



# اعتماد پژوهی

فصلنامه علمی

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱

شاپا: ۴۳۰۷-۲۰۰۸

- ۷-۲۴ **اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری زناشویی و احساس تنهایی در زنان دارای همسر وابسته به مواد**  
علی تقوایی نیا
- ۲۵-۴۶ **اثربخشی روایت درمانی بر انعطاف پذیری شناختی و ادراک سربار بودن در افراد با گرایش به اعتیاد**  
فاطمه جمشید دوست میاثرودی، حسین قمری کیوی، علی شیخ الاسلامی
- ۴۷-۷۰ **روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود**  
نرجس عامری
- ۷۱-۹۰ **اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه ای بر ارتقاء بازداری پاسخ و حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد**  
کریم عبدالمحمدی، علی محمدزاده، فرهادغدیری صورمان آبادی
- ۹۱-۱۱۲ **اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی افراد در وابسته به مواد**  
عبسی جعفری، حمیدرضا حمیدی راد، بهزاد رسول زاده، عزت اله کرد میرزا نیکوزاده، فرشته پورمحسنی کلوری
- ۱۱۳-۱۴۴ **مدل پابی ساختاری سبک‌های هویت با گرایش به رفتارهای پرخطر در دانشجویان: نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی هوشنگ گراوند**
- ۱۴۵-۱۷۰ **کندوکاوی در بسترهای خانوادگی و پیامدهای پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز**  
محمد حسین مقدم
- ۱۷۱-۱۹۲ **مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده**  
مهسا کاشفی زاده، محبوبه طاهر، عباسعلی حسین خازنده، ترگس حاج ابوطالبی
- ۱۹۳-۲۲۲ **فهم و شناخت مسائل و نیازهای نوجوانان وابسته به مواد محرک**  
شکرالله قره داغی، حسین یحیی زاده بیرسرایی، محمدسعید ذکایی، حبیب آقابخشی
- ۲۲۳-۲۴۲ **پیش بینی سبک‌های حل مسئله بر اساس ابعاد تمایز یافتگی خود در افراد وابسته به مواد مخدر**  
محمد حسین شریفی نیا، زهرا رحیمی یگانه
- ۲۴۳-۲۶۶ **ارائه الگوی روابط ساختاری نشخوار ذهنی و نگرانی با پیش بینی بازگشت افراد به مواد محرک: نقش واسطه ای خود کنترلی**  
رؤیا جلیلی، جواد خلعتبری، حسن احدی، شهره قربان شیرودی
- ۲۶۷-۲۹۰ **اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در مراکز سرپایی**  
فاطمه باقری، فیروزه غضنفری، فضل اله میردریکوند
- ۲۹۱-۳۱۰ **اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، اجتناب تجربی و کاهش دوز متادون در بیماران تحت درمان با متادون**  
عطاله عاصی کوجصفهانی، مجید برادران
- ۳۱۱-۳۲۸ **اثربخشی روان درمانی انگیزشی بر سلامت روان زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد**  
حسین صاحب‌دل
- ۳۲۹-۳۴۷ **اثربخشی هیپنوتراپی بر آشننگی روان شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین**  
جمال صادقی، میلاد قمبری



پایه علمی  
ماده مقاله با همکاران  
در تنظیم و انتشار

# اعتیاد پژوهی

سال شانزدهم، شماره شصت و ششم، زمستان ۱۴۰۱

- صاحب امتیاز: ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری
- مدیر مسئول: محمود مینویی
- سر دبیر: دکتر حسن احدی
- مدیر اجرایی: رضا احمدی مقدم
- 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
- سندوق پستی: ۱۴۶۹۹۱۵۸۳۴
- تلفن و دورنگار: ۴۷۳۶۱۷۰۳-۴۷۳۶۱۷۱۰
- پست الکترونیک: info@etiadjohi.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)، سایت مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری (dchq.ir) بانک اطلاعات نشریات کشور (magiran)، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (sid)، پرتال جامع علوم انسانی (ensani.ir)، پایگاه تخصصی مجلات نور (noormags.com)، ایران مدکس (iranmedics.ir) و شبکه اجتماعی لینکدین (LinkedIn) و آکادمیا (Academia) نمایه شده است.

## هیأت تحریریه

دکتر محمدرضا زرین دست	استاد علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمدتقی جغتایی	استاد تشریح‌گری دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر علیرضا محسنی تهریزی	استاد جامعه‌شناسی دانشگاه تهران
دکتر مهرداد نوابخش	استاد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات
دکتر پروانه محمدخانی	استاد روان‌شناسی 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 رضایی‌راد	دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم انتظامی

## داوران این شماره

دکتر علی محمدزاده	استاد روانشناسی، دانشگاه پیام نور
دکتر اسماعیل سلیمانی	دانشیار روانشناسی، دانشگاه ارومیه
دکتر علی تقوایی نیا	دانشیار روانشناسی، دانشگاه یاسوج
دکتر علیرضا جزینی	دانشیار مدیریت، دانشگاه علوم انتظامی امین
دکتر غلامرضا دهشیری	دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا
دکتر عیسی جعفری	دانشیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور
دکتر علی محمد رضایی	دانشیار روانشناسی، دانشگاه سمنان
دکتر هوشنگ گراوند	استادیار روانشناسی، دانشگاه لرستان
دکتر محمد حسین شریفی نیا	استادیار روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
دکتر بداله قاسمی پور	استادیار روانشناسی، دانشگاه ملایر
دکتر شیرکوه محمدی	استادیار مدیریت آموزشی، دانشگاه سمنان
دکتر حمید رضا آریانپور	استادیار روانشناسی، دانشگاه اردکان
دکتر موسی سعادت‌تی	استادیار جامعه‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی
دکتر مستوره صداقت	استادیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب
دکتر حمید رضا صرامی روشانی	دکترای مدیریت و برنامه‌ریزی امور فرهنگی
دکتر سولماز دبیری	استادیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال

## راهنمای تنظیم مقالات فصلنامه علمی اعتماد 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 پست الکترونیکی (e-mail) نیز در زیر نام پدیدآورندگان الزامی است. همچنین، نام نویسنده مسؤول، با ذکر نشانی کامل، در پایین هر مقاله آورده شود.

