کلی، هر رابطه‌ای که با فردی غیر از خود برقرار کنیم، یک رابطه اجتماعی محسوب می‌شود و برقراری روابط غالباً برای دریافت حمایت و توجه از طرف دیگران صورت می‌گیرد. حمایت اجتماعی که از سوی دیگران به دست می‌آید، منجر به بهبود سلامت روانی - جسمی فرد می‌شود (پلوت، ایس، کورسیو و لین^۲، ۲۰۱۸). در موضوع اعتیاد، حمایت اجتماعی از افراد وابسته به مواد، با افزایش کارایی و کاهش بازگشت به مصرف آن‌ها همراه است (استیونس، جیسون، رام و لایت^۳، ۲۰۱۵). حمایت اجتماعی که این افراد دریافت می‌کنند در آن‌ها احساساتی از قبیل اهمیت داشتن، محترم بودن، با ارزش بودن، مراقبت شدن و دوست داشتن به وجود می‌آورد. افراد وابسته به مواد به دلیل تنیدگی زیادی در مقایسه با افراد عادی، نیازمند کسب حمایت از دیگران هستند (روب، جانسون، تان، چائو و لیائو^۴، ۲۰۱۸). حمایت اجتماعی از دو طریق، موجب کاهش اثرات فشار و استرس در افراد می‌شود و از این طریق به سازگاری آن‌ها کمک می‌کند. اول اینکه حمایت اجتماعی افراد را بر علیه تجربه فشار روانی قبل از رخ دادن محافظت می‌کند و سازگاری آن‌ها را افزایش می‌دهد. دوم اینکه شبکه‌های حمایت اجتماعی مانعی در مقابل تنش‌های روانی هستند. آگاهی از اینکه فرد می‌تواند به هنگام تجربه تنش‌های روانی از حمایت اجتماعی بهره‌مند گردد، این امکان را به وجود می‌آورد تا اتفاقات پیش رو را کمتر ناامیدکننده و تهدیدآمیز تصور نموده و از سطح سازگاری بیشتری برخوردار شوند (جانستون، برزینا و کرانک^۵، ۲۰۱۹). به علت شرایط روانی افراد

1. Finlay, Peacock, & Elander
2. Pluut, Ilies, Curşeu, & Liu
3. Stevens, Jason, Ram, & Light

4. Robb, Johnson, Tan, Chou & Liao
5. Johnston, Brezina, & Crank

وابسته به مواد، حمایت اجتماعی باعث افزایش خودکارآمدی ترک اعتیاد در آن‌ها خواهد شد (فوآ، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از ویژگی‌های روانشناختی که احتمال دارد با گرایش به اعتیاد و ضعف در خودکارآمدی ترک مرتبط باشد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری^۱، توان فرد در انطباق با وضعیت تهدیدکننده تعریف می‌شود. در واقع تاب‌آوری به عواملی اطلاق می‌شود که فرد را در مسیر زندگی از خطر گرفتاری به رفتارهای مشکل‌زا و آسیب روان‌شناختی محافظت کرده و علیرغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه هدایت می‌کند (چشمه‌سنگی، کرد تمینی و کهرازی، ۱۳۹۵). برای افراد تاب‌آور ویژگی‌هایی مانند داشتن مهارت حل مسأله، خودتنظیمی، داشتن هدف و ایمان به آینده ذکر شده است؛ به طوری که این ویژگی‌ها می‌توانند در بهبود سلامت روان به فرد کمک کنند. برعکس، کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته‌اند (زربتو، گالرا و روئیز^۳، ۲۰۱۷). یافته‌های پژوهشی تأیید می‌کند که افراد تاب‌آور دارای سلامت روان بهتر، مهارت‌های خودتنظیمی بیشتر و عزت نفس بالاتر می‌باشند، تحت حمایت والدین بوده و کمتر احتمال دارد درگیر رفتارهای پرخطر مانند سوءمصرف مواد شوند (مومنی، مولایی پاره و محبی، ۱۳۹۲). چنین ویژگی‌هایی سازه خودکارآمدی را فعال نگاه داشته و فرد با اتکاء به قابلیت‌های خود که ممکن است به علل مختلف آن‌ها را نادیده گرفته است، از گرایش به مصرف مواد خودداری ورزد.

از دیگر متغیرهایی که می‌تواند بر خودکارآمدی ترک اعتیاد افراد وابسته به مواد اثرگذار باشد، استرس ادراک شده^۴ است. استرس ادراک شده به ارزیابی افراد از شرایط پرتنش زندگی و اینکه آن‌ها چقدر این شرایط را قابل کنترل یا غیرقابل کنترل می‌دانند، اشاره دارد (برایان، کیم و فریدریکسون-گلدسن^۵، ۲۰۱۷). در بحث اعتیاد، استرس ادراک شده به ضعف شخص برای کنار آمدن با وضعیت ترک اعتیاد و مصرف مجدد اشاره دارد، به طوری که باعث ایجاد تهدید واقعی بر تعادل حیاتی روانی و جسمی وی می‌شود.

1. Phua
2. Resilient
3. Zerbetto, Galera, & Ruiz

4. Perceived stress
5. Bryan, Kim, & Fredriksen-Goldsen

استرس و اضطراب شدید می‌تواند بر رفتار فرد اثر گذاشته و توانایی حل مسأله را کاهش دهد که از این جهت خودکارآمدی با مشکل مواجه می‌شود. در نتیجه چون تحمل استرس ناشی از ترک در فرد وابسته به مواد بسیار پایین است، بازگشت به مصرف مواد افزایش می‌یابد (دیویس^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). مویترا، آندرسون و استین^۲ (۲۰۱۳) در پژوهش خود تایید کردند که استرس ادراک شده، احتمال مصرف الکل، کوکائین و دیگر مواد را در افراد معتاد تحت درمان با متادون را به طور معناداری افزایش می‌دهد. وویسن، کیم، بازت و ماروتا^۳ (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود تاثیر کاهنده استرس بر خودکارآمدی ترک مواد در نوجوانان را تأیید می‌کنند.

بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده و تایید نقش عوامل خانوادگی، اجتماعی و فردی در گرایش و تداوم اعتیاد و همچنین بر اساس آنچه که درباره متغیرهای پژوهش حاضر مطرح شد، سوال اصلی پژوهش این است که عواملی همچون الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، استرس و تاب‌آوری تا چه اندازه می‌توانند پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی ترک اعتیاد در درمانجویان با متادون باشند.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل درمانجویان مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر اهواز در زمستان ۱۳۹۷ و بهار ۱۳۹۸ است. طبق دیدگاه جیمز استیونس در تحلیل رگرسیون چندگانه، به منظور افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها بهتر است به ازای هر متغیر پیش‌بین دست کم ۱۵ آزمودنی در نظر گرفته شود (هومن، ۱۳۸۴). بر این اساس در پژوهش حاضر تعداد ۲۱۳ درمانجوی مراکز درمان سوءمصرف مواد به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مراجعه به یکی از مراکز درمان سوءمصرف مواد جهت درمان و اعلام رضایت به منظور شرکت در پژوهش تعیین شد. همچنین معیارهای خروج از مطالعه موافقت با

1. Davis
2. Moitra, Anderson, & Stein

3. Voisin, Kim, Bassett, & Marotta

خروج شرکت‌کننده از فرایند پاسخگویی به پرسشنامه‌ها و حذف پرسشنامه‌های ناقص در نظر گرفته شد. در مرحله میدانی، پس از دریافت کد اخلاق به شناسه IR. IAU. AHVAZ. REC. 1398.011 و کسب مجوز از سازمان‌های متولی به مراکز درمان مراجعه کرده و پس از ارائه توضیحاتی در خصوص هدف پژوهش و حفظ رازداری و کسب رضایت از درمانجویان شرکت‌کننده در پژوهش، پرسشنامه‌ها به ایشان عرضه و پس از تکمیل جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها، از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره همزمان با استفاده از نرم‌افزار SPSS²⁴ استفاده شد.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ توسط برامسون^۱ با ۱۶ سوال و چهار خرده‌مقیاس شامل مهارت حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط طراحی شده است. هر یک از سوالات پرسشنامه دارای ۷ گزینه پاسخ می‌باشد؛ به طوری که سوالات از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۷) تنظیم گردیده‌اند. رواسازی این پرسشنامه در ایران توسط حبیبی، کارشکی، دشتگرد، حیدری و طلایی (۱۳۹۱) برای جامعه‌ی درمانجویان مراکز بازتوانی و درمان اعتیاد انجام شده است. از طریق محاسبه همسانی درونی، میزان اعتبار خرده‌مقیاس مهارت حل مسئله ۰/۷۵، مهارت تصمیم‌گیری ۰/۷۲، مهارت ابراز وجود ۰/۷۸ و برای خرده‌مقیاس مهارت ارتباط ۰/۷۲ به دست آمده است. همچنین مقدار گزارش شده همسانی درونی کل مقیاس ۰/۹۰ محاسبه شده است. برای پایایی به روش آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۹ بدست آمد.

۲- پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۲ توسط کوئرتر و فیتزپاتریک طراحی شده است که ۲۶ سوال و دو بعد ارتباطی دارد. هر یک از سوالات پرسشنامه دارای ۵ گزینه پاسخ می‌باشد؛ به طوری که سوالات از کاملاً مخالفم (۱) نمره) تا کاملاً موافقم (۵ نمره) تنظیم گردیده‌اند. ۱۵ سوال اول خرده‌مقیاس جهت‌گیری گفت و شنود و ۱۱ سوال بعد خرده‌مقیاس جهت‌گیری همنوایی را مورد سنجش قرار

می‌دهد. کسب نمره بیشتر در هر یک از الگوهای ارتباطی نشان‌دهنده نوع الگوی ارتباطی با جهت‌گیری گفت و شنود و یا همنوایی می‌باشد. کوئرتر و فیتزپاتریک (۲۰۰۲)، پایایی مقیاس را برای بعد گفت و شنود ۰/۸۹ و برای بعد همنوایی ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. پایایی مقیاس توسط سپهری و مظاهری (۱۳۸۸) از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای بعد گفت و شنود ۰/۹۰ و برای بعد همنوایی ۰/۸۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۷ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده از بررسی همسانی درونی برای مقیاس گفت و شنود ۰/۸۸، برای بعد همنوایی ۰/۸۲ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ می‌باشد.

۳- مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی: این مقیاس توسط زمیت، دالم، زمیت و فارلی^۱ (۱۹۸۸) و در قالب ۱۲ پرسش و سه خرده مقیاس خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی طراحی شده است. نمره‌گذاری سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای و در یک طیف پاسخ از کاملاً مخالفم (۱ نمره) تا کاملاً موافقم (۵ نمره) انجام می‌شود. برای به دست آوردن نمره کل، امتیازات تک تک گویه‌ها با هم جمع می‌شود. هرچه نمرات فرد در این آزمون بالاتر باشد، به این معناست که میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در حد بالایی برای فرد وجود دارد. روایی و پایایی این مقیاس توسط سازندگان در حد مطلوب گزارش شده است. علیپور، علی اکبری دهکردی، امینی و هاشمی جشنی (۱۳۹۳) پایایی مقیاس را برای حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. همچنین براور، امسلائی، کید، لوچنر و سیدات^۲ (۲۰۰۸)، در بررسی یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستانی، پایایی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش نموده‌اند. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمده است.

۴- پرسشنامه تاب‌آوری: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون^۳ (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۵ گویه می‌باشد و سازه تاب‌آوری را بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد که به هر سوال نمره ۱ (کاملاً نادرست) تا نمره ۵ (همیشه

درست) داده می‌شود. دامنه نمره‌گذاری آن بین ۲۵ تا ۱۲۵ است و نمره بیشتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بالای فرد است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس از طریق اندازه‌گیری جمعیت عمومی و بیماران دارای اختلالات اضطرابی و استرس به دست آمده است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، روایی پرسشنامه به روش تحلیل عوامل را ۰/۸۸ و برآورد پایایی مقیاس در گروه‌های افراد سالم و بالینی از طریق دو شیوه‌ی بازآزمایی را ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. حسینی قمی و سلیمی بجستانی (۱۳۹۱) نیز ضریب پایایی پرسشنامه تاب‌آوری را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش نموده‌اند. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ می‌باشد.

۵- مقیاس استرس ادراک شده: این مقیاس توسط کوهن، کامارک و مرملستین^۱ (۱۹۸۳) در قالب ۱۴ گویه و دو خرده‌مقیاس خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده طراحی شده است. نمره‌گذاری این مقیاس با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) می‌باشد. گویه‌های ۴، ۱۰، ۹، ۷، ۶، ۵، و ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. از جمع امتیازات گویه‌ها، نمره کل هر فرد در این مقیاس محاسبه می‌شود. امتیازات بالاتر به معنای میزان استرس ادراک شده بالا است. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ضرایب همسانی درونی برای خرده‌مقیاس‌ها و نمره کلی را بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش نموده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط صفایی و شکری (۱۳۹۳) در بیماران سرطانی رواسازی شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس برابر ۰/۷۶ محاسبه شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده از داده‌های جمعیت‌شناختی، از مجموع ۲۱۳ شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۷۸ نفر مرد و ۳۵ نفر زن می‌باشند. گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال با ۵۴ نفر (۲۵/۴ درصد) بیشترین و گروه سنی ۵۱ سال و بالاتر با ۱۵ نفر (۷ درصد) کمترین فراوانی را دارند. از نظر وضعیت تأهل، ۱۶۳ نفر (۷۶/۵ درصد) متأهل و ۵۰ نفر (۲۳/۵ درصد) مجرد

هستند. همچنین ۱۵۹ نفر (۷۴/۶ درصد) شاغل و ۵۴ نفر (۲۵/۴ درصد) بیکار هستند. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
خود کارآمدی ترک اعتیاد	۶۹/۵۸	۲۳/۵۷	-۰/۰۷۷	-۰/۵۵۰
الگوی ارتباطی خانواده با جهت‌گیری گفت و شنود	۳۲/۲۱	۱۴/۶۳	۰/۳۱۰	-۰/۸۵۴
الگوی ارتباطی خانواده با جهت‌گیری همنوایی	۲۵/۶۱	۱۰/۴۷	-۰/۱۹۱	-۰/۶۵۹
حمایت اجتماعی	۲۱/۱۴	۸/۶۵	۱/۰۵۴	۱/۱۵۲
تاب‌آوری	۵۸/۰۹	۲۰/۸۱	-۰/۲۶۵	-۰/۱۲۲
استرس ادراک شده	۲۵/۸۵	۷/۳۹	۰/۲۱۵	۱/۸۰۶

قبل از انجام روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره، پیش‌فرض‌های اساسی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاصل از بررسی آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که سطح معناداری متغیرهای پژوهش از سطح ۰/۰۵ بیشتر بود ($p > 0.05$). بنابراین، توزیع نمرات متغیرها نرمال بود. از پیش‌فرض‌های مهم انجام رگرسیون، عدم وجود هم‌خطی چندگانه و استقلال خطاها است. آماره‌های شاخص تحمل و عامل تورم واریانس^۱ که برای بررسی هم‌خطی بررسی می‌شوند، نشان داد که شاخص تحمل در متغیرهای پیش‌بین در محدوده ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ بود که بیشتر از مقدار ۰/۱۰ بود. همچنین، عامل تورم واریانس نیز در متغیرهای پیش‌بین در محدوده ۱/۰۴ تا ۱/۲۱ بود که از مقدار ۲ کمتر بود. بنابراین، عدم وجود هم‌خطی چندگانه تایید شد. آماره دورین واتسون نیز برابر با ۲/۲۹ بود که با توجه به این مقدار در فاصله بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار نداشت، این نکته حاکی از استقلال خطاها بود. نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- خودکارآمدی	۱					
۲- الگوی ارتباطی گفت و شنود	۰/۳۰۰**	۱				
۳- الگوی ارتباطی همنوایی	-۰/۲۸۵**	-۰/۰۶۰	۱			
۴- حمایت اجتماعی	۰/۲۴۰**	-۰/۰۹۸	-۰/۳۱۶	۱		
۵- تاب‌آوری	۰/۳۲۷**	-۰/۰۱۳	-۰/۲۷۱	۰/۱۱۶	۱	
۶- استرس ادراک شده	-۰/۲۸۱**	-۰/۱۱۰	۰/۲۳۶	-۰/۱۷۷	-۰/۲۹۷	۱

$P < ۰,۰۱^{**}$

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که بین خودکارآمدی ترک اعتیاد با الگوی ارتباطی گفت و شنود، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری رابطه مثبت معنی دار وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش الگوی ارتباطی گفت و شنود، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری، خودکارآمدی ترک اعتیاد افزایش می‌یابد. از جهت دیگر داده‌های مندرج در جدول ۲ بیانگر وجود رابطه منفی معنی دار بین خودکارآمدی با الگوی ارتباطی همنوایی و استرس ادراک شده می‌باشند. این رابطه نشان دهنده کاهش خودکارآمدی با افزایش الگوی ارتباطی همنوایی و استرس ادراک شده است. نتایج پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد بر اساس متغیرهای پیش‌بین در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون همزمان جهت پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد بر اساس الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	R	R ²
رگرسیون	۳۲۸۰/۸۱۶	۵	۶۵۷۶/۱۳۶	۱۶/۰۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۲۸
باقیمانده	۸۴۷۵۷/۱۵۵	۲۰۷	۴۰۹/۴۵۵				

بر اساس نتایج جدول ۳، ۲۸ درصد از واریانس خودکارآمدی ترک اعتیاد افراد وابسته به مواد تحت درمان بر اساس الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس قابل پیش‌بینی است. نسبت F نیز بیانگر این است که رگرسیون خودکارآمدی

ترک اعتیاد افراد وابسته به مواد تحت درمان براساس الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب آوری و استرس معنادار است.

جدول ۴: ضرایب بتا و آزمون معناداری t متغیرهای پیش بین

متغیرهای پیش بین	B	ضرایب استاندارد (بتا)	آماره T	سطح معناداری
الگوی ارتباطی با جهت گیری گفت و شنود	۰/۴۸۵	۰/۳۰۱	۵/۰۱۹	۰/۰۰۱
الگوی ارتباطی با جهت گیری همنوایی	-۰/۲۶۰	-۰/۱۱۶	-۱/۷۷۹	۰/۰۷۷
حمایت اجتماعی	۰/۵۰۲	۰/۱۸۴	۲/۹۲۰	۰/۰۰۴
تاب آوری	۰/۲۷۶	۰/۲۴۴	۳/۸۴۳	۰/۰۰۱
استرس ادراک شده	-۰/۳۶۷	-۰/۱۱۵	-۱/۸۱۱	۰/۰۷۲

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، گفت و شنود با بتای ۰/۳۰، حمایت اجتماعی با بتای ۰/۱۸ و تاب آوری با بتای ۰/۲۴ به طور مثبت و معناداری توان پیش بینی خود کارآمدی ترک اعتیاد افراد وابسته به مواد تحت درمان را دارند اما الگوی ارتباطی از نوع همنوایی و استرس ادراک شده قادر به پیش بینی پیش بینی خود کارآمدی ترک اعتیاد نبودند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب آوری و استرس ادراک شده در پیش بینی خود کارآمدی ترک اعتیاد انجام شده است. تحلیل رگرسیون با روش همزمان نشان داد که متغیرهای پژوهش توان پیش بینی ۲۸ درصد واریانس خود کارآمدی ترک اعتیاد افراد تحت درمان را دارند. برای تبیین این یافته ها، شناخت مکانیزم و نحوه تعامل متغیرهای پیش بین با متغیر خود کارآمدی ترک اعتیاد ضروری به نظر می رسد. در این مطالعه مشخص گردید که خود کارآمدی با الگوی ارتباطی گفت و شنود رابطه مثبت معنی دار و با الگوی ارتباطی همنوایی رابطه منفی معنی دار دارد. این یافته نشان می دهد که الگوی ارتباطی با جهت گیری گفت و شنود منجر به افزایش خود کارآمدی ترک اعتیاد و الگوی ارتباطی با جهت گیری همنوایی باعث کاهش آن می شود. این یافته با نتایج پژوهش های صدری دمیچی و همکاران (۱۳۹۷)،

رشیدی و همکاران (۱۳۹۵) جشن‌پور و مرادی (۱۳۹۷) و میرزایی و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. خمیرنیا و پیوند (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که اکثریت شرکت‌کنندگان در مطالعه‌شان که دارای سابقه ترک و عود مجدد بودند به دلیل اختلافات خانوادگی، بیکاری و وسوسه فردی به مصرف مجدد روی آورده‌اند. در یک محیط دموکراتیک کودکان استقلال رأی را یاد گرفته و به رشد مثبت روانی و شخصیت رسیده (محمود، ابراهیم، آما و صالح، ۲۰۱۱) و آموزش‌های لازم در خصوص تعاملات اجتماعی و مهارت‌ها مقابله‌ای را از طریق والدین می‌آموزند. فرزندان خانواده‌هایی با الگوی ارتباطی گفت و شنود علی‌رغم وجود فشارهای محیطی، فشارهای فیزیولوژیک محرومیت، تداعی‌کننده‌ها و برانگیزاننده‌های محیطی از خودکارآمدی خوبی برخوردار بوده و در ترک اعتیاد پایدار می‌باشند؛ در حالی که فرزندان خانواده‌هایی با الگوی ارتباطی هم‌نمایی فاقد خودکارآمدی لازم به منظور ترک اعتیاد هستند. فریور و میرهاشمی (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که کاهش الگوی ارتباطی گفت و شنود بین همسران می‌تواند منجر به افزایش احتمال عود مجدد در درمانجویان گردد.

از یافته‌های دیگر این پژوهش تأیید رابطه مثبت معنی‌دار بین حمایت اجتماعی با خودکارآمدی ترک اعتیاد است. داده‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی به افزایش خودکارآمدی ترک کمک می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های فینلای و همکاران (۲۰۱۸) و فوآ (۲۰۱۹) مبنی بر نقش حمایت اجتماعی در افزایش خودکارآمدی همسو است. افراد وابسته به مواد به دلیل تنیدگی زیادی که تجربه می‌کنند، بیشتر از افراد عادی، نیازمند کسب حمایت از دیگران هستند (روب و همکاران ۲۰۱۸). حمایت اجتماعی باعث می‌گردد تا فرد اتفاقات پیش‌رو را کمتر تهدیدآمیز و ناامیدکننده تصور کند و با کاهش فشارهای روانی، سطح سازگاری را بهبود بخشد (جانستون و همکاران، ۲۰۱۹). افزایش سطح سازگاری باعث افزایش سطح خودکارآمدی ترک اعتیاد در درمانجویان می‌شود (فوآ، ۲۰۱۹). حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد این توانایی را به آن‌ها می‌دهد که چطور با شرایط استرس‌زا و پرتنش ناشی از دور ماندن از مصرف

مواد کنار بیابند، این امر موجب افزایش خودکنترلی در آن‌ها می‌شود که این امر تأثیر مثبتی بر روی خودکارآمدی ترک اعتیاد در آن‌ها خواهد داشت (کاراتای و باس^۱، ۲۰۱۹). نتایج مطالعه استیونز، جیسون، رام و لایت^۲ (۲۰۱۵) نشان دادند که حمایت اجتماعی در معتادین به خودکارآمدی ترک اعتیاد در آن‌ها منجر خواهد شد.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تاب‌آوری با خودکارآمدی ترک اعتیاد رابطه مثبت دارد. به بیان دیگر وجود سازه تاب‌آوری باعث افزایش خودکارآمدی ترک اعتیاد می‌شود. این یافته پژوهشی با یافته‌های زربتو و همکاران (۲۰۱۷) و مومنی و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. زربتو و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که ناتوانی فرد در مقابله با مشکلات زندگی استرس، اضطراب و یا افسردگی ایجاد می‌کند. در این شرایط سطح عواطف مثبت و عزت نفس کاهش می‌یابد و در نتیجه انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روانی فرد دچار اختلال می‌شود. تاب‌آوری از طریق افزایش ویژگی‌هایی مانند اجتماعی بودن، توانمندی در حل مسأله، خودگردانی، احساس هدفمندی و باور به آینده روشن به بهبود سلامت جسمانی و روانی فرد کمک می‌کند. افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند توانایی سازگاری بیشتری با مشکلات دارند. با ارتقای سطح تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عواملی که سبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود، از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کند (کورتز، مندز و آراگون^۳، ۲۰۱۵). بنابراین با توجه به تعریفی که از خودکارآمدی ارائه شد، سازه تاب‌آوری باعث ارتقاء خودکارآمدی ترک اعتیاد شده و به فرد کمک می‌کند تا در مقابل وسوسه بازگشت به مصرف مقاومت کند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر تأیید وجود رابطه منفی معنی‌دار بین خودکارآمدی ترک اعتیاد با استرس ادراک شده می‌باشد. این یافته که با نتایج پژوهش‌های وویسین و همکاران (۲۰۱۸) و ماجر، پلیرا و جاسون^۴ (۲۰۱۶) همسو می‌باشد، نشان می‌دهد که کاهش استرس ادراک شده باعث افزایش خودکارآمدی ترک اعتیاد

می‌شود. مویترا و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که استرس ادراک شده، احتمال مصرف الکل، کوکائین و دیگر مواد در اشخاصی که تحت درمان با متادون بودند را به طور معناداری افزایش می‌دهد. فرد ممکن است تحت شرایط فشار و نداشتن مهارت‌های لازم برای مدیریت موقعیت فشارزا، به آن از طریق پاسخ‌های تکانشی و مصرف دارو پاسخ گوید و خطر اعتیاد به مصرف مواد را افزایش دهد. در موقعیت‌های پرتنش و به منظور آمادگی مقابله فرد با این موقعیت‌ها (جنگ و گریز) سطح هورمون‌های تنش و استرس مانند هورمون کورتیزول افزایش می‌یابد. تنش‌های مزمن، خطر ابتلا به سردرد تنشی، سرماخوردگی، درد گردن و افسردگی را افزایش می‌دهد. در نتیجه این فرایند خودکارآمدی ترک اعتیاد در فرد کاهش یافته و مجدداً مصرف مواد انجام می‌شود (ماجر و همکاران، ۲۰۱۶). هر چه تعداد استرس‌زاهایی که فرد با آن رو به رو می‌شود بیشتر باشد، شانس سوءمصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود، به طوری که فرد با از دست دادن توانایی کنترل هیجانانگیز، عواطف و نادیده گرفتن ویژگی‌های شخصیتی و عزت نفس به مصرف مواد روی می‌آورد. در مجموع این عوامل خودکارآمدی ترک اعتیاد را با شکست مواجهه می‌کنند (والترز، سیمون و سیمون، ۲۰۱۸). وویسین و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی بر روی نوجوانان آمریکایی آفریقایی تبار نشان دادند که استرس موجب کاهش خودکارآمدی ترک مواد از سوی آن‌ها می‌شود.

در جمع‌بندی از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که با افزایش الگوی ارتباطی با جهت‌گیری گفت و شنود، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری، خودکارآمدی ترک اعتیاد افزایش می‌یابد و با افزایش الگوی ارتباطی با جهت‌گیری همناوی و استرس ادراک شده، خودکارآمدی ترک اعتیاد کاهش می‌یابد. در حالی که مطالعات پیشین میزان و اهمیت عوامل محیطی نسبت به عوامل فردی را بیشتر گزارش کرده‌اند (حاجت‌آقایی و همکاران، ۱۳۹۳). یافته‌های پژوهش حاضر نقش بالاتر عوامل فردی مانند تاب‌آوری را در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد نسبت به عوامل اجتماعی مانند خانواده و حمایت اجتماعی تأیید می‌کند. احتمالاً علت اصلی این یافته ورود ارادی و

آگاهانه درمانجویان تحت درمان به فرایند درمان و تعهد ایشان به تداوم آن می‌باشد. درمانگران حوزه اعتیاد با ارزیابی متغیرهای پیش بین یاد شده در این پژوهش درک بهتری از درمانجویانی که احتمالاً دچار عود و لغزش خواهند شد به دست می‌آورند. بعنوان یک استنباط منطقی از نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌گردد که مددکاران و درمانگران حوزه اعتیاد با آموزش و تأکید بر الگوی ارتباطی با جهت‌گیری گفت و شنود، اهمیت حمایت اجتماعی، راه‌های اجتناب از استرس و مدیریت آن به خانواده‌ها و افراد وابسته به مواد در افزایش خودکارآمدی ترک اعتیاد مؤثر باشند.

این پژوهش با محدودیت‌های اجرایی نظیر محدودیت‌های امنیتی و حفاظتی مراکز و ویژگی‌های اجتماعی، شخصیتی، مهارتی و رفتاری درمانجویان وابسته به مواد که ایجاد ارتباط با آن‌ها را مشکل می‌سازد، روبرو بوده است. از محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به مقطعی بودن، توصیفی و همبستگی بودن و استفاده از پرسشنامه خود گزارش‌دهی اشاره نمود. با توجه به اینکه نمونه‌ی این پژوهش درمانجویان مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر اهواز می‌باشد، از تعمیم یافته‌ها به دیگر گروه‌های وابسته به مواد می‌کاهد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، جمعیت و نمونه‌های دیگر افراد وابسته به اعتیاد مورد توجه قرار گیرند.

منابع

ثاقبی سعیدی، کرامه و داوران، مریم (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روانی معتادان مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۲۸۰-۲۶۷.

جشن پور، محمد و مرادی، شهناز (۱۳۹۷). مقایسه الگوهای ارتباطی خانواده و تحمل‌پریشانی هیجانی در افراد وابسته به مواد و عادی. *فصلنامه سلامت اجتماعی*، ۵(۱۷)، ۱۲۶-۱۱۱.

چشمه سنگی، زهرا؛ کرد تمینی، بهمن و کهرآزبی، فرهاد (۱۳۹۵). نقش رفتار جراتمندانه در خودتاب‌آوری و خودکنترلی زنان معتاد. *فصلنامه علمی پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۱۰(۳۸)، ۱۸۲-۱۶۳.

چوپچیان لنگرودی، سیده هانیه و زربخش، محمدرضا (۱۳۹۷). رابطه میان سرسختی روانشناختی، سبک‌های مقابله‌های و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۱۵(۳)، ۵۰-۳۱.

حاجلو، نادر و جعفری، عیسی (۱۳۹۴). نقش استرس ادراک شده، هیجان‌خواهی و حمایت اجتماعی در اعتیاد. *فصلنامه علوم تربیتی و روانشناسی*، ۴(۱۶)، ۳۰-۱۹.

حبیبی، رحیم؛ کارشکی، حسین؛ دشتگرد، علی؛ حیدری، عباس و طلایی، علی (۱۳۹۱). روسازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۵(۱)، ۵۹-۵۳.

حسنوند، بنفشه و رحمانی جوانمرد، سمیرا (۱۳۹۵). رابطه مقایسه‌ی اجتماعی، الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های تنظیم شناختی هیجان با کمرویی در دانشجویان. *دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۲(۲)، ۴۸-۲۳.

حسینی قمی، طاهره و سلیمی بجزستانی، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی (ره). *روانشناسی سلامت*، ۱(۴)، ۱۰۹-۹۷.

حمرنیا، محمد و پیوند، مصطفی (۱۳۹۷). علل بازگشت به اعتیاد به مواد مخدر و راهکارهای پیشنهادی در مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد، یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۷(۶)، ۵۳۸-۵۲۳.

رحیمی، مهدی و خیر، محمد (۱۳۸۸). رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر شیراز. *مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی*، ۱۰(۱)، ۲۵-۵.

رشیدی، علیرضا؛ محسنی، زهرا السادات و گل محمدیان، محسن (۱۳۹۵). نقش جو عاطفی خانواده، ادراک شیوه فرزندانپروری، الگوهای ارتباطی خانواده و ادراک حمایت اجتماعی (خانواده) در پیش‌بینی سؤمصرف مواد روانگردان صنعتی دانشجویان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۱۲۳-۱۰۳.

سپهری، صفورا و مظاهری، محمدعلی (۱۳۸۸). الگوهای ارتباطی خانواده و متغیرهای شخصیتی در دانشجویان. *مجله روانشناسان تحولی، روانشناسان ایرانی*، ۶(۲۲)، ۱۴۱-۵۰.

شفیع آبادی، عبدالله؛ نوابی نژاد، شکوه؛ فلسفی نژاد، محمدرضا و نجف‌لوی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه الگوی تعاملات خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه راهبردهای مداخله‌ای.

مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱(۳)، ۲۸۳-۲۶۴.

صدری دمیچی، اسماعیل؛ رئیس قره درویشلو، سجاد و رحیمی زرج آباد، نقی (۱۳۹۷). نقش الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های دلبستگی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در جوانان.

فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۲(۴۵)، ۱۳۰-۱۱۳

صفایی، مریم و شکری، امید (۱۳۹۳). سنجش استرس در بیماران سرطانی، رویی عاملی مقیاس استرس ادراک شده در ایران. *روان پرستاری*، ۲(۱)، ۲۲-۱۳

صفری حاجت آقایی، سعیده؛ کمالی، ایوب؛ دهقانی فیروزآبادی، سمیره و اصفهانی، مهدی (۱۳۹۳). فراتحلیل مقایسه عوامل فردی و محیطی مؤثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد بعد از ترک

مواد مخدر (ایران، ۱۳۸۳-۱۳۹۱). *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهشی*، ۸(۳۰)، ۵۲-۳۵.

علیپور، احمد؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ امینی، فاطمه و هاشمی جشنی، عبدالله (۱۳۹۵). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، نقش

واسطه‌ای تاب‌آوری و امید. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۰(۲)، ۶۷-۵۳.

غدیری صورمان آبادی، فرهاد؛ عبدالمحمدی، کریم و یوسف‌زاده، باقر (۱۳۹۶). مروری بر عوامل روانشناختی مرتبط با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در ایران. *رویش روان‌شناسی*، ۳(۲۰)،

۲۵۴-۲۳۹.

فریور، مژگان و میرهاشمی، مالک (۱۳۹۷). پیش‌بینی احتمال روی‌آوری مجدد به مصرف مواد مخدر براساس تاب‌آوری و الگوهای ارتباطی همسران افراد معتاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*،

۱۲(۴۶)، ۸۷-۱۰۰.

کرمی، جهانگیر و افشک، شیوا (۱۳۹۷). رابطه بین هیجان‌خواهی و تاب‌آوری با آمادگی به اعتیاد دانشجویان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۳۲)، ۲۵۸-۲۴۷.

مومنی، خدامراد؛ مولایی پاردی؛ علی و محبی، زینب (۱۳۹۲). رابطه سبک‌های دلبستگی و تاب‌آوری با استعداد اعتیاد دانشجویان. *فصلنامه علمی دانش انتظامی کرمانشاه*، ۲۰، ۲۲-۱۱.

میرزایی، علویجه مهدی؛ نصیرزاده، مصطفی؛ اسلامی، احمد علی؛ شریفی راد، غلام رضا و حسن‌زاده، اکبر (۱۳۹۲). تأثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان به مواد مخدر صنعتی.

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۱(۲)، ۳۰-۱۹.

هومن، حیدرعلی (۱۳۹۳). شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: انتشارات سمت.

References

- Alexander A. C., Hébert E. T., Businelle M. S., & Kendzor D. E. (2019). Everyday discrimination indirectly influences smoking cessation through post-quit self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 198, 63-69.
- Bruwer B., Emsley R., Kidd M., Lochner C. H., & Seedat S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 195-201.
- Bryan, A. E., Kim, H. J., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Factors associated with high-risk alcohol consumption among LGB older adults: the roles of gender, social support, perceived stress, discrimination, and stigma. *The Gerontologist*, 57(1), 95-104.
- Cohen S., Kamarck T., & Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cortés J. M. G., Méndez M. G., & Aragón S. R. (2015). Potencial resiliente en familias con adolescentes que consumen y no consumen alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(2), 163-172.
- Davis, J. P., Berry, D., Dumas, T. M., Ritter, E., Smith, D. C., Menard, C., & Roberts, B. W. (2018). Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial. *Journal of substance abuse treatment*, 91, 37-48.
- DiClemente C. C., & Hughes SO. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 35-217.
- Finlay K. A., Peacock S., & Elander J. (2018). Developing successful social support, an interpretative phenomenological analysis of mechanisms and processes in a chronic pain support group. *Psychology & Health*, 33(7), 846-871.
- Fitzpatrick, M. A. (2004). The family communication patterns theory observations on its development and application. *The Journal of Family Communication*, 4, 167-179.
- Franke P., Neef D., Weiffenbach O., Gansicke M., Hautzinger M., & Maier W. (2003). Psychiatric comorbidity in risk groups of opioid addiction, a comparison between opioid dependent and non-opioid dependent prisoners. *Journal of Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 71(1), 37-44.
- Johnston T. M., Brezina T., & Crank B. R. (2019). Agency, self-efficacy, and desistance from crime, an application of social cognitive theory. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 5(1), 60-85.

- Jones S., Lynam D. R., & Piquero A. R. (2015). Substance use, personality, and inhibitors: Testing Hirschi's predictions about the reconceptualization of self-control. *Crime & Delinquency*, 61(4), 538-558.
- Karatay G., & Baş N. G. (2019). Factors affecting substance use and self-efficacy status of students in eastern Turkey. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24, 1317-1326.
- Koerner, A.F. fitzpatrick, M.A. (2002). Understanding family communication patterns and family functioning: The role of conversation orientation and conformity orientation. *Communication Year book*, 26, 36-68.
- Mahmud Z., Ibrahim H., Amat S., Salleh, A. (2011). Family Communication. Sibling Position and Adolescents, Sense of Responsibility. *World Applied Sciences Journal*, 14, 74-80.
- Majer J. M., Plaza C., & Jason, L. A. (2016). Abstinence social support among ex-prisoners with substance use disorders. *The Prison Journal*, 96(6), 814-827.
- Moitra E., Anderson B. J., & Stein M. D. (2013). Perceived stress and substance use in methadone-maintained smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 785-788.
- Phua J. (2019). E-Cigarette Marketing On Social Networking Sites, Effects on Attitudes, Behavioral Control, Intention to Quit, and Self-Efficacy. *Journal of Advertising Research*, 59(2), 242-254.
- Pluut H., Iliès R., Curşeu P. L., & Liu Y. (2018). Social support at work and at home: Dual-buffering effects in the work-family conflict process. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, (146), 1-13
- Robb J., Johnson L., Tan S., Chou C. C., & Liao H. Y. (2018). Mediating Effects of Social Support and coping between perceived and internalized stigma for substance users. *Journal of Rehabilitation*, 84(2), 18-21.
- Şahin Gökçearslan., Filiz KuşkayaMumcu., Tülin Haşlamam., Yasemin DemiraslanÇevik (2016). Modelling smartphone addiction: The role of smartphone usage, self-regulation, general self-efficacy and cyberloafing in university students. *Computers in Human Behavior*, 63, 639-649.
- Stevens E., Jason L. A., Ram D., & Light, J. (2015). Investigating social support and network relationships in substance use disorder recovery. *Substance Abuse*, 36(4), 396-399.
- Taniguchi C., Tanaka H., Saka H., Oze I., Tachibana K., Nozaki Y., & Sakakibara H. (2018). Changes in self-efficacy associated with success in quitting smoking in participants in Japanese smoking cessation therapy. *International Journal of Nursing Practice*, 24(4), e12647.
- Voisin D. R., Kim D. H., Bassett S. M., & Marotta P. L. (2018). Pathways linking family stress to youth delinquency and substance use, exploring the mediating roles of self-efficacy and future orientation. *Journal of Health Psychology*, 25(2), 139-151.

- Walters K. J., Simons J. S., & Simons R. M. (2018). Self-control demands and alcohol-related problems: within-and between-person associations. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(6), 573-582.
- West R, & Brown, J. (2017). Theory of Addiction. Second Addedction. UK, *Wily Blackwell, Addiction Prees*. 16-18.
- Zerbetto S. R., Galera S. A. F., & Ruiz, B. O. (2017). Family resilience and chemical dependency, perception of mental health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1184-1190.
- Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., & Farley G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان نگره‌دارنده با متادون: نقش میانجی تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی

سجاد رضائی^۱، امیر قربان‌پور لقمجانی^۲، عامر فیضی لپوندانی^۳، مهسا جهانگیرپور^۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۲

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان نگره‌دارنده با متادون با توجه به نقش میانجی تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی بود. **روش:** طرح پژوهش، توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه معتادان تحت درمان نگره‌دارنده با متادون شهر رشت در سال ۱۳۹۸ بودند. تعداد ۲۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری متوالی انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق آزمون‌های انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل آشفتگی، دشواری در نظم‌بخشی هیجانی، خطرجویی و مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد انجام شد. **یافته‌ها:** الگوی نهایی پس از اصلاح (یعنی حذف مسیر دشواری در نظم‌بخشی هیجان به سمت گرایش به عود اعتیاد) و آزاد کردن تعدادی از خطاهای کوواریانس برآزش خوبی با داده‌ها داشت. نتایج نشان داد که ضرایب مسیر مستقیم بین خطرپذیری با انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی، منفی و معنی‌دار و با گرایش به عود اعتیاد، مثبت و معنی‌دار است. همچنین مسیر مستقیم بین دشواری در نظم‌بخشی هیجان با انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی، منفی و معنی‌دار بود. رابطه متغیرهای میانجی، یعنی انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی با گرایش به عود اعتیاد، منفی و معنی‌دار بود. مسیرهای غیرمستقیم خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان به سوی گرایش به عود اعتیاد از طریق میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی معنی‌دار بودند. **نتیجه‌گیری:** رفتارهای خطرجویانه و توانایی اندک در تنظیم هیجان‌ات شدید، ماشه‌چکان عوداعتیاد هستند و پیشنهاد می‌شود در برنامه درمانی معتادان تحت درمان مهارت‌های تقویت‌کننده کنترل رفتاری و تنظیم هیجان گنجانده شده و مداخلاتی برای بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و افزایش تحمل آشفتگی طرح‌ریزی گردد.

کلید واژه‌ها: عود اعتیاد، خطرجویی، نظم‌بخشی هیجان، تحمل آشفتگی، انعطاف‌پذیری شناختی

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. پست الکترونیک:

Rezaei_Psy@hotmail.com

۲. استادیار، گروه مشاوره و علوم تربیتی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد یک اختلال پایدار است که با رفتار تکانشی برای یافتن و مصرف مواد و اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری همایند است (توکلیان و ابوالقاسمی، ۲۰۱۶). اعتیاد به موادمخدر، یکی از آسیب‌های اجتماعی و عامل تهدیدکننده‌ی سلامتی در قرن حاضر تلقی می‌شود. این اختلال رایج‌ترین مشکل روانپزشکی است که از برهم‌کنش عوامل ژنتیکی و محیطی مثل نابهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامطلوب روانی-اجتماعی ناشی می‌شود (پیتس و رایلی^۱، ۲۰۰۹). سوء مصرف مواد نه تنها بر سلامت و رفتار افراد اثرات جبران‌ناپذیری دارد، بلکه با هزینه‌های بالای اجتماعی همراه است و به توسعه و انسجام اجتماعی لطمه می‌زند (اوزیر و ایرامی^۲، ۲۰۱۶). از جمله هزینه‌های اجتماعی مصرف مواد می‌توان به بیماری‌های ناشی از مصرف مواد و تحمیل هزینه‌های گزاف به سیستم مراقبت بهداشتی، افزایش جرم و جنایت، هزینه‌های مربوط به سیستم قضایی، اثرات مصرف مواد بر پیشرفت تحصیلی، بهره‌وری شغلی و هزینه‌های ناشی از آن بر جامعه اشاره کرد (ظهربیان و فیلیپسون^۳، ۲۰۱۰).

نظر به اینکه برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد، هزینه مالی گزافی را بر دوش جوامع می‌گذارد (هاروپ و کاتالانو^۴، ۲۰۱۶)، سبب‌شناسی و پیشگیری از عوامل اثرگذار بر گرایش به مواد ضرورت پیدا می‌کند (دنی و کانور^۵، ۲۰۱۶). به همین دلیل، حجم زیادی از پژوهش‌ها در علوم رفتاری بر شناسایی متغیرهای روان‌شناختی اثرگذار بر پیشگیری عود اعتیاد و گرایش به سوء مصرف مواد تمرکز کرده‌اند، به این امید که شناسایی عوامل اثرگذار به راهبردهای مؤثری برای جلوگیری از سوء مصرف مواد منجر شود (مک کانل، میمتوویچ و رچاردسون^۶، ۲۰۱۴). از این رو با شناخت نقص‌ها و مشکلات شخصیتی و روان‌شناختی این افراد می‌توان از یک سو به درمان آن‌ها بیشتر کمک کرد و از سوی دیگر به جای درمان صرف وابستگی، می‌توان با درمان اختلالات همبود و رفع نقایص

1. Pates & Riley
2. Ouzir & Errami
3. Zohrabian & Philipson
4. Harrop & Catalano

5. Denney & Connor
6. McConnell, Memetovic & Richardson

آن‌ها، از عود وابستگی و سوء مصرف مواد جلوگیری کرده و هزینه‌های انسانی و مالی ناشی از آن را کاهش داد. بنابراین با توجه به مشکلات فردی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد، فهم عامل‌های خطری که الگوهای مختلف مصرف را پیش بینی می‌کنند، برای هدایت بهتر تلاش‌های پیشگیرانه و درمانی ضروری است. اگرچه عوامل متعددی ممکن است با شروع و حفظ مصرف مواد مرتبط باشد، اما اختلال در نظم‌دهی هیجانی (دیر، بنکس، زوپلسکی، مک‌اینتر و لافورگ^۱، ۲۰۱۶؛ داودی، عشرتی و زرگر، ۱۳۹۳) و خطرپذیری (ریسر^۲ و همکاران، ۲۰۱۹، کریک، نیلسن، باتلمن و لافورگ^۳، ۲۰۰۵؛ مشمول حاجی آقا و ابوالقاسمی، ۱۳۹۵) از جمله عواملی هستند که در سال‌های اخیر حجم عظیمی از پژوهش‌های مرتبط با رفتارهای اعتیادی را به خود اختصاص داده‌اند و نقش آن‌ها در انواع مختلف این اختلال آسیب‌زا و پرخطر مورد توجه قرار گرفته است.

خطرپذیری رفتاری است که به موجب آن، فرد خود را در معرض آسیب جسمی، روانی و حتی مرگ قرار می‌دهد. پذیرش خطر به عنوان قرارداد خود در معرض یک آسیب یا صدمه و خطر تعریف شده است (موری و پارسونس^۴، ۲۰۰۰). خطرپذیری علاوه بر این که انجام رفتارهای پرخطر را در برمی‌گیرد، به آسیب‌پذیری از سوی محیط و نزدیکان و نیز گرایش‌ها، تمایلات و باورهای نادرست و تهدیدکننده فرد در مورد رفتارهای پرخطر نیز اشاره دارد (احمدی، عسگری و توقیری، ۱۳۹۲). افراد دارای خطرپذیری بالا خود را بیشتر در معرض رفتارهای نابهنجار قرار می‌دهند. در این راستا اسکالیس^۵ و همکاران (۲۰۱۴) گزارش نمودند خطرپذیری افراد نقش موثری در تجربه‌ی مصرف مواد دارد. همچنین لی و پارک^۶ (۲۰۱۵) خاطر نشان ساختند بین خطرپذیری و مصرف مواد و سیگار رابطه مستقیم وجود دارد. لیندگرم، مولینز، نی بور و بلینی^۷ (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که بین خطرپذیری با مصرف مواد (الکل، مواد مخدر و داروهای توهمز)ا

1. Dir, Banks, Zapolski, McIntyre & Hulvershorn
2. Rieser
3. Kreek, Nielsen, Butelman & LaForge

4. Moore & Parsons
5. Scalese
6. Lee & Park
7. Lindgren, Mullins, Neighbors & Blayney

رابطه مستقیم وجود دارد. دوهرتی، اپل و مورفی^۱ (۲۰۰۴) نیز به این نتیجه رسیدند که بین رفتارهای خطرپذیرانه با مصرف الکل، استعمال مواد مخدر، رفتار تهاجمی و رفتار نامشروع رابطه وجود دارد. از طرفی با توجه به نظریه سطح بهینه برانگیختگی^۲، افراد خطرپذیر و هیجان‌طلب برای رسیدن به سطح برانگیختگی، به تجارب تازه و جدیدی نیاز دارند و ممکن است برخی از افراد سوء مصرف مواد را به عنوان یک تجربه جدید انتخاب کنند. مشخص شده است که نیاز به تجربه‌های نو و فرار از یکنواختی در افراد دارای خطرپذیری و هیجان‌خواهی بالا می‌تواند عامل موثری در گرایش به سوء مصرف مواد باشد (شولتز و شولتز^۳، ۲۰۱۶).

مطالعات نیز نشان داده‌اند که مصرف مواد می‌تواند باعث آسیب‌های نوروپسیکولوژیک از جمله آسیب به عملکردهای هیجانی و شناختی شود (وردیجو، بچرا، رکنور و گارسیا^۴، ۲۰۰۵). شواهد حاکی از آن است که مصرف مواد به عنوان یک رفتار آسیب‌زا، ناشی از نقص در کارکردهای اجرایی - هیجانی و مشکل در خودتنظیمی هیجان است (نیک‌منش، کاظمی و خسروی، ۲۰۱۵). زیرا هیجان‌خواهی زیاد و ناتوانی در تنظیم هیجان‌ات منجر به رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد خواهد شد. در این زمینه محققان (مدنی‌فرد، نمایی و جعفرنیا، ۱۳۹۵؛ نجفی، محمدی‌فر و عبدالهی، ۱۳۹۴) دریافتند که افراد وابسته به مصرف مواد از قابلیت تنظیم شناختی هیجان کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند و در مقایسه با افراد عادی کمتر از شیوه‌های سازنده در حل مساله استفاده می‌کنند.

منظور از تنظیم هیجان توانایی کنترل تجارب هیجانی و ابراز مناسب و انطباقی و به موقع هیجان‌ات منفی است که از طریق تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مثبت پدیده‌های پیش رو بر توان مقابله‌ای افراد و تاب‌آوری آن‌ها اثر می‌گذارد (مین، یو، لی و چائو^۵، ۲۰۱۳). ابراز مناسب هیجان‌ات که ناشی از تنظیم درست آن می‌باشد پیامدهای موفقیت‌آمیزی برای سلامت روان افراد در پی دارد (کونولی و کونولی^۶، ۲۰۰۹)؛ به‌طوری

1. Doherty, Appel & Murphy
2. optimal level of arousal theory
3. Schultz & Schultz

4. Verdejo-García, Bechara, Recknor
& Perez-Garcia
5. Min, Yu, Lee & Chae
6. Conoley & Conoley

که وقتی فرد هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کند می‌تواند احتمالات و امکانات هیجانی و رفتاری بیشتری را در نظر بگیرد. از آنجا که تنظیم هیجان نقش محوری در تحول بهنجار داشته و ضعف آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال‌های روانی به شمار می‌رود، نظریه پردازان بر این باورند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌های خود در برابر رویدادهای روزمره نیستند، به میزان بیشتری نشانه‌های تشخیصی اختلالات روانی را نشان می‌دهند و کیفیت زندگی در این افراد اُفت قابل ملاحظه‌ای خواهد داشت (لوئیس و استیین^۱، ۲۰۰۴). در این زمینه مطالعات نشان داده‌اند که تنظیم شناختی هیجان یکی از تعیین کننده‌های تاب‌آوری افراد در مقابل فشارهای مختلف است (مستری، نانزلزانو، مولینرو و گایل^۲، ۲۰۱۷؛ باغ‌جاری، سعادت‌ی و اسماعیلی‌نسب، ۲۰۱۷؛ محمودی و قائمی، ۱۳۹۶). علاوه بر آن مشخص شده است سطوح پایین مهارت در تنظیم هیجان با خطر شروع زود هنگام مصرف مواد و مشکلات مربوط به آن (ویلز، پوکرل، ماری‌هاوس و فنستر^۳، ۲۰۱۱)، خطر وابستگی به مواد (ویلز، سیمونز، سوسمن و نایت^۴، ۲۰۱۶)، حفظ اثرات درمان سوء مصرف مواد و سوء مصرف مواد در دانشجویان در ارتباط است. مطالعات طول‌عمر نیز آشکار ساخته‌اند که تنظیم هیجان قادر است رخداد مصرف مواد، سطوح سلامت روانی و جسمانی را به‌طور قابل ملاحظه‌ای پیش‌بینی کند (موفیت^۵ و همکاران، ۲۰۰۱). تنظیم هیجان چند مولفه دارد از جمله: آگاهی و فهم هیجان‌ها، پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و انجام رفتارها همسو با اهداف مطلوب و توانایی استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مناسب با موقعیت (زارعی، مومنی و محمدخانی، ۲۰۱۸). راهبردهای تنظیم هیجان زمانی به کار برده می‌شوند که فرد رویدادهای هیجانی را به عنوان کمک کننده یا مخل دستیابی به اهداف ارزیابی کند (کالیا و نافت^۶، ۲۰۲۰).

افراد دارای مشکل در تنظیم هیجان به گونه‌های مختلف به فشارها پاسخ می‌دهند و این پاسخگویی تابعی است از متغیرهای دیگر از جمله تحمل کم افراد در برابر آشفتگی که با

1. Lewis, & Stieben
2. Mestre, Núñez-Lozano, Gómez-Molinero & Guil
3. Wills, Pokhrel, Morehouse & Fenster

4. Wills, Simons, Sussman & Knight
5. Moffitt
6. Kalia & Knauff

تنظیم هیجان‌ات ارتباط دارد (پارتی^۱، ۲۰۱۵). طبق نظریه خود درمانی^۲، اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری جهت تعدیل عواطف استرس‌زا است. مصرف‌کنندگان مواد هیجان‌ات منفی و بی‌قراری را غیر قابل تحمل و مستأصل‌کننده توصیف می‌نمایند و نمی‌توانند این حالات هیجانی را بدون اتکا به مواد مدیریت و تحمل نمایند؛ در نتیجه از خواص فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مواد جهت تنظیم و تعدیل هیجان‌ات منفی‌شان و دستیابی به ثبات هیجان استفاده می‌نمایند. بنابراین اختلال در تنظیم هیجان این افراد در کنار تحمل آشفتگی پایین از علل روی آوردن به اعتیاد است. به نظر می‌رسد تحمل آشفتگی پایین این افراد، آن‌ها را مجبور به یافتن راهی فوری برای خلاصی از هیجان‌ات نامطلوب می‌کند. تحمل پریشانی اغلب به عنوان توانایی ادراک شده فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه‌ی پیشانی عاطفی تعریف می‌شود (فروزانفر، ۱۳۹۶). تحمل آشفتگی که به معنای توانایی مدیریت اثربخش عواطف و هیجان‌ات منفی است از طریق ایجاد تاب‌آوری در برابر افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد بر سلامت جسمانی و روانی اثرات سازنده برجای می‌گذارد. تحمل آشفتگی بالا قادر است از طریق ارتقای توان تصمیم‌گیری فرد برای تنظیم هیجان‌ات و بروز رفتارهای انطباقی هیجانی، از بروز مشکلات در سلامت روان پیشگیری نماید. در واقع توان بالای تحمل آشفتگی جلوی تنظیم غیرانطباقی هیجان را می‌گیرد و زمینه‌ساز رفتارهای تنظیم هیجان انطباقی خواهد شد (لارازابل کاریلو^۳، ۲۰۱۹؛ هاشمی، سیافی و اندامی، ۱۳۹۸). افراد با تحمل بالای آشفتگی قادر هستند حالات روان‌شناختی منفی را تحمل نمایند، در حالی که افراد با تحمل پایین آشفتگی برای تسکین تجربیات آزاردهنده درونی گرایش دارند به رفتارهای جبرانی پردازند (سیمونز و گاهر^۴، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان داده است که سطوح بالای عدم تحمل آشفتگی با سطوح بالای مصرف مواد (شاکری و همکاران، ۲۰۲۰؛ براندون^۵ و همکاران، ۲۰۰۳؛ اسماعیلی نسب، اندامی، آذرمی و ثمرخی، ۱۳۹۳؛ نجفی و همکاران، ۱۳۹۴)، خطر فزاینده ابتلا و رشد

1. Pearte
2. Self-Medication Theory (SMH)
3. Larrazabal Carrillo

4. Simons & Gaher
5. Brandon

اختلالات مصرف مواد (زولنسکی، برن اشتاین و ووجانویچ^۱، ۲۰۱۱) و خطر فزاینده عود مصرف مواد (دوترز^۲ و همکاران، ۲۰۰۵) مرتبط است. تحمل کم در برابر آشفته‌گی باعث می‌شود که افراد به طور تکانشی به دنبال لذت باشند و لذا به سمت رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد مخدر حرکت کنند (پولتون و هستر^۳، ۲۰۲۰). در این زمینه محققان خاطرشان ساختند که دشواری در تنظیم هیجان و میزان تحمل پریشانی به طور مستقیمی بر خطرپذیری و گرایش به رفتار اعتیادی موثر است (اسلام‌پناه، مهدیان و جاجرمی، ۱۳۹۸). عامل دیگری که با تنظیم هیجان‌ات ارتباط تنگاتنگی دارد انعطاف‌پذیری شناختی^۴ است (شباهنگ، بشارت، نیکوگفتار و باقری، ۱۳۹۸) که مشخص شده است سطوح آن در افراد وابسته به مواد بسیار کمتر از افراد بهنجار است (زندکریمی و رمضان، ۱۳۹۶). این سازه بر مصرف مواد و عود آن عاملی اثرگذار فرض است و می‌تواند تاثیر سایر عوامل اثرگذار بر مصرف مواد و عود اعتیاد را تعدیل نماید. انعطاف‌پذیری شناختی یکی از خصیصه‌های مهم روان‌شناختی است (روزا-آلکازار^۵ و همکاران، ۲۰۲۰) که بر طبق نظر برخی متخصصان زیربنای شکل‌گیری اعتیاد است (فیلیپس^۶، ۲۰۱۱). انعطاف‌پذیری شناختی یک الگوی مفهومی بر اساس نظریه یادگیری شناختی است که به عنوان توانایی جمع‌آوری مجدد عناصر متنوع دانش برای متناسب کردن نیازهای یک موقعیت حل مسئله مشخص تعریف می‌شود (زندکریمی و یزدی، ۱۳۹۵). ضعف در کارکرد اجرایی (که جزئی از انعطاف‌پذیری شناختی است) سبب می‌شود که این افراد در مواجهه با موقعیت‌های پرخطر اقدام به رفتارهای کنترل نشده و پرمخاطره از جمله مصرف و سوءمصرف مواد داشته و همچنین در برخورد با یک مشکل در مسیر رسیدن به هدف، قادر به استفاده از شیوه‌های مختلف جهت حل آن مشکل نباشند. به عبارت دیگر انعطاف‌پذیری شناختی لازم جهت حل مسأله هنگام مواجهه با مشکل را نداشته باشند و در نتیجه به سمت مصرف مواد گرایش پیدا کنند (بورتون، پاکنهم و براون^۷، ۲۰۱۰).

1. Zvolensky, Bernstein & Vujanovic
2. Daughters
3. Poulton & Hester
4. cognitive flexibility

5. Rosa-Alcázar
6. Phillips
7. Burton, Pakenham & Brown

انعطاف‌پذیری شناختی این امکان را میسر می‌کند یک شخص بتواند به راحتی در موقعیت‌های جدید چشم اندازه‌ها و رویکردها را تغییر دهد. در واقع پردازش اطلاعات شناختی و انطباق با شرایط جدید برای این افراد راحت‌تر رقم می‌خورد (آریچی-اوزکان، چه‌کیچی، ارسلان^۱، ۲۰۱۹). انعطاف‌پذیری شناختی نقش مهمی در سازگاری افراد با تغییرات روزمره در محیط زندگی ایفا می‌کند (گابریس، تابری، آنیسمن و متسون^۲، ۲۰۱۸). افراد دارای انعطاف‌پذیری شناختی بالا قادرند تا راهبردهای پردازش شناختی را برای مواجهه با شرایط غیرمنتظره و جدید در محیط ارزیابی مجدد کنند و تغییر دهند (رام، چاندران، سادار و گوداپا^۳، ۲۰۱۹؛ جانسون^۴، ۲۰۱۶). به‌طور کلی، توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف انعطاف‌پذیری شناختی است (دنيس و وندروال^۵، ۲۰۱۰) و افراد انعطاف‌پذیر قادرند برای رفع تقاضاهای محیطی و اهداف شخصی به‌طور انطباقی پاسخ‌های سازگارانه بدهند تا به بهزیستی روانی برسند (موریس و مانسل^۶، ۲۰۱۸). از طرفی مصرف مواد با آسیب‌هایی در عملکرد شناختی از جمله حل مسئله، برنامه‌ریزی، سازماندهی، یادگیری مطالب جدید، توانایی دیداری-فضایی، انعطاف‌پذیری شناختی و مهارت‌های به‌یادسپاری مرتبط دانسته شده است (ناجیت^۷ و همکاران، ۲۰۰۷). به علاوه تحقیقات پیشین مبین این یافته بودند که مردان سیگاری از نظر کارکردهای شناختی اجرایی مغز در آزمون‌های ردیابی و فراخنای اعداد ضعیف‌تر از مردان غیرسیگاری هستند (احمدی و بزازمنصف، ۱۳۹۴).

روی هم رفته به نظر می‌رسد خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان‌ات ارتباط نزدیکی با هم داشته باشد که این امر در گرایش به سمت مواد اثرگذار تلقی می‌شود. از طرفی رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و وابسته در تمامی موارد رابطه‌ای خطی نیست و در این بین عوامل دیگری نیز نقش‌آفرینی می‌کنند. در این پژوهش باتوجه به مبانی نظری و پژوهشی بیان‌شده، فرضیه اصلی این است که متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل

1. Arici-Ozcan, Cekici & Arslan
2. Gabryrs, Tabri, Anisman & Matheson
3. Ram, Chandran, Sadar & Gowdappa

4. Johnson
5. Dennis & VanderWal
6. Morris & Mansell
7. Najt

آشفستگی می‌توانند در رابطه بین خطرپذیری، دشواری در نظم بخشی هیجان و گرایش به سمت مواد میانجی‌گری نموده و یا به بیان دیگر در برابر عوامل مخرب نظیر خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان در گرایش به عود اعتیاد، نقشی محافظتی برای مصرف‌کنندگان مواد ایفا نمایند.

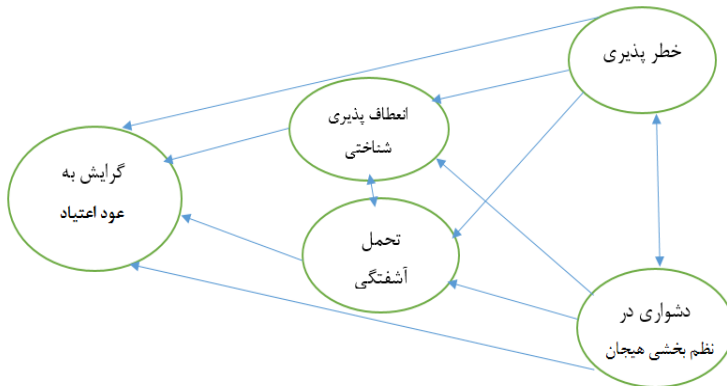
در مورد متغیر میانجی اول، مارشال-برنزارین، ووجانوویچ و مک‌فرسون^۱ (۲۰۱۱) در تحقیق خود نشان دادند که تحمل پریشانی در رابطه بین تکانشگری و مصرف الکل نقش میانجی ایفا می‌کند. همچنین پاتر^۲ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که تحمل آشفستگی، نقش میانجی در رابطه بین شدت علائم استرس پس از سانحه و استفاده از ماری‌جوانا به عنوان یک روش مقابله‌ای دارد. علی، گین، دوترز و لخورز^۳ (۲۰۱۷) نیز نشان دادند که سطح بالاتر تحمل آشفستگی، شرایط بیرونی مطلوب، انگیزه درونی بالاتر و آمادگی بیشتر برای درمان، شاخص‌های مهمی در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد است. سمکو، بیلسکی، لوئیس و لین-فلدنر^۴ (۲۰۱۶) گزارش نمودند که تحمل آشفستگی یک معیار آسیب‌پذیری عاطفی است که با انگیزه‌های مصرف ماری‌جوانا مرتبط است. عزیززی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که بین تحمل آشفستگی و تنظیم هیجانی با وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی منفی و مثبت وجود دارد.

در رابطه با متغیر میانجی دوم، شیخ‌الاسلامی، کیانی، احمدی و سلیمانی (۱۳۹۵) دریافتند که بین سیستم بازدارنده‌ی رفتاری، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفستگی با گرایش به مصرف مواد رابطه‌ی منفی وجود دارد و انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفستگی از جمله مهم‌ترین همبسته‌های گرایش به مصرف مواد مخدر هستند. همچنین مشخص شده است در دانش‌آموزان دارای سطوح بالاتر گرایش به اعتیاد، خطرپذیری و تحریف شناختی بیشتر دیده می‌شود (مشمول‌حاجی آقا و ابوالقاسمی، ۱۳۹۵) و سطوح کارکردهای شناختی اجرایی در گروه مردان غیرسیگاری بهتر از مردان سیگاری است (احمدی و بزازمنصف، ۱۳۹۴).

1. Marshall-Berenz Erin, Vujanovic Anka & Mac Pherson
2. Potter

3. Ali, Green, Daughters & Lejuez
4. Semcho, Bilsky, Lewis & Leen-Feldner

مطالعات پیشین تایید می‌کنند که مصرف مواد تعیین‌کننده‌های شناختی و هیجانی دارد (وردیجو-گارسیا و همکاران، ۲۰۰۶) که از میان آن‌ها نظم‌جویی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی از جمله بهترین شاخص‌های تشخیصی افراد معتاد می‌باشد (شریفی، موسوی، حسنی، ۱۳۹۷). از این رو با توجه به پیشینه نظری و پژوهش‌های گذشته، مطالعه حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد با توجه به نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی و آشفستگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد تا به این سوال پاسخ داده شود که آیا مدل مفهومی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است؟ شکل ۱ الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.



شکل ۱: روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد با میانجی‌گری تحمل آشفستگی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

روش

جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهر رشت در سال ۱۳۹۸ بود که سابقه وابستگی به مصرف مواد داشتند. به منظور تعیین برازش روابط مدل ساختاری از معیار توصیه شده‌ی یک به ده^۱ پاسخ‌دهنده به ازای هر پارامتر آزاد (بتلر و

چو^۱، (۱۹۸۷) استفاده شد. با توجه مدل ساختاری پیشنهاد شده و وجود ۲۴ پارامترهای آزاد به ۲۴۰ نمونه نیاز است. اما به منظور مقابله با افت حجم نمونه و تکمیل ناقص سوالات از سوی شرکت کنندگان، ۲۰ بیمار به صورت افزوده نمونه گیری شدند که حجم نمونه نهایی ۲۶۰ نفر محاسبه شد. به منظور شروع نمونه گیری ابتدا تمامی مراکز دولتی و خصوصی تحت نظارت سازمان بهزیستی در شهر رشت لیست شدند و سپس به طور تصادفی دو مرکز از میان آن مراکز انتخاب شد. با هماهنگی با مدیر مرکز درمانی مختص متادون درمانی، از مددجویان واجد شرایط تحت درمان با متادون پس از کسب رضایت آگاهانه به صورت متوالی^۲ نمونه گیری به عمل آمد. به طور کلی معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد ذیل بود: دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن سابقه وابستگی به مواد بر حسب ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۳، طی نمودن درمان نگهدارنده با متادون حداقل به مدت ۳۰ روز، مستقر بودن در مرحله نگهدارنده درمان (یعنی دوز تثبیت متادون در آن‌ها یافت شده است)، عدم پیشینه بیماری طبی مزمن (براساس شرح حال بیمار) و نداشتن سوء مصرف همزمان مواد (بر اساس آزمایش ادرار). معیارهای خروج از مطالعه شامل مشاهده هرگونه علائم بازگیری^۴ ناشی از مواد (نشان‌دهنده تثبیت نبودن بیمار) و سوء مصرف مواد (به غیر از وابستگی به نیکوتین) است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد و در تمامی تجزیه و تحلیل‌های آماری از نسخه ۲۲ نرم افزار اس پی اس اس و ایموس استفاده گردید. همچنین برای آزمون معنی‌داری مسیرهای غیرمستقیم از تحلیل بوت‌استرپ در برنامه ماکرو پریچر و هایز^۵ (۲۰۰۸) بهره برده شد.

1. Bentler & Chou
2. consecutive
3. Diagnostic and Statistical Manual
of Mental Disorders, 5th Edition:
DSM-5

4. withdrawal
5. Preacher & Hayes

ابزارها

۱- پرسشنامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی^۱: این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) طراحی شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ گویه‌ای است که برای ارزیابی نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمد لازم است، استفاده می‌شود. شیوه‌ی نمره‌گذاری آن براساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است که به گویه‌ی بسیار مخالفم عدد ۱ و به گویه‌ی بسیار موافقم عدد ۷ تعلق می‌گیرد. حداکثر نمره ۱۴۰ و حداقل نمره ۲۰ است. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر است. مؤلفه‌های آن شامل: عامل ادراک شرایط مختلف، عامل ادراک کنترل‌پذیری و عامل ادراک توجیه رفتار می‌باشد. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) نشان دادند که این پرسشنامه دارای ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مطلوبی است. آن‌ها دریافتند دو عامل ادراک شرایط مختلف و ادراک توجیه رفتار یک معنی دارند و عامل کنترل به عنوان خرده مقیاس دوم در نظر گرفته شد. روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و روبین^۲، ۰/۷۵ برآورد شده است. این محققان ضریب آلفای کرونباخ را برای کل ابزار، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ گزارش نمودند (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰). در ایران، ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند (سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای تمام گویه‌های این ابزار ۰/۹۳ به دست آمد.

۲- پرسشنامه‌ی تحمل آشفتگی^۳: شاخصی خودسنجی برای تحمل آشفتگی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) به منظور ارزیابی میزان تحمل آشفتگی ساخته شد.

این پرسشنامه دارای ۱۵ گویه است. شیوه‌ی نمره گذاری آن براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است که به گویه‌ی بسیار موافقم عدد ۱ و به گویه‌ی بسیار مخالفم عدد ۷ تعلق می‌گیرد و این نمره گذاری در سؤال ۷ معکوس می‌باشد. حداکثر نمره ۸۰ و حداقل نمره ۱۶ است. مؤلفه‌های آن شامل: تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم می‌باشد. گویه‌های این پرسشنامه، تحمل آشفتگی را براساس توانمندی‌های فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم کننده برای تسکین آشفتگی می‌سنجد. نمرات بالا در این پرسشنامه نشانگر تحمل آشفتگی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ برآورد شده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای اعتبار ملاکی و همگرایی اولیه مطلوبی است. نمرات این پرسشنامه با پذیرش خلق رابطه‌ی مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوآنا و همچنین استفاده از آن‌ها برای بهبود، رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در ایران عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای تمام گویه‌های این ابزار ۰/۸۵ به دست آمد.

۳- پرسشنامه دشواری در نظم‌بخشی هیجان^۱: دارای ۳۶ گویه است که برای سنجش اختلال در تنظیم هیجانی توسط گراتز و رومر^۲ (۲۰۰۴) طراحی شده است. این مقیاس دارای یک نمره کل و ۶ نمره اختصاصی مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجانی است. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: عدم پذیرش هیجانات، ناتوانی در به کارگیری رفتارهای متناسب هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی کم به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم شفافیت هیجانی. نحوه پاسخدهی به این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ (هرگز، گاهی اوقات، نیمی از اوقات،

بیشتر اوقات و همیشه) است. کسب نمرات پایین در این آزمون، نشان‌دهنده ضعف بیشتر در تنظیم هیجانی است (حیدری، احتشام‌زاده و حلاجانی، ۱۳۸۸). گراتز و رومر (۲۰۰۴) شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را در ۴۷۹ نفر از دانشجویان ارزیابی کردند. این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ در نمره کل و ضریب آلفای کرونباخ بزرگ‌تر از ۰/۸۰ در همه خرده مقیاس‌ها همسانی درونی مطلوبی از خود نشان داد. پایایی بازآزمایی آن نیز در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته‌ای مناسب گزارش شده است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). حیدری و همکاران (۱۳۸۸) اعتبار این پرسشنامه را با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۷۶ گزارش نمودند. اعتبار همزمان این ابزار نیز با استفاده از پرسشنامه هیجان‌خواهی زاگرم‌ن مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بیانگر همبستگی مثبت معنادار بود.