### مقاله‌های مروری

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

### یادآوری:

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

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷-۲۴	اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری زناشویی و احساس تنهایی در زنان دارای همسر وابسته به مواد علی تقوایی نیا
۲۵-۴۶	اثر بخشی روایت درمانی بر انعطاف پذیری شناختی و ادراک سربار بودن در افراد با گرایش به اعتیاد فاطمه جمشید دوست میانرودی، حسین قمری کیوی، علی شیخ الاسلامی
۴۷-۷۰	روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود نرجس عامری
۷۱-۹۰	اثر بخشی توان بخشی شناختی رایانه‌ای بر ارتقاء بازداری پاسخ و حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد کریم عبدالحمیدی، علی محمدزاده، فرهاد غدیری صورمان آبادی
۹۱-۱۱۲	اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی افراد در وابسته به مواد عیسی جعفری، حمیدرضا حمیدی راد، بهزاد رسول زاده، عزت‌اله کردمیرزا نیکوزاده، فرشته پورمحسنی کلوری
۱۱۳-۱۴۴	مدل یابی ساختاری سبک‌های هویت با گرایش به رفتارهای پرخطر در دانشجویان: نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی هوشنگ گراوند
۱۴۵-۱۷۰	کندوکاوی در بسترهای خانوادگی و پیامدهای پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز محمد حسین مقدم
۱۷۱-۱۹۲	مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده مهسا کاشفی زاده، محبوبه طاهر، عباسعلی حسین خانزاده، نرگس حاج ابوطالبی
۱۹۳-۲۲۲	فهم و شناخت مسائل و نیازهای نوجوانان وابسته به مواد محرک شکرالله قره داغی، حسین یحیی زاده پیرسرایبی، محمدسعید ذکایی، حبیب آقابخشی
۲۲۳-۲۴۲	پیش‌بینی سبک‌های حل مسئله بر اساس ابعاد تمایز یافتگی خود در افراد وابسته به مواد مخدر محمدحسین شریفی نیا، زهرا رحیمی یگانه
۲۴۳-۲۶۶	ارائه الگوی روابط ساختاری نشخوار ذهنی و تگرانی با پیش‌بینی بازگشت افراد به مواد محرک: نقش واسطه‌ای خودکنترلی رؤیا جلیلی، جواد خلعتبری، حسن احدی، شهره قربان شیرودی
۲۶۷-۲۹۰	اثر بخشی درمان ریتم اجتماعی و میان فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در مراکز سرپایی فاطمه باقری، فیروزه غضنفری، فضل اله میردریکوند

- 
- ۲۹۱-۳۱۰ اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، اجتناب تجربی و کاهش دوز متادون در بیماران تحت درمان با متادون  
عطاله عاصی کوچصفهانی، مجید برادران
- ۳۱۱-۳۲۸ اثر بخشی روان درمانی انگیزشی بر سلامت روان زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد  
حسین صاحب‌دل
- ۳۲۹-۳۴۷ اثر بخشی هیپنوتراپی بر آشننگی روان شناختی، ناتوانی کار کردی و اضطراب مرگ در افراد وابسته  
به هروئین  
جمال صادقی، میلاد قمبری
- ۵-۱۹ چکیده مقالات به زبان انگلیسی

## اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری زناشویی و احساس تنهایی در زنان دارای همسر وابسته به مواد

علی تقوایی نیا<sup>۱</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۴

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری زناشویی و احساس تنهایی زنان دارای همسر وابسته به مواد انجام شد. **روش:** پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی پژوهش شامل همه زنان دارای همسر وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز مشاوره دولتی شهر یاسوج بودند که از بین آن‌ها ۳۲ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش برنامه آموزش تنظیم هیجانی را به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. آزمودنی‌ها پرسشنامه احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و مقیاس سازگاری زناشویی را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، تأثیر آموزش تنظیم هیجان در گروه آزمایش بر سازگاری زناشویی و احساس تنهایی زنان دارای همسر وابسته به مواد معنی دار بود. به بیان دیگر، نتایج، کاهش معنی دار احساس تنهایی و افزایش معنی دار سازگاری زناشویی را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس آزمون نشان داد. **نتیجه گیری:** آموزش تنظیم هیجان بر افزایش سازگاری زناشویی و کاهش احساس تنهایی زنان دارای همسر وابسته به مواد مؤثر است. نتیجه این پژوهش می‌تواند در حوزه‌های آموزشی و درمانی مرتبط با وابستگی به مواد و پیامدهای آن مورد استفاده قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش تنظیم هیجان، سازگاری زناشویی، احساس تنهایی، زنان دارای همسر وابسته به

مواد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران. پست الکترونیک:

ali.taghvaei@yu.ac.ir



## مقدمه

امروزه اعتیاد<sup>۱</sup> به عنوان یک آسیب اجتماعی رو به افزایش در جامعه شناخته می‌شود که پیامدهای مربوط به آن دامنه نوینی پیدا نموده و به شکل مخاطره‌آمیز و پیچیده‌ای سلامت خانواده‌ها را تهدید می‌نماید (اوزیر و ارامی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶؛ بنچایا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). اعتیاد به عنوان یک پدیده شوم اجتماعی، نه تنها بر روی زندگی فرد وابسته به مواد تاثیر دارد بلکه زندگی اطرافیان و بستگان وی را نیز در معرض آسیب قرار می‌دهد؛ به گونه‌ای که به افت کیفیت زندگی، طلاق، کاهش ارزش‌های اجتماعی و افزایش رفتارهای ناسازگارانه منجر می‌شود (جویری و همکاران، ۲۰۱۴؛ طهماسبی‌زاده، کوشکی، نعمت‌طاووسی و اورکی، ۲۰۲۱؛ اکبری، آریان‌پور و رضاپورمیر صالح، ۱۴۰۱). بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر سازمان ملل در سال ۲۰۲۰، مصرف مواد مخدر در سراسر جهان در حال افزایش است. در مقایسه با سال ۲۰۰۹، تا سال ۲۰۱۸ میزان اعتیاد به مواد مخدر ۳۰ درصد افزایش داشته است (ما، لیو، وان، لی و ژانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). آمار کشوری اعتیاد به علت دشواری در تشخیص و گزارش صحیح موارد آمار دقیقی نمی‌باشد ولی به نظر می‌رسد بین ۱/۲ تا ۶ میلیون نفر در ایران به صورت وابستگی یا تفنی از مواد مصرف می‌کنند و بر اساس پژوهش‌ها، تعداد معتادان تقریباً هر ۱۲ سال، دو برابر شده و سالانه ۸ درصد بر جمعیت آنان افزوده می‌گردد (نقیبی، عزیزپور، اشعری سرور حسینی و علیزاده، ۱۳۹۳). اعتیاد علاوه بر این که دشواری‌های زیادی را برای سلامتی جسم و روان فرد وابسته به مواد ایجاد می‌کند، منجر به آشفتگی در انسجام خانواده و کارکرد اعضای آن به عنوان یک واحد، تغییر ناگهانی وضعیت اقتصادی اجتماعی، عدم همخوانی درآمد با انتظارات و تغییر در هرم نقش‌های خانواده می‌گردد و خطر مواجهه با عواقب سرنوشت‌ساز را در پی دارد (سینگ و گابتا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). هنگامی که در یک خانواده، شوهر به مواد وابسته می‌شود، زن باید مشکلات متعددی را تحمل کند و سلامت جسم و روان او با خطرات جدی مواجه می‌شود (سینگ، ۲۰۱۰). زنان دارای همسر وابسته به مواد به دلیل تلاش برای حفظ و

1. addiction  
2. Ouzir & Errami  
3. Benchaya

4. Guerrero  
5. Ma, Liu, Wan, li & Zhang  
6. Singh & Gupta

مدیریت خانواده ناگزیر به پذیرش مسئولیت سرپرستی خانواده نیز هستند و ممکن است متحمل فرسودگی و فشارهای زیادی شوند که کیفیت زندگی آن‌ها را به شدت کاهش دهد (نیلانکاویل و دی‌گوزمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹؛ یو و استیفمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). فشارهای روحی و روانی، بحران‌های هیجانی، تخطی از توافق جنسی، احساس بی‌کفایتی، سرخوردگی و کاهش رضایت از زندگی و اختلال در مناسبات و تعاملات اجتماعی از جمله آثار و پیامدهای منفی وابستگی به مواد می‌باشد. بنابراین، می‌توان گفت زنان دارای همسر وابسته به مواد، جزء اقلشار آسیب‌پذیر جامعه هستند که چالش‌های زندگی آنها زیاد و از امور مهم برای توجه است (تقوائی‌نیا، ۱۴۰۰).

اعتیاد همسر بر ابعاد مختلف روان‌شناختی، اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی افراد خانواده اثرات زیانباری دارد و علاوه بر ایجاد نگرانی افراد خانواده در مورد آینده، سازگاری زناشویی را هم مورد تهدید جدی قرار می‌دهد (کرانفورد، فلوید، شولنبرگ و زوکر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). میر، وانی و سانکار<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) سازگاری زناشویی را به میزان رضایت کلی زن و شوهر از یکدیگر و به یک احساس سعادت دوطرفه، تعریف می‌کند. در واقع سازگاری زناشویی به عنوان سازه‌ای چند وجهی و یکی از مهمترین مولفه‌های ثبات عاطفی زوجین (فیشر و مک‌نالتی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸)، است که در طی زندگی مشترک ایجاد می‌شود و ضرورت به وجود آمدن آن تطبیق سلیقه‌ها، شناخت یکدیگر، داشتن انتظارات واقع‌بینانه و ایجاد قواعد رفتاری مشخص است (کالینان<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). سازگاری زناشویی با متغیرهایی نظیر رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، رابطه جنسی، مدیریت تعارض، مهارت‌های ارتباطی و مواردی از این قبیل رابطه مستقیم دارد (ویسمن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). سازگاری زناشویی یک توافق دوطرفه بر سر میزان محبت، صمیمیت و تطابقی است که زوجین در همراهی با یکدیگر متعهد می‌شوند (میر و همکاران، ۲۰۱۶) و موجب درک متقابل، تعهد، ایجاد حس مثبت و موجب ارتقای سلامت جسم و روان در زوجین می‌شود؛ چرا که

1. Neelankavil & De Guzman  
2. Yu &Stiffman  
3. Cranford, Floyd, Schulenberg & Zucker

4. Mir, Wani & Sankar  
5. Fisher & Mcnulty  
6. Callinan  
7. whisman

پایبندی آن‌ها به پایداری ارتباط دوجانبه را مستحکم می‌کند و با رضایتمندی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی همراه است (احمد و اقبال<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹؛ فیشر و مکنالتی، ۲۰۰۸). علاوه بر این، روابط زوجی پایدار در هر برهه‌ای از زندگی نتیجه تعامل متعدد و موقعیت‌های منحصر به فردی است که بر کیفیت رابطه آن‌ها اثرگذار است (هامامسی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). در مقابل شکست در روابط زوجی علاوه بر وارد کردن آسیب‌های عاطفی و چالش‌های اساسی در زندگی، باعث خطر اضطراب، افسردگی، اقدام به خودکشی، خودپنداره منفی و سوء مصرف مواد می‌گردد (گورمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). اعتیاد همسر و به دنبال آن محدود شدن توانایی حمایت کردن، عاطفه منفی و افسردگی ناشی از آن یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده مشکلات در رابطه است که باعث احساس ناکارآمدی و نارضایتی زناشویی می‌شود (بیچ و گوپتا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است زنانی که با همسران دارای سابقه مصرف مواد زندگی می‌کنند با پیامدهایی مانند گرایش به اعتیاد، کاهش رضایت زناشویی، کاهش حمایت‌های اقتصادی و اجتماعی و تعارضات زناشویی مواجه می‌شوند (اورفورد<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ بنیوت و کوکن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). یافته‌های پژوهش کارنی و برادبوری<sup>۷</sup> (۲۰۲۰) نشان دادند رضایت زناشویی بالا، توانایی زوجین را در مقابله با مشکلات و فشارهای روانی ارتقاء می‌دهد که این رضایتمندی در زنان دارای همسر معتاد پایین است. کالینان و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند که اعتیاد مردان متأهل بر احساس رضایت و خوشبختی همسران آنان تأثیرات منفی بر جای می‌گذارد. یافته‌های پژوهشی دیگر بیانگر این است که نارضایتی، فقدان محبت، احساس تنهایی، مشکلات عاطفی و شخصیتی، تاب‌آوری پایین در برابر دشواری‌های زندگی و چالش‌های متعدد نیز سلامت روانی زنان دارای همسر وابسته به مواد را به مخاطره انداخته است (دونفریو و امری<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹؛ بیکر و هو<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸).