۴- پرسشنامه خطرپذیری^۱: این ابزار توسط دی‌هان^۲ و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شد و متشکل از ۱۸ سوال به صورت دو مقوله‌ای (بله/خیر) است. این پرسشنامه دو زیرمقیاس دارد و هریک ۹ سوال دارد: الف) رفتار خطرپذیری که آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برای آن گزارش شده است. ب) ارزیابی خطر با آلفای کرونباخ ۰/۵۷. نمرات بالاتر در خرده مقیاس رفتار خطرجویی به معنای درگیری بیشتر در خطرپذیری و نمرات بالاتر در خرده مقیاس ارزیابی خطر نشان‌دهنده توانایی کمتر در ادراک خطر است. در مطالعه دی‌هان و همکاران (۲۰۱۱) پایایی همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این ابزار به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۴ گزارش شده است. اعتبار همزمان این ابزار از طریق همبستگی بالای نمرات آن با آزمون قماربازی کمبریج تایید گردید. نسخه فارسی این ابزار ابتدا از طریق فرآیند ترجمه و ترجمه معکوس آماده شد، سپس در یک پایلوت ۳۰ نفره از جمعیت معتادان تحت درمان، جهت تعیین پایایی بازآزمایی مجدداً از همان افراد پس از گذشت ۳ هفته (حین مراجعه مجدد جهت ویزیت) آزمون به عمل آمد. ضریب همبستگی پیرسون برای انعکاس

این بازآزمایی ۰/۷۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای تمام گویه‌های این ابزار ۰/۷۰ به دست آمد.

۵- مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد^۱: در این پژوهش برای سنجش سازه‌ی گرایش به عود اعتیاد از این مقیاس استفاده شد. این آزمون یک ابزار خودگزارشی ۸ آیتمی است که توسط سوموزا، دیرنفورث، گلداسمیت، مزینسکی و کوهن^۲ (۱۹۹۵) ساخته شده و مدت، فراوانی و شدت ولع مصرف مواد را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلا (۰) تا خیلی زیاد (۴) اندازه می‌گیرد. دامنه نمره بین صفر تا ۳۲ در نوسان است و نمره بیشتر به معنای ولع مصرف مواد بیشتر است. این آزمون دارای اعتبار همزمان قابل قبولی بوده و ضریب همبستگی بالایی با مقیاس‌های شدت اعتیاد نشان داده است. پایایی همسانی درونی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ گزارش شده است (رام و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران، بشرپور و همکاران (۲۰۱۴) پایایی همسانی درونی آن را ۰/۷۸ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر پس از خارج کردن سوالات اول و پنجم که نوع وابستگی به یک ماده معین را می‌پرسد، ضریب آلفای کرونباخ برای ۶ گویه‌ی این ابزار ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۳۵ مرد (۹۰/۴ درصد) و ۲۵ زن (۹/۶ درصد) تحت درمان مشارکت داشتند. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری، شاخص فاصله‌ی ماهالانوبیس^۳، مورد ارزیابی قرار گرفت و سطوح معناداری کمتر از ۰/۰۵ حاکی از دور افتاده بودن داده‌های پرت در نظر گرفته شد. براساس این شاخص، ۱۲ داده پرت از تحلیل خارج شدند و داده‌های ۲۴۸ بیمار تحت درمان با درمان نگهدارنده با متادون تحلیل شدند. از میان داده‌های تحلیل شده ۲۲ نفر زن (۸/۹ درصد) و ۲۲۶ نفر مرد (۹۱/۱ درصد) بودند. از لحاظ وضعیت تأهل، ۴۴ نفر مجرد (۱۹/۸ درصد)، ۱۸۵ نفر متأهل (۷۴/۶ درصد) و ۱۴ نفر مطلقه (۵/۶ درصد) به آزمون‌ها پاسخ داده بودند. از میان بیماران ۱۲۸ نفر (۵۱/۶) بیشتر سابقه

1. Brief Substance Craving Scale
2. Somoza, Dyrenforth, Goldsmith,
Mezinskis & Cohen

3. Mahalanobis distance

ترک مواد داشتند و ۱۲۰ نفر (۴۸/۴ درصد) چنین سابقه‌ای نداشته و برای اولین بار درمان نگهدارنده با متادون را تجربه می‌کردند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
سن بیمار حین درمان	۴۰/۲۶	۱۰/۵۹	۰/۳۵۳	-۰/۵۶۲
سال‌های تحصیلات	۹/۰۱	۳/۲۴	-۰/۰۹۰	-۰/۷۳۰
سال‌های مصرف	۱۱/۵۸	۸/۱۸	۰/۹۸۵	۰/۶۶۷
خطرپذیری	۸/۳۹	۳/۴۰	۰/۲۴۹	-۱/۱۲۳
دشواری در نظم‌بخشی هیجان	۹۷/۸۱	۲۲/۰۵	-۰/۰۲۸	-۰/۹۱۴
گرایش به عود اعتیاد	۲۲/۷۷	۳/۵۰	۱/۰۰۵	-۰/۲۸۸
تحمل آشفتگی	۴۳/۶۲	۹/۵۲	۰/۳۴۳	-۰/۴۴۲
انعطاف‌پذیری شناختی	۹۰/۳۵	۱۷/۲۹	-۰/۶۷۷	-۰/۶۴۰

به منظور ارزیابی نرمال بودن تک متغیری، وضعیت توزیع متغیرهای مشاهده شده در مدل یعنی مولفه‌های متغیرهای اصلی پژوهش با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی در جدول ۱ بررسی شد. براساس نظر کلاین^۱ (۲۰۱۶)، قدرمطلق مقدار کجی کوچکتر از ۳ و قدرمطلق مقدار کشیدگی کوچکتر از ۱۰، نشان از عدم وجود مشکل داده‌ها از نظر نرمال بودن تک متغیری می‌باشد. مطابق جدول ۱ که شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می‌دهد؛ مقدار قدرمطلق کجی برای هیچ کدام از متغیرها، بزرگتر از ۳ نیست. هم‌چنین، مقدار قدرمطلق کشیدگی برای هیچ کدام از متغیرها، بزرگتر از ۱۰ نیست. بنابراین براساس نظر کلاین (۲۰۱۶)، می‌توان گفت انجام این تحلیل از نظر نرمال بودن تک متغیری بلامانع است. جدول ۲ اطلاعات مربوط به همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. خطرپذیری	۱				
۲. دشواری در نظم‌بخشی هیجان	**۰/۳۱۷	۱			
۳. گرایش به عود اعتیاد	**۰/۲۵۶	**۰/۳۹۵	۱		
۴. تحمل آشفتگی	**۰/۴۲۹	**۰/۷۰۸	**۰/۳۸۵	۱	
۵. انعطاف‌پذیری شناختی	**۰/۲۵۹	**۰/۵۶۱	**۰/۲۶۹	**۰/۶۴۶	۱

** $P < 0.01$

با توجه به نتایج ماتریس همبستگی، بین گرایش به عود اعتیاد با خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان، رابطه مثبت و معنادار و با تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی، رابطه منفی معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). بین خطرپذیری با دشواری در نظم‌بخشی هیجان، رابطه مثبت معنادار و با تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی، رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بین دشواری در نظم‌بخشی هیجان با تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی، رابطه منفی معنادار وجود دارد ($P < 0.01$). بین تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی، رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($P < 0.01$).

از روش بیشینه‌ی احتمال برای ارزیابی الگوی ساختاری و برازش آن با داده‌های گردآوری شده استفاده شد. در این پژوهش برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره از ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا^۱ استفاده شد. این عدد در پژوهش حاضر ۸۲/۰۳ به دست آمد که کمتر از عدد ۶۲۴ است و از طریق فرمول $p(p+2)$ محاسبه شده است. در این فرمول p مساوی است با تعداد متغیرهای موجود در مدل که در این پژوهش ۲۴ است (تنو و نویس^۲، ۲۰۱۴). برای تعیین برازش مدل پیشنهادی پژوهش از شاخص‌هایی که میرز، گامست و گارینو^۳ (۲۰۱۶) مطرح نموده‌اند، استفاده شد که مقادیر آن در جدول ۳ گزارش شده‌اند. با آزمون این مدل مقرر بود به این سوال پاسخ دهیم که آیا رابطه ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد از طریق میانجی‌گری

1. Mardia's normalized multivariate kurtosis value

2. Teo & Noyes

3. Meyers, Gamst & Guarino

تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون
برازش دارد؟

پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازش الگوی اولیه براساس شاخص‌های برازندگی معرفی شده ارزیابی شدند. با وجود اینکه مقادیر برخی شاخص‌های برازندگی نشان‌دهنده برازش قابل قبول الگوی پیشنهادی با داده‌ها می‌باشند، برای ارتقاء بیشتر برازندگی الگوی پیشنهادی، در گام بعدی تنها مسیر غیر معنی‌دار از مدل حذف (ارائه الگوی اصلاح شده اول) و تحلیل دیگری روی داده‌ها از طریق آزاد کردن تعدادی از خطاهای کوواریانس صورت گرفت و مدل نهایی ارائه شد (شکل ۲). شاخص‌های برازندگی این الگوها در جدول ۳ نشان داده شده‌اند.

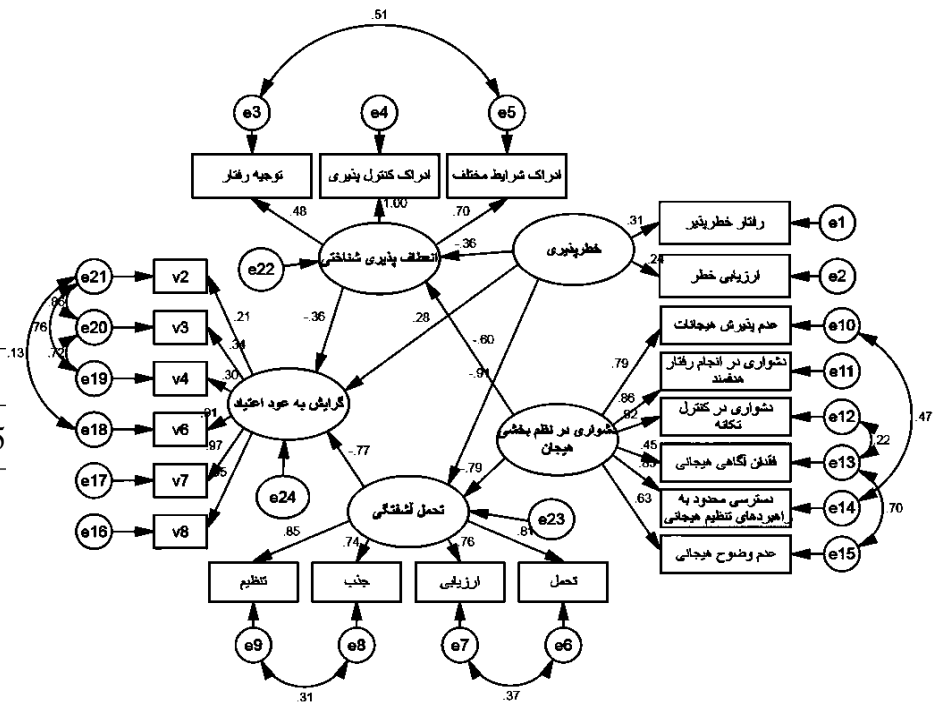
جدول ۳: شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی، الگوی اصلاح شده اول و الگوی نهایی پژوهش

حاضر

AIC	IFI	PCFI	CFI	PNFI	RMSEA	χ^2/df	P-value	df	χ^2	شاخص‌ها الگوها
۱۰۱۵/۷۰	۰/۸۵۳	۰/۶۱۱	۰/۸۰۱	۰/۵۸۹	۰/۹۰۳	۳/۸۳۹	۰/۰۰۰۱	۱۸۳	۷۰۲/۷۰۵	الگوی پیشنهادی
۹۴۶/۲۶	۰/۹۰۱	۰/۶۱۴	۰/۸۳۹	۰/۵۹۲	۰/۹۰	۳/۵۰۹	۰/۰۰۰۱	۱۸۴	۶۴۲/۱۸۴	الگوی اصلاح شده اول
۸۰۹/۳۳۲	۰/۹۲۵	۰/۷۴۱	۰/۹۱۵	۰/۷۱۵	۰/۰۷۲	۲/۸۲۸	۰/۰۰۰۱	۱۷۴	۵۱۷/۶۰۴	الگوی نهایی

جدول ۳ نشان می‌دهد، الگوی پیشنهادی از برازش نسبتاً خوبی برخوردار است اما برازش بهتر از طریق حذف ۱ مسیر غیر معنی‌دار (الگوی اصلاح شده اول یعنی حذف مسیر دشواری در نظم‌بخشی هیجان به سمت گرایش به عود اعتیاد) و آزاد کردن تعدادی از خطاهای کوواریانس (الگوی نهایی) حاصل شد. شاخص R^2 میزان واریانس تبیین شده متغیرهای نهفته درون‌زا را نشان می‌دهد. ضریب تعیین متغیر گرایش به عود اعتیاد ۰/۳۳۲ می‌باشد که نشان می‌دهد تمامی متغیرهای برون‌زا و میانجی یعنی خطرپذیری، دشواری در نظم‌بخشی هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی می‌توانند ۳۳ درصد از تغییرات گرایش به عود اعتیاد را در بیماران تحت درمان با متادون پیش‌بینی کنند که این

میزان در حد متوسط می‌باشد. هم‌چنین مشاهده می‌شود، ضریب تعیین متغیر انعطاف‌پذیری شناختی ۵۰ درصد، در حد متوسط و تحمل آشفستگی ۴۵ درصد، در حد متوسط می‌باشد. بنابراین جدول ۳ با توجه به شاخص‌های برآورد شده، نشان می‌دهد رابطه ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد از طریق میانجی‌گری تحمل آشفستگی و انعطاف‌پذیری شناختی برآورد دارد. جدول ۴ نیز ضرایب استاندارد مسیرها و شکل ۲ الگوی نهایی آزمون‌شده را نشان می‌دهد.



شکل ۲: ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی

نتایج حاصل از روابط مستقیم متغیرهای پژوهش در مدل پیشنهادی نشان می‌دهد که در کل نمونه تمامی ضرایب مسیر بین متغیرها به جز دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد از لحاظ آماری معنی‌دار بودند. در مدل نهایی پژوهش رابطه بین متغیر خطرپذیری با انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفستگی، منفی و معنی‌دار و با گرایش به عود اعتیاد، مثبت و معنی‌دار بود. هم‌چنین رابطه بین متغیر دشواری در نظم‌بخشی هیجان با انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفستگی، منفی و معنی‌دار بود. رابطه متغیرهای میانجی؛

یعنی انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی با گرایش به عود اعتیاد، منفی و معنی‌دار بود. با استناد به جدول ۴ می‌توان ضرایب استاندارد کلیه مسیرها در الگوی نهایی را مشاهده کرد.

جدول ۴: ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی نهایی

معناداری	نسبت بحرانی	ضرایب		مسیر
		خطای معیار	استاندارد	
۰/۰۰۱	-۵/۴۴۰	۰/۰۷۱	-۰/۳۶۲	خطرپذیری --- < انعطاف‌پذیری شناختی
۰/۰۰۱	-۳/۶۴۵	۰/۰۶۱	۰/۲۸۰	خطرپذیری --- < گرایش به عود اعتیاد
۰/۰۰۱	-۱۰/۶۰۱	۰/۱۷۱	-۰/۹۱۲	خطرپذیری --- < تحمل آشفتگی
۰/۰۰۱	-۱۱/۶۵۳	۰/۰۳۴	-۰/۷۸۹	دشواری در نظم‌بخشی هیجان --- < تحمل آشفتگی
۰/۰۰۱	-۶/۵۲۴	۰/۰۲۵	-۰/۶۰۳	دشواری در نظم‌بخشی هیجان --- < انعطاف‌پذیری شناختی
۰/۰۰۱	-۵/۲۹۱	۰/۰۵۸	-۰/۷۷۳	تحمل آشفتگی --- < گرایش به عود اعتیاد
۰/۰۰۵	۲/۷۹۷	۰/۰۹۷	-۰/۳۶۵	انعطاف‌پذیری شناختی --- < گرایش به عود اعتیاد

بر اساس ضرایب استاندارد و مقادیر بحرانی ارائه شده در جدول ۴، همه‌ی مسیرهای مستقیم در مدل اصلاح شده‌ی نهایی معنی‌دار هستند ($P < ۰/۰۰۱$). در ادامه برای تعیین معنی‌داری هر یک از روابط میانجی و اثرات غیرمستقیم از تحلیل بوت‌استرپ در برنامه ماکرو^۱ پریچر و هایز (۲۰۰۸) روی نرم افزار اس پی اس ۲۲ استفاده شد. نتایج بوت‌استرپ در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل بوت‌استرپ برای مسیرهای غیر مستقیم

معناداری	شاخص‌ها					مسیرها
	داده	بوت	سوگیری	خطا	حد پایین حد بالا	
۰/۰۰۱	-۰/۱۰۴	-۰/۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۴۱	-۰/۰۳۷	خطرپذیری به گرایش به عود اعتیاد از طریق انعطاف‌پذیری
۰/۰۰۲	-۰/۵۵۷	-۰/۵۵۶	۰/۰۰۱	۰/۰۹۰	-۰/۴۰۰	خطرپذیری به گرایش به عود اعتیاد از طریق تحمل آشفتگی
۰/۰۰۱	-۰/۰۴۴	-۰/۰۴۳	۰/۰۰۱	۰/۰۱۶	-۰/۰۱۷	دشواری در نظم‌بخشی هیجان به گرایش به عود اعتیاد از طریق انعطاف‌پذیری
۰/۰۰۲	-۰/۱۲۲	-۰/۱۲۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱۸	-۰/۰۹۰	دشواری در نظم‌بخشی هیجان به گرایش به عود اعتیاد از طریق تحمل آشفتگی

نتایج جدول ۵ حاکی از معناداری تمامی مسیرهای میانجی خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان به سوی گرایش به عود اعتیاد از طریق میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی است. سطح اطمینان برای این فاصله اطمینان ۹۵٪ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استرپ ۲۰۰۰ است. با توجه به نتایج، این روابط میانجی‌گرانه معنی‌دار هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد با توجه به نقش میانجی تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی انجام شد. یافته‌های مربوط به آزمون مدل نشان داد که مدل نهایی و اصلاح شده از برازش خوبی با داده‌ها برخوردار است و تحلیل بوت استرپ آشکار ساخت انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفتگی در رابطه بین خطرپذیری با گرایش به عود اعتیاد نقش میانجی‌گرانه ایفا می‌کند.

در رابطه با اولین یافته تحقیق می‌توان گفت که شناخت یکی از قابلیت‌های انسان در مواجهه با شرایط دشوار است به طوری که استفاده منظم از ارزیابی‌های شناختی و تحلیل شرایط پیش‌رو به منظور پاسخگویی درست به آن باعث تقلیل استرس‌ها و فشارها می‌شود (کالیا و نافت، ۲۰۲۰). از طرفی انعطاف‌پذیری شناختی به طور مستقیم با توانایی تنظیم هیجان رابطه دارد (زارعی و همکاران، ۲۰۱۸). از این‌رو اگر افراد بتوانند از سطوح بالاتر مهارت انعطاف‌پذیری شناختی استفاده کنند قادر خواهند بود به سطوح بهینه‌ی تنظیم هیجان برسند و میزان ارتکاب به رفتارهای پرخطر را در خود کاهش دهند؛ زیرا همسو با نظریه هیجان‌خواهی زاگرن، بین تنظیم هیجان‌ات و ارتکاب به رفتارهای پرخطر رابطه‌ای نیرومند یافت شده است (شولتز و شولتز، ۲۰۱۶). تحقیقات نشان داده‌اند استفاده از برخی استراتژی‌های سازگارانه تنظیم هیجان همچون ارزیابی مجدد شناختی که در ذیل انعطاف‌پذیری شناختی می‌گنجد، در بسیاری از موقعیت‌های استرس‌زا علاوه بر کاستن از هیجان‌های منفی، می‌تواند باعث افزایش هیجان‌های مثبت گردد. تجربه هیجان‌های مثبت عامل موثری در دستیابی به تاب‌آوری معرفی شده است. در واقع می‌توان اینگونه

استدلال کرد که استفاده از استراتژی‌های سازگارانه از جمله انعطاف‌پذیری شناختی در بستر استرس ممکن است با حفظ سلامت روان و کاستن از هیجان‌های منفی و حتی افزایش هیجان‌های مثبت از طریق به کارگیری برخی از این استراتژی‌های کارآمد مانند ارزیابی مجدد مثبت، پیامدی همچون افزایش تاب‌آوری را به دنبال خواهد داشت (محمودی و قائمی، ۱۳۹۶). همچنین، افراد تاب‌آور از توان برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف برخوردارند. نسبت به خود دیدگاه مثبت دارند. به توانایی‌های فردی خود اطمینان و اعتماد دارند. مهارت‌های گفتگو، جرأت‌مندی، آمادگی برای گوش دادن به دیگران و احترام گذاشتن به احساسات و عقاید دیگران را دارند. دارای نظم و ترتیب و ثبات و امنیت در زندگی فردی هستند. احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات می‌کنند و با مشکلات به شیوه‌مسأله‌مدار روبه‌رو می‌شوند (محمدزاده و جهاننداری، ۱۳۹۸). استفاده از این نوع راهبردهای سازگارانه ممکن است با کاستن از هیجان‌های منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات افزایش تاب‌آوری و رویارویی بهتر فرد برای حل مشکل او را فراهم آورد. این نکته در تحقیقات باغجاری و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان داده شده است. در واقع تاب‌آوری رابطه میان تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با استعداد به اعتیاد را میانجیگری می‌کند (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۸). همسو با این مطالعات رام و همکاران (۲۰۱۶) گزارش نمودند که بین انعطاف‌پذیری شناختی بالا و کاهش ارتکاب رفتارهای تکانشی و پرخطر رابطه معکوس وجود دارد. به بیان دیگر رفتارهای پرخطر در بستر فشار و استرس، بروز و ظهور بیشتری دارند؛ بنابراین تصور می‌شود اگر افراد بتوانند از مهارت انعطاف‌پذیری شناختی خویش بیشتر استفاده کنند، تحلیل بهتری از موقعیت فشارزا خواهند داشت، در نتیجه پاسخ انطباقی تری به شرایط تهدیدکننده خواهند داد و در پاسخ به استرس موقعیتی کمتر از رفتارهای تکانشی و پرخطر استفاده خواهند کرد.

آن روی دیگر داستان از این قرار است که ارزیابی و تحلیل شناختی منفی از رویدادهای استرس‌زا با میزان کمتری از انعطاف‌پذیری شناختی همبسته است، در نتیجه عواطف منفی فرد افزایش یافته و پاسخ نامناسب‌تر و اغلب تکانشی تری به رویدادهای

استرس را خواهد داد (گابریس و همکاران، ۲۰۱۸). در این زمینه مداخله و آموزش‌های شناختی می‌تواند به ارتقای تحلیل افراد و بازسازی شناختی آن‌ها منجر شود و توان تصمیم‌گیری در موقعیت‌های تهدیدکننده و بازشناسی عواطف از شناخت‌ها را ارتقاء دهد. در نتیجه‌ی اجرای این مداخلات، پاسخگویی افراد به موقعیت‌های پرفشار تحت تاثیر قرار می‌گیرد و پیامدهای مفید خود را نشان می‌دهد (توکلین و ابوالقاسمی، ۲۰۱۶). در تفسیر بیشتر می‌توان گفت افراد دارای سطوح بالای انعطاف‌پذیری شناختی به دلیل کنترلی که بر شناخت‌های خود دارند، از شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند و لذا به گونه‌ای هیجانی و تکانشی به مسائل و چالش‌ها پاسخ نمی‌دهند (جانسون، ۲۰۱۶). در این زمینه ارتباط بین انعطاف‌پذیری شناختی پایین و ارتکاب به رفتارهای تکانشی و هیجانی در بسیاری از مطالعات مورد تایید قرار گرفته است (موریس و مانسل، ۲۰۱۸). علاوه بر آن افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی بالایی داشته‌اند با احتمال کمتری پاسخ شناختی، هیجانی و رفتاری خود را بازداری نموده‌اند (روزا-آلکازار و همکاران، ۲۰۲۰). مدنی فرد و همکاران (۱۳۹۵) دریافتند که افراد معتاد از قابلیت تنظیم شناختی هیجان کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند و در مقایسه با آن‌ها کمتر از شیوه‌های سازنده در حل مساله استفاده می‌کنند. تحقیق زند کریمی و یزدی (۱۳۹۵) نیز نشان داد افرادی که از راهبردهای هیجان‌مدار برای مقابله با فشارها استفاده می‌کنند در کارکردهای شناختی حافظه کاری، انعطاف‌پذیری شناختی و حل مسئله ضعیف‌تر هستند. این یافته‌ها به‌طور نسبی نتایج مطالعه حاضر را تایید نموده و به همین دلیل می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که انعطاف‌پذیری شناختی بالا می‌تواند استفاده از مقابله‌های مسئله‌مدار را در افراد تسهیل کند و متعاقباً رفتارهای پرخطر از جمله گرایش به مواد که غالباً هم به صورت تکانشی و هیجانی ظاهر می‌شود، کم‌تر خواهد شد.

در رابطه با دومین یافته اصلی مطالعه‌ی حاضر می‌توان گفت سطوح بالاتر توان تحمل آشفستگی در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند از آن‌ها در برابر اثرات مخرب که دشواری در نظم‌بخشی هیجان بر گرایش به عود اعتیاد دارد، محافظت نماید. مطالعات گذشته بیان کرده‌اند که توانایی تحمل آشفستگی بالاتر با سطوح بالاتر انعطاف‌پذیری

شناختی همراه است. به همین منوال افرادی که از نظر شناختی منعطف‌ترند، دشواری کمتری در تنظیم هیجان دارند. از طرفی افرادی که سطوح کمتری از دشواری در تنظیم هیجان دارند، تاب‌آوری بیشتری برای مقابله با استرس‌های پیش‌رو دارند (آریچی-اوزکان و همکاران، ۲۰۱۹) که همین نکته می‌تواند آن‌ها را در برابر وسوسه مصرف مواد مقاوم‌تر نماید. این یافته یعنی افزایش تاب‌آوری فرد در اثر بالارفتن تنظیم هیجان در تحقیق مین و همکاران (۲۰۱۳)، باغ‌جاری و همکاران (۲۰۱۷) و رام و همکاران (۲۰۱۹) نیز تکرار شده است. مستری و همکاران (۲۰۱۷) نیز دریافتند تنظیم شناختی هیجان یکی از پیش‌بین‌های قوی تاب‌آوری است. تحقیق اسماعیلی نسب و همکاران (۱۳۹۳) نیز نشان داد که تحمل آشفتگی پایین در کنار دشواری در تنظیم هیجان در عود مصرف نقش مهمی دارد. اسلام پناه و همکاران (۱۳۹۸) نیز نشان دادند که تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی بر خطرپذیری اعتیاد تاثیر مستقیم دارد. شاکری و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که تحمل پریشانی در افراد مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده مواد افیونی متفاوت است.

در رابطه با چگونگی اثرگذاری تنظیم هیجانات بر کاهش میل به مصرف مواد می‌توان از نظریه ساخت و گسترش که یکی از نظریات روان‌شناسی مثبت‌نگر است بهره جست (کونولی و کونولی، ۲۰۰۹). این نظریه با استمداد از چند فرضیه از جمله فرضیه‌های گسترش، ایجاد، ابطال، تاب‌آوری و بالندگی به بحث پیرامون هیجانات می‌پردازد. هیجانات اگر به موقع ابراز شوند، خزانه تفکر- عمل لحظه‌ای را گسترش می‌دهد، با گذشت زمان منابع تقویتی و شخصی گوناگونی ساخته و پرداخته می‌شوند. این منابع عبارتند از منابع جسمانی، اجتماعی، فکری، ذهنی و روان‌شناختی که از مؤلفه‌های منابع روان‌شناختی می‌توان به خوش‌بینی و تاب‌آوری اشاره نمود. هرچند هیجاناتی که به ایجاد این منابع منجر می‌شوند، موقتی‌اند اما منابع شخصی حاصل از آن‌ها پایدارند و افراد می‌توانند در موقعیت‌های مشکل‌ساز آتی، از این منابع استفاده کنند. در واقع ابراز هیجانات به نحو مطلوب که خود ناشی از تنظیم شناختی است، نوعی مقابله‌ی هیجان‌مدار پنداشته می‌شود که می‌تواند میزان تحمل فرد و تاب‌آوری را افزایش دهد. در همین رابطه و درباره‌ی اثرات هیجانات مثبت، مطالعات پیشین نتایج جالب توجهی را ارائه نمودند. به عنوان مثال،

در یک تحقیق مشخص شد که ابراز هیجانان مثبت، روابط اجتماعی، رفتار سالم، توانایی مقابله و سیستم‌های ایمنی افراد را تسهیل می‌کند، استرس، تصادفات و نرخ خودکشی‌ها را کاهش می‌دهد و تعهد افراد را نسبت به ارزش‌ها و بالندگی شخصیت افزایش می‌دهد. همچنین مشخص شد عواطف مثبت که منجر به تاب‌آوری می‌شود از سوء مصرف مواد و مشکلات مرتبط با نوشیدن الکل جلوگیری می‌کند (کونولی و کونولی، ۲۰۰۹).

از این نتایج برداشت می‌شود که تحمل آشفتگی بر توانایی تنظیم هیجان سازنده دارند و تنظیم هیجان به بهبود ظرفیت تاب‌آوری افراد منجر می‌شود که در نتیجه آن افراد در برابر وسوسه مصرف مواد مقاومت بیشتری خواهند داشت و کمتر به مصرف مجدد روی خواهند آورد. در واقع می‌توان گفت عدم تحمل احساسات جسمانی و عاطفی منفی به عنوان یک کلید برای شرح مکانیسم اساسی ابقاء و نگهداری مصرف مواد پیشنهاد شده است. بنابراین تحمل پریشانی پایین به عنوان یکی از عوامل محوری برای پیدایش یا پیش‌بینی ابتلا به اعتیاد در نظر گرفته شده است. تحقیقات پیشین نشان داده‌اند زمانی که افراد در معرض استرس قرار می‌گیرند یکی از راهبردهای منفی که در این شرایط برای تنظیم هیجان‌های‌شان به کار می‌گیرند جستجوی لذت‌های آنی مانند مصرف مواد برای تغییر خلق‌شان است که این راهبرد ناکارآمد خصوصاً در افراد دارای تحمل پریشانی پایین مشهود است (اسلام‌پناه و همکاران، ۱۳۹۸). افرادی که از تحمل پریشانی پایینی برخوردار هستند، در یک تلاش برای مقابله با احساسات منفی، درگیر رفتارهای ناسازگار و منحرفانه می‌شوند و سعی می‌کنند با روی آوردن به رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد مخدر، درد هیجانی خود را کاهش دهند. استراتژی مقابله مبتنی بر هیجان مانند مصرف الکل و مواد ممکن است باعث فرار سریع افراد از احساسات منفی‌شان شود، ولی به مرور خود می‌تواند باعث افزایش مشکلات افراد شود. اگرچه ممکن است این استراتژی برای افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند استراتژی مناسبی محسوب شود ولی در واقع اینگونه نیست و در نهایت وابستگی به مواد را به ارمغان خواهد آورد (شاکری و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد افرادی که دارای تحمل پریشانی هیجانی پایینی هستند هنگام تجربه استرس شدید، ممکن است به سمت مصرف مواد روی آورند و در افراد وابسته به

مواد، در صورت تجربه استرس شدید مصرف مواد راهی برای تنظیم هیجانی و خلاصی از علائم درد جسمانی و هیجانی است. در حقیقت مصرف مواد نوعی تقویت منفی را در پی خواهد داشت که منجر به تکرار این رفتار خواهد شد (اسماعیلی‌نسب و همکاران، ۲۰۱۴). به بیان دیگر می‌توان اینگونه تشریح کرد که افراد دارای تحمل آشفتگی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی خود رسیدگی کنند. این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند، زیرا توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجان‌ات را دست کم می‌گیرند. تحمل پایین این افراد آن‌ها را مجبور برای یافتن راهی فوری برای خلاصی از هیجان‌ات می‌کند (نجفی و همکاران، ۱۳۹۴) که همین امر در یک دور منفی و باطل منجر به عود مصرف مواد و برگشت فرد به سمت مصرف مجدد مواد می‌شود.

این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه است. اگرچه تشخیص وابستگی به مواد برای همه شرکت‌کنندگان فراهم شده است، اما اثرات همزمان احتمالی مواد اعتیادآور غیراپیوئید یا مواد صنعتی در این مطالعه بررسی نشده است. داده‌ها و ارزیابی‌ها حاصل از پرسشنامه‌ها و اطلاعات خودگزارشی است و ممکن باعث سوگیری پاسخ شود. اکثریت شرکت‌کنندگان در مطالعه مرد هستند و توازن جنسیتی در نمونه‌ها وجود ندارد. نتایج این مطالعه حکایت می‌کند که میانجی‌گرهایی نظیر انعطاف‌پذیری شناختی و توان تحمل آشفتگی قادرند از گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در برابر آثار مخربی که خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با خود به همراه دارند، محافظت نمایند. در این راستا پیشنهاد می‌شود جهت پیشگیری از عود اعتیاد مداخلاتی در جهت تقویت توان تحمل آشفتگی و حفظ مداومت رفتار معطوف به هدف به‌ویژه در حین تجربه‌ی هیجان‌ات آزارنده طراحی شود. براساس یافته‌های این مطالعه ضروریست آموزش‌های شناختی برای مجهز کردن فرد تحت درمان نگهدارنده با متادون به‌منظور تقویت توان حل مسأله در موقعیت‌های پرخطر (نظیر رفع شرایط منتهی به وسوسه مصرف دوباره مواد) در پروتکل‌های درمانی گنجانده شود.

منابع

- احمدی ظهور سلطانی، محسن؛ عسگری، محمد و توقیری، امینه (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت کننده سوء مصرف مواد در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۷ (۲۷)، ۱۶۰-۱۴۹.
- احمدی، عزت الله و بزاز منصف، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی کارکردهای شناختی اجرایی مغز در مردهای سیگاری و غیر سیگاری شهر تبریز در سال ۱۳۹۳: یک گزارش کوتاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴ (۹)، ۸۰۳-۸۱۰.
- اسلام پناه، محمدرضا؛ مهدیان، حسین؛ جاجرمی، محمود (۱۳۹۸). بررسی برازش مدل خطرپذیری نوجوانان ایرانی در زمینه اعتیاد با تأکید بر کارکرد خانواده و طرح‌واره‌های ناسازگار، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۳ (۵۴)، ۹۰-۶۷.
- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزر می، هاله؛ ثمرخچی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش بینی کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۸ (۲۹)، ۴۹-۶۳.
- حیدری، علیرضا؛ احتشام‌زاده، پروین و حلاجانی، فاطمه (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فراشناخت و خوش بینی با اضطراب امتحان دانشجویان. *یافته‌های نو در روان شناسی*، ۱۱ (۴)، ۱۹-۷.
- داودی، ایران؛ عشرتی، طیبه و زرگر، یدالله (۱۳۹۳). بررسی روابط ساختاری برخی از عوامل روان شناختی خطرزا و محافظت کننده آمادگی اعتیاد. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۲ (۱)، ۱۱۶-۹۹.
- زندکری می، غزال و رمضان، مریم (۱۳۹۶). مقایسه فراشناخت، انعطاف پذیری شناختی و توجه متمرکز در افراد وابسته به متامفتامین و افراد سالم. *مطالعات روانشناختی*، ۱۳ (۴)، ۷۵-۵۹.
- زندکری می، غزال و یزدی، سیده منور (۱۳۹۵). مقایسه سطح حافظه کاری، انعطاف پذیری و حل مسئله دانشجویان در انتخاب راهبردهای مقابله با استرس هیجان‌مدار. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۴ (۷)، ۷۰-۵۷.
- سلطانی، اسماعیل؛ شاره، حسین؛ بحرینیان، سیدعبدالمجید و فرمانی، اعظم (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی. *پژوهنده*، ۱۸ (۲)، ۸۸-۹۶.
- شباهنگ، رضا؛ بشارت، محمد علی؛ نیکوگفتار، منصوره و باقری شیخانگفته، فرزین (۱۳۹۸). نقش انعطاف‌پذیری شناختی و مشکلات تنظیم هیجانی در پیش‌بینی پرستش افراد مشهور دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۲۰ (۱)، ۲۵-۱۳.
- شریفی، پرینا؛ موسوی، سید علی محمد و حسینی، جعفر (۱۳۹۷). نقش تشخیصی مدل حساسیت به تقویت، راهبردهای فرآیندی نظم جویی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در تشخیص افراد دارای اعتیاد به اینترنت. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۶ (۲)، ۵۱-۶۰.

- شیخ الاسلامی، علی؛ کیانی، احمدرضا؛ احمدی، شیلان و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد براساس سیستم‌های فعال ساز و بازدارنده‌ی رفتاری، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل آشفته‌گی در دانش‌آموزان. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۰ (۳۹)، ۱۰۹-۱۲۸.
- عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفته‌گی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله تحقیقات نظام سلامت (حکیم)*، ۱۳ (۱)، ۱۱-۱۸.
- فروزانفر، آزاده (۱۳۹۶). تحمل پریشانی: نظریه، مکانیسم و رابطه با آسیب‌شناسی روانی. *رویش روان‌شناسی*، ۶ (۲)، ۲۶۲-۲۳۹.
- محمدزاده، محسن؛ جهانداری، پیمان (۱۳۹۸). بررسی رابطه بین تاب‌آوری و تنظیم هیجانی با امید به زندگی در بین سربازان. *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۶ (۳)، ۲۰۴-۲۱۲.
- محمودی، کاووس؛ قائمی، فاطمه (۱۳۹۶). رابطه بین تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری در مدیران هلال احمر. *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۳۷، ۱۱۰-۹۳.
- مدنی‌فرد، مهدی؛ نمایی، محمد مهدی و جعفرنیا، وحید (۱۳۹۵). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و شیوه‌های حل مساله در افراد وابسته به مواد ایبوئیدی و افراد بهنجار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳ (۳)، ۶۹-۸۰.
- مشمول حاجی آقا، صمد؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۵). مقایسه خطرپذیری و تحریف شناختی در دانش‌آموزان با و بدون گرایش به اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۰ (۴۰)، ۱۰۳-۱۱۲.
- نجفی، محمود؛ محمدی‌فر، محمدعلی؛ عبداللهی، معصومه (۱۳۹۴). نقص عملکرد هیجانی و گرایش به سوءمصرف مواد: نقش مولفه‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان‌خواهی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲ (۵)، ۶۸-۵۳.
- هاشمی، نظام؛ سیافی، سمانه؛ اندامی، علیرضا (۱۳۹۸). ارتباط راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی دانشجویان مستعد اعتیاد: نقش میانجیگری تاب‌آوری. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۳ (۵۳)، ۱۷۶-۱۵۷.

References

- Ali, B., Green, K. M., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2017). Distress tolerance interacts with circumstances, motivation, and readiness to predict substance abuse treatment retention. *Addictive behaviors*, 73, 99-104.
- Arici-Ozcan, N., Cekici, F., & Arslan, R. (2019). The Relationship between Resilience and Distress Tolerance in College Students: The Mediator Role of Cognitive Flexibility and Difficulties in Emotion Regulation. *International Journal of Educational Methodology*, 5(4), 525-533.
- Baghjari, F., Saadati, H., & Esmailinasab, M. (2017). The relationship between cognitive emotion-regulation strategies and resiliency in advanced patients with cancer. *International Journal of Cancer Management*, 10(10), e7443. doi: 10.5812/ijcm.7443.
- Basharpoor, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani, M., & Massah, O. (2014). The role of self-compassion, cognitive self-control, and

- illness perception in predicting craving in people with substance dependency. *Practice in clinical psychology*, 2(3), 155-164.
- Bentler, P. M., & Chou, C. P. (1987). Practical issues in structural modeling. *Sociological methods & research*, 16(1), 78-117.
- Brandon, T. H., Herzog, T. A., Juliano, L. M., Irvin, J. E., Lazev, A. B., & Simmons, V. N. (2003). Pretreatment task persistence predicts smoking cessation outcome. *Journal of abnormal psychology*, 112(3), 448-456.
- Burton, N. W., Pakenham, K. I., & Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. *Psychology, health & medicine*, 15(3), 266-277.
- Conoley, C. W., & Conoley, J. C. (2009). *Positive psychology and family therapy: Creative techniques and practical tools for guiding change and enhancing growth*. John Wiley & Sons.
- Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 729-734.
- De Haan, L., Kuipers, E., Kuerten, Y., van Laar, M., Olivier, B., & Verster, J. C. (2011). The RT-18: a new screening tool to assess young adult risk-taking behavior. *International journal of general medicine*, 4, 575-584.
- Denney, A. S., & Connor, D. P. (2016). Serious juvenile offenders who have experienced emerging adulthood: Substance use and recidivism. *Children and youth services review*, 67, 11-19.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, 34(3), 241-253.
- Dir, A. L., Banks, D. E., Zapolski, T. C., McIntyre, E., & Hulvershorn, L. A. (2016). Negative urgency and emotion regulation predict positive smoking expectancies in non-smoking youth. *Addictive behaviors*, 58, 47-52.
- Doherty, E. A., Appel, M. A., & Murphy, C. E. (2004). *Risk-Taking Behavior in College Students as a Function of Personality, Social, and Cognitive Variables*. Poster presented at the meeting of the American Psychosomatic Society, Orlando, FL.
- Gabrys, R. L., Tabri, N., Anisman, H., & Matheson, K. (2018). Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 9, 2219. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02219>
- 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.
- Harrop, E., & Catalano, R. F. (2016). Evidence-based prevention for adolescent substance use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(3), 387-410.
- Johnson, B. T. (2016). *The relationship between cognitive flexibility, coping, and symptomatology in psychotherapy* (Master thesis). Retrieved from http://epublications.marquette.edu/theses_open/354 [Link]

- Kalia, V., & Knauft, K. (2020). Emotion regulation strategies modulate the effect of adverse childhood experiences on perceived chronic stress with implications for cognitive flexibility. *Plos one*, 15(6), e0235412.
- Kline, R. (2016). Data preparation and psychometrics review. *Principles and practice of structural equation modeling (4th ed., pp. 64-96)*. New York, NY: Guilford.
- Kreek, M. J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R., & LaForge, K. S. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature neuroscience*, 8(11), 1450-1457.
- Larrazabal Carrillo, M. A. (2019). Distress Tolerance Predicts Day-To-Day Emotion Regulation Behaviors. Master of Science (M.Sc.), William & Mary - Arts & Sciences. [Link]
- Lee, H., & Park, S. (2015). Association between risk-taking tendency and smoking behavior among male high school students in the Republic of Korea. *Journal of addictions nursing*, 26(3), 136-143.
- Lewis, M. D., & Stieben, J. (2004). Emotion regulation in the brain: Conceptual issues and directions for developmental research. *Child Development*, 75(2), 371-376.
- Lindgren, K. P., Mullins, P. M., Neighbors, C., & Blayney, J. A. (2010). Curiosity killed the cocktail? Curiosity, sensation seeking, and alcohol-related problems in college women. *Addictive behaviors*, 35(5), 513-516.
- Marshall-Berenz, E. C., Vujanovic, A. A., & MacPherson, L. (2011). Impulsivity and alcohol use coping motives in a trauma-exposed sample: The mediating role of distress tolerance. *Personality and individual differences*, 50(5), 588-592.
- 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.
- Mestre, J. M., Núñez-Lozano, J. M., Gómez-Molinero, R., Zayas, A., & Guil, R. (2017). Emotion regulation ability and resilience in a sample of adolescents from a suburban area. *Frontiers in psychology*, 8, 1980. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01980>
- Meyers, L.S., Gamst, G., & Guarino, A.J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. SAGE Publications, Inc; Third edition
- Min, J. A., Yu, J. J., Lee, C. U., & Chae, J. H. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry*, 54(8), 1190-1197.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., ... & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, 108(7), 2693-2698.
- Moore, S., & Parsons, J. E. F. R. E. Y. (2000). A research agenda for adolescent risk-taking: where do we go from here?. *Journal of adolescence*, 23(4), 371-376.
- Morris, L., & Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9(3), 2043808718779431.

- Najt, P., Perez, J., Sanches, M., Peluso, M. A., Glahn, D., & Soares, J. C. (2007). Impulsivity and bipolar disorder. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 17(5), 313–320.
- Nikmanesh, Z., Kazemi, Y., Khosravi, M. (2015). Role of Feeling of Loneliness and Emotion Regulation Difficulty on Drug Abuse. *Journal of Community Health Research*. 4(1), 55-64.
- Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 148, 59-68.
- Pates, R., & Riley, D. (Eds.). (2009). *Interventions for amphetamine misuse*. John Wiley & Sons, 129-147.
- Pearte, C. (2015). *Temperament, emotion regulation, and distress tolerance as related correlates of psychological symptoms*. Thesis in Doctor of Philosophy (Ph.D.), University of Central Florida. [Link]
- Phillips, E. L. (2011). *Resilience, Mental Flexibility, and Cortisol Response to the Montreal Imaging Stress Task in Unemployed Men* (Doctoral dissertation). Michigan, University of Michigan. [Link]
- Potter, C. M., Vujanovic, A. A., Marshall-Berenz, E. C., Bernstein, A., & Bonn-Miller, M. O. (2011). Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: The mediating role of distress tolerance. *Journal of anxiety disorders*, 25(3), 437-443.
- Poulton, A., & Hester, R. (2020). Transition to substance use disorders: impulsivity for reward and learning from reward. *Social cognitive and affective neuroscience*, 15(10), 1182-1191.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, 40(3), 879-891.
- Ram, D., Chandran, S., Sadar, A., & Gowdappa, B. (2019). Correlation of cognitive resilience, cognitive flexibility and impulsivity in attempted suicide. *Indian journal of psychological medicine*, 41(4), 362-367.
- Rieser, N. M., Shaul, L., Blankers, M., Koeter, M. W., Schippers, G. M., & Goudriaan, A. E. (2019). The predictive value of impulsivity and risk-taking measures for substance use in substance dependent offenders. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 13, 192, 1-12.
- Rosa-Alcázar, Á., Olivares-Olivares, P. J., Martínez-Esparza, I. C., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, A. I., & Olivares-Rodríguez, J. (2020). Cognitive flexibility and response inhibition in patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 20-28.
- Scalese, M., Curzio, O., Cutrupi, V., Bastiani, L., Gori, M., Denoth, F., & Molinaro, S. (2014). Links between psychotropic substance use and sensation seeking in a prevalence study: The role of some features of parenting style in a large sample of adolescents. *Journal of addiction*. <https://doi.org/10.1155/2014/962178>
- Schultz, D.P., & Schultz, S.E. (2016). *Theories of personality*. Cengage Learning.
- Semcho, S., Bilsky, S. A., Lewis, S. F., & Leen-Feldner, E. W. (2016). Distress tolerance predicts coping motives for marijuana use among treatment seeking young adults. *Addictive Behaviors*, 58, 85-89.

- Shakeri, J., Farnia, V., Davarinejad, O., Salemi, S., Golshani, S., Rahami, B., ... & Hookari, S. (2020). Distress tolerance in methamphetamine and opium abusers with non-drug abuser (A comparative analysis). *Clinical epidemiology and global health*, 8(2), 513-518.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- Somoza, E., Dyrenforth, S., Goldsmith, J., Mezinskis, J., & Cohen, M. (1995, May). In search of a universal drug craving scale. In *annual meeting of the American Psychiatric Association, Miami, FL* (pp. 20-25).
- Tavakolian, E., & Abolghasemi, A. (2016). Effects of cognitive restructuring training on neurocognitive functions in opioid addicts. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 18(1), 14-21.
- Teo, T., & Noyes, J. (2014). Explaining the intention to use technology among pre-service teachers: a multi-group analysis of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *Interactive Learning Environments*, 22(1), 51-66.
- Verdejo-García, A. J., López-Torrecillas, F., De Arcos, F. A., & Pérez-García, M. (2005). Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: a multiple regression analysis. *Addictive behaviors*, 30(1), 89-101.
- Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E. C., & Perez-Garcia, M. (2006). Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 12(3), 405-415.
- Wills, T. A., Pokhrel, P., Morehouse, E., & Fenster, B. (2011). Behavioral and emotional regulation and adolescent substance use problems: a test of moderation effects in a dual-process model. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 279.
- 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 and alcohol dependence*, 163, S37-S45.
- Zarei, M., Momeni, F., & Mohammadkhani, P. (2018). The mediating role of cognitive flexibility, shame and emotion dysregulation between neuroticism and depression. *Iranian Rehabilitation Journal*, 16(1), 61-68.
- Zohrabian, A., & Philipson, T. J. (2010). External Costs of Risky Health Behaviors Associated with Leading Actual Causes of Death in the U.S.: A Review of the Evidence and Implications for Future Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(6), 2460-2472.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., & Vujanovic, A. A. (Eds.). (2011). *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press.

مقایسه اثربخشی درمان چند وجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر شاخص‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر*

نیره خدابخشی^۱، الهام فروزنده^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۴

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر شاخص‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر بود. **روش:** روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) و جامعه آماری شامل همه معتادان تحت درمان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند که از بین آن‌ها، ۴۵ نفر به شیوه‌ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه قرار داده شدند. ابزار گردآوری شامل مقیاس خلق مثبت-منفی، پرسشنامه اهداف شخصی، پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک و آزمون تفکرات غیرمنطقی بود. داده‌های به دست آمده با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان چندوجهی لازاروس باعث بهبود در همه شاخص‌های درمان به جز وسوسه‌ی مصرف مجدد و درمان ماتریکس باعث بهبود در همه شاخص‌ها به جز تفکر غیرمنطقی توقع تأیید از دیگران و وسوسه‌ی مصرف مجدد شده است. نتایج همچنین نشان داد که بین میانگین گروه درمان چندوجهی لازاروس و میانگین گروه درمان ماتریکس در خلق مثبت، خلق منفی، تفکر غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر، تفکر غیرمنطقی توقع تأیید از دیگران، تفکر غیرمنطقی اجتناب از مشکل و تفکر غیرمنطقی بی‌مسئولیتی هیجانی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان چندوجهی لازاروس وجود دارد. در حالی که بین میانگین گروه درمان چندوجهی لازاروس و گروه درمان ماتریکس در انگیزش انطباقی و وسوسه‌ی مصرف مجدد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. **نتیجه‌گیری:** در نتیجه پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان مراکز ترک اعتیاد از روش درمان چندوجهی لازاروس بر حسب متغیرهای مورد بررسی، استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: شاخص‌های درمان سوءمصرف مواد، درمان چندوجهی لازاروس، درمان ماتریکس

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی ناین می باشد.

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

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

Elham_for@yahoo.com

مقدمه

سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مهم ترین مشکلات اجتماعی در جامعه است که با مسائل زیادی در حوزه های پزشکی، روان پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. سوء مصرف مواد نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می دهد؛ بلکه ناراحتی های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی را به آنها تحمیل می کند (فرنام، ۱۳۹۲). اختلالات مصرف مواد از شایع ترین و پرهزینه ترین مشکلات سلامتی در جهان کنونی است (طاهری فرد، بشرپور، حاجلو و نریمانی، ۱۴۰۰). در سال ۲۰۱۷، حدود ۲۷۱ میلیون نفر، به عبارتی ۵/۵ درصد از جمعیت جهان در محدوده سنی ۱۵-۶۴ سال، مواد مخدر مصرف کرده بودند (ابازید، ابو-ایسبا، ابو فرها و ال-جوماء، ۲۰۲۰). یک بررسی طولانی مدت نشان می دهد که تعداد افرادی که مواد مصرف می کنند هم اکنون ۳۰ درصد بیشتر از سال ۲۰۰۹ است (شرستا، تیواری، کوشواها، بهاتارایی و راج، ۲۰۲۰). به دلیل همین روند رو به رشد، تاکنون برای درمان سوء مصرف مواد روش های درمانی متعددی به کار برده شده است؛ اما آنچه مسلم است این است که پس از مدتی، فرد معتاد با وجود اینکه دیگر وابستگی جسمی خود را به مواد از دست داده است، دوباره به مصرف آن روی می آورد، همان پدیده ای که عود نامیده می شود (پاتناک و ساکسنا، ۲۰۱۹). ملامیس^۵ (۲۰۱۵)، احتمال بازگشت (عود) به مواد مخدر را در خوش بینانه ترین حالت تا ۵۰ درصد پیش بینی کرده است و به نظر وی این احتمال تا ۹۰ درصد متغیر است. با توجه به این موارد در حال حاضر، پیشگیری از عود یکی از چالش های اصلی درمانگران و افراد وابسته به مواد است. عوامل و ویژگی های مختلفی وجود دارد که زمینه ساز عود و بازگشت مجدد فرد به مصرف مواد می گردد. با بررسی یافته های مطالعات قبلی، آنچه در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته است عبارت اند از ۱) حساسیت نسبت به احساسات و عواطف ناخوشایند برای تغییرات طبیعی و دوره ای (خلق منفی) ۲)

1. Abazid, Abou-Isba, Abu Farha & Al-Jomaa
2. Shrestha, Tiwari, Kushwaha, Bhattarai & Raj

3. Recurrence
4. Pathak & Saxena
5. Melemis

انگیزش ضعیف برای کنترل رفتار؛ به طوری که ارضای فوری نیاز ارزش بسیار بالایی دارد (ساختار انگیزشی غیر انطباقی) (۳) باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد.

اغلب مصرف کنندگان مواد، دلیل مصرف خود را کاهش یا کنترل ملال و افزایش تجارب عاطفی مثبت، ذکر می کنند (ککس و کلینگر^۱، ۲۰۰۴). یافته های ککس و کلینگر (۲۰۱۱) نشان می دهد که اگرچه مصرف الکل و سایر مواد، ممکن است فشار عاطفی وقایع ناخوشایند را تعدیل کند، اما استفاده مکرر مواد به عنوان تنها راه حل اساسی مشکلات در بیشتر موقعیت ها، در نهایت به دو نتیجه گیری می انجامد که عبارت اند از: (الف) در اثر افزایش ارزش نسبی مشوقی مواد، خلق مثبت ناشی از مشوق های غیر دارویی نادیده گرفته می شود؛ و (ب) خلق منفی تعدیل شده با مصرف مواد در هنگام مشکلات در مقابل خلق منفی شدید در غیاب مواد، به افزایش مصرف دائمی مواد منجر می شود. بر اساس نظریات شناختی و رفتاری در روان شناسی، خلق منفی می تواند متأثر از تفکر غلط فرد درباره وقایع باشد. ایس معتقد است که در افراد سوء مصرف کننده مواد، باورهای غیرمنطقی خاصی وجود دارند که به تحمل پایین ناکامی و احساس آشفتگی منجر می شوند. این باورها احساس ناامیدی و خشم به دنبال دارند (ایستون، کران و مندل^۲، ۲۰۱۸). خلق منفی را می توان در رابطه با ساختار انگیزشی فرد نیز بررسی کرد. مطابق با الگوی مشوقی انگیزشی، یک رابطه چرخه ای بین خلق منفی و مصرف مواد وجود دارد (گومز-کرونادو^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). در روان شناسی، فرایندهایی که تلاش برای رسیدن به هدف را میسر می سازند، انگیزش نامیده می شوند. تغییر احساسی یک مفهوم انگیزشی مهم است، زیرا چیزی است که انسان ها برای رسیدن به آن دارای انگیزه قوی هستند. انگیزه ها ممکن است مثبت (چیزهایی که افراد می خواهند آن ها را به دست آورند) یا منفی (چیزهایی که افراد از آن ها اجتناب می کنند) باشند (بجورک، استراب، پروست و نیال^۴، ۲۰۱۷).

با توجه به ماهیت چندوجهی، مزمن و عودکننده سوء مصرف مواد که کیفیت زندگی افراد را تا حد زیادی کاهش می دهد، لذا می بایست از رویکردهایی مدد جست که تمامی

وجوه پیچیده انسان را در امر درمان و پیشگیری از عود، در برگیرد؛ بنابراین لزوم استفاده از رویکردهای التقاطی امری لازم در این خصوص به نظر می‌رسد. در میان رویکرد التقاطی گوناگونی که مطرح گردیده‌اند، دو درمان ماتریکس^۱ و درمان چندوجهی لازاروس^۲ مدنظر پژوهشگر قرار گرفته است.

برنامه درمانی ماتریکس که به نوعی در برخی مراکز درمانی تبدیل به پروتکل درمان مواد محرک شده، مداخله‌ای منسجم و ساختاری است که برای سوء مصرف کنندگان مواد اجرا می‌شود (اوجی، حیدری، بختیارپور و سراج خرمی، ۱۳۹۸). درمان ماتریکس به این مسئله می‌پردازد که با توجه به اینکه سوء مصرف کنندگان و استفاده کنندگان از مواد محرک گروه ناهمگنی را تشکیل می‌دهند و یا با طیف فرهنگی و خانوادگی وسیعی از مشکلات به درمانگر مراجعه می‌کنند؛ آموزش مهارت‌ها باید با توجه به ویژگی‌های فردی افراد باشد و آموزش متناسب هر کدام از مراجعان از اهمیت بالایی برخوردار است (سامی، عفت پناه، مرادی و مساح، ۱۳۹۶). به منظور تقویت و توسعه دامنه سبک مقابله‌ای فرد، مهارت‌های درون فردی (مانند مقابله با میل مصرف مواد) و مهارت‌های بین فردی (مانند دوری از عرضه کنندگان مواد) به افراد آموزش داده می‌شود. بیماران این مهارت‌ها را هم به منزله راهبردهای خاص (قابل استفاده در اینجا و اکنون برای یاد، کنترل مصرف مواد) و هم به منزله راهبردهای عمومی و فراگیر که در مورد طیف وسیعی از مشکلات قابل استفاده است، به کار می‌برند. هدف درمان فقط کمک به بیمار در کاهش و یا ترک مصرف مواد در جریان درمان نیست، بلکه درمان ماتریکس مهارت‌هایی را به افراد آموزش می‌دهد که حتی مدت‌ها پس از ختم درمان نیز برای، او مفید خواهند بود (کمپ^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). افراد در حال بهبودی با فراگیری مهارت‌های امتناع از پذیرش مواد، حل مسئله، کنترل خشم، ارتباط مؤثر و رفتارهای قاطعانه، یاد می‌گیرند در برابر وسوسه مقاومت کرده، از موقعیت‌های پرخطر اجتناب کنند و به افراد اصرارکننده، نه بگویند و با فراگیری تکنیک‌های شناختی به بیماران کمک می‌کند در کوتاه‌مدت توجه خود را از افکار

1. matrixtherapy
2. Multimodal therapy Lazarus

3. Kamp

برانگیزاننده مواد دور سازند و در درازمدت نیز با افکار به چالش برخیزد (ابهر زنجانی، توژنده جانی و امیری، ۱۳۹۹).

در صورتی که در درمان چندوجهی لازاروس هر یک از هفت حوزه مهم در یک فرد شامل: رفتار^۱، عاطفه^۲، حواس^۳، تخیل یا تصویرسازی ذهنی^۴، شناخت^۵، روابط بین فردی^۶ و داروها/زیست‌شناسی^۷ بررسی می‌گردد. در فرآیند درمان، باید به این وجوه توجه کرده و درمان بر اساس نیمرخ حاصل از این وجوه، در پیش گرفته شود (رحیمیان بوگر و شاره، ۱۳۸۶). همچنین توجه به این امر نیز ضروری می‌نماید که رویکرد چندوجهی لازاروس به طور کلی، یک رویکرد آموزشی-مشاوره‌ای است و بیشتر از روش‌های مستقیم و رهنمودی برای مداخله بهره می‌جوید (ماهوری، اقدسی و میرمحمود، ۱۳۹۸). با توجه به اینکه مؤلفه‌ی اساسی شناخت (افکار)، عواطف (احساسات) و رفتار (عملکرد) در شخصیت افراد نقش حیاتی دارد و ایجاد تعادل بین آن‌ها باعث بهتر شدن سلامت روان می‌شود و آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس نیز دارای ماهیت چندبعدی است که همه این مؤلفه‌ها را در برمی‌گیرد، می‌تواند به افراد کمک کند که با بررسی افکار و شناخت منطقی و غیرمنطقی خود و تأثیر آن بر احساس و افکار و عواطف، هیجان خود را سازمان‌دهی کنند و در کاهش رفتارهای ناسالم ناشی از سوء مصرف مواد، بهتر عمل کنند؛ بنابراین با توجه به اینکه درمان چندوجهی لازاروس یک رویکرد کل نگر و سیستماتیک و جامع است که به دنبال تغییرات پایدار با یک شیوه انسانی و کارآمد است، در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته شده است. همچنین از آنجایی که درمان ماتریکس نیز به خاطر التقاطی بودن و تأکید بر جنبه‌های گوناگونی به طور هم‌زمان در چند سال اخیر در مراکز و کارگاه‌های ترک اعتیاد مورد توجه بسیاری از متخصصان قرار گرفته است. بنابراین با توجه به کاربردی بودن درمان ماتریکس و جامع بودن رویکرد

1. behavior
2. affection
3. senses
4. imagination

5. cognition
6. interpersonal
7. drugs

چندوجهی لازاروس، در پژوهش حاضر این دو درمان با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند.

علاوه بر موارد فوق، در پژوهش‌های گوناگونی به اثربخشی این دو درمان به طور جداگانه پرداخته شده است؛ به طور نمونه آریان^۱ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای تحت عنوان مقایسه اثر درمانی متیل فنیدیت و درمان مدل ماتریکس بر شدت اعتیاد، ولع مصرف، عود و سلامت روان در افرادی که از مت‌آمفتامین استفاده می‌کنند، بیان کردند که درمان مدل ماتریکس همراه با درمان متیل فنیدیت، ولع مصرف و شدت اعتیاد را به طور معنی‌داری کاهش و سلامت روان را افزایش دادند. سیرونگواتاناکول^۲ (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان اثربخشی عوامل مؤثر بر برنامه ماتریکس اصلاح‌شده بر معتادان به مواد مخدر نشان دادند که برنامه ماتریکس در افرادی که در ترک اعتیاد به روش‌های دیگر شکست خورده‌اند اثرگذاری بالایی داشته است. ابهرزنجانی و همکاران (۱۳۹۹)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی ماتریکس درمانی یکپارچه بر کنترل خود و تنظیم عاطفی در سوءاستفاده‌کنندگان از مت‌آمفتامین نشان دادند که ماتریکس درمانی یکپارچه، باعث افزایش کنترل خود و تنظیم عاطفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. جعفری (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی مشاوره مبتنی بر نظریه چندوجهی لازاروس بر خودهای ممکن، منبع کنترل و ولع مصرف مواد در معتادان تحت دارودرمانی نشان داد که مشاوره مبتنی بر نظریه چندوجهی لازاروس می‌تواند با تغییر فرایند و محتوای شناخت‌ها و ارتقاء مهارت‌های شناختی، عاطفی و رفتاری بر خودهای ممکن، منبع کنترل و کاهش ولع مصرف مواد معتادان تأثیرگذار باشد. در مجموع با توجه به مطالعات انجام شده در این زمینه که به اثربخشی هر دو درمان به طور جداگانه در پژوهش‌ها اشاره کرده‌اند؛ می‌توان استنباط کرد که این دو درمان بر سوءمصرف مواد مؤثر هستند؛ اما تاکنون هیچ پژوهشی به مقایسه این دو درمان برای انتخاب بهترین، انجام نشده است. چنانچه متخصصان مشاوره و درمان اعتیاد از نتایج این قبیل تحقیقات مبنی بر میزان اثربخشی درمان‌های گوناگون آگاه باشند و از آن‌ها در اصلاح و بهبود روش‌ها و شیوه‌های مداخله و کمک به افراد معتاد و

1. Aryan

2. Sirirungwattanakul

جلوگیری از بازگشت آن‌ها بهره‌برداری کنند، در اقدامات پیشگیرانه، مشاوره‌ای، درمانی و مراقبت‌های پس از ترک و بهبودی موفق‌تر و کارآمدتر خواهند بود؛ لذا این پژوهش در راستای پاسخگویی به این سؤال پژوهشی انجام شد که آیا بین میزان اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس با درمان ماتریکس بر بهبود تعدادی از شاخص‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع دو گروه آزمایشی با یک گروه کنترل بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه افراد مصرف‌کننده مواد تحت درمان در اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند. برای تعیین حجم نمونه پژوهش، گال، بورگ و گال (۱۳۹۳) قاعده‌ای را پیشنهاد کرده‌اند که طبق آن برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی، تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل در نظر گرفته شده است. بنابراین از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه قرار گرفتند (۱۵ نفر در گروه تحت درمان ماتریکس، ۱۵ نفر در گروه درمان چندوجهی لازاروس و ۱۵ نفر در گروه کنترل). ملاک‌های ورود عبارت بودند از: مرد بودن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در جلسات و سابقه سوءمصرف مواد بیش از دو سال. همچنین ملاک‌های خروج شامل لغزش در طول درمان، بیش از دو جلسه غیبت داشتن و انجام ندادن تکالیف جلسات بود. داده‌های به دست آمده از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل گردید.

ابزار

۱- مقیاس عاطفه مثبت و منفی^۱: این مقیاس اولین بار توسط واتسن، کلارک و تلگان^۲ (۱۹۸۸) معرفی شد. این مقیاس حاوی ۲۰ ماده است که برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده است. هر خرده مقیاس دارای ۱۰ ماده است. از

شماره‌ی ۱۰-۱ خلق مثبت (علاقمندی، هوشیاری و زیرکی، ذوق‌زدگی، خوش ذوقی، نیرومندی، مصمم، متوجه و دقیق، شور و شوق، فعال، غرور و افتخار) و ۲۰-۱۱ خلق منفی (زودرنجی، پریشانی، شرمساری، ناراحتی، بی‌قراری، احساس گناه، ترس و وحشت، خصومت، عصبی، هراسان) را در بر می‌گیرد. ماده‌ها روی یک مقیاس پنج نقطه‌ای (یک = به هیچ وجه تا پنج = بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شوند. از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و روایی)، مقیاس خلق مثبت، خلق منفی مطلوب است. در پژوهش بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴) پایایی به روش ضرایب همسانی درونی برای عاطفه منفی ۰/۸۷ و برای عاطفه مثبت ۰/۸۸ گزارش شده است. پایایی از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته برای عاطفه منفی ۰/۷۱ و برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ گزارش شده است. همچنین روایی این ابزار به کمک محاسبه همبستگی میان عاطفه منفی و عاطفه مثبت با برخی ابزارهای پژوهش که سازه‌های مرتبط با این دو مقیاس را می‌سنجند مانند اضطراب برآورد شده است، برای نمونه، همبستگی مقیاس خلق مثبت، خلق منفی با فهرست وارسی علایم هاپکینز، ۰/۷۲ و با مقیاس اضطراب آشکار، ۰/۳۵- گزارش شده است. ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- پرسشنامه اهداف شخصی^۱: این پرسشنامه فرم خلاصه شده پرسشنامه ساختار انگیزشی است که توسط ککس و کلینگر (۲۰۰۴) برای ارزیابی ساختار انگیزشی طراحی شده است و تکمیل آن در سه گام انجام می‌شود و شرکت‌کننده‌ها باید درجه‌بندی را بر اساس مقیاسی از ۰ تا ۱۰ در مورد نگرانی‌های خاص خود در ده حوزه (خانه و خانه‌داری؛ مسائل مالی، اقتصادی و شغلی؛ روابط با خانواده، بستگان و آشنایان؛ اوقات فراغت و سرگرمی؛ موضوعات مربوط به عشق؛ صمیمیت و مسایل جنسی؛ مسایل مربوط به بهداشت و سلامتی؛ تغییرات شخصی؛ مسایل مربوط به آموزش و تحصیل؛ مسائل مذهبی و معنوی؛ مصرف سیگار و سایر مواد) تعیین کنند. در این پرسشنامه از افراد خواسته می‌شود تا درباره مهم‌ترین اهداف‌شان در هر یک از حیطه‌های زندگی فکر کنند و سپس نظرات‌شان را

درباره چگونگی رسیدن به اهداف شان، نمره‌ای از صفر تا ۱۰ دهند. پس از آن که پرسشنامه تکمیل شد، می‌توان نیمرخ انگیزشی مراجع را برای هر حیطه از زندگی یا برای کل حیطه‌های زندگی تهیه کرد. در پژوهش ککس و کلینگر (۲۰۰۴) پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شد که رضایت بخش است. ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ به دست آمد.