1. Ahmed & Iqbal  
2. Hamamaci  
3. Gurman  
4. Beach & Gupta  
5. Orford

6. Benoit & Koken  
7. Karney & Bradbury  
8. D'Onofrio & Emery  
9. Becker & Hu

همچنین، یکی دیگر از پیامدهای اعتیاد مردان، احساس تنهایی همسران آنها می‌باشد (کلین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶؛ امری<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ نیلانکاویل و دی‌گوزمن، ۲۰۱۹). اشهر و پاکوت<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) احساس تنهایی را نوعی هیجان منفی و شناخت فرد از ناتوانی در روابط بین فردی و تعاملات اجتماعی توصیف می‌کنند که احساس اندوه، ناامیدی، بی‌ارزشی یا تاسف و حسرت را به دنبال دارد. این سازه، پاسخی به نداشتن یک رابطه مثبت رضایت‌بخش با دیگران و احساس محرومیت از روابط اجتماعی است (جیونگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶) که احتمالاً باعث تجربه حس محرومیت و درماندگی می‌گردد و حتی ممکن است گرایش به خودکشی را در پی داشته باشد (هنریچ و گلون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). احساس تنهایی با طرد اجتماعی (سپهری و کیانی، ۱۳۹۹) و عواطف منفی مانند غم، اندوه و یا پریشانی همراه است و هرکسی با توجه به شرایط و موقعیت آن را تجربه می‌کند. علاوه بر این با درماندگی، سرخوردگی، خودکشی، سوء‌مصرف مواد، احساس تیره‌روزی و بدبختی و بیماری‌های جسمی همبسته است (ویکتور، بورهالت و مارتین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). احساس تنهایی در زنان قربانی همسر معتاد منجر به اختلال در روابط خانوادگی، نشخوار فکری، بی‌تعلقی، طرد، انزوا و کاهش شرکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌گردد و آسیب‌های عاطفی، روانی و اجتماعی عمیق و گسترده‌ای را به اعضای خانواده وارد می‌کند، علاوه بر این که رفتارهای دفاعی مخرب، آمیخته و منفی در آنها افزایش می‌یابد (دو، لی، چی، زائو و زائو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). از آنجایی که وابستگی به مواد در مردان موجب آشفتگی‌های مزمن، نارسایی و ضعف در روابط میان‌فردی، کاهش حرمت خود و خودارزشمندی و افزایش انزوای اجتماعی در همسران آنان می‌شود (ایکسیا و یانگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹) و آسیب‌پذیری بیشتر آنها را به دنبال دارد؛ بنابراین یکی از جنبه‌های آموزشی، توجه به بهبود حالات روان‌شناختی این زنان است (اسلوان<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۷)، به طوری که پژوهشگران به نقش آموزش تنظیم هیجانی در

1. Klein  
2. Omoro  
3. Asher & Paquette  
4. Jeong  
5. Henrich & Gullone

6. Victor, Burholt & Martin  
7. Du, Li, Chi, Zhao & Zhao  
8. Xia & Yang  
9. Sloan

توانمندسازی و متعاقب آن تحول یافتگی آنان اشاره داشته‌اند (عزیزی، برجعلی و گلزاری، ۲۰۱۰؛ ویس، تول، آنیستیس و گراتز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳).

آموزش تنظیم هیجان از طریق تغییر هیجانی مبتنی بر سازماندهی خود، آگاهی از هیجان‌ات، تغییر دادن روش‌های ناسازگارانه پاسخ‌دهی به احساسات منفی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، زنان با سابقه وابستگی به مواد همسر را توانمند می‌سازد (گان، چن و شن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). تنظیم هیجان نقش تعیین‌کننده‌ای در سازگاری این زنان با حوادث فشارزای زندگی، کنترل عواطف، آرامش و تنظیم برانگیختگی و تغییر تجربه‌های دارای بار هیجانی منفی آنها دارد (ویمز و پینا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰) و می‌تواند با آگاه نمودن آنان از عواطف خود، تعدیل واکنش به موقعیت‌های ناراحت‌کننده و ابراز به‌موقع هیجان‌ها، نقش مهمی در کاهش بی‌نظمی‌های خلقی داشته باشد (لیهی، تیریچ و میلوانی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲؛ لیهی و کاپلان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ گراتز، ویس و تول<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). همچنین آموزش تنظیم هیجانی در سطوح مختلف بر رضایت، سلامت، روابط و احساسات مثبت اثرگذار می‌باشد (هالوگ و ریشتر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰؛ ویمان<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ روزی شروت و ویگل<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸).

بر این اساس، با توجه به این که زنان دارای همسر وابسته به مواد احتمالاً از حضور در اجتماع خودداری می‌کنند و به دلیل این که نقش پررنگی در انسجام و مدیریت خانواده امروزی دارند، توجه ویژه به این قشر در شرایط کنونی حائز اهمیت است. از سوی دیگر به دلیل پیامدهای منفی وابستگی به مواد و پیشگیری از بروز مشکلات روان‌شناختی زنان جامعه هدف، اهمیت آموزش تنظیم هیجان به عنوان یکی از مداخله‌های روان‌شناختی کارآمد برای این گروه آسیب‌پذیر ضروری است. علاوه بر این، مشخص نمودن مکانیسم‌های مؤثر در کاهش احساس تنهایی و ارتقاء سازگاری آنها باعث فهم بهتر و افزایش برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای خواهد شد. از آن مهم‌تر با توجه به اینکه رویکردهای پیشگیرانه در دهه‌های گذشته تکمیل نشده‌اند و نقش مداخله‌های آموزشی

1. Weiss, Tull, , Anestis & Gratz  
2. Gan, Chen & shen  
3. Weems & Pina  
4. Leahy, Tirsch & Melwani  
5. Kaplan

6. Gratz, Weiss & Tull  
7. Hahlweg & Richter  
8. Wyman  
9. Rosie Shorout & Weigel

(نظیر آموزش تنظیم هیجان) به طور ویژه در کاهش مشکلات روان‌شناختی این زنان مبهم باقی مانده و نیز با در نظر گرفتن این امر که پژوهشی که به طور همزمان این متغیرها را بررسی کند، انجام نشده است، به بررسی این عنوان پرداخته شد. لذا توجه بیشتر به این مسئله و انجام پژوهش‌های متعدد در این زمینه می‌تواند گامی مؤثر در جهت کاهش معضلات روانی وابستگی به مواد در افراد و خانواده‌های آنها در سطوح مختلف باشد. به این ترتیب، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش تنظیم هیجانی بر سازگاری زناشویی و کاهش احساس تنهایی عاطفی اجتماعی زنان دارای همسر وابسته به مواد تأثیر دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای همسر وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دولتی شهر یاسوج بودند که با توجه به معیارهای ورود به پژوهش ۳۲ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. در توضیح مقدار حجم نمونه، بر اساس قاعده پیشنهادی از سوی گال، گال و بورگ (۱۳۹۶) برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی، حداقل تعداد ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل کافی می‌باشد. معیارهای ورود گروه نمونه پژوهش شامل زنان دارای همسر وابسته به مواد ساکن شهر یاسوج، گذشتن حداقل سه سال از ازدواج آنها و عدم وجود بیماری جسمی یا روانی جدی بود و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت در برنامه و غیبت و انصراف از همکاری در فرایند اجرای پژوهش بودند. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اسپ‌اس‌اس تحلیل شدند.

## ابزار

۱- پرسشنامه سازگاری زناشویی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط اسپانیر<sup>۲</sup> در سال ۱۹۷۶ تدوین شد که شامل ۳۲ سؤال و چهار بعد رابطه رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت می‌باشد. می‌توان با به دست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه‌گیری سازگاری کلی در یک رابطه صمیمانه استفاده کرد. نمره کل مجموع سوالات بین صفر تا ۱۵۱ و نمره بالاتر بیانگر رابطه بهتر است. اسپانیر (۱۹۷۶) اعتبار کلی این پرسشنامه را ۰/۹۶ محاسبه کرد. در مطالعه پاداش، یوسفی، عابدی و ترکان (۱۴۰۰) همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد. این پرسشنامه از روایی همزمان خوبی برخوردار است و با مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس همبستگی دارد (ثنایی، ۱۳۷۹). در پژوهش پاداش و همکاران (۱۴۰۰) پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی و با فاصله ۱۰ روز روی نمونه‌ای متشکل از ۱۲۰ نفر از زوج‌ها (۶۰ مرد و ۶۰ زن) اجرا و در کل نمرات ۰/۸۶ به دست آمده است. در این پژوهش پایایی پرسشنامه سازگاری زناشویی ۰/۸۳ به دست آمد.

۲- مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی<sup>۳</sup>: این مقیاس به وسیله دی توماسو، برانن و بسط<sup>۴</sup> در سال ۲۰۰۴ ساخته شد که شامل ۱۴ سؤال و سه خرده مقیاس احساس تنهایی رماتیکیک، خانوادگی و اجتماعی با طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است. دامنه نمره‌ها بین ۱۴ تا ۷۰ است و کسب نمره بیشتر در هر یک از ابعاد این مقیاس، نشان دهنده احساس تنهایی بیشتر در آن بعد است. مؤلفان این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی در پژوهش جوکار و سلیمی (۱۳۹۰) نشان داد که ساختار عاملی برازش خوبی با داده‌ها دارد و سؤال ۱۵ به دلیل پایین بودن بار عاملی حذف شد. همچنین برای پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب برای تنهایی رماتیکیک، تنهایی خانوادگی، تنهایی اجتماعی و

1. dyadic adjustment scale  
2. Spanier

3. social and emotional loneliness  
questionnaire  
4. Ditommaso, Brannen & Best

تنهایی کل به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۴، ۰/۷۸ و ۰/۸۳ برآورد شد. در پژوهش حاضر پایایی کل پرسشنامه ۰/۸۰ برآورد گردید.

## روش اجرا

پس از احراز ملاک‌های لازم و تخصیص افراد در دو گروه، کلیه شرکت‌کنندگان مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. آموزش تنظیم هیجان مطابق الگوی گراتز و گاندرسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) متشکل از ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که هفته‌ای یک بار به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش اجرا گردید در حالی که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. همچنین ساختار جلسات به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱: شرح مختصر جلسات آموزش تنظیم هیجان

جلسه	محتوای جلسه
اول	مروری بر ساختار جلسات، مرور اهداف، بیان قواعد گروه، معرفی دوره، تعیین تکلیف خانگی و تکمیل کردن کاربرگ تنظیم هیجانی.
دوم	شناسایی و نامگذاری و برجسب زدن به احساسات و عواطف، تفاوت بین هیجان‌های مختلف، عوامل موفقیت در تنظیم هیجانی.
سوم	پیامدهای شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری واکنش‌های هیجانی و ارتباط آنها با یکدیگر.
چهارم	خطای شناختی رایج و آشنایی با آنها، شناسایی شاخص‌های اختلال هیجانی، آگاهی از رابطه بین هیجان‌ها، رفتار و تفکر.
پنجم	شناخت رابطه میان افکار اتوماتیک، تفسیرها و رفتار، شناسایی افکار تحریف شده، انعطاف‌پذیری در تفسیر و در نظر گرفتن گستره‌ای از احتمالات.
ششم	شناخت پیامدهای اجتناب هیجانی، شناخت و تجربه هیجان یا سرکوب هیجان.
هفتم	آگاهی از هیجان با تمرکز بر احساسات جسمی، انجام مواجهه و توجه دقیق به تمام موانع یا رفتارهای اجتنابی، تفسیر و ارزیابی مجدد.
هشتم	معرفی باورهای مربوط به طرد شدگی، معرفی باورهای مربوط به درماندگی، شناسایی باورهای هسته‌ای.
نهم	شکستن باورهای هسته‌ای مشکل‌زا و جایگزین کردن باورهای جدید، استفاده از تکنیک‌های هیجانی و کار گروهی.
دهم	جمع‌بندی جلسات گذشته، ارائه پیشنهادات و اجرای پس‌آزمون.



## یافته‌ها

شرکت کنندگان ۳۲ زن دارای همسر وابسته به مواد (۱۶ نفر گروه آزمایش و ۱۶ نفر گروه کنترل) بودند، به طوری که میانگین سنی گروه آزمایش  $۳۰/۲۴ \pm ۶/۹۳$  سال و میانگین سنی گروه گواه  $۳۱/۲۱ \pm ۸/۰۳$  سال بود. ۶۵ درصد از زنان گروه آزمایش و ۶۸ درصد زنان گروه گواه صاحب فرزند بودند. ۳۵ درصد زنان گروه آزمایش و ۳۲ درصد زنان گروه گواه فرزند نداشتند. جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را به تفکیک گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	آزمون	آزمایش		گواه
		انحراف معیار	میانگین	
سازگاری زناشویی	پیش آزمون	۵۸/۰۳	۴/۶۱	۵/۲۱
	پس آزمون	۶۸/۶۶	۵/۷۲	۴/۷۱
احساس تنهایی	پیش آزمون	۳۲/۳۰	۷/۲۸	۷/۰۸
	پس آزمون	۱۸/۰۵	۴/۰۸	۶/۷۴

بر اساس این نتایج، بعد از اعمال مداخله آموزشی میانگین نمره سازگاری زناشویی به مقدار قابل توجهی در گروه آزمایش افزایش و نمره احساس تنهایی کاهش یافته است ولی در گروه گواه این نمرات تغییر چندانی نداشت. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگروف-اسمرینوف حاکی از آن بود که نمرات سازگاری زناشویی و احساس تنهایی دارای توزیع نرمال بودند ( $p > ۰/۰۵$ ). همچنین هیچ کدام از متغیرهای سازگاری زناشویی ( $F=۱/۱۳$ ) و احساس تنهایی ( $F=۰/۰۸$ ) در آزمون لوین معنادار نبودند، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبودند ( $p < ۰/۰۵$ )، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. در ادامه پس از کنترل اثر پیش آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس آزمون، در تعیین اثربخشی

آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری زناشویی و احساس تنهایی زنان دارای همسر وابسته به مواد از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است. نتایج مرحله پس آزمون در جدول ۳ آمده است.

**جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره پس آزمون سازگاری زناشویی و احساس تنهایی گروه‌های آزمایش و کنترل**

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۶۲۳	۹/۳۳	۸	۳۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۱۴	۹/۳۳	۸	۳۴	۰/۰۰۱
اثر هتینگ	۰/۴۱۲	۹/۳۳	۸	۳۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۰/۴۷۴	۹/۳۳	۸	۳۴	۰/۰۰۱

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویلکز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس آزمون وجود داشت. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات سازگاری زناشویی و احساس تنهایی دو گروه**

متغیر	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معناداری	اندازه اثر
	مجذورات		مجذورات			
سازگاری زناشویی	۲۴۱/۸۳	۱	۲۴۱/۸۳	۵۴/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶
احساس تنهایی	۱۹۰/۸۱	۱	۱۹۰/۸۱	۲۹/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۶

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، در سازگاری زناشویی و احساس تنهایی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش تنظیم هیجان باعث شد که گروهی که از این روش بهره برده بودند سازگاری بالاتری را کسب کنند و بر کاهش احساس تنهایی در پس آزمون اثربخش بوده است و در مجموع تفاوت معناداری بین پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش، اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری زناشویی و احساس تنهایی زنان دارای همسر وابسته به مواد بود. یافته‌های این پژوهش اثربخشی آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان بر ارتقاء سازگاری زناشویی را تأیید کرد. این یافته تا حدودی با نتایج حاصل از پژوهش‌های عزیزی و همکاران (۲۰۱۰)، ویس و همکاران (۲۰۱۳) و طهماسبی‌زاده و همکاران (۲۰۲۱) هم‌راستا می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که دشواری در تنظیم هیجان‌ها با سطوح بالایی از استرس، اضطراب و آشفتگی همراه است که موجب استمرار ناراحتی و ناسازگاری زناشویی می‌شود. در مقابل تنظیم هیجان متناسب، عامل مهم و تعیین‌کننده در سلامت روانی، سازگاری زناشویی، عملکرد موثر و انطباق با رویدادهای استرس‌زا در زنان دارای همسر وابسته به مواد محسوب می‌شود که آنها را قادر می‌سازد هیجان‌ات مثبت را جایگزین هیجان‌ات منفی نمایند و آگاهی آنها را از نقش خود در ایجاد روابط مثبت با اعضای خانواده به ویژه همسر بالا می‌برد (هالوگ و ریشتر، ۲۰۱۰). در واقع برنامه آموزشی تنظیم هیجان زنان دارای همسر وابسته به مواد را توانمند می‌سازد تا از وضعیت‌های دشوار قبل از اینکه غیرقابل کنترل شوند، جلوگیری کنند، برانگیختگی‌های هیجانی خود را تعدیل نمایند و در برابر موقعیت‌های آسیب‌رسان به جای تکانشی عمل کردن، به شیوه مناسب پاسخ دهند که پیامد آن مدیریت کردن فشارهای روانی، کارکرد اجتماعی بالاتر و ارتقاء سازگاری زناشویی است. آموزش تنظیم هیجان به این زنان کمک می‌کند تا از برانگیختگی‌ها و هیجان‌های خود آگاه شده، گزینه‌های بهتری را انتخاب کنند و به صورت انعطاف‌پذیرتری تصمیم‌گیری کنند. همچنین، آموزش تنظیم هیجان، این توانمندی را در زنان دارای همسر وابسته به مواد به وجود می‌آورد تا هیجان‌های منفی و ناسازگار را به چالش بکشند، ارزیابی مثبتی از خود داشته باشند، به هیجان‌ات دیگران توجه کنند و هیجان‌های مثبت و سالم را جایگزین هیجان‌ات منفی کنند (طهماسبی‌زاده و همکاران، ۲۰۲۱). از سوی دیگر آموزش تنظیم هیجان با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی مانند رابطه مثبت با دیگران، تنظیم عاطفه بین فردی، تسلط بر محیط و احساس کنترل بر زندگی باعث توانمندسازی این زنان در زمینه

پیشگیری از بروز نابسامانی و پیامدهای آسیب‌زای وابستگی به مواد می‌شود (ویمان و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این آموزش تنظیم هیجان با تاکید بر مقولات همدلی، خودکنترلی، شناخت هیجانات خود و دیگران و ایجاد فضای عاطفی امن، نقش مهمی در ارتقاء بهزیستی، سلامت روان و سازگاری زنان دارای همسر وابسته به مواد دارد (روزی‌شروت و ویگل، ۲۰۱۸). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش تنظیم هیجان، باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی، سازگاری بیشتر با محیط اطراف، تصمیم‌گیری بهتر و روابط مثبت با همسر شده و از این طریق به افزایش مبادله مثبت رفتار، رضایتمندی بالاتر و احساسات و عواطف مثبت منجر می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجانی بر احساس تنهایی زنان دارای همسر مصرف‌کننده اثربخش بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ایکسیا و یانگ (۲۰۱۹)، امرو (۲۰۱۸)، جیوینگ (۲۰۱۶) و لیهی و همکاران (۲۰۱۲) هم‌راستا است. در این رابطه می‌توان چنین تبیین کرد که زندگی کردن با یک شوهر وابسته به مواد، موجبات آسیب‌پذیری و ابتلا به اختلال‌های روانی را که زمینه‌ساز نارضایتی از زندگی و احساس تنهایی است، فراهم می‌کند. همچنین طرد ناشی از همسر وابسته به مواد به احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی در این زنان منجر می‌شود و به دنبال آن ارتباط با همسر و دیگران کاهش می‌یابد (جیوینگ، ۲۰۱۶). از طرف دیگر آموزش تنظیم هیجان و به دنبال آن آگاهی هیجانی به افزایش اعتماد به نفس، مدیریت موفقیت‌آمیز عواطف و احساسات، نگهداری روابط و سازماندهی آن، مدیریت استرس و کنترل رفتارهای مخرب، فرونشانی افکار و رفتارهای اجتنابی، کاهش افسردگی و در نتیجه کاهش احساس تنهایی منجر می‌شود (لیهی و همکاران، ۲۰۱۲). در واقع ارتباط هیجانی از طریق آموزش تنظیم هیجانی به انعطاف‌پذیری، تاب‌آوری و حفظ و بهبود تعامل با دیگران و کاهش احساس تنهایی منجر می‌گردد (ایکسیا و یانگ، ۲۰۱۹). در تبیینی دیگر می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان از طریق تغییر ساختار شناختی و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مناسب و سازگارانه با درگیر کردن این زنان در یافتن راه‌حل برای مسأله و شناخت منابع اضطراب‌زا باعث انسجام و وحدت فکری آنها شده و موجب افزایش سلامت روانی و کاهش احساس