۳- پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مجدد مواد: صالحی فدردی، بر عرفان و ضیایی (۱۳۸۷) این پرسشنامه را ساختند. این مقیاس حاوی ۲۰ سؤال است که میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف را می‌سنجد که پس از ترک تجربه می‌شوند. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای (کاملاً درست است = ۵ تا اصلاً درست نیست = ۰) می‌باشد. بالاترین نمره ۱۰۰، به معنای تجربه‌ی زیاد حالات وسوسه و کمترین نمره صفر به معنای عدم وجود وسوسه است. برای سنجش اعتبار پرسشنامه در پژوهش فدردی و همکاران (۱۳۸۷) از روش همسانی درونی استفاده شد که میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۲۰۷

207

۴- پرسشنامه تفکرات غیرمنطقی^۱: جونز^۲ (۱۹۶۹) جهت اندازه‌گیری میزان باورهای غیرمنطقی با در نظر گرفتن باورهای غیرمنطقی یازده گانه مطرح شده در نظریه الیس (۱۹۶۲) تهیه کرده است. این پرسشنامه دارای ۴۰ سوال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ و شامل ۴ مولفه درماندگی در برابر تغییر (سوالات ۱ تا ۱۵)، توقع تایید از دیگران (سوالات ۱۶ تا ۲۵)، اجتناب از مشکل (سوالات ۲۶ تا ۳۰) و بی‌مسئولیتی هیجانی (سوالات ۳۱ تا ۴۰) می‌باشد. جونز (۱۹۶۹) همسانی درونی عامل‌ها را بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۲ گزارش کرد. عبادی و معتمدین (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۵ و برای عامل‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ به دست آورده

است. ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

روش اجرا

پس از تصویب طرح پژوهش، در سطح شهر اصفهان و در سه کلینیک ترک اعتیاد نمونه‌گیری انجام شد. افراد نمونه با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در ابتدا توضیحات کاملی به صورت کلامی و نوشتاری (از طریق پیوست کردن یک برگه راهنما همراه با پرسشنامه) در اختیار افراد قرار گرفت. این توضیحات شامل تمایل آگاهانه داشتن، اصل رازداری، اهمیت شرکت در پژوهش و اطلاعات اندکی در ارتباط با موضوع پژوهش بود. سپس پرسشنامه‌های مذکور به افراد داده شد و بعد به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل قرار داده شدند. جلسات درمانی بر روی گروه‌های آزمایش اجرا شد در حالی که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله و آموزشی دریافت نکردند و این گروه فقط روش‌های دارودرمانی، مشاوره فردی و انگیزشی را دریافت کردند. سپس بعد از اتمام جلسات درمانی در پژوهش، پرسشنامه‌های مذکور دوباره به عنوان پس‌آزمون بر روی همه‌ی افراد شرکت‌کننده اجرا شد. جلسات درمانی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس برگرفته از پژوهش جعفری (۱۳۹۸) تحت عنوان «اثربخشی مشاوره مبتنی بر نظریه چندوجهی لازاروس بر خودهای ممکن، منبع کنترل و ولع مصرف مواد در معتادان تحت دارودرمانی» در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو بار بر روی گروه آزمایش ۱ انجام شد که شرح جلسات آن در جدول ۱ آورده شده است:

جدول ۱: شرح محتوای جلسات درمان چندوجهی لازاروس (جعفری، ۱۳۹۸)

تکالیف خانگی	محتوای جلسات	جلسات
ارائه پرسشنامه تاریخچه زندگی لازاروس به عنوان یک تکلیف خانگی.	معارفه و آشنایی اعضا با رهبر و با یکدیگر، توضیح هدف تشکیل جلسات مشاوره گروهی، ارائه اطلاعات مربوط به ساختار جلسات (تعداد و طول مدت جلسات و نحوه اجرا) و مقررات جلسات گروهی (حفظ رازداری، حضور به موقع و مرتب، انجام تکالیف، شرکت فعال در بحث‌های گروهی)	جلسه اول
نوشتن یک نامه خداحافظی خطاب به مواد مخدر به عنوان تکلیف خانگی.	ارائه توضیح مختصری در مورد روش درمان چندوجهی و ابعاد هفتگانه شخصیت به اعضای گروه، پر کردن جدول BASIC-ID بر اساس اطلاعات درج شده در پرسشنامه تاریخچه زندگی اعضا توسط خودشان و تهیه نمرخ ابعادی اعضا، شروع کار با وجه دارو/ زیست شناسی با توافق اعضا، بحث و تبادل نظر اعضا درباره اثرات جسمی مواد مخدر و ارائه توصیه‌هایی برای بهبود این وجه توسط رهبر	جلسه دوم
مطالعه برگه ۳۷ فکر غلط به عنوان تکلیف خانگی.	پیگیری تکلیف جلسه قبل، کار بر روی بعد افکار و شناخت‌ها، ارائه توضیح مختصری درباره افکار و شناخت‌های منطقی و غیرمنطقی و تأثیر آن در احساس، رفتار و عواطف فرد و ارائه مثال از کتاب "۳۷ فکر غلط و یک عمر اعتیاد" جهت روشن شدن مطالب، تمرین اعضا درباره چگونگی جایگزینی افکار مثبت و سازنده به جای افکار مخرب، روان‌نمایشگری یکی از اعضا درباره یک تفکر منفی غالب و ارائه بازخورد از سوی اعضای دیگر، آموزش تکنیک خودگویی مثبت	جلسه سوم
انجام تمرین تن آرامی به عنوان تکلیف خانگی	ارزیابی تکلیف جلسه قبل، ارائه توضیح مختصری درباره دریافت‌های حسی و ادراکات حسی و همین‌طور حس‌های منفی و مثبت و ارائه مثال‌هایی از زندگی واقعی و بیان تجربیات و مشکلات مرتبط اعضا، روان‌نمایشگری یکی از اعضا و ارائه بازخورد از سوی سایر اعضای گروه، آموزش و تمرین تکنیک تن آرامی	جلسه چهارم
انجام تن آرامی با تجسم ذهنی مثبت به عنوان تکلیف خانگی	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه آموزش‌هایی درباره تصویر سازی مثبت از خود و تمرکز بر نقاط مثبت خویش و تصویر سازی مقابله‌ای در شرایط مشکل و سخت، لیست کردن نقاط مثبت و توانمندی‌ها توسط اعضا، روان‌نمایشگری یکی از اعضا و اجرای فن فراقنی به آینده و تکنیک پری رؤیایی، تمرین تن آرامی همراه با تجسم ذهنی مثبت	جلسه پنجم

جدول ۱: شرح محتوای جلسات درمان چندوجهی لازاروس (جعفری، ۱۳۹۸)

جلسات	محتوای جلسات	تکالیف خانگی
جلسه	بررسی تکلیف جلسه قبل، بحث و گفتگو اعضا درباره ضرورت ابراز	نوشتن نامه
ششم	هیجانان و شناسایی احساسات و نحوه بیان صحیح هیجاناتی مانند خشم، ایفای نقش اعضای گروه در زمینه ابراز مناسب و نامناسب خشم، اجرای تکنیک صندلی خالی توسط یکی از اعضا	عذرخواهی به خود به عنوان تکلیف خانگی
جلسه	بررسی تکلیف جلسه قبل، صحبت در مورد مکانیزم شکل گیری رفتار	حفظ شعر این
هفتم	در پی افکار، صحبت درباره رفتارهای صحیح در مقابل وسوسه مصرف، روان نمایشگری یکی از اعضا درباره جریان یکی از دفعاتی که لغزش کرده بود، تمرین رفتاری در مورد مشکل اعضا در "نه گفتن" در مقابل تعارفات مواد و رفتارهای پرخطر (مهارت ابراز وجود) و پخش موسیقی "تازه شو" در جلسه و اهداء آلبوم این موسیقی به اعضا	موسیقی به عنوان تکلیف خانگی.
جلسه	بررسی تکلیف جلسه قبل، صحبت درباره تفاوت بین رفتارهای منفعلانه، پرخاشگرانه و جرأت‌مندانه، روان نمایشگری فن وارونگی نقش یا نقش معکوس و فن آینه، تمرین روش‌های برقراری ارتباط صمیمانه با اعضای خانواده	سعی در بکارگیری آموخته‌های جلسه در مورد زندگی واقعی به عنوان تکلیف خانگی
جلسه	بررسی تکلیف جلسه قبل، تاکید بر هدفمندی زندگی و مسئولیت پذیری هر فرد در برابر خدا، خود و دیگران و تأثیر شکرگزاری در افزایش بهزیستی و سلامت روان، بحث و گفتگوی اعضا در این باره، روان نمایشگری فن فروشگاه جادو،	تهیه فهرستی از الطاف و معجزه‌های خداوند در زندگی ما به عنوان تکلیف خانگی
جلسه	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه خلاصه‌ای از نه جلسه قبل توسط اعضا، اجرای پرسشنامه کیفیت زندگی به عنوان پس آزمون، پرسیدن نظر اعضا نسبت به کل جلسات گروه و نتایج حاصل از آن، بیان اهداف اعضا برای آینده‌شان، تشکر و قدردانی از اعضا به خاطر حضورشان در جلسات، اختتام جلسات گروه درمانی	-

همچنین جلسات درمانی به روش ماتریکس برگرفته از پژوهش فتاحی و میرهاشمی (۱۳۹۷) تحت عنوان «اثربخشی درمان ماتریکس بر تنظیم هیجانی بیماران وابسته به مت‌آفتامین» در طی ۱۰ جلسه، ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو بار) بر روی گروه آزمایش ۲ اجرا شد که شرح جلسات در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲: شرح محتوای جلسات درمان ماتریکس (فتاحی و میرهاشمی، ۱۳۹۷)

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول: چرا مواد را ترک می‌کنم (ترازوی تغییر)	مصرف مواد برای بسیاری از مصرف‌کنندگان در ابتدا خوشایند بوده و برای آن‌ها جنبه‌های به ظاهر مثبتی دارد. پس از قطع مصرف بسیاری از این عوارض برطرف می‌شوند مثلاً ظاهر شما بهبود پیدا می‌کند و از فشار مالی کاسته خواهد شد؛ اما هم‌زمان ممکن است در کوتاه‌مدت مشکلاتی ظاهر شود مثلاً خواب یا اشتهای شما به هم بخورد. یا دچار خستگی شوید؛ بنابراین شما با قطع مصرف موادی را به دست می‌آوردید و احتمالاً برخی چیزها را از دست می‌دهید.
جلسه دوم: شروع کننده‌ها (عوامل برانگیزاننده، تلنگرها)	در مغز شما هنگام مصرف مواد، بین مواد و شروع کننده‌ها ارتباطی نزدیک شکل می‌گیرد. در نتیجه شروع کننده‌ها می‌توانند باعث فکر به مواد و وسوسه در شما شده و شمارا به سوی مصرف بکشند.
جلسه سوم: سیر بهبودی	در جریان بهبودی شما از مراحل مختلفی می‌گذرید که شاید بتوان آن‌ها را به ۴ مرحله تقسیم کرد: ۱- مرحله علائم جسمانی ۲- مرحله پرهیز اولیه یا مقدماتی. ۳- مرحله پرهیز طولانی ۴- مرحله بازگشت به زندگی روزمره.
جلسه چهارم: شروع کننده‌های بیرونی و شروع کننده‌های درونی	برخی شروع کننده‌ها بسیار جدی هستند و بیماران ابراز می‌دارند که مواجه شدن با آن‌ها بسیار خطرناک است. ۳ مورد از پرخطرترین موقعیت‌ها یعنی موقعیت‌هایی که مصرف شما در آن قطعی است و ۳ مورد از کم‌خطرترین موقعیت‌ها یعنی موقعیت‌هایی که مصرف شما در آن محال است را فهرست کنید.
جلسه پنجم: مشکلات عمده در بهبودی	اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است. بدین معنی که حتی اگر شما تصمیم قاطع به ترک گرفته‌اید، باز به سراغ شما آمده و شما را تشویق به ادامه مصرف می‌کند. لذا تصمیم جدی شما لازم ولی تضمین کافی نیست. شما و خانواده باید این نکته را بدانید. شاید همانطور که شما در خلاص شدن از فکر مواد دچار مشکل هستید، خانواده هم در رها شدن از حس بی‌اعتمادی دچار مشکل هستند.
جلسه ششم: وسوسه؛ با وسوسه چه باید کرد؟ راه‌های نادرست برخورد با وسوسه	در کنار حالات روحی و احساسات ناراحت کننده در هنگام وسوسه، بسیاری از بیماران باورهای خاصی درباره آن دارند. مثلاً اینکه وسوسه تنها با مصرف مواد برطرف خواهد شد یا برای کاهش آن حتماً باید دارو مصرف کرد. برخی تصور می‌کنند وسوسه با گذشت زمان بدتر خواهد شد یا نهایتاً آن‌ها

جدول ۲: شرح محتوای جلسات درمان ماتریکس (فتاحی و میرهاشمی، ۱۳۹۷)

جلسات	شرح جلسات
	<p>را از پای در خواهد آورد. شما هم حتماً در اطرافیان و دوستان مصرف کننده خود با این افکار برخورد داشته‌اید.</p>
جلسه هفتم: جلوگیری از عود	<p>فعالیت‌های جلوگیری از عود: عود یک‌دفعه و بی‌مقدمه اتفاق نمی‌افتد. انسان‌ها از برخی امور ساده و به ظاهر بی‌اهمیت آهسته‌آهسته غافل می‌شوند و بدون آنکه هشیار باشند آن‌ها را رها می‌کنند تا آنکه به مصرف مواد رو می‌آورند. در چنین حالتی اکثراً باور دارند که عود ناگهانی و بی‌مقدمه بوده است اما نگاه دقیق‌تر نشان می‌دهد غفلت و بی‌تفاوتی از مدت‌ها پیش شکل گرفته است. فعالیت‌های منظم خاصی برای هر کس وجود دارد که مانع حرکت او به سوی عود می‌شود. به‌عنوان مثال برای عده‌ای این فعالیت‌ها ورزش مرتب است. برای عده‌ای می‌تواند معاشرت با بستگان، دیدار برخی دوستان، سرگرمی هفتگی، رفتن به محلی خاص و ... باشد.</p>
جلسه هشتم: شرم و گناه	<p>شرم و گناه همان احساس بدی است که انسان درباره آنچه انجام داده است به وی دست می‌دهد. از اینکه مدت‌ها مواد مصرف کرده است، خانواده را آزار داده است، از دیگران غافل بوده است و ... احساس گناه پدیده‌ای طبیعی است و معمولاً بدین معناست که کارهایی انجام داده‌اید که با اعتقادات و ارزش‌های شما همخوانی ندارد.</p>
جلسه نهم: کار و بهبودی؛ مشغول ماندن	<p>شاغل بودن و بیکار بودن هر دو ممکن است بر روند درمان شما اثرگذارند. مهم آن است که بین کار و درمان برای خود تعادلی برقرار سازید. در بسیاری از موارد نیز ایجاد این تعادل و رفع تداخل دشوار است و شما باید بدان واقف باشید.</p>
جلسه دهم	<p>انگیزه برای بهبودی، راسنگویی، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون</p>

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۳۳ سال، ۲۲ نفر مجرد و دارای تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم و ۱۱ نفر سابقه مصرف‌شان بین ۲ تا ۴ سال بود. در جدول ۳ یافته‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی درمان چندوجهی لازاروس (۱)، گروه درمان ماتریکس (۲) و گروه کنترل (۳) آورده شده است.

جدول ۳: نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	لازاروس (۱)	۲۳/۳۳	۴/۲	۲۸/۸	۴/۸۸
خلق مثبت	ماتریکس (۲)	۲۴/۳۳	۳/۵۷	۲۶/۸	۳/۸۲
	کنترل (۳)	۲۴/۴	۳/۶۹	۲۴/۶۶	۳/۷۱
	لازاروس (۱)	۲۶/۶	۴/۱۸	۲۱/۸	۴/۰۳
خلق منفی	ماتریکس (۲)	۲۶/۴۶	۳/۵	۲۳/۵۳	۳/۸۸
	کنترل (۳)	۲۷/۸	۳/۱۴	۲۷/۶	۳/۴۱
	لازاروس (۱)	۲۷/۲	۳/۴۴	۲۲/۴	۲/۸۴
انگیزش انطباقی	ماتریکس (۲)	۲۷/۰۶	۳/۳۴	۲۳/۸۶	۲/۹۹
	کنترل (۳)	۲۸/۲	۳/۰۹	۲۸/۷۳	۳/۳
	لازاروس (۱)	۳۱/۲۶	۴/۶۹	۲۵/۴۶	۴/۳۲
تفکر غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر	ماتریکس (۲)	۳۰/۱۳	۳/۴۱	۲۶/۴	۳/۳۹
	کنترل (۳)	۳۲/۶	۴/۱۱	۳۲/۵۳	۴/۴۵
	لازاروس (۱)	۲۷	۳/۲۷	۲۲	۲/۹۲
تفکر غیرمنطقی توقع تانید از دیگران	ماتریکس (۲)	۲۷/۹۳	۲/۷۱	۲۴/۹۳	۳/۰۱
	کنترل (۳)	۲۶/۱۳	۲/۶۴	۲۵/۲۶	۲/۹۳
	لازاروس (۱)	۲۸	۴/۴۲	۲۳	۴/۳۲
تفکر غیرمنطقی اجتناب از مشکل	ماتریکس (۲)	۲۹/۰۶	۳/۴۱	۲۵/۶	۳/۰۱
	کنترل (۳)	۲۸/۴۶	۳/۵	۲۸	۳/۶۶
	لازاروس (۱)	۲۵/۴۶	۳/۰۲	۲۰/۳۳	۳/۰۳
تفکر غیرمنطقی بی مسئولیتی هیجانی	ماتریکس (۲)	۲۵/۸۶	۳/۳۱	۲۳/۰۶	۳/۰۵
	کنترل (۳)	۲۷	۲/۸۵	۲۶/۶۶	۲/۶۶
	لازاروس (۱)	۲۵/۳۳	۵/۶۵	۳۳/۹۳	۵/۷۵
وسوسه‌ی مصرف مجدد	ماتریکس (۲)	۳۲/۹۳	۶/۴۴	۳۰/۹۳	۵/۹۹
	کنترل (۳)	۳۳/۴	۷/۱۷	۳۳/۲۶	۷/۰۳

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات شاخص‌های درمان سوء مصرف مواد مخدر در معنای در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون در

خلق مثبت افزایش و در شاخص‌های دیگر کاهش بیشتری داشته است. در جدول ۴ پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۴: نتایج آزمون‌های پیش فرض

متغیرها	آزمون لوین	همگنی شیب‌های رگرسیون
	سطح معنی داری	سطح معنی داری
خلق مثبت	۰/۷۴	۰/۸۲
خلق منفی	۰/۳۶	۰/۳۶
انگیزش انطباقی	۰/۹۱	۰/۲۱
تفکر غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر	۰/۳	۰/۷۷
تفکر غیرمنطقی توقع تائید از دیگران	۰/۶	۰/۷۷
تفکر غیرمنطقی اجتناب از مشکل	۰/۱۷	۰/۴۱
تفکر غیرمنطقی بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۷۹	۰/۰۶
وسوسه‌ی مصرف مجدد	۰/۴۷	۰/۴۶

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در آزمون‌های پیش فرض (لوین، همگنی شیب‌های رگرسیون) سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد که حاکی از تأییدیه پیش فرض‌هاست؛ بنابراین در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
خلق مثبت	۲۰۹/۶۲	۲	۱۰۴/۸۱	۵۷/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷
خلق منفی	۱۳۹/۰۹	۲	۶۹/۵۴	۲۳/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷
انگیزش انطباقی	۱۷۵/۶۲	۲	۸۷/۸۱	۲۴/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹
تفکر غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر	۱۹۶/۵۹	۲	۹۸/۳	۳۷/۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸
تفکر غیرمنطقی توقع تائید از دیگران	۷۱/۸۷	۲	۳۵/۹۳	۱۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹
تفکر غیرمنطقی اجتناب از مشکل	۱۳۲/۰۸	۲	۶۶/۰۴	۲۹/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳
تفکر غیرمنطقی بی‌مسئولیتی هیجانی	۱۶۷/۹۹	۲	۸۳/۹۹	۵۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴
وسوسه‌ی مصرف مجدد	۲۹/۳۴	۲	۱۴/۶۷	۲/۰۵	۰/۱۴	۰/۱۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که براساس سطح معنی‌داری به دست آمده که کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ نشان‌دهنده این است که مداخله‌های آموزشی در تمام مولفه‌ها به جز وسوسه‌ی مصرف مجدد تاثیر معنی‌داری داشته است. برای مقایسه تفاوت دو درمان از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌یافته متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل‌یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
	گروه ۱ - گروه گواه	۲۳/۸۷ و ۲۹/۷۲	۵/۸۴	۰/۵۴	۰/۰۰۱
خلق مثبت	گروه ۲ - گروه گواه	۲۳/۸۷ و ۲۶/۶۶	۲/۷۹	۰/۵۵	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۶/۶۶ و ۲۹/۷۲	۳/۰۵	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه گواه	۲۶/۹۱ و ۲۲/۱۵	۴/۷۵	۰/۷۰	۰/۰۰۱
خلق منفی	گروه ۲ - گروه گواه	۲۶/۹۱ و ۲۳/۸۶	۳/۰۴	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۳/۸۶ و ۲۲/۱۵	۱/۷۱	۰/۶۶	۰/۰۴
	گروه ۱ - گروه گواه	۲۷/۹۶ و ۲۲/۶۵	۵/۳۱	۰/۷۶	۰/۰۰۱
انگیزش انطباقی	گروه ۲ - گروه گواه	۲۷/۹۶ و ۲۴/۳۷	۳/۵۹	۰/۷۶	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۴/۳۷ و ۲۲/۶۵	۱/۷۲	۰/۷۲	۰/۰۷
تفکر غیرمنطقی	گروه ۱ - گروه گواه	۳۱/۲۳ و ۲۵/۵۹	۵/۶۴	۰/۶۵	۰/۰۰۱
درماندگی در برابر تغییر	گروه ۲ - گروه گواه	۳۱/۲۳ و ۲۷/۵۶	۳/۶۷	۰/۶۶	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۷/۵۶ و ۲۵/۵۹	۱/۹۷	۰/۶۲	۰/۰۱
تفکر غیرمنطقی	گروه ۱ - گروه گواه	۲۵/۷۶ و ۲۲/۳۳	۳/۴۲	۰/۷۲	۰/۰۰۱
توقع تائید از دیگران	گروه ۲ - گروه گواه	۲۵/۷۶ و ۲۴/۰۹	۱/۶۶	۰/۷۳	۰/۰۸۹
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۴/۰۹ و ۲۲/۳۳	۱/۷۶	۰/۶۹	۰/۰۴
تفکر غیرمنطقی	گروه ۱ - گروه گواه	۲۸/۰۸ و ۲۳/۴۶	۴/۶۲	۰/۶۱	۰/۰۰۱
اجتناب از مشکل	گروه ۲ - گروه گواه	۲۸/۰۸ و ۲۵/۰۴	۳/۰۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۵/۰۴ و ۲۳/۴۶	۱/۵۸	۰/۵۸	۰/۰۳
تفکر غیرمنطقی	گروه ۱ - گروه گواه	۲۶/۰۸ و ۲۰/۸۲	۵/۲۵	۰/۵۲	۰/۰۰۱
بی‌مسئولیتی	گروه ۲ - گروه گواه	۲۶/۰۸ و ۲۳/۱۵	۲/۹۳	۰/۵۲	۰/۰۰۱
هیجانی	گروه ۱ - گروه ۲	۲۳/۱۵ و ۲۰/۸۲	۲/۳۲	۰/۴۹	۰/۰۰۱
وسوسه‌ی مصرف مجدد	گروه ۱ - گروه گواه	۳۳/۸۱ و ۳۲/۷۱	۱/۰۹	۱/۰۸	۰/۹۶
	گروه ۲ - گروه گواه	۳۳/۸۱ و ۳۱/۶	۲/۲	۱/۰۹	۰/۱۵
	گروه ۱ - گروه ۲	۳۱/۶ و ۳۲/۷۱	۱/۱۱	۱/۰۳	۰/۸۶

یافته جدول ۶ نشان می‌دهد که بین میانگین گروه درمان چندوجهی لازاروس و میانگین گروه درمان ماتریکس در خلق مثبت، خلق منفی، تفکر غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر، تفکر غیرمنطقی توقع تأیید از دیگران، تفکر غیرمنطقی اجتناب از مشکل و تفکر غیرمنطقی بی‌مسئولیتی هیجانی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمانی چندوجهی لازاروس وجود دارد؛ درحالی‌که بین میانگین گروه درمان چندوجهی لازاروس و گروه درمان ماتریکس در انگیزش انطباقی و وسوسه‌ی مصرف مجدد در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر وضعیت خلقی، انگیزش انطباقی، تفکرات غیرمنطقی و وسوسه‌ی مصرف مجدد مواد افراد معتاد تحت درمان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین میانگین گروه درمان چندوجهی لازاروس و میانگین گروه درمان ماتریکس در همه شاخص‌ها به جز انگیزش انطباقی و وسوسه‌ی مصرف مجدد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج این یافته از پژوهش با نتایج پژوهش‌های سیرونگواتاتکول (۲۰۱۹) که نشان داد برنامه ماتریکس در افرادی که در ترک اعتیاد به روش‌های دیگر شکست خورده‌اند اثرگذاری بالایی نشان داشته است، آریان و همکاران (۱۳۹۹) که نشان دادند درمان مدل ماتریکس همراه با درمان متیل فنیدیت ولع مصرف و شدت اعتیاد را به طور معنی‌داری کاهش داد، ابهر زنجانی و همکاران (۱۳۹۹) که نشان دادند ماتریکس درمانی یکپارچه باعث افزایش کنترل خود و تنظیم عاطفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است، جعفری (۱۳۹۸) که نشان داد مشاوره مبتنی بر نظریه چند وجهی لازاروس می‌تواند با تغییر فرایند و محتوای شناخت‌ها و ارتقاء مهارت‌های شناختی، عاطفی و رفتاری بر خودهای ممکن، منبع کنترل و کاهش ولع مصرف مواد معتادان تأثیرگذار باشد، دهقان، نوری پور لیاولی، میرزایی و علیخانی (۱۳۹۵) که نشان دادند درمان‌های مبتنی بر الگوی لوینسون و ماتریکس در بهزیستی روان‌شناختی افراد وابسته به مواد موثر هستند، جعفری، بساک نژاد، مهرابی زاده هنرمند و زرگر (۱۳۹۴) که نشان دادند الگوی ماتریکس بر خودتنظیمی و الگوی مراحل

تغییر بر تداوم تغییر اثر بیشتری را نسبت به الگوی مراحل تغییر نشان داد، حدادی و همکاران (۱۳۹۳) که نشان دادند پس از درمان با روش ماتریکس افسردگی زنان در مقایسه با مردان کاهش بیشتری داشته و اضطراب مردان در مقایسه با زنان کاهش بیشتری داشته است، همسو می‌باشد.

درمانگری چندوجهی همان‌طوری که از نام آن پیداست سعی در تلفیق دیدگاه‌های مختلف دارد و همچنین می‌کوشد تا درمان را با مشکلات افراد تطبیق دهد و به تفاوت‌های فردی در درمان توجه شایانی دارد. این نگاه نظام‌مند به فرد و مشکل او و درمان مشکل به صورت چندوجهی رویکرد نوینی است که مطابقت بیشتری با ماهیت انسان‌ها دارد. از طرفی زمانی که درمان در بافت گروه انجام می‌شود ویژگی‌های اثربخش گروه نیز بر اثربخشی درمان‌ها می‌افزاید. به طور کلی می‌توان بیان کرد که با توجه به اینکه درمان چندوجهی لازاروس بر وجوه هفتگانه (رفتار، عاطفه، احساس، تصور ذهنی، شناخت روابط بین فردی، داروها) تأکید دارد و بر موارد بیشتری در جلسات درمان توجه می‌شود، تأثیر بیشتری از درمان ماتریکس داشته است. همچنین در درمان چندوجهی لازاروس تأکید بیشتری بر هیجان و خلق و شناخت می‌شود که خود دلیلی بر اثربخشی بیشتر نسبت به درمان ماتریکس بر خلق مثبت و منفی، انگیزش انطباقی و تفکرات غیرمنطقی می‌باشد. همچنین می‌توان گفت که تفاوت در آموزش درمانگر، تفاوت در افراد گروه‌های آزمایش با یکدیگر، همچنین تفاوت در شرایط محیطی افراد گروه‌ها با یکدیگر، می‌تواند بر اثربخشی بیشتر درمان لازاروس از درمان ماتریکس مؤثر باشند. یکی دیگر از مواردی که در تبیین یافته به دست آمده می‌توان بیان کرد این است که بر اساس مفهوم سلامتی در سازمان بهداشت جهانی، فرد باید از تمام جنبه‌ها و ابعاد، مورد بررسی قرار گیرد و با توجه به مشکلاتی که افراد در حین ترک در ابعاد گوناگون دارند و اثر متقابلی که بین علائم جسمی روان‌شناختی در این افراد وجود دارد (بیگز، بروق و دراموند^۱، ۲۰۱۷)، جلسات درمان چندوجهی لازاروس با تأکید بیشتر بر جنبه‌های مختلف توانسته بر بهبودی در وضعیت خلقی و انگیزشی و کاهش وسوسه سوء‌مصرف مواد در

افراد معتاد تحت درمان، اثربخش تر باشد. علاوه بر موارد ذکر شده، درمان چندوجهی لازاروس تأکید بیشتری بر عواطف و احساسات افراد نسبت به درمان ماتریکس که یک روش شناختی-رفتاری است، دارد و از آنجایی که یکی از ابعادی که در سوء مصرف مواد و ولع در مصرف آن نقش مهمی دارد، مشکل در تنظیم هیجان افراد دارای سوء مصرف مواد می باشد، که در مرحله بهبودی نیز بر وسوسه مجدد مواد تأثیر دارد (اورسولینی^۱، ۲۰۲۰؛ کاویچیولی، موولی و مافی^۲، ۲۰۱۹). به همین دلیل جلسات درمانی چندوجهی لازاروس با تأکید بر مدیریت هیجان، آموزش و تمرین تکنیک تن آرامی و توجه به نقاط مثبت توسط خود افراد در حال بهبودی، تأثیر گذاری بیشتری در بهبودی این افراد داشته است. همچنین با توجه به اینکه گفته شده است که درمان چندوجهی تأثیر بسیار زیادی از درمان های شناختی رفتاری گرفته است، تمام اختلالات قابل درمان با درمان شناختی رفتاری از طریق درمان چندوجهی نیز قابل درمان است و از آنجایی که این درمان همزمان بر ابعاد دیگری نیز توجه می کند، در نتیجه اثربخشی بیشتری به همراه دارد (رحیمیان بوگر و شاره، ۱۳۸۷).

در تبیین یافته به دست آمده مبنی بر عدم اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس بر وسوسه مصرف مجدد مواد می توان بیان کرد که وسوسه آخرین حلقه‌ی زنجیره رفتار مصرف مواد مخدر است که خود به خود به وجود نمی آید؛ بلکه قبل از اینکه شکل بگیرد تحت تأثیر شروع کننده‌ها، تفکرات و احساسات زمینه ساز مصرف، شرایطی ایجاد می شود که به دنبال آن میل و اشتیاق درونی شدید در فرد برای مصرف ایجاد می شود. میل و وسوسه از مهم ترین عوامل مصرف و عود و لغزش محسوب می شود؛ بنابراین به خاطر ماهیت وسوسه مصرف مجدد که عمیق تر می باشد و نیاز به مدت زمان بیشتری برای کاهش وسوسه ها وجود دارد. همچنین تغییر محیط و تمام نشانه‌هایی که باعث وسوسه می شوند که در این پژوهش به خاطر محدودیت های زمانی امکان برگزاری جلسات درمانی طولانی تر وجود نداشت که خود دلیلی بر این عدم اثربخشی می تواند باشد. این رویکرد جز رویکردهای عقلانی-عاطفی است و تأکید در جلسات بیشتر بر روی این موارد بود و کمتر

به وسوسه و میل پرداخته شد که خود می‌تواند با توجه به اینکه این افراد در حین ترک مصرف مواد توسط متادون بودند و هنوز میل و وسوسه زیادی نسبت به بازگشت به مصرف مواد داشتند، بر روی وسوسه مصرف مجدد مواد تأثیر گذار نبوده است.

ضمناً در تبیین یافته به‌دست آمده مبنی بر عدم اثربخشی درمان ماتریکس بر مصرف مجدد مواد می‌توان بیان کرد که با توجه به اینکه وسوسه مصرف مجدد یک امری کلیدی در گرایش و ترک سوء مصرف کنندگان مواد می‌باشد، تعداد جلسات برای تأثیر روی این متغیر کافی نبوده است و از آنجایی که تعداد اصل جلسات ماتریکس ۱۶ جلسه می‌باشد؛ در حالی که در پژوهش حاضر به خاطر شرایط محیطی و همسانی با جلسه درمانی دیگر ۱۰ جلسه برگزار شد. همچنین درمان ماتریکس یک درمان حمایتی است که به خاطر عدم شرکت خانواده‌های این افراد در این جلسات و عدم آموزش آن‌ها ممکن است شرایط خانوادگی بر روی وسوسه مصرف مجدد مواد این افراد تأثیر گذاشته باشد. یکی از دلایل دیگری که می‌توان ذکر کرد این است که این افراد هنوز تحت مصرف متادون برای ترک بودند و این امر می‌تواند در عدم اثربخشی جلسات درمانی بر وسوسه مصرف مجدد تأثیر گذاشته باشد. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به استفاده مکرر از ابزارهای پژوهش تکراری با فاصله زمانی کوتاه اشاره کرد که باعث احساس خستگی در آزمودنی‌ها و بی‌رغبتی آن‌ها به پاسخ‌های واقعی شود. همچنین اجرای دو روش درمانی توسط یک درمانگر (محقق) ممکن است موجب سوگیری شود که یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش است؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از روش‌های دیگری با اجرای درمانگران متخصص در هر زمینه استفاده شود. با توجه به اثر بخشی درمان چندوجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر بهبود شاخص‌های درمان سوء مصرف مواد مخدر پیشنهاد می‌شود این روش‌های درمانی به مشاوران و متخصصانی که در این زمینه در مراکز ترک اعتیاد مشغول به فعالیت هستند، آموزش داده شود. همچنین با توجه به نقش مهمی که این دو رویکرد درمانی در بهبود شاخص‌های درمان سوء مصرف مواد مخدر در افراد تحت درمان دارند، ارائه کتابچه‌های آموزشی و برگزاری چنین برنامه‌های درمانی می‌تواند در ارتقای سلامت این افراد مفید باشد.

منابع

- ابهر زنجانی، فرناز؛ توزنده جانی، حسن و امیری، مهدی (۱۳۹۹). اثربخشی درمان تلفیقی ماتریکس بر خودکنترلی و تنظیم هیجانی افراد با سوء مصرف شیشه. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۲(۱)، ۳۶-۳۱.
- اوجی، آمنه؛ حیدری، علیرضا؛ بختیارپور، سعید و سراج خرمی، ناصر (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در مردان وابسته به مت آمفتامین تحت درمان با داروی بوپرنورفین. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۳(۵۴)، ۶۷-۴۷.
- بخشی پور، عباس و دژ کام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روان شناسی*، ۹(۳)، ۳۶۵-۳۵۱.
- جعفری، اصغر (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره مبتنی بر نظریه چند وجهی لازاروس بر خودهای ممکن، منبع کنترل و ولع مصرف مواد در معتادان تحت دارودرمانی. *روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۴)، ۶۰۱-۶۲۳.
- جعفری، مصطفی؛ بساک نژاد، سودابه؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و زرگر، یدالله (۱۳۹۴). اثربخشی الگوی ماتریکس در مقایسه با الگوی مراحل تغییر بر خودتنظیمی و تداوم تغییر در مردان وابسته به مت آمفتامین. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۹(۴)، ۲۵-۷.
- حدادی، روح اله؛ مطلق، نفیسه؛ کشاورز گرامی، قاسم؛ کمالی، زینب السادات؛ محمدی، شهناز و بخت، سپیده (۱۳۹۳). مقایسه پیامدهای درمانی روش ماتریکس بر شدت اعتیاد و سلامت روان زنان و مردان سوء مصرف کننده مت آمفتامین. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۱)، ۶۹-۵۷.
- دهقان، فاطمه؛ نوری پور لیاولی، رقیه؛ میرزایی، سمیرا و علیخانی، مصطفی (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان های مبتنی بر الگوی لوینسون و ماتریکس در بهزیستی روان شناختی افراد وابسته به مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۷)، ۱۹۱-۲۱۰.
- رحیمیان بوگر، اسحق و شاره، حسین (۱۳۸۷). *آرنولد لازاروس: روان درمانی چند وجهی*. تهران: نشر دانژه.
- سامی، سارا؛ عفت پناه، محمد؛ مرادی، افسانه و مساح، امید (۱۳۹۶). مدل ماتریکس به عنوان توانبخشی فشرده در سه دوره متادون در ایران. *مجله توانبخشی ایران*، ۱۵(۳)، ۲۹۳-۲۹۸.
- صالحی فدردی، جواد؛ بر عرفان، زرین و ضیایی، سلیل (۱۳۸۷). *مقیاس ایرانی ولع مصرف مواد پس از سم زدایی*. راهنمای منتشر نشده، مشهد.

طاهرى فرد، مينا؛ بشرپور، سجاد؛ حاجلو، نادر و نريمانى، محمد (۱۴۰۰). الگوى روابط ساختارى عود افراد داراى اختلال مصرف مواد بر اساس سوگيرى توجه و حساسيت به پاداش با نقش ميانجى کنترل. *فصلنامه علمى اعتياد پژوهى*، ۱۵(۶۰)، ۱۱۷-۱۴۲.

عبادى، غلامحسين و معتمدى، مختار (۱۳۸۴). بررسى ساختار عاملى آزمون باورهاى غيرمنطقى جونز در شهر اهواز. *دانش و پژوهش در روان شناسى کاربردى*، ۷(۲۳)، ۹۲-۷۳.

فتاحى، محمدرضا و ميرهاشمى، مالک (۱۳۹۷). اثربخشى درمان ماتريكس بر تنظيم هيچانى بيماران وابسته به مت آفتمين. *مجله علوم پزشكى دانشگاه آزاد اسلامى*، ۲۸(۱)، ۵۷-۵۰.

فرنام، على (۱۳۹۲). اثر بخشى مدل ماتريكسى در پيشگيرى از بازگشت و افزايش مهارت هاى مقابله اى در افراد وابسته به مواد افيونى. *اعتياد پژوهى*، ۷(۲۵)، ۳۸-۲۵.

گال، جويس؛ بورگك، والتر و گال، مرديت (۱۳۹۳). *روش هاى تحقيق كمى و كيفى در علوم تربيتى و روانشناسى (جلد ۱)*. ترجمه: خسروى، زهره؛ كيامنش، عليرضا؛ شهنى بيلاق، منيجه؛ باقرى، خسرو؛ خير، محمد؛ پاك سرشت، محمدجعفر؛ ابوالقاسمى، محمود؛ نصر، احمدرضا و عريضى، حميدرضا. تهران: انتشارات سمت. (تاريخ انتشار اثر اصلى، ۱۹۹۶)

ماهورى، پريسا؛ اقدسى، على نقى و ميرمحمود، ولى الله (۱۳۹۸). اثربخشى آموزش رويکرد چند وجهى لازاروس بر سلامت روانى سالمندان. *مجله پيشرفت در پزشكى و تحقيقات پزشكى*، ۳(۳)، ۱۱-۱.

References

- Abazid, H., Abou-Isba, S., Abu Farha, R., & Al-Jomaa, E. E. (2020). Drug abuse in Syria: pattern of use, causes and perception as perceived by Syrian addicts. *Journal of pharmaceutical health services research*, 11(2), 183-188.
- Aryan, N., Banafshe, H. R., Farnia, V., Shakeri, J., Alikhani, M., Rahimi, H., ... & Omidi, A. (2020). The therapeutic effects of methylphenidate and matrix-methylphenidate on addiction severity, craving, relapse and mental health in the methamphetamine use disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 1-9.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). *Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory*. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 351-364). Hoboken, New Jersey: Wiley Blackwell.
- Bjork, J. M., Straub, L. K., Provost, R. G., & Neale, M. C. (2017). The ABCD study of neurodevelopment: Identifying neurocircuit targets for prevention and treatment of adolescent substance abuse. *Current treatment options in psychiatry*, 4(2), 196-209.
- Caviccholi, M., Movalli, M., & Maffei, C. (2019). Difficulties with emotion regulation, mindfulness, and substance use disorder severity: the

- mediating role of self-regulation of attention and acceptance attitudes. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 45(1), 97-107.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2004). *A motivational model of alcohol use: Determinants of use and change*. In W. M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment* (pp. 121-144). United Kingdom: Chichester.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2011). *A motivational model of alcohol use: Determinants of use and change*. Hoboken, New Jersey: Publisher Wiley Blackwell.
- Easton, C. J., Crane, C. A., & Mandel, D. (2018). A randomized controlled trial assessing the efficacy of cognitive behavioral therapy for substance-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *Journal of marital and family therapy*, 44(3), 483-498.
- Gómez-Coronado, N., Sethi, R., Bortolasci, C. C., Arancini, L., Berk, M., & Dodd, S. (2018). A review of the neurobiological underpinning of comorbid substance use and mood disorders. *Journal of affective disorders*, 241, 388-401.
- Jones, R. G. (1969). *A factored measure of Ellis' irrational belief system*. Doctoral dissertation, university of missouri, Columbia.
- Kamp, F., Proebstl, L., Hager, L., Schreiber, A., Riebschläger, M., Neumann, S., & Koller, G. (2019). Effectiveness of methamphetamine abuse treatment: Predictors of treatment completion and comparison of two residential treatment programs. *Drug and alcohol dependence*, 201, 8-15.
- Melemis, S. M. (2015). Relapse prevention and the five rules of recovery. *The yale journal of biology and medicine*, 88(3), 325-332.
- Orsolini, L. (2020). Unable to describe my feelings and emotions without an addiction: the interdependency between alexithymia and addictions. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 93-99.
- Pathak, D. C., & Saxena, S. (2019). Role of rehabilitation center to reduce drug abuse in reference to birendranagar valley. *Nepal journal of multidisciplinary research*, 2(4), 1-8.
- Shrestha, J. T. M., Tiwari, S., Kushwaha, D. K., Bhattarai, P., & Raj, R. (2020). Prevalence of psychoactive drug use among medical students in a medical college of nepal. *JNMA: Journal of the Nepal medical association*, 58(230), 717-730.
- Sirirungwathanakul, K. (2019). The effectiveness and factors affecting the modified matrix program on drug addicts of Sawanpracharak hospital. *Sawanpracharak medical journal*, 5(9), 23-33.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063-1070.

بررسی نقش صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری در گرایش به مصرف مواد دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک

فرشته پورمحسنی کلوری^۱، مهسا نیک سرشت^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین نقش صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری در گرایش به مصرف مواد در دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک بود. **روش:** روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه پژوهش حاضر تمامی دانش آموزان دوره دوم متوسطه در سال-تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در شهر بيله سوار استان اردبیل بودند که از میان آنان ۲۴۰ نفر به عنوان نمونه اولیه به شیوه دردسترس انتخاب شدند. از میان آنان، ۶۷ نفر از دانش آموزانی که در مقیاس اختلال سلوک نمره آنان یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بود به عنوان دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک تعیین شدند و به پرسشنامه‌های صفات شخصیتی سایکوپاتیک، پرخاشگری و گرایش به مصرف مواد پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد بررسی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری با گرایش به مصرف مواد در دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک رابطه معناداری وجود دارد. مولفه رفتاری و بین فردی صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری توانستند ۲۷ درصد از واریانس گرایش به مصرف مواد را در نوجوانان مورد مطالعه به گونه معناداری پیش‌بینی نمایند. **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج این پژوهش، گرایش به مصرف مواد دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک را می‌توان بر اساس صفات شخصیتی سایکوپاتیک و میزان پرخاشگری پیش‌بینی نمود.

کلیدواژه‌ها: صفات شخصیتی سایکوپاتیک، پرخاشگری، گرایش به مصرف مواد، نشانه‌های اختلال سلوک

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک:

fpmohseni@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

سوء مصرف مواد در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه رو به افزایش است (ویکنس^۱ و همکاران، ۲۰۲۰) و به تبع آن مرگ‌های ناشی از آن نیز افزایش یافته و این پدیده به یک بحران و بیماری همه گیر تبدیل شده است (سینیور، ویلیامز، گالاتی و شافر^۲، ۲۰۱۹). افزایش مشکلات در سلامت عمومی ناشی از سوء مصرف مواد، محققان را بر آن داشته تا مجموعه‌ای از راهکارهای پیشگیرانه شامل آموزش عمومی و درمان‌های موثر بر این پدیده را بررسی نمایند. در چنین شرایطی مطالعه ویژگی‌های فردی و شخصیتی که در بروز اختلال مصرف مواد تاثیر گذارند، ضرورت دارد (فیشر^۳ و همکاران، ۲۰۱۳).

برخی پژوهش‌ها حاکی از آنند که اختلال سلوک یکی از اختلالات روان پزشکی است که نوجوانان را در معرض خطر ابتلا به سوء مصرف مواد قرار می دهد (ویکنس و همکاران، ۲۰۲۰). در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ به نقل از باچر، هولی و مینکا، ۱۳۹۹) اختلال سلوک شامل رفتارهایی است که در سن کمتر از ۱۸ سالگی بروز می کند؛ در این اختلال، حقوق اساسی دیگران و هنجارهای اجتماعی متناسب با سن نقض می شوند، نوجوانانی که به این اختلال مبتلا هستند، با افراد و حیوانات رفتاری پرخاشگرانه دارند، تخریب اموال، فریبکاری، دروغگویی و دزدی از ویژگی‌های رفتاری این نوجوانان است. سنگدلی، شرارت و فقدان احساس پشیمانی نیز از ویژگی‌های رفتاری دیگری است که در افراد مبتلا مشاهده می شود. پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویژگی‌هایی نظیر عدم پشیمانی، بی رحمی یا عواطف سطحی این اختلال را تحت عنوان مشخصه تشخیصی عواطف جامعه پسندانه محدود^۵ معرفی کرده است (ریبروداسیلوا، ریجو و سالکین^۶، ۲۰۲۰).

1 Wickens.
2. Sinyor, Williams, Gulati & Schaffer
3. Fischer

4. Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)
5. Limited Prosocial Emotions (LPS)
6. Ribeiro da Silva, Rijo, & Salekin

پژوهش‌ها نشان می‌دهد اختلال سلوک با سوء مصرف حشیش (هاوز، تروکو، داپروزل، کاکس و گونزالز^۱، ۲۰۱۹) و الکل (مریکانگاس^۲ و همکاران، ۲۰۱۰) رابطه نیرومندی دارد. عوامل خطر ساز شامل عوامل شناختی-عصبی که در شکل‌گیری مشکلات سلوک نقش دارند، با عوامل خطر ساز درگیر در سوء مصرف مواد همپوشی دارند (بلیر^۳، ۲۰۲۰). افزون بر این، شدت سوء مصرف الکل و مواد در نوجوانان، با اختلال در عملکرد سیستم عصبی درگیر در سیستم تقویت و کنترل پاسخ مرتبط است (آلوی^۴ و همکاران، ۲۰۲۰) که اختلال این دو سیستم در اختلال سلوک نیز مشاهده می‌شود و خطر رفتار پر خاشگرانه را افزایش می‌دهد (هانگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین شدت سوء مصرف مواد در نوجوانان، با کاهش عملکرد عصبی حین پردازش هیجان‌ات چهره‌ای (بلیر و همکاران، ۲۰۱۹) ارتباط نیرومندی دارد که این نقص در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک نیز مشاهده می‌شود (پاسامونتی^۶ و همکاران، ۲۰۱۰) و خطر بروز رفتارهای پر خاشگرانه را افزایش می‌دهد (لوزیر، کاردینال، وان‌متر و مارش^۷، ۲۰۱۴).

۲۲۵

225

در حالی که در نشانه‌شناسی تشخیصی برخی نشانه‌های سایکوپاتی‌ک تغییر کرده است، اما پژوهش‌ها الگوی چند بعدی از سایکوپاتی را ارائه کرده‌اند. سایکوپاتی مبتنی بر پژوهش‌های کلیک‌لی (۱۹۸۸؛ به نقل از ریبریوداسیلوا و همکاران، ۲۰۱۹) بوده و شامل مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی و الگوهای رفتاری ناکارآمدی است که در سه دسته صفات عاطفی، رفتاری و بین فردی تقسیم‌بندی می‌شوند. ویژگی‌های بی‌عاطفه-بی‌احساس^۸ (مولفه عاطفی)، خودبزرگ‌بینی-فریبکاری و دستکاری^۹ (مولفه رفتاری)، تکانشگر-غیر پاسخگو^{۱۰} و جسور-تکانشی^{۱۱} (مولفه بین فردی) از نشانه‌های ویژگی‌های شخصیتی سایکوپاتی‌ک می‌باشد (مک‌گویش، کوآردو، هارت و دیلسی^{۱۲}، ۲۰۱۵). این

1. Hawes, Trucco, Duperrouzel, Coxe & Gonzalez
2. Merikangas
3. Blair
4. Aloï
5. Hwang
6. Passamonti

7. Lozier, Cardinale, VanMeter & Marsh
8. Callous-Unemotional
9. Grandiose-Manipulative
10. Impulsive-Irresponsible
11. daring-impulsive
12. McCuish, Corrado, Hart & DeLisi

ویژگی‌ها به خوبی اختلال سلوک را توصیف می‌کنند و ریشه در دوران کودکی دارد (سالکین، آندرشاد و کلارک^۱، ۲۰۱۸؛ سالکین، آندرشاد، باتکی و بانتمپس^۲، ۲۰۱۸)؛ برخی مطالعات نیز نشان می‌دهند که سایکوپاتی ممکن است به تشخیص اختلال سلوک کمک نماید (سالکین، ۲۰۱۷).

بعد بی‌عاطفه-بی‌احساس با عدم احساس همدلی و فقدان احساس گناه، پشیمانی، عاطفه محدود و سطحی و عدم نگرانی در زمینه حوزه‌های مهم عملکرد مشخص می‌شود. اغلب پژوهش‌ها ارتباط میان بعد عاطفی-بی‌احساس و الگوی ثابت و شدید رفتار پرخاشگرانه و ضداجتماعی را بررسی کرده‌اند و به این نتیجه دست یافته‌اند که این مولفه عامل خطر برای بروز رفتار پرخاشگرانه‌هاست که فرد به دیگران آسیب می‌زند (فلکسون^۳، ۲۰۱۵). نوجوانانی که دارای صفات بی‌عاطفی-بی‌احساس هستند، بیشتر مرتکب رفتارهای پرخطر می‌شوند. این افراد، پیامد اعمال خود را در نظر نگرفته و تنها به دنبال کسب پاداش هستند و به دلیل وجود این خصیصه رفتاری، بیشتر مستعد ابتلا به سوء مصرف مواد می‌باشند (هاوارد، کیمونیس، مونوز و فریک^۴، ۲۰۱۲). در همین راستا، پژوهش‌ها حاکی از آنند که مولفه بی‌عاطفه-بی‌احساس، مولفه اصلی سایکوپاتی در نوجوانان است که رفتارهای سایکوپاتی را در بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند و با اختلال پایدار در عملکرد شناختی رابطه تنگاتنگی دارد (ویدینگ و مک کروری^۵، ۲۰۱۲).

بعد تکانشگر-غیرپاسخگو و جسور/تکانشی مولفه رفتاری صفات شخصیتی سایکوپاتیک، عامل خطر ساز دیگری است که در انواع رفتارهای برونی‌سازی شده همچون رفتارهای مجرمانه و بزهکارانه نقش دارد و در صورتی که در سنین اولیه بروز کند، پیش‌آگهی بدی برای دوران بزرگسالی می‌باشد. کنترل تکانه به توانایی یا تمایل فرد جهت مقاومت در برابر اشتیاق به انجام رفتارهای آسیب‌زا می‌باشد که در افراد دارای ویژگی رفتاری شخصیت سایکوپاتیک، کنترل تکانه ضعیف بوده و رفتار تکانشی و عدم

1. Salekin, Andershad & Clark
2. Salekin, Andershad, Batky & Bontemps

3. Flexon
4. Howard, Kimonis, Muñoz & Frick
5. Viding & McCrory

مسئولیت پذیری آنان را در مقابل سوء مصرف مواد آسیب پذیر می سازد (مانوز و فریک، ۲۰۱۲). با وجود اهمیت هر یک از مولفه های ویژگی های شخصیتی سایکوپاتیک در بروز رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد، برخی محققین اذعان دارند که ترکیب همه صفات سایکوپاتیک یعنی مولفه های عاطفی، رفتاری و تکانشگر/غیرپاسخگو در سطوح شناختی، اجتماعی و عصبی موثر در مشکلات رفتاری، اختلال ایجاد می کند و در کاهش پاسخگویی به درمان نقش دارد (ریبیروداسیلوا و همکاران، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر به نظر می رسد افراد دارای اختلال سلوک به واسطه رفتارهایی همانند حرکات ضد اجتماعی و پرخاشگری، توسط همسالان و دیگران طرد می شوند، عزت نفس آن ها به شدت آسیب دیده و احساس بی ارزشی می کنند. فقدان عزت نفس درونی می تواند منجر به مصرف مواد مخدر در آنان شود و از آنجا که مواد مخدر به یک داروی مسکن موقتی تبدیل می شود و وسیله ای برای افزایش موقتی حس آرامش آن ها می شود، رفتارهای سایکوپاتیک و پرخاشگری را کاهش می دهد و سوء مصرف مواد و اعتیاد را تقویت می کند (گورتی، سانچز، بورجا، ریورا و لارا، ۲۰۱۷).

علاوه بر این، پژوهش ها نشان می دهد پرخاشگری رابطه نزدیکی با گرایش به مواد دارد. افراد پرخاشگر از مواد فقط برای کسب لذت استفاده نمی کنند، بلکه مواد را برای سرکوب و چیره شدن بر طغیان درونی خود به کار می گیرند. از سوی دیگر این احتمال وجود دارد که رفتار پرخاشگرانه آن ها باعث شود که از جانب دوستان و همتایان مثبت که در رویارویی با مشکلات و مسائل زندگی واکنشی منطقی خویشتن دارانه نشان می دهند، طرد شوند. این امر موجب پیوستن آنان به گروه های منحرف می شود که زمینه مساعدی را برای گرایش به مواد مخدر فراهم می آورد (کلانتری، قنبری، حبیبی و علیزاده، ۱۳۹۸). از طرف دیگر براساس نظریه ناکامی پرخاشگری، چنانچه فرد به علت مشکلات شخصی و اجتماعی با موانع روبه رو شود، این امر ممکن است باعث خشم و پرخاشگری او شود و اینگونه افراد برای غلبه بر هیجانات و نیل به آرامش درونی به موادی نیاز دارند تا هر چند

به طور موقت، آرامشی برای آن‌ها باشد و این اثر را در مواد مخدر می‌یابند. به گونه‌ای که افراد دارای سطوح بالای پرخاشگری و رفتار قانون‌شکنانه کمتر می‌توانند تکانه‌های خود را کنترل کنند و این ناتوانی ممکن است زمینه‌ساز گرایش این افراد به سمت مواد مخدر باشد (حاج حسنی، شفیع آبادی، پیرساقی و کیانی پور، ۱۳۹۱). افزون‌براین، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد بین نشانه‌های اختلال سلوک با تمایل به مصرف مواد و سوء مصرف الکل رابطه معناداری وجود دارد (بلیر و همکاران، ۲۰۲۱).

با توجه به آنچه بیان شد، مطالعه اختلال شخصیتی سایکوپاتیک در موقعیت‌های بالینی و مجرمانه به ویژه در دوره نوجوانی بدین دلیل حائز اهمیت است که این اختلال حالتی پیش‌رونده دارد که با گذشت زمان بدتر می‌شود و کمتر به درمان پاسخ می‌دهد (سالکین، تیپی و آلن^۱، ۲۰۱۲). از سوی دیگر، برخی مطالعات نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصیتی سایکوپاتیک ممکن است به تشخیص اختلال سلوک کمک کند (سالکین، ۲۰۱۷) و تشخیص این اختلال می‌تواند از بروز سوء مصرف مواد پیشگیری نماید؛ بنابراین پژوهش حاضر، به دنبال پاسخگویی به این سوال است که صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری در گرایش به مصرف مواد در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک چه نقشی دارند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان متوسطه دوره دوم شهر بيله سوار بودند که با توجه به آمار روابط عمومی آموزش و پرورش منطقه برابر ۶۵۳ نفر می‌باشد. با توجه به اطلاعات جدول کرجسی-مورگان تعداد نمونه اولیه تحقیق برابر ۲۴۰ نفر تعیین گردید که با توجه به شیوع کرونا، نمونه‌گیری به صورت دردسترس انجام شد.

ابزار

۱. پرسشنامه صفات شخصیتی سایکوپاتیک: این پرسشنامه توسط کولینز و همکاران در سال ۲۰۱۲ طراحی و تدوین شده است که ۱۸ سوال دارد و سه بعد صفات بین فردی (سوالات ۱ تا ۶ پرسشنامه)، عاطفی (سوالات ۷ تا ۱۲ پرسشنامه) و رفتاری (سوالات ۱۳ تا ۱۸ پرسشنامه) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌ها بر روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌گردد. بر اساس مطالعه کولینز، نوم و واندرپلاسچن^۱ (۲۰۱۲) روایی این مقیاس با روش تحلیل عاملی و بر اساس مقادیر بالاتر از ۰/۴ تایید شده است. همچنین بر اساس آزمون آلفای کرونباخ، پایایی پرسشنامه و ابعاد آن بالاتر از ۰/۷ به دست آمده است که نشان دهنده اعتبار قابل قبول برای پرسشنامه است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، بررسی و مقدار آن برای بعد صفات بین فردی، عاطفی و رفتاری به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۸ گزارش گردید.

۲. پرسشنامه پرخاشگری: این پرسشنامه توسط باس و پری^۲ در سال ۱۹۹۲ طراحی و تدوین شده است و دارای ۲۹ سوال می‌باشد و چهار بعد پرخاشگری بدنی (۹ گویه مانند وقتی خیلی عصبانی شوم، چیزها را می‌شکنم)، پرخاشگری کلامی (۵ گویه مانند وقتی مردم مرا آزار می‌دهند، شاید به آن‌ها بگویم که چه فکری درباره آن‌ها می‌کنم)، خشم (۷ گویه مانند گاهی حس می‌کنم مثل یک بشکه باروت آماده انفجار هستم) و خصومت (۸ گویه مانند: گاهی حسادت می‌کنم) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سوالات بر روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از کاملاً شبیه من = ۵ تا کاملاً متفاوت از من = ۱) نمره‌گذاری می‌شود. طی مطالعه باس و پری (۱۹۹۲) با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی بار عاملی تمامی سوالات در ابعاد چهارگانه مساوی و یا بیشتر از ۰/۳۵ بود که نشان دهنده روایی بالای مقیاس می‌باشد. همچنین با روش بازآزمایی همبستگی ۰/۸۰ و ۰/۷۲ بین نتایج با ۹ هفته فاصله به دست آمد که نشان دهنده پایایی خوب پرسشنامه می‌باشد. ضرایب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ و ضریب آلفای کل پرسشنامه ۰/۸۹ است. در ایران سامانی (۱۳۸۶) روایی این

پرسشنامه را با روش تحلیل عاملی بررسی و به ۴ عامل دست یافت و آن‌ها را خشم، پرخاشگری بدنی و کلامی، رنجیدگی و بدگمانی نام‌گذاری کرد. ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از این عوامل به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای هر یک از عوامل به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۷ محاسبه شد.

۳. پرسشنامه گرایش به مصرف مواد: این پرسشنامه توسط گل پرور در سال ۱۳۸۰ تهیه و تدوین شده است. شامل ۵۴ گویه است که ۳۰ گویه آن مثبت و ۲۴ گویه آن منفی می‌باشد. پاسخ عبارات پرسشنامه به صورت بلی و خیر است و به صورت تک بعدی ارزیابی می‌شود که برای سوالات با بار معنایی معکوس، نمره گذاری نیز بصورت معکوس بوده است. تحلیل نمرات آزمون نیز به این صورت است که کسب نمره ۱ تا ۱۸ به منزله گرایش شدید به مصرف مواد، کسب نمره ۱۹ تا ۳۶ گرایش متوسط به مواد و کسب نمره ۳۷ تا ۵۴ نیز به منزله گرایش خفیف به مصرف مواد می‌باشد. پایایی این ابزار در تحقیق گل پرور (۱۳۸۰) با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین جهت تعیین روایی مقیاس از روش تحلیل محتوا استفاده شده است و با استفاده از دیدگاه ۱۰ نفر از متخصصین، روایی مقیاس تایید شده است. همچنین جهت تعیین روایی این ابزار در پژوهش قدرتی تربتی، پاشیب، حسن‌زاده، عزیزاده و حشمتی (۱۳۹۳) از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین صورت که پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین مربوطه قرارگرفت و با توجه به نظرات این افراد پرسشنامه نهایی اصلاح گردید. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

۴. پرسشنامه اختلال سلوک: این پرسشنامه توسط شافر، فیشر و لوکاس^۱ در سال ۲۰۰۷ طراحی و تدوین شده است و یک مصاحبه بسیار ساختاریافته برای ارزیابی اولیه اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان ۶-۱۷ ساله است. این چک لیست ۲۵ گویه دارد که هر آزمودنی به این گویه‌ها به صورت دو گزینه‌ای بلی و خیر پاسخ می‌دهد. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم اختلال سلوک طراحی شده است. شیوه نمره برش

1. Schaffer, Fisher & Lucas

غریب‌کننده و شیوه نمره بر حسب شدت نشانه‌های مرضی. در این پژوهش از روش نمره غریب‌کننده استفاده شد. در پژوهش حاضر، دانش‌آموزان دارای نمره برش $14/20$ براساس یک انحراف استاندارد بالای میانگین به عنوان نوجوان دارای نشانه‌های سلوک در نظر گرفته شدند ($10/93 \pm 3/27$). در مطالعه شافر و همکارانش (۲۰۰۷) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه با میانگین $0/91$ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی دو ماه $0/86$ گزارش شده است. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه علائم مرضی کودکان در دامنه ای از $0/55$ تا $0/86$ بدست آمده است که نشان دهنده اعتبار بالای مقیاس می باشد. کبودین (۱۳۹۱) در مطالعه خود ضرایب همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب $0/75$ و $0/47$ گزارش نمود. در پژوهش حاضر، همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/89$ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

به دلیل شیوع کرونا، دانش‌آموزان در مدارس حضور نداشتند، مدیر مدرسه دخترانه پس از هماهنگی با اداره آموزش و پرورش، مجوز انجام پژوهش را از مدیر پژوهش دریافت نمودند. سپس محقق با مدیران سایر مدارس دخترانه و پسرانه هماهنگی به عمل آورد و هدف پژوهش برای مدیران سایر مدارس توضیح داده شد. از آنجا که به دلیل شیوع ویروس کرونا دانش‌آموزان در مدرسه حضور نداشتند، فایل الکترونیکی پرسشنامه‌ها تهیه گردید و در ابتدا پرسشنامه اختلال سلوک در بین ۲۴۰ دانش‌آموز اجرا شد و میانگین اختلال سلوک برابر $10/93$ با انحراف معیار $3/27$ به دست آمد. سپس نوجوانانی که نمره آنان در پرسشنامه اختلال سلوک، یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین ($14/20$) بود به عنوان نمونه دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک تعیین شدند. سپس با هماهنگی مدیران مدارس این دانش‌آموزان به مدرسه دعوت شدند و توسط روانشناس بالینی و براساس ملاک‌های تشخیصی پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مصاحبه گردیدند و از میان آنان ۶۷ نفر براساس مصاحبه تشخیصی دارای نشانه‌های اختلال سلوک تشخیص داده شدند و به پرسشنامه‌های صفات شخصیتی سایکوپاتیک، پرخاشگری و گرایش به مصرف مواد پاسخ دادند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۷ دختر (۴۰/۳ درصد) و ۴۰ پسر (۵۹/۷ درصد) به عنوان دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک مورد مطالعه قرار گرفتند. ۱۴ نفر (۲۰/۹ درصد) از دانش‌آموزان کلاس دهم، ۲۲ نفر (۳۲/۸ درصد) کلاس یازدهم و ۳۱ نفر (۴۶/۳ درصد) کلاس دوازدهم بودند. میانگین سنی دانش‌آموزان مورد مطالعه $17/22 \pm 0/77$ سال بود. اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و آزمون کالموگروف-اسمیرونوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	خرده مقیاس	میانگین	انحراف- استاندارد	کمینه	بیشینه	آماره کالموگروف- اسمیرونوف	سطح معناداری
صفات عاطفی	۲۱/۰۴	۵/۴۷	۱۲	۳۰	۰/۰۴۳	۰/۰۸	
صفات شخصیتی سایکوپاتیک	صفات بین فردی	۲۲/۰۲	۳/۱۹	۹	۲۸	۰/۰۳۶	۰/۰۸
صفات رفتاری	۲۰/۱۹	۴/۰۸	۱۱	۳۰	۰/۰۴۶	۰/۰۷۵	
پرخاشگری	-	۲۷/۶۸	۴/۰۲	۴۱	۱۳۶	۰/۰۱۳	۰/۱۲
گرایش به مصرف مواد	-	۲۹/۰۸	۵/۶۴	۱۸	۴۱	۰/۰۵۲	۰/۰۶

میانگین و انحراف استاندارد مولفه‌های صفات شخصیتی سایکوپاتیک، پرخاشگری و گرایش به مصرف مواد در جدول ۱ ارائه شده است. داده‌های موجود در دو ستون نهایی جدول ۱، نتیجه آزمون کالموگروف-اسمیرونوف را جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها نشان می‌دهد که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه می‌باشد. با توجه به اینکه شرایط استفاده از آزمون پارامتریک همبستگی پیرسون برقرار است، جهت بررسی رابطه میان مولفه‌های صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری با تمایل به سوء مصرف مواد از این آزمون استفاده گردید. نتایج آزمون همبستگی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱. گرایش به مصرف مواد	۱				
۲. صفات بین فردی	۰/۳۳**	۱			
۳. صفات عاطفی	۰/۴۰**	۰/۳۹**	۱		
۴. صفات رفتاری	۰/۴۵۱**	۰/۲۷*	۰/۷۶۱**	۱	
۵. پرخاشگری	۰/۳۸**	۰/۳۹**	۰/۹۱**	۰/۴۵**	۱

یافته‌های موجود در جدول ۲ نشان می‌دهد که مولفه‌های صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری با گرایش به مصرف مواد در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک رابطه معناداری دارد ($p < 0/01$).

جهت آزمون نقش صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری در پیش‌بینی تمایل به سوء مصرف مواد در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک، از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان استفاده گردید. جهت استفاده از این آزمون باید مفروضه‌های آن برقرار باشد. نخست آنکه توزیع داده‌ها باید نرمال باشند که نتیجه بررسی این مفروضه در جدول ۱ بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است. همچنین باید متغیر وابسته دارای توزیع فاصله‌ای باشد که گرایش به مصرف مواد به صورت نمره محاسبه شده است. یکی دیگر از مفروضه‌های این آزمون، شاخص هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین می‌باشد که جهت بررسی این مفروضه باید به دو شاخص تحمل واریانس^۱ و عامل تورم واریانس توجه نمود. چنانچه شاخص تحمل واریانس در دامنه صفر تا ۱ باشد و همچنین مقدار تورم واریانس از ۱۰ کمتر باشد می‌توان گفت که مفروضه همخطی متغیرها رعایت شده است. علاوه بر این به منظور بررسی استقلال خطای متغیرهای پیش‌بین و ملاک باید مقدار شاخص دوربین واتسون از ۴ کوچکتر باشد. نتایج حاصل از بررسی مفروضه‌های این تحلیل در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: بررسی مفروضه‌های آماری آزمون رگرسیون چندگانه

مفروضه استقلال خطاها	مفروضه همخطی متغیرها		متغیر پیش‌بین	
	مقدار دوربین واتسون	عامل تورم واریانس		شاخص تحمل
	۱/۷۲۲	۲/۱۲۴	۰/۴۷۱	صفات بین فردی
		۳/۴۵۳	۰/۲۹۰	صفات عاطفی
		۲/۳۷۷	۰/۴۲۱	صفات رفتاری
		۴/۱۷	۰/۳۴	پرخاشگری

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود شاخص‌های هم‌خطی متغیرها حدنصاب لازم را دارند و مقدار شاخص دوربین-واتسون ۱/۷۲۲ و کوچکتر از ۴ است. بنابراین می‌توان گفت مفروضه استقلال خطای متغیرهای پیش‌بین و ملاک رعایت شده و استفاده از تحلیل رگرسیون بلا مانع می‌باشد. بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان جهت بررسی نقش متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد در نوجوانان با نشانه‌های اختلال سلوک بهره برد.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه بررسی نقش صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری در سوء مصرف مواد دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک

R ²	R	معنی داری	F	میانگین	درجه آزادی	مجموع	منبع تغییرات
				مجذورات		مجذورات	
				۱۴۳/۷۹	۴	۵۷۵/۱۴	رگرسیون
۰/۲۷	۰/۵۲	۰/۰۰۰۱	۵/۸۴	۲۴/۶۲	۶۲	۱۵۲۶/۳۱	خطا
					۶۶	۲۱۰۱/۴۶	کل

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین (مولفه‌های عاطفی، بین فردی، رفتاری و ویژگی‌های شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری) توانستند به گونه معناداری تمایل به سوء مصرف مواد را در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک را پیش‌بینی نمایند ($F=5/84$; $p<0/0001$) و صفات شخصیتی سایکوپاتیک بین فردی، عاطفی و رفتاری و پرخاشگری در مجموع توانستند ۲۷ درصد از واریانس گرایش به مصرف مواد را در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک تبیین نمایند ($R2=0/27$).

جدول ۵: ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش‌بین

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	SE	β	t	Sig
گرایش به مصرف مواد	ضریب ثابت	۶/۲۳	۵/۲۵	-	۱/۱۸	۰/۲۴
	صفات بین فردی	۰/۴۹۳	۰/۲۱۲	۰/۲۷۸	۲/۳۳	۰/۰۲۳
	صفات عاطفی	۰/۰۱۵	۰/۱۷	۰/۰۱۹	۰/۰۸۶	۰/۹۳
	صفات رفتاری	۰/۸۲	۰/۲۶	۰/۶۰	۳/۲۲	۰/۰۰۲
	پرخاشگری	۰/۴۰	۰/۲۰	۰/۲۶	۲/۲۱	۰/۰۳۴

ضرایب رگرسیون موجود در جدول ۵ حاکی از آن است که صفات رفتاری ($P < ۰/۰۱$)، صفات بین فردی ($\beta = ۲/۲۳$ ، $P < ۰/۰۵$) و پرخاشگری ($\beta = ۲/۲۱$ ، $P < ۰/۰۵$) در پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک نقش مثبت و معناداری دارند؛ اما مولفه صفات عاطفی در صفات شخصیتی سایکوپاتیک سهم معناداری در این پیش‌بینی نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری در گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال سلوک انجام شد. نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین مولفه‌های صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری با گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال سلوک رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چند گانه نشان داد که مولفه‌های رفتاری و بین فردی صفات شخصیتی سایکوپاتیک و همچنین پرخاشگری بصورت معناداری توانستند تغییرات گرایش به مصرف مواد را در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک تبیین نمایند. این یافته با نتایج پژوهش‌های سوما، آندرشاد، برونی، سالکین و فوساتی^۱ (۲۰۱۸)، ریبروداسیلوا و همکاران (۲۰۲۰) و ویکنس و همکاران (۲۰۲۰) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های پژوهش میتوان گفت، نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک نسبت به دیگران بی‌رحمند. آن‌ها از روی عادت دروغ می‌گویند و تقلب می‌کنند؛ در نوجوانی ممکن است به کیف زنی، سرقت‌های مسلحانه و حتی تجاوز جنسی و قتل بپردازند. مرور مختصری از ویژگی‌های اصلی سایکوپاتی که شامل ویژگی‌های بین‌فردی (خودبزرگ بینی، جذابیت‌های سطحی، فریبندگی) عاطفی (عاطفه سطحی، گناه، سطح زندگی انگلی) و رفتاری (کنترل رفتاری ضعیف، تکانشگری، بی‌مسئولیتی فقدان ترس و بی‌قیدی) است، حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال سلوک دارای ویژگی‌های شخصیتی سایکوپاتی می‌باشند. این افراد غالباً ابراز هیجانی کمی دارند و ابراز هیجانات آن‌ها غالباً به منظور فریب و دست‌کاری انجام می‌شود (پاردینی^۱، ۲۰۰۸).

در تبیین رابطه و نقش مولفه صفات بین فردی شخصیت سایکوپاتیک با گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال سلوک می‌توان گفت که این افراد بسیار حساس هستند و تمایل به تنهایی دارند، بدان دلیل که باور دارند وقتی تنها باشند کسی نمی‌تواند به آن‌ها آسیب برساند. این امر می‌تواند باعث شود که این افراد وقت خود را به تنهایی سپری کنند و برای تسکین درد تنهایی خود به مصرف مواد روی بیاورند (پوررجبلی معافی، عبدی و چلیانلو، ۱۳۹۷). تبیین دیگری که برای نقش مولفه بین فردی صفات شخصیتی سایکوپاتیک در گرایش به سوء مصرف مواد می‌توان ارائه نمود این است که رفتار فریبکارانه، دروغ‌گویی مکرر، استفاده از هویت غیرواقعی و حيله‌گری با هدف لذت بردن یا کسب منافع شخصی از ویژگی‌های شخصیتی است که نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیتی سایکوپاتیک را مستعد ابتلا به سوء مصرف مواد می‌نماید.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بعد رفتاری صفات شخصیتی سایکوپاتیک رابطه و سهم معناداری در پیش‌بینی سوء مصرف مواد نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال سلوک دارد. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت در بعد رفتاری ویژگی‌های شخصیتی سایکوپاتیک، افراد به احساسات و مشکلات دیگران توجهی نمی‌کنند، در مورد اعمال آسیب‌زننده خود احساس گناه و پشیمانی ندارند، قدرت تحمل

یکنواختی را ندارند، این تنوع طلبی همراه با تکانشگری و نیز نقص موجود در سیستم بازداری و مهار عاطفی، استعداد مصرف تقریباً هرگونه مواد مخدر را در آنان پدید می‌آورد (دروواکس و لاگوئل^۱، ۲۰۱۶).

تبیین دیگری که برای این یافته می‌توان ارائه کرد این است که نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک بی‌پروا بوده، به تنبیه اهمیت نمی‌دهند و مسئولیت اعمال خود را برعهده نمی‌گیرند (دروواکس و لاگوئل، ۲۰۱۶). همچنین آنان از هنجارهای اجتماعی تبعیت نکرده و به چارچوب‌های قانونی اهمیت نمی‌دهند. رفتارهای تکانشی یا به بیان دیگر ضعف در برنامه ریزی و انجام فعالیت‌های هدفمند، نداشتن اهداف بلندمدت و واقع‌گرایانه، تحریک‌پذیری و رفتارهای خشونت‌آمیز، درگیر شدن مکرر در دعوای و حمله‌ی فیزیکی به دیگران بی‌پروا بودن در رفتارها و بی‌توجهی به امنیت خود و دیگران، مسئولیت‌پذیر نبودن مثلاً ناتوانی در انجام تعهدات کاری یا شانه خالی کردن از زیر تعهدات مالی موجب می‌شود در مقابل رفتارهای پرخطری چون مصرف مواد آسیب‌پذیر شوند (پارمر و کالویا^۲، ۲۰۱۸).

مؤلفه بی‌عاطفه-بی‌احساس صفات شخصیتی سایکوپاتیکی سهم معناداری در پیش‌بینی گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان نداشت. این یافته با پژوهش مانوز و فریک (۲۰۱۲) ناهمسو و با پژوهش ریبروداسیلوا و همکاران (۲۰۱۹) و ویمز^۳ و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. در تبیین یافته‌های متناقض در خصوص ارتباط بین مؤلفه بی‌عاطفه-بی‌احساس با رفتارهای بزهکارانه و سوء مصرف مواد می‌توان گفت که اغلب پژوهش‌های انجام شده در این خصوص، ارتباط میان این مؤلفه را با رفتارهای بزهکارانه و سوء مصرف مواد با هم بررسی کرده‌اند؛ درحالی‌که شواهد پژوهش نشان می‌دهد رفتارهای برون‌ساز شده ناشی از عوامل خطرزای مختلفی است (واگن^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). افزون‌براین انواع مختلف سوء مصرف مواد نیز ممکن است ناشی از عوامل خطرناک مختلف باشد. در همین راستا در مطالعه ویمز (۲۰۱۲) ۵۲۱ دانش‌آموز متوسطه مورد مطالعه قرار گرفتند. نتیجه مطالعه آنان نشان داد که مؤلفه بی‌عاطفه-بی‌احساس، در مصرف کم ماری‌جوآنا و الکل

نقش معناداری نداشت اما در سوء مصرف شدید و آسیب‌های ناشی از سوء مصرف شدید مواد سهم معناداری داشت. در همین راستا، پژوهش‌ها نشان می‌دهند نوجوانانی که نمره بالایی در این مولفه دارند، ویژگی‌های زیستی، ژنتیکی، اجتماعی و شناختی متمایزی نشان می‌دهند که بیانگر آن است که علت مشکلات بزهکارانه در این گروه از نوجوانان ممکن است با آن دسته از نوجوانان که اختلال سلوک دارند اما مولفه بی‌عاطفه-بی‌احساس در آنان بالا نیست، متفاوت باشد (ویدینگ و مک کوری، ۲۰۱۸). تبیین دیگری که برای این یافته می‌توان ارائه نمود این است که پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اگرچه مولفه بی‌عاطفه-بی‌احساس در ابتلا به سوء مصرف مواد سهم مهمی دارد، با این حال برخی محققین اذعان دارند که الگوی چندبعدی و چندوجهی از سایکوپاتی (یعنی مولفه بی‌عاطفه-بی‌احساس، خودبزرگ‌بینی-فریبکاری و تکانشی-غیرپاسخگو) در مقایسه با مولفه بی‌عاطفه-بی‌احساس به تنهایی در تشخیص و شناسایی اختلال سلوک دقیق‌تر و سودمندتر می‌باشد و بهتر می‌تواند مشکلات رفتاری همچون اختلال سوء مصرف مواد را تبیین نماید (ریبریو داسیلوا، سالکین و ریجو، ۲۰۲۰).

نتایج به دست آمده نشان داد که پرخاشگری با گرایش به مصرف مواد در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک رابطه و سهم مثبت و معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بلیر و همکاران (۲۰۲۱) و لوزیر و همکاران (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. اختلال سلوک یکی از رایج‌ترین اختلال‌های تحولی تشخیص داده شده در دوران کودکی است که نقض قانون و حقوق دیگران یکی از نشانه‌های شایع در این اختلال می‌باشد. این الگوی رفتاری با آشفتگی‌های عاطفی و اجتماعی، رفتارهای پرخاشگرانه و زورمندانه نسبت به والدین و معلمان، ضعف مهارت‌های اجتماعی و غیر کلامی، ضعف در مهارت‌های کلامی نسبت به همسالان همراه می‌باشد و تصویر پیچیده‌ای از اختلال سلوک نمایان می‌سازند. رفتارهای بزهکارانه و پرخاشگرانه نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک که ناشی از ضعف در کارکردهای اجرایی است و تنبیه، سرزنش و طرد آن‌ها را به دنبال دارد و احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه را در کودکان و نوجوانان دارای این اختلال افزایش می‌دهد (رهبر کرباسدهی، حسین خانزاده و رهبر کرباسدهی، ۱۳۹۶). از سوی دیگر، نوجوانان با

اختلال سلوک، در ارتباط با دیگران رفتارهای پرخاشگرانه بسیاری بروز می دهند و به این ترتیب ایجاد و حفظ روابط دوستانه برای آن‌ها بسیار دشوار می شود. افراد مبتلا به اختلال سلوک به ویژه در موقعیت‌های مبهم، مقاصد دیگران را خصمانه تر و تهدید کننده تر از آنچه که هست، تفسیر می کنند در نتیجه با پرخاشگری پاسخ می دهند و پرخاشگری خود را موجه و منطقی می دانند. رفتار پرخاشگرانه آن‌ها ممکن است به صورت قلدری، پرخاشگری جسمی و رفتار بی رحمانه نسبت به همسالان تظاهر کند. چنین کودکانی ممکن است متخاصم، بددهن، گستاخ و نافرمان بوده و نسبت به بزرگترها منفی کاری نشان دهند (سزمن و پرینس^۱، ۲۰۱۵). در صورتی که، علائم برونی سازی شده در اختلال سلوک تحت درمان قرار نگیرد این کودکان در نوجوانی و بزرگسالی در معرض خطراتی چون شکست تحصیلی، ترک تحصیل، بزهکاری، سوء مصرف مواد و الکل قرار می گیرند (هاشمی و گودرزی، ۱۳۹۵). در مجموع، از بین عوامل پیش‌بینی کننده گرایش به مواد، پرخاشگری اهمیت بیشتری دارد و یکی از موثرترین راه‌های تشخیص افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد، وجود رفتارهای پرخاشگرانه در کودکی و نوجوانی است. افراد دارای مراتب بالای پرخاشگری و رفتار قانون شکنانه معمولاً توانایی کمتری برای کنترل تکانه‌های خود دارند. این ناتوانی ممکن است زمینه‌ساز گرایش این افراد به سمت مواد مخدر باشد. این افراد در کنترل خشم خود ناتوان هستند و نیز در یک جمع دوستانه نظرات خود را تحمیل می کنند و اکثراً به دوستان و همسالان خود بدبین هستند و اعتمادی به آن‌ها ندارند. این مسئله باعث می شود که دوستان و همسالانش او را طرد کرده و همین موضوع زمینه مساعدی برای گرایش به مصرف مواد مخدر را فراهم می آورد. افراد پرخاشگر از مواد تنها برای کسب لذت استفاده نمی کنند، بلکه مواد را برای سرکوب و چیره شدن بر طغیان درونی خود به کار می گیرند. از سوی دیگر، این احتمال وجود دارد که رفتار پرخاشگرانه باعث شود که از جانب دوستان و همتایانی که در رویارویی با مشکلات و مسایل زندگی واکنشی منطقی و خویشتن‌دارانه نشان می دهند، طرد شده و همین موضوع

سبب پیوستن فرد به گروه‌های منحرف گردد و زمینه مساعدی را برای گرایش به مواد مخدر فراهم آورد.

پژوهش‌های انجام شده در سه دهه اخیر در زمینه صفات سایکوپاتیک در کودکان و نوجوانان بیانگر اهمیت این موضوع در ارزیابی، پیش‌بینی و مدیریت خطر ناشی از این صفات شخصیتی می‌باشد (کالینز، آندرشاد، سالکین و فانتی^۱، ۲۰۱۸؛ کالینز و آندرشاد، ۲۰۱۸). از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این پژوهش یک مطالعه همبستگی است و بنابراین در استنباط رابطه علی میان متغیرها باید احتیاط نمود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری می‌تواند تمایل به سوء مصرف مواد را در نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال سلوک پیش‌بینی نماید. بنابراین می‌توان پیشنهاد نمود که با شناسایی این صفات شخصیتی می‌توان نوجوانان مستعد ابتلا به سوء مصرف مواد را شناسایی نمود و با استفاده از برنامه‌های آموزشی از ابتلای نوجوانان دارای این صفات به سوء مصرف مواد پیشگیری نمود. با توجه به نقش پرخاشگری و صفات شخصیتی سایکوپاتیک در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک و همچنین ارتباط مثبت بین صفات شخصیتی سایکوپاتیک با گرایش به مصرف مواد پیشنهاد می‌شود برای دانش‌آموزان دارای سطوح بالایی از صفات شخصیتی سایکوپاتیک کارگاه‌های آموزشی مجازی آشنایی با صدمات مواد مخدر و مهارت‌هایی همچون مهارت نه گفتن تدارک دیده شود.

منابع

باچر، جیمز؛ هولی، جیل و مینکا، سوزان (۱۳۹۹). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5. ترجمه: یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات ارسباران. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۴)

پوررجعلی معافی، محمد علی؛ عبدی، رضا و چلبیانلو، غلام‌رضا (۱۳۹۷). نقش ابعاد نابهنجار شخصیت در پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد در دانشجویان: نقش میانجی تکانشگری. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۱۲(۴۶)، ۲۴۵-۲۳۵.

حاج حسنی، مهرداد؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ پیرساقی، فهیمه و کیانی پور، عمر (۱۳۹۱). رابطه بین پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبایی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۳)، ۷۴-۶۶.

رهبر کرباسدهی، ابراهیم؛ حسین خانزاده، عباسعلی و رهبر کرباسدهی، فاطمه (۱۳۹۶). تاثیر آموزش شناختی- رفتاری مدیریت خشم بر بازداری پاسخ دانش آموزان با اختلال سلوک. *دو ماهنامه تخصصی تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۷(۳)، ۱۴-۹.

سامانی، سیامک (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسش نامه پرخاشگری باس و پری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴)، ۳۶۵-۳۵۹.

قدرتی تربتی، عباس؛ پاشیب، ملیحه؛ حسن زاده، مجید؛ عزیزاده، هادی و حشمتی، هاشم (۱۳۹۳). تاثیر آموزش مددجویان در جلسات انجمن معتادان گمنام بر گرایش به مصرف مواد مخدر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه (طنین سلامت)*، ۲(۴)، ۲۲-۱۷.

کبودین، عقیل (۱۳۹۱). نقش تصمیم گیری صفات شخصیتی سایکوپاتیک و حافظه هیجانی در پیش بینی واکنش پذیری نوجوانان دارای اختلال سلوک. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی.

کلانتری، فاطمه؛ قنبری، سعید؛ حبیبی، مجتبی و عزیزاده، ابراهیم (۱۳۹۸). ارائه مدل گرایش به مصرف مواد بر اساس ادراک تعارض بین والدین و نقش میانجی مشکلات هیجانی- رفتاری. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۳(۵۰)، ۳۱۰-۲۹۴.

گل پرور، محسن (۱۳۸۰). مقایسه ویژگی های روانی و روابط زناشویی معتادان و غیرمعتادان با همسران آن ها. *فصلنامه دانش و پژوهش*، ۷، ۲۰-۱.

هاشمی، راضیه و گودرزی، محمدعلی (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش رفتاری مادران بر میزان پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. *فصلنامه آموزش، مشاوره و روان درمانی*، ۵(۱۹)، ۱۲۱-۱۰۶.

References

- Aloi, J., Blair, K. S., Crum, K. I., Bashford-Largo, J., Zhang, R., Lukoff, J., & Blair, R. J. R. (2020). Alcohol use disorder, but not cannabis use disorder, symptomatology in adolescents is associated with reduced differential responsiveness to reward versus punishment feedback during instrumental learning. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*, 5(6), 610-618.
- Blair, R. J. (2020). Modeling the comorbidity of cannabis abuse and conduct disorder/conduct problems from a cognitive neuroscience perspective. *Journal of Dual Diagnosis*, 16(1), 3-21.
- Blair, R. J. R., White, S. F., Tyler, P. M., Johnson, K., Lukoff, J., Thornton, L. C., & Blair, K. S. (2019). Threat responsiveness as a function of

- cannabis and alcohol use disorder severity. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 29(7), 526-534.
- Blair, R. J. R., Bajaj, S., Sherer, N., Bashford-Largo, J., Zhang, R., Aloï, J., & Blair, K. S. (2021). Alcohol use disorder and cannabis use disorder symptomatology in adolescents and aggression: associations with recruitment of neural regions implicated in retaliation. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*, 6(5), 536-544.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 452-461.
- Colins, O. F., Noom, M., & Vanderplasschen, W. (2012). Youth psychopathic traits inventory-short version: a further test of the internal consistency and criterion validity. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 34(4), 476-486.
- Colins, O. F., & Andershed, H. (2018). *Childhood and adolescent psychopathy*. In M. Delisi (Ed.). *Routledge international handbook of psychopathy and crime* (pp. 166–184). New York: Routledge.
- Colins, O. F., Andershed, H., Salekin, R. T., & Fanti, K. A. (2018). Comparing different approaches for subtyping children with conduct problems: Callous-unemotional traits only versus the multidimensional psychopathy construct. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 40(1), 6–15.
- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2016). Psychopathic personality disorder and the boundary of addiction. *L'information psychiatrique*, 92(1), 38-44.
- Fischer, B., Ialomiteanu, A., Boak, A., Adlaf, E., Rehm, J., & Mann, R. E. (2013). Prevalence and key covariates of non-medical prescription opioid use among high-school students and adults in Ontario. *Canada. Drug and alcohol review*, 32(3), 276–287.
- Flexon, J. L. (2015). Evaluating variant callous-unemotional traits among noninstitutionalized youth: implications for violence research and policy. *Youth violence and juvenile justice*, 13(1), 18–40.
- Goretti, S., Sánchez, M. S., Borja, P. L., Rivera, G. B., & Lara, M. R. (2017). The relationship between personality disorders and substance abuse disorders. *European Psychiatry*, 41(1), 473-474.
- Hawes, S. W., Trucco, E. M., Duperrouzel, J. C., Coxe, S., & Gonzalez, R. (2019). Developmental pathways of adolescent cannabis use: Risk factors, outcomes and sex-specific differences. *Substance use & misuse*, 54(2), 271-281.
- Howard, A. L., Kimonis, E. R., Muñoz, L. C., & Frick, P. J. (2012). Violence exposure mediates the relation between callous-unemotional traits and offending patterns in adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 40(8), 1237-1247.
- Hwang, S., Nolan, Z. T., White, S. F., Williams, W. C., Sinclair, S., & Blair, R. J. R. (2016). Dual neurocircuitry dysfunctions in disruptive behavior

- disorders: emotional responding and response inhibition. *Psychological medicine*, 46(7), 1485-1496.
- Lozier, L. M., Cardinale, E. M., VanMeter, J. W., & Marsh, A. A. (2014). Mediation of the relationship between callous-unemotional traits and proactive aggression by amygdala response to fear among children with conduct problems. *JAMA psychiatry*, 71(6), 627-636.
- Munoz, L. C., & Frick, P. J. (2012). Callous-unemotional traits and their implication for understanding and treating aggressive and violent youths. *Criminal justice and behavior*, 39(6), 794-813.
- McCuish, E. C., Corrado, R. R., Hart, S. D., & DeLisi, M. (2015). The role of symptoms of psychopathy in persistent violence over the criminal career into full adulthood. *Journal of criminal justice*, 43(4), 345-356.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Pardini, D. A. (2008). Novel insights into longstanding theories of bidirectional parent-child influences: Introduction to the special section. *Journal of abnormal child psychology*, 36(5), 627-631.
- Parmar, A., & Kaloiya, G. (2018). Comorbidity of personality disorder among substance use disorder patients: A narrative review. *Indian journal of psychological medicine*, 40(6), 517-527.
- Passamonti, L., Fairchild, G., Goodyer, I. M., Hurford, G., Hagan, C. C., Rowe, J. B., & Calder, A. J. (2010). Neural abnormalities in early-onset and adolescence-onset conduct disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(7), 729-738.
- Ribeiro da Silva, D., Rijo, D., & Salekin, R. T. (2020). Psychopathic traits in children and youth: The state-of-the-art after 30 years of research. *Aggression and violent behavior*, 55(44), 1-16.
- Salekin, R. T. (2017). Research review: What do we know about psychopathic traits in children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 58(11), 1180-1200.
- Salekin, R. T., Andershed, H., Batky, B. D., & Bontemps, A. P. (2018). Are callous unemotional (CU) traits enough? *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 40(1), 1-5.
- Salekin, R. T., Andershed, H., & Clark, A. P. (2018). *Psychopathy in children and adolescents: Assessment and critical questions regarding conceptualization*. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 479-508). New York: The Guilford Press.
- Salekin, R. T., Tippey, J. G., & Allen, A. D. (2012). Treatment of conduct problem youth with interpersonal callous traits using mental models: Measurement of risk and change. *Behavioral sciences and the law*, 30(4), 470-486.

- Schaffer, A., Fisher, j., & Lucas, A. (2007). Conduct disorder symptoms inventory performance as a measure of behavior problem. *International journal of law and psychiatry*, 28(1), 102-118.
- Szerman, N., & Peris, L. (2015). *Personality disorders and addiction disorders*. In *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. El Guebaly, N., Carrà, G., Galanter, M., Baldaccino, A. M., Eds. Milan, Italy: Springer.
- Sinyor, M., Williams, M., Gulati, S., & Schaffer, A. (2019). An observational study of suicide deaths by self-poisoning with opioids in Toronto (1998-2015). *The canadian journal of psychiatry*, 64(8), 577-583.
- Somma, A., Andershed, H., Borroni, S., Salekin, R. T., & Fossati, A. (2018). Psychopathic personality traits in relation to self-report delinquency in adolescence: Should we mind about interaction effects? *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 40(1), 69-78.
- Vaughn, M. G., Fu, Q., Wernet, S. J., DeLisi, M., Beaver, K. M., Perron, B. E., & Howard, M. O. (2011). Characteristics of abstainers from substance use and antisocial behavior in the United States. *Journal of criminal justice*, 39(3), 212-217.
- Viding, E., & McCrory, E. J. (2012). Why should we care about measuring callous-unemotional traits in children?. *The British journal of psychiatry*, 200(3), 177-178.
- Viding, E., & McCrory, E. J. (2018). Understanding the development of psychopathy: Progress and challenges. *Psychological Medicine*, 48(4), 566-577.
- Wymbs, B. T., McCarty, C. A., King, K. M., McCauley, E., Stoep, A. V., Baer, J. S., & Waschbusch, D. A. (2012). Callous-unemotional traits as unique prospective risk factors for substance use in early adolescent boys and girls. *Journal of abnormal child psychology*, 40(7), 1099-1110.
- Wickens, C. M., Kao, A., Ialomiteanua, A. R., Dubrovskaya, K., Kenney, C., Vingilis, E., Erickson, P., Kolla, N. J., Stoduto, G., Soule, D., & Mann, R. E. (2020). Conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder as risk factors for prescription opioid use. *Drug and alcohol dependence*, 213(10), 103-108.

تعارض زناشویی والدین و گرایش به سوءمصرف مواد نوجوانان: نقش تعدیل کننده افسردگی و ذهن آگاهی

سلمان زارعی^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین نقش تعدیل کننده افسردگی و ذهن آگاهی در رابطه بین تعارض زناشویی والدین با گرایش به مصرف مواد بود. **روش:** روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش دانش آموزان نوجوان پسر شهرستان نورآباد در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که از بین آنها با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای تعداد ۳۲۹ نوجوان و والدین شان انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه تعارض زناشویی، مقیاس استعداد اعتیاد، ویرایش دوم سیاهه افسردگی بک و پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی گردآوری و با ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج نشان داد بین ذهن آگاهی با گرایش به مصرف مواد رابطه منفی معناداری و بین تعارض زناشویی والدین و افسردگی با گرایش به مصرف مواد نوجوانان رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین، بر اساس نتایج رگرسیون سلسله مراتبی، نقش تعدیل کننده افسردگی و ذهن آگاهی در رابطه بین تعارض زناشویی والدین و گرایش به مصرف مواد نوجوانان مورد تأیید قرار گرفت. **نتیجه گیری:** مطالعه حاضر بر نقش تعدیل کننده افسردگی و ذهن آگاهی به عنوان یک مکانیسم مهم در رابطه بین تعارض زناشویی والدین با گرایش به مصرف مواد نوجوانان تأکید دارد؛ لذا نتایج اهمیت کاربردی و نظری قابل ملاحظه ای در مداخله و پیشگیری از گرایش به مصرف مواد در بین نوجوانان پسر دارد.

کلیدواژه ها: افسردگی، اعتیاد، تعارض زناشویی، ذهن آگاهی، نوجوانان

مقدمه

نوجوانی دوره‌ی تحولی مهم و حساسی است که با فرآیند شکل‌گیری هویت و تغییر در ابعاد مختلف زیستی - عصبی و روان‌شناختی مشخص می‌شود (هررا و باکسر^۱، ۲۰۱۹). بخشی از این فرآیند کسب هویت در کنار این تغییرها به ویژه در مغز، خطرجویی و گرایش به رفتارهای پرخطر است (دلانه^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). یکی از مهم‌ترین رفتارهای پرخطر بین نوجوانان مصرف مواد است، به نحوی که شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی را در دوره‌ی سنی نوجوانی و جوانی تشکیل می‌دهد (تریپ^۳، ۲۰۱۸). از طرفی اکثر نوجوانانی که مصرف مواد را در سال‌های اولیه نوجوانی آغاز می‌کنند به مصرف این مواد در سال‌های آتی ادامه می‌دهند و میزان مصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن نیز مرتباً افزایش می‌یابد (لاریمر، کیلمر و لی^۴، ۲۰۱۵). لذا شیوع مصرف مواد در سنین نوجوانی در دوره‌ی دبیرستان از یک سو و پیامدهای منفی آن از جمله خودبستگی و هیجان‌های منفی تحصیلی (عینی، ترابی، عبادی و کرمانی، ۱۳۹۹)، غیبت و فرار از مدرسه (گاخ، کاونوئر، آسومو و واندرستلت^۵، ۲۰۲۰)، اختلال در عملکرد عصبی - روانی (پولز، ویلیامز، فالین، تیتلباوم و مرلو^۶، ۲۰۲۰)، بیماری‌های جسمی - روان‌شناختی (روترمن و لانگلويس^۷، ۲۰۱۵)، بیگانگی اجتماعی (لورفا، اوگوو، ایگوازی و چوکوورجی^۸، ۲۰۱۸)، سطح استرس بالا (دبنام، میلان، مولن، لیسسی و برادشو^۹، ۲۰۱۷) و خطر ابتلا به افسردگی (بگداچه، کیان‌مهر، صابونچی، مارسزالک و دولما^{۱۰}، ۲۰۱۹) از سوی دیگر، بررسی همه‌جانبه در این زمینه را الزامی می‌سازد؛ زیرا یک تکلیف بنیادین در بهسازی برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد در سنین پایین (نوجوانی) شناسایی عوامل خطر ساز برای شروع زود هنگام مصرف مواد است (برگ، ساندل، اجهاگن و هاکانسون^{۱۱}، ۲۰۱۶).

1. Herrera & Boxer
2. Dela Pena
3. Tripp
4. Larimer, Kilmer & Lee
5. Gakh, Coughenour, Assoumou & Vanderstelt
6. Polles, Williams, Phalin, Teitelbaum & Merlo
7. Rotermann & Langlois
8. Lorfa, Ugwu, Ifeagwazi & Chukwuorji
9. Debnam, Milam, Mullen, Lacey & Bradshaw
10. Begdache, Kianmehr, Sabounchi, Marszalek & Dolma
11. Berge, Sundell, Ojehagen & Hakansson

یک عامل زمینه‌ساز مهم گرایش نوجوانان به مصرف مواد، عوامل مربوط به خانواده است (لوک، کینگ، مک‌کارتی، مک‌کولی و استوئپ^۱، ۲۰۱۷). خانواده برای رشد سالم نوجوانان و سازگاری اجتماعی آنان ضروری است (کو^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). بر اساس نظریه نظام‌های خانواده بوئن^۳ (۱۹۶۶) خانواده یک واحد هیجانی بنیادی با مرزهای مشخص و قوانین درونی است و یک نظام خانواده از سه خرده نظام شامل خرده نظام همسران، خرده نظام والد-فرزند و خرده نظام همشیره‌ها تشکیل شده است که هر یک از این خرده نظام‌ها بر یکدیگر اثر متقابل می‌گذارند (کاستا، گاکلیاندولو، باربریس، کوزوکرئا و لیگا^۴، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هیجان‌های منفی ایجادشده به دلیل مسائل و تعارض در روابط زناشویی در نظام خانواده می‌تواند به روابط آن‌ها با فرزندان سرریز شود و منجر به ناسازگاری فرزندان شود (کوروس، پاپ، گوئک-موری و کامینگز، ۲۰۱۴؛ لیونگ و شک^۵، ۲۰۱۹). همچنین، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تعارض و نارضایتی زناشویی می‌تواند کارآمدی نوجوانان را کاهش داده و منجر به خودپنداره ناسالم شود که این موضوع نوجوانان را در برابر رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و سایر مواد آسیب‌پذیر می‌کند (روم و متزگر^۶، ۲۰۱۸). به‌طور مشابه وی‌موث، فوسکو و فینبرگ^۷ (۲۰۱۷) دریافتند که بین میزان تعارض زناشویی والدین با سوء مصرف مواد در بین نوجوانانی که از شرایط خانوادگی ناسالم و رابطه تعارض آمیز والدین‌شان رنج می‌برند رابطه مثبتی وجود دارد. در کنار موارد مطرح‌شده، پژوهش‌های جدیدتر نیز نشان می‌دهند که کیفیت روابط بین والدین (خرده نظام همسران) یک عامل مهم در گرایش نوجوانان به مصرف مواد است. همچنین در نظام‌های خانوادگی که والدین روابط خوبی با هم دارند، نوجوانان پیوندهای نزدیکی شکل می‌دهند و تعامل سازنده با والدین‌شان را حفظ می‌کنند که می‌تواند از رفتارهای مشکل‌زا مانند مصرف مواد پیشگیری کند (شک، ژو، دویو و

1. Luk, King, McCarty, McCauley & Stoep
2. Ko
3. Bowen family system theory
4. Costa, Gugliandolo, Barberis, Cuzzocrea & Liga

5. Kouros, Papp, Goeke-Morey & Cummings
6. Leung & Shek
7. Romm & Metzger
8. Weymouth, Fosco & Feinberg

چای^۱، ۲۰۲۰؛ بروسنان، کلوبینسکی و اسپادا^۲، ۲۰۲۰؛ علوی و رضانی، (۱۳۹۹). پایین وجود، هنوز واضح نیست که تحت چه شرایطی تعارض زناشویی بر گرایش به سوء مصرف مواد نوجوانان اثر می گذارد؛ از این رو پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سؤال است.

نوجوانان در یک دوره حساس هستند که آگاهی تدریجی آنان از کیفیت روابط والدین شان بر سلامت روان شناختی آنان اثر مستقیم دارد (ژو و بوهلر^۳، ۲۰۱۹). بر اساس فرضیه امنیت هیجانی، یک رابطه مخرب والدینی هیجانها و ناامنیهای منفی در فرزندان ایجاد می کند که ممکن است منجر به آسیبهای روانی از قبیل افسردگی و اضطراب شود (استیل و مک کینی^۴، ۲۰۱۹). علاوه بر این، برخی پژوهشها نشان داده اند که تعارض زناشویی به طور مثبتی افسردگی نوجوانان را پیش بینی می کند (دلوس ریس^۵ و همکاران، ۲۰۱۵؛ لی، جیانگ، فان و ژانگ^۶، ۲۰۱۸). فرضیه افزایش خلق^۷ مطرح می کند افراد هنگامی که هیجانها و احساسهای منفی دارند تمایل به برخی رفتارها، از جمله استفاده مفرط از شبکه های مجازی، مصرف سیگار و نوشیدن الکل دارند (چون^۸، ۲۰۲۰). در همین راستا، پژوهشها نشان می دهند که نوجوانان افسرده به منظور تسکین استرس هیجانی به احتمال بیشتری در فعالیتهای مفرح از قبیل قماربازی، مصرف ماری جوانا، کشیدن سیگار و مصرف مواد غیرقانونی شرکت می کنند (لیانگ، ژو، یوان، شائو و بیان^۹، ۲۰۱۶؛ زوباک، زینک، اوستوچیچ، زوباک و پوجسکیچ^{۱۰}، ۲۰۱۸). به طور مشابه، نتایج فراتحلیل گرای و اسکوگلیا^{۱۱} (۲۰۱۸) نشان می دهد که افراد افسرده علت مصرف مواد را کاهش سطح استرس و تسکین افسردگی عنوان کرده اند. علاوه بر این، مدل شناختی-رفتاری داویس^{۱۲} (۲۰۰۱) در خصوص رفتارهای اعتیادی مطرح می کند که افراد دارای آسیبهای روان شناختی از قبیل افسردگی به احتمال بیشتری افکار ناسازگار درباره ی خودشان را شکل می دهند که این افکار با کاهش خودکارآمدی و افزایش خودارزیابی منفی، باعث

1. Shek, Zhu, Dou & Chai
2. Brosnan, Kolubinski, & Spada
3. Zhou & Buehler
4. Steele & McKinney
5. De Los Reyes
6. Li, Jiang, Fan & Zhang
7. mood enhancement hypothesis

8. Chun
9. Liang, Zhou, Yuan, Shao & Bian
10. Zubak, Zenic, Ostojic, Zubak & Pojskic
11. Gray & Squeglia
12. Davis cognitive-behavioral model

گرایش آن‌ها به مصرف مواد و اعتیاد می‌شود (نقل از رافتری^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). در مجموع، بر اساس ادبیات مطرح شده و همچنین پژوهش‌های هیرد، بایلی، تومبورو و کاتالانو^۲ (۲۰۱۹) و ژنگ^۳ و همکاران (۲۰۲۰) می‌توان مطرح کرد که مشکلات و تعارض زناشویی والدین از طریق افزایش افسردگی با گرایش به مصرف مواد در بین نوجوانان ارتباط دارد.

گرچه مشخص شده است که تعارض زناشویی باعث ایجاد افسردگی و گرایش به مصرف مواد شده است (دیگز، نپل، جودن و لوهمان^۴، ۲۰۱۷)، اما همه نوجوانانی که دارای خانواده‌های ناکارآمد هستند به یک شکل تحت تأثیر قرار نمی‌گیرند (اسپوت، کلایر و ترودائو^۵، ۲۰۱۴). مدل تعامل ارگانسیم-محیط^۶ معتقد است که عوامل فردی اغلب تمایل به اصلاح عوامل محیطی دارند و این تعامل بین افراد و محیط است که پیامدهای تحول اجتماعی فردی را تعیین می‌کند (لرنر، لرنر، آلمریگی و ثوکاس^۷، ۲۰۰۶). از این رو، برخی از عوامل در سطوح فردی در میان نوجوانان ممکن است باعث کاهش تأثیرات روابط مخرب زناشویی والدین بر گرایش آن‌ها به مصرف مواد شود. یکی از این عوامل در سطوح فردی که مطابق با پژوهش‌ها می‌تواند در برابر شرایط استرس‌زای محیطی مانند محیط ناکارآمد خانواده نقش محافظتی داشته باشد، ذهن آگاهی است (فلور^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی معمولاً در چارچوب خودتنظیمی مفهوم‌سازی می‌شود و شامل توجه کامل به تجربه لحظه‌ای حال، نگرش مبتنی بر پذیرش، عدم قضاوت و گشودگی است (مک-کرینگ و هوانگ^۹، ۲۰۱۹). از آنجا که توسعه ذهن آگاهی تا حد زیادی از نظر تحولی در دوره‌ی نوجوانی اتفاق می‌افتد، مرحله‌ای است که تأثیر والدین هنوز نسبتاً قوی است، فضای مطلوب خانوادگی مخصوصاً رابطه کارآمد و بدون تعارض خرده نظام همسران می‌تواند به توسعه این شایستگی کمک کند و میزان آسیب‌پذیری فرزندان را در

1. Raftery
2. Heerde, Bailey, Toumbourou & Catalano
3. Zheng
4. Diggs, Neppl, Jeon & Lohman
5. Spoth, Clair & Trudeau

6. organism-environment interaction model
7. Lerner, Lerner, Almerigi & Theokas
8. Felver
9. McKeering & Hwang

برابر اختلال‌های روانی کاهش دهد (کاونهوون و دورجی^۱، ۲۰۱۷). در همین راستا، پژوهش‌های بالینی نشان می‌دهد که ذهن آگاهی می‌تواند سبب بهبود انعطاف‌پذیری شناختی، کنترل توجه و تنظیم هیجان شود و به افراد کمک کند تا با مدیریت مؤثرتر شناخت‌ها، احساس‌ها و رفتارهای خود در شرایط استرس‌زا به رفتارهای پرخطر از قبیل مصرف مواد روی نیاورند (اش، نیومن و ویلسون^۲، ۲۰۱۵؛ تانگ، تانگ و پوسنر^۳، ۲۰۱۶). به‌طور کلی، بر اساس ادبیات مطرح‌شده و همچنین پژوهش‌های اوهانسیان، فلاتری، سیمپسون و راسل^۴ (۲۰۱۶) و آرنود^۵ و همکاران (۲۰۲۰) می‌توان مطرح کرد که وجود شایستگی ذهن آگاهی می‌تواند به تاب‌آوری و خودتنظیمی بیشتر نوجوانان در برابر شرایط متعارض و پرتنش خانوادگی کمک کند و میزان گرایش آن‌ها به مصرف مواد را کاهش دهد.

در مجموع اینکه، نوجوانان به دلیل تغییرات گسترده در تمام ابعاد جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی، ممکن است فشارها و استرس‌های زیادی را متحمل شوند، که بیشتر، مستعدکننده ارتکاب رفتارهای پرخطر از قبیل مصرف مواد باشد. در همین راستا، پژوهش‌های همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد مصرف مواد با افزایش سن افزایش می‌یابد؛ به‌طوری‌که شیوع مصرف مواد از ۱/۳ درصد در سن ۱۲ سالگی به ۲۵/۴ درصد در سن ۲۱ سالگی می‌رسد (سادوک، سادوک و رویز^۶، ۲۰۱۴). بر اساس پیمایش رفتارهای پرخطر نوجوانان در سال ۲۰۱۸ در ایالات متحده مشخص شده است که حدود ۲۱/۹ درصد مصرف الکل، ۲۳/۴ درصد مصرف سیگار، ۲۳/۱ درصد مصرف ماری‌جوآنا، ۳ درصد مصرف کوکائین و ۳/۸ درصد نوجوانان مصرف متآمفتامین را گزارش کرده‌اند (ایتون^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران نیز آمارها نشان می‌دهد که حدود ۱۶ درصد از مصرف‌کنندگان مواد مخدر و صنعتی کمتر از ۱۸ سال سن دارند (صابری، فرخی و نامور، ۱۳۹۷). با توجه به مطالب مذکور، پرداختن به عوامل زمینه‌ساز، تشدیدکننده و کاهنده گرایش به مصرف

1. Kaunhoven & Dorjee
2. Ashe, Newman & Wilson
3. Tang, Tang & Posner
4. Ohannessian, Flannery, Simpson & Russell

5. Arnaud
6. Sadock, Sadock & Ruiz
7. Eaton

مواد در بین نوجوانان به منظور ارائه راهکارهایی برای کاهش آن ضروری به نظر می‌رسد. لذا بر اساس خلأ پژوهشی در جامعه ایرانی به خصوص در مورد نقش پیش‌بین رضایت زناشویی والدین و همچنین نقش افسردگی و ذهن آگاهی، هدف کلی پژوهش حاضر رسیدن به شناختی بهتر از گرایش به مصرف مواد در بین دانش‌آموزان نوجوان است، با در نظر گرفتن این نکته که چگونه تعامل رضایت زناشویی والدین با افسردگی و ذهن آگاهی این رفتار را پیش‌بینی می‌کند. از این رو، سوال اصلی پژوهش این است که آیا افسردگی و ذهن آگاهی در رابطه بین تعارض زناشویی والدین و گرایش به سوء مصرف مواد نوجوانان نقش تعدیل‌کننده دارند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان پسر دوره‌ی دوم متوسطه شهر نورآباد به همراه والدین‌شان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. جهت تعیین حجم نمونه بر اساس دیدگاه کلاین^۱ (۲۰۱۱) که عنوان می‌کند در مطالعات همبستگی حجم نمونه مورد قبول باید حداقل ۲/۵ و حداکثر ۵ برابر تعداد سوالات پرسشنامه‌ها باشد در پژوهش حاضر با احتساب مجموع ۱۳۸ سوال تعداد ۳۵۰ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به عنوان نمونه نهایی انتخاب شد. در این روش نمونه‌گیری ابتدا از میان مدارس دوره‌ی دوم متوسطه (جمعاً ۸ مدرسه) به صورت تصادفی تعداد ۴ مدرسه انتخاب شدند و سپس از هر مدرسه ۴ کلاس در پایه‌های مختلف به روش تصادفی انتخاب و سپس از بین همه دانش‌آموزان کلاس‌ها و بر اساس ملاک‌های ورود نمونه نهایی انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: عدم اعتیاد به مواد، زندگی با هر دو والد و دامنه سنی بین ۱۴ تا ۱۸ سال بود و تنها ملاک خروج از پژوهش داشتن سابقه بیماری جسمانی و روان‌شناختی خاص (بنا بر خود گزارشی نوجوانان) بود. همچنین، ملاحظات اخلاقی اعم از مطلع بودن شرکت‌کنندگان از روند پژوهش، کسب رضایت آگاهانه از نوجوانان و والدین آن‌ها، مختار بودن شرکت‌کنندگان

برای خروج از پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان در پژوهش رعایت شده است. لازم به ذکر است که پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی، مقیاس گرایش به اعتیاد و سیاهه افسردگی بک توسط نوجوانان و پرسشنامه تعارض زناشویی توسط والدین آن‌ها تکمیل شد. در ذیل شرح کامل ابزار گردآوری داده‌ها مطرح شده است.

ابزار

۱. پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی^۱: این پرسشنامه خود گزارش دهی در سال ۲۰۰۶ توسط بائر، اسمیت، هوپکینز، کریتمیر و تونی^۲ در ۳۹ گویه به منظور سنجش ذهن آگاهی ساخته شده است. نمره گذاری بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) انجام می‌شود. دامنه نمره کل مقیاس از ۳۹ تا ۱۹۵ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح ذهن آگاهی بالاتر فرد است. نتایج تحلیلی عامل تائیدی در مطالعه بائر و دیگران (۲۰۰۶) نشان داد که این پرسشنامه روایی مطلوبی دارد. همچنین، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۰ گزارش شده است که بیانگر پایایی بالای آن است. تمنایی فر، اصغر نژاد، میرزایی و سلیمانی (۱۳۹۵) ضمن تائید ساختار پنج عاملی پرسشنامه، پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی در بین نمونه‌ای از دانشجویان ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

۲. مقیاس گرایش به اعتیاد^۳: این مقیاس توسط وید، بوچر، مک کنا و بن-پوراث^۴ در سال ۱۹۹۲ به منظور ارزیابی آمادگی افراد برای ابتلا به اعتیاد ساخته شد. مقیاس دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ‌سنج است. نمره گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) است. البته این شیوه نمره گذاری در سؤالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ معکوس است. برای به دست آوردن نمره کلی پرسشنامه باید مجموع امتیازات تک تک سؤالات (به‌غیر از مقیاس دروغ‌سنج) را باهم جمع نمود. این نمره

1. Five Factor Mindfulness Questionnaire
2. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney

3. Addiction Proneness Scale (APS)
4. Weed, Butcher, Mckenna & Ben-Porath

دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد است. در پژوهش زرگر، نجاریان و نعیمی (۱۳۸۷) روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست بالینی علائم بالینی برابر ۰/۴۵ گزارش شده است. همچنین، یاقوتی زرگر و احمدی (۱۳۹۹) در بین نمونه‌ای از دانش‌آموزان دوره‌ی دوم متوسطه پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ را برابر ۰/۹۰ و در حد مطلوب گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۴ به دست آمد.

۳. سیاهه افسردگی بک، ویرایش دوم^۱: این سیاهه نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک، وارد، مندلسون، موک و ارباق^۲ معرفی شد و در سال ۱۹۷۱ تجدیدنظر شد. این آزمون از ۲۱ گویه جهت بررسی نشانگان مختلف افسردگی تشکیل شده است و پاسخگویی به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ انجام می‌شود. دامنه نمره کل بین صفر تا ۶۳ است. نمره ۹-۰ نشانه فقدان افسردگی، ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف، ۱۹-۲۸ افسردگی متوسط و ۶۳-۳۰ نشانه افسردگی شدید است. بک، استیر و پروان^۳ (۲۰۰۰) پایایی باز آزمایی این ابزار را از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در ایران، فتی، بیرشک، عاطف و دابسون (۲۰۰۵)، در یک فرا تحلیل برای تعیین همسانی درونی سیاهه، دامنه‌ی این ضریب را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و همبستگی بین دو فرم بازنگری شده اصلی را برابر با ۰/۸۹ گزارش کرده است (نقل از زارع، تقی‌لو و کاکاوند، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر میزان پایایی سیاهه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ به دست آمد.

۴. پرسشنامه تعارض زناشویی^۴: این پرسشنامه توسط ثنایی ذاکر و براتی در سال ۱۳۷۵ به منظور ارزیابی زمینه‌های اصلی تعارض‌های زن و شوهری طراحی شده است. شامل ۴۲ سؤال است که بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری

1. Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)
2. Beck, Ward, Mendelson, Moock & Erbaugh

3. Beck, Steer & Brown
4. marital conflict questionnaire

می شود. نمره همه ۴۲ سؤال با هم جمع و یک نمره در دامنه بین ۴۲ تا ۲۱۰ به دست می آید که نمره بالا نشان دهنده تعارض زناشویی بالاتر است. ثنایی و براتی (۱۳۷۵) به منظور اندازه گیری روایی و پایایی، پرسشنامه مذکور را بین دو گروه سازگار و ناسازگار در زن و مردان متأهل عادی و متقاضی طلاق اجرا کردند که مقایسه نتایج بیانگر وجود تفاوت معناداری بین آنها بود که دال بر قدرت تمیز آزمون در تشخیص زوج های متعارض از نامتعارض بود و پایایی کلی پرسشنامه نیز در بین دو گروه سازگار و ناسازگار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۵۲ گزارش شده است (نقل از ثنایی ذاکر، ۱۳۸۷). همچنین، در هنجاریابی مجدد توسط بشکار (۱۳۸۷) پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ برابر ۰/۹۵ برآورد شده است. در پژوهش حاضر میزان پایایی سیاهه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد.

پس از اجرای پرسشنامه ها تعداد ۲۱ پرسشنامه با استفاده از فاصله مهالانویس^۱ به عنوان داده پرت مشخص و از روند پژوهش حذف شد و در نهایت داده های مربوط به ۳۲۹ نفر با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی تعدیلی تحلیل شد.

یافته ها

بررسی ویژگی های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن نوجوانان به ترتیب برابر با ۱۶/۲۵ و ۱/۷۶ بود. همچنین، در خصوص والدین ۶۶ درصد (۲۱۷ نفر) از گروه نمونه مادر و ۳۴ درصد (۱۱۲ نفر) پدر بودند. در ادامه در جدول ۱ اطلاعات توصیفی و وضعیت نرمال بودن توزیع نمرات آزمودنی ها در متغیرهای پژوهش ارائه می شود.

جدول ۱: آماره های توصیفی و بررسی نرمال بودن توزیع نمره های متغیرهای پژوهش

شاخص ها متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	آماره Z	کولموگروف-اسمیرنف سطح معناداری
تعارض زناشویی والدین	۱۱۵/۳۱	۱۰/۵۷	۰/۶۹	۱/۷۳	۰/۰۶۸	۰/۰۷۳
ذهن آگاهی	۹۲/۶۳	۸/۳۱	-۰/۳۷	-۰/۸۱	۰/۰۹۱	۰/۰۵۳
افسردگی	۱۸/۹۱	۴/۷۶	-۰/۵۴	-۰/۹۷	۰/۰۶۵	۰/۰۸۹
گرایش به مصرف مواد	۶۵/۷۹	۶/۸۲	۰/۸۳	۱/۴۹	۰/۰۷۴	۰/۰۶۹

1. mahalanobis distance

جدول ۱ در کنار پرداختن به میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که کجی توزیع نمره‌ها در دامنه (۱ و -۱) و کشیدگی در دامنه (۲ و -۲) قرار دارد و همچنین، نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نیز نشان می‌دهد که سطح معناداری آماره Z بزرگ‌تر از $p > 0.05$ است. بنابراین بر اساس این آماره‌ها نرمال بودن توزیع نمرات تأیید می‌شود.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرها و بررسی هم‌خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین

شاخص‌های آماری متغیرها	ضرایب همبستگی				شاخص‌های هم‌خطی چندگانه
	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	
(۱) تعارض زناشویی والدین	۱				عامل تورم واریانس
(۲) ذهن آگاهی	-۰/۱۸*	۱			آماره تحمل
(۳) افسردگی	۰/۴۹**	-۰/۴۱**	۱		
(۴) گرایش به مصرف مواد	۰/۲۹**	-۰/۵۳**	۰/۶۱**	۱	

$p < 0.01$ ** $p < 0.05$ *

جدول ۲ به ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش می‌پردازد، نتایج نشان می‌دهد که بین تعارض زناشویی والدین ($r = 0.29$ و $P < 0.01$) و افسردگی نوجوانان ($r = 0.61$) و $P < 0.01$) با گرایش به مصرف مواد نوجوانان رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بین ذهن آگاهی با گرایش به مصرف مواد ($r = -0.53$ و $P < 0.01$) رابطه منفی معنادار وجود دارد. همچنین، نتایج حاصل از بررسی هم‌خطی چندگانه در جدول ۲ نشان می‌دهد آماره تحمل (بزرگ‌تر از 0.10) و عامل تورم واریانس (کمتر از 10) در دامنه پذیرش قرار دارند؛ بنابراین بین متغیرهای پژوهش هم‌خطی چندگانه وجود ندارد.

در ادامه برای بررسی نقش تعدیل‌کنندگی افسردگی و ذهن آگاهی در رابطه بین تعارض زناشویی والدین و گرایش به مصرف مواد نوجوانان از رگرسیون سلسله مراتبی تعدیلی استفاده شد. لازم به ذکر است که در این روش برای بررسی روابط تعاملی دو متغیر مستقل پیوسته در پیش‌بینی یک متغیر وابسته، ابتدا باید متغیر مستقل اول بعد متغیر مستقل دوم (متغیر تعدیل‌کننده) و در آخر تعامل این دو (که از ضرب بردارهای آن دو

ایجاد می‌شوند) وارد تحلیل شوند و اگر متغیر تعاملی و رای اثر دو متغیر مستقل، واریانس تبیین شده‌ی متغیر وابسته را به‌طور معنادار بالا برد، می‌توان بیان نمود که متغیر تعدیل‌کننده، رابطه‌ی بین متغیر مستقل اول و متغیر وابسته را تعدیل می‌کند. نتایج این تحلیل در جداول ۳ و ۴ گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی تبدیلی بر اساس متغیرهای تعارض زناشویی و افسردگی و تعامل آن‌ها برای پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد نوجوانان

P	F	ΔR^2	R^2	R	T	B	گام
۰/۰۰۱	۳۰/۰۶	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۲۲	۶/۰۷	۰/۳۵	اول: تعارض زناشویی والدین
۰/۰۰۱	۳۷/۱۸	۰/۲۵	۰/۴۴	۰/۴۸	۵/۸۲	۰/۳۱	دوم: افسردگی
۰/۰۰۱	۳۲/۴۵	۰/۲۱	۰/۶۵	۰/۶۷	۳/۵۱	۰/۲۴	سوم: تعارض زناشویی والدین × افسردگی

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گام اول تعارض زناشویی والدین به‌تنهایی ۱۹ درصد از واریانس گرایش به مصرف مواد نوجوانان را تبیین می‌کند، در گام دوم متغیر تعدیل‌کننده افسردگی با اضافه شدن به معادله رگرسیون در کنار تعارض زناشویی در مجموع ۴۴ درصد از واریانس گرایش به مصرف مواد را تبیین می‌کنند. در نهایت نیز در گام سوم تعامل بین تعارض زناشویی والدین و افسردگی به معادله رگرسیون اضافه شد که نتایج این تعامل ۶۵ درصد قدرت تبیین گرایش به مصرف مواد را دارد؛ بنابراین، با توجه به بالا رفتن میزان واریانس تبیین شده، متغیر گرایش به مصرف مواد در نتیجه ورود متغیر تعاملی تعارض زناشویی والدین و افسردگی ($\Delta R^2=0/21$) می‌توان نتیجه گرفت که متغیر افسردگی قادر به تعدیل رابطه بین تعارض زناشویی والدین و گرایش به مصرف مواد نوجوانان است. به عبارت دیگر رابطه افسردگی و گرایش به مصرف مواد در سطوح بالا و پایین متغیر افسردگی متفاوت است.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی تعدیلی بر اساس متغیرهای تعارض زناشویی والدین و ذهن آگاهی و تعامل آن‌ها برای پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد نوجوانان

گام	B	T	R	R ²	ΔR^2	F	P
اول: تعارض زناشویی والدین	۰/۳۵	۶/۰۷	۰/۲۲	۰/۱۹	۰/۱۹	۳۰/۰۶	۰/۰۰۱
دوم: ذهن آگاهی	-۰/۲۶	-۴/۷۹	۰/۳۹	۰/۳۵	۰/۱۶	۲۱/۸۴	۰/۰۰۱
سوم: تعارض زناشویی والدین × ذهن آگاهی	-۰/۱۵	-۲/۳۶	۰/۵۶	۰/۵۳	۰/۱۸	۲۹/۳۷	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در گام اول تعارض زناشویی والدین به تنهایی ۱۹ درصد از واریانس گرایش به مصرف مواد نوجوانان را تبیین می‌کند، در گام دوم متغیر تعدیل‌کننده ذهن آگاهی با اضافه شدن به معادله رگرسیون در کنار تعارض زناشویی والدین در مجموع ۳۵ درصد از واریانس گرایش به مصرف مواد را تبیین می‌کنند. در نهایت نیز در گام سوم تعامل بین تعارض زناشویی والدین و ذهن آگاهی به معادله رگرسیون اضافه شد که نتایج این تعامل ۵۳ درصد قدرت تبیین گرایش به مصرف مواد را دارد؛ بنابراین، با توجه به بالا رفتن میزان واریانس تبیین شده متغیر گرایش به مصرف مواد در نتیجه ورود متغیر تعاملی تعارض زناشویی والدین و ذهن آگاهی ($\Delta R^2=0/18$) می‌توان نتیجه گرفت که متغیر ذهن آگاهی قادر به تعدیل رابطه بین تعارض زناشویی والدین و گرایش به مصرف مواد است. به عبارت دیگر رابطه تعارض زناشویی والدین و گرایش به مصرف مواد در سطوح بالا و پایین متغیر ذهن آگاهی متفاوت است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش تعدیل‌کننده افسردگی و ذهن آگاهی در رابطه بین تعارض زناشویی والدین با گرایش به مصرف مواد نوجوانان انجام شد. نتایج نشان داد که بین تعارض زناشویی والدین با گرایش به مصرف مواد نوجوانان رابطه مثبت وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های لوک و همکاران (۲۰۱۷)، روم و مترگر (۲۰۱۸) و کاستا و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این نتایج مطابق با فرضیه سرریز شدن می‌توان بیان داشت که استرس و تنش ایجادشده به دلیل تعارض‌ها و کشمکش‌های زناشویی والدین می‌تواند به روابط آن‌ها با فرزندان سرریز شود و ناسازگاری آن‌ها را در

ابعاد مختلف روان‌شناختی و اجتماعی به دنبال داشته باشد که این ناسازگاری ایجاد شده از طریق کاهش عزت نفس، استقلال و خودتنظیمی هیجانی، فرزندان آن‌ها را در برابر اعتیاد آسیب‌پذیر می‌سازد (لیونگ و شک، ۲۰۱۹). همچنین در تبیین نتایج پژوهش حاضر، بروسنان و همکاران (۲۰۲۰) مطرح می‌کنند که تعارض زناشویی والدین باعث می‌شود آن‌ها سبک فرزندپروری مناسبی را اتخاذ نکنند و با رفتارهای کنترل‌کننده و مطالبه‌گر رشد اجتماعی و عصب‌شناختی لازم برای روابط بین‌فردی مثبت فرزندان را مختل کنند، که این حالت با بازداری رفتارهای جامعه‌پسند و کاهش احساس امنیت و اعتماد فرزندان به تعامل سازنده آنها با والدین‌شان آسیب می‌زند و می‌تواند زمینه‌ساز گرایش به رفتارهای مشکل‌زا و پرخطر مانند مصرف مواد شود.

در بخش دیگر پژوهش، نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد که افسردگی در رابطه تعارض زناشویی والدین و گرایش به مصرف مواد نوجوانان نقش تعدیل‌کننده دارد و می‌تواند رابطه بین این دو متغیر را افزایش دهد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های لیانگ و همکاران (۲۰۱۶)، گرای و اسکوگلیا (۲۰۱۸) و هیرد و همکاران (۲۰۱۹) که بر افزایش افسردگی و به تبع آن افزایش گرایش به مصرف مواد فرزندان خانواده به دلیل مشکلات موجود در زیر منظومه زن و شوهری در نظام خانواده اشاره داشته‌اند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بر اساس نظریه نظام‌های خانواده بوئن (۱۹۶۶) بیان داشت، والدینی که تعارض زناشویی بالایی دارند نمی‌توانند به راحتی تعارض‌های خود را به روشی موثر و سازنده حل کنند و بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی را برای فرزندان خود ایجاد می‌کنند (لی و همکاران، ۲۰۱۸)، زیرا این افسردگی مخصوصاً در دوره‌ی نوجوانی متأثر از روابط ناسالم والدین و تعارض‌های بین آن‌ها است (استیل و مک‌کینی، ۲۰۱۹). بنابراین، بخاطر افسردگی ایجاد شده به واسطه تعارض زناشویی والدین، مطابق با مطالعه چيون (۲۰۲۰) نوجوانان ممکن است برای جبران این ناامنی هیجانی و فرار کردن از مشکلات هیجانی ایجاد شده به سمت برخی رفتارها از جمله مصرف مواد و الکل گرایش پیدا کنند. در تبیین دیگر می‌توان بیان داشت نوجوانان افسرده‌ای که در خانواده‌های ناسازگار زندگی می‌کنند، ممکن است ارزیابی پایینی از

عزت نفس خود داشته باشند و شایستگی اجتماعی خود را به طور منفی ادراک کنند، که مطابق با مطالعه رافتری و همکاران (۲۰۱۹) ممکن است در نتیجه‌ی این ادراک ناسازگار درباره‌ی خودشان و کاهش خودکارآمدی در روابط اجتماعی احتمال گرایش به مصرف مواد و اعتیاد بیشتری داشته باشند.

در کنار موارد مطرح شده می‌توان بیان داشت که بر مبنای فرضیه افزایش خلق زمانی که نوجوانان رابطه بین والدین شان را با کیفیت ادراک نمی‌کنند در آن‌ها هیجان‌های منفی مانند افسردگی ایجاد می‌شود و به دلیل فضای متشنج خانواده نمی‌توانند هیجان‌ها خود را در فضای سالمی ابراز کنند، در نتیجه مطابق با پژوهش‌های زویاک و همکاران (۲۰۱۸) و ژنگ و همکاران (۲۰۲۰) احتمال دارد برای کاهش سطح هیجان منفی به برخی رفتارهای اعتیادی و فعالیت‌های خودآسیب‌رسان مانند مصرف مواد روی بیاورند.

در نهایت، نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد که افسردگی در رابطه تعارض زناشویی والدین و گرایش به مصرف مواد نوجوانان نقش تعدیل‌کننده دارد و می‌تواند رابطه بین این دو متغیر را افزایش دهد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های اوهانسیان و همکاران (۲۰۱۶) و فلور و همکاران (۲۰۱۸) که عنوان می‌کنند ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث کاهش تأثیرات روابط مخرب زناشویی والدین بر گرایش نوجوانان به مصرف مواد شود، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بر مبنای مدل تعامل ارگانیسم-محیط (لرنر و همکاران، ۲۰۰۶) بیان داشت که ذهن‌آگاهی به عنوان یک شایستگی و مهارت فردی سبب بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان افراد می‌شود که این توانمندی‌های ایجاد شده به افراد کمک می‌کند تا بتوانند شرایط استرس‌زا و پرتنش محیط‌های مختلف از جمله محیط خانوادگی را اصلاح کنند و توجه خود از موضوعاتی مانند تعارض والدین دور کنند و در نتیجه مطابق با مطالعه کاونهرون و دورجی (۲۰۱۷) به احتمال کمتری به رفتارهای خودآسیب‌رسان مانند مصرف مواد روی می‌آورند. در تبیین دیگری، قابل طرح است که بر مبنای مدل ادراک مجدد ذهن‌آگاهی، ذهن‌آگاهی باعث می‌شود توانایی افراد برای عقب‌ایستادن و مشاهده کردن حالت‌های مثل نگرانی از تنش‌های خانوادگی افزایش یابد در نتیجه بتوانند خود را از افکار تکرار شونده رها کنند و

از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با این افکار کنترل نشوند، بلکه بتوانند از اطلاعات برخاسته از این حالت استفاده کنند و با همراه شدن با هیجان‌ها خود غرق در افکار منفی برخاسته از هیجان‌ها نشوند و در نتیجه مطابق با دیدگاه آرنولد و همکاران (۲۰۲۰) میزان آسیب‌پذیری آنها در برابر گرایش به مصرف مواد کاهش یابد. در کنار موارد مطرح شده، مک-کرینگ و هوانگ (۲۰۱۹) معتقدند که ذهن آگاهی باعث رشد عامل‌های مختلف مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن و عمل توأم با هوشیاری می‌شود که این عوامل بر مبنای مدل شناختی- رفتاری داویس (۲۰۰۱) در خصوص رفتارهای اعتیادی، نگرانی و نشخوار فکری افراطی مربوطه به تعارض‌های والدینی که سبب بروز برانگیختگی هیجانی، سوگیری و ادراک نادرست می‌شود را کاهش داده و به‌طور چشمگیری می‌تواند از رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد پیشگیری کند (تانگ و همکاران، ۲۰۱۶).

هر پژوهشی دارای محدودیت است و در خصوص پژوهش حاضر می‌توان بیان داشت که تفاوت‌های فردی آزمودنی‌ها مانند تفاوت در انگیزه و علاقه به موضوع می‌تواند نتایج این پژوهش را با محدودیت روبرو کند. علاوه بر این، جهت سنجش متغیرهای پژوهش از ابزار خودگزارش‌دهی استفاده شد که این ابزار محدودیت‌های خاص خود از قبیل مطلوبیت اجتماعی را دارد. همچنین، این پژوهش صرفاً بر روی دانش‌آموزان پسر نوجوان شهر نورآباد استان لرستان و یکی از والدین آنها انجام شده است که تعمیم نتایج به کل دانش‌آموزان استان لرستان و دانش‌آموزان دختر باید با احتیاط صورت گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های با نمونه‌های دختر و در سایر شهرهای استان لرستان و همچنین بررسی هر دو والد انجام شود که به غنای اطلاعات کمک شود. در نهایت اینکه، نتایج این مطالعه برای نوجوانان و متخصصین حوزه‌ی اعتیاد نوجوانان چندین پیشنهاد کاربردی دارد. ابتدا اینکه یافته‌ها نشان داد که ذهن آگاهی عامل مهمی در محافظت از نوجوانان در برابر گرایش به اعتیاد است، بنابراین می‌توان از طریق آموزش این مهارت به نوجوانان کمک کرد که استرس‌ها و تنش‌های خود را بهتر مدیریت کنند و به احتمال کمتری به مصرف مواد گرایش داشته باشند. دوم اینکه، بر اساس نتایج تعارض زناشویی با افزایش افسردگی منجر به گرایش بیشتر به اعتیاد می‌شود بنابراین می‌توان در نوجوانان افسرده روی بهبود

فضای خانوادگی کار کرد و از این طریق با کاهش افسردگی احتمال گرایش به مصرف مواد در این نوجوانان را کاهش داد.

منابع

بشکار، سلطانهلی (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت خشم در کاهش تعارضات زناشویی زوجین ارجاع شده به شوارهای حل اختلاف. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

تمنایی فر، شیما؛ اصغرنژاد، علی اصغر؛ میرزایی، مصلح و سلیمانی، مهدی (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان-سنجی پرسش‌نامه پنج عاملی ذهن آگاهی. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۲(۴۷)، ۳۲۹-۳۲۱.

ثنایی ذاکر، باقر (۱۳۸۷). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. چاپ دوم، تهران: انتشارات بعثت. زارع، معصومه؛ تقی‌لو، صادق و کااوند، علیرضا (۱۳۹۵). رابطه بین اضطراب و افسردگی با میانجی-گری تفکر ارتجاعی و کمال‌گرایی به روش معادلات ساختاری. *مجله بهداشت روانی (ویژه-نامه)*، ۱۸، ۴۶۴-۴۴۵.

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

صابری، زهرا؛ فرخی، نورعلی و نامور، هومن (۱۳۹۷). رابطه علی بین هوش معنوی و آمادگی اعتیاد با میانجی‌گری باورهای فراشناختی و سخت‌رویی تحصیلی در دانشجویان. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۱۵۶-۱۳۵.

علوی، خدیجه و رمضانی، شیما (۱۳۹۹). نقش سبک‌های فرزندپروری ادراک شده و شفقت به خود در پیش‌بینی آمادگی اعتیاد در جوانان. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۱۱۲-۸۹.

عینی، ساناز؛ ترابی، نغمه؛ عبادی، متینه و کرمانی، علی (۱۳۹۹). پیش‌بینی گرایش به سوء مصرف مواد بر اساس خودبیطانگی تحصیلی، هیجان‌های تحصیلی منفی و خودکارآمدی عمومی در دانش-آموزان. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۱۰۰-۷۹.

یاقوتی زرگر، حسن و احمدی، شیرین (۱۳۹۹). مدل‌یابی گرایش به مصرف مواد بر اساس هیجان-خواهی با میانجی‌گری بدتنظیمی هیجان. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی، ۱۴(۵۷)، ۱۳۰-۱۱۵.

۱۱۵

References

- Arnaud, N., Baldus, C., Laurenz, L. J., Bröning, S., Brandt, M., Kunze, S., Austermann, M., Zimmermann, L., Daubmann, A., & Thomasius, R. (2020). Does a mindfulness-augmented version of the German Strengthening Families Program reduce substance use in adolescents? Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21, 114-129.
- Ashe, M. L., Newman, M. G., & Wilson, S. J. (2015). Delay discounting and the use of mindful attention versus distraction in the treatment of drug addiction: a conceptual review. *Journal of experimental analysis behavior*, 103, 234-248.
- Baer, P. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. San Antonio, Texas: The psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. J. A. G. P. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Begdache, L., Kianmehr, H., Sabounchi, N., Marszalek, A., & Dolma, N. (2019). Principal component regression of academic performance, substance use and sleep quality in relation to risk of anxiety and depression in young adults. *Trends in neuroscience and education*, 15, 29-37.
- Berge, J., Sundell, K., Ojehagen, A., & Hakansson, A. (2016). Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study. *British medical journal*, 6(1), 1-9.
- Brosnan, T., Kolubinski, D. C., & Spada, M. M. (2020). Parenting styles and metacognitions as predictors of cannabis use. *Addictive behaviors reports*, 11, 1-7.
- Chun, J. (2020). Public health threat of tobacco and substance use in Asia: An introduction to the theme issue. *Journal of psychoactive drugs*, 52, 1-4.
- Costa, S., Gugliandolo, M. C., Barberis, N., Cuzzocrea, F., & Liga, F. (2019). Antecedents and consequences of parental psychological control and autonomy support: The role of psychological basic needs. *Journal of social and personal relationships*, 36(4), 1168-1189.
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A., Burgers, D. E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-

۲۶۲
262

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

- informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological bulletin*, 141(4), 858-861.
- Debnam, K. J., Milam, A. J., Mullen, M. M., Lacey, K., & Bradshaw, C. P. (2017). The moderating role of spirituality in the association between stress and substance use among adolescents: Differences by gender. *Journal of youth and adolescence*, 47(4), 818–828.
- Dela Pena, J. B., Ahsan, H. M., Botanas, C. J., Dela Pena, I. J., Woo, T., Kim, H. J., & Cheong, J. H. (2016). Cigarette smoke exposure during adolescence but not adulthood induces anxiety like behavior and locomotors stimulation in rats during withdrawal. *International journal of development neuroscience*, 55(1), 49-55.
- Diggs, O., Neppel, T., Jeon, S., & Lohman, B. L. (2017). The association of harsh parenting, parent-child communication, and parental alcohol use with male alcohol use into emerging adulthood. *Journal of adolescent health*, 61(6), 736–742.
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K. H., & Hawkins, J. (2019). Youth risk behavior surveillance - United States, 2018. *Morbidity and mortality weekly report surveillance summaries*, 61(4), 1-162.
- Felver, J. C., Clawson, A. J., Morton, M. L., Brier-Kennedy, E., Janack, P., & DiFlorio, R. A. (2018). School-based mindfulness intervention supports adolescent resiliency: a randomized controlled pilot study. *International journal of school and educational psychology*, 7(1), 111-122.
- Gakh, M., Coughenour, C., Assoumou, B. O., & Vanderstelt, M. (2020). The relationship between school absenteeism and substance use: An integrative literature review. *Substance use and misuse*, 55, 491–502.
- Gray, K. M., & Squeglia, L. M. (2018). Research Review: What have we learned about adolescent substance use? *Journal of child psychology and psychiatry*, 59, 618–627.
- Heerde, J. A., & Bailey, J. A., Toumbourou, J. W., & Catalano, R. F. (2019). Longitudinal associations between the adolescent family environment and young adult substance use in Australia and the United States. *Frontiers in psychology*, 10, 821-833.
- Herrera, C. M., & Boxer, P. (2019). The role of gender in risk for substance use among justice-involved youth. *Children and youth services review*, 100, 485–493.
- Kaunhoven, R. J., & Dorjee, D. (2017). How does mindfulness modulate self-regulation in pre-adolescent children? An integrative neurocognitive review. *Neuroscience and biobehavioral review*, 74, 163–184.
- Klein, R. (2011). *Principles and practices of structural equation modeling*. (4th Ed). New York: Guilford Press.
- Ko, C. H., Wang, P. W., Liu, T. L., Yen, C. F., Chen, C. S., & Yen, J. Y. (2015). Bidirectional associations between family factors and Internet

- addiction among adolescents in a prospective investigation. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(4), 192–200.
- Kouros, C. D., Papp, L. M., Goekke-Morey, M. C., & Cummings, E. M. (2014). Spillover between marital quality and parent–child relationship quality: Parental depressive symptoms as moderators. *Journal of family psychology*, 28(3), 315–325.
- Larimer, M., Klimer, J., & Lee, C. (2015). High school student drug prevention: A review of individual prevention strategies. *Journal of drug issue*, 35, 431–456.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J., & Theokas, C. (2006). *Dynamics of Individual ↔ Context Relations in Human Development: A Developmental Systems Perspective*. In J. C. Thomas, D. L. Segal, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*, Vol. 1. Personality and Everyday Functioning (p. 23–43). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Leung, J. T. Y., & Shek, D. T. L. (2019). Parental control and adolescent wellbeing in Chinese adolescents in Hong Kong. *Child indicators research*, 13(9), 703–727.
- Li, C., Jiang, S., Fan, X., & Zhang, Q. (2018). Exploring the impact of marital relationship on the mental health of children: Does parent–child relationship matter? *Journal of health psychology*, 25(7), 1669–1680.
- Liang, L., Zhou, D., Yuan, C., Shao, A., & Bian, Y. (2016). Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: A cross-lagged study in Chinese adolescents. *Computers in human behavior*, 63, 463–470.
- Lorfa, S. K., Ugwu, C., Ifeagwazi, C. M., & Chukwuorji, J. C. (2018). Substance use among Youths: roles of psychoticism, social alienation, thriving and religious commitment. *African journal of drug & alcohol students*, 17(2), 133–146.
- Luk, J. W., King, K. M., McCarty, C. A., McCauley, E., & Stoep, A. V. (2017). Prospective effects of parenting on substance use and problems across Asian/Pacific Islander and European American youth: Tests of moderated mediation. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 78(4), 521–530.
- McKeering, P., & Hwang, Y. S. (2019). A systematic review of mindfulness-based school interventions with early adolescents. *Mindfulness*, 10, 593–610.
- Ohannessian, C. M., Flannery, K. M., Simpson, E., & Russell, B. S. (2016). Family functioning and adolescent alcohol use: a moderated mediation analysis. *Journal of adolescent*, 49, 19–27.
- Polles, A., Williams, M., Phalin, B., Teitelbaum, S., & Merlo, L. (2020). Neuropsychological impairment associated with substance use by physicians. *Journal of the neurological sciences*, 4(11), 1–7.

- Raftery, D. K., Kelly, P. J., Deane, F. P., McKetin, R., Baker, A. L., Ingram, I., Goh, M. C. W., Lubman, D. I., Carter, G., & Turner, A. (2019). Insights into insight: A systematic review of insight in substance use disorders. *Journal of drug and alcohol research*, 38, 84–85.
- Romm, K. F., & Metzger, A. (2018). Parental psychological control and adolescent problem behaviors: The role of depressive symptoms. *Journal of child and family studies*, 27(7), 2206–2216.
- Rotermann, M., & Langlois, K. (2015). Prevalence and correlates of marijuana use in Canada, 2012. *Health Reports*, 26(4), 10–15.
- Rotermann, M., & Langlois, K. (2015). Prevalence and correlates of marijuana use in Canada, 2012. *Health Reports*, 26(4), 10–15.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2014). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. New York: Walters Kluwer.
- Shek, D. T. L., Zhu, X., Dou, D., & Chai, W. (2020). Influence of family factors on substance use in early adolescents: a longitudinal study in Hong Kong. *Journal of psychoactive drugs*, 52(1), 66-76.
- Spoth, R., Clair, S., & Trudeau, L. (2014). Universal family-focused intervention with young adolescents: effects on health-risking sexual behaviors and STDs among young adults. *Prevention Science*, 15, 47–58.
- Steele, E. H., & McKinney, C. (2019). Emerging adult psychological problems and parenting style: Moderation by parent-child relationship quality. *Personality and individual differences*, 146, 201-208.
- Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and alcohol dependence*, 163(1), 13–28.
- Tripp, M. K. (2018). Tanning addiction in adolescents: directions for measurement and intervention development. *Journal of investigative dermatology*, 138(7), 1463-1467.
- Weed, N., Butcher, N. J., Mckenna, T., & Ben-Porath, Y. (1992). New measures for assessing alcohol and other drug problems with MMPI-2, APS & AAS. *Journal of personality assessment*, 58, 389-404.
- Weymouth, B. B., Fosco, G. M., & Feinberg, M. E. (2017). Nurturing-involved parenting and adolescent substance use: Examining an internalizing pathway through adolescent social anxiety symptoms and substance refusal efficacy. *Development and psychopathology*, 31(1), 247–260.
- Zheng, X., & Chen, J., Guo, Y., Qing, X., Hu, Y., Shi, Sh., Li, C., & Yu, Q. (2020). The buffer effect of physical activity: why does parental marital satisfaction affect adolescents' problematic internet use. *Addictive behaviors reports*, 11, 271-279.

- Zhou, N., & Buehler, C. (2019). Marital hostility and early adolescents' adjustment: The role of cooperative marital conflict. *The journal of early adolescence, 39*(1), 5–27.
- Zubak, Z., Zenic, N., Ostojic, L., Zubak, I., & Pojskic, H. (2018). A prospective study on the influence of scholastic factors on the prevalence and initiation of illicit drug misuse in adolescence. *International journal of environmental research and public health, 15*, 874-891.



مدل یابی گرایش به اعتیاد بر اساس صفات مدل پنج عاملی شخصیت با میانجی گری تاب آوری در دانشجویان

مهناز مغالو^۱، یاسر والیوند^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مدل یابی گرایش به اعتیاد بر اساس صفات مدل پنج عاملی شخصیت با میانجی گری تاب آوری انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه آزاد شهر مسجد سلیمان در سال ۱۳۹۸ بود. ۲۱۷ نفر از دانشجویان با استفاده از فرمول کوکران با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسش نامه تاب آوری، پرسشنامه ویژگی های شخصیتی و همچنین پرسشنامه گرایش به اعتیاد را پاسخ دادند. همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری و بوت استروپ روش های مورد استفاده برای تحلیل داده ها بودند. **یافته ها:** نتایج برازش مدل فرضی پژوهش را تایید کرد. تنها صفت دلپذیرخویی برازش خوبی با مدل نشان نداد که بعد از اصلاحات حذف گردید و مدل بهبود یافت. چهار ویژگی مدل پنج عاملی شخصیت شامل روان رنجورخویی، برونگرایی، گشودگی نسبت به تجارب و باوجدان بودن به صورت مستقیم با تاب آوری رابطه داشتند. همچنین این ویژگی ها رابطه غیرمستقیمی با میانجی گری تاب آوری، با میزان گرایش به اعتیاد داشتند. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج می توان گفت که ویژگی های شخصیتی با تعدیل تاب آوری موجب کاهش گرایش به اعتیاد در دانشجویان می شود و داشتن تاب آوری در برابر استرس می تواند نقش صفات شخصیت بر میزان گرایش دانشجویان به اعتیاد را تعدیل کند.

کلید واژه ها: تاب آوری، مدل پنج عاملی شخصیت، گرایش به اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک:

m.moghanloo@pnu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، ساوه، ایران

مقدمه

استفاده مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مسائل سلامتی، روانی اجتماعی و اقتصادی اجتماعی در کلیه جوامع است که می‌تواند منجر به مشکلات بسیاری برای فرد معتاد و خانواده و جامعه شود. ایران یکی از کشورهایی است که شیوع استفاده از مواد مخدر در سال‌های اخیر در میان جوانان آن رو به فزونی است (مرادی نظر، نجفی، جلیلیان و پاسدار، ۲۰۲۰). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی ایران بالاترین میزان مصرف تریاک و مواد افیونی را دارد که سه برابر از میانگین کلی مصرف در دنیا بیشتر است (سروش، نعمت شاهی، زرمهری، نخعی و مهرپور، ۲۰۱۹).