تنهایی در آنان می‌گردد. لذا این زنان از طریق آموزش تنظیم هیجان راهبردهای مثبت را به کار می‌گیرند و خودآگاهی، افکار مثبت، رفتارهای سازشی جدید و تعادل هیجانی را جایگزین ایده‌پردازی منفی، نشخوارگری، خودسرزندی، ناامیدی و احساس تنهایی می‌کنند. بنابراین در برنامه‌های تربیتی، آموزشی و درمانی مرتبط با مصرف مواد باید توجه خاصی به آموزش تنظیم هیجان شود. در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند منجر به افزایش سازگاری زناشویی و کاهش احساس تنهایی در زنان دارای همسر مصرف‌کننده مواد گردد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارتند از: نمونه‌گیری دردسترس، تعداد اندک شرکت‌کنندگان، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی و فقدان دوره پیگیری. بنابراین، انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر موثر در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در حجم نمونه بزرگ‌تر انجام گیرد و پژوهشگران در آینده دوره پیگیری را در پژوهش‌های خود لحاظ کنند. در نهایت بر اساس نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود این برنامه آموزشی، برای کاهش مشکلات این زنان، افزایش سازگاری زناشویی و کاهش احساس تنهایی آنان، توسط مشاوران و روان‌شناسان حوزه ازدواج و خانواده اجرا شود.

## منابع

اکبری، مریم؛ آریانپور، حمیدرضا و رضایپورمیرصالح، یاسر (۱۴۰۱). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل و کاهش دوز داروهای آگونست در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۵)، ۲۵۴-۲۲۵.

پاداش، زهرا؛ یوسفی، زهرا؛ عابدی، محمدرضا و ترکان، هاجر (۱۴۰۰). اثربخشی مشاوره زناشویی به روش گاتمن بر رضایت زناشویی و سازگاری زناشویی زنان متأهل متمایل به طلاق. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۴)، ۱۴۳۶-۱۴۲۳.

تقوایی نیا، علی (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر ارتقاء سلامت روانی و کاهش نشخوار فکری زنان مطلقه دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۰۴-۱۸۳.

ثناپی، باقر (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده*. تهران: انتشارات بعثت.

- جوکار، بهرام و سلیمی، عظیمه (۱۳۹۰). ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه شده مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۴)، ۳۱۸-۳۱۱.
- سپهری، مینا و کیانی، قمر (۱۳۹۹). رابطه تنظیم شناختی هیجان و گرایش به اعتیاد: نقش میانجی احساس تنهایی اجتماعی عاطفی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۳۳۸-۳۱۳.
- نقیبی، سید ابوالحسن؛ عزیزپور، مهدی؛ اشعری سرور حسینی، سید حمزه و علیزاده، احد (۱۳۹۳). بررسی رابطه میان افکار خودکشی و باور مذهبی در بیماران تحت درمان ننگه دارنده متادون (MMT) شهر ساری در سال ۱۳۹۱. *دین و سلامت*، ۲(۱)، ۸-۱.

## References

- Ahmed, F., & Iqbal, H. (2019). Self-silencing and marital adjustment in women with and without depression. *Pakistan journal of psychological research*, 34(2), 311-330.
- Asher, S. R., & Paquette, J. A. (2003). Loneliness and peer relation in childhood. *Current directions in psychological science*, 12(3), 75-87.
- Azizi, T., Borgali, A., & Golzari, M. (2010). The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictional problems of substance abusers. *Iran journal psychiatry*, 5(2), 60-65.
- Beach, S. R. H., & Gupta, G. (2006). Direct and indirect spousal support: Differential effects? *Journal of marital and family therapy*, 32, 465-477.
- Becker, J. B., & Hu, M. (2008). Sex differences in drug abuse. *Frontiers in neuroendocrinology*, 29(1), 36-47.
- 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), 34-52.
- Benoit, E., & Koken, J. A. (2012). Perspectives on substance use and disclosure among behaviorally bisexual Black men with female primary partners. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 11(4), 294-317.
- Callinan, S., Rankin, G., Room, R., Stanesby, O., Rao, G., Waleewong, O., & Laslett, A. M. (2019). Harms from a partner's drinking: an international study on adverse effects and reduced quality of life for women. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 45(2), 170-178.
- Cranford, J. A., Floyd, F. J., Schulenberg, J. E., & Zucker, R. A. (2011). Husbands' and wives' alcohol use disorders and marital interactions as longitudinal predictors of marital adjustment. *Journal abnormal psychology*, 120(1), 210-222.

- D'Onofrio, B., & Emery, R. (2019). Parental divorce or separation and children's mental health. *World Psychiatry*, 18(1), 100-111.
- DiTommaso, E., Brannen, C., & Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and psychological measurement*, 64(1), 99-119.
- Du, H., Li, X., Chi, P., Zhao, S., & Zhao, J. (2019). Loneliness and self-esteem in children and adolescents affected by parental HIV: A 3-year longitudinal study. *Applied psychology: health and well-being*, 11(1), 3-19.
- Fisher, T. D., & McNulty, J. (2008). Neuroticism and marital satisfaction: The mediating role played by the sexual relationship. *Journal of family psychology*, 22(1), 112-122.
- Gan, S., Chen, S., & Shen, X. (2019). The emotion regulation effect of cognitive control is related to depressive state through the mediation of rumination: An ERP study. *Plos one*, 14(11), 1-10.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 25-35.
- Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current opinion in psychology*, 3, 85-90.
- Guerrero, E. G., Villatoro, J. A., Kong, Y., Fleiz, C., Vega, W. A., Strathdee, S. A., & Medina-Mora, M. E. (2014). Barriers to accessing substance abuse treatment in Mexico: national comparative analysis by migration status. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 9(1), 30-45.
- Gurman, A. S. (2005). *Brief Integrative Marital Therapy: An Interpersonal-Intrapsychic Approach*. In J. L. Lebow (Ed.), *Handbook of clinical family therapy* (pp. 353-383). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Hahlweg, K., & Richter, D. (2010). Prevention of marital instability and distress. Results of an 11-year longitudinal follow-up study. *Behaviour research and therapy*, 48(5), 377-383.
- Hamamci, Z. (2015). Dysfunctional relationship beliefs in marital satisfaction and adjustment. *Social behavior and personality: an international journal*, 33(4), 313-328.
- Henrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*, 26, 695-718.
- Jeong, E. J. (2016). A study of digital game addiction from aggression, loneliness and depression perspectives. *International conference on system sciences (HICSS)*, 49, 3769-3780.