اختلال وابستگی مواد به عنوان یک بیماری چند عاملی مطرح است و عوامل متعددی در آن دخیل هستند. در بین این عوامل، الگوها، سنخ‌ها و صفات نسبتاً پایدار شخصیتی عامل کلیدی است. نتایج پژوهش‌های زیادی به ویژه در مورد خصوصیات شخصیتی نظیر هیجان خواهی و تکانشگری به عنوان صفات پیش‌بینی کننده گرایش به اعتیاد توافق دارند (هیل، وایت، چانگ، هاکینس و کاتالانو^۱، ۲۰۰۰؛ چاسین، پیت و پروست^۲، ۲۰۰۲). یکی از فرضیه‌های اثرگذاری شخصیت به عنوان فرضیه بیماری‌پذیری ارثی شخصیت^۳ مطرح می‌کند که شخصیت عامل مهمی در تبیین رفتارهای غیر قابل کنترل مانند اختلال وابستگی به مواد و الکل است (کروگر^۴ و همکاران، ۲۰۰۲). بررسی پیشینه پژوهش در مورد ارتباط مدل پنج‌عاملی شخصیت و گرایش به اعتیاد نشان می‌دهد در بیشتر پژوهش‌ها (کندی^۵ و همکاران، ۲۰۱۹؛ جی و ویلی^۶، ۲۰۱۶؛ لی و مالسیش^۷، ۲۰۱۶؛ گاتمن^۸، ۲۰۱۵؛ گرشاوی، ۱۳۹۵؛ ابهری، ۱۳۹۶؛ حمید، ۱۳۹۴؛ محمدی احمدی آبادی و گلستانی نژاد، ۱۳۹۹) صفت روان رنجورخویی با افزایش گرایش به اعتیاد همراه بوده‌است. با این حال در مورد چهار صفت دیگر از صفات مدل پنج‌عاملی نتایج متفاوت است. برای نمونه در پژوهش جی و ویلی (۲۰۱۶) با گروه نمونه دانش‌آموزان دختر بین بقیه صفات و گرایش به اعتیاد ارتباط

۲۶۸

268

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. Hill, White, Chung, Hawkins & Catalano
2. Chassin, Pitts & Prost
3. Personality diateses
4. Krueger

5. Kennedy
6. Jiy & Wiley
7. Lee & Masish
8. Gottman

معناداری دیده نشد. همچنین لی و مالسیس (۲۰۱۶) نشان دادند که رابطه منفی بین صفت برونگرایی و گشودگی، با وجدان بودن و دلپذیرخویی با گرایش به اعتیاد وجود دارد و مشخص شد که برونگرایی، با وجدان بودن و نیز گشودگی پیش‌بینی کننده کاهش گرایش به اعتیاد هستند. گاتمن (۲۰۱۵) نیز نشان داد صفات برونگرایی، دلپذیرخویی و با وجدان بودن با اعتیادپذیری رابطه معکوس دارند. در پژوهش ابهری (۱۳۹۶) برونگرایی، با وجدان بودن، گشودگی و دلپذیرخویی با گرایش به اعتیاد رابطه منفی داشتند. ولی در پژوهش گرشاوی (۱۳۹۵) فقط دو صفت برونگرایی و گشودگی توانستند میزان اعتیادپذیری دانش آموزان دختر دبیرستانی را به صورت منفی پیش‌بینی کنند. در پژوهش حمید (۱۳۹۴) برون گرایی، با وجدان بودن و گشودگی با گرایش به اعتیاد رابطه منفی داشتند. در پژوهش محمدی احمدآبادی و گلستانی نژاد (۱۳۹۹) برونگرایی، دلپذیرخویی و با وجدان بودن با آمادگی به اعتیاد رابطه معکوس داشتند ولی بین گشودگی به تجربه و آمادگی برای اعتیاد ارتباطی وجود نداشت.

یکی دیگر از ابعاد مهم روانشناختی که میزان آن می‌تواند در گرایش به اعتیاد موثر باشد، تاب‌آوری است. مطالعه جبریلی، حبیبی و ناظمی (۲۰۱۹) حاکی از آن است که، تاب‌آوری پایین، به‌طور معناداری با گرایش به اعتیاد ارتباط دارد. تاب‌آوری پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده است و تاب‌آوری پایین منجر به اختلال در سلامت جسم و روان می‌شود (اسمعیل خانی، احدی و مظاهری، ۱۳۹۲؛ قبری و فولادچنگ، ۱۳۹۴). یروف و سفین^۱ (۲۰۱۷) به بررسی رابطه تاب‌آوری و ناگویی هیجانی با گرایش به اعتیاد پرداختند و گزارش کردند که بین تاب‌آوری و گرایش به اعتیاد رابطه منفی معناداری وجود دارد و مشخص شد که تاب‌آوری پیش‌بینی کننده معناداری برای کاهش گرایش به اعتیاد است. کاسجین، لاجین و اوینگک^۲ (۲۰۱۸) در طی پژوهشی دیگر به رابطه کیفیت زندگی و تاب‌آوری با اعتیادپذیری در دانش آموزان دبیرستانی پرداختند. نتایج نشان داد که همبستگی معکوسی بین تاب‌آوری با اعتیادپذیری وجود دارد و مشخص شد که تاب‌آوری پیش‌بینی کننده معناداری برای کاهش اعتیادپذیری می‌باشد. هلینسون و

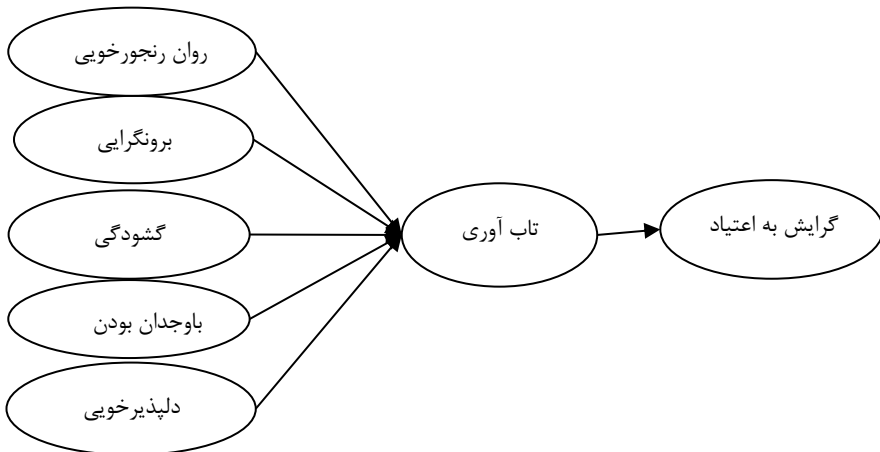
میلنر^۱ (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی نشان دادند که تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده معناداری برای کاهش گرایش به اعتیاد می‌باشد. جودیت و فینی^۲ (۲۰۱۶) نشان دادند که کیفیت زندگی و تاب‌آوری با گرایش به اعتیاد رابطه معکوسی دارد و نیز مشخص شد که تاب‌آوری پایین می‌تواند افزایش گرایش به اعتیاد را پیش‌بینی کند. در پژوهش جکسون و وراتی^۳ (۲۰۱۴) نیز بین تاب‌آوری با گرایش به اعتیاد نوجوانان رابطه معکوسی وجود داشت. خانزاده (۱۳۹۶) نشان داد تاب‌آوری به صورت منفی پیش‌بین گرایش به اعتیاد در نوجوانان است. آزادی، رسولی و عشایری (۱۳۹۵) در پژوهشی با بررسی رابطه تاب‌آوری و استرس ادراک شده با اعتیادپذیری جوانان نتیجه‌گیری کردند تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده منفی اعتیادپذیری در دانشجویان است. در پژوهش محمدی‌پور (۱۳۹۵)، قادری و آرمان (۱۳۹۵)، قهرمان و بسطامی (۱۳۹۵)، نتایج نشان داد تاب‌آوری می‌تواند کاهش گرایش به اعتیاد در نوجوانان دبیرستانی را پیش‌بینی کند. هاشمی (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان داد تاب‌آوری بهترین پیش‌بینی‌کننده به شکل منفی برای اعتیادپذیری دانشجویان دختر به شمار می‌آید. با این حال در تحقیق علایی خرایم، بشر پور، حاجلو و نریمانی (۱۴۰۰) تاب‌آوری نقشی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد نشان نداد و بنابراین نتایج پژوهش‌ها در این زمینه همسو نیستند.

در مورد ارتباط تاب‌آوری با صفات مدل پنج‌عاملی شخصیت در پژوهشی که توسط شفیع‌زاده (۱۳۹۶) با هدف بررسی رابطه پنج‌عامل بزرگ شخصیت با تاب‌آوری صورت گرفت، نتایج حاکی از وجود رابطه منفی بین روان‌رنجورخویی و تاب‌آوری و به علاوه رابطه مثبت بین برونگرایی و دل‌پذیرخویی با تاب‌آوری بود. در پژوهش دیگری که توسط کمپبل سیلز، کوهن و استین^۴ (۲۰۰۶) در گروهی از دانشجویان انجام شد، نتایج حاکی از ارتباط منفی تاب‌آوری با روان‌رنجورخویی و ارتباط مثبت تاب‌آوری با برونگرایی و باوجدان بودن بود. با توجه به پیشینه پژوهش و نقش مهم پنج‌عامل بزرگ شخصیت در گرایش به اعتیاد و همچنین نقش مهم تاب‌آوری در گرایش به

1. Helinson & Milner
2. Judith & feeny

3. Jacson & Werati
4. Campbell-Sills, Cohen & Stein

اعتیاد، پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی ساختاری گرایش به مواد مخدر بر اساس پنج عامل بزرگ شخصیت با توجه به نقش میانجی‌گر تاب‌آوری، در قالب مدل زیر انجام شد.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد شهر مسجد سلیمان در سال ۱۳۹۸ شامل ۷۴۹ دانشجوی (۳۰۹ پسر و ۴۴۶ دختر) بود. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد. نتایج محاسبه نشان داد با سطح خطای ۵ درصد برای جامعه آماری با حجم ۷۴۹ نفر حداقل حجم نمونه برابر با ۲۵۴ نفر است و تعداد ۲۵۵ نفر به عنوان حجم نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود تحصیل حداقل ۴ ترم در دانشگاه مسجد سلیمان و سن ۲۰ تا ۳۵ سال بود. به دلیل ریزش نمونه و عدم پاسخدهی، نمونه نهایی پژوهش شامل ۲۱۷ دانشجوی (۱۰۵ دختر و ۱۱۲ پسر) شد. برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون در نرم‌افزار اسپاس‌اس و همچنین روش مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار آموس استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه تاب‌آوری: کونور و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) این پرسشنامه را به منظور سنجش تاب‌آوری تهیه نمودند. این مقیاس دارای ۲۵ گویه می‌باشد و سازه تاب‌آوری را بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد که به هر سوال نمره صفر (کاملاً نادرست) تا نمره ۴ (همیشه درست) داده می‌شود. دامنه نمره‌گذاری آن بین ۰ تا ۱۰۰ است و نمره بیشتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بالای فرد است. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. شاکری‌نیا و محمدپور (۱۳۸۹) ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آوردند. مشعل‌پور (۱۳۸۹)، به نقل از شاکری‌نیا و محمدپور، (۱۳۸۹) در پژوهشی از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز با محاسبه ضریب همبستگی ۰/۶۴ نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار نسبتاً بالایی برخوردار است و نیز پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی برای متغیر تاب‌آوری برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

۲۷۲

272

۲- پرسشنامه شخصیت نئو فرم کوتاه: فرم کوتاه آزمون نئو توسط مک کری و کاستا (۱۹۸۷) تهیه شد و دارای ۶۰ سوال می‌باشد. این آزمون پنج ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، دلبذیرخویی و باوجدان بودن را می‌سنجد. هر کدام از ویژگی‌ها در این آزمون با ۱۲ سوال مورد سنجش قرار می‌گیرند. نمره‌گذاری این مقیاس در یک طیف از صفر (کاملاً موافقم) تا ۴ (کاملاً مخالفم) قرار می‌گیرد. مک کری و کاستا (۲۰۰۴)، به نقل از ساعتچی و همکاران، (۱۳۹۰) در تحقیقی ضریب اعتبار پرسشنامه مذکور را از طریق همبسته کردن با آزمون ۲۴۰ سوالی برای پنج ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، دلبذیرخویی و باوجدان بودن به ترتیب 0/44، 0/49، 0/42، 0/51 و 0/54 گزارش کرده‌اند. خرمایی و فرمانی (۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای ویژگی روان‌رنجورخویی ۰/۸۳، برون‌گرایی ۰/۷۲،

گشودگی ۰/۶۹، دلپذیرخویی ۰/۸۳ و باوجدان بودن ۰/۸۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی برای پنج صفت روان رنجورخویی، برونگرایی، گشودگی، دلپذیرخویی و گشودگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۸، ۰/۶۵، ۰/۶۱ و ۰/۸۳ به دست آمد.

۳- مقیاس آمادگی به اعتیاد: این مقیاس توسط زرگر (۱۳۸۵) ساخته شد که از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ گویه می‌باشد. نمره گذاری هر سوال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. در این پرسشنامه سوالات ۵، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۴، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴ و ۳۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند (شاهرخی، ۱۳۹۳). شاهرخی (۱۳۹۳) اعتبار آن را از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه کرد و پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرد. ضریب همسانی درونی در پژوهش حاضر برابر ۰/۸۳ بود.

یافته‌ها

در افراد نمونه، ۱۶/۱ درصد (۳۵ نفر) در گستره‌ی سنی ۲۰ تا ۲۲ سال، ۳۵/۹ درصد (۷۸ نفر) در گستره‌ی سنی ۲۳ تا ۲۵ سال، ۳۶/۴ درصد (۷۹ نفر) در گستره‌ی سنی ۲۶ تا ۲۸ سال و ۱۱/۵ درصد (۲۵ نفر) در گستره‌ی سنی ۲۹ تا ۳۱ سال بودند. آماره‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و آزمون شاپیرو-ویلک متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آزمون شاپیرو-ویلک آماره	شاپیرو-ویلک معناداری
تاب‌آوری	۵۲/۹۰	۱۳/۹۷	۰/۸۹	۱۰/۰
روان رنجورخویی	۲۱/۵۰	۶/۲۵	۰/۹۵	۳۹/۰
برون‌گرایی	۲۷/۲۷	۶/۰۵	۹۴/۰	۱۹/۰
گشودگی	۲۶/۵۵	۴/۷۰	۰/۸۷	۰/۰۷
دلپذیرخویی	۲۸/۵۲	۴/۸۰	۰/۹۶	۰/۱۱
باوجدان بودن	۳۰/۴۹	۶/۴۵	۰/۸۸	۰/۰۶
گرایش به اعتیاد	۴۸/۶۹	۱۱/۷۲	۰/۸۶	۰/۴۸

به منظور بررسی نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین گرایش به اعتیاد و صفات شخصیت از معادلات ساختاری استفاده شد. قبل از اجرای معادلات ساختاری، پیش‌فرض

نرمال بودن داده‌ها بررسی شد. برای نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، نتایج غیر معنادار آزمون شاپیرو ویلک ($p > 0/05$) برای متغیرهای پژوهش تاییدکننده نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. با توجه به این‌که ماتریس همبستگی، مبنای تجزیه و تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری می‌باشد، لذا قبل از پرداختن به آزمون الگوی نظری، ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- گرایش به اعتیاد							
۲- تاب‌آوری	۰/۶۲**						
۳- روان‌رنجورخویی	۰/۳۷**	۰/۳۸**					
۴- دلپذیر خویی	۰/۲۷**	۰/۲۰**	۰/۳۸**				
۵- باوجدان بودن	۰/۲۹**	۰/۳۷**	۰/۳۹**	۰/۳۵**			
۶- گشودگی	۰/۱۳*	۰/۱۶**	۰/۰۵	۰/۱۲*	۰/۱۸**		
۷- برونگرایی	۰/۴۳**	۰/۳۲**	۰/۴۵**	۰/۳۰**	۰/۴۴**	۰/۱۹**	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین متغیرهای پژوهش همبستگی‌های معناداری در سطوح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ وجود دارد. تنها بین دو متغیر گشودگی و روان‌رنجورخویی رابطه معنار دار مشاهده نمی‌شود. بنابراین، با توجه به همبستگی معنادار بین متغیرهای پژوهش، می‌توان از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده کرد. نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل در جدول ۳ ارائه شده است که بر اساس معیار هو و بنتلر (۱۹۹۹) الگوی نهایی از برازش مطلوبی برخوردار است.

جدول ۳: برازش الگوی پیشنهادی و الگوی اصلاح شده اول و الگوی نهایی مدل

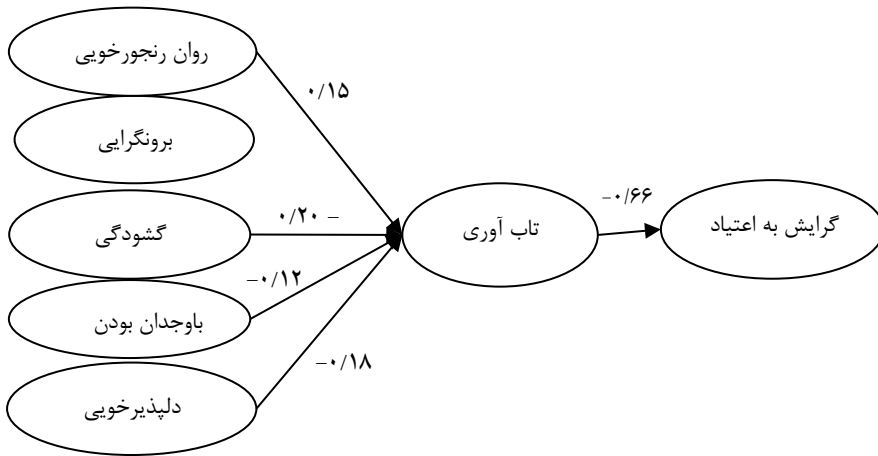
شاخص برازندگی	X^2/df	GFI	AGFI	IFL	TLI	CFI	NFI	RMSEA
الگوی پیشنهادی	۶/۸۷	۰/۹۶	۰/۸۲	۰/۹۲	۰/۷۶	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۱۳
الگوی اصلاح شده اول	۶/۰۶	۰/۹۶	۰/۸۵	۰/۹۲	۰/۷۸	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۱۲
الگوی نهایی	۲/۷۶	۰/۹۸	۰/۸۴	۰/۹۷	۰/۹۱	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۰۶
مقادیر قابل قبول	$3 \leq$	$\leq 0/90$	$\leq 0/90$	$\leq 0/90$	$\leq 0/90$	$\leq 0/90$	$\leq 0/90$	$0/08 \leq$

نتایج برازش الگوی پیشنهادی نشان داد الگو نیاز به بهبود دارد. گام بعدی ارتقا مجذورات خطای تقریب برازندگی الگوی پیشنهادی از طریق حذف مسیر غیرمعنی دار بود. بنابراین مسیر غیرمعنی دار (دلپذیرخویی به تاب آوری) حذف شد (الگوی اصلاح شده اول). در نهایت بر اساس شاخص اصلاحی خطاهای متغیرهای تاب آوری و گرایش به اعتیاد متصل شدند (الگوی نهایی). نتایج مربوط به ضرایب مسیر و معنی داری آن‌ها در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: ضرایب مسیر الگوی نهایی

پیش بین	ملاک	β	ضریب T	S.E	سطح معناداری
روان رنجورخویی	تاب آوری	۰/۱۵	۴/۳۶	۰/۲۰۸	۰/۰۱
دلپذیرخویی	تاب آوری	-۰/۰۸	-۳/۴۴	۰/۲۰۰	۰/۰۶
باوجدان بودن	تاب آوری	-۰/۲۰	-۳/۹۱	۰/۴۳۶	۰/۰۱
گشودگی به تجربه	تاب آوری	-۰/۱۲	-۲/۳۳	۰/۱۸۷	۰/۰۱
برونگرایی	تاب آوری	-۰/۱۸	-۳/۵۱	۰/۳۲۱	۰/۰۱
تاب آوری	گرایش به اعتیاد	-۰/۶۶	-۴۶/۴	۰/۳۹۸	۰/۰۱

همان طور که جدول ۴ نشان می‌دهد تمام مسیرهای مستقیم از نظر آماری معنادار بودند؛ در حالی که ضریب مسیر دلپذیرخویی به تاب آوری در مسیریابی پژوهش حاضر معنی دار نبود، از این رو مسیر دلپذیرخویی به دلیل غیر معنی دار بودن در الگوی نهایی کنار گذاشته شد. مدل نهایی پژوهش همراه با مسیرها و جهت آن‌ها و ضرایب بتا در شکل ۲ آمده است.



شکل ۲: الگوی نهایی پژوهش

جهت بررسی معناداری مسسیرهای غیرمستقیم از طریق تاب‌آوری از آزمون بوت‌استروپ با بازنمونه‌گیری ۲۰۰۰ نمونه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵: اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها

سطح معناداری	اثر غیرمستقیم		متغیر ملاک	متغیر میانجی	متغیر پیش‌بین
	حد پایین	حد بالا			
۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۲۷	گرایش به اعتیاد	تاب‌آوری	روان رنجورخویی
۰/۰۶	-۰/۴۰	۰/۰۴	گرایش به اعتیاد	تاب‌آوری	دلپذیرخویی
۰/۰۱	-۰/۵۲	-۰/۱۴	گرایش به اعتیاد	تاب‌آوری	باوجدان بودن
۰/۰۵	-۰/۴۳	-۰/۰۹	گرایش به اعتیاد	تاب‌آوری	گشودگی به تجربه
۰/۰۱	-۰/۷۹	-۰/۳۸	گرایش به اعتیاد	تاب‌آوری	برونگرایی

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان داد که تاثیر غیرمستقیم دلپذیرخویی بر گرایش به اعتیاد از طریق نقش میانجی تاب‌آوری، معنادار نبود ($p > 0.05$)، زیرا حد پایین -0.40 و حد بالا 0.04 در دامنه صفر قرار گرفتند؛ بنابراین این رابطه واسطه‌ای از نظر آماری معنی‌دار نیست، در حالی که در مورد سایر مسیرها صفر درون فاصله اطمینان قرار نمی‌گیرد و بنابراین در مورد سایر مسیرها، رابطه واسطه‌ای تاب‌آوری میان صفات شخصیت و گرایش به اعتیاد از نظر آماری معنی‌دار هستند.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه میان پنج صفت شخصیتی مدل پنج عاملی شخصیت و گرایش به اعتیاد در دانشجویان بود. پژوهش حاضر نشان داد تاب‌آوری رابطه مستقیم با گرایش به اعتیاد در دانشجویان دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق دیدگاه گارمزی و ماستن^۱ (۱۹۹۱) تاب‌آوری یک فرآیند توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است که سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار را تقویت می‌کند و این توانمندی در دانشجویان به دلیل افزایش رفتار تاب‌آورانه در شرایط ناگوار، گرایش به اعتیاد را کاهش می‌دهد. هو، زانگ و وانگ^۲ (۲۰۱۵) بیان کردند وجود تاب‌آوری باعث می‌گردد افراد احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند، موقعیت را درک کنند، یاد بگیرند چگونه رفتارشان را مدیریت کنند و این سازماندهی ظرفیت روانی، ذهنی میزان گرایش به سمت اعتیاد را کاهش می‌دهد. فردریکسون^۳ (۲۰۰۴) بیان کرد افراد دارای ویژگی تاب‌آوری در هنگام مقابله با رویدادهای منفی، بازگشت مؤثری به شرایط و موقعیت قبلی نیز دارند و این ویژگی سبب خودتنظیمی می‌شود. تاب‌آوری سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب و توانایی کنترل عاقلانه می‌شود و به دلیل اینکه احساس سازگاری با شرایط سخت را افزایش می‌دهد، سبب می‌شود تا جوانان در برابر وسوسه مصرف مواد رفتار تاب‌آورانه مناسبی داشته باشند. بنابراین تاب‌آوری می‌تواند سبب انسجام شناختی-هیجانی و تطبیق رفتارهای سازشی و سازگارانه شود و گرایش به سوی مصرف مواد را تعدیل نماید (وایلد، میلن و مک کرا،^۴ ۲۰۱۴).

هدف دیگر پژوهش بررسی ارتباط پنج صفت شخصیت مدل پنج عاملی شخصیت با تاب‌آوری بود. نتایج پژوهش نشان داد چهار صفت از پنج صفت مدل پنج عاملی شخصیت شامل روان رنجورخویی، برونگرایی، گشودگی نسبت به تجارب و باوجدان بودن رابطه

مستقیمی با تاب‌آوری داشتند ولی دلبذیرخویی رابطه مستقیمی با تاب‌آوری نشان نداد. در این میان روان‌رنجورخویی رابطه منفی با تاب‌آوری نشان داد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که صفت دلبذیرخویی، وظیفه‌شناسی، انعطاف‌پذیری و برونگرایی بالایی دارند، تاب‌آوری بالاتری خواهند داشت. بدین صورت که افراد برونگرا جرات طلب، پراورزی و جامعه طلب هستند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). بنابراین به دلیل ارتباط اجتماعی و عاطفی بیشتر با دیگران احتمال دریافت حمایت اجتماعی بیشتری هنگام مواجهه با استرس دارند و بنابراین تاب‌آوری و رویارویی بهتری با شرایط استرس‌زا خواهند داشت. افرادی که دارای نمره بالا در عامل گشودگی به تجربه هستند هم درباره جهان درونی و هم درباره دنیای بیرونی کنجکاوند و زندگی آن‌ها از لحاظ تجربه غنی است، آن‌ها تنوع طلب، دارای کنجکاوی ذهنی و استقلال در قضاوت هستند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). افراد گشوده نسبت به تجارب و انعطاف‌پذیر به دلیل ویژگی کنجکاوی و کاوشگری، در رویارویی با مشکلات بیشتر به دنبال حل مساله و جستجوی راه حل هستند تا اینکه برخوردی هیجانی داشته باشند، بنابراین تاب‌آوری بالاتری از خود نشان خواهند داد. در مورد صفت با وجدان بودن بهترین توصیف برای این عامل، مفهوم اراده است، فرد وظیفه‌شناس، هدفمند، با اراده و مصمم است، نمره بالا در این عامل با موفقیت شغلی و تحصیلی همراه است، از دیگر ویژگی‌های افراد با نمره بالا در این عامل، دقت، خوش‌قولی، نظم، اتکا به خود و سخت‌رویی در مقابله با شرایط استرس‌زا است (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). بنابراین افراد وظیفه‌شناس در رویارویی با استرس با برنامه‌ریزی و پشتکار، قدرت تاب‌آوری بالاتری در مقایسه با سایر افراد دارند. در نهایت روان‌رنجورخویی یک عامل از شخصیت است که ثبات عاطفی بالا و اضطراب پایین در یک سوی پیوستار و در سوی دیگر آن، بی‌ثباتی عاطفی و اضطراب بالا قرار دارد. افراد با نمره بالا در این عامل دارای عواطف غیرمنطقی بیشتر و کم‌توانی در مهار رفتارهای تکانشی و ضعف در کنار آمدن با مشکلات هستند. افرادی که نمره‌های آن‌ها در این عامل پایین است با برخورداری از ثبات عاطفی معمولاً آرام، معتدل و

راحت هستند و قادرند با موقعیت‌های پرتنش بدون آشفتگی یا اضطراب مقابله کنند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). بنابراین داشتن تاب‌آوری پایین در افراد بی‌ثبات هیجانی قابل تبیین است. اما دلپذیرخویی رابطه معناداری با تاب‌آوری نشان نداد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی دلپذیرخو به عواطف و هیجانات خود و دیگران اهمیت زیادی می‌دهند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲)، بنابراین انتظار می‌رود در رویارویی با استرس، گرایش بیشتری به به‌کارگیری سبک رویارویی هیجان‌محور داشته باشند (کمپل - سلیس و همکاران، ۲۰۰۶). این سبک مقابله با استرس باعث می‌شود افراد در رویارویی با مشکلات پریشان شوند و تاب‌آوری کمتری نشان دهند.

هدف دیگر پژوهش حاضر بررسی اثر غیرمستقیم ویژگی‌های شخصیتی بر گرایش به اعتیاد از طریق تاب‌آوری بود. نتایج نشان داد چهار صفت روان‌رنجورخویی، برونگرایی، گشودگی نسبت به تجارب و باوجدان بودن پیش‌بینی‌کننده غیرمستقیم گرایش به اعتیاد در دانشجویان هستند. در این میان روان‌رنجورخویی ارتباط مثبت و غیرمستقیمی با گرایش به اعتیاد نشان داد؛ بدین معنی که روان‌رنجورخویی با کاهش تاب‌آوری سبب افزایش گرایش به اعتیاد در دانشجویان می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد دارای روان‌رنجورخویی بیشتر، به دلیل استفاده از سبک رویارویی با استرس هیجان‌مدار (واتسون و هیوبارد، ۱۹۹۶)، ناتوانی در کنترل رفتارهای تکانشی در رویارویی با مسائل و فشارهای روانی مختلف در زندگی، بیشتر از سایر افراد دچار تنش و آشفتگی می‌شوند و تاب‌آوری کمتری از خود نشان می‌دهند. تاب‌آوری پایین نیز به نوبه خود منجر به افزایش گرایش به اعتیاد می‌شود. همچنین بر اساس نتایج تحقیق شاه بهرامی، محمدخانی و اکبری (۱۴۰۰) هیجان‌خواهی در افراد مبتلا به اعتیاد بالاتر است و از آنجا که هیجان‌خواهی در افراد روان‌رنجورخو بالاتر است (مام شریفی، کورانی، درتاج، حق محمدی شراهی و سهی، ۱۳۹۹)، بنابراین به نظر می‌رسد افراد دارای روان‌رنجورخویی بالاتر به دلیل هیجان‌خواهی بیشتر گرایش بالاتری به اعتیاد نیز نشان می‌دهند.

همچنین نتایج نشان داد برونگرایی رابطه غیرمستقیم، منفی و معناداری از طریق تاب‌آوری با گرایش به اعتیاد دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، افراد برون‌گرا تمایل به شرکت در اجتماعات دارند، هیجان و انگیزش بالایی دارند و تحرک را دوست دارند و می‌توان گفت بین برونگرایی با گرایش به اعتیاد که زمینه به وجود آمدن آن یک خلق نامناسب است، رابطه غیرمستقیمی وجود دارد. افراد برون‌گرا دارای روابط صمیمی، فعالیت اجتماعی زیاد و پیوندهای اجتماعی قوی هستند و همین امر کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا، حمایت‌های اجتماعی بیشتری در مقایسه با افراد منزوی دریافت کنند و بنابراین با داشتن تاب‌آوری بالاتر در مشکلات احتمال گرایش به اعتیاد در آن‌ها کمتر است. صفت گشودگی نسبت به تجارب نیز رابطه غیرمستقیم، منفی و معناداری با گرایش به اعتیاد از طریق تاب‌آوری نشان داد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد دارای صفت گشودگی نسبت به تجارب و اطلاعات مختلف در مورد مسائل زندگی گشودگی دارند و از این طریق تجربه زیادی در مورد حل مسائل مختلف زندگی کسب می‌کنند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). بنابراین در رویارویی با مشکلات تاب‌آوری بیشتری از خود نشان داده و در نتیجه احتمال گرایش به اعتیاد در آن‌ها کمتر است. در نهایت صفت باوجدان بودن نیز رابطه غیرمستقیم و منفی با گرایش به اعتیاد از طریق تاب‌آوری نشان داد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد باوجدان در انجام تکالیف زندگی نظم و برنامه‌ریزی زیادی دارند، بنابراین با احتمال بیشتری از سبک‌مقاله با استرس مساله‌مدار استفاده می‌کنند و در نتیجه در رویارویی با مشکلات مختلف زندگی تاب‌آوری بیشتری از خود نشان می‌دهند و احتمال اینکه به رفتارهای مخربی چون گرایش به اعتیاد در برخورد با مشکلات پناه ببرند کمتر است (واتسون و هیوبارد، ۱۹۹۶). تبیین دیگری که در ارتباط نقش میانجی تاب‌آوری در ارتباط صفات شخصیت و گرایش به اعتیاد می‌توان ارائه داد این است که افراد دارای صفات برونگرایی، دلبذیرخویی، باوجدان بودن و روان‌رنجورخویی پایین تحمل‌پریشانی بیشتری در شرایط استرس‌زا دارند (کرمی، امینی، بهروزی و جعفری‌نیا، ۱۳۹۹). همین ویژگی به تاب‌آوری بیشتر آنها کمک می‌کند و از این طریق آمادگی و گرایش به اعتیاد را کاهش می‌دهد.

در مجموع پژوهش حاضر نشان داد تاب‌آوری به عنوان متغیر میانجی در ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی و گرایش به اعتیاد در دانشجویان باشد و بنابراین از طریق آموزش تاب‌آوری در دانشجویان می‌توان احتمال گرایش به اعتیاد در آن‌ها را کاهش داد. در واقع با وجود تفاوت‌های شخصیتی دانشجویان و تاثیر این ویژگی‌های شخصیتی بر گرایش به اعتیاد، پژوهش حاضر نشان می‌دهد رابطه میان صفات شخصیت و گرایش به اعتیاد مستقیم نیست و متغیر میانجی در این رابطه، تاب‌آوری است که می‌تواند اثرات داشتن صفات مختلف شخصیتی بر گرایش به اعتیاد را تعدیل و میانجی‌گری کند. داشتن تاب‌آوری مناسب با توجه به مشکلات اجتماعی و شناختی دانشجویان می‌تواند موجبات افزایش کارکرد شناختی-هیجانی، عاطفی و در نهایت کاهش گرایش به اعتیاد در جوانان گردد. تاب‌آوری داشتن برای دانشجویان سبب افزایش تنظیم رفتاری می‌گردد و می‌توان گفت به دلیل این که توانایی انعطاف در برابر ناراحتی و کنترل هیجان به جای بیش بهادادن به آن را تقویت می‌کند، سبب استقامت رفتاری جوانان در برابر وسوسه مصرف مواد در مواجهه با مشکلات می‌شود. داشتن صفات شخصیتی مثبتی نظیر برونگرایی، گشودگی، باوجدان بودن و ثبات هیجانی از طریق افزایش تاب‌آوری دانشجویان در مقابله با مشکلات و ناکامی‌ها، در برابر گرایش به اعتیاد نقش پیشگیرانه‌ای ایفا می‌کند.

پژوهش حاضر بر روی نمونه محدودی صورت پذیرفت؛ بنابراین در تعمیم نتایج باید محتاط بود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر علاوه بر دانشجویان در جامعه دانش‌آموزی برگزار شود و با انجام چنین پژوهشی مولفه‌های مهم در گرایش به اعتیاد در کل جامعه آموزشی اولویت‌بندی شود. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های آینده به بررسی عوامل میانجی مهم شناختی، هیجانی و اجتماعی در ارتباط بین تاب‌آوری، ویژگی‌های شخصیتی با گرایش به اعتیاد بپردازند. همچنین انجام پژوهش حاضر با لحاظ کردن تفاوت‌های دو جنس توصیه می‌شود.

منابع

ابهری، قدمعلی (۱۳۹۶). بررسی رابطه احساس صفات شخصیتی با گرایش به اعتیاد دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

- آزادی، جعفر؛ رسولی، ندا و عشایری، لیلا (۱۳۹۵). بررسی رابطه تاب‌آوری و استرس ادراک شده با اعتیاد‌پذیری جوانان. *تازه‌های روانشناختی*، ۱۰ (۴)، ۱-۱۳.
- اسمعیل‌خانی، فرشته؛ احدی، حسن و مظاهری، محمدمهدی (۱۳۹۲). بررسی روابط ساده و چندگانه هوش هیجانی، خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی با سبک مدیریت تعارض سازش در دانشجویان. *تازه‌های روانشناسی*، ۱۱ (۴)، ۶۰-۷۸.
- حمید، علی (۱۳۹۴). *رابطه صفات شخصیتی و شادکامی با گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان دبیرستانی*. پسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد.
- خانزاده، علی (۱۳۹۶). *بررسی رابطه تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با گرایش به اعتیاد در نوجوانان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی گرمسار.
- خرمایی، فرهاد و فرمانی، اعظم (۱۳۹۳). *بررسی شاخص‌های روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه پنج‌عامل بزرگ شخصیت. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۴ (۱۶)، ۲۹-۳۹.
- ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامبیز و عسکریان، مهناز (۱۳۹۰). *آزمون‌های روان‌شناختی*. تهران: ویرایش.
- شاکری‌نیا، محمد و محمدپور، محمدعلی (۱۳۸۹). *رابطه استرس شغلی و تاب‌آوری با فرسودگی شغلی در پرستاران زن. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۲۳ (۳)، ۲۱-۳۸.
- شاه‌بهرامی، مایده؛ محمدخانی، شهرام و اکبری، محمد (۱۴۰۰). *نقش تشخیصی تحمل‌پریشانی، فراشناخت، هیجان‌خواهی و بی‌نظمی اجتماعی ادراک شده در مصرف‌کنندگان متامفتامین، تریاک و الکل. فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۱۵ (۶۰)، ۳۲۵-۳۵۰.
- شاهرخی، رضا (۱۳۹۰). *رابطه سبک‌های مقابله‌ای و سرسختی روان‌شناختی با استعداد اعتیاد دانشجویان دانشگاه پیام‌نور کاشمر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام‌نور کاشمر.
- شفیع‌زاده، رقیه (۱۳۹۶). *رابطه تاب‌آوری با مدل پنج‌عاملی شخصیت. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۳ (۳)، ۹۵-۱۰۲.
- علایی‌خرایم، سارا؛ بشرپور، سجاد؛ حاجلو، نادر و نریمانی، محمد (۱۴۰۰). *طراحی و آزمون الگویی از پیش‌بیننده‌های خانوادگی و فردی گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵ (۵۹)، ۱۱۱-۱۳۸.
- قادری، مصطفی و آرمان، حمید (۱۳۹۵). *رابطه تاب‌آوری و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در نوجوانان دبیرستانی. مجله دانشگاه اصفهان*، ۲۱ (۱)، ۱۴۷-۱۶۰.
- قنبری‌طلب، محمد و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۴). *رابطه بین تاب‌آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد در دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹ (۳۴)، ۹-۲۲.

قهرمان، مینا و بسطامی، محمود (۱۳۹۵). رابطه تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان دبیرستانی. *مطالعات تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱۱ (۱)، ۴۴-۵۶.

کریمی، ناهید؛ امینی، ناصر؛ بهروزی، محمد و جعفری نیا، غلامرضا (۱۳۹۹). پیش‌بینی تحمل‌پریشانی بر اساس سیستم‌های مغزی-رفتاری، ویژگی‌های شخصیتی هگزاکو و انزوای اجتماعی در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴ (۵۸)، ۲۶۵-۲۹۰.

گرشای، حسین (۱۳۹۵). *رابطه بین صفات شخصیتی با اعتیادپذیری در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

مام شریفی، پیمان؛ کورانی، زینب؛ درتاج، فریبرز؛ حق محمدی شراهی، قباد و سهی، مجید (۱۳۹۹). تدوین مدل آمادگی به اعتیاد بر اساس باورهای فراشناختی و آمادگی به اعتیاد: نقش واسطه‌ای پنج عامل بزرگ شخصیت. *علوم روانشناختی*، ۱۹ (۹۴)، ۱۲۱۹-۱۲۲۹.

محمدی احمدآبادی، ناصر و گلستانی نژاد، راضیه (۱۳۹۹). نقش میانجی وقایع استرس‌زای زندگی در ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و آمادگی برای اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴ (۵۸)، ۱۹۱-۲۱۶.

محمدی پور، روزین (۱۳۹۵). *رابطه رضایت از زندگی و تاب‌آوری با گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان دبیرستانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی کازرون.

هاشمی، فریبرز (۱۳۹۴). *بررسی رابطه بهزیستی و تاب‌آوری با اعتیاد‌پذیری دانشجویان دختر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی شیراز.

References

- Campbell-Sills, L., Cohen, S. H., Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience and personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599.
- Chassin, L. O, Pitts, S. & Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high risk sample. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 70(1), 67-78.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cousijn, J., Luijten, M. & Ewing, S. W. (2018). Adolescent resilience to addiction: a social plasticity hypothesis. *Lancet Child Adolescent Health*, 2(1), 69-78.
- Fredrickson, B. L. (2004). The role of positive emotion in positive psychology. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Garnezy, N., Masten, A. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M Comings, A. L. Green & K. H. Karraki (Eds.), *Life span developmental psychology: prospective on stress and coping* (pp.151-174). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associate.

- Gottman, J. M. (2015). Psychology and the study of personality characteristic on ready addiction. *Involver Psychology*, 4(6), 169-197.
- Helinson, D., & Milner, F. (2016). Relationship of resilience and obsessive rumination with tendency in addiction. *Journal of Human Reproduction*, 22(3), 869-877.
- Hill, K. G., White, H. R., Chung, I. J., Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (2000). Early adult outcome of adolescent binge drinking trajectories. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 24(6), 892- 902.
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76(1), 18-27.
- Jacson, K., & Werati, P. (2014). The relationship between resilience and emotion burnout with tendency in addiction. *Journal of Behavior*, 32(3), 323-334.
- Jebraele, H., Habibi, M., Nazemi, A. (2019). Mediation role of resilience and tendency to addiction regarding the effect of gender on substance use. *Journal of Research and Health*, 3(9), 236-245.
- Jiy, Y., & Wiley, D. (2016). The relationship between personality characteristic with tendency in addiction. *Journal of Educational Psychology*, 33(5), 486-512.
- Judith, A. & feeny, J. A. (2016). The relationship between resilience, quality of life with tendency in addiction. *Journal of Adolescence*, 6(11), 383-410.
- Kennedy, B., Chen, R., Fang, F., Valdimarsdottir, U., Montgomery, S., Larsson, H. (2019). Low stress resilience in late adolescence and risk of smoking, high alcohol consumption and drug use later in life. *Journal of Epidemiol Community Health*. 73(6), 496-501.
- Krueger, R., Hichs, B., Patrick, C, Carlson, S., Lacohe, W & Mc Gue, M. (2002). Etiological connections among substance dependence, antisocial behavior and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 411-424
- Lee, D., & Masish, H. (2016). Relationship between personality characteristic with tendency to addiction. *Psychological Science*, 10(6), 105-118.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81-90.
- Moradinazar, M., Najafi, F., Jalilian, F., Pasdar, Y. (2020). Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 15(5), 39.
- Soroosh, D., Neamatshahi, M., Zarmehri, B., Nakhaee, S., Mehrpour, O. (2019). Drug-induced prolonged corrected QT interval in patients with methadone and opium overdose. *Substance Abuse Treatment Prevent Policy*, 14(1), 1-5
- Watson, D., Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: coping in the text of five-factor model of personality. *Journal of Personality*, 64(4), 735-744.
- Wild, P., Milen, F., & McCare, G. (2014). The relationship between of resilience and sleep quality with tendency in addiction. *Journal of American Psychiatry*. 40(10), 118-129.
- Yeruf, E., & Sefin, P. (2017). The relationship between resilience and alexithymia with tendency in addiction. *Cognitive Behavior Therapy*. 34(4), 26-32.

پیش‌بینی رفتارهای قلدری و جامعه‌ستیزی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی در افراد وابسته به مواد*

سعید شالچی مجد^۱، علی محمد زاده^۲، ناهید یوسف پور^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۳

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه رفتارهای قلدری و جامعه‌ستیزی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی در بین افراد وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه پژوهش کلیه مصرف‌کنندگان مواد مخدر شهر تبریز بود که جهت درمان به مراکز ترک اعتیاد و کمپ‌های دولتی و خصوصی مراجعه کرده بودند. از بین آن‌ها ۳۸۱ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. هر یک از آزمودنی‌های این مطالعه به پرسشنامه طرحواره یانگ (فرم کوتاه)، پرسشنامه سبک‌های دفاعی، مقیاس قلدری و مقیاس سایکوپاتی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون چندمتغیره تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین رفتارهای قلدری و رفتارهای جامعه‌ستیزی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی رابطه وجود دارد. بر این اساس ۲۳ درصد از رفتارهای قلدری توسط طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نیز ۱۱ درصد از رفتارهای جامعه‌ستیزی توسط این طرحواره‌ها پیش‌بینی می‌شود. از سوی دیگر ۹ درصد از رفتارهای قلدری و نیز ۱۲ درصد از رفتارهای جامعه‌ستیزی توسط مکانیسم‌های دفاعی قابل پیش‌بینی می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج، با شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی افراد وابسته به مواد امکان پیش‌بینی رفتارهای جامعه‌ستیزی و قلدری وجود دارد. بنابراین، با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی می‌توان فراوانی رفتارهای جامعه‌ستیزی و قلدری در این بیماران را کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مکانیسم‌های دفاعی، رفتارهای قلدری، جامعه‌ستیزی،

سوء مصرف مواد

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه پیام نور است.

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک:

s.shmajd1986@gmail.com

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

وابستگی یا اعتیاد به انواع مواد مخدر مشکل اجتماعی است که فرد را از لحاظ جسمانی و روان‌شناختی به خود وابسته می‌کند و تمامی رفتارهایش را از نظر فردی و اجتماعی تحت تاثیر قرار می‌دهد (ولی الهی، ۱۳۹۶). در حال حاضر سوء مصرف مواد به این صورت تعریف می‌شود: الگویی که در یک دوره ۱۲ ماهه به صورت مصرف مواد ناسازگارانه، روی می‌دهد و در این دوره منجر به اختلال یا پریشانی شدید می‌شود (راهنمای طبقه‌بندی و تشخیص آماری اختلالات روانی^۱، ۲۰۱۳). عوامل متعدد اجتماعی، شخصیتی، وراثتی، محیطی و فردی در بروز عامل وابستگی به مواد موثر می‌باشند که میتوان از این عوامل به رفتارهای قلدری و جامعه‌سنتیزی که به لحاظ مشاهدات بالینی اکثر این افراد دارای این رفتارها می‌باشند و نیز از نظر شخصیتی مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک که این افراد به صورت ناهشیار به کار می‌گیرند و نهایتاً طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بروز اعتیاد نقش بسزایی دارند.

یکی از عوامل مذکور که در رابطه با اعتیاد به مواد مخدر دارای اهمیت می‌باشد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۲ است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه از نظر شناختی ساختارهای عمیقی هستند که به باورهای فرد درباره خودش اشاره دارند (یانگ^۳، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمید پور و اندوز، ۱۳۹۸). یانگ (۱۹۹۹) بیان می‌کند طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نتیجه تجارب کودکی منفی در فرد ایجاد می‌شوند که نهایتاً بر مدل تفکر، رفتار و احساس فرد در روابط صمیمانه بعدی و دیگر جنبه‌های زندگی‌اش درباره خود و دیگران تاثیر می‌گذارند (لهی^۴؛ ترجمه صادقی، نیازاده و فیاضی، ۱۳۹۸). طبق پژوهش‌ها رابطه والد - فرزندی و انعطاف‌پذیری روانی در طول دوره رشد بر وجود طرحواره‌های ناسازگار تاثیر دارد (فیشر، اسموت و دلفابرو^۵، ۲۰۱۶). به اعتقاد یانگ، طرحواره‌هایی که در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، هسته اصلی اختلال شخصیت^۶ و بسیاری از

۲۸۶
286

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
2. Early maladaptive schema (EMS)
3. Young

4. Leahy
5. Fischer, Smout & Delfabbro
6. Personality disorder

اختلالات روانشناختی می‌باشد (یانگ ۱۹۹۹؛ ترجمه صاحبی و حمیدپور، ۱۳۹۵). دلیل انتخاب متغیر حاضر نیز از این باور نشأت گرفته است که با فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه سطوحی از اختلالات روانی، مشکلات رفتاری، ناتوانایی‌های شغلی و تعارضات بین فردی و به طبع آن گرایش به مصرف مواد مخدر بروز می‌یابد. کلیفتون^۱ (۱۹۹۵) معتقد است طرحواره ناسازگار شکست رابطه معکوس با اعتماد به نفس بالا دارد. در واقع افرادی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند در طرحواره‌های ناسازگار خود دچار مشکل هستند و این عامل دلیلی برای عدم خلاصی از مواد می‌باشد (صلواتی و یزدان دوست، ۱۳۹۴). شوری، اندرسون، استوارت و استرانگ^۲ (۲۰۱۲)، سهند، زارع و فتی (۱۳۹۳)، اصغری، علیپور و صیادی (۱۳۹۵)، اورکی، درتاج و مهدی زاده (۱۳۹۶) و پیری، حسینیایی، اسدی و شریعت نیا (۱۳۹۸) در مطالعات‌شان به این نتیجه رسیدند که تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند در افزایش میزان موفقیت معنادان ناموفق به ترک مواد افیونی موثر باشد.

افراد اگر نتوانند با روش‌های منطقی و مستقیم اضطراب و مشکلات خود را کنترل کنند از مکانیسم دفاعی^۳ (که به صورت روش‌های غیر مستقیم است) استفاده می‌کنند. مکانیسم‌های دفاعی دو ویژگی مشترک دارند: الف) انکار یا تحریف واقعیت^۴ و ب) عمل کردن در سطح ناهشیار^۵. پس مکانیزم‌های دفاعی از من^۶ در مواجهه با اضطراب محافظت می‌کنند. به همین خاطر در نظام روان تحلیل‌گری^۷، هر اختلال روانی با مکانیسم‌های دفاعی غیر انطباقی مشخصی همراه است (ریو^۸، ۲۰۰۱؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۸). بررسی‌های متعدد از این فرض حمایت کرده‌اند که مکانیسم‌های دفاعی با سلامت جسمی و روانی افراد و در کل شخصیت و تفاوت‌های فردی در ارتباط است (هالووی، بولار و اسکات^۹، ۲۰۱۷). افرادی که دچار سوء مصرف مواد هستند با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی دائماً به صورت ناهشیار مشکلات وابستگی خود را شاید به دلیل فرار

1. Clifton
2. Shorey, Anderson, Stuart & Strong
3. Defense mechanism
4. Denial
5. Unconscious

6. Ego
7. Psychoanalytic
8. Rio
9. Hallowey, bular & scatt

از مشکل موجود و مورد مقبول جامعه واقع شدن انکار و تحریف می‌کنند. تاکنون روش‌های درمانی متفاوتی برای بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر پیشنهاد شده است ولی هر یک از این روش‌ها تا حدودی موفق بوده‌اند و متأسفانه عود و بازگشت مکرری داشته‌اند (دژاکام، ۱۳۹۷). با افزایش تحریف شناختی یک دفاع، از میزان آگاهی هشیارانه کاسته می‌شود و در نتیجه برای مقابله با تحریف شناختی تلاش کمتری انجام می‌شود (براد^۱، ۲۰۱۴). قمری، رستمی، نادر و ایل بیگی (۱۳۸۹)، فاضلی فارسانی و یوسف‌وند (۱۳۹۷) در پژوهش‌هایشان نشان دادند که ویژگی‌های شخصیتی و مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و نوروتیک از عوامل اصلی بروز، تشدید یا عود وابستگی به مواد است. کاروالیو، ریس و پیانووسکی^۲ (۲۰۱۹) نیز نشان دادند کسانی که به دنبال استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ هستند از شخصیت بیمارگون برخوردارند.

از جمله متغیرهایی که تحت تاثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی می‌تواند در گرایش به مصرف مواد تاثیرگذار باشد قلدری^۳ است و به عنوان رفتاری تعریف می‌شود که به موجب آن، در یک رابطه طرفی که دارای قدرت می‌باشد، به صورت آشکار از بیشتر بودن قدرت خود سوء استفاده کرده و با پرخاشگری می‌خواهد طرف مقابل را بترساند. به عبارت دیگر یک فرد به صورت مداوم به وسیله فرد یا گروهی که از او قوی‌ترند مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرد. ریشه‌های این رفتارها را می‌توان به عوامل زیستی، ژنتیک و دوره‌های آغازین زندگی مرتبط دانست (فست^۴، ۲۰۱۶). توجه به پدیده قلدری از پژوهش مشهور الویوس^۵ (۱۹۸۷) آغاز شد که قلدری را به عنوان یک عمل پرخاشگرانه تعریف می‌کند که قربانی نمی‌تواند از خود در برابر این عمل دفاع کند (روجری، فریمل، استیکا، پرن و آلساکر^۶، ۲۰۱۳). از نمونه‌های مشخص و بارز قلدری می‌توان به رفتار ناهنجار مردان با زنان در محیط کار اشاره کرد که ریشه در جامعه مردسالار دارد (شاهین، حمد، هاورانی و نصار^۷، ۲۰۱۸). تنهایی نیز یک فاکتور خطرناک و هم

1. Brad
2. Carvalho, Reis & Pianowski
3. Bullying
4. Fast
5. Olweus

6. ruggieri, friemel, sticca, perren & alsaker
7. Shaheen, hammad, haourani & nassar

نتیجه‌ای از قلدری است (راسون، هد، کلینبرگ و استانفیلد^۱، ۲۰۱۱). رید، ناگت و کوپر^۲ (۲۰۱۵) نتیجه گرفتند که رابطه مثبتی بین قلدری و ابتلا به مواد مخدر وجود دارد. قمری گیوه و مجرد (۱۳۹۵) نشان داد که بین تکانشگری با رفتارهای قلدرانه بدون توجه به پیامدهای منفی آن و گرایش به وابستگی مواد رابطه مثبت وجود دارد. احمدی پور و قاسمی مطلق (۱۳۹۴) نتیجه گرفتند که بین طحواه‌های ناسازگار اولیه و خشم و رفتار های قلدرانه رابطه مثبت وجود دارد. حسن زاده، جعفرپور رضایی و حسن زاده (۱۳۹۹) طحواه‌های ناسازگار اولیه را در مورد قلدری سایبری بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که آموزش طحواه‌های ناسازگار اولیه می‌تواند در جهت پیشگیری از رفتارهای مرتبط با قلدری مورد استفاده روانشناسان و متخصصان امر قرار گیرد. آلبا، کالویت، وانت، وان بورن و برات^۳ (۲۰۱۸) ارتباط طحواه‌های ناسازگار اولیه را بین بزه دیدگی قلدری و علائم افسردگی در نوجوانان بررسی کردند که نتیجه گرفتند که طحواه‌های ناسازگار اولیه نوجوانان را در معرض رفتارهای قلدری قرار می‌دهد. لیما، جوس و فرناندز^۴ (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان رابطه بین رفتارهای قلدری و طحواه‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان به این نتیجه رسیدند که قلدری در تعامل با جنبه‌های شخصیتی می‌تواند رنج روانی فرد را افزایش دهد، یا حتی شرایط روانشناختی احتمالی مانند اضطراب و افسردگی را تحریک کند. از این نظر، طحواه درمانی می‌تواند استراتژی‌هایی را برای بهبود مقابله با زورگویی ارائه دهد، اما این موضوع باید در تحقیقات بعدی آزمایش شود. کالوت، فرناندز گونزالز، گونزالز کابرا و گامز گوادیکسز^۵ (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیدند که عوامل احتمالی قابل انعطاف، مانند طحواه‌های ناسازگار اولیه ادامه قربانی شدن بین فردی را حفظ می‌کند. در مورد رابطه مکانیسم‌های دفاعی با رفتارهای قلدری نیز جیووازیلیاس، کاراجیاناپولو و میتسوپولو^۶ (۲۰۱۷) به این نتیجه رسیدند که مکانیسم‌های دفاعی می‌تواند بزهکاری، قربانی شدن و بهزیستی ادراک شده را از هم تمیز دهد.

1. Rother, Head, Klineberg & Stansfeld
2. Reed, Nugent & cooper
3. Alba, Calvete, Wante, Van Beveren & Braet

4. Lima, José & Fernandes
5. Calvete, Fernández-González, González-Cabrera & Gámez-Guadix
6. Giovazolias, Karagiannopoulou & Mitsopoulou

متغیر دیگری که می‌تواند با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی در گرایش به مصرف مواد نقش داشته باشد جامعه‌ستیزی است. افراد جامعه‌ستیز^۱ هیچ ارزشی برای امور خارج از تمامیت وجودی خود قائل نیستند مگر به عنوان منبع لذت و تمامیت خواهی؛ در واقع این افراد به قواعد اجتماعی به عنوان امور تحمل‌ناپذیر نگاه می‌کنند و توانایی در نظر گرفتن دیگران را ندارند و بر این مبنا در روند اتخاذ تصمیمات‌شان آن‌ها را مورد توجه قرار نمی‌دهند. این نبود ندامت و فقدان احساس منفی، یک عامل تسهیل‌کننده برای رفتارهای خشونت‌آمیز و تخریبی آنان است (هالچین، ۲۰۰۳). بررسی‌های انجام شده در زمینه شخصیت و اعتیاد بیانگر این است که معتادان در عامل شخصیتی روان‌رنجورخویی نمرات بالایی نشان می‌دهند (والتون و رابرتز^۲، ۲۰۱۴؛ ترول و شر^۳، ۲۰۰۸). این افراد با رفتار ضد اجتماعی مزمن، عدم رعایت حقوق دیگران، غالباً خشونت‌آمیز و عدم احساس گناه از این رفتار مشخص می‌شود (واگن، دلیسی، بیور، وکسلر، بارس و فلتچر^۴، ۲۰۱۵). پیری و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعاتشان نتیجه گرفتند که طرحواره درمانی در کاهش علائم جامعه‌ستیزی در افراد وابسته به مواد موثر است و بهروز چلمردی (۱۳۹۲) نیز نتیجه گرفت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد ضد اجتماعی بالاتر است. تورک کاپار، کالیونکو، گوریز و حمام‌چی^۵ (۲۰۱۵) نشان دادند که افراد دارای شخصیت ضد اجتماعی چند طرحواره ناسازگار اولیه را دارند. همانگونه که از پژوهش‌های قبلی نیز استنباط می‌شود جامعه‌ستیزی در افراد وابسته به مواد به وفور دیده می‌شود و این خصوصیات رفتاری در معتادان می‌تواند با چندین حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نیز مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و نوروتیک در ارتباط باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه چندگانه بین رفتارهای قلدری، رفتارهای جامعه‌ستیزی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی در افراد وابسته به مواد طرح‌ریزی شده است. با توجه به مسائل ذکر شده امید است نتایج پژوهش حاضر در

1. Antisocial personality
2. Walton & Roberts
3. Trull & Sher

4. Vaughn, DeLisi, Beaver,
Wexler, Barth & Fletcher
5. Turkcapar, Kalyoncu Guriz &
Hamamci

کاهش آمار مصرف کنندگان مواد مخدر با توجه به افزایش آگاهی‌ها بر اثر نتایج این پژوهش مفید واقع شود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد وابسته به مواد بودند که در زمستان ۱۳۹۸ و بهار ۱۳۹۹ جهت ترک اعتیاد به مراکز شهر تبریز مراجعه کرده بودند و تعداد تقریبی جامعه مد نظر ۵۰۰۰۰ نفر می‌باشد. از بین جامعه آماری با استفاده از فرمول جدول نمونه‌گیری مورگان ۳۸۱ نفر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند؛ بدین صورت که ابتدا کل مراکز درمانی تعیین شدند و سپس مراکز ترک اعتیاد انتخاب و نهایتاً از مرکز دولتی ماده ۱۶، کنگره ۶۰ و همچنین ۱۱ مرکز ترک اعتیاد غیر دولتی و ۵ مرکز کمپ ترک اعتیاد (یک کمپ مخصوص بانوان و ۴ کمپ مخصوص آقایان) افراد نمونه انتخاب شدند. ملاک ورود شرکت کنندگان به پژوهش مصرف مواد مخدر از نوع شیشه، هروین و تریاک و نیز دارا بودن سن ۲۵ تا ۵۰ سال و ملاک خروج مصرف قرص یا هر نوع داروی اعتیاد آور با تجویز پزشک معالج و نیز دارا بودن اختلالات روانی با نظر روانپزشک مراکز بود. در نهایت داده‌های به دست آمده با استفاده از رگرسیون چندگانه از نوع همزمان تحلیل شدند.

ابزار

۱- مقیاس قلدری ایلینویز: این پرسشنامه توسط اسپلاگه و هالت^۱ (۲۰۰۱) طراحی شده است. ۱۸ سوال این پرسشنامه سه خرده مقیاس قلدری، قربانی و زد و خورد را مورد سنجش قرار می‌دهد. دامنه پاسخ‌ها شامل هرگز (۱)، یک یا دو بار (۲)، سه یا چهار بار (۳)، پنج یا شش بار (۴) و هفت بار و بیشتر (۵) می‌باشد. نمره بالا در هر زیر مقیاس بیانگر همان گونه رفتار در فرد می‌باشد. اسپلاگه و هالت (۲۰۰۱) در بررسی پایایی، آلفای کرونباخ برای هر یک از مقیاس‌های قلدری ۰/۸۷ و قربانی ۰/۷۹ و زد و خورد ۰/۷۰ به

دست آوردند. در ایران چالمه (۱۳۹۲) روایی همگرای این مقیاس را بین ابعاد مقیاس قلدری ایلینویز با نمره کل رضایت بخش دانست. ضریب آلفای کرونباخ، دو نیمه‌سازی و باز آزمایی برای کل مقیاس و ابعاد آن بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ نوسان داشت و نتیجه گرفته شد که فرم فارسی مقیاس قلدری ایلینویز، از روایی و پایایی مناسبی برای جامعه ایرانی مناسب است.

۲- مقیاس سایکوپاتی لوینسون: این ابزار ۲۶ آیتمی توسط لوینسون، کیهل و فیتز پاتریک^۱ (۱۹۹۵) جهت بررسی اجزای اصلی شخصیت سایکوپات در نمونه‌های غیرجانی و غیربالینی طراحی شده است. این آزمون دو عامل سایکوپاتی اولیه و ثانویه را در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (نمره ۱ بسیار مخالف و نمره ۴ بسیار موافق) می‌سنجد. نمره بالاتر برابر با شدت بالاتر سایکوپاتی در افراد است. سایکوپاتی اولیه شامل سایکوپاتی واقعی با ویژگی‌های بازی دادن، سنگدلی، غیر هیجانی بودن هستند و سایکوپاتی ثانویه از طریق رفتارهای ضد اجتماعی و کنترل نشده‌ای شناخته می‌شود که در نتیجه عدم تنظیم هیجانی به وجود آمده‌اند (برای مثال تکانه‌ای بودن بسیار زیاد). طبق گزارش لوینسون و همکاران (۱۹۹۵) سایکوپاتی اولیه با حساسیت و آمادگی به تخریب‌گری^۲، ملالت^۳، هیجان‌خواهی و رفتار ضد اجتماعی رابطه مستقیم و با عواملی مانند اجتناب از آسیب رابطه معکوس دارد. سایکوپاتی ثانویه با عوامل تخریب‌گری، نگرانی، رفتار ضد اجتماعی، حساسیت به ملالت رابطه مستقیم و با نمره معدل افراد رابطه معکوس دارد (انستیس، گرین، آرنائو و انستیس^۴، ۲۰۱۷). ضریب آلفای این پرسشنامه در پژوهش انستیس و همکاران (۲۰۱۷) برای سایکوپاتی اولیه ۰/۸۳ و برای سایکوپاتی ثانویه ۰/۷۴ بود. چالمه (۱۳۹۲) ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و ابعاد آن بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است.

۳- پرسشنامه طحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ: این پرسشنامه یک نوع ابزار خودگزارشی است و طحواره‌ها را با یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای می‌سنجد. فرم بلند آن ۲۰۵ سوال و ۱۶ طحواره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. فرم کوتاه نیز ۷۵ سوال برای

1. Levenson, Kiehl & Fitzpatrick
2. disinhibition

3. boredom susceptibility
4. Anestis, Green, Arnau & Anestis

ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه دارد. این ۱۵ طرحواره در درون پنج حوزه طرحواره بریدگی و طرد (شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی و نقص/شرم)، خودگردانی و عملکرد مختل (شامل شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و خود تحول نیافته/گرفتار)، دیگر جهت‌مندی (شامل اطاعت و ایثار)، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (شامل بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی) و محدودیت‌های مختل (شامل استحقاق/خودبزرگ‌بینی، خویش‌تن‌داری و خودانطباقی ناکافی) قرار دارند. نمره‌های کسب شده در هر طرحواره بین ۵ تا ۳۰ می‌باشد. خسروانی، نجفی و محمدزاده (۲۰۲۰) ضریب همسانی درونی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۶ گزارش نمودند و نشان دادند که برای هر طرحواره ناسازگار اولیه، ضرایب آلفا از ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ است. در ایران، پایایی پرسش‌نامه با محاسبه آلفای کرونباخ در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ گزارش شده است (آهی، محمدی‌فر و بشارت، ۱۳۸۶). در پژوهش ذوالفقاری، فاتحی‌زاده و عابدی (۱۳۸۷) ضریب همسانی درونی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آمد.

۴- پرسشنامه سبک‌های دفاعی: این پرسشنامه توسط آندروز، سینگ و بوند^۱ (۱۹۹۳) تدوین شده است که ۴۰ سوال دارد و ۲۰ سازوکار دفاعی را در سه سطح رشد یافته (۸ سوال)، رشد نیافته (۲۴ سوال) و روان‌نژدانه (۸ سوال) ارزیابی می‌کند. سوالات پرسشنامه بر اساس مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) درجه بندی شده است. آندروز و همکاران (۱۹۹۳) ضرایب آلفای کرونباخ را برای سبک رشد یافته ۰/۸۱، سبک رشد نیافته ۰/۷۲ و برای سبک روان‌نژدانه ۰/۵۰ گزارش کرده است. پرسشنامه سبک‌های دفاعی را در ایران حیدری نسب، منصور، آزاد فلاح و شعیری (۱۳۹۰) بررسی و هنجاریابی کرده است. حیدری نسب و همکاران (۱۳۹۰) روایی و اعتبار پرسشنامه سبک‌های دفاعی را با استفاده از روش آزمون و باز آزمون و نیز محاسبه آلفای کرونباخ در نمونه‌های ایرانی مورد بررسی قرار دادند و نتایج آلفای بالای این پرسشنامه در

گروه‌های مورد مطالعه (۰/۸۷) و همبستگی‌های بالا بین آزمون و باز آزمون نمایانگر اعتبار قابل قبول این پرسشنامه در جمعیت ایرانی بود.

یافته‌ها

در میان آزمودنی‌ها، ۵۴/۰۶ درصد آنان را مردان (۲۰۶ نفر) و ۴۵/۹۳ درصد را زنان (۱۷۵ نفر) تشکیل می‌دادند. میانگین و انحراف معیار سنی برای مردان به ترتیب ۳۵/۲۱ و ۲/۰۹ و برای زنان ۳۱/۱۴ و ۱/۸۳ بود. میانگین، انحراف معیار و مقادیر کجی و کشیدگی متغیرها در جدول ۱ گزارش شده‌اند.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

مقیاس‌ها	مولفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
رفتارهای جامعه‌سنجی		۵۵/۶۳	۳/۳۷	۰/۱۳	۰/۳۳
رفتارهای قلدری		۵۱/۶۵	۴/۱۸	۰/۶۲	۰/۳۶
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	بریدگی و طرد	۷۱/۴۷	۷/۴۸	۴/۲۶	۴۵/۲۵
	عملکرد و خودگردانی مختل	۵۷/۶۶	۷/۱۰	۲/۵۴	۱۷/۴۵
	محدودیت‌های مختل	۲۸/۷۱	۴/۲۵	۰/۰۷	۰/۵۱
	دیگر جهت‌مندی	۲۸/۲۶	۳/۹۳	۰/۲۶	۰/۵۶
	گوش به‌زنگی بیش از حد	۲۷/۳۰	۶/۰۵	۳/۳۷	۳۱/۴۷
مکانیسم‌های دفاعی	مکانیسم دفاعی رشد یافته	۳۴/۰۶	۶/۶۲	۰/۸۹	۱/۸۰
	مکانیسم دفاعی رشد نیافته	۱۱۷/۳۸	۱۴/۹۵	۰/۰۸	۰/۰۵
	مکانیسم دفاعی روان‌نژند	۳۵/۰۵	۶/۹۷	۰/۱۰	۰/۴۳

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. داده‌ها گویای آن است که مقدار کجی و کشیدگی هر دو متغیر در بازه مورد قبول (۲ تا -۲) قرار دارند که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه می‌باشد. افزون بر این، عدم وجود هم‌خطی چندگانه دیگر پیش‌فرض مهم تحلیل رگرسیون است. مقادیر عامل تورم واریانس هیچ متغیری بیش از ۱۰ (حد مجاز تعیین شده) نبود. بنابراین، شرط عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین برقرار بود. همچنین، برای بررسی پیش‌فرض دیگر رگرسیون، استقلال خطاها از طریق آزمون دوربین و اتسون بررسی گردید. طبق قاعده، اگر شاخص دوربین و اتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد، متغیرهای پیش‌بین از استقلال مناسب برخوردارند. با توجه به

رعایت مفروضه‌های آماری، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده کرد. نتایج ضریب همبستگی در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- رفتارهای جامعه ستیزی	۱									
۲- رفتارهای قلدری	۰/۳۱	۱								
۳- بریدگی و طرد	۰/۳۹	۰/۴۳	۱							
۴- عملکرد و خودگردانی مختل	۰/۴۹	۰/۳۸	۰/۳۲	۱						
۵- محدودیت های مختل	۰/۲۵	۰/۲۷	۰/۳۱	۰/۳۲	۱					
۶- دیگر جهت مندی	۰/۴۱	۰/۴۲	۰/۳۲	۰/۳۷	۰/۳۲	۱				
۷- گوش به زنگی بیش از حد	۰/۴۵	۰/۳۲	۰/۳۴	۰/۳۰	۰/۳۵	۰/۳۱	۱			
۸- مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته	۰/۳۸	۰/۳۴	۰/۴۱	۰/۳۶	۰/۳۰	۰/۳۳	۰/۴۲	۱		
۹- مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته	۰/۴۵	۰/۳۸	۰/۳۲	۰/۳۸	۰/۲۶	۰/۳۵	۰/۳۹	۰/۳۶	۱	
۱۰- مکانیسم‌های دفاعی روان نژندی	۰/۳۵	۰/۲۸	۰/۳۸	۰/۳۲	۰/۳۰	۰/۳۴	۰/۴۱	۰/۴۰	۰/۳۰	۱

$P < 0.01$

طبق جدول ۲ تمامی همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. به منظور بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی در رفتارهای جامعه ستیزی و قلدری از روش تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد. نتایج تحلیل‌های رگرسیون در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون نقش مولفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی در رفتارهای جامعه‌ستیزی

معنی‌داری	T	Beta	B	دوربین واتسون	F	Df	R ²	R	مولفه‌ها	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	۱/۰۶۵	۰/۳۹	۰/۳۲۸						بریدگی و طرد	
۰/۰۰۱	۲/۶۸۶	۰/۳۱	۰/۳۹۵						خودگردانی مختل	
۰/۶۸۰	۰/۴۱۱	۰/۲۵	۰/۰۱۸	۱/۹۳	۳/۵۵	۳۸۰	۰/۱۱	۰/۳۳	محدودیت مختل	طرحواره‌های
۰/۰۰۱	۱/۴۱۲	۰/۴۱	۰/۵۵۹						دیگر جهت مندی	ناسازگار اولیه
۰/۰۰۱	۳/۷۵۸	۰/۳۱	۰/۳۸۵						گوش به زنگی	
۰/۰۰۱	-۲/۱۹۷	-۰/۴۵۱	-۰/۴۳۴						رشد یافته	
۰/۰۰۱	۱/۱۵۴	۰/۳۸۲	۰/۲۹۶	۱/۹۶	۲/۹۴	۳۸	۰/۱۲	۰/۳۹	رشد نیافته	مکانیسم‌های
۰/۰۰۱	۱/۰۴۵	۰/۳۵۵	۰/۲۳۹						روان‌نژندی	دفاعی

نتایج جدول ۳ نشان داد که از میان طرحواره‌های ناسازگار، حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی مختل، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای جامعه‌ستیزی در سطح معناداری ۰/۰۰۱ بودند و این طرحواره‌ها با هم توانستند ۱۱ درصد از تغییرات رفتارهای جامعه‌ستیزی را تبیین کنند ($F=۳/۵۵$, $R^2=۰/۱۱$). بنابراین نتایج فوق، می‌توان ادعا کرد که گرایش به رفتارهای جامعه‌ستیزی در افراد وابسته به مواد را می‌توان بر اساس طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی مختل، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد پیش‌بینی کرد. همچنین، از میان سبک‌های دفاعی، سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان‌نژند به صورت مثبت و مکانیسم دفاعی رشد یافته به صورت منفی پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای جامعه‌ستیزی در سطح معناداری ۰/۰۰۱ بودند و این سبک‌ها با هم توانستند ۱۲ درصد از تغییرات رفتارهای جامعه‌ستیزی را تبیین کنند ($F=۲/۹۴۱$, $R^2=۰/۱۲$). بنابراین نتایج فوق، می‌توان ادعا کرد که گرایش به رفتارهای جامعه‌ستیزی در افراد وابسته به مواد را می‌توان بر اساس سبک‌های رشد یافته، رشد نیافته و روان

نژند پیش‌بینی کرد. در جدول ۴ میزان پیش‌بینی‌پذیری قلدری بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی ارائه شده است.

جدول ۴: تحلیل رگرسیون نقش مولفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی در قلدری

معنی‌داری	T	Beta	B	دوربین واتسون	F	Df	R ²	R	مولفه‌ها	متغیر پیش‌بین
۰/۰۱۲	۱۰/۵۸۲	۰/۳۹	۰/۴۸۲						بریدگی و طرد	
۰/۰۰۱	۲/۶۵۸	۰/۴۹	۰/۲۶۴						خودگردانی مختل	
۰/۷۰۷	۰/۸۵۳	۰/۲۵	۰/۰۴۵	۲/۰۹	۲۲/۶۰	۳۸۰	۰/۲۳	۰/۴۸	محدودیت مختل	طرحواره‌های
۰/۰۰۷	۲/۴۱۲	۰/۴۱	۰/۴۵۲						دیگر جهت مندى	ناسازگار اولیه
۰/۰۰۱	۳/۲۶۷	۰/۴۵	۰/۳۶۱						گوش به زنگی	
۰/۰۰۱	-۱/۵۹۳	-۰/۳۸۹	-۰/۵۵۶						رشد یافته	
۰/۰۰۹	۲/۹۰۵	۰/۳۴۶	۰/۲۴۴	۱/۹۳	۳/۱۲	۳۸۰	۰/۰۹	۰/۳۰	رشد نیافته	مکانیسم‌های
۰/۰۰۱	۰/۵۴۹	۰/۲۸۸	۰/۳۴۹						روان‌نژندی	دفاعی

نتایج جدول ۴ نیز نشان داد که از میان طرحواره‌های ناسازگار، غیر از حوزه محدودیت مختل حوزه‌های بریدگی و طرد، خودگردانی مختل، دیگر جهت‌مندى و گوش به زنگی بیش از حد پیش‌بینی‌کننده‌های قلدری در سطح معناداری ۰/۰۰۱ بودند و این طرحواره‌ها با هم توانستند ۲۳ درصد از تغییرات قلدری را تبیین کنند ($F=۲۲/۶۰$ ، $R^2=۰/۲۳$). بنابراین نتایج فوق، می‌توان ادعا کرد که گرایش به قلدری در افراد وابسته به مواد را می‌توان بر اساس طرحواره‌های بریدگی و طرد، خودگردانی مختل، دیگر جهت‌مندى و گوش به زنگی بیش از حد پیش‌بینی کرد. همچنین، از میان سبک‌های دفاعی، سبک‌های رشد یافته و روان‌نژندانه به صورت مثبت و رشد یافته به صورت منفی پیش‌بینی‌کننده‌های قلدری در سطح معناداری ۰/۰۰۱ بودند و در کل این مکانیسم‌ها با هم توانستند ۹ درصد از

تغییرات قلدری را تبیین کنند ($R^2=0/09$ ، $F=3/12$). بنابراین نتایج فوق، می‌توان ادعا کرد که گرایش به قلدری در افراد وابسته به مواد را می‌توان بر اساس مکانیسم‌های، روان‌نژندی، رشد یافته و رشد نیافته پیش‌بینی کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین رابطه بین رفتارهای قلدری و جامعه‌ستیزی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی در افراد وابسته به مواد بود. نتایج تحقیق نشان داد رفتارهای قلدری و رفتارهای جامعه‌ستیزی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های دفاعی رابطه معنی‌داری در افراد وابسته به مواد دارند. نتایج رگرسیونی نشان داد که بین رفتارهای قلدری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه وجود دارد. این یافته از پژوهش حاضر با پژوهش‌های آلبا و همکاران (۲۰۱۸)، حسن زاده و همکاران (۱۳۹۹)، لیما و همکاران (۲۰۱۸)، کالوت و همکاران (۲۰۱۸)، براهیمی و سرافراز (۱۳۹۶) احمدی پور و قاسمی مطلق (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. به باور یانگ و همکاران (۱۳۹۸) طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ساختارهای شناختی عمیق شامل باورهایی در مورد خود هستند. تجارب محیطی فرد به صورت ناخودآگاه بر شیوه رفتاری و احساسی فرد تاثیر گذاشته و روابط بعدی در اجتماع را تعیین می‌کنند؛ بدین صورت که با بروز رویدادهای زندگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز در این حیطه فعال می‌شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارای سطوحی از حوزه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری می‌باشند که با فعال شدن آنها سطوحی از هیجان در فرد ایجاد شده و باعث ایجاد آشفتگی‌های روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات رفتاری مانند قلدری که منجر به تعارضات بین فردی می‌شود و نیز سوء مصرف مواد خواهد شد. معمولاً افراد سوء مصرف کننده مواد از طرحواره‌های ناسازگار اولیه برخوردارند که این امر باعث عدم بهبود وابستگی به مواد می‌شود. به طبع، در این اختلال مشکلات خانوادگی و اجتماعی فرد بیشتر شده و در اجتماع به عنوان معتاد نمود می‌یابد. پژوهش‌هایی که در این راستا انجام گرفته‌اند نیز این حقیقت را تایید می‌کنند. اصغری و همکاران (۱۳۹۵) نتیجه گرفتند که با تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان انتظار داشت افراد معتاد تغییر پذیری در رفتار نشان

دهند. تاجیک زاده، زارع، نظیری و افشاری (۱۳۹۴) نتیجه گرفتند که طرحواره درمانی گروهی بر روی طرحواره‌های ناسازگار اولیه معتادین روش مفید و موثری است. اسدی، امیری و پورکمالی (۱۳۹۳) نشان دادند طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند بر گرایش افراد به سمت سوء مصرف مواد موثر باشند. شوری و همکاران (۲۰۱۳) در ادامه پژوهش‌های یانگ دریافتند که شواهدی مرتبط با باورهای ناکارآمد در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد از تمامی انواع آن وجود دارد و این افراد از طرحواره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند. لوچ من و دودیج^۱ (۲۰۰۳) در پژوهشی که به منظور مقایسه طرحواره‌های ناسازگار در کودکان غیر پرخاشگر و پرخاشگر انجام دادند نشان دادند کودکان پرخاشگر نسبت به کودکان غیر پرخاشگر از طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتری برخوردارند. رفتارهای قلدری که به دنبال وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در فرد ایجاد می‌شود، باعث تداوم وابستگی به مواد و یا مشکلات قانونی برای فرد خواهد شد (کامودکا، کاراویتا و کوپولا^۲، ۲۰۱۵). رید و همکاران (۲۰۱۵) نتیجه گرفتند که رابطه مثبتی بین قلدری و ابتلا به مواد مخدر وجود دارد. چمنی و سجادیان (۱۳۹۷) نتیجه گرفتند که اضطراب، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان در کنار قلدری بر اعتیادپذیری تأثیر علی دارند. قمری گیوه و مجرد (۱۳۹۵) نشان داد که بین تکانشگری با رفتارهای قلدرانه بدون توجه به پیامدهای منفی آن و گرایش به وابستگی مواد رابطه مثبت وجود دارد. این افراد مهارتی در حل مسئله نداشته (شریفی نیا، رحیمی یگانه، رحیمی دستجردی، ۱۴۰۰) و به علت اینکه در گذشته خود رفتارها و موقعیت‌هایی را تجربه کرده‌اند که باعث ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه شدند، جهت کاستن از این ضعف روانی به رفتارهای قلدری جهت غلبه بر افراد ضعیف‌تر از خود مبادرت می‌ورزند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد رفتارهای جامعه‌ستیزی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته به مواد مخدر رابطه معنی‌داری دارد. نتیجه به دست آمده با پژوهش‌های بهروز چلمردی (۱۳۹۲)، پیری و همکاران (۱۳۹۸)، تورک کاپار و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. بسیاری از رفتارهای افراد هنجارشکن در جامعه تحت عنوان‌های

1. Lochman & Dodge

2. Camodeca, caravita & copolla

جامعه‌ستیزی یا ضد اجتماعی است که با هدف آسیب‌زنی بر دیگران در اجتماع، اعمال قدرت و نفوذ در دیگران بدون داشتن حس پشیمانی می‌باشد و باعث اختلافات و نزاع‌هایی می‌شود که عاقبتی مانند زندانی شدن و یا مرگ برای فرد در پی خواهد داشت. رفتارهای وندالیسمی (تخریب‌گری شهری)، تجاوز به حقوق دیگران در اجتماع، ایجاد رعب در دیگران که گاهی با تحقیر و تمسخر و زورگویی نیز همراه است و ارتباط این رفتارها با بروز وابستگی به مواد از جمله مواردی می‌باشند که با شان‌والای انسان در تضاد قرار داشته و آرامش زندگی را به هدر می‌دهد. افرادی که دچار بیماری وابستگی به مواد می‌شوند اکثراً افرادی هستند که به دلایل کم‌نیابردن در جمع دوستان و قبول پیشنهاد مصرف آن‌ها، اعمال رفتارهای شبه‌نمایشی برای دوستان هم‌پایه خود، مسائل جنسی و دیرانزالی، رفت و آمد و یا زندگی در محله‌های فروش و یا مصرف مواد، اعتماد به نفس کاذب فرد در مورد شکست‌ناپذیر بودن در مقابل مواد و نیز باور خلاف واقع به عدم تخریب با یک بار مصرف، به مواد روی آورده و در نهایت اعمال جامعه‌ستیزی در میان اعضای جامعه باعث تخریب آن‌ها به مواد می‌شود (دژاکام، ۱۳۹۷). در این بین طحاره‌های ناسازگار بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، شکست، خودانضباطی ناکافی مرتبط با رفتارهای جامعه‌ستیزی در تخریب این افراد به مواد مخدر نقش دارد.

بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد رفتارهای قلدری با مکانیسم دفاعی در افراد وابسته به مواد مخدر رابطه معنی‌داری دارند. نتایج این پژوهش با یافته‌های فاضلی‌فارسانی و یوسف‌وند (۱۳۹۷) که بین معتادان تحت درمان با متادون و عضو گروه خودیاری تفاوت معناداری وجود ندارد و تنها در بعد انعطاف‌پذیری تفاوت معناداری بین معتادان تحت درمان با متادون و عضو گروه خودیاری وجود داشت همسو نبوده و با نتایج تحقیق رید و همکاران (۲۰۱۵)، سوارر و هایمل^۱ (۲۰۱۵) و مازانگسی^۲ (۲۰۲۰) که معتقدند مکانیسم‌های دفاعی و رفتارهای قلدری در ارتباط هستند، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت، رفتارهای قلدری در اثر تربیت‌های والدین و یا شرایط محیطی فرد شکل می‌گیرد که می‌تواند در بروز وابستگی به مواد و مسائل قانونی موثر باشد. مکانیسم‌های

دفاعی نیز نقش مهمی در آسیب‌شناسی و شکل‌گیری انواع اختلالات روانشناختی دارد. وایلان^۱ (۱۹۹۹) معتقد است دفاع‌های سازش یافته با سلامت جسمانی، رضایت از زندگی و کیفیت روابط اجتماعی در ارتباط است. معمولاً افراد به صورت ناخودآگاه از مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کنند تا به سلامت روانی آن‌ها لطمه‌ای وارد نشود. از طرفی افرادی که دارای خصوصیات قلدری می‌باشند از مکانیسم‌های دفاعی به مراتب بیشتری استفاده کرده و در حل مشکلات از همکاری با افرادی خاصی استفاده می‌کنند و دوستان و هم‌نشینان کمتری نیز دارند. با توجه به محدود بودن ارتباط این افراد مخصوصاً افراد معتادی که دارای این خصیصه می‌باشند می‌توان انتظار داشت که آن‌ها از افرادی مانند خود مشورت گرفته و رفتار و شخصیت‌شان را شبیه این افراد کنند. پس احتمال می‌رود که مکانیسم‌های دفاعی نابالغ و نوروپیک در بروز رفتارهای قلدری و جامعه‌ستیزی موثر می‌باشند. افرادی که در دوران کودکی گرفتار یک فرد قلدر شده‌اند احتمالاً با خطر نداشتن شخصیتی با حمایت اجتماعی در بزرگسالی هستند و آن‌هایی که قلدر یا قربانی بوده‌اند سلامت فیزیکی و مالی کمتر و رفتارهای ضداجتماعی بیشتری داشته و در مقابل افرادی که اصلاً درگیر قلدری نبوده‌اند اغلب در سنین کمتری بچه‌دار می‌شوند (موران، کافی، بورشمن، رومانیک، اولسون و کارلیک^۲، ۲۰۱۸).

همچنین نتایج نشان داد رفتارهای جامعه‌ستیزی با مکانیسم دفاعی در افراد وابسته به مواد مخدر رابطه معنی‌داری دارد. نتایج این پژوهش با تحقیق پرسنایک، اولسون و مک‌گرار^۳ (۲۰۱۰) و کارالیو و همکاران (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. در رویکرد روان‌پویشی اعتقاد بر این است افرادی که دچار رفتارهای جامعه‌ستیزی هستند برای خلاصی از اضطراب ناشی از انجام خواسته‌های نهاد، ناچار از مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کنند. به این دلیل که در افراد جامعه‌ستیز خواسته‌های نهاد قوی هستند مکانیسم‌های دفاعی توانایی مقابله با آن‌ها را ندارند و اعمال پرخاشگرانه از کنترل فرد خارج می‌شود. افراد سوء مصرف‌کننده مواد که مشکل جامعه‌ستیزی نیز دارند از مکانیسم‌های دفاعی جهت روبرو

1. Vaillant
2. Moran, Coffey, Romaniuk,
Olsson, Borschmann & Carlin

3. Presniak, Olson & Macgregor

شدن با مشکلات اجتماعی و به ثمر رساندن خواسته‌هایشان استفاده می‌کنند. در پژوهش‌های متفاوت داخلی و خارجی همبودی جامعه‌ستیزی با سوء مصرف مواد نشان داده شده است (توماسون و واگلوم^۱، ۲۰۱۸؛ گودین و هامیلتون^۲، ۲۰۰۳؛ جانسون، کوهن، کاسن و بروک^۳، ۲۰۰۶). این دسته از افراد مبتلا به این بیماری ممکن است به اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، قماربازی بیمارگونه و مواد مخدر و سایر اختلال‌های کنترل‌تکانه در آینده دچار شوند (هودسون، هوگ و مک‌اینیس^۴، ۲۰۰۹). جامعه‌ستیزی اختلال شخصیتی محسوب می‌شود که از مشخصه‌های اصلی آن در تشخیص دروغ‌گویی، فقدان همدلی با دیگران و عوام فریب با عدم ندامت از گناه یا اشتباه می‌باشد. اختلالی که مدت‌های طولانی عامل خطر مهمی در پیش‌بینی رفتارهای مجرمانه و حبس در نظر گرفته می‌شد جامعه‌ستیزی بود و به طور معنادار در مجرمان زندانی مشاهده می‌شد (آگروال^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). به صورت کلی، پژوهش حاضر بر نقش متغیرهای شناختی در تبیین رفتارهای نابهنجار اجتماعی به ویژه رفتار قلدری در جامعه آماری سوء مصرف کنندگان مزمن مواد تاکید دارد. به نظر می‌رسد طراح‌های ناسازگار اولیه به عنوان متغیرهای شناختی و متغیرهای روان‌پویشی مانند مکانیزم‌های دفاعی نقش پیش‌بینی در رفتارهای قلدری و جامعه‌ستیزی افراد وابسته به سوء مصرف مواد مخدر را دارند.

در ارتباط با محدودیت‌های تحقیق حاضر، نتایج به افراد سوء مصرف کننده شهر تبریز می‌باشد، لذا در تعمیم این نتایج به سایر شهرها باید احتیاط شود و پژوهش‌های اندک در این حوزه تحقیقی و عدم کنترل تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی آزمودنی‌ها و خستگی زود هنگام و بی‌حوصلگی آن‌ها از محدودیت‌های این تحقیق محسوب می‌شود. استفاده از فرم‌های بلند پرسشنامه‌های سنجش متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر و نیز استفاده از دیگر روش‌های سنجش مانند مصاحبه‌های بالینی می‌تواند در تایید یا عدم تایید نتایج به دست آمده کمک کننده باشد. با توجه به اینکه بین طراح‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای قلدری ارتباط وجود دارد لذا پیشنهاد می‌گردد با در نظر گرفتن شکل‌گیری

1. Tomasson & Vaglum
2. Goodwin & Hamilton
3. Johnson, Cohen, Kasen & Brook

4. Hodson, Hogg & MacInnis
5. Aggarwal

طرحواره‌های ناسازگار اولیه از دوران کودکی و نیز ارتباط آن با شیوه تربیتی والدین و همچنین نظر به شرایط محیطی در شکل‌گیری رفتارهای قلدری و جامعه‌ستیزی، با برگزاری دوره‌های آموزشی والدین مخصوصاً در مناطق کم‌درآمد شهر تبریز آگاهی لازم را به این افراد ارائه کرد تا از پیامدهای نامطلوبی مانند وابستگی به مواد جلوگیری شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد مسئولین امر اعتیاد در مراکز بهزیستی و معاونت درمان، به صورت مداوم در جهت تشکیل کلاس‌های آموزشی کاربردی با بهره‌گیری از مشاوران و روانشناسان در این زمینه برای خانواده‌های درگیر مسائل وابستگی به مواد و نیز استفاده از تجربیات خانواده‌هایی که اعتیاد را شکست داده‌اند، اقدام کنند.

منابع

احمدی پور، پروانه و قاسمی مطلق، مهدی. (۱۳۹۴). *رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تاب‌آوری با کنترل خشم معتادان*. دومین کنفرانس بین‌المللی رویکردهای نوین در علوم، مهندسی و تکنولوژی.

اسدی، زهره؛ امیری، سارا و پورکمالی، آرین. (۱۳۹۳). *مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف شیشه و افراد عادی*. *اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۴)، ۸۵-۹۲.

اصغری، فرهاد؛ علی‌پور و گیتا و صیادی، علی. (۱۳۹۵). *پیش‌بینی تغییرپذیری افراد معتاد به تریاک از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی*. *اعتیاد پژوهی*، ۳۵(۹)، ۸۵-۹۸.

آهی، قاسم؛ محمدی‌فر، محمدعلی و بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). *پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های یانگ*. *روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۷(۳)، ۲۰-۵.

اورکی، محمد؛ درتاج، افسانه و مهدیزاد، آتوسا. (۱۳۹۶). *بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دلبستگی ناایمن در افراد وابسته به هروئین*. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۶)، ۳۷-۵۳.

براهیمی، نوشین و سرافراز، مهدی‌رضا. (۱۳۹۶). *پیش‌بینی خشم بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه*. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*.

بهروز چلمردی، سیامک. (۱۳۹۲). *مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد جامعه‌ستیز و دو قطبی*. *روانشناسی بالینی*، ۶(۲)، ۱۳-۲۸.

پیری، محمود؛ حسینی، علی؛ جوانشیر، اسدی و شریعت‌نیا، کاظم. (۱۳۹۸). مقایسه ابربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی در معنادان ساکن در کمپ. *اعتیاد پژوهی*، ۵۲(۱۳)، ۱۶۲-۱۳۸.

تاجیک‌زاده، فخری؛ نظیری، قاسم؛ زارع، ایرج و افشاری، رامین. (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگه‌دارنده با متادون. *شخصیت و تفاوت‌های فردی*، ۴(۷)، ۲۳-۱.

چالمه، رضا. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس قلدری ایلینویس در دانش‌آموزان ایرانی: بررسی روایی، پایایی و ساختار عاملی. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۱(۳)، ۵۲-۳۹.

چمنی، نسرين و سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۷). رابطه علی اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری با آمادگی به اعتیاد. *اعتیاد پژوهی*، ۵۱(۱۳)، ۲۳۹-۲۲۰.

حسن‌زاده، حسن؛ جعفر پور رضایی، میلاد و حسن‌زاده، حسین. (۱۳۹۹). مدل‌یابی معادلات ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی و بد تنظیمی هیجانی با قلدری سایبری. *نشریه علمی دانش‌انظامی دفتر تحقیقات کاربردی استان آذربایجان غربی*، ۴۸(۱۱)، ۴۳-۲۶.

حیدری‌نسب، لیلیا؛ منصور، محمود؛ آزادفلاح، پرویز و شعیری، محمدرضا. (۱۳۸۶). روایی و اعتبار پرسشنامه سبک‌های دفاعی در نمونه‌های ایرانی. *دانشور رفتار*، ۲۲(۱۴)، ۲۶-۱۱.

دژاکام، حسین. (۱۳۹۷). *عبور از منطقه ۶۰ درجه زیر صفر*، تهران: مولف.

ذوالفقاری، مریم؛ فاتحی‌زاده، مریم و عابدی، محمد رضا. (۱۳۸۷). تعیین رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان. *خانواده پژوهی*، ۱۵(۴)، ۲۶۱-۲۴۷.

ریو، جان مارشال. (۲۰۰۱). *انگیزش و هیجان* (ویراست دوم). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۸). تهران: ویرایش.

سهند، بهرام؛ زارع، حسین و فتی، لادن. (۱۳۹۳). مقایسه حوزه‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معنادان ناموفق و موفق به ترک مواد افیونی و جمعیت غیربالینی. *اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۸)، ۸۷-۶۵.

شریفی‌نیا، محمدحسین؛ رحیمی یگانه، زهرا و رحیمی دستجردی، محمد. (۱۴۰۰). پیش‌بینی شیوه‌های ناکارآمد حل مسئله بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته به مواد.

اعتیاد پژوهی، ۱۶(۶۰)، ۲۵۲-۲۳۱.

صلواتی، مژگان و یکه یزدان دوست، رخساره. (۱۳۹۴). *طرحواره درمانی*، تهران: دانژه.
فاضلی فارسانی، میترا و یوسف نند، آفاعلی. (۱۳۹۷). مقایسه ویژگی های شخصیتی و مکانیسم های
دفاعی در بین معتادان تحت درمان با متادون و عضو گروه خودیاری شهر اصفهان. *دانش*
انتظامی، ۹۴(۴)، ۶۹-۹۰.

قمری گیوه، حسین و مجرد، آرزو. (۱۳۹۵). پیش بینی گرایش به مصرف سیگتر، مشروبات الکلی و
مواد مخدر و داروهای روان گردان بر اساس متغیر های بد تنظیمی هیجان و تجربه کودک
آزاری در افراد دارای صفات شخصیت مرزی. *اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۰)، ۹۷-۱۱۲.

قمری، حسین؛ رستمی، مریم؛ نادر، مقصود و ایل بیگی قلعه نی، رضا. (۱۳۸۹). مقایسه ویژگی های
شخصیتی و مکانیسم های دفاعی در افراد معتاد و غیرمعتاد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۴)، ۷۱-۸۱.
لیهی، رابرت. (۱۳۹۸). *طرحواره درمانی هیجانی*. ترجمه منصوره السادات صادقی، احمد نیاززاده،
گلناز فیاضی. تهران: قطره. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).

ولی الهی، سمانه. (۱۳۹۶). *اعتیاد بلای خانمان سوز*. تهران: ویهان.
یانگ، جفری. (۱۹۹۹). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت رویکرد طرحواره محور*. ترجمه حسن
حمیدپور، علی صاحبی (۱۳۹۵). تهران: ارجمند.

یانگ، جفری؛ کلوסקو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۱۳۹۸). *طرحواره درمانی*، (ترجمه: حسن
حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).

References

- Aggarwal, A., Vaish, S., Sharma, D. K., Sushil, C. S., Usman, N., Sudarsanan, S. (2015). A Study of personality profile and criminal behavior in substance abusers. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1), 35-39.
- Alba, A., Calvete, E., Wante, L., Van Beveren, M. L., & Braet, C. (2018). Early Maladaptive Schemas as Moderators of the Association between Bullying Victimization and Depressive Symptoms in Adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 24-35.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256.
- Anestis, J. C., Green, B. A., Arnau, R. C., Anestis, M. D. (2017). Psychopathic Personality Traits in the Military: An Examination of the Levenson Self-Report Psychopathy Scales in a Novel Sample. *SAGE Journal*, 26(4), 43-56.

- Brad, B. (2014). Psychological Defense Mechanisms: A new perspective. *American Journal of Psychoanalysis*, 74 (1), 1-26.
- Calvete, E. Fernández-González, L. González-Cabrera, J. M. Gámez-Guadix, M. (2018). Continued Bullying Victimization in Adolescents: Maladaptive Schemas as a Mediational Mechanism. *Journal of Youth and Adolescence*, 47, 650–660.
- Camodeca, M., Caravita, S. C., Copolla, G. (2015). Bullying in preschool: the association between participant roles, social competence, and social preference. *Aggressive Behavior*, 41(4), 21-33.
- Carvalho, L. A., Reis, A. M., Pianowski, G. (2019). Investigating Correlations between Defense Mechanisms and Pathological Personality Characteristics. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(4), 232–243.
- Clifton, J. A. (1995). The effects of parenting style, attachment, and early maladaptive schema on adult romantic relationships (Doctoral dissertation, University of Georgia). *Dissertation Abstracts International*, 56(10), 57-91.
- Espelage, D. L., & Holt, M. K. (2001). Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *Journal of emotional abuse*, 2(2-3), 123-142.
- Fast, J. (2016). *Beyond bullying: Breaking the cycle of shame, bullying and violence*. Oxford University Press.
- Fischer, T. D., Smout, M. F., Delfabbro, P. H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3), 169-77.
- Giovazolias, T., Karagiannopoulou, E., & Mitsopoulou, E. (2017). Can the factor structure of defense style questionnaire (DSQ-40) contribute to our understanding of parental acceptance/rejection, bullying, victimization and perceived well-being in greek early adolescents?. *Europe's journal of psychology*, 13(2), 269.
- Goodwin, R. D., Hamilton, S. P. (2003) Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research*, 117 (3), 159-166.
- Hodson, G., Hogg, S. M., & MacInnis, C. C. (2009). The role of “dark personalities”(narcissism, Machiavellianism, psychopathy), Big Five personality factors, and ideology in explaining prejudice. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 686-690.
- Holloway, K., Bhullar, N., & Schutte, N. S. (2017). A latent profile analysis of dispositional hope and defense styles. *Personality and Individual Differences*, 114(2), 151-154.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Brook, J. S. (2006). Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, 71(20), 408-426.

- Khosravani, V., Najafi, M., & Mohammadzadeh, A. (2020). The Young Schema questionnaire-short form: A Persian version among a large sample of psychiatric patients. *International journal of mental health and addiction*, 18(4), 949-967.
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A., Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing Psychopathic Attributes in a Noninstitutionalized Population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 151-8.
- Lima, B. V., José e., L. E., Fernandes, L. R. F. (2018). Relationships between bullying and early maladaptive schemas in college students. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 18(1), 57-64.
- Lochman, J. E., & Dodge, K. A. (۲۰۰۳). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and no aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 366-374.
- Masangcay, D. (2020). Defense Mechanism of Students Experiencing Cyberbullying: A Qualitative Analysis on Students' Internet Interaction. *Asia Pasific Journal of Multidisciplinary research*, 8(4), 151-162.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B. (2018). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The lancet*, 379(11), 236-43.
- Presniak, M. D., Olson, T. R., Macgregor, M. W. (2010). The role of defense mechanisms in borderline and antisocial personalities. *Journal of Personality Assessment*, 92(2), 137-45.
- 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 adolescence. *Children and Youth Services Review*, 55(3), 128-137.
- Rothson, C., Head, J., Klineberg, E., and Stansfeld, S. (2011). Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of Adolescence Health*, 34(3), 579-588.
- Ruggieri, S., Friemel, T., Sticca, F., Perren, S., and Alsaker, F. (2013). Selection and Influence Effects in Defending a Victim of Bullying: The Moderating Effects of School Context. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 79(6), 117-126.
- Shaheen, A. M., Hammad, S., Haourani, E. M., Nassar, E.S. (2018). Factors affecting Jordanian schools adolescents experience of being bullied. *Journal of Pediatric Nursing*, 38(2), 66-71.
- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2012). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance Use & Misuse*, 47(1), 108-111.

- Swearer, S., M. & Hymel, S. (2015). Understanding the Psychology of Bullying, Moving Toward a Social-Ecological Diathesis–Stress Model. *American Psychological Association*, 70(4), 344–353.
- Tomasson, K., Vaglum, P. (2018). Antisocial addicts: the importance of additional axis I disorders for the 28 -month outcome. *European Psychiatry*, 93(15), 443-449.
- Trull, T. J., & Sher, K. J. (2008). Relationship between the five-factor model of personality and axis I disorders *Schema therapy: A practitioner guide in a non-clinical sample*, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 350-360.
- Turkcapar, H., Kalyoncu, H., Guriz, S. O., Hamamci, S. (2015). Early Maladaptive Schemas and Core Beliefs in Antisocial Personality Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(4), 306–317.
- Vaillant, G. E. (1999). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*, Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Vaughn, M.G., DeLisi, M., Beaver, K.M., Wexler, J., Barth, A., Fletcher, J. (2015). Juvenile psychopathic personality traits are associated with poor reading achievement. *Psychiatry*, 82(3), 177-90.
- Walton, K. E., & Roberts, B. W. (2014). On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted, *Journal of Research in Personality*, 38, 514-535.
- Young, J. E. (2003). *Schema therapy for borderline & narcissistic personality disorders*. Pittsfield, MA: New. England Educational In

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف‌کننده مواد*

آرزو محمدی سلطان آبادی^۱، شکوفه متقی دستنائی^۲، احسان کردی اردکانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان معتاد بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام زنان مصرف‌کننده مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بود که ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایابی شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های تکانشگری و انعطاف‌پذیری شناختی جمع‌آوری و با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی موجب افزایش معنی‌دار انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش تصمیم‌گیری تکانشی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد و این نتایج در پیگیری ۲ ماهه نیز پایدار ماندند. **نتیجه‌گیری:** این پژوهش، حمایتی تجربی برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی، برای کاهش تصمیم‌گیری تکانشی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی زنان معتاد فراهم می‌کند.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی، تصمیم‌گیری تکانشی، انعطاف‌پذیری شناختی،

اعتیاد

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه اردکان است.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. پست

الکترونیکی: mottaghi@ardakan.ac.ir

۳. استادیار، گروه معارف اسلامی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

مقدمه

یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی در جهان معاصر، اعتیاد به مواد مخدر^۱ است که در سالیان اخیر به یکی از جدی‌ترین معضلات بشری و پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی تبدیل شده است. اعتیاد پایه و بنیان جوامع انسانی را تحلیل می‌برد و علاوه بر رشد روزافزون این پدیده، همه اقدار و گروه‌های جامعه را نیز درگیر کرده است (بنفشه و همکاران، ۱۳۹۷). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی^۲، ایران بالاترین آمار استفاده از مواد مخدر (مصرف تریاک) را دارد که این میزان مصرف سه برابر متوسط جهانی است؛ همچنین آمارها نشان می‌دهد، روزانه حدود ۲ میلیون نفر از مردم ایران از مواد مخدر استفاده می‌کنند که ۲/۷ درصد از جمعیت کشور را در برمی‌گیرد (مرادی‌نظر و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان، یکی از گروه‌هایی که اعتیاد آن‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است، زنان هستند که روزبه‌روز بر تعداد آن‌ها افزوده می‌شود، هرچند شیوع اختلال مصرف مواد در زنان کمتر گزارش شده است، ولی سیر وابستگی در آن‌ها بیشتر است (میرزاخانی و خدادادی‌سنگده، ۱۳۹۵). بررسی آخرین آمارهای انتشار یافته در خصوص نرخ اعتیاد در بین جمعیت زنان در ایران و نسبت آن با آمار اعتیاد مردان، بیانگر مشابهت روند بین‌المللی و ملی این پدیده فارغ از تأخیر زمانی و تفاوت الگوی غالب اعتیاد در دو سطح است؛ آخرین رقم نرخ اعتیاد در زنان از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۷، ۹/۶ درصد اعلام شده است (نیازی، نوروزی و ادیب‌پور، ۱۳۹۸). اعتیاد زنان به یکی از آسیب‌های اجتماعی مهم در سال‌های اخیر تبدیل شده است. اما علل زیادی وجود دارد که موجب افزایش تعداد زنان معتاد در جامعه می‌گردد. برخی از این عوامل مانند استرس، خلق منفی در روابط، محیط خانوادگی آشفته و پرمشاجره و خشونت علیه زن‌ها، همسران معتاد، بیماری‌های روان‌پزشکی و خشونت جنسی در زنان نسبت به مردان شایع‌تر می‌باشد (برادی، بک و گرینفیلد^۳، ۲۰۰۹)، در برخی مطالعات، کنجکاو و تمایلات شخصی^۴ را

1. drug addiction
2. world health organization (WHO)

3. Brady, Back & Greenfield
4. individual willingness

مهم‌ترین انگیزه درونی^۱ برای مصرف مواد در زنان گزارش کرده است (روشن‌فکر و همکاران، ۲۰۱۵).

بر اساس مطالعات انجام شده، مصرف مواد در زنان (به‌خصوص مصرف تزریقی مواد) با آسیب‌های اجتماعی همانند فرار از منزل و روسپی‌گری همراه است (باور^۲ و همکاران، ۲۰۱۴) و زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به مشکلات روانی هستند (جوان محبوب، ۱۳۹۴). همچنین نتایج مطالعات حاکی از آن است که رفتارهای اعتیادآور با تکانشگری بالا همراه هستند (مارتینز-لوردو و فرناندز-هرمیدا^۳، ۲۰۱۹؛ مولر^۴ و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات مختلفی نشان دادند که تکانشگری منجر به اختلالات روانی و رفتارهای پرخطر از جمله مصرف و وابستگی مواد می‌شود (کال، استوتز، کوپر^۵، ۲۰۱۸؛ واندروین، هرشبرگر و کیدرز^۶، ۲۰۱۶؛ دویلینگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۷؛ ترنر، سباستین و توچر^۸، ۲۰۱۷؛ جکوسز کویاک-ووچتن، لندوسکی، ویگلسز و کابالا^۹، ۲۰۱۵؛ دیر، کوسکونپینار^{۱۰} و کیدرز، ۲۰۱۴؛ اسکاگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۳). تکانشگری دارای یک ساختار چند بعدی است که شامل ابعادی چون تأکید بر زمان حال، ناتوانی در بازداری^{۱۲}، خطرپذیری، حس جویی، حساسیت به پاداش^{۱۳}، بی‌حوصلگی، لذت‌جویی و ناتوانی در برنامه‌ریزی گزارش شده است (اختیاری، رضوان فرد و مگری، ۱۳۸۷). بارت، استنفورد، کینت و فیلتوس^{۱۴} (۱۹۹۵) به سه مؤلفه تکانشگری از جمله تکانشگری شناختی^{۱۵} (توانایی تمرکز بر کار نزدیک و ناپایداری شناختی)، تکانشگری حرکتی^{۱۶} (شامل عمل کردن بدون نقشه قبلی همراه با سرسختی) و تکانشگری بی‌برنامگی^{۱۷} (ناتوانی در برنامه‌ریزی و تفکر کردن با دقت) است. فردی که دست به

1. Intrinsic motivations
2. Bawor
3. Martínez-Loredo & Fernández-Hermida
4. Moeller
5. Kale, Stautz, & Cooper
6. VanderVeen, Hershberger & Cyders
7. Dowling
8. Turner, Sebastian, & Tuscher
9. Jakuszkowiak-Wojten, Landowski, Wiglusz, & Cubala
10. Dir, Coskunpinar
11. Schag
12. disinhibition
13. reward sensitivity
14. Barratt, Stanford, Kent & Felthous
15. cognitive impulsivity
16. motor impulsivity
17. non-planning impulsivity

انتخاب‌ها و تصمیمات تکانشی می‌زند، نمی‌تواند خود را به‌خوبی با موقعیتی که می‌خواهد در مورد آن تصمیم‌گیری کند، انطباق دهد و بدون در نظر گرفتن عواقب احتمالی تصمیم و تفکر منطقی و از روی احساسات زودگذر دست به تصمیم‌گیری می‌زند (پاتروس، اندرسون، لی و تارا^۱، ۲۰۱۷). در تصمیم‌گیری تکانشی فرد در هنگام مواجه شدن با موقعیت تصمیم‌گیری، بلافاصله و بی‌درنگ تصمیم اصلی خود را اتخاذ می‌کند و به بررسی سایر جوانب نمی‌پردازد (هینسون، جامسون، ویتنی^۲، ۲۰۱۷). وردیجو-گارسیا و پرز-گارسیا^۳ (۲۰۰۷) در بررسی‌های خود در ارتباط با تکانشگری و اعتیاد به دو یافته زیر اشاره می‌کنند:

۱- همخوانی قابل توجهی در مورد بالا بودن سن تکانشگری و شاخص‌های عصبی-شناختی تکانشگری در بین انواع گروه‌های مصرف‌کننده مواد وجود دارد؛ ۲- تکانشگری در مصرف‌کنندگان مواد ممکن است در اثر مصرف شدید مواد تحت تأثیر قرار بگیرد (ارجمندقجور، علیلو، قانجانی و بخشی‌پور، ۱۳۹۷). مطالعات نشان داده‌اند در زنان معتاد، رفتارهای پرخطر از جمله ریسک‌پذیری، تصمیم‌گیری آبی و تکانشی رایج است (کشاورز، میرنسب، فتحی و بدری، ۱۳۹۶). افرادی که مواد مصرف می‌کنند، با تصمیمات مهمی در خصوص موضوعاتی همانند استفاده از مواد مواجه می‌شوند که می‌تواند پیامدهای مهمی برای آنان به همراه داشته باشد و به‌صورت عمیقی بر آنان اثر بگذارد (ولف^۴، ۲۰۱۲).

علاوه بر تصمیم‌گیری تکانشگری، انعطاف‌پذیری شناختی نیز از نظر بالینی در اعتیاد نقش مهمی دارد؛ زیرا توانایی پاسخ مداوم پیش‌بینی‌کننده حائز اهمیت در نتایج درمان اعتیاد محسوب می‌شود (ترنر^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). افراد مصرف‌کننده مواد در انعطاف‌پذیری شناختی نقص دارند که زمینه‌ساز تداوم رفتارهای آسیب‌زا می‌شود (وردیجو-گارسیا و همکاران، ۲۰۱۵). انعطاف‌پذیری، فرد را قادر می‌سازد که در برابر فشارها، چالش‌ها و سایر مسائل عاطفی و اجتماعی برخورد مناسب و کارآمد داشته باشد. توانایی تغییر آمایه‌های شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی،

1. Patros, Alderson, Lea & Tarle
2. Hinson, Jameson, Whitney
3. Verdejo-García, & Pérez-García

4. Wolff
5. Turner

عنصر اصلی در تعاریف انعطاف پذیری شناختی است (پریس^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). فیلیپ^۲ (۲۰۰۵) و سالمون^۳ (۲۰۰۱) انعطاف پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده اند که این ارزیابی در موقعیت های مختلف تغییر می کند (به نقل از زونگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). محققان انعطاف پذیری شناختی را به عنوان ویژگی عمده ی شناخت انسان توصیف کردند و به توانایی فرد برای در نظر گرفتن هم زمان بازنمایی های متناقضی از یک شیء یا یک رویداد اشاره دارد (به نقل از جکس و زلازو^۵، ۲۰۰۵). انعطاف پذیری شناختی دربرگیرنده دو فرایند است که به طور متقابل به هم وابسته می باشند: پذیرش تجربیات و رفتارهای ارزش محور. یک فرد انعطاف ناپذیر تمایل دارد بیشتر در تماس با تجربیات منفی باقی بماند تا اینکه سعی کند تجربیات منفی را کنترل کرده یا تغییر دهد و یا از آن اجتناب کند. افراد به منظور کنترل یا حذف تجربیات ناخوشایند، ممکن است به رفتارهایی معطوف شوند که به سلامت روان شناختی، هیجانی و فیزیکی شان آسیب رساند (نوشیدن افراطی مشروبات الکلی و اعتیاد به آن ها) (جهانگیری، گل محمدیان و حجت خواه، ۱۳۹۷). پژوهش ها نشان می دهند که عدم انعطاف پذیری شناختی مشکلات بسیاری را برای فرد ایجاد می کند که یکی از این مشکلات اعتیاد است (کریو و باتیگر^۶، ۲۰۰۹؛ شاه محمدی، نریمانی، میکائیلی و بشرپور، ۱۳۹۳). کلی، یاگر، بورسردورف^۷ (۲۰۰۵) نشان دادند افراد مصرف کننده ی کوکائین دارای نقص در انعطاف پذیری شناختی هستند. اختلال در عملکرد اجرایی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر که شامل تسلط، حافظه کاری، استدلال، مهار پاسخ، انعطاف پذیری شناختی و تصمیم گیری است، حتی پس از ۵ ماه ترک نیز باقی می ماند (وردیجو-گارسیا و پرز-گارسیا، ۲۰۰۷). انعطاف پذیری شناختی و تصمیم گیری تکانشی باعث مشکلات و پیامدهای فراوانی در افراد معتاد می شود. همچنین وقتی فرد انعطاف پذیری شناختی نداشته باشد؛ به طور تکانشی با شرایط محیط مواجه می شود و معمولاً به خطا می رود و کارها را

1. Preiss
2. Philip
3. Salmoun
4. Zong

5. Jacques & Zelazo
6. Crews & Boettiger
7. Kelley, Yeager & Beversdorf

به شکل تکانشی و تصمیم‌گیری‌های نادرست انجام می‌دهد. پس با انعطاف‌پذیری شناختی می‌توان تغییرات اساسی در ارائه مجدد فکر و تجزیه و تحلیل مسئله ایجاد کرد و همین زمینه ارتباط بین انعطاف‌پذیری شناختی و تصمیم‌گیری تکانشی را تبیین می‌کند (کونمانز^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین با توجه به رابطه تنگاتنگ انعطاف‌پذیری شناختی و تصمیم‌گیری تکانشی و تأثیر آن بر معتادین، درمانی مؤثر، می‌تواند با کاهش مشکلات زنان مصرف‌کننده مواد مخدر، سودمند واقع شود. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ این قابلیت را دارا است.

یکی از فرآیندهایی که برای بهبود بخشیدن به زندگی افراد جهت دست یافتن به آرامش و اخذ نتایج بهتری از عمر خود می‌شود؛ روش پذیرش و تعهد است (اسکات، دالی، یو و مک‌کراکن^۳، ۲۰۱۷) که مدت‌هاست برای کاستن و یا از بین بردن مشکلات زندگی، ناراحتی‌ها و پریشانی‌های روان‌شناختی به کار می‌رود (پاکنهام^۴، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی استفاده می‌کند (هایز^۵، ۲۰۱۰). این نوع درمان به دنبال آن است که به افراد بیاموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجان‌نا مطلوب را بیشتر تحمل کنند (سوگمن، دی کاستا، لیگ و بورلی^۶، ۲۰۱۰). هدف این درمان به‌طور کلی، ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به‌طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد. این مداخله درمانی از طریق شش فرآیند مرکزی شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی می‌شود که فرد شدیداً در چرخه اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی گیر کند و دچار انعطاف‌ناپذیری شناختی شده باشد.

1. Coumans
2. Acceptance & Commitment Therapy (ACT)
3. Scott, Daly, Yu & McCracken

4. Pakenham
5. Hayes
6. Suchman, DeCoste, Leigh & Borelli

به واقع، هدف این نوع درمان، کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی ارزشمند، کامل و رضایت‌بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد می‌شود (نوریان، آقایی و قربانی، ۱۳۹۴). مطالعات مختلفی، اثربخشی این درمان را بر تصمیم‌تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی نشان دادند. موریسون^۱ و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثرات متقابل معنی‌داری از نظر زمان و شرایط بر کاهش تصمیم‌گیری‌های تکانشی و علائم روان‌شناختی افراد داشته و منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پریشانی در افراد می‌شود. نتایج مطالعه یوسفی، یونسی، فرهودیان و صافی (۱۳۹۹) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک روش مداخله‌ای سودمند برای بیماران مبتلا به اختلال مصرف‌مت‌آفتمین در زمینه کاهش رفتارهای تکانشی است. مدل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش سطح‌پریشانی روان‌شناختی تأثیر معنی‌داری دارد (تاین‌دال و والدیک^۲، ۲۰۱۹). گزالس - منندز، فرناندز، رودریگز، ویلاگرا^۳ (۲۰۱۴) نیز گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودبیمارانگاری و کاهش رفتارهای خطرناک زنان وابسته به مواد مخدر مفید است. همچنین مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد یک گزینه درمانی مناسب برای رفتارهای اعتیادآور و اختلالات هم‌افزایی زنان زندانی است؛ زیرا انعطاف‌پذیری شناختی زنان با این روش درمانی افزایش یافت. انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه‌هایی برهاند که زمینه‌ساز تکانشگری و گرایش به مصرف مواد مخدر است. در واقع، رویکرد پذیرش و تعهد سعی دارد با ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی از یک سو و ترغیب فرد به اقدام و عمل در زمینه ارزش‌های فردی موجب کاهش تکانشگری زندگی شخص و ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار شود. لذا فنون درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با افزایش آگاهی فرد نسبت به تجربیات حال، برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش تکانشگری می‌شود (علوی زاده و شاکریان، ۱۳۹۵).

از طرفی توجه به بُعد معنویت و مذهب، منجر به اثرات مثبتی بر افراد می‌شود و متخصصان و درمانگران سعی می‌کنند از این بعد، به منظور افزایش میزان سلامت روان‌شناختی مراجعین استفاده کنند. درمان پذیرش و تعهد اصول مشترکی با آموزه‌های مذهبی دارد. مثال بارز این ادعا (و ما رأیت الا جمیلا)، حضرت زینب در صحرای کربلا و در جریان اسیری می‌باشد که آن حضرت با استفاده از پذیرش قضا و قدر خداوند و پابندی به اصول زندگی اهل بیت پیامبر توانست در مقابل مشکلات و رنج‌های مربوط به آن برهه‌ی زمانی قد علم کند و بتواند از زیر بار آن رنج‌ها و مشکلات، قامت راست گیرد. اصول دینی می‌تواند به فرد کمک کند تا عقایدش را محکم‌تر کند و در مقابل هر مشکلی به راحتی خودش را ناتوان نیند. درحالی که اگر فرد بتواند با استفاده از روایات و آیات قرآن از توان خود در مورد پذیرش برخی از ناملايمات زندگي و تلاش در راه‌های دیگر استفاده کند، می‌تواند کمک شایانی به خودش کند (ملائی، ۱۳۹۵). همچنین یکی دیگر از آموزه‌های اسلام و پیامبر تفکر قبل از انجام هر عمل و تصمیم‌گیری است. به گونه‌ای که در دین اسلام افراد از هرگونه تصمیم‌گیری آنی و بدون فکر منع شده‌اند. در این زمینه پیغمبر اکرم به حضرت امیرالمؤمنین فرمودند: «مِنْ صِفَاتِ الْمُؤْمِنِ أَنْ يَكُونَ جَوَالَ الْفِكْرِ» (مجلسی، ۱۴۰۴ ق)، از صفات مردان مؤمن این است که از جولان فکری برخوردار هستند. دیگر اینکه در نظر اسلام فرد عاقل کسی است که با تکیه بر نیروی عقلانی خود، قدرت تجزیه و تحلیل مسائل را دارد و می‌تواند با در نظر گرفتن همه‌ی جوانب اقدام به تصمیم‌گیری کند و از تصمیم‌گیری اجتنابی دوری کند. درحالی که در نظر اسلام فرد جاهل فاقد چنین توانی است. چنین است که امام کاظم (ع) به «هشام بن حکم می‌فرماید: «ای هشام، خداوند تبارک و تعالی، بندگان آگاه و اندیشمند خود را بدین بیان بشارت می‌دهد که: «فبشر عبادالذین یستمعون القول...» (کلینی، ۱۴۰۷ ق).

از آنجا که زنان وابسته به اعتیاد با مشکلات و مسائل روان‌شناختی زیادی روبرو هستند و تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی در آنان باعث ایجاد پیامدهای منفی بیشتر می‌شود، به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناسی می‌تواند برای آنان مفید باشد. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد روانی مختلف مورد تأیید قرار گرفته و همچنین

اسلام در همه‌ی زمینه‌های گوناگون زندگی راه و روش‌هایی را در اختیار افراد قرار داده است و با توجه و دقت نظر در منابع اسلامی و توکل به خدا می‌توان در برابر رخدادهای زندگی انعطاف‌پذیری نشان داد و از تصمیم‌گیری‌های آنی و تکانشی خودداری کرد؛ بنابراین این سؤال مطرح می‌شود که آیا روش درمانی تلفیقی پذیرش و تعهد مبتنی بر منابع اسلامی می‌تواند بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف‌کننده مواد مخدر مؤثر واقع شود؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مصرف‌کننده مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد تحت پوشش سازمان بهزیستی در شهر مشهد بود که از میان آنان ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: دریافت تشخیص اعتیاد به مواد مخدر، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، توانایی خواندن و نوشتن، دارا بودن سنین بین ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم شرکت در سایر دوره‌های روان‌شناختی و تمایل به حضور در جلسات بود و معیارهای خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از دو جلسه و عدم توانایی انجام تکالیف خارج از جلسه بود. این معیارها توسط پزشک و روانشناس بالینی کلینیک ترک اعتیاد مورد تأیید قرار گرفت. سپس گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه‌ای پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی بر اساس جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. همچنین به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش برای آزمودنی توضیح داده شد. پس از اجرای روش درمانی، هر کدام از آزمودنی‌هایی که تمایل به ادامه نداشتند از مطالعه خارج شدند. رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و محرمانه بودن اطلاعات نیز رعایت شد. پس از پایان جلسات برای گروه آزمایش، جلسات درمانی برای گروه کنترل نیز اجرا گردید. داده‌های حاصل از پژوهش با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه تکانشگری^۱: این پرسشنامه که توسط بارات و استنفورد در سال ۱۹۹۷ ساخته شده است، دارای ۳۰ سؤال چهار گزینه‌ای (براساس طیف لیکرت) می‌باشد که از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌گردد و ماهیت چندبعدی تکانشگری را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۳۰ تا ۱۲۰ متغیر است. نمرات بالاتر، نشانگر تکانشگری بیشتر و نمرات پایین‌تر نشانگر تکانشگری کمتر است (استنفورد و همکاران، ۲۰۰۹). این فرم دارای سه خرده‌مقیاس است: تکانشگری شناختی شامل تصمیم‌گیری شناختی سریع است و از طریق سؤالات ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۲۰، ۲۴، ۲۶، ۲۸ سنجش می‌شود؛ تکانشگری حرکتی، شامل عمل کردن بدون فکر است و از طریق سؤالات ۲، ۳، ۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۳۰ سنجش می‌شود و تکانشگری بی‌برنامگی از طریق سؤالات ۱، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹ اندازه‌گیری می‌شود. علاوه بر نمره هر خرده‌مقیاس جداگانه، یک نمره برای کل مقیاس تکانشگری محاسبه می‌شود. به منظور اجتناب آزمودنی‌ها از ایجاد سبک پاسخ، تعدادی از سؤالات به گونه‌ای نوشته شده‌اند که فقدان تکانشگری را نشان می‌دهند و به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند که عبارت‌اند از: سؤالات ۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰ (عسگری و متینی، ۱۳۹۹). نسخه فارسی این آزمون در سال ۱۳۸۷ توسط اختیاری و همکاران به فارسی ترجمه شد. ضریب همبستگی نمره کل مقیاس تکانشگری با عامل عدم برنامه‌ریزی ۰/۸۰، با عامل تکانشگری حرکتی ۰/۷۴ و با عامل تکانشگری شناختی ۰/۴۷ بود؛ بنابراین همبستگی معنادار بین خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی مناسب این ابزار می‌باشد (جاوید، محمدی و رحیمی، ۱۳۹۱). همچنین قمری گیوی و مجرد (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ضریب روایی ملاکی آن را ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز، پایایی این پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است.

۲- پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی^۱: این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال^۲ (۲۰۱۰) جهت سنجش انعطاف‌پذیری شناختی مطرح گردید که دارای ۲۰ سؤال است که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) می‌باشد. این پرسشنامه شامل سه بُعد است: ادراک گزینه‌های مختلف (سؤالات ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰)، ادراک کنترل‌پذیری (سؤالات ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۷) و ادراک توجیه رفتار (سؤالات ۸ و ۱۰). جمع نمرات تمام سؤالات، نمره کل فرد در انعطاف‌پذیری شناختی را به دست می‌دهد، نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین‌تر است، دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۴۰ است در این فرم سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. اعتبار همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ بود (دنیس و واندروال، ۲۰۱۰). کهندانی و ابوالعالی (۱۳۹۶) در پژوهش خود، همسانی درونی نمره کل این پرسشنامه و دو عامل پردازش حل مسأله و ادراک کنترل‌پذیری را به ترتیب معادل ۰/۸۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ اعلام کردند و در بررسی روایی همگرا، بین نمره کل این پرسشنامه و دو عامل آن، پردازش حل مسأله و ادراک کنترل‌پذیری، با نمره کلی آزمون افسردگی بک رابطه معناداری را مشاهده کردند که به ترتیب ضرایب همبستگی معادل ۰/۶۶-، ۰/۵۷۷-، ۰/۵۹۷- بوده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است.

روش اجرا

در پژوهش حاضر برای انجام مداخله و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوزها و احراز ملاک‌های لازم و تخصیص افراد در دو گروه، کلیه شرکت‌کنندگان مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. از پروتکل درمانی پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی جهت انجام مداخله بهره گرفته شد. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای کتاب‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هریس (۱۳۹۵) و ایزدی و عابدی (۱۳۹۵) و

مفاهیم آموزه‌های اسلامی برگرفته از کتاب نهج البلاغه می‌باشد که در قالب ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. برای بررسی روایی محتوایی برداشت‌های انجام شده از منابع اسلامی و مرتبط بودن فنون پیشنهادی با مؤلفه‌های استخراج شده، از چهار متخصص در حوزه مطالعات اسلامی و روان‌درمانگری برای اعلام نظر درباره تأثیرگذار بودن فنون پیشنهادی بر سازه‌های هدف، نظرخواهی شد. میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌ها به ترتیب ۱/۳۸ و ۱ بود که با توجه به روش نمره‌گذاری (۱=کاملاً صحیح تا ۵=کاملاً معارض)، به نظر می‌رسد حاکی از تأیید صحت برداشت‌هاست. همچنین میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌های مربوط به تطابق فنون با اهداف جلسات پروتکل به ترتیب ۴/۷۵ و ۵ بود که با توجه به نوع نمره‌گذاری (۰=عدم تناسب تا ۵=تناسب کامل) به نظر می‌رسد حاکی از تأیید تطابق فنون با اهداف است. برای بررسی میزان توافق بین نظرات کارشناسان در زمینه روایی محتوایی، یعنی صحت برداشت‌ها از منابع اسلامی و مطابقت فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد با اهداف هر جلسه از پروتکل، از ضریب تطابق کندال استفاده شد. نتایج نشان داد که بین نظرات کارشناسان در زمینه میزان موافقت ارزیابان با برداشت‌ها از منابع اسلامی با ضریب ($W=0/06$ و $P=0/005$) تطابق وجود دارد. همچنین، بین نظرات کارشناسان در زمینه میزان تطابق فنون با اهداف جلسات پروتکل با ضریب ($W=0/145$ و $P=0/002$) تطابق وجود دارد. بنابراین روایی محتوایی این پروتکل با نظرخواهی از چهار متخصص در حوزه مطالعات اسلامی و روان‌درمانگری تأیید شد. شرح جلسات این پروتکل به صورت زیر می‌باشد:

جدول ۱: محتوای جلسات درمانی

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با اعضا گروه و برقراری رابطه درمانی، توضیح هدف کلی مداخله و انجام پیش‌آزمون و تکمیل فرم رضایت‌نامه، بررسی علل ابتلا به اعتیاد، بررسی شکایات فعلی و گرفتن تاریخچه از اعضا، ارزیابی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اعضا، سنجش شیوه‌های کنترلی افکار و اثربخشی این راهبردها، درماندگی خلاق و استفاده از استعاره فرد افتاده در چاه و مسابقه طناب‌کشی با هیولا.
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر، معرفی کنترل به‌عنوان مسئله نه راه‌حل و عادی‌سازی کنترل، صحبت در مورد پذیرش به‌عنوان جایگزین کنترل، استعاره مسافران اتوبوس و همسایه مزاحم و دونات ژله‌ای و لیموترش، تفاوت درد و رنج/آیات و روایات مرتبط با مفهوم شرح صدر که با مؤلفه پذیرش همخوانی دارد، ارائه گشت.
جلسه سوم	تمرین ذهن آگاهی، زندگی در زمان حال با استفاده از تمرین‌های ذهن آگاهی در کارهای روزمره، تمرین تنفس آگاهانه، دادن تکلیف برای ذهن آگاهی و تماس با زمان حال، آیات و روایات مرتبط با مفهوم ابن‌الوقت بودن که با مفهوم بودن در زمان حال همخوانی دارد، ارائه گشت.
جلسه چهارم	شناسایی و بررسی ارزش‌های افراد با استفاده از تمثیل سنگ قبر، قوانین و باید‌ها دوباره به ارزش‌ها تبدیل شود، ارزش‌ها مانند یک قطب‌نما هستند که جهت و مسیر درست را نشان دهند، ارزش‌ها باعث انعطاف-پذیری می‌شوند، تصریح ارزش‌ها، اهداف، اعمال و موانع و چگونگی برخورد با آن‌ها، آیات و روایات مرتبط با مفهوم اعتقادات که به‌طور غیرمستقیم با مؤلفه ارزش‌ها همخوانی دارد، ارائه گشت.
جلسه پنجم	گسلش یا آمیختگی، توجه به همجوشی درزمینه قوانین، قضاوت‌ها، گذشته آینده و خود، دادن تکلیف به‌عنوان قضاوت ذهن، توجه کردن به رفتارهای تکانشی خودآسیب‌رسان، تمرین نوشتن افکار، تمرین سربازان در حال رژه و پیاده‌روی با ذهن و تمرین فیزیکی.
جلسه ششم	بیان افکار منفی در قالب صدای مضحک (پسر شجاع) یا آواز با لحن کودکانه، آیات و روایات مرتبط با مفهوم دوراندیشی و دوری از افکار پوچ که به‌طور غیرمستقیم با مؤلفه گسلش همخوانی دارد، توجه کردن به رفتارهای تکانشی خودآسیب‌رسان و ارائه گشت.
جلسه هفتم	تفهم آمیختگی با خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن، جایگزین کردن خود مشاهده‌گر به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، تمرین عینیت بخشیدن و کاربرد استعاره خانه با مبلمان و صفحه شطرنج و گدا، آیات و روایات مرتبط با مفهوم خودشناسی که با مؤلفه خود به‌عنوان زمینه به‌طور غیرمستقیم همخوانی دارد، ارائه گشت.
جلسه هشتم	صحبت در مورد اقدام متعهدانه و دادن تمرین و پرسیدن سؤال که چقدر تمایل دارید کارهایی را انجام دهید تا زندگی‌تان بهبود یابد و دادن نمره از صفر تا ۱۰، نوشتن اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت در راستای ارزش‌ها و تعیین اهداف و گام‌ها، آیات و روایات مرتبط با مفهوم عمل صالح که با مؤلفه عمل متعهدانه همخوانی دارد، ارائه گشت و درنهایت، خاتمه درمان، پیشگیری از عود و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

دو گروه آزمایش و کنترل از نظر جنیست همتا شدند. ۲۳ درصد افراد شرکت کننده در رده سنی ۲۰ تا ۲۵ سال درصد، ۴۳ درصد در رده سنی ۲۶ تا ۳۵ سال و ۳۳ درصد در رده سنی ۳۶ تا ۴۵ سال بودند. ۲۳ درصد آنان مجرد، ۵۷ درصد متاهل و ۲۰ درصد مطلقه بودند. از میان این افراد، ۱۰ درصد بی‌سواد، ۲۳ درصد دارای تحصیلات ابتدایی یا راهنمایی، ۳۷ درصد دیپلم یا دبیرستان، ۱۷ درصد فوق دیپلم و ۱۳ درصد لیسانس بوده‌اند. سابقه مصرف ۶۷ درصد بین ۱ تا ۵ سال، ۲۳ درصد بین ۶ تا ۱۰ سال؛ ۷ درصد بین ۱۱ تا ۱۵ سال و ۳ درصد بین ۱۶ تا ۲۰ سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	شاخص‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
ادراک گزینہ-	میانگین	۳۷/۳۴	۴۵/۳۳	۳۶/۱۳	۴۹/۸۰
های مختلف	انحراف استاندارد	۷/۶۶	۴/۲۷	۲/۰۳	۳/۶۴
ادراک کنترل	میانگین	۳۲/۴۶	۴۱/۴۰	۳۵/۱۵	۴۸/۱۳
پذیری	انحراف استاندارد	۴/۰۷	۴/۸۹	۳/۳۱	۴/۹۶
ادراک توجیه	میانگین	۶/۱۲	۹/۶۰	۴/۰۷	۱۴/۲۶
رفتار	انحراف استاندارد	۱/۷۴	۱/۹۵	۱/۴۲	۱/۳۰
انعطاف پذیری	میانگین	۸۵/۲۵	۹۸/۳۳	۷۶/۴۶	۱۰۵/۲۰
شناختی کل	انحراف استاندارد	۹/۴۱	۷/۴۵	۳/۲۸	۸/۲۱
تکانشگری	میانگین	۱۹/۰۵	۱۲/۴۵	۲۰/۴۰	۱۰/۵۰
شناختی	انحراف استاندارد	۳/۶۹	۲/۹۰	۳/۶۱	۲/۵۵
تکانشگری	میانگین	۲۷/۲۵	۲۰/۹۸	۳۱/۴۰	۱۷/۸۵
حرکتی	انحراف استاندارد	۴/۸۰	۲/۹۰	۳/۲۷	۲/۴۷
بی برنامه‌گی	میانگین	۳۲/۷۴	۲۶/۱۵	۲۸/۱۴	۲۴/۳۵
تصمیم‌گیری	انحراف استاندارد	۳/۶۸	۳/۷۵	۳/۲۹	۳/۴۹
تکانشی کل	میانگین	۷۶/۹۵	۷۰/۳۰	۷۸/۳۴	۶۵/۷۰
	انحراف استاندارد	۸/۸۷	۵/۱۸	۸/۰۷	۵/۰۴

جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، با توجه به اینکه هم طرح بین آزمودنی (مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل) و هم طرح درون آزمودنی (مقایسه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) وجود دارد، از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. پیش از انجام تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، از پیش فرض های نرمال بودن نمونه مورد نظر در متغیرهای وابسته، یکسانی واریانس خطا در دو گروه آزمایش و گواه، همگنی ماتریس واریانس-کواریانس در بین سطوح متغیرهای وابسته و همگنی کوواریانس ها، اطمینان حاصل شد. نتایج آزمون کلوموگروف-اسمیرنف، حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش بود ($P > 0/05$). همچنین، نتایج آزمون لوین، شرط برابری واریانس های خطای بین گروهی را در دو گروه تأیید کرد ($P > 0/05$). افزون بر این، نتایج آزمون همگنی کواریانس کرویت موچلی نیز، حاکی از برقراری شرط کرویت ماتریس های واریانس-کواریانس و عدم تخطی از پیش فرض کرویت بود ($P > 0/05$).

نتایج آزمون چندمتغیری نیز، حاکی از تفاوت بین گروه ها، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در بُعد زمان و تعامل زمان و گروه بود ($F = 0/995$ ، $P = 0/001$ ، $F = 265/98$ ، $F = 0/076$ ، لامبدای ویلکز). بدین معنی که از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پس آزمون تا پیگیری در گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، نسبت به گروه گواه تفاوت وجود دارد. نتایج مربوط به تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۳، ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تفاوت‌های دو گروه

در متغیرهای مورد بررسی

متغیر	مؤلفه‌ها	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذورات
	ادراک	زمان	۱۸۰/۷۱	۲	۹۰/۳۵	۹۸/۸۰	۰/۰۰۱*	۰/۷۲
	گزینه‌های	زمان* گروه	۶۰/۴۵	۲	۳۰/۲۲	۳۳/۰۵	۰/۰۰۱*	۰/۴۶
	مختلف	گروه	۲۳۵/۲۰	۱	۲۳۵/۲۰	۱۲۸/۴۱	۰/۰۰۱*	۰/۷۷
انعطاف	ادراک	زمان	۱۷۵/۷۱	۲	۸۷/۸۵	۱۱۰/۲۴	۰/۰۰۱*	۰/۷۴
پذیری	کنترل پذیری	زمان* گروه	۷۹/۷۱	۲	۳۹/۸۵	۵۰/۰۲	۰/۰۰۱*	۰/۵۶
شناختی		گروه	۲۳۲/۴۰	۱	۲۳۲/۴۰	۱۰۷/۴۶	۰/۰۰۱*	۰/۷۳
	ادراک توجیه رفتار	زمان	۲۰۴/۱۱	۲	۱۰۲/۰۵	۱۴۱/۱۹	۰/۰۰۱*	۰/۷۸
		زمان* گروه	۵۴/۹۵	۲	۲۷/۴۷	۳۸/۰۱	۰/۰۰۱*	۰/۵۰
		گروه	۱۸۰/۰۷	۱	۱۸۰/۰۷	۶۱/۹۷	۰/۰۰۱*	۰/۶۲
	تکانشگری	زمان	۷۱۹/۱۱	۲	۳۹۵/۵۵	۱۵۱/۹۲	۰/۰۰۱*	۰/۸۰
	شناختی	زمان* گروه	۴۰۸/۳۵	۲	۲۰۴/۱۷	۸۶/۲۷	۰/۰۰۱*	۰/۶۹
		گروه	۹۰۷/۵۰	۱	۹۰۷/۵۰	۴۳/۷۲	۰/۰۰۱*	۰/۵۳
تصمیم-گیری	تکانشگری	زمان	۱۶۶۸/۳۱	۲	۸۳۴/۱۵	۲۹۴/۱۳	۰/۰۰۱*	۰/۸۶
تکانشی	حرکتی	زمان* گروه	۱۳۱۹/۲۱	۲	۶۵۹/۶۰	۱۹۷/۰۱	۰/۰۰۱*	۰/۸۳
		گروه	۲۶۰۴/۰۸	۱	۲۶۰۴/۰۸	۶۶/۰۵	۰/۰۰۱*	۰/۶۳
		زمان	۱۶۶۲/۶۱	۲	۸۳۱/۳۰	۲۴۴/۱۸	۰/۰۰۱*	۰/۸۳
	بی برنامه گی	زمان* گروه	۱۴۰۹/۳۱	۲	۷۰۴/۶۵	۲۰۶/۹۸	۰/۰۰۱*	۰/۸۴
		گروه	۲۷۲۶/۵۳	۱	۲۷۲۶/۵۳	۶۶/۰۶	۰/۰۰۱*	۰/۶۳

*P<۰/۰۱

همان گونه که نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در جدول ۳، نشان می‌دهد اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه بر زیرمؤلفه‌های تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی معنادار است. بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان بیان کرد که بین گروه آزمایش و گواه در متغیرهای مورد بررسی در عامل زمان و تعامل زمان و گروه تفاوت وجود دارد. بدین معنی که بین میانگین نمرات متغیرهای ذکر شده در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه، تفاوت وجود دارد. افزون بر این معنادار شدن اثر تعاملی حاکی از آن است که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه گیری

تفاوت است؛ بدین معنی که در میانگین نمرات سه گروه در مرحله پیش آزمون تفاوت وجود ندارد. همچنین از معنادار بودن تعامل بین گروه و زمان می توان نتیجه گرفت، در نمرات دو گروه آزمایش و گواه در طول زمان تغییرات یکسانی ایجاد نشده است. بدین معنی که در گروه گواه با توجه به عدم دریافت مداخله تغییرات در طول زمان رخ نداده است. همچنین، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد اثر عامل گروه بر زیرمولفه های تصمیم گیری تکانشی و انعطاف پذیری شناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار بوده و با مشاهده میانگین ها در مرحله ی پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. براساس میزان ضریب اتای بدست آمده در تفاوت های بین گروهی می توان چنین بیان کرد که مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی، به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۴، ۰/۷۸، ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۳ از تغییرات واریانس متغیرهای ادراک گزینه های مختلف، ادراک کنترل پذیری، ادراک توجیه رفتار، تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامه گی را در مرحله پس آزمون در گروه نمونه تبیین کرد. بنابراین می توان اظهار داشت که مداخله موردنظر (آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی) منجر به کاهش معنادار تصمیم گیری تکانشگری و افزایش معنادار انعطاف پذیری شناختی در افراد گروه نمونه شده است. با این حال، به منظور آگاهی از این موضوع که اثربخشی مداخله موردنظر بر متغیرهای مورد بررسی، در کدام مرحله از متغیر زمان معنی دار بوده است، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد و نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات شرکت کنندگان در مراحل مختلف

ارزیابی					
متغیر	مؤلفه‌ها	مرحله	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد خطا	سطح معناداری
ادراک گزینه‌های مختلف		پیش آزمون- پس آزمون	-۷/۹۹	۰/۹۲	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	-۱۲/۴۶	۰/۸۵	۰/۰۰۱*
انعطاف‌پذیری شناختی	ادراک کنترل‌پذیری	پیش آزمون- پس آزمون	-۸/۹۴	۰/۵۵	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	-۱۵/۶۷	۰/۸۳	۰/۰۰۱*
ادراک توجیه رفتار		پیش آزمون- پس آزمون	-۶/۸۳	۰/۷۱	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	-۳/۴۸	۰/۶۵	۰/۰۰۱*
تکانشگری شناختی		پیش آزمون- پس آزمون	-۸/۱۴	۱/۱۹	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	-۴/۶۶	۰/۶۸	۰/۰۰۱*
تصمیم‌گیری تکانشی	تکانشگری شناختی	پیش آزمون- پس آزمون	۶/۶۰	۱/۰۷	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	۸/۵۵	۰/۹۳	۰/۰۰۱*
تکانشی	تکانشگری حرکتی	پیش آزمون- پس آزمون	۱/۹۵	۰/۷۷	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	۶/۲۷	۰/۵۹	۰/۰۰۱*
بی‌برنامه‌گی		پیش آزمون- پس آزمون	۹/۴	۱/۲۹	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	۳/۱۳	۰/۷۸	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پس آزمون	۶/۵۹	۰/۷۵	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	۸/۳۹	۱/۲۰	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پس آزمون	۱/۸	۰/۴۸	۰/۰۰۱*

* $P < 0.01$

همانطور که در جدول ۴، مشاهده می‌شود بین نمرات مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.01$). همچنین، تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با مرحله پیگیری در سطح معنی‌داری بوده است ($P < 0.01$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف‌کننده مواد بود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی مؤثر است. در راستای اثربخشی این رویکرد درمانی پژوهش مستقیمی یافت نشد اما نتایج تا حدودی با پژوهش‌های موریسون و همکاران (۲۰۲۰)، موریسون و همکاران (۲۰۱۴) و یوسفی و همکاران (۱۳۹۹) هم‌راستا می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که تکانشگری به عنوان یک ویژگی شاخص در اعتیاد شناخته شده است؛ به طوری که با جنبه‌های مختلفی از رفتارهای پرخطر و پیامدهای درمانی ضعیف در افراد مصرف‌کننده مواد رابطه دارد. با توجه به اینکه افراد وابسته به اعتیاد، جهت‌گیری عقلانی و کارآمدی نسبت به مسائل و مشکلات ندارند، غالباً در برخورد با مشکلات و افراد از شیوه‌های ناکارآمد و اغلب پرخاشگرانه استفاده می‌کنند. اما آنچه مسلم است این است که با کاهش تکانشگری، احتمال اختلال مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن نیز کاهش می‌یابد. به عنوان یکی از دلایل تأثیرگذاری درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری می‌توان به مفهوم مهم ذهن آگاهی به عنوان یکی از فرایندهای مهم این درمان اشاره کرد. ذهن آگاهی و تکانشگری با وجود اینکه ویژگی‌های مشترکی دارند، در عین حال تفاوت‌های اساسی در عملکرد دارند. در حالی که، هر دو بر زمان حال تمرکز دارند، اما نحوه تمرکزشان با هم متفاوت است. ذهن آگاهی بر ماهیت‌گذرای همه چیز و نیز بر نقش ارزش آگاهی از اقدامات که شامل توجه، مشاهده و توصیف یک تجربه بدون قضاوت است تأکید دارد. تکانشگری نشان‌دهنده تمرکز بیش از حد در زمان حال است که به افراد اجازه نمی‌دهد به اندازه کافی پیامد اقدامات خود را ملاحظه کنند. بنابراین ذهن آگاهی به منظور افزایش آگاهی از ارزش‌ها و ترویج اقدامات مطابق با ارزش‌های دنبال‌شده، عمل می‌کند. در حالی که تکانشگری به این امر می‌پردازد که یک فرد بدون فکر کردن درباره عواقب طولانی‌مدت، چه احساساتی را تجربه می‌کند. ذهن آگاهی می‌تواند به افزایش آگاهی از افکار خودکار کمک کند، بنابراین توانایی فرد

را برای در نظر گرفتن پیامدهای بالقوه اقدامات قبل از درگیر شدن در آنها افزایش می‌دهد. علاوه بر این، افزایش آگاهی ممکن است منجر به بهبود خودنظم‌دهی شود که هنگام مواجه شدن با تکانه‌های ناگهانی شدید برای درگیر شدن در رفتارهایی که ممکن است پیامد منفی داشته باشند، ضروری است (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر این فرض استوار است که تحریف فرایندهای شناختی باعث افزایش احساسات ناخوشایند می‌شود. این موضوع باعث می‌شود افراد در رفتارهای مشکل‌ساز درگیر شوند که منجر به کاهش یا اجتناب از احساسات ناخوشایند می‌شود. یک نمونه ساده از اجتناب، مصرف الکل، سوء مصرف مواد یا رفتارهای جنسی پرخطر است. افراد در رویارویی با احساسات منفی نمی‌توانند بر فعالیت‌های هدفمند خود تمرکز کنند؛ یعنی افرادی که احساسات منفی را تجربه می‌کنند، با مشکلات بیشتری از جمله از دست دادن تمرکز یا حل مسئله کارآمد روبه‌رو می‌شوند. اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با پذیرش و تجربه مستقیم احساسات ناخوشایند، فرد به جای تغییر شناختی یا کاهش شدت عواطف، بر داشتن یک زندگی ارزشمند متمرکز می‌شود.

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر انعطاف‌پذیری شناختی مؤثر است. نتایج با پژوهش ترومپتر، باهل میجر، فاکس، براون و اسپریوز^۱ (۲۰۱۵)، توهیگ، ویلاردگ، لوین و هایس^۲ (۲۰۱۵) و جهانگیری و همکاران (۱۳۹۷) هم‌راستا می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد مصرف‌کننده مواد مخدر اغلب اوقات گرفتار هیجانات و احساساتی می‌شوند که راه‌گزینی از آن برای خود نمی‌یابند، آن‌ها آگاهی چندانی از عواطف خود ندارند و در نتیجه با این احساس که هیچ‌کس بر زندگی احساسی خود ندارند، هیچ‌گونه تلاشی به عمل نمی‌آورند و این فرایندها منجر به کاهش انعطاف‌پذیری شناختی در آنان می‌گردد. فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف

1. Trompetter, BohlMeijer, Fox, Brown & Schreurs

2. Twohig, Vilardaga, Levin & Hayes

و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات موجب می‌شود تا با تحقق اهداف شادکامی به رضایت از زندگی منجر شود. در نتیجه این افراد از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یأس و ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب افزایش شدت مشکلات می‌شود، رهایی یابند و همین موجب انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در درمان پذیرش و تعهد می‌توان تولدانیی مقابله‌ای بیمار در کنار آمدن با مشکلات را افزایش داد. در این درمان بر پذیرش آنچه که نمی‌توان به‌طور مستقیم تغییر داد به عنوان ابزاری جهت تشخیص و تغییر چیزهایی که می‌توان تغییر داد تأکید می‌شود. حضور در اینجا و اکنون، موجب می‌شود که فرد درگیر قضاوت‌ها در مورد تجارب ناخوشایند گذشته و آینده‌ی خودشان نشوند. فرایند تماس با لحظه لحظه‌های زندگی به فرد کمک می‌کند تا شرایط را تحمل‌پذیر نماید و تجربه لحظه‌های واقعی زندگی‌شان را بپذیرد که همین امر موجب حرکت او در جهت انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود (جهانگیری و همکاران، ۱۳۹۷). به‌طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی می‌تواند منجر به کاهش تصمیم‌گیری تکانشی و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی در زنان وابسته به مواد مخدر گردد. بنابراین با توجه به اینکه پژوهش حاضر روی زنان وابسته به مواد مخدر در شهر مشهد انجام شد در تعمیم نتایج آن به مردان مصرف‌کننده مواد مخدر باید جانب احتیاط رعایت شود، همچنین استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ممکن است تعمیم نتایج تحقیق را با محدودیت مواجه سازد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در حجم نمونه بزرگ‌تر انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که شورای هماهنگی و ستاد مبارزه با مواد مخدر و مراکز مشاوره به منظور افزایش میزان شناخت و آگاهی زنان و مادران برنامه‌هایی مبنی بر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی برگزار شود تا زنان وابسته به مواد بتوانند از مهارت‌های حل مساله مناسب برخوردار شوند و از تصمیم‌گیری‌های تکانشی، اجتناب کنند.

منابع

- اختیاری، حامد؛ رضوان فرد، مهرناز و مکرری، آذرخش (۱۳۸۷). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه‌ها و مطالعات انجام شده. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۴۷-۲۵۷.
- ارجمندقجور، کیومرث؛ علیلو، مجید؛ خانجانی، زینب و بخشی‌پوررودسری، عباس (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۹)، ۹۹-۱۲۲.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۵). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: نشر جنگل.
- بنفشه، حمیدرضا؛ مصداقی‌نیا، اعظم؛ قریشی، فاطمه؛ گیلاسی، حمید؛ کاشانی، زهره و غلامی، مصطفی (۱۳۹۷). بررسی الگوی مصرف و علل گرایش به اعتیاد زنان تحت درمان نگهدارنده با متادون شهرستان کاشان. *دوماهنامه فیض*، ۲۲(۵)، ۵۳۲-۵۳۸.
- جاوید، محبوبه؛ محمدی، نوراله و رحیمی، چنگیز (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تکانشگری بارت. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۸)، ۲۱-۳۲.
- جوان‌محبوب، سیما (۱۳۹۴). *مقایسه سبک‌های ارتباطی، هویتی و سبک زندگی زنان معتاد با عادی و تأثیر مداخله مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر این سبک‌ها در زنان معتاد مرکز اقامتی آفتاب شهر مشهد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- جهانگیری، میلاد؛ گل محمدیان، محمد و حجت‌خواه، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در معتادان تحت درمان متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۶۹-۱۸۴.
- شاه محمدی، یحیی؛ نریمانی، محمد؛ میکائیلی، نیلوفر و بشرپور، سجاد (۱۳۹۳). مقایسه انعطاف‌پذیری شناختی در بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، سیگاری و افراد عادی. *اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی*، تهران.
- عسگری، محمد و متینی، اعظم (۱۳۹۹). تأثیر آموزش تنظیم هیجان به روش گراس بر تکانشگری دانشجویان سیگاری. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱(۴۲)، ۲۳۰-۲۰۵.
- علوی‌زاده، فرانک و شاکریان، عطا (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فزاینده. *نشریه روان‌پرستاری*، ۴(۶)، ۸-۱۴.

قمی گیوی، حسین و مجرد، آرزو (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد به مواد مخدر با استفاده از سبک دل‌بستگی و تکانشگری. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸(۱)، ۱۷-۲۷.

کشاورز، سمیه؛ میرنسب، محمود؛ فتحی، اسکندر و بدری، رحیم (۱۳۹۶). تأثیر آموزش آگاهی فراشناختی بر سبک‌های تصمیم‌گیری و تنظیم هیجان دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تبریز. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۵(۱)، ۶۵-۵۵.

کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۷ ق.). *الکافی*. تهران: دارالکتب الإسلامیه.
کهندانی، مهدیه و ابوالمعانی، خدیجه (۱۳۹۶). ساختار عاملی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس، وندروال و جیلون. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان-شناختی*، ۸(۳)، ۷۰-۵۳.

مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۴ ق.). *بحار الأنوار*. لبنان: نشر مؤسسه الوفاء.
ملائتی، علیرضا (۱۳۹۵). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم دینی بر کیفیت روابط والد-فرزند*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد.

میرزاخانی، فهیمه و خدادادی سنگده، جواد (۱۳۹۵). عوامل روان‌شناختی مستعدکننده اعتیاد در زنان: یک تحقیق کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶(۱۴۵)، ۳۳۲-۳۴۴.

نوریان، لیلی؛ آقایی، اصغر و قربانی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در زنان مبتلا به چاقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۳(۲۵)، ۱۵۹-۱۶۹.

نیازی، محسن؛ نوروزی، میلاد و ادیب‌پور، ندا (۱۳۹۸). اعتیاد در زنان: یک مطالعه روایت‌پژوهی (تجربه زیسته زنان مصرف‌کننده مواد در شهر اصفهان). *مجله پژوهش‌نامه زنان*، ۱۰(۳۰)، ۱۶۶-۱۵۳.

هریس، راس (۱۳۹۵). *ACT به زبان ساده*. ترجمه انوشه امین‌زاده، انوشه. تهران: ارجمند. چاپ اول. (سال انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۹)

یوسفی، مهدی؛ یونسی، سیدجلال؛ فرهودیان، علی و صافی، محمدهادی (۱۳۹۹). کاهش تکانشگری بیماران بهبودیافته مبتلا به اختلال مصرف مت‌آفتمین با به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *مجله توانبخشی*، ۲۱(۳)، ۴۰۶-۴۲۱.

References

- Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (1995). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggressions. *Journal of society of biological psychiatry*, 41, 1045-1061.

- Bawor, M., Dennis, B. B., Anglin, R., Steiner, M., Thabane, L., & Samaan, Z. (2014). Sex differences in outcomes of methadone maintenance treatment for opioid addiction: A systematic review protocol. *Journal of systematic reviews*, 3(45), 1-7.
- Brady, K. T., Back, S. E., & Greenfield, S. F. (2009). *Women and addiction: A comprehensive handbook (1sted)*. NewYork: Guilford Press Publication.
- Coumans, J. M. J., Danner, U. N., Ahrens, W., Hebestreit, A., Intemann, T., Kourides, Y. A., & Stomfai, S. (2017). The association of emotion-driven impulsiveness, cognitive inflexibility and decision-making with weight status in European adolescents. *International journal of obesity*, 42, 655–661.
- Crews, F. T., & Boettiger, C. A. (2009). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Journal of pharmacology biochemistry and behavior*, 93(3), 237-247.
- Dennis, J. P., & VanderWal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: instrument development and estimates of reliability and validity. *Journal of cognitive therapy research*, 34, 241–253.
- 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. *Journal of clinical psychology review*, 34(7), 551-562.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of clinical psychology review*, 51, 109-124.
- González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International journal of clinical and health psychology*, 14(1), 18-27.
- Hayes, S. C. (2010). *Practical Guide to Acceptance and commitment therapy*. NewYork: Springer Science and Business Media Inc.
- Hinson, J. M., Jameson, T. L., & Whitney, P. (2017). Impulsive decision making and working memory. *Journal of experimental psychology: learning, memory, and cognition*, 29(2), 298-308.
- Jacques, S., & Zelazo, P. D. (2005). *On the possible roots of cognitive flexibility*. In B. D. Homer & C. S. Tamis-LeMonda (Eds.), *the development of social cognition and communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Jakuszkowiak-Wojten, K., Landowski, J., Wiglusz, M. S., & Cubala, W. J. (2015). Impulsivity in anxiety disorders. A critical review. *Journal of psychiatria danubina*, 27(1), 452-455.
- Kale, D., Stautz, K., & Cooper, A. (2018). Impulsivity related personality traits and cigarette smoking in adults: A meta-analysis using the UPPS-P model of impulsivity and reward sensitivity. *Journal of drug and alcohol dependence*, 185, 149-167.

- Kelley, B. J., Yeager, K. R., Beversdorf, D. Q. (2005). Cognitive impairment in acute cocaine withdrawal. *Journal of cognitive and behavioral neurology*, 18(2), 108–112.
- Martínez-Loredo, V., & Fernández-Hermida, J. R. (2019). Impulsivity-targeted selective preventive interventions and treatments in addictive behaviors. *Journal of revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 6(3), 1-7.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Moradinazar, M., Najafi, F., Jalilian, F., Pasdar, Y., Hamzeh, B., Shakiba, E., & Mirzaei-Alavijeh, M. (2020). Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey. *Journal of substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15, 1-11.
- Morrison, K. L., Madden, G. J., Odum, A. L., Friedel, J. E., Whitney, P & Twohig, M. P. (2014). Altering impulsive decision making with an acceptance-based procedure. *Journal of behavior therapy*, 45(5), 630-639.
- Morrison, K. L., Smith, B. M., Ong, C. W., Lee, E. B., Friedel, J. E., Odum, A., & Twohig, M. P. (2020). Effects of acceptance and commitment therapy on impulsive decision-making. *Journal of behavior modification*, 44(4), 600-623.
- Pakenham, K. I. (2017). Training in acceptance and commitment therapy fosters self-care in clinical psychology trainees. *Journal of clinical psychologist*, 21(3), 186-194.
- Patros, C. H., Alderson, R. M., Lea, S. E., & Tarle, S. J. (2017). Context influences decision-making in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparison of traditional and novel choice-impulsivity paradigms. *Journal of child neuropsychology*, 23(2), 242-254.
- Preiss, M., Kucerova, H., Lukavsky, J., Stepankova, H., Sos, P., & Kawaciukova, R. (2009). Cognitive deficits in the euthymic phase of unipolar depression. *Journal of psychiatry research*, 169(3), 23-39.
- Roshanfekar, P., Noori, R., Dejman, M., Fathi-Geshnigani, Z., & Rafiey, H. (2015). Drug use and sex work among at-risk women: a qualitative study of initial factors. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(2), 953-972.
- Schag, K., Schonleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder: a systematic review. *Journal of obesity reviews*, 14(6), 477-495.
- Scott, W., Daly, A., Yu, L., & McCracken, L. M. (2017). Treatment of chronic pain for adults 65 and over: Analyses of outcomes and changes in psychological flexibility following interdisciplinary acceptance and commitment therapy (ACT). *Journal of pain medicine*, 18(2), 252-264.
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness

- Scale: An update and review. *Journal of personality and individual differences*, 47(5), 385-395.
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J. (2010). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Journal of attachment & human development*, 12(6), 567-585.
- Trompeter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., & Schreurs, K. M. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Journal of behaviour research and therapy*, 74, 50-59.
- Turner, D., Sebastian, A., & Tuscher, O. (2017). Impulsivity and cluster B personality disorders. *Journal of current psychiatry reports*, 19(3), 15-26.
- Turner, T. H., LaRowe, S., Horner, M. D., Herron, J., & Malcolm, R. (2009). Measures of cognitive functioning as predictors of treatment outcome for cocaine dependence. *Journal of substance abuse treatment*, 37(4), 328-334.
- Twohig, M. P., Vilardaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of contextual behavioral science*, 4(3), 196-202.
- Tyndall, I., & Waldeck, D. (2019). The acceptance and action questionnaire-ii (aaq-ii) as a measure of experiential avoidance: concerns over discriminant validity. *Journal of contextual behavioral science*, 12, 278-284.
- VanderVeen, J. D., Hershberger, A. R., & Cyders, M. (2016). UPPS-P model impulsivity and marijuana use behaviors in adolescents: A meta-analysis. *Journal of drug and alcohol dependence*, 168, 181-190.
- Verdejo-García, A., & Pérez-García, M. (2007). Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: common and differential effects on separate executive components. *Journal of psychopharmacology*, 190(4), 517-530.
- Verdejo-García, A., Clark, L., Verdejo-Román, J., Albein-Urios, N., Martínez-Gonzalez, J. M., Gutierrez, B., Soriano-Mas, C. (2015). Neural substrates of cognitive flexibility in cocaine and gambling addictions. *The british journal of psychiatry*, 207(2), 158-164.
- Wolff, J. M. (2012). *Adolescent Decision Making and Risk Behavior: A Neurobiological Approach*. Doctoral dissertation, University of Nebraska, Lincoln, United States.
- Zong, J. G., Cao, X. Y., Cao, Y., Shi, Y. F., Wang, Y. N., & Yan, C. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Journal of health quality life outcomes*, 8(1), 66-78.

اثربخشی روش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام بر تعارضات زناشویی و تعارضات والد- فرزند معتادان

سعید سبزی^۱، الهه اسلمی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۱

چکیده

هدف: از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام بر تعارضات زناشویی و تعارضات والد- فرزند افراد سوء مصرف کننده در انجمن معتادان گمنام شهرستان استهبان بود. **روش:** این مطالعه از نوع طرح‌های شبه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه شامل کلیه افراد وابسته به مواد حاضر در انجمن معتادان گمنام استهبان بود که از طریق نمونه‌گیری در دسترس از میان آن‌ها ۲۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و به دو گروه (آزمایشی و گواه) تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی و تعارضات والدین بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل کوواریانس تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که روش اجرای دوازده قدم انجمن معتادان گمنام موجب بهبود تعارضات زناشویی و تعارضات والد- فرزند و کاهش فراوانی و شدت تعارضات والد- فرزند شده است. **نتیجه‌گیری:** برنامه دوازده قدمی انجمن معتادان گمنام نقش مهمی در فرآیند بهبودی فرد به روال یک زندگی سالم و برقراری روابط مناسب خانوادگی و اجتماعی ایفا می‌کند.

کلیدواژه‌ها: تعارضات زناشویی، تعارضات والد- فرزند، انجمن معتادان گمنام

۱. کارشناس ارشد، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد استهبان، فارس، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران. پست الکترونیک: aslami_e@yahoo.com

مقدمه

در عصر حاضر، از جمله عوامل و مشکلات مخاطره آمیز که بنیاد خانواده و جوامع بشری را به راحتی می تواند از هم بگسلد و موجبات اختلافات خانوادگی را فراهم سازد مسئله اعتیاد^۱ است. همچنین اعتیاد پایه و اساس زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی فرد را خدشه دار خواهد کرد (سلیمی بجزستانی، فرکوراوند و یونسی، ۱۳۹۴). بی تردید، اولین ضربه های اعتیاد بر پیکر خانواده وارد می شود که نتیجه آن برای خانواده، آشفتگی، عدم کنترل خشم، خودکارآمدی ضعیف، دلسردی همسر و فرزندان، عدم شفقت نسبت به خود و دیگران است (اسلمی، امیری راد و موسوی، ۱۳۹۹؛ متقی قمصری و رستمی، ۱۳۹۸).

مطالعات متعددی به بررسی عوارض اعتیاد پرداخته اند، از جمله اینکه اعتیاد به عنوان یک عامل استرس زای مداوم با مشکلات و چالش های متعدد زندگی همراه است و طیف وسیعی از مشکلات به واسطه سوء مصرف مواد^۲ نه تنها برای فرد وابسته به مواد، بلکه برای تمامی اعضای خانواده ایجاد می شود؛ در نتیجه روابط او با اعضای خانواده مختل شده و آن ها را با تعارضات و اختلالات روان شناختی جدی روبه رو می کند (سانی، اوپادیا، منا و جین^۳، ۲۰۱۷؛ گلدشتاین، فالکنر و کرل^۴، ۲۰۱۳؛ آرمان پناه، سجادیان و نادری، ۱۳۹۹)، در واقع می توان این چنین بیان نمود که اثرات فیزیکی، روانی و عملکردی ناشی از مصرف مواد به طرق مختلفی می تواند در زندگی فرد وابسته به مواد و روابطش با اطرافیان تأثیر گذار بوده که با ناتوانی در سازمان دهی و ادغام افکار و احساسات، کاهش توانایی فرد در پاسخگویی عاطفی و مشارکت عاطفی (حامدا و سعدیا^۵، ۲۰۱۹)، عدم سازگاری در روابط والد- فرزند، خشونت های فیزیکی، آزار کلامی بروز کرده و رفته رفته موجب افزایش اختلافات به ویژه با همسر و فرزندان و تزلزل در نظام خانواده می شود (کالر، مک کاردی و اپستین^۶، ۲۰۰۳؛ کو^۷ و همکاران، ۲۰۱۵).

۳۳۶
336

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. Addiction
2. Drug abuse
3. Soni, Upadhyay, Meena & Jain
4. Goldstein, Faulkner & Wekerle

5. Hameeda & Saadia
6. Kahler, McCrady & Epstein
7. Ko

از سازه‌های مورد بررسی در مطالعه حاضر که به نظر می‌رسد اعتیاد بر آن‌ها می‌تواند نقش بسیاری داشته باشد تعارضات زناشویی و والد - فرزندی است که در جوامع امروزی با افزایش چشمگیری همراه است. در توصیف تعارضات زناشویی می‌توان این گونه بیان نمود که تعارضات زناشویی یعنی عدم توافق و سازگاری بین زوجین که می‌تواند این اختلاف نظر در زمینه اهداف شخصی، انگیزه‌ها، ارزش‌ها و یا اولویت‌های رفتاری باشد (کرنر و فیتزپاتریک^۱، ۲۰۰۲؛ زیدنر و کلودا^۲، ۲۰۱۳). اهمیت توجه به تعارضات زناشویی زمانی قابل درک است و موجب نگرانی خواهد شد که سلامت جسمانی، روانی و سلامت خانواده به خطر بیفتد و تأثیر این تعارضات موجب بیماری‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی و اضطراب شود (پهلوان، موتابی و مظاهری، ۱۳۹۴). آرمان پناه و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعات خود دریافتند که تعارضات هنگامی پدیدار خواهد شد که همسر فرد وابسته به مواد به این درک برسد که همسرش ضمن داشتن اعتیاد، برخی از مسائل مهم و حیاتی را نادیده بگیرد، در اینجا تعارضی که ایجاد می‌شود ناشی از ناهماهنگی زوجین در انواع مسائل، مشکلات، نیازها و روش برطرف کردن آن‌هاست. همچنین خودمحوری، اختلاف سلیقه در نیاز و خواسته‌ها، عملکرد و رفتارهای غیرمتعهدانه نسبت به روابط زناشویی از جمله تعارضاتی است که بین همسران افراد وابسته به مواد اتفاق خواهد افتاد.

افزون بر تعارضات زوجین، مطالعات نشان می‌دهند که سوء مصرف مواد بر ارتباطات بین والدین و فرزندان^۳ نیز اثر سوء گذاشته و موجب بروز تعارضات والد-فرزندی^۴ می‌شود. تعارض با فرزندان به چالش‌های ارتباطی و تعارضی که حین رشد در بین اعضای خانواده ایجاد می‌شود و نشان‌دهنده وجود خلأ بین فرزندان و والدین است، اطلاق می‌شود (ازمت و بی‌اقلو^۵، ۲۰۰۹). از عوارض سوء مصرف مواد والدین می‌توان به مهارت‌های انضباطی ضعیف (استفاده از کنترل اجباری، انضباط سخت‌گیرانه)، فقدان یا کم‌رنگ بودن نظارت والدین بر فرزندان (آریا^۶ و همکاران، ۲۰۱۲؛ نقل از متقی قمصری و رستمی،

1. Koerner & Fitzpatrick
2. Zeidner & Kloda
3. Parent-child communication

4. Parent-child conflicts
5. Ozmene & Bayoglu
6. Arya

۱۳۹۸)، افت تحصیلی و افزایش خشونت (وست و براون^۱، ۲۰۱۳) اشاره کرد. پژوهشگرانی نظیر مختارنیا، زاده محمدی، حبیبی و میرزایی فر (۱۳۹۵) نشان دادند که سطوح بالای تعارض بین والدین و فرزندان با پیامدهای اجتماعی خطر آفرینی از جمله سوء مصرف مواد و مصرف الکل نیز ارتباط دارد. چاپلین^۲ و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند که هرگونه بروز اختلال در شکل گیری تعامل بین والد- فرزند می تواند در ایجاد اختلالات رفتاری و نابهنجاری های روانی در فرزندان تأثیر بگذارد. همچنین تعارضات والد- فرزند می تواند به مشکلات رفتاری از قبیل گوشه گیری، افسردگی، اضطراب، مشکلات جسمانی، اختلال در تفکر و توجه، مشکلات اجتماعی و رفتارهای قانون شکنانه منجر شود (مارکل و وینر^۳، ۲۰۱۴) در نتیجه، اعتیاد والدین می تواند تهدیدی برای کیفیت رابطه والد- فرزند به شمار آید؛ چراکه، والدینی که دچار اعتیاد می باشند، روابط خانوادگی ضعیف و تعامل نامطلوب با فرزندان خود دارند؛ بنابراین درکی از نیازهای فرزندان شان ندارند و از توانایی سازگاری کمتری برخوردارند. از آنجا که سوء مصرف مواد، هشیاری، حساسیت و تنظیم هیجانی، قضاوت، عملکردهای اجرایی والد معتاد را مختل می کند کیفیت تعامل والد- فرزند کاهش می یابد و رابطه بین والدین با فرزندان با تعارض همراه می شود؛ در نتیجه فرزندان درک و تفسیر سوء نسبت به دنیای اطراف پیدا می کنند (مورای، دویار، روبین، ناینون و بوث^۴، ۲۰۱۴؛ مهدوی و میرزاوند، ۱۳۹۹).

با توجه به تحقیقات متعدد در رابطه با اعتیاد و عواقب سوء آن در سطح جهانی و با نفوذ این بیماری در ابعاد جسمی، روانی، خانوادگی و اجتماعی یافته ها بیانگر آن است که اعتیاد یک بیماری مزمن و یک نوع اختلال عود کننده است که منجر به مشکلات جدی شخصی و خانوادگی می شود؛ چراکه اعتیاد نه تنها سلامت روانی را مختل ساخته است، بلکه با سیر پیش رونده و مزمن خود علی رغم ترک آن احتمال عود مجدد آن به عنوان یکی از عوامل تهدید کننده سلامت خانواده و جامعه محسوب می شود (نوری پور، تأمینی، عباسپور و علیخانی، ۲۰۱۶).

1. West & Brown
2. Chaplin
3. Markel & Wiener

4. Murray, Dwyer, Rubin, Knighton-
Wisor & Booth

در راستای مشکلاتی که اعتیاد می‌تواند برای افراد ایجاد کند درمان‌ها و برنامه‌های متعددی برای بهبود معتادان وارد عمل شده‌اند که در این میان می‌توان به درمان‌های دارویی (درمان با متادون) و درمان‌های غیردارویی (جلسات مشاوره نظیر روان‌درمانی فردی^۱، رفتاردرمانی^۲، شناخت‌درمانی^۳، خانواده‌درمانی^۴، آموزش مهارت‌های اجتماعی^۵، درمان‌های اجتماع‌مدار^۶، کمپ‌های ترک اعتیاد و پویش‌های مردم‌نهاد در قالب جلسات از جمله: انجمن معتادان گمنام^۷) اشاره کرد که از عمده روش‌های درمان اعتیاد در کشور محسوب می‌شوند (ستوده، بهنام و قربانی، ۱۳۹۲). در این میان، برنامه دوازده قدم^۸ انجمن معتادان گمنام یکی از روش‌های رهایی از سوء‌مصرف مواد به‌عنوان یکی از روش‌های غیردارویی مؤثر برای قطع مصرف محسوب می‌شود. هدف این برنامه ایجاد تغییری عمده در سبک زندگی، از جمله پرهیز از مصرف مواد، ایجاد صداقت و احساس مسئولیت نیز عنوان شده است و پیوستن به گروه‌های خودیاری همچون الکلی‌ها و معتادان گمنام از جمله روش‌هایی است که موفقیت خود را در دوام و ماندگاری دوران پاک‌ی، بهبود کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و احساس توانمندی و همچنین آموختن مهارت‌هایی برای مقابله صحیح با رویدادها و مشکلات و استحکام اراده معتادان در حال بهبودی به تأیید رسانده است (کلی، استوت و اسلام‌مکر^۹، ۲۰۱۳). برای نمونه موس و موس^{۱۰} (۲۰۰۵) با پژوهش خود در دو گروه افراد وابسته به مواد نشان دادند که گروهی که علاوه بر خدمات درمانی در جلسات دوازده قدمی شرکت کردند، روند بهبود پایدارتری در عدم مصرف و کیفیت زندگی بالاتری داشتند. چن^{۱۱} (۲۰۰۶) در پژوهشی به بررسی مقایسه حالات عاطفی و شخصی در دو گروه، یک گروه که در جلسات معتادان به همراه برنامه دوازده قدمی شرکت کردند و گروه دیگر بدون شرکت در برنامه دوازده قدم، صرفاً در جلسات معتادان گمنام شرکت نموده‌اند، پرداخت. نتایج نشان داد که شوق زندگی در شرکت‌کنندگان در

1. Individual psychotherapy
2. Behavioral therapy
3. Cognitive therapy
4. Family therapy
5. Social skills training
6. Social treatments

7. Narcotics Anonymous
8. Twelve step plans
9. Kelly, Stout & Slaymaker
10. Moos & Moos
11. Chen

برنامه دوازده قدمی نسبت به افرادی که صرفاً در جلسات انجمن معتادان گمنام، بدون برنامه دوازده قدمی شرکت داشتند، بیشتر شده و از شدت عواطف منفی شان (نظیر نگرانی، افسردگی و خصومت) کاسته شده است. همچنین محققان متعدد به این نتیجه رسیدند که با شرکت افراد معتاد در جلسات دوازده قدم و تمرکز بر روی خود باعث ایجاد درک عمیق تر از شخصیت خود، بهبود روابط فردی و تقویت کیفیت زندگی (دلوسیا، برگمن، فرموسو وینبرگ^۱، ۲۰۱۵)، تغییر نگرش نسبت به زندگی (وندیویر^۲، ۲۰۲۰)، بهزیستی و سلامت روان (فریدمن^۳، ۲۰۰۶)، افزایش خودکارآمدی (خزایی و کاشفی، ۱۳۹۵)، افزایش امید و کاهش ولع مصرف (نورکامی، ۱۳۹۴) شده است.

با عنایت به آنچه بیان گردید و نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه منفی سوء مصرف مواد با کیفیت زندگی و همپوشی بالا و مستقیم آن با اختلالات روان‌شناختی چون افسردگی و اضطراب است. از طرفی خانواده مهم‌ترین محیطی است که علاوه بر کیفیت روابط عاطفی زوجین، چگونگی روابط انسانی و رشد عاطفی و روانی فرزندان به آن بستگی دارد و موجب رشد هویت، کمال انسانی و مقدمه پیوند او با دیگران است و محیطی که با مسائلی چون نزاع و ناسازگاری همراه است، افزون بر روابط زوجین، بر روابط والدین و فرزندان آثار زیانباری می‌گذارد. در بین عوامل مؤثر بر نظام خانواده که موجب تخریب ابعاد گوناگون روابط بین زوجین و فرزندان است، مسئله اعتیاد به دلیل عوارض و تأثیر مخربی که بر فرد مصرف‌کننده و به تبع آن بر خانواده او دارد، حائز اهمیت می‌باشد. همچنین عوارض ناشی از اعتیاد تهدیدی جدی برای سلامت جامعه محسوب شده و ویرانگری‌های حاصل از آن موجب به خطر افتادن بسیاری از ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی شده است. کاوش برای پیدا کردن راه‌های درمانی مؤثر و مفید به منظور ایجاد تغییرات عمیق و ساختاری در شخصیت و رفتار فرد معتاد از ضروریات هر جامعه‌ای است و هدف اصلی پژوهش حاضر تبیین اثربخشی روش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام بر تعارضات

1. DeLucia, Bergman, Formoso & Weinberg

2. Vandivier
3. Friedman

زناشویی و تعارضات والد فرزندی معتادان است و محقق در پی پاسخ به این سؤال است که آیا روش دوازده قدم بر تعارضات زناشویی و تعارضات والد-فرزندی مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه افراد معتاد متأهل در انجمن معتادان گمنام شهرستان استهبان بود. روش پژوهش بدین قرار بود که پژوهشگر به مراکز ترک اعتیاد مراجعه و با کسب اجازه آموزش وارد جلسات دوازده قدم شد. شرط لازم و ضروری شرکت در این پژوهش رضایت آگاهانه اعضا بود و به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی پس از آگاه نمودن شرکت‌کنندگان از اهداف تحقیق، رضایت شرکت‌کننده جلب گردید. در این بین، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند که معیارهای لازم برای ورود به مطالعه را داشتند و حاضر به همکاری بودند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و افراد انتخاب شده با انتساب تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. سپس با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش که شامل ۱. دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال ۲. فرد وابسته به مواد می‌بایست با همسر خود زندگی کند ۳. حداقل ۳ سال از زندگی مشترکشان گذشته باشد ۴. حداقل توانایی خواندن و نوشتن (برای درک و دریافت مطالب آموزشی) ۵. دارای پاکی بالای ۳ تا ۶ ماه؛ و ۶. دارای فرزند بین (۱۱ تا ۱۸ سال)، همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: ۱. بی‌سواد بودن ۲. عدم حضور منظم در جلسات ۳. نداشتن فرزند ۴. متارکه یا طلاق از همسر در حین برگزاری قدم‌ها بود. داوطلبان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در مرحله بعد پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی و تعارضات والد-فرزند بین هر دو گروه به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس جلسات قدم بر اساس پروتکل انجمن معتادان گمنام در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. پس از اتمام جلسات مجدداً پرسشنامه‌های ذکر شده به‌عنوان پس‌آزمون بین دو گروه اجرا و نمرات هر دو گروه در این پرسشنامه‌ها با نمرات قبلی آن‌ها مقایسه شد. لازم به ذکر است که ۵ نفر از آزمودنی‌ها به دلیل ترک گروه، غیبت بیش از ۲ جلسه و متارکه همسر با فرد وابسته به مواد از گروه کنار

گذاشته شدند و محقق برای همتا کردن گروه‌ها (آزمایش و کنترل)، گروه کنترل را به ۱۰ نفر تقلیل داد و جمعاً ۲۰ نفر برای تحلیل وارد نرم‌افزار SPSS شدند.

ابزار

۱. پرسشنامه تعارضات زناشویی^۱: براتی و ثنایی با هدف سنجش ۷ بعد اصلی تعارضات زناشویی آن را ابداع کردند (ثنایی، ۱۳۹۶). شامل ۴۲ گویه است. ابعاد تعارضات زوجین شامل کاهش همکاری (سؤالات ۳-۹-۱۴-۲۱-۲۷)، کاهش رابطه جنسی (سؤالات ۴-۱۰-۱۵-۲۸-۳۳)، افزایش واکنش‌های هیجانی (سؤالات ۵-۱۱-۱۶-۲۲-۲۹-۳۴-۳۹-۴۱)، افزایش جلب حمایت فرزند (سؤالات ۷-۱۸-۲۴-۳۱-۳۶)، افزایش رابطه با خویشاوندان خود (سؤالات ۶-۱۲-۱۷-۳۳-۳۵)، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر (سؤالات ۱-۱۹-۲۵-۳۷-۴۰-۴۲)، جدا کردن امور مالی از یکدیگر (سؤالات ۲-۸-۱۳-۲۰-۲۶-۳۲-۳۸) است. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای از ۱ تا ۵ بوده و حداکثر نمره کل، ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ است. نمره بیشتر نشان دهنده تعارض بیشتر و نمره کمتر یعنی رابطه بهتر است و همچنین از روایی محتوایی خوبی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۹۶). روایی در پژوهش خزایی (۱۳۸۵) در تمامی مؤلفه‌های پرسشنامه از ۰/۳۱ تا ۰/۸۲ با نمره کل تعارض زناشویی در سطح ۰/۰۱ همبستگی معناداری داشتند. در رابطه با پایایی، یوسفی و عزیزی (۱۳۹۷) در پژوهش خود در یک نمونه ۵۰۰ نفری، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای ابعاد آن؛ کاهش همکاری ۰/۷۱، کاهش رابطه جنسی ۰/۶۶، افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۶۳، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۷، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۸۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۷۶ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۶ گزارش شده است.

۲. مقیاس تعارض والد-نوجوان^۲: این پرسشنامه توسط اسدی، مظاهری، شهیدی، طهماسیان و فیاض بخش (۱۳۹۰) باهدف سنجش فراوانی و شدت تعارض بین والدین و نوجوانان (۱۱ تا ۱۸ ساله) ساخته شد. این مقیاس دارای ۹۲ سؤال و دو بخش فراوانی

1. Marital Conflict Questionnaire (MCQ)

2. Parent Adolescent Conflict Questionnaire (PACQ)

تعارض و شدت تعارض است. نمره گذاری بر اساس مقیاس لیکرت از تقریباً هرگز ۱، به ندرت ۲، گاهی ۳، اغلب ۴ و همیشه ۵ انجام می شود. همچنین شدت تعارض به معنای وجود احساسات و هیجان‌های همراه با تعارض است و مانند فراوانی تعارض از ۱ (آرام) تا ۵ (عصبانی) نمره گذاری می شود. نمره بالا در هر عامل، فراوانی بالا و شدت تعارض نوجوانان با والدین را نشان می دهد. پایایی (آلفای کرونباخ) در کل پرسشنامه اسدی و همکاران (۱۳۹۰)، ۰/۹۶ برای بخش فراوانی تعارض و ضریب آلفای ۰/۹۸ را برای قسمت شدت تعارض به دست آورده اند. ضریب باز آزمایی این مقیاس نیز برای بخش فراوانی تعارض ۰/۷۲ و برای شدت تعارض ۰/۷۴ به دست آمده است؛ و در پژوهش مختارنیا و همکاران (۱۳۹۵) در نمونه ۷۰۰ نفری برای ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۹۴ و آلفای هر بخش در (فراوانی و شدت تعارض) بین ۰/۶۶ و ۰/۸۸ گزارش نمودند.

چارچوب و اساس جلسات معتادان گمنام، قدم‌های دوازده گانه می باشد. این قدم‌ها مجموعه‌ای از دستورالعمل‌هایی عملی برای بهبود اعتیاد و دیگر مشکلات رفتاری به کار می رود و هدف در این برنامه پیمودن مسیر سلامت جسمانی و روانی با جهت گیری روحانی است که بر پایه اقرار به عجز شخصی، پذیرش و کمک یک نیروی برتر بنا شده است (وایت، بودنیک و پیکارد^۱، ۲۰۱۱؛ به نقل از کافی، احدی و تاجری، ۱۳۹۹).

محتوای جلسات در جدول ۱ بر اساس ساختار استاندارد جلسات دوازده قدم که اثربخشی آن‌ها بر پایه تحقیقات بین فرهنگی در ایران و آمریکا تأیید شده است. اظهار شده است (گلانتز، وایت و هانتز^۲، ۲۰۱۹؛ کافی و همکاران، ۱۳۹۹).

جدول ۱: خلاصه کلی قدم‌ها

- قدم ۱. ما اقرار کردیم که در برابر اعتیادمان عاجز بودیم و زندگی مان غیرقابل اداره شده بود.
- قدم ۲. ما به این باور رسیدیم که یک نیروی برتر می‌تواند سلامت عقل را به ما بازگرداند.
- قدم ۳. ما تصمیم گرفتیم که اراده و زندگی مان را به مراقبت خداوند، بدان گونه که او را درک می‌کردیم، بسپاریم.
- قدم ۴. ما یک ترازنامه اخلاقی بی‌باکانه و جستجوگرانه از خود تهیه کردیم.
- قدم ۵. ما چگونگی دقیق خطاهایمان را به خداوند، به خود و به یک انسان دیگر اقرار کردیم.
- قدم ۶. ما آمادگی کامل پیدا کردیم که خداوند کلیه این نواقص شخصیتی ما را برطرف کند.
- قدم ۷. ما با فروتنی از او خواستیم کمبودهای اخلاقی ما را برطرف کند.
- قدم ۸. ما فهرستی از تمام کسانی که به آنها صدمه زده بودیم تهیه کرده و خواستار جبران خسارت از تمام آنها شدیم.
- قدم ۹. ما به‌طور مستقیم در هر جا که امکان داشت از این افراد جبران خسارت کردیم، مگر در مواردی که اجرای این امر به ایشان یا دیگران لطمه بزند.
- قدم ۱۰. ما به تهیه ترازنامه شخصی خود ادامه دادیم و هرگاه در اشتباه بودیم سریعاً به آن اقرار کردیم.
- قدم ۱۱. ما از راه دعا و مراقبه خواهان ارتقاء رابطه آگاهانه خود با خداوند، بدان گونه که او را درک می‌کردیم شده و فقط جوایز آگاهی از اراده او برای خود و قدرت اجرایش شدیم.
- قدم ۱۲. با بیداری روحانی حاصل از برداشتن این قدم‌ها، ما کوشیدیم این پیام را به معتادان برسانیم و این اصول را در تمام امور زندگی خود به اجرا درآوردیم.

یافته‌ها

جهت بررسی روابط میان متغیرها و تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول میانگین نمرات تعارضات زناشویی و خرده مقیاس‌های آن و همچنین در متغیر فراوانی تعارضات والد-فرزند و شدت تعارضات والد-فرزند در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته‌اند.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی و زیر مقیاس‌های تعارضات زناشویی در گروه آزمایش و گواه

مراحل				گروه	متغیرها
پس آزمون		پیش آزمون			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۷/۱۶	۱۱۴/۸۰	۵/۴۶	۱۳۴/۵۰	آزمایش	تعارضات زناشویی (متغیر)
۱۴/۶۵	۱۳۰/۲۰	۱۵/۳۲	۱۳۴/۵۲	گواه	کل واصلی)
۳/۱۳	۱۳/۶۰	۳/۹۷	۱۵/۷۰	آزمایش	کاهش همکاری
۳/۴۶	۱۶	۲/۹۴	۱۵/۷۱	گواه	
۱/۶۴	۱۳/۶۰	۳/۰۷	۱۶/۱۰	آزمایش	کاهش رابطه جنسی
۲/۱۴	۱۵/۸۰	۲/۷۰	۱۶	گواه	
۳/۷۳	۱۹/۸۰	۴/۸۵	۲۶/۵۰	آزمایش	افزایش واکنش‌های هیجانی
۵/۴۶	۲۲/۹۰	۴/۱۰	۲۶/۸۰	گواه	
۴/۵۵	۱۵/۴۰	۵/۷۰	۱۵/۵۰	آزمایش	افزایش جلب حمایت فرزند
۳/۰۲	۱۶/۷۰	۳/۱۰	۱۴/۵۰	گواه	
۳/۵۷	۱۶/۹۰	۴/۰۳	۱۹/۴۰	آزمایش	افزایش رابطه فردی با
۳/۳۰	۲۰/۷۰	۲/۳۳	۱۹/۱۰	گواه	خویشاوندان خود
۳/۰۱	۱۶/۸۰	۲/۵۰	۱۸/۴۰	آزمایشی	کاهش رابطه خانوادگی با
۳/۰۷	۱۷/۱۰	۵/۳۴	۱۷/۹۰	گواه	خویشاوندان همسر و دوستان
۳/۷۹	۱۹/۲۰	۴/۰۷	۲۲/۸۰	آزمایشی	جدا کردن امور مالی از
۵/۰۱	۲۱/۴۰	۳/۸۸	۲۱/۸۰	گواه	یکدیگر
۳۵/۶۳	۲۳۵/۷۰	۲۹/۷۲	۲۶۷	آزمایش	فراوانی تعارضات والد -
۱۵/۴۴	۲۴۵	۲۱/۳۳	۲۴۶/۴۰	گواه	فرزند
۲۹/۷۱	۲۳۲/۱۰	۱۷	۲۸۱/۴۰	آزمایش	شدت تعارضات والد - فرزند
۱۶/۵۳	۲۴۴/۴۰	۱۸/۱۲	۲۵۵/۳۰	گواه	

جهت بررسی اثربخشی روش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام از آزمون کوواریانس استفاده شد. پیش از بررسی کوواریانس پیش فرض‌های نرمال بودن داده‌ها که از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد، طبیعی بودن توزیع نمرات که از ضریب چولگی و کشیدگی

استفاده گردید، همگنی شیب خط رگرسیون و آزمون لوین که برای تجانس واریانس گروه‌ها استفاده شد، بررسی شد و مورد تأیید قرار گرفتند. جهت مقایسه گروه آزمایش و گواه و تأثیر روش دوازده قدم بر اساس نمره‌های پس آزمون، پس از کنترل اثر پیش آزمون‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی داده‌ها انجام شد. نتیجه آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نمره‌های پس آزمون متغیرهای فراوانی تعارضات والد - فرزند، شدت تعارضات والد - فرزند و تعارضات زناشویی در گروه‌های آزمایشی و گواه

آزمون	ارزش F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلابی	۰/۵۱۶	۴/۶۱	۳	۱۳	۰/۰۲۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۸۴	۴/۶۱	۳	۱۳	۰/۰۲۱
اثر هاتلینگ	۱/۰۶	۴/۶۱	۳	۱۳	۰/۰۲۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۰۶	۴/۶۱	۳	۱۳	۰/۰۲۱

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، نتیجه تحلیل کوواریانس چند متغیره در گروه‌های آزمایشی و گواه حاکی از آن است که گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته باهم تفاوت معنی داری دارند. جهت مقایسه گروه آزمایش و گواه و تأثیر روش دوازده قدم بر تعارضات زناشویی و تعارضات والد - فرزندی (فراوانی و شدت تعارضات) با توجه به نمره‌های پس آزمون، پس از کنترل اثر پیش آزمون‌ها، از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

بر اساس نتایج جدول ۴ زمانی که متغیر تعارضات زناشویی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد، مقدار F برابر با (۵/۵۹) می‌باشد که با توجه به سطح معناداری (۰/۰۳۲) < P معنادار است؛ بدین معنا که بعد از خارج کردن تأثیر پیش آزمون، اختلاف معناداری بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد؛ در نتیجه مؤثر بودن مداخله آزمایشی (برنامه دوازده قدم) در کاهش تعارضات زناشویی تأیید می‌گردد و روش دوازده قدم باعث بهبود تعارضات زناشویی می‌شود.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در متغیرهای فراوانی تعارضات والد-فرزند، شدت تعارضات والد-فرزند و تعارضات زناشویی در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح معنی - اندازه	اثر
	مجدورات	مجدورات	آزادی	مجدورات		داری	
تعارضات زناشویی	۸۳۶/۵۸	۱	۸۳۶/۵۸	۵/۵۹	۰/۳۲	۰/۲۷۲	
فراوانی تعارضات والد-فرزند	۲۵۲۲/۲۴	۱	۲۵۲۲/۲۴	۵/۰۵	۰/۴۰	۰/۲۵۲	
شدت تعارضات والد-فرزند	۲۴۷۳/۰۶	۱	۲۴۷۳/۰۶	۷/۳۲	۰/۱۶	۰/۳۲۸	

بر اساس جدول ۴ هنگامی که متغیرهای فراوانی تعارضات والد-فرزند و شدت تعارضات والد-فرزند به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده‌اند، مقدار F در فراوانی تعارضات والد-فرزند (۵/۰۵) و مقدار F در شدت تعارضات (۷/۳۲) است که با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای متغیر فراوانی تعارضات والد-فرزند (۰/۰۴۰) و برای متغیر شدت تعارضات والد-فرزند (۰/۰۱۶) معنادار هستند؛ بدین معنا که بعد از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین مؤثر بودن مداخله آزمایشی (برنامه دوازده قدم) در کاهش فراوانی تعارضات والد-فرزند و شدت تعارضات والد-فرزند تأیید می‌گردد.

جهت مقایسه گروه آزمایش و گواه و تأثیر روش دوازده قدم بر خرده مقیاس‌های متغیر تعارضات زناشویی با توجه به نمره‌های پس‌آزمون، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج آزمون در جدول ۵ ملاحظه می‌شود.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در خرده مقیاس‌های تعارضات زناشویی در گروه‌های آزمایشی و گواه

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه	سطح معنی - اندازه	اثر
			فرضیه	آزادی خطا	داری	
اثر پیلایی	۰/۹۲۴	۸/۶۲	۷	۵	۰/۱۵	۰/۹۲۴
لامبدای ویلکز	۰/۰۷۶	۸/۶۲	۷	۵	۰/۱۵	۰/۹۲۴
اثر هاتلینگ	۱۲/۰۸	۸/۶۲	۷	۵	۰/۱۵	۰/۹۲۴
بزرگترین ریشه روی	۱۲/۰۸	۸/۶۲	۷	۵	۰/۱۵	۰/۹۲۴

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در گروه‌های آزمایشی و گواه بیان می‌دارد که گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر متفاوت‌اند. سپس برای بررسی این که مداخله آزمایشی در کدام متغیر وابسته تفاوت معناداری دارد، تحلیل کوواریانس تک متغیری، در متن مانکوا، صورت گرفت.

بر اساس جدول ۶ با توجه به سطح معناداری به‌دست آمده در مورد خرده مقیاس‌های متغیر تعارضات زناشویی، می‌توان نتیجه گرفت که روش دوازده قدم پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون بر کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی و رابطه فردی با خویشاوندان خود تأثیر داشته است و اختلاف معناداری بین نمرات گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون وجود دارد. همچنین بر اساس نتایج به‌دست آمده روش دوازده قدم بر افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود بیشترین تأثیر را داشته است و باعث بهبود این روابط شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا مربوط به میانگین خرده مقیاس‌های تعارضات زناشویی در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر وابسته	منبع مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	اندازه
	مجذورات	آزادی	مجذورات		معنی‌داری	اثر
کاهش همکاری	۳۴/۵۹	۱	۳۴/۵۹	۳/۶۳	۰/۰۸۳	۰/۲۴۸
کاهش رابطه جنسی	۲۶/۰۶	۱	۲۶/۰۶	۸/۴۹	۰/۰۱۴	۰/۴۳۶
افزایش واکنش‌های هیجانی	۷۷/۷۹	۱	۷۷/۷۹	۴/۸۸	۰/۰۴۹	۰/۳۰۷
افزایش جلب حمایت فرزند	۸/۳۵	۱	۸/۳۵	۱/۲۹	۰/۲۷۹	۰/۱۰۶
افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	۸۷/۸۳	۱	۸۷/۸۳	۱۹/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹
کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان	۰/۶۷	۱	۰/۶۷	۰/۱۱	۰/۷۴۲	۰/۰۱۰
جدا کردن امور مالی از یکدیگر	۱۸/۵۴	۱	۱۸/۵۴	۳/۱۸	۰/۱۰۲	۰/۲۲۴

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر روش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام بر تعارضات زوجین و تعارضات والد-فرزندی انجام گرفت. بر اساس نتایج به‌دست آمده میانگین نمرات تعارضات زناشویی و تعارضات والد فرزند در گروه آزمایش در مرحله

پس آزمون کاهش یافته است. همچنین مؤثر بودن مداخله آزمایشی دوازده قدم در کاهش تعارضات زناشویی و مؤلفه‌های آن (کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی و رابطه فردی با خویشاوندان خود) و کاهش تعارضات والد-فرزند (شدت و فراوانی) تأیید می‌گردد. به عبارتی روش دوازده قدم موجب بهبود روابط و کاهش تعارضات زوجین و والد-فرزندی می‌شود. در رابطه روش دوازده قدم با تعارضات زناشویی و زیرمؤلفه‌های آن به‌طور مستقیم تحقیقات چندانی صورت نگرفته است با این حال، این پژوهش با بخشی از تحقیقات حامدا و سعیدیا (۲۰۱۹)، جودیت^۱ (۲۰۱۹)، دلوسیا و همکاران (۲۰۱۵)، کافی و همکاران (۱۳۹۹) و حاج حسینی و هاشمی (۱۳۹۴) همخوان است. همچنین یافته‌های پژوهش در رابطه با والد وابسته به مواد و تعارضات والد-فرزندی همسو با یافته‌های سعیدی و محمدی‌فر (۱۳۹۷) و رهروان، سلطانی شال و شباهنگ (۱۳۹۷) است و با بخشی از پژوهش گودرزی، شیری و محمودی (۱۳۹۷) و مختارنیا و همکاران (۱۳۹۵) نیز همخوان می‌باشد.

۳۴۹

349

در تبیین یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان این چنین بیان نمود که؛ با توجه به در نظر داشتن ضعف و کمبودهایی که در کارکرد خانواده‌های معتادین (به‌ویژه مرد) به وجود می‌آید ارتباطات منفی و نامطلوبی مابین همسران به وجود خواهد آمد و این موجب کشمکش و ارتباطات منفی و آسیب‌پذیر بین همسران می‌شود (آرمان پناه و همکاران، ۱۳۹۹). در نتیجه زنان دارای همسر معتاد، نسبت به زنانی که همسر معتاد ندارند تعارضات و اختلالات رفتاری بیشتری در روابطشان با شوهر خود دارند. افزون بر آن اعتیاد همسر با اختلالات و مشکلات روانی و تعارضات شدید، افسردگی و اضطراب آن‌ها همراه است که موجب کاهش کیفیت روابط زوجین شده و آسیب‌پذیری این زنان را نسبت به زنان دیگر جامعه بیشتر کرده است (معینی، ملیحی الذاکرنی، اسدی و خواجوند، ۱۳۹۸). بنابراین وجود یک برنامه یاری‌کننده و درمانی که بتواند از اثرات منفی آن کاسته و موجب بهبود کیفیت زندگی و کاهش تعارضات شود حائز اهمیت است. در این میان، یکی از برنامه‌هایی که در این زمینه توانسته تغییراتی در روابط زوجین ایجاد کند، برنامه

دوازده قدم انجمن معتادان گمنام است؛ چراکه این برنامه با ایجاد تبادل تجربه مشترکِ اعضا باهم موجب شکل‌گیری روابط بین فردی مثبت و مطلوب شده است و اشخاصی که در این برنامه توانسته‌اند راهکارهای مقابله‌ای تازه و مثبتی را برای مواجهه پیدا کنند امید بیشتری برای قطع سوءمصرف و زندگی بهتر پیدا کرده‌اند (موس و موس، ۲۰۰۴). افزون بر آن به واسطه خودکاوی که افراد در برنامه دوازده قدم انجام می‌دهند موجب آگاهی بیشتر معتادان از شخصیت خویش شده است و این امر به نوبه خود منجر به افزایش اعتماد به نفس، احساس کفایت در مقابله با ترس از مشکلات پیشرو یا عدم موفقیت احتمالی، ایجاد سازگاری و تعامل بهتر با دیگران و احساس مسئولیت بیشتر از جمله در قبال همسر و فرزندان خود شده است (کلی و همکاران، ۲۰۱۳).

در تبیین مؤلفه‌های تعارضات زناشویی، روش دوازده قدم بر مؤلفه رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی و افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود تأثیر داشته است. می‌توان این گونه بیان نمود که مطالعات پیشین اذعان داشته‌اند که سوءمصرف مواد با افزایش پرخاشگری، عدم سازگاری و مختل کردن روابط عاطفی، هیجانی و با همسر خود و اطرافیان و کاهش روابط زناشویی مطلوب همراه است (امیری راد، اسلمی و موسوی، ۱۴۰۰؛ دربا، محمودپور، ایجاددی و یوسفی، ۱۴۰۰؛ کیشور، پاندیت و راگورام، ۲۰۱۳). در این تحقیقات بیان شده است که کیفیت روابط زناشویی توانایی همسران را در مواجهه با مشکلات و تنش‌های روانی و هیجانی بالا می‌برد (کارنی و برابوری، ۲۰۲۰)؛ پس هرگونه خدشه در روابط جنسی زوجین استحکام و دوام خانواده را تهدید می‌کند؛ در نتیجه، اثرات مخرب جسمی و هیجانی و رفتاری نشأت گرفته از سوءمصرف مواد چون با تعارضات بسیاری همراه است پیامدهای جبران‌ناپذیری در روابط زوجین می‌گذارد. در این میان برنامه دوازده قدم، گامی است که فرد برای پالایش زندگی خود از رنجش‌ها، روابط ناسالم، ترس‌ها، گناه و... برمی‌دارد. در این برنامه افراد پی به ذات خطاهای خود برده، کل رویدادهای زندگی خود را مورد کاوش قرار داده و مشکلات درونی خود را که

قادر به درک و حل آن نبوده را مورد بررسی قرار می‌دهند و این خودکاوی موجب افزایش روابط مطلوب و سالم فرد معتاد با همسر خویش و اطرافیان می‌شود؛ در نتیجه با کاهش تعارضات و ناسازگاری‌ها همراه می‌شود. افزون بر آن، همسران بدون هیچ‌گونه ترسی از ابراز هیجانات و تعارضات موجود، به بیان آن‌ها پرداخته و این موجب می‌شود الگوهای ناسازگار و افکار منفی و احساسات و رفتار متناقض خود را بشناسند و در پی اصلاح آن‌ها باشند (آرمان پناه و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین در کارکرد قدم‌ها به‌طور کلی افراد با شرکت در این برنامه و به‌کارگیری اصول دوازده قدم فرد به ناصادقی‌ها، بی‌ملاحظگی و خودخواهی‌های خود در روابط خویش پی می‌برند و خود را آماده می‌کنند که این نواقص را برطرف کنند. علاوه بر این، با کارکرد قدم‌ها می‌توانند بهبودی خود را باز یافته، خلأ وجودی خود را پر کنند و با احساسی از معنا و هدف در زندگی، به رشد و تقویت قابلیت‌ها و توانایی‌های فیزیکی و روانی خود بپردازند. همچنین، روابط بین فردی خود را گسترش داده و بهزیستی روانی و کیفیت زندگی خود را ارتقا دهند و در صورت شرکت فعال در انجمن معتادان با کسب راهبردهای مقابله‌ای باعث ایجاد زندگی بهتر، یادگیری سبک‌های مقابله‌ای مؤثر وابسته به موقعیت، کاهش اختلالات روان‌شناختی و در نهایت کاهش تعارضات با اطرافیان به‌ویژه تعارضات زناشویی و بهبود رضایت زناشویی شوند (بیگی، فراهانی و محمدخانی، ۱۳۹۰).

در تبیین متغیرهای واکنش‌های هیجانی و رابطه با خویشاوندان در برنامه دوازده قدم، فرد انواع روابط خود را بررسی می‌کند تا دریابد در چه مواقعی انتخاب‌ها، اعتقادات و رفتارهای وی موجب شکل گرفتن روابط ناسالم و مخرب با همسر، فامیل، دوستان، همکاران، سازمان‌ها و... شده است. فرد با نوشتن تراژنامه متوجه می‌شود که چه نواقص اخلاقی موجب دوری و عدم صمیمیت با اطرافیان خود، عدم تعهد، سوءاستفاده، آسیب زدن و بی‌مسئولیتی او شده است؛ بنابراین اعضای انجمن با دنبال کردن اصول دوازده قدم در راستای بهبودی و بهزیستی روانی و ذهنی، با اعتراف به در ماندگی و عدم قابلیت فردی در کنترل شرایط استرس‌زا و تکیه بر یک نیروی برتر درصدد کنترل موقعیت‌های استرس‌زا و واکنش‌های هیجانی و تغییر نگرش فردی در ارتباط با تغییر موقعیت و ارتباط با دیگران

است. در همین راستا نتایج تحقیقات پیشین نشان داد، شرکت در جلسات موجب سازگاری بهتر و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش استرس و اضطراب در معتادانی که قدم‌های دوازده گانه را کار می‌کنند می‌شود و این برنامه با افزایش روابط اجتماعی علاوه بر کاهش میل به مصرف باعث افزایش سازگاری اجتماعی و بهبود تعارضات معتاد می‌شود (کلی و همکاران، ۲۰۱۳).

در تبیین تعارضات والد-فرزندی می‌توان چنین اذعان نمود، نوجوانانی که والد معتاد دارند از میزان سلامت عمومی کمی برخوردار دارند و در پژوهش حاضر، افزایش تعارضات در روابط والد و فرزندانی نشان داده شد. نتایج مطالعات گذشته نشان داد، سطوح بالای کیفیت در روابط والد-فرزندی باعث افزایش اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی، پیشرفت تحصیلی و خودپنداره مثبت در فرزندان خواهد شد و بالعکس تعارض در روابط والد-فرزندی منجر به احساس ناایمنی، اضطراب و استرس می‌شود (لئونگ، تسانگ، سین و چوی، ۲۰۱۵). همچنین نتایج تحقیقات سعیدی و محمدی فر (۱۳۹۷) نشان داد، اعتیاد یکی از والدین به‌ویژه پدر، علاوه بر تعارضات و اختلال‌های خانوادگی موجب ایجاد کانون سرد و بی‌روح خانواده شده که خود نیز اثرات نامطلوبی بر کجروی فرزندان دارد، چراکه اعتیاد پدر، موجب تغییراتی در نقش‌ها، وظایف و عملکرد هر یک از اعضای خانواده و در نهایت تعارض خواهد شد؛ در نتیجه موجب ایجاد الگوی رفتاری نامناسب برای فرزندان خواهد شد. همچنین سوءمصرف پدر با آشفتگی در محیط خانوادگی می‌تواند در بروز اختلالات رفتاری زود هنگام در فرزندان نقش بسزایی داشته باشد. چراکه، فرزندان والدین سوءمصرف کننده، گرفتار انواع متعددی از تعارضات، مشکلات هیجانی، شناختی، اجتماعی و بدرفتاری و بی‌توجهی قرار خواهند گرفت و وجود تعارض با پیامدهای منفی آن موجب از بین رفتن صمیمیت بین آن‌ها و فاصله گرفتن عاطفی می‌شود بر این اساس می‌توان اظهار کرد که سوءمصرف پدر عامل مهمی در افزایش تعارضات والد-فرزندی است (رهروان و همکاران، ۱۳۹۷).

در بیان محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان اظهار کرد که محدود شدن پژوهش به یک جنس، اندک بودن حجم نمونه به دلیل گرفتن رضایت آگاهانه از معتادان برای شرکت در جلسات که پژوهشگر را با مشکل مواجه نمود و موجب محدود شدن اعضای گروه آزمایش شد. انجام پژوهش در یک شهر با ویژگی‌های خاص فرهنگی و منطقه‌ای آن شهر موجب محدودیت در تعمیم نتایج است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که برای افزایش میزان تعمیم‌پذیری، پژوهش‌هایی در نمونه بیشتر با ویژگی‌های جمعیت شناختی متنوع و مدت زمان طولانی‌تر مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی ماندگاری روش دوازده قدم در مورد عود و بازگشت اعتیاد بررسی شود. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که معنویت حاصل از قدم‌های دوازده‌گانه با کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش رضایت از زندگی و مدیریت بهتر تنش‌ها، در خانواده همراه است. در نتیجه میزان و شدت تعارضات والد-فرزند و زناشویی نیز کاهش پیدا می‌کند؛ لذا پیشنهاد می‌شود مشاوران، درمانگران و متخصصان بهداشت روانی به معنویت در برنامه دوازده قدم و نقش آن در عوامل مؤثر بر اعتیاد و درمان آن و نقش معنویت در مهارت‌های مقابله‌ای، کیفیت و رضایت زناشویی توجه ویژه نمایند. پیشنهاد می‌شود علاوه بر جلسات دوازده قدم برای فرد معتاد، آموزش‌هایی جهت پیشگیری و کاهش تعارضات فرزندان و همسران برگزار گردد.

منابع

- اسدی یونسی، محمدرضا؛ مظاهری، محمدعلی؛ شهیدی، شهریار؛ طهماسیان، کارینه و فیاض بخش، محمدعلی (۱۳۹۰). تدوین و اعتباریابی پرسشنامه سنجش تعارض والد-نوجوان. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۸(۲)، ۴۳-۷۰.
- اسلمی، الهه؛ امیری راد، ملیحه و موسوی، شکوفه (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر کنترل خشم و خودکارآمدی زنان دارای همسر معتاد در شهر مشهد. *فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۱(۳۹)، ۴۹-۶۶.

امیری راد، ملیحه؛ اسلمی، الهه و موسوی، شکوفه (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شفقت به خود بر معنایابی در زندگی و رضایت جنسی زنان دارای همسر معتاد در شهر مشهد. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۴۰)، ۷۷-۱۰۲.

آرمان پناه، آزاده؛ سجادیان، ایلناز و نادى، محمدعلی (۱۳۹۹). نقش میانجی تعارضات زناشویی در رابطه‌ی بین باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی با رضایت زناشویی زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۹-۲۸.

بیگی، علی؛ فراهانی، محمدتقی و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای بین اعضای انجمن معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۵(۷)، ۱-۱۱.

پهلوان، مینا؛ موتابی، فرشته و مظاهری، محمدعلی (۱۳۹۴). واکنش به تعارض زناشویی: مطالعه‌ای بین نسلی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۱(۳)، ۲۰۲-۲۱۴.

ثنایی، باقر (۱۳۹۶). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. چاپ سوم، تهران: انتشارات بعثت.

حاج‌حسینی، منصوره و هاشمی، رامین (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان دارویی متادون و انجمن معتادان گمنام بر اختلالات روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی، استرس) و کیفیت زندگی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۹(۳۵)، ۱۱۹-۱۳۶.

خزایی، عرفان و کاشفی، وحید (۱۳۹۶). اثربخشی روش درمان دوازده قدم بر کیفیت زندگی احساس خودکارآمدی اعضای انجمن معتادان گمنام. *ماهنامه ایران پاک*، ۱۱۴، ۱۴-۱۹.

خزایی، معصومه (۱۳۸۵). *بررسی رابطه بین الگوهای ارتباطی با تعارضات زناشویی دانشجویان دانشگاه تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، رشته مشاوره. دانشگاه خاتم.

دربا، محمد؛ محمودپور، عبدالباسط؛ ایجادى، سحر و یوسفی، ناصر (۱۴۰۰). رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۳۷۳-۳۹۳.

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

ستوده اصل، نعمت؛ بهنام، بهناز و قربانی، راهب (۱۳۹۲). تأثیر جلسات معتادان گمنام بر صفات شخصیتی بیماران وابسته به مواد. *نشریه کومش*، ۱۴(۴۷)، ۳۲۰-۳۱۶.

- سعیدی، فاطمه و محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۷). مقایسه اختلالات رفتاری / در کودکان دارای والدین معتاد عادی. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۲ (۴۶)، ۲۱۵-۲۳۴.
- سلیمی بجستانی، حسین؛ فرکوروند، پرستو و یونسی، جلیل (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش خود دلگرم سازی بر سلامت روان زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۹ (۳۴)، ۶۷-۷۸.
- کافی هرناشکی، همایون؛ احدی، حسن و تاجری، بیوک (۱۳۹۹). ترکیب مداخلات روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت و رویکرد دوازده قدم: تحلیلی بر روشی نوین برای کاهش وسوسه مصرف مواد. نشریه رویش روان‌شناسی، ۹ (۱۰)، ۱۱۵-۱۲۴.
- گودرزی، محمود؛ شیر، فاطمه و محمودی، بختیار (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های خانواده‌درمانی شناختی-رفتاری بر تعارض والد-فرزند و تعارض زناشویی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۲ (۴)، ۵۳۱-۵۵۱.
- متقی قمصری، عطیه سادات و رستمی، رضا (۱۳۹۸). اعتیاد والدین، مشکلات فرزندپروری و آسیب‌شناسی روانی در فرزندان. فصلنامه رویش روان‌شناسی، ۸ (۶)، ۹-۱۶.
- مختارنیا، ایرج؛ زاده محمدی، علی؛ حبیبی عسگرآباد، مجتبی و میرزایی فر، فروزان (۱۳۹۵). تعارضات زناشویی و تعارضات والد نوجوان: نقش میانجی ارزیابی‌های نوجوانان از تعارضات بین والدینی. خانواده پژوهی، ۱۲ (۴)، ۶۶۳-۶۸۲.
- معینی، پوپک؛ ملیحی الذاکرنی، سعید؛ اسدی، جوانشیر و خواجه‌وند خوشلی، افسانه (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی بر احساس انسجام و کیفیت زندگی همسران مردان مبتلا به اعتیاد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۳ (۵۴)، ۲۰۴-۱۸۱.
- مهدوی، سمیره و میرزاوند، جهانگیر (۱۳۹۹). رابطه علی تعارض والد-فرزند، اضطراب، احساس تنهایی و کنترل شخصی به عنوان پیشایندهای گرایش به مصرف مواد مخدر در نوجوانان. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۴ (۵۵)، ۱۳۲-۱۱۵.
- نورکامی، فرهاد (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان بستری با روش درمان معتادان گمنام بر بهبود کیفیت زندگی، سازگاری اجتماعی و کاهش ولع مصرف در وابستگان به مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- یوسفی، ناصر و عزیزی، آرمان (۱۳۹۷). تبیین مدلی برای پیش‌بینی تعارض زناشویی بر اساس تمایز یافتگی و تیپ‌های شخصیتی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۹ (۳۵)، ۵۷-۷۸.

References

- Chaplin, T. M., Sinha, R., Simmons, J. A., Healy, S. M., Mayes, L. C., Hommer, R. E., & Crowley, M. J. (2012). Parent-adolescent conflict interactions and adolescent alcohol use. *Addictive Behaviors*, 37(5), 605-612.
- Chen, G. (2006). Social Support, Spiritual Program, and Addiction Recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(3), 306-323.
- DeLucia, C., Bergman, B. G., Formoso, D., & Weinberg, L. B. (2015). Recovery in Narcotics Anonymous from the Perspectives of Long-Term Members: A Qualitative Study. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10(1), 3-22.
- Friedman, G. L. (2006). *Narcotic Anonymous: Promotion of change and growth in spiritual health, quality of life and attachment dimensions of avoidance and anxiety in relation to program involvement and time clean*. Unpublished Doctoral dissertation, Alliant International University, Los Angeles, California.
- Galanter, M., White, W. L., & Hunter, B. D. (2019). Cross-cultural applicability of the 12-Step model: A comparison of Narcotics Anonymous in the USA and Iran. *Journal of Addiction Medicine*, 13(6), 493-499.
- 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. *Publicações, Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22-32
- Hameeda, B; Saadia, D. (2019). Emotion Regulation, Family Functioning and Quality of Life in Drug Addicts. *Journal of Research in Social Sciences; Islamabad* Vol. 7, Iss. 1, (Jan 2019): 69-88.
- Judith A. Jordan. (2019). Alcoholics Anonymous: A Vehicle for Achieving Capacity for Secure Attachment Relationships and Adaptive Affect Regulation. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 19(3), 201-222.
- Kahler CW, McCrady BS, Epstein EE. (2003). Sources of distress among women in treatment with their alcoholic partners. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2003;24(3):257-65.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2020). Research on marital satisfaction and stability in the 2010s: Challenging conventional wisdom. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 100-116.
- Kelly, J. F., Stout, R. L., & Slaymaker, V. (2013). Emerging adults' treatment outcomes in relation to 12-step mutual-help attendance and active involvement. *Drug and Alcohol Dependence*, 129(1-2), 151-157.

- 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.
- Ko, C. H., Wang, P. W Liu, T.L., Yen, C.F., Chen, C.S., Yen, J.Y. (2015). Bidirectional associations between family factors and internet addiction among adolescents in a prospective investigation. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69 (4), 192–200.
- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2002). You never leave your family in a fight: The impact of family of origin on conflict-behavior in romantic relationships. *Communication Studies*, 53(3), 234-251.
- Leung, C., Tsang, S., Sin, T. C., & Choi, S. Y. (2015). The efficacy of parent– child interaction therapy with Chinese families: Randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 117-128.
- Markel, C., & Wiener, J. (2014). Attribution processes in parent-adolescent conflict in families of adolescents with and without ADHD. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 46(1), 40-48.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2004). The interplay between help-seeking and alcohol-related outcomes: divergent processes for professional treatment and self-help groups. *Drug and Alcohol Dependence*, 75(2), 155-164.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2005). Paths of entry into Alcoholics Anonymous: Consequences for participation and remission. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(10), 1858-1868.
- Murray, K. W., Dwyer, K. M., Rubin, K. H., Knighton-Wisor, S., & Booth-LaForce, C. (2014). Parent–child relationships, parental psychological control, and aggression: Maternal and paternal relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(8), 1361-1373.
- Nooripour, R., Tamini, B.K., Abbaspour, P; Alikhani, M. (2016). Investigation of Family Functioning and Parental Tensioning in Addicts. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14, 82–85 (2016).
- Ozmete, E., & Bayoglu. A. S. (2009). Parent- young adult conflict: A measurement on frequency and intensity of conflict issues. *Journal of International Social Research*, 2(8), 313-322.
- Soni, R., Upadhyay, R., Meena, P., & Jain, M. (2017). Psychiatric morbidity, quality of life and marital satisfaction among spouse of men with opioid dependence syndrome: a study from North India. *International Journal of Advances in Medicine*, 4(2) 556-561.
- Vandivier, A. M. (2020). The Growth of Spiritual Awareness through AA Participation: A Phenomenological Study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 38(1), 32-49.
- West, R. & Brown, J. (2013). *Theory of Addiction* (2nd Edition). Wiley-Blackwell.

Zeidner M, Kloda I. (2013). Emotional intelligence (EI), conflict resolution patterns and relationship satisfaction, actor and partner effect revisited. *Personality and Individual Differences*, 54(2),278- 283.

۳۵۸
358

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی

پریا شکیبایی^۱، پریناز قیومی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۱

چکیده

هدف: این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع مطالعات نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان وابسته به مواد استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۲۰۰ نفر (گزارش اداره بهزیستی) بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از مددجویان مراجعه کننده به کمپ ترک اعتیاد زنان و مرکز درمان و بازتوانی باغ فرشته شهر تبریز بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس انجام شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معنی داری بر کاهش سطح اضطراب و افزایش ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زنان دارای اختلال مصرف مواد داشت. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج می توان از مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان درمانی موثر برای کاهش اضطراب و ارتقاء کیفیت زندگی زنان دارای اختلال مصرف مواد افیونی استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اضطراب، کیفیت زندگی، اختلال مصرف مواد افیونی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، تبریز، ایران

۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، تبریز، ایران. پست

الکترونیک: ghayuomi.parinaz@gmail.com

مقدمه

اوپیوئیدها^۱ دسته‌ای از داروهای شبه مورفین هستند که به طور قانونی برای مدیریت درد متوسط تا شدید تجویز می‌شوند. گرچه در تسکین درد بسیار موثر است، اما ماهیت اعتیادآور مواد افیونی منجر به شیوع سوء مصرف آن در سراسر جهان شده است (مور، باکش، پارکر و ریواس^۲، ۲۰۲۱). اختلال استفاده از مواد افیونی^۳ الگویی از مصرف اوپیوئید را توصیف می‌کند که از نظر بالینی منجر به نقص، نابسامانی یا آشفتگی شدید می‌شود و در طیفی از شدت خفیف، متوسط تا شدید قابل تشخیص است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳). میزان بروز اختلال مصرف مواد افیونی در سراسر جهان ۱۶ میلیون، در ایالات متحده ۳ میلیون و در ایران ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر تخمین زده شده است (دیدیک، جاین و گوپتا^۴، ۲۰۲۰؛ شاطریان، منتی، کسانی و منتی، ۱۳۹۳). از کل نسخه‌های افیونی در ایالات متحده، ۶۵٪ برای زنان است (مور و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع اختلالات مصرف مواد ۱۲ ماهه در زنان و مردان ایرانی به ترتیب ۲/۰۹ و ۲/۴۴ درصد است (علم مهرجردی و همکاران، ۲۰۱۷) و زنان به دلیل عوامل متعدد از جمله احتمال بروز درد مزمن و استفاده طولانی مدت از مواد مخدر تجویز شده به احتمال بیشتری نسبت به مردان در معرض اختلال مصرف مواد افیونی قرار دارند (سردار اویچ، استریلی و کاتلر^۵، ۲۰۱۷).

بسیاری از محققان نقش مهم آسیب‌پذیری‌های عاطفی را در شروع، نگهداری و عود مجدد مواد مخدر برجسته کرده‌اند (چتام، آلن، یوسل و لوبمان^۶، ۲۰۱۰). افرادی که از مواد افیونی استفاده می‌کنند، سطح افزایش یافته‌ای از اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کنند (مانچیکانتی^۷ و همکاران، ۲۰۰۷). تعدادی از نظریه‌های موجود، آسیب‌پذیری بیولوژیکی مرتبط با مناطق مغزی را دلیل همبودی بالای مشکلات اضطرابی با اختلال مصرف مواد می‌دانند (گارلند، فرولیگر، زیدان، پارتین و هوارد^۸، ۲۰۱۳). به طور خاص،

1. opioid
2. Moore, Baksh, Parker, & Rivas
3. opioid use disorder (OUD)
4. Dydyk, Jain & Gupta
5. Serdarevic, Striley & Cottler

6. Cheetham, Allen, Yücel & Lubman
7. Manchikanti
8. Garland, Froeliger, Zeidan, Partin & Howard

مناطق مغزی که درگیر پردازش پاداش هستند، بر تنظیم و مهار رفتاری تأثیر می‌گذارند، از جمله قشر پیشانی^۱ و سیستم دوپامین مزولیمبیک^۲، به عنوان مکانیسم‌های کاندید برای شروع و نگهداری مصرف مواد و همچنین اضطراب شناخته شده‌اند (گودمن^۳، ۲۰۰۸). همچنین ممکن است همبودی بین مصرف مواد افیونی و مشکلات اضطرابی تحت تأثیر فرآیندهای تقویت منفی قرار گیرد (میسلی، گیلاندرز، سیمپسون و تیلور^۴، ۲۰۱۲). مدل یادگیری تقویت منفی^۵ فرض می‌کند که درگیری در رفتار مصرف مواد به دنبال افزایش هیجانات منفی در صورتی که با این باور همراه باشد که این رفتار هیجانات منفی را کاهش می‌دهد یا به نوعی آن را بهبود می‌بخشد، باعث تقویت رفتار خواهد شد (بچ^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش لانگدون، داوه و رمزی^۷ (۲۰۱۹) نشان می‌دهد که همبودی بالایی بین اختلال مصرف مواد و اختلالات اضطرابی وجود دارد و مصرف مواد افیونی در میان افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی با نرخ بالایی اتفاق می‌افتد که می‌تواند کیفیت زندگی^۸ این بیماران را مختل سازد.

پرهیز از مواد افیونی، تنها نتیجه مرتبط با درمان اختلال مصرف مواد افیونی نیست. بسیاری از سیاست‌گذاران کیفیت زندگی را به عنوان نتایج مهم درمان و به عنوان ورودی‌های مهم برای تصمیم‌گیری بالینی تلقی می‌کنند (نیومن و کوهن^۹، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی^{۱۰} کیفیت زندگی را به عنوان درک افراد از موقعیت خود در زندگی در متن فرهنگ و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، انتظارات و استانداردها تعریف می‌کند (سینگ، کومار، سارکار و بالهارا^{۱۱}، ۲۰۱۸). براساس مطالعات پیشین، اعتیاد به مواد مخدر با موضوعات مختلفی همراه است و تأثیر عمیقی بر زندگی جسمی، روحی و اجتماعی دارد. نشان داده شده است که کیفیت پایین زندگی، خطر عود در بیماران تحت درمان را افزایش می‌دهد. همچنین، مطالعات مختلف

1. prefrontal cortex
2. mesolimbic dopamine system
3. Goodman
4. Masley, Gillanders, Simpson & Taylor
5. negative reinforcement learning model

6. Bach
7. Langdon, Dove & Ramsey
8. quality of life
9. Neumann & Cohen
10. world health organization
11. Singh, Kumar, Sarkar & Balhara

نشان داده است که شدت و نوع اعتیاد و وجود اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد، به طور واضح بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (سعادت و همکاران، ۲۰۲۱). سینگ و همکاران (۲۰۱۸) اشاره نمودند که بیماران با اختلال مصرف مواد نسبت به جمعیت نرمال از سطح پایین کیفیت زندگی برخوردار بوده و بیشترین آسیب نیز در حوزه اجتماعی بود. علاوه بر این، نشان داده شده است که کیفیت زندگی بالاتر با پیش‌بینی نتایج بهتر درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد همراه بوده و به طور فزاینده‌ای به عنوان یک ساختار مهم در تحقیقات مرتبط با مصرف مواد و اقدامات بالینی شناخته می‌شود (لائودت^۱، ۲۰۱۱؛ دربا، محمودپور، ایجادی و یوسفی، ۱۴۰۰).

درمان اختلال مصرف مواد، که منجر به اختلالات مهمی در بسیاری از حوزه‌های زندگی زنان می‌شود، بسیار دشوار است. درمان اولیه با روش‌های دارویی انجام می‌شود. در مواردی که روش‌های دارویی کافی نیستند، درمان با روش‌های روانی-اجتماعی پشتیبانی می‌شود (کیولو، اوزسوی و بایکاران^۲، ۲۰۱۷). یکی از جدیدترین رویکردهای روانی-اجتماعی موج سومی که برای مداخله در اختلالات مرتبط با مواد^۳ موثر شناخته شده، رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۴ است. ذهن‌آگاهی در چارچوب شناختی-رفتاری یک تمرین ذهنی و جسمی برای درک واقعیت تجارب درونی^۵ است که بر فرایندهای توجه و لحظه حال متمرکز می‌باشد (سنکر، فریس، دیتریچ و گراند^۶، ۲۰۲۱). با افزایش ذهن‌آگاهی، افراد نسبت به خود انتقادی‌های خود، آگاه شده و نسبت به درک اینکه موقعیت‌ها و تجارب منفی گذشته که با آن‌ها مواجه بودند ممکن است در آینده نیز تکرار شوند، هدایت می‌شوند. هدف از ذهن‌آگاهی کاهش بی‌اعتمادی و افکار قضاوتی افراد و جلوگیری از تأثیرات گذشته و آینده در لحظه حال است (بایر و آیلز^۷، ۲۰۲۱).

یافته‌های اولیه، تأثیرات شناخت درمانی ذهن‌آگاهی را بر تنظیم عواطف، خودتنظیمی، حافظه، شناخت، کاهش سرگردانی ذهن، حواس‌پرتی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی را

1. Laudet
2. Kulu, Özsoy & Baykara
3. substance-related disorder
4. mindfulness-based cognitive therapy

5. internal experiences
6. Senker, Fries, Dietrich, & Grund
7. Bayır & Aylaz

در افراد مصرف کننده مواد تایید نمودند (تانگ، پوسنر و روتبارت^۱، ۲۰۱۴؛ فاهمی^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ موسوی، دشت بزرگی، حیدرئی، پاشا و برنا، ۱۳۹۹). آموزش ذهن آگاهی با تسهیل اصلاح عادت، بازیابی پاسخ طبیعی پاداش، تنظیم احساسات و بهبود ارزیابی شناختی و واکنش پذیری استرس، خواص ضد اعتیادی را نشان می دهد (گارلند^۳، ۲۰۱۳). مطالعات تصویربرداری عصبی نیز با بررسی تغییرات ساختاری مرتبط با اعمال ذهن آگاهی، افزایش غلظت قشری را در قشر پیش پیشانی^۴، اینسولا^۵ و قشر حسی-بدنی^۶ به عنوان مناطق مرتبط با مسیرهای پاداش^۷، نشان داده است (لازار^۸ و همکاران، ۲۰۰۵). اینسولا نقشی اساسی در اصرارهای آگاهانه به مصرف مواد دارد (نگوی و بچارا^۹، ۲۰۰۹). در این رابطه، پژوهش های برادی، کیلین و باکر^{۱۰} (۲۰۲۱) و بروکز، لیوت، زگال، والکر و وجانویچ^{۱۱} (۲۰۲۱) نشان می دهد که مداخلات ذهن آگاهی تاثیر معنی داری بر کاهش اضطراب، حساسیت اضطرابی، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و نتایج عملکرد شغلی افراد دارای اختلال مصرف مواد دارد. همچنین، پژوهش های مختلفی اشاره کردند که شناخت درمانی ذهن آگاهی مداخله اثربخشی بر بهبود تنظیم هیجان و کاهش افسردگی، علائم اضطراب و پرخاشگری افراد وابسته به مواد است (زمستانی، بابامیری و سپیانی، ۱۳۹۵؛ هات، گلس، دگنان و مینکلر^{۱۲}، ۲۰۲۱؛ ماچادو، فیدالگو، براسیلانو، هوچگراف و نوتو^{۱۳}، ۲۰۲۰). پژوهش اسمیت^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۰) نیز خاطر نشان ساختند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معنی داری بر بهبود احساس بهزیستی مراقبان نوجوانان دچار مصرف مواد از طریق کاهش استرس ادراک شده و بهبود خودشفقتی، دارد.

1. Tang, Posner & Rothbart
2. Fahmy
3. Garland
4. prefrontal cortex
5. insula
6. somatosensory cortex
7. reward pathway
8. Lazar

9. Naqvi & Bechara
10. Brady, Killeen & Baker
11. Brooks, Lebeaut, Zegel, Walker & Vujanovic
12. Hut, Glass, Degnan, & Minkler
13. Machado, Fidalgo, Brasiliano, Hochgraf & Noto
14. Smith

در مجموع، اختلالات مصرف مواد شرایط عودکننده مزمن است که بر سلامت جسمی و روانی بیمار، عملکرد اجتماعی و خانوادگی، اشتغال و وضعیت مسکونی و دسترسی به خدمات، تأثیر منفی می‌گذارد (دیگنهارت^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۲ بار مالی مراقبت‌های بهداشتی، از دست دادن بهره‌وری اشتغال و هزینه‌های سیستم عدالت کیفری مربوط به مصرف مواد افیونی را ۷۸/۵ میلیارد دلار در سال تخمین می‌زند (استرانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). خسارات عاطفی افراد مبتلا و عزیزان‌شان نیز غیرقابل محاسبه است. علیرغم واقعیت‌های موجود، تاکنون تعداد اندکی از مطالعات اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهی را بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان دارای اختلال مصرف مواد ارزیابی نموده‌اند، و اکثر آن‌ها نیز در محیط‌های غربی و به ویژه بر نمونه‌های مردان متمرکز بوده‌اند. از این رو، این مطالعه به منظور رفع خلاء پژوهشی موجود در صدد پاسخ به این سوال است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی موثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان وابسته به مواد استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۲۰۰ نفر (گزارش اداره بهزیستی) بود. تعیین حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی از اهمیت بسیاری برخوردار است و با توجه به پیشنهاد صاحب‌نظران حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر توصیه می‌شود (دلاور، ۱۳۹۹). بنابراین، نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از مددجویان مراجعه‌کننده به کمپ ترک اعتیاد زنان و مرکز درمان و بازتوانی باغ فرشته شهر تبریز بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تحت درمان بودن (سم زدایی) در کمپ ترک اعتیاد به علت سوء مصرف مواد، داشتن حداقل

۳۶۴

364

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. Degenhardt
2. the centers for disease control and prevention

3. Strang

تحصیلات ابتدایی، امضای رضایت‌نامه آگاهانه کتبی برای ورود به مطالعه و ملاک‌های خروج پژوهش نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در هر زمان از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، در جلسات درمانی، وجود بیماری طبی حاد یا مزمن همچون مشکلات صرع، نارسایی‌های قلبی و تنفسی، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید روانی مانند اختلالات سایکوتیک بودند. در این مطالعه اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد.

ابزار

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: ابزار مورد استفاده برای سنجش اطلاعات جمعیت شناختی با پرسشنامه‌ای که دارای ۱۰ سوال بود و متغیرهایی مانند (سن، شغل، وضعیت تاهل، تحصیلات، سن شروع مصرف، قومیت، وجود بیماری‌های طبی حاد یا مزمن همچون مشکلات صرع، نارسایی‌های قلبی و تنفسی یا وجود اختلالات روان‌پزشکی شدید روانی همچون اختلالات سایکوتیک و یا دوقطبی و ...) را ارزیابی می‌کرد، انجام گرفت.

۲. پرسشنامه اضطراب بک^۱: این پرسشنامه، ابزار خود گزارشی ۲۱ گویه‌ای است که شدت علائم شناختی و جسمانی و همچنین شدت کلی اضطراب را در یک هفته اخیر می‌سنجد. شرکت کنندگان شدت هر یک از علائم را با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از اصلاً (نمره صفر) تا شدید (نمره ۳) درجه‌بندی می‌کنند. نمره گذاری با جمع کردن نمره‌های ۲۱ گویه انجام می‌شود. نمره کل آزمون در دامنه‌ای صفر تا ۶۳ می‌باشد. همچنین، نمرات بین صفر تا ۷ نشان دهنده کمترین اضطراب، ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف، ۱۵ تا ۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ حاکی از اضطراب شدید است (رفیعی و سیفی، ۱۳۹۲). پایایی این پرسشنامه به روش باز آزمایی بر روی ۸۳ بیمار سرپایی به فاصله یک هفته، ۰/۷۵ و ضریب آلفای ۰/۹۲ نیز بر روی ۱۶۰ بیمار سرپایی گزارش شده است. ضریب پایایی این مقیاس از طریق روش باز آزمایی یک هفته‌ای ۰/۷۵ به دست آمده است.

همبستگی بین نمرات این پرسشنامه با مقیاس همیلتون برای درجه‌بندی اضطراب برابر با ۰/۴۸ بدست آمده است (رفیعی و سیفی، ۱۳۹۲).

۳. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱: این پرسشنامه ۲۶ گویه دارد که چهار حیطه کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی (سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸)، سلامت روانی (۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶)، روابط اجتماعی (۲۰، ۲۱ و ۲۲) و سلامت محیط (۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵) را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات ۳، ۴ و ۲۶ نمره‌گذاری معکوس دارد. نمره‌گذاری مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از یک تا پنج بوده و حداقل و حداکثر نمره برای ابعاد سلامت جسمانی ۷ و ۳۵، سلامت روانی ۶ و ۳۰، روابط اجتماعی ۳ و ۱۵ و سلامت محیط ۸ و ۴۰ می‌باشد. نمرات بیشتر حاکی از کیفیت زندگی بالاتر است (خوشه مهری، کاویانی، اثمیری، رجبیان و ناصرخاکی، ۱۳۹۰). نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، کاظم و مجدزاده (۱۳۸۵) در پژوهشی روایی تمایزی مقیاس را در تفکیک افراد سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف نشان دادند. همچنین، در پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران پایایی آزمون برای زیر مقیاس‌های سلامت فیزیکی ۰/۷۷، حیطه روانی ۰/۷۷، حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ بدست آمده است (خوشه مهری و همکاران، ۱۳۹۰).

روش اجرا

در پژوهش حاضر برای انجام مداخله و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوزها و احراز ملاک‌های لازم و تخصیص افراد در دو گروه، کلیه شرکت‌کنندگان مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. به این صورت که از آن‌ها خواسته شد تا مقیاس اضطراب بک و کیفیت زندگی را تکمیل کنند. آزمودنی‌هایی که در پرسشنامه اضطراب بک و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک انحراف معیار از میانگین کمتر دریافت کرده بودند به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شده و از نظر تحصیلات و وضعیت تاهل هم‌تاسازی شدند. در نهایت آزمودنی‌های انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵)

نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ۱۵ نفر آزمودنی گروه آزمایش تحت مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به تعداد ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای)، هر هفته یک جلسه قرار گرفتند و گروه شاهد هیچ مداخله‌ی درمانی دریافت نکرد. پس از انجام مصاحبه توسط محقق و تکمیل پرسشنامه جمعیت‌شناسی توسط آزمودنی‌ها، توضیحات لازم درباره هدف و روند درمان و اطمینان دادن به آنان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت شفاهی و کتبی از آزمودنی‌ها اخذ شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم افزار اس پی اس تجزیه و تحلیل شدند.

برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر اساس بسته مدون شده توسط کابات زین^۱ (۲۰۰۳) طی ۸ هفته به صورت گروهی و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌ها اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از محتوای مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	هدف	تکلیف
۱	تنظیم خط مشی کلی جلسات درمانی	تنظیم خط‌مشی اصلی برنامه مداخله با توجه به محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، معرفی، تمرین واریسی بدن، تکلیف خانگی (کمپ)، بحث و تعیین جلسات هفتگی
۲	آموزش تن آرامی	شامل آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها و پیشانی است.
۳	آموزش تن آرامی	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، پیشانی و لب‌ها و تکلیف خانگی تن آرامی است.
۴	آشنایی با تنفس ذهن آگاهانه	آشنایی با ذهن آگاهی تنفسی، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفسی و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب

جدول ۱: محتوی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	هدف	تکلیف
۵	توجه به حرکات بدن	آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها، جستجوی حس‌های فیزیکی و تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی خوردن
۶	آموزش توجه به ذهن و افکار	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت ذهنی و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها
۷	آموزش مراقبه نشسته	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق
۸	جمع‌بندی	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، ۲۹/۵۳ و در گروه کنترل، ۳۳/۱۳ بود. آماره‌های توصیفی متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرها

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش (n=۱۵)		گروه کنترل (n=۱۵)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۵/۵۳	۱۳/۹۱۷	۱۵/۲۰	۸/۹۹۴
	پس‌آزمون	۱۵/۲۷	۹/۵۹۵	۱۸/۰۱	۸/۸۸۰
سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۲۱/۵۳	۴/۱۹۰	۲۴/۴۷	۴/۱۷۲
	پس‌آزمون	۲۵/۲۰	۳/۴۸۹	۲۱/۳۳	۳/۹۷۶
سلامت روانی	پیش‌آزمون	۱۵/۳۳	۴/۳۲۰	۱۸/۲۷	۲/۷۶۴
	پس‌آزمون	۱۹/۸۷	۲/۱۶۷	۱۶/۸۷	۴/۳۰۷
روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	۸/۸۷	۳/۲۴۸	۱۰/۵۳	۲/۲۰۰
	پس‌آزمون	۱۱/۶۷	۲/۸۷۰	۸/۱۳	۱/۹۵۹
سلامت محیط	پیش‌آزمون	۲۲/۴۷	۵/۷۹۲	۲۵/۷۳	۵/۷۲۵
	پس‌آزمون	۲۹/۵۳	۶/۱۹۸	۲۱/۱۳	۴/۱۳۸

پیش از تحلیل داده‌ها ابتدا پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس برای متغیر اضطراب مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف نشان داد که سطح معناداری آماره‌های بدست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت توزیع داده‌های پیش آزمون و پس آزمون نمرات اضطراب نرمال است. تجانس واریانس‌های دو گروه در سطح اطمینان ۹۵ درصد برقرار است ($F=۰/۸۱۷, P=۰/۳۷۴$). سطح معناداری سطر اثر متقابل بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین فرض همگنی رگرسیونی پذیرفته می‌شود ($F=۱/۶۷, P=۰/۲۰۷$). همچنین، با توجه به جدول ۳ سطح معنی داری اثر پیش آزمون حاکی از برقرار بودن پیش فرض رابطه خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته بود ($F=۳۵/۹۴, P=۰/۰۰۱$).

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۱۳۶۶/۴۰۸	۱	۱۳۶۶/۴۰۸	۳۵/۹۴۰	۰/۰۰۱	
گروه	۴۹۰/۹۹۴	۱	۴۹۰/۹۹۴	۱۲/۹۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴
خطا	۱۰۲۶/۵۲۶	۲۷	۳۸۰/۱۹			
کل	۱۰۷۴۹	۲۹				

با توجه به جدول ۳ نتایج مربوط به منبع گروه ($F=۱۲/۹۱, P=۰/۰۰۱$) نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش آزمون از نتایج پس آزمون، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب زنان دارای اختلال مصرف مواد موثر است. همچنین مجذور اتا حاکی از این است که ۳۲ درصد از تغییرات گروه آزمایش در متغیر اضطراب (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون) ناشی از اجرای مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد.

در ادامه، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس برای متغیر کیفیت زندگی گزارش شده است. براساس نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف، سطح معناداری آماره‌های بدست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت توزیع داده‌های پیش آزمون

و پس آزمون نمرات کیفیت زندگی نرمال است. از آزمون لون جهت بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها استفاده شد که نتایج نشان داد شرط همگنی واریانس نمرات در متغیرهای تحقیق برقرار است ($p > 0/05$). نتایج آزمون ام-باکس حاکی از برقراری ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها برای ابعاد کیفیت زندگی بود ($F=1/48$, $P=0/138$).

سطح معناداری سطر اثر متقابل برای ابعاد کیفیت زندگی بزرگ‌تر از $0/05$ می‌باشد، بنابراین فرض همگنی شیب خط رگرسیونی پذیرفته می‌شود ($p > 0/05$). همچنین، سطح معنی‌داری اثر پیش‌آزمون حاکی از برقرار بودن پیش‌فرض رابطه خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته برای ابعاد کیفیت زندگی بود ($p < 0/05$).

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای کیفیت زندگی

نام آزمون	مقدار	ضریب F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۶۸۷	۶/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
لامبدای ویلکز	۰/۳۱۳	۶/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
اثر هتینگ	۲/۱۹۷	۶/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۱۹۷	۶/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷

نتایج آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز در جدول ۴ نشان می‌دهد که حداقل از نظر یکی از مولفه‌های کیفیت زندگی در بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. لذا، مداخله شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تاثیر معنی‌دار ۶۸ درصدی بر بهبود کیفیت زندگی زنان دارای اختلال مصرف مواد دارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
سلامت جسمانی	۱۲۳/۰۳۷	۱	۸/۳۷۶	۰/۰۰۸	۰/۲۷۶
سلامت روانی	۷۶/۹۴۰	۱	۵/۶۶۶	۰/۰۲۶	۰/۲۰۵
روابط اجتماعی	۹۱/۱۵۸	۱	۱۷/۸۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸
سلامت محیط	۵۰۵/۱۶۴	۱	۱۶/۴۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸

با توجه به جدول ۵ درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه‌های کیفیت زندگی زنان دارای اختلال مصرف مواد شهر تبریز موثر است. در بین این‌ها بیشترین ضریب اتا یا

بیشترین تاثیر مربوط به خرده مقیاس روابط اجتماعی (۰/۵۱) بود، بدین معنی که ۴۴/۸ درصد از تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در خرده مقیاس روابط اجتماعی مربوط به تاثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. بنابراین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، بر ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط موثر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب زنان دارای اختلال مصرف مواد موثر است. به عبارتی، به کارگیری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بطور قابل توجهی منجر به کاهش اضطراب زنان می‌گردد. این یافته با یافته‌های برادی و همکاران (۲۰۲۱)، ماچادو و همکاران (۲۰۲۰)، تانگک و همکاران (۲۰۱۴)، زمستانی و همکاران (۱۳۹۵)، ژو^۱ و همکاران (۲۰۲۰) و گارلند (۲۰۱۳) همسویی دارد. این پژوهشگران نشان دادند که مداخلات ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب، حساسیت اضطرابی، افسردگی و عملکرد شغلی افراد دارای اختلال مصرف مواد موثر هستند. در این رابطه، فراتحلیل ژو و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به طور قابل توجهی علائم اضطراب را در مقایسه با گروه کنترل در مراحل مختلف درمان (پس‌آزمون و پیگیری) کاهش می‌دهد. زمستانی و همکاران (۱۳۹۵) نیز اشاره نمودند که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نمرات ولع مصرف، علائم افسردگی و اضطراب افراد وابسته به مواد اثربخش است. هات و همکاران (۲۰۲۱) مطرح ساختند که مداخله ذهن آگاهی، اثربخشی معنی‌داری بر کاهش اضطراب و بهبود تنظیم هیجان زنان دارد. ماچادو و همکاران (۲۰۲۰) نیز اشاره کردند که ذهن آگاهی، مداخله موثری بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و پرخاشگری افراد وابسته به مواد است.

مجموعه‌ای از تحقیقات کاملاً منطقی از نظر روش‌شناختی وجود دارد که تأثیر مثبت مداخلات ذهن‌آگاهی را در طیف وسیعی از بیماران با مشکلات جسمی و روان‌پزشکی نشان می‌دهد (بلچارز^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر این، برخی از شواهد تجربی نشان می‌دهند که مکانیسم‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ممکن است منجر به نتایج مثبت سلامتی، از جمله خودتنظیمی، شفاف‌سازی ارزش، انعطاف‌پذیری شناختی، عاطفی و رفتاری و مواجهه شود (جاسبی و همکاران، ۲۰۱۸). این متغیرها را می‌توان به عنوان مکانیسم‌های بالقوه برای سایر نتایج مطلوب مانند کاهش علائم اضطراب نیز تلقی کرد (شاپیرو، کارلسون، آستین و فریدمن^۲، ۲۰۰۶). بنابراین در تبیین این یافته می‌توان مطرح ساخت که ذهن‌آگاهی به زنان وابسته به مواد می‌آموزد که افکار خود را صرف‌نظر از هرگونه محتوایی که دارند، صرفاً به عنوان یک فکر در نظر گرفته و آگاه باشند که افکار، همه واقعیت نبوده و تنها رویدادهای روان‌شناختی گذرایی هستند که باید به طور عینی و انحصالی پذیرفته شوند (ماچادو و همکاران، ۲۰۲۰). لذا، وقتی فردی در وضعیت مشاهده قرار می‌گیرد، کمتر تحت تأثیر افکار بوده و واکنش‌پذیری پایینی نسبت به این افکار خواهد داشت و اثرات مثبت این فرآیند را می‌توان در کنترل ولع مصرف مشاهده کرد. این امر به آن‌ها کمک می‌کند تا توانایی خود را برای جلوگیری از نشخوار فکری و قضاوت‌های منفی افزایش دهند. این فرایند، یعنی دیدن اندیشه به عنوان فکر و تلاش برای رسیدن به وضعیت مشاهده و اجتناب از قضاوت، به زنان وابسته به مواد کمک می‌کند تا با مدیریت موثر و هشیارانه افکار، واکنش‌های اضطرابی خود را کاهش دهند (شوری^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). از سویی، استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی، از جمله اسکن بدن، به زنان کمک می‌کند تا استراتژی‌های موثری برای تنظیم هیجان‌ات اتخاذ کنند. هنگامی که هیجان‌ها در قالب افکار یا همزمان با احساسات جسمانی آشکار می‌شوند، اگر شخص یاد بگیرد که در بدن خود با احساسات بدنی خود بماند و آن‌ها را آگاهانه تجربه کند و به راهبردهای اجتنابی متوسل نشود، پاسخ‌های هیجانی (مانند اضطراب) فرد کاهش می‌یابد.

(یعقوبی و زرگر، ۲۰۱۸). بنابراین، می‌توان ادعا کرد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند از طریق مکانیسم‌های مختلفی همچون کاهش اجتناب، استفاده از راهبردهای انفصالی، کاهش نشخوارگری و به‌ویژه به حداقل رساندن قضاوت‌گری در خصوص تجربیات درونی مرتبط با مصرف مواد در کاهش اضطراب زنان دخیل باشد.

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان دارای اختلال مصرف مواد موثر است. به عبارتی، به کارگیری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور قابل توجهی منجر به افزایش کیفیت زندگی زنان می‌گردد. این یافته با یافته‌های بروکز و همکاران (۲۰۲۱)، اصغری، قاسمی جوبنه، حسینی صدیق و جامعی (۱۳۹۵)، فاهمی و همکاران (۲۰۱۹)، اسمیت و همکاران (۲۰۲۰)، و یعقوبی و زرگر (۲۰۱۸) همسو است. تحقیقات نشان داده است که مداخله ذهن‌آگاهی به ارتقا رفتارهای خودتنظیمی کمک می‌کند (بلچارز و همکاران، ۲۰۱۴) و توانایی بالقوه بهبود مهارت‌های روان‌شناختی و عملکردی و کیفیت زندگی را دارد (گاردنر و مور، ۲۰۰۶؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۲۰). در این رابطه، یعقوبی و زرگر (۲۰۱۸) مطرح نمودند که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی قابل توجهی بر ارتقای کیفیت زندگی (سلامت کلی، عملکرد فیزیکی، عملکرد روانی و عملکرد اجتماعی) و کاهش ولع مصرف افراد وابسته به مواد دارد. اصغری و همکاران (۱۳۹۵) نیز چنین گزارش کردند که آموزش ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری موجب افزایش تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در زنان دارای همسر وابسته به مواد شده است.

در تبیین این یافته می‌توان مطرح ساخت که کوتل، بویله و اشمید^۲ (۲۰۱۷) سه شاخص را به عنوان رمز موفقیت ارتقاء کیفیت زندگی از طریق مداخله ذهن‌آگاهی شناسایی کردند که عبارتند از: (الف) ادراک پایین مشکلات سازگاری، (ب) مدت زمان کوتاه فرآیند سازگاری و (ج) رضایت از زندگی. ادراک پایین مشکلات سازگاری در فرایند مداخله ذهن‌آگاهی ممکن است از طریق فرایند حضور عمدی لحظه به لحظه و بدون قضاوت تسهیل شود (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۶). سازوکار اساسی برای توضیح اینکه چرا

مداخله ذهن‌آگاهی ممکن است کیفیت زندگی را بهبود بخشد می‌تواند به این واقعیت نسبت داده شود که علی‌رغم تلاش فعال برای تغییر احساسات، هیچ کوششی برای پاسخ شناختی یا رفتاری (ارزیابی تأییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل یا سرکوب) وجود ندارد. بر این اساس، می‌توان تصور کرد که تکنیک‌های مداخله ذهن‌آگاهی فرایند بهبود پذیرش خود، بخشش خود و انفصال از شکست را در زنان دارای اختلال مصرف مواد تسهیل می‌کنند، که به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی شود (نوروزی و همکاران، ۲۰۲۰). یک مکانیسم احتمالی دیگر که ممکن است اثربخشی شناخت درمانی ذهن‌آگاهی را توضیح دهد مربوط به نقش کلیدی ذهن‌آگاه بودن در بهبود آگاهی است. تمرین‌های ذهن‌آگاهی نه برای تغییر علائم بلکه برای رهایی از پریشانی که فرد در ارتباط با این علائم تجربه می‌کند، در نظر گرفته شده است (لوئیز، فیتزپاتریک، استراوس، راسل و توماس^۱، ۲۰۱۸). لذا با ایجاد آگاهی، ممکن است فرد بتواند به طور دقیق‌تری بر افکار خود و درک این افکار توجه کند و با آگاهی غیرمتمرکز^۲ به این تجربیات نزدیک شود، در نتیجه خود را از پریشانی مرتبط با این تجربیات جدا کند. بنابراین، مداخله ذهن‌آگاهی ممکن است به افراد اجازه دهد و لغ مصرف مواد و پریشانی مربوط به آن را کاهش دهند، که می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی گردد (فتاحی و همکاران، ۲۰۲۱). از سویی، می‌توان اشاره نمود که مداخله ذهن‌آگاهی با ارتقا کنترل شناختی بر رفتار خودکار از طریق توجه و آگاهی متمرکز، بازسازی یا تقویت پاداش‌های طبیعی برای جایگزینی پاداش‌های مصرف مواد و همچنین کاهش واکنش‌گری به استرس می‌تواند زمینه را برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران فراهم سازد.

این پژوهش نیز همچون سایر تحقیقات دارای محدودیت‌هایی بود. انجام پژوهش بر روی نمونه‌های زنان، خود گزارشی بودن ابزار جمع‌آوری اطلاعات و احتمال سوگیری در نتایج، و همچنین نبود مرحله پیگیری به دلیل محدودیت‌های زمانی و ترخیص بیماران از مراکز درمانی برای تعیین پایداری اثرات درمانی از محدودیت‌های تحقیق بود. لذا پیشنهاد

می‌شود در تحقیقات آتی اثربخشی شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در قالب طرح‌های پیگیری طولانی‌مدت بررسی و نیز در نمونه‌های زن و مرد دارای اختلال مصرف مواد مورد مقایسه قرار گیرد. با توجه به جدید بودن و درعین حال اثربخش بودن درمان ذهن آگاهی توصیه می‌گردد، اداره کل بهزیستی استان آذربایجان شرقی، این مداخله درمانی را در برنامه خدمات درمانی خانواده‌های تحت پوشش قرار دهد. همچنین، پیشنهاد می‌شود به منظور پیشگیری از بازگشت و عود اعتیاد، برنامه درمانی ذهن آگاهی در کلیه مراکز ترک اعتیاد و کمپ‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت و مسئولان موسسه خیریه صفابخش زندگی و مرکز اقامتی بانوان باغ فرشته که در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش همکاری نمودند و همچنین از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

- اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوبنه، رضا؛ حسینی صدیق، مریم السادات و جامعی، مینو (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر وابسته به مواد. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷(۲۶)، ۱۱۵-۱۳۲.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم). ترجمه: یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۳).
- خوشه مهری، گیتی؛ کاویانی، معصومه؛ اثمري، مریم؛ رجبیان، هاجر و ناصرخاکی، وحیده (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند مقیم آسایشگاه‌های سالمندان استان البرز با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۹۰. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۱۲(۱)، ۱۹-۲۴.
- دربا، محمد؛ محمودپور، عبدالباسط؛ ایجادي، سحر و یوسفی، ناصر (۱۴۰۰). رابطه طحواره‌های ناسازگار اولیه با رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۵(۶۰)، ۳۹۳-۳۷۳.
- دلاور، علی (۱۳۹۹). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.

رفیعی، محمد و سیفی، اکرم (۱۳۹۲). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس اضطراب بک در دانشجویان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۷(۲۷)، ۳۷-۴۶.

زمستانی، مهدی؛ بابامیری، محمد و سپانی، علیرضا (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم‌آیند در افراد وابسته به مواد مرکز اجتماع درمان مدار. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۱۹۴-۱۷۹.

شاطریان، محسن؛ منتی، رستم؛ کسانی، عزیز و منتی، والیه (۱۳۹۳). عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام. *مجله علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۶)، ۱۷۳-۱۶۵.

موسوی، سیده مریم؛ دشت بزرگی، زهرا؛ حیدرئی، علیرضا؛ پاشا، رضا و برنا، محمدرضا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تکانشگری و سبک‌های حل مسئله در مردان وابسته به مواد. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۳۴۸-۳۲۹.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کوروش؛ کاظم، محمد و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استانداردهای کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. *فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.

References

- Alammehrjerdi, Z., Massah, O., Farhoudian, A., Shishehgar, S., Moradi, A., & Dolan, K. (2017). Opioid use among women on a stable methadone dose. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 11(3), 1-5.
- Bach, P., Frischknecht, U., Klinkowski, S., Bungert, M., Karl, D., Vollmert, C., ... & Hermann, D. (2019). Higher social rejection sensitivity in opioid-dependent patients is related to smaller insula gray matter volume: a voxel-based morphometric study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 14(11), 1187-1195.
- Bayır, B., & Aylaz, R. (2021). The effect of mindfulness-based education given to individuals with substance-use disorder according to self-efficacy theory on self-efficacy perception. *Applied nursing research*, 57, 1-9.
- Blecharz, J., Luszczynska, A., Scholz, U., Schwarzer, R., Siekanska, M., & Cieslak, R. (2014). Predicting performance and performance satisfaction: Mindfulness and beliefs about the ability to deal with social barriers in sport. *Anxiety, stress, & coping*, 27(3), 270-287.
- Brady, K. T., Killeen, T., & Baker, N. L. (2021). Efficacy of mindfulness-based relapse prevention in veterans with substance use disorders: Design and methodology of a randomized clinical trial. *Contemporary clinical trials*, 105, 1-7.

- Brooks, J. R., Lebeaut, A., Zegel, M., Walker, R. L., & Vujanovic, A. A. (2021). Anxiety sensitivity and suicide risk: Mindfulness as a psychological buffer for Black adults. *Journal of affective disorders*, 289, 74-80.
- Cheetham, A., Allen, N. B., Yücel, M., & Lubman, D. I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical psychology review*, 30(6), 621-634.
- Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1564-1574.
- Dydyk, A. M., Jain, N. K., Gupta, M. (2020). *Opioid use disorder*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Fahmy, R., Wasfi, M., Mamdouh, R., Moussa, K., Wahba, A., Schmitgen, M. M., Wolf, R. C. (2019). Mindfulness-based therapy modulates default-mode network connectivity in patients with opioid dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 29(5), 662-671.
- Fattahi, C., Hamada, K., Chiang, M., Kosuru, S., Polavarapu, M., Sitthichai, R., & Fan, X. (2021). A narrative review of mindfulness-based therapy for schizophrenia, co-occurring substance use and comorbid cardiometabolic problems. *Psychiatry research*, 296, 1-7.
- Gardner, F., Moore, Z. (2006). *Clinical sport psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Garland, E. L. (2013). *Mindfulness-oriented recovery enhancement for addiction, stress, and pain*. (1st ed.), Washington, DC: NASW Press.
- Garland, E. L., Froeliger, B., Zeidan, F., Partin, K., & Howard, M. O. (2013). The downward spiral of chronic pain, prescription opioid misuse, and addiction: cognitive, affective, and neuropsychopharmacologic pathways. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 37(10), 2597-2607.
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: an integrative review. *Biochemical pharmacology*, 75(1), 266-322.
- Hut, M., Glass, C. R., Degnan, K. A., & Minkler, T. O. (2021). The effects of mindfulness training on mindfulness, anxiety, emotion dysregulation, and performance satisfaction among female student-athletes: The moderating role of age. *Asian journal of sport and exercise psychology*, 1(2), 75-82.
- Jasbi, M., Sadeghi Bahmani, D., Karami, G., Omidbeygi, M., Peyravi, M., Panahi, A., & Brand, S. (2018). Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans—results from a randomized control study. *Cognitive behaviour therapy*, 47(5), 431-446.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical psychology: science and practice*, 10, 144–156.
- Kuettel, A., Boyle, E., & Schmid, J. (2017). Factors contributing to the quality of the transition out of elite sports in Swiss, Danish, and Polish athletes. *Psychology of sport and exercise*, 29, 27-39.
- Kulu, M., Özsoy, F., & Baykara, S. (2017). The effect of regular exercise on self-esteem in addiction. *Anatolian journal of psychiatry*, 19(3), 244-249.
- Langdon, K. J., Dove, K., & Ramsey, S. (2019). Comorbidity of opioid-related and anxiety-related symptoms and disorders. *Current opinion in psychology*, 30, 17-23.
- Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction science & clinical practice*, 6(1), 44–55.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893-1897.
- Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2018). Mindfulness-and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 192, 57-63.
- Machado, M. P., Fidalgo, T. M., Brasiliano, S., Hochgraf, P. B., & Noto, A. R. (2020). The contribution of mindfulness to outpatient substance use disorder treatment in Brazil: a preliminary study. *Brazilian journal of psychiatry*, 42(5), 527–531.
- Manchikanti, L., Giordano, J., Boswell, M. V., Fellows, B., Rajeev Manchukonda, B. D. S., & Pampati, V. (2007). Psychological factors as predictors of opioid abuse and illicit drug use in chronic pain patients. *Journal of opioid management*, 3(2), 89-100.
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185-202.
- Moore, G., Baksh, L., Parker, S., & Rivas, S. (2021). Opioid use disorder screening for women across the lifespan. *Advances in family practice nursing*, 3, 159-168.
- Naqvi, N. H., & Bechara, A. (2009). The hidden island of addiction: the insula. *Trends in neurosciences*, 32(1), 56–67.
- Neumann, P. J., Cohen, J. T. (2015). Measuring the value of prescription drugs. *The new england journal of medicine*, 373(27), 2595–2597.
- Norouzi, E., Gerber, M., Masrour, F. F., Vaezmosavi, M., Pühse, U., & Brand, S. (2020). Implementation of a mindfulness-based stress reduction (MBSR) program to reduce stress, anxiety, and depression and to improve

- psychological well-being among retired Iranian football players. *Psychology of sport and exercise*, 47, 1-10.
- Saadati, H., Tavakoli Ghouchani, H., Asghari, D., Gholizadeh, N., Rahimi, J., & Valizadeh, R. (2021). Comparison of the quality of life and general health in opium and non-opium users referred to the addiction treatment centers. *Journal of substance use*, 26(4), 356-362.
- Senker, K., Fries, S., Dietrich, J., & Grund, A. (2021). Mindfulness and academic emotions: A field study during a lecture. *Learning and individual differences*, 92, 10-20.
- Serdarevic, M., Striley, C. W., & Cottler, L. B. (2017). Sex differences in prescription opioid use. *Current opinion in psychiatry*, 30(4), 238-246.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386.
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Wolford-Clevenger, C., Gawrysiak, M. J., Anderson, S., Stuart, G. L. (2016). The relationship between dispositional mindfulness, borderline personality features, and suicidal ideation in a sample of women in residential substance use treatment. *Psychiatry research*, 238, 122-128.
- Singh, S., Kumar, S., Sarkar, S., & Balhara, Y. (2018). Quality of life and its relationship with perceived stigma among opioid use disorder patients: an exploratory study. *Indian journal of psychological medicine*, 40(6), 556-561.
- Smith, J. M., Bright, K. S., Mader, J., Smith, J., Afzal, A. R., Patterson, C., Crowder, R. (2020). A pilot of a mindfulness based stress reduction intervention for female caregivers of youth who are experiencing substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 103, 1-7.
- Strang, J., Volkow, N. D., Degenhardt, L., Hickman, M., Johnson, K., Koob, G. F., & Walsh, S. L. (2020). Opioid use disorder. *Nature reviews disease primers*, 6(1), 1-28.
- Tang, Y. Y., Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2014). Meditation improves self-regulation over the life span. *Annals of the New York academy of sciences*, 1307, 104-111.
- Yaghubi, M., & Zargar, F. (2018). Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention on quality of life and craving in methadone-treated patients: a randomized clinical trial. *Addiction & health*, 10(4), 250-259.
- Zhou, X., Guo, J., Lu, G., Chen, C., Xie, Z., Liu, J., & Zhang, C. (2020). Effects of mindfulness-based stress reduction on anxiety symptoms in young people: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 289, 1-11.

The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Level of Anxiety and Quality of Life in Women with Opioid Use Disorder

Priya Shakibaei¹, Prinaz Qayyumi²

Objective: The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the level of anxiety and quality of life in women with opioid use disorder. **Method:** This study was a quasi-experimental study with pretest-posttest design and control group. The statistical population included 200 women addicted to drugs in East Azerbaijan province in 2019 (reports of the Welfare Department). The statistical sample consisted of 30 individuals who referred to the addiction treatment camp for women and Bagh-e Fereshteh treatment and rehabilitation center in Tabriz, who were selected by convenience sampling method. Data collection tools included Beck anxiety questionnaire and WHO quality of life questionnaire. Data analysis was performed using analysis of covariance. **Results:** Data analysis showed that mindfulness-based cognitive therapy intervention had a significant effect on reducing anxiety and increasing the quality of life dimensions including physical health, mental health, social relationships and environmental health of women with drug use disorders. **Conclusion:** According to the results, mindfulness-based cognitive therapy intervention can be used as an effective treatment to reduce anxiety and improve the quality of life of women with opioid disorders.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Anxiety, Quality of life, Opioid use disorder

۱۹

19

سال شانزدهم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahar, Tabriz, Iran.

2. Corresponding Author: M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahar, Tabriz, Iran. E-Mail: ghayuomi.parinaz@gmail.com

The Effectiveness of Twelve-Step Method of the Anonymous Addicts Association on Marital Conflict and Parent-Child Conflicts of Addicts

Saeed Sabzi¹, Elahe Aslami²

Abstract

Objective: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of the twelve-step method of the association of anonymous addicts on marital conflicts and parent-child conflicts of addicts participating in the association of anonymous addicts in Estahban. **Method:** The research was a semi-experimental study pretest-posttest design and control group. Participants included all the addicts in the association of anonymous addicts in Estahban that 20 of them were selected by purposive sampling and divided into two groups (the experimental group and the control group). Data collection tools included marital conflict and parent conflict questionnaires. Data were analyzed by SPSS software using analysis of covariance. **Results:** The results showed that the twelve-step method of the association of anonymous addicts had improved marital conflicts and parent-child conflicts and reduced the frequency and severity of parent-child conflicts. **Conclusion:** The twelve-step method of the association of anonymous addicts plays an important role in the process of recovery of a person to a healthy life and appropriate family and social relationships.

Keywords: Marital conflicts, Parent-child conflicts, Association of anonymous addicts

۱۸

18

سال شانزدهم، شماره ۶۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. M.A, Department of Educational Sciences, Islamic Azad University, Estahban Branch, Fars Province, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. Email: aslami_e@yahoo.com

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Education with an Attitude of Islamic Concepts on Impulsive Decision Making and Cognitive Flexibility of Women Drug Users

Arezu Mohammadi SoltanAbadi¹, Shekoofeh Mottaghi Dastenai², Ehsan Kordi Ardakani³

Abstract

Objective: The aim of this study was the effectiveness of acceptance and commitment based on education with emphasis on Islamic concepts on impulsive decision making and cognitive flexibility of addicted women. **Method:** The research method was quasi-experimental of pretest, posttest and follow-up design with control group. The statistical population included all women using drugs referred to addiction treatment clinics in Mashhad in 2018. Thirty people were selected by convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received 8 sessions of acceptance and commitment treatment with an attitude towards Islamic sources. Data were collected using questionnaires of impulsivity and cognitive flexibility and analyzed using repeated measures analysis of variance. **Results:** The results showed that acceptance and commitment training with an attitude towards Islamic sources significantly increased cognitive flexibility and reduced impulsive decision making in the experimental group compared to the control group and these results remained stable in the two-month follow-up. **Conclusion:** This study provides empirical support for acceptance and commitment therapy with an attitude towards Islamic sources, to reduce impulsive decision making and increase cognitive flexibility of addicted women.

Keywords: Acceptance and Commitment with Emphasis on Islamic Concepts, Impulsive Decision Making, Cognitive Flexibility, Addiction

۱۷

17

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

* This article is taken from master thesis of the first author at Ardakan University.

1 M.A. Family Counseling, Ardakan University, Ardakan. Iran.

2 Corresponding author: Assistant Professor, Department of General Psychology, Ardakan University, Ardakan, Iran. Email: mottaghi@ardakan.ac.ir

3 Assistant Professor, Department of Islamic Education, Ardakan University, Ardakan, Iran

Predicting Bullying and Antisocial Behaviors Based on Early Maladaptive Schemas and Defense Mechanisms in Drug Abusers *

Saeed Shalchi Majd¹, Ali Mohammadzadeh², Nahid Yousefpour³

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between bullying and antisocial behaviors with early maladaptive schemas and defense mechanisms among drug addicts. **Method:** The research method was descriptive-correlation. The study population is all drug users in Tabriz who had referred to addiction treatment centers and public and private camps for treatment. Among them, 381 people were selected by cluster random sampling. Each of the subjects in this study answered the Young Schema questionnaire (short form), the defense styles questionnaire, the bullying scale, and the psychopathy scale. Data were analyzed using multivariate regression analysis. **Results:** The results showed that there is a relationship between bullying behaviors and anti-social behaviors with early maladaptive schemas and with defense mechanisms. Accordingly, 23% of bullying behaviors are predicted by early maladaptive schemas and 11% of antisocial behaviors are predicted by these schemas. On the other hand, 9% of bullying behaviors and 12% of anti-social behaviors can be predicted by defense mechanisms. **Conclusion:** According to the results, it is possible to predict antisocial and bullying behaviors by identifying early maladaptive schemas and defense mechanisms of drug abusers.

Keywords: Early maladaptive schemas, Defense mechanisms, Bullying behaviors, Anti-socialism, Drug abuse

۱۶

16

سال شانزدهم، شماره ۶۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

* This article is taken from the master thesis of the first author at Payame Noor University.

¹. Corresponding Author: M.A, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran, Email: s.shmajd1986@gmail.com

². Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

³. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Modeling the Tendency to Addiction Based the Five-Factor Personality Model Mediated by Resilience in Students

Mahnaz Moghanloo¹, Yaser Valivand ²

Abstract

Objective: The aim of this study was structure modeling the tendency to addiction based on the traits of the five-factor personality mediated by resilience. **Method:** The present study was a descriptive-correlational modeling of structural equations. The statistical population of this study included students of Masjed Soleiman Azad University in 2020. 217 students were selected using Cochran's formula by available sampling method. Participants answered the resilience questionnaire, the personality traits questionnaire, and the addiction tendency questionnaire. Pearson correlation, structural equation modeling and bootstrap were the methods used to analyze the data. **Results:** The results confirmed the fitting of the hypothetical research model. Only the agreeableness trait did not show a good fit with the model, which was removed after corrections and the model improved. The four characteristics of the five-factor personality model, including neuroticism, extraversion, openness to experience, and conscientiousness, were directly related to resilience. Also, these characteristics were indirectly related to resilience-mediated, with a tendency to addiction. **Conclusion:** According to the results, personality traits by modulating resilience reduce the tendency to addiction in students and having resilience against stress can moderate the role of personality traits on tendency of students to addiction. **Keywords:** Resilience, Five-factor personality model, Tendency to addiction

۱۵

15

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. Email: m.moghanloo@pnu.ac.ir
2. M.A of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Saveh branch, Saveh, Iran

Parental Marital Conflict and Adolescents Drug Abuse Tendency: The Moderated Model of Depression and Mindfulness

Salman Zarei¹

Abstract

Objective: The aim of the current study was to investigate the moderating role of depression and mindfulness in the relationship between parental marital conflict and adolescents drug abuse tendency. **Method:** The method of the present study was descriptive-correlation. The statistical population of the study was adolescent male students in Nurabad city in 2019-2020, from which 329 adolescents and their parents were selected using multi-stage cluster sampling. Data were collected using marital conflict questionnaire, addiction scale, Beck depression inventory second edition and mindfulness five-factor questionnaire and analyzed by Pearson correlation coefficient and hierarchical regression. **Results:** The results showed that there is a significant negative relationship between mindfulness and tendency to use drugs and a significant positive relationship between parents' marital conflict and depression with adolescents' tendency to use drugs. Also, based on the results of hierarchical regression, the moderating role of depression and mindfulness in the relationship between parental marital conflict and adolescent drug use tendencies was confirmed. **Conclusion:** The present study highlights the moderating role of depression and mindfulness as an important mechanism in the relationship between parental marital conflict and adolescent drug use tendencies. Therefore, the results are of considerable practical and theoretical importance in intervention and prevention of drug use among male adolescents.

keywords: Depression, Addiction, Marital conflict, Mindfulness, Adolescents

۱۴

14

1 . Assistant professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran. Email: zarei.s@lu.ac.ir

The Role of Psychopathic Personality Traits and Aggression in Tendency to Use Drugs in Students with Conduct Disorder Symptoms

Fereshteh Pourmohseni Kolouri¹, Mahsa Nikseresht²

Abstract

Objective: The purpose of this study was to determine the role of psychopathic personality traits and aggression in tendency to use drugs in students with conduct disorder symptoms. **Method:** The present study population was secondary high school students in the academic year 2020-2021 in Bilesvar, Ardabil, from which 240 people were selected by convenience sampling. Among them, 67 students with a standard deviation above the average on the conduct disorder scale were identified as students with symptoms of conduct disorder and were responded to questionnaires of psychopathic personality traits, aggression, and a tendency to drug use. Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis. **Results:** The results showed that there is a significant relationship between psychopathic personality traits and aggression with drug use tendency in students with symptoms of conduct disorder. Behavioral and interpersonal components of psychopathic personality traits and aggression were significantly predicted 27% of the variance of drug use tendency in the adolescents. **Conclusion:** Based on the results of this study, the tendency of students to use drugs with symptoms of conduct disorder can be predicted based on psychopathic personality traits and the degree of aggression.

Keywords: Psychopathic personality traits, Aggression, Drug use, Symptoms of conduct disorder

۱۲

13

سال شانزدهم، شماره ۶۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. Corresponding Author: Associate professor, Department of Psychology, University of Payam e Noor, Tehran, Iran. Email: fpmohseni@yahoo.com

2. M.A in Psychology, Department of Psychology, University of Payam e Noor, Tehran, Iran

Comparison of the Effectiveness of Lazarus Multifaceted Treatment and Matrix Treatment on Indications for Treatment of Drug Abuse*

Nayereh Khodabakhshi¹, Elham Foroozandeh²

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare the effectiveness of Lazarus multifaceted treatment and matrix treatment on indications for treatment of drug abuse. **Method:** The research method was semi-experimental (pre-test-post-test) and the statistical population included all addicts under treatment in Isfahan in 2020, from which 45 people were selected by random sampling and randomly placed in three groups. Research tools included positive-negative mood scale, personal goals questionnaire, drug use temptation questionnaire after quitting and irrational thinking test. The obtained data were analyzed by multivariate analysis of covariance. **Results:** The results showed that the multifaceted treatment of Lazarus improved all the indicators of treatment except the temptation to re-use and the treatment of the matrix improved all the indicators except the irrational thinking of expecting approval from others and the temptation to re-use. Also, the results showed that there was a significant difference between the mean of Lazarus multidimensional treatment group and the mean of matrix treatment group in positive mood, negative mood, irrational thinking, helplessness against change, irrational thinking, expecting approval from others, irrational thinking, avoidance problem and irrational irresponsible thinking in favor with Lazarus Multidimensional Treatment Group. While there is no significant difference between the mean of Lazarus multidimensional treatment group and Matrix treatment group in adaptive motivation temptation to re-use. **Conclusion:** As a result, it is suggested that psychologists of addiction treatment centers use Lazarus multifaceted treatment method according to the studied variables.

Keywords: Indications for treatment of drug abuse, Lazarus multifaceted treatment, Matrix treatment.

*.This article is taken from the master thesis of first author at the Islamic Azad University of Nain.

1. Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.
2. Corresponding Author: Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran. Email: Elham_for@yahoo.com

Structural Relationships of Risk-Taking and Difficulty in Emotion Regulation with Tendency to Addiction Relapse in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment: Mediating Role of Distress Tolerance and Cognitive Flexibility

Sajjad Rezaei¹, Amir Qorbanpoor Lafmejani², Amer Faizi Lapvandani³, Mahsa Jahangirpour⁴

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the structural relationships between risk-taking and difficulty in emotion regulation with a tendency to addiction relapse in patients undergoing methadone maintenance therapy with respect to the mediating role of distress tolerance and cognitive flexibility. **Method:** The research design was descriptive-correlation of structural equations. The statistical population included all addicts undergoing methadone maintenance treatment in Rasht City in 2019. A sample of 260 subjects were selected by consecutive sampling method. Data were collected through cognitive flexibility, distress tolerance, difficulty in emotional regulation, risk-taking tests and brief substance craving scale. **Results:** The final model after correction (i.e., eliminating the difficulty in emotion regulation path towards the tendency to relapse) and releasing a number of covariance errors fit well with the data. The results revealed that the direct path coefficients between risk-taking with cognitive flexibility and distress tolerance are negative and significant and with a tendency to addiction relapse are positive and significant. Also, the direct path between difficulty in emotion regulation with cognitive flexibility and distress tolerance was negative and significant. The relationship between mediating variables, namely cognitive flexibility and distress tolerance with the tendency to addiction relapse was negative and significant. Indirect pathways of risk-taking and difficulty in emotion regulation toward the tendency to addiction relapse through mediation of cognitive flexibility and distress tolerance were significant. **Conclusion:** Risky behaviors and low ability to regulate intense emotions are the triggers of addiction relapse and it is suggested that booster skills of behavioral control and emotion regulation be included in the therapeutic program for addicts undergoing treatment and interventions are planned to improve cognitive flexibility and increase distress tolerance.

Keywords: Addiction relapse, Risk-taking, Emotion regulation, Distress tolerance, Cognitive flexibility.

۱۱

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. Email: Rezaei_Psy@hotmail.com

2. Assistant Professor, Department of counseling and educational sciences, University of Guilan, Rasht, Iran.

3. M.A in Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

4. M.A in Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

The Role of Family Communication Patterns, Social Support, Resilience and Stress in Predicting the Self-Efficacy of Quitting Addiction*

Ali Badie¹, Behnam Makvandi², Saeed BakhtiarPour³, Reza Pasha⁴

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the role of family communication patterns, social support, resilience and stress in predicting self-efficacy of addiction. **Method:** The statistical population of the study consisted of patients of addiction treatment clinics in Ahvaz in 2019. The research tools included self-efficacy, family communication patterns, social support, resilience and perceived stress questionnaires. Pearson correlation and regression analysis were used to analyze the data. **Results:** The results showed that there is a significant positive relationship between the communication pattern of dialogue, social support and resilience with the self-efficacy of addiction treatment of treated patients. It was also found that the self-efficacy of quitting addiction has a significant negative relationship with the communication pattern of compliance and perceived stress. The results of regression analysis also revealed that 28% of the self-efficacy variance of quitting addiction can be predicted based on family communication patterns, social support, resilience and stress. **Conclusion:** The presence of factors such as family communication pattern with the orientation of dialogue, social support and personal characteristics such as resilience, as well as the removal of factors such as communication pattern of compliance and stressors from the living environment, help self-efficacy of addiction treatment against relapse Resist.

Keyword: Self-efficacy of quitting addiction, Family communication patterns, Social support, Resilience, Stress

*. This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the Islamic Azad University of Ahvaz.

1 . Ph.D. student, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2. Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. makvani_b@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Clustering of Borderline and Narcissistic Personality Disorders Based on Nature and Character Dimensions in Men Drug User

Gholamreza Chalabianloo¹, Reza Abdi², Fatemeh Nozari³, Shahram Vakili⁴

Abstract

Objective: Due to the high prevalence of personality disorders, especially borderline and narcissistic personalities in men drug users, the aim of the present study was to investigate clustering of personality disorders based on nature and character dimensions in men drug users. **Method:** A sample of 400 men was selected by purposive sampling from men drug users that referred to various specialized psychiatric centers and addiction treatment clinics in Tabriz in 1398. Participants completed the questionnaires on nature and character, narcissistic personality, and the personality assessment - borderline characteristic scale. Data were analyzed using a two-stage cluster analysis test. **Results:** The results showed that narcissistic personality traits in men with drug use disorders could be categorized into two clusters based on nature and character dimensions, including grandiose narcissistic (including high innovative characteristic, damage avoidance and self-efficacy and low cooperation) and vulnerable narcissistic (including low innovative characteristic, reward dependency and persistence and high cooperation). Also, borderline personality traits in men with drug use disorders can be categorized into four clusters based on nature and character dimensions in the form of four border clusters self-destructive borderline (including high innovative characteristic and self-direction and low dependence on rewards, persistence and cooperation), impulsive borderline (including high innovative characteristic and damage avoidance, and low reward dependency, persistence and self-sufficiency), discouraged borderline (including low innovative characteristic, damage avoidance and persistence and high self-direction and cooperation) and petulant borderline (including low innovative characteristic, damage avoidance, persistence, reward dependency and cooperation and high self-direction). **Conclusion:** The findings of the present study showed that although personality disorders are one of the important companions of drug use disorders, but due to the existence of different types of borderline and narcissistic personality disorders and the combination of various nature and characteristics in each of their subgroups, mental intervention strategies should be applied to prevent recurrence and assist to stop drug abuse should be applied with these characteristics in mind.

Keywords: Borderline personality, Narcissistic personality, Nature and character, Drug use

1. Corresponding author: Associate Professor in Neuroscience, Department of psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
chalabianloo@azaruniv.ac.ir

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

3. M.A, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

4. Ph.D, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran

9

9

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

Assessing the Level of Knowledge Management Maturity in Drug Control to Establish a Knowledge Management System*

Amir Hossein Yavari¹, Alireza Barazi², Ali Moayed Khorramabadi³

Abstract

Objective: This study aimed to measure the level of knowledge management maturity in the drug control headquarters to establish a knowledge management system. **Method:** The statistical population in the quantitative part of all anti-drug stakeholders, including managers, staff and drug control experts, staff members of headquarters and non-governmental organizations, is estimated at more than 4,000 people. The number of statistical samples is 384 individual and the method of selecting the sample is stratified random. The qualitative part of the statistical population included 35 experts in the field of drug control. The Delphi method was used to collect research data in the qualitative research stage and a questionnaire was used in the quantitative research stage. **Results:** The results of the research showed that the drug control headquarters, in evaluating the 6 levels of measuring the level of knowledge management maturity, is higher than the average in the technology dimension and has a relatively better situation compared to other dimensions and it is at the lowest level in the human resources dimension, despite its importance as a key dimension in the readiness to establish knowledge management in the organization. **Conclusion:** According to the results and based on the model of assessing the level of maturity of knowledge management, the drug control headquarters, this headquarters is placed in the second level of evaluation (initial level) in evaluating the indicators of measuring the level of maturity.

Keywords: Knowledge Management, Knowledge Management Maturity, Drug Control Headquarters.

۸

۸

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

*. This article is taken from the doctoral thesis of a third author on strategic knowledge management at Supreme National Defense University.

1. Associate Professor, Department of Management, Amin University of Law Enforcement Sciences, Tehran, Iran
2. Lecturer, Department of Strategic Knowledge Management, Supreme National Defense University, Tehran, Iran.
3. Corresponding Author: Ph.D., Department of Strategic Knowledge Management, Supreme National Defense University, Tehran, Iran., Email: Elahefardm@gmail.com

Predict the Tendency to Use of Drugs Based on the Personality Dimensions and the Early Maladaptive Schemas*

Soheil Mohammadi¹, Saeid Imani², Jalil Fathabadi³

Abstract

Objective: The present study aimed to determine the role of personality dimensions and early maladaptive schemas in predicting drug use tendency in men with drug use disorder. **Method:** The research sample consisted of all opioid users in Tehran and Alborz provinces who referred to the drug abuse disorders clinic of Iran Psychiatric Hospital in the summer of 2018 in order to quit addiction. Among them, a sample of 190 people was purposefully selected. The research tools included Hexaco personality questionnaire and Young early maladaptive schemas questionnaire. Pearson correlation test and logistic regression analysis were used to analyze the data. **Results:** The results of this study showed that there is a significant correlation between personality dimensions and early maladaptive schemas in men with opioid use. Also, personality dimensions and early maladaptive schemas 54.76 percent can predict drug use tendency. **Conclusion:** Personality dimensions and early maladaptive schemas play an important role in the tendency of people to use drugs. Therefore, health policy-makers and therapists should pay particular attention to this issue.

Keywords: Hexaco personality, Drug abuse, Early maladaptive schemas

۷

7

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

* This article is taken from the master thesis of first author at Shahid Beheshti University.

1. M.A, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology and Health, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. s_imani@sbu.ac.ir
3. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

The Relationship between Parenting Styles and Self-efficacy with Tendency to Drugs in Students: The Mediating Role of Impulsivity*

Ali Ghodrati¹, Mohammad Mohammadipour², Abdullah Mafakheri³

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between parenting styles and self-efficacy with drug use tendencies and considering the mediating role of impulsivity. **Method:** The research method was descriptive-correlation of structural equations. The statistical population of the study consisted of students of Hakim Sabzevari University in the first semester of 2018-2019 (7248 people). To select the sample, stratified random sampling method was used and 376 people (216 girls and 160 boys) were selected. The research tools included impulsivity questionnaire, addiction scale, self-efficacy questionnaire and parenting practices scale. Structural equation method was used to analyze the data. **Results:** Fit indicators of the research model were in good condition. Self-efficacy and parenting styles have a significant effect on drug addiction in students. Impulsivity was also able to mediate between the variables of parenting styles and drug addiction and between self-efficacy and drug addiction. **Conclusion:** The research findings indicated a good fit of the conceptual model of the research. It is suggested to pay attention to the variables of impulsivity, self-efficacy and parenting styles in identifying and analyzing clinical disorders, including substance dependence parenting styles in identifying and analyzing clinical disorders such as drug dependence.

Keywords: Drug addiction, parenting style, impulsivity, self-efficacy

۶

6

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

*. This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in Islamic Azad University, Bojnourd Branch.

1. Ph.D. in Educational Psychology, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.
2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran (Mmohammadipour46@gmail.com)
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Payame Noor University, Bojnourd, Iran.

Qualitative Evaluation of Addiction Quitting Methods Based on Personal Experiences of Drug-dependent Women and Providing Strategies to Improve the Quality of Treatment*

Zoha Hajiha¹, Hadi Bahrami Ehsan², Seyed Saeid Pournaghash Tehrani³

Abstract

Objective: The purpose of this study was to discover the advantages and disadvantages of women with various drug use disorder methods of quitting an addiction in Tehran and providing efficient strategies to improve the quality of their treatment. **Method:** The method of the present study was the qualitative method of grounded theory. The study population consisted of women with drug use disorders who had a history of experiencing at least one voluntary or involuntary action to quit their addiction. The sample of the present study was 40 women with substance use disorders who had referred to the Behbastaran Women's Addiction Treatment Center to quit their addiction. In 2018 and 2019, they were selected by theoretical sampling method and were interviewed in depth. **Results:** Six treatment methods for quitting addiction with a license, quitting in an addiction camp without a license, quitting at home, quitting a hospital, quitting a prison, and quitting in addiction quit clinics with pills and medication, as the most important methods for quitting addiction in women was discovered in Tehran. By analyzing the text of the interviews, three themes of the advantages of different methods of quitting women, the disadvantages of different methods of quitting women and the positive and negative consequences of different methods of quitting for women emerged. Also, strategies were provided to improve the quality of various treatment methods. **Conclusion:** Each method of quitting addiction for women has specific and common advantages and disadvantages, and drug-dependent women, their families, and medical staff should be aware of and provide the best choice for the individual according to the circumstances.

Keywords: Evaluation, Advantages and disadvantages, Women with drug use disorder, Methods of addiction quitting, Strategies to improve the quality of treatment.

۵

5

سال شانزدهم، شماره ۳، بهار ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

*.This article is taken from the doctoral dissertation of the first author at the University of Tehran and is financially supported by the Drug Control Headquarters.

1. Ph.D. in Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
2. Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: hbahrami@ut.ac.ir
3. Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

Title	Page
Predicting Bullying and Antisocial Behaviors Based on Early Maladaptive Schemas and Defense Mechanisms in Drug Abusers Saeed Shalchi Majd, Ali Mohammadzadeh , Nahid Yousefpour	285-308
The Effectiveness of Acceptance and Commitment Education with an Attitude of Islamic Concepts on Impulsive Decision Making and Cognitive Flexibility of Women Drug Users Arezu Mohammadi SoltanAbadi, Shekoofeh Mottaghi Dastenai, Ehsan Kordi Ardakani	309-334
The Effectiveness of Twelve-Step Method of the Anonymous Addicts Association on Marital Conflict and Parent-Child Conflicts of Addicts Saeed Sabzi, Elahe Aslami	335-358
The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Level of Anxiety and Quality of Life in Women with Opioid Use Disorder Priya Shakibaei, Prinaz Qayyumi	359-379

Contents

Title	Page
Qualitative Evaluation of Addiction Quitting Methods Based on Personal Experiences of Drug-dependent Women and Providing Strategies to Improve the Quality of Treatment Zoha Hajiha, Hadi Bahrami Ehsan, Seyed Saeid Pournaghash Tehrani	7-42
The Relationship between Parenting Styles and Self-efficacy with Tendency to Drugs in Students: The Mediating Role of Impulsivity Ali Ghodrati, Mohammad Mohammadipour, Abdullah Mafakheri	43-64
Predict the Tendency to Use of Drugs Based on the Personality Dimensions and the Early Maladaptive Schemas Soheil Mohammadi, Saeid Imani, Jalil Fathabadi	65-84
Assessing the Level of Knowledge Management Maturity in Drug Control to Establish a Knowledge Management System Amir Hossein Yavari, Alireza Barazi, Ali Moayedi Khorramabadi	85-120
Clustering of Borderline and Narcissistic Personality Disorders Based on Nature and Character Dimensions in Men Drug User Gholamreza Chalabianloo, Reza Abdi, Fatemeh Nozari, Shahram Vakili	121-144
The Role of Family Communication Patterns, Social Support, Resilience and Stress in Predicting the Self-Efficacy of Quitting Addiction Ali Badie , Behnam Makvandi , Saeed BakhtiarPour , Reza Pasha	145-166
Structural Relationships of Risk-Taking and Difficulty in Emotion Regulation with Tendency to Addiction Relapse in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment: Mediating Role of Distress Tolerance and Cognitive Flexibility Sajjad Rezaei, Amir Qorbanpoor Lafmejani, Amer Faizi Lapvandani, Mahsa Jahangirpour	167-198
Comparison of the Effectiveness of Lazarus Multifaceted Treatment and Matrix Treatment on Indications for Treatment of Drug Abuse Nayereh Khodabakhshi, Elham Foroozandeh	199-222
The Role of Psychopathic Personality Traits and Aggression in Tendency to Use Drugs in Students with Conduct Disorder Symptoms Fereshteh Pourmohseni Kolouri, Mahsa Nikseresht	223-244
Parental Marital Conflict and Adolescents Drug Abuse Tendency: The Moderated Model of Depression and Mindfulness Salman Zarei	245-266
Modeling the Tendency to Addiction Based the Five-Factor Personality Model Mediated by Resilience in Students Mahnaz Moghanloo, Yaser Valivand	267-284

Editorial Board

Zarrindast, M. R., Ph.D.	Professor of Neuroscience, Tehran University of Medical Sciences
Joghataei, M.T., Ph.D.	Professor of Anatomy, Iran University of Medical Sciences
Mohseni Tabrizi, A. R., Ph.D.	Professor of Sociology, University of Tehran
Navabakhsh, M., Ph.D.	Professor of Sociology, Islamic Azad University, Science and Research Branch
Mohammadkhani, P., Ph.D.	Professor of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences
Rahimi-Movaghar, A., Ph.D.	Professor of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences
Motavalian, S. A., Ph.D.	Professor of Epidemiology, Iran University of Medical Sciences
Rezai Rad, M., Ph.D.	Associate Professor of Management of Treatment Services, Police University

Reviewers of This Issue

Mohammadzadeh, A., Ph.D.	Professor of Psychology, Payame Noor University
Taghvaeinia, A., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Yasouj University
Rezaei, AM., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Semnan University
Zarei, B., Ph.D.	Associate Professor of Management Science, University of Tehran
Latifi, Z., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
Mohammadifar, MA., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Semnan University
Jazini, A., Ph.D.	Associate Professor of Management, Amin Police University
Porzoor, P., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili
Zarei, S., Ph.D.	Assistant Professor of Counseling, Lorestan University
Bakhtiarpour, S., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch
Mohammadi, S., Ph.D.	Assistant Professor of Educational Administration, Semnan University
Dabiri, S., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, North Tehran Branch

In the name of God

Scientific Quarterly

Research on Addiction
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

Licence Holder: Drug Control Headquarters of the Presidency

Managing Director: Mahmoud Minooei, M.A.

Chief Editor: Hassan Ahadi, Ph.D.

Publisher: Drug Control Headquarters, Research & Education
Office

Circulation: Electronic-Print (5 copies)

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

Postal Box: 1469915834

Tel/Fax: +98-21-47361710 Fax: +98-21-47361703

Email: info@etiadpajohi.ir

The quarterly has succeeded to obtain the scientific rank of "B" according to the license of the Scientific Journals Commission of the Ministry of Science, Research and Technology in the evaluation of 2021

The quarterly is available at DOAJ, dchq.ir, ISC, magiran.com, SID, Iranmedex, ensani.ir & Noormags.com