- 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.
- Klein, J. W. (2016). Pharmacotherapy for substance use disorders. *Medical clinics*, 100(4), 891-910.
- Leahy, R. L., & Kaplan, D. (2004). Emotional schemas and relationship adjustment. In *annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy*.—New Orleans, LA.—54 p.
- Leahy, R. L., Tirsch, D. D., & Melwani, P. S. (2012). Processes underlying depression: risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International journal of cognitive therapy*, 5(4), 362-379.
- Ma, Z., Liu, Y., Wan, C., Li, X., & Zhang, Y. (2022). Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD-DA: A cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 20, 101-109.
- Mir, M. S., Wani, M. A., & Sankar, R. (2016). Marital adjustment among love marriage and arranged marriage couples. *The international journal of Indian psychology*, 3(3), 51-56.
- Neelankavil, R. J., & De Guzman, R. (2019). Development of cognitive based acceptance program (CAP) for wives of alcoholics: A pilot study. *Indian journal of positive psychology*, 10(4), 267-271.
- Omoro, P. M. (2018). *Investigating the causes and possible solutions of divorce in Nairobi city country, Kenya*. Doctoral dissertation, the University of Nairobi.
- Orford, J., Natera, G., Mora, J., Tiburcio, M., Copello, A., Velleman, R., Templeton, L., Atkinson, C., Crundall, I., & Walley, G. (2005). *Coping with Alcohol and Drug Problems: The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures*. London: Routledge.
- 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.
- Rosie Shorout, M., & Weigel, D. J. (2018). Infidelity's aftermath: Appraisals, mental health and health-compromising behaviors following a partner's infidelity. *Journal of social and personal relationships*, 35(8), 1067-1091.
- Singh, A. (2010). Strategies adopted by wives of addicts: A sociological study of women in rural Punjab, India. *International journal of sociology and anthropology*, 2(8), 162-170.
- Singh, J., & Gupta, P. K. (2017). Drug addiction: current trends and management. *International journal of Indian psychology*, 5(1), 186-201.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildre, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: a systematic review. *Clinical psychology review*, 57, 141–163.



- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of marriage and the family*, 38, 15-28.
- Tahmasebi Zadeh, B., Kooshki, S., Nemat Tavousi., & Oraki, M. (2021). The effectiveness of acceptance-commitment therapy and emotion regulation training on impulsivity and distress tolerance in people with a history of drug addiction. *Preventive care in nursing and midwifery journal*, 11(2), 65-74.
- Victor, C. R., Burholt, V., & Martin W. (2012). Loneliness and ethnic minority elders in Great Britain: An exploratory study. *Journal of cross-cultural gerontology*, 27(1), 65-78.
- Weems, C. F., & Pina, A. A. (2010). The assessment of emotion regulation: Improving construct validity in research on psychopathology in youth—An introduction to the special section. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 32, 1-7.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2013). The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients. *Drug and alcohol dependence*, 128, 45-51.
- Whisman, M. A. (2001). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69, 125-129.
- Wyman, P. A., Cross, W., Hendricks Brown, C., Yu, Q., Tu, X., & Eberly, S. (2010). Intervention to strengthen emotional self-regulation in children with emerging mental health problems: Proximal impact on school behavior. *Journal of abnormal child psychology*, 38, 707-720.
- Xia, M., & Yang, C. (2019). The relationship among social support, self-esteem, affect balance and loneliness in individuals with substance use disorders in China. *Journal community psychology*, 47, 1279-1286.
- Yu, M., & Stiffman, A, R. (2010). Positive family relationships and religious affiliation as mediators between negative environment and illicit drug symptoms in American Indian adolescents. *Journal of addict behavior*, 35, 694-699.

## اثربخشی روایت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و ادراک سربار بودن در افراد با گرایش به اعتیاد\*

فاطمه جمشیددوست میانرودی<sup>۱</sup>، حسین قمری کیوی<sup>۲</sup>، علی شیخ‌الاسلامی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۹

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و ادراک سربار بودن در افراد با گرایش به اعتیاد بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد ۱۸-۳۵ سال با گرایش به اعتیاد در شهر اردبیل در کمپ ترک اعتیاد در سال ۱۴۰۱ بود. از میان آن‌ها ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند و به پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و پرسشنامه نیاز بین فردی پاسخ دادند. گروه آزمایش ۶ جلسه درمان روایتی دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله روایت‌درمانی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش ادراک سربار بودن موثر بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش اطلاعات سودمندی در رابطه با اثربخشی روایت‌درمانی بر گرایش به اعتیاد در افراد فراهم می‌کند و روان‌شناسان و مشاوران می‌توانند از مداخله روایت‌درمانی در راستای افزایش و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش ادراک سربار بودن در بازتوانی افراد با گرایش به اعتیاد استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** روایت‌درمانی، انعطاف‌پذیری شناختی، ادراک سربار بودن، گرایش به اعتیاد

\* مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه محقق اردبیلی است.

۱. کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. پست الکترونیک:

h\_ghamari@uma.ac.ir

۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

## مقدمه

نوجوانی یکی از دوره‌های رشدی بسیار مهم که با فرایند شکل‌گیری هویت، خطر جویی و خطرپذیری همراه و به شکل رفتارهای جنسی ناسالم، سیگار، الکل و سایر مواد تظاهر پیدا می‌کند (تریپ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). اعتیاد و مصرف مواد در سال‌های اخیر میان نوجوانان افزایش قابل توجهی داشته است. اولین جرقه‌های اعتیاد در کودکان و نوجوانان زمانی زده می‌شود که تجربه مصرف سیگار در ۱۹ سالگی، مصرف الکل در ۱۵ سالگی و آشنایی با مواد در ۱۱ سالگی را داشته‌اند (چانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها حاکی از آن‌اند که غالباً اعمال خطرناک از قبیل کشیدن سیگار، نوشیدن الکل، مواد و رفتارهای جنسی ناامن در سن و سال‌های قبل از ۱۷ سالگی شروع می‌شوند (سلامی، حاتمی و نوری، ۱۳۹۷). مبادرت به چنین اعمالی در سن پایین، علاوه بر آسیب‌هایی که به سلامتی فرد وارد می‌کند؛ احتمال تداوم آسیب را تا پایان عمر افزایش می‌دهد (سلامی و همکاران، ۱۳۹۷).

همان‌گونه که استرنبرگ و مناها<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) عنوان کردند؛ به دو دلیل فشار ناشی از ارتباط با همسالان به خصوص هم‌سالان مصرف‌کننده مواد، در گرایش جوانان به سمت مصرف مواد و اعتیاد به آن نقش بیشتری دارد؛ عدم وجود صمیمیت در خانواده که باعث گرایش به همسالان برای جلب حمایت و محبت می‌شود و به دلیل نداشتن سبک‌های ارتباطی مثبت در کودکی، نوجوان توانایی مقابله مؤثر در برابر پیشنهادهای دوستان را کسب نکرده و آسیب‌پذیرتر می‌شود و رفتارهای نامناسبی از خود نشان می‌دهند. غالب فعالیت‌هایشان فردی و بدون مشارکت با اعضای گروه است، گرچه ممکن است پیشرفت و موفقیت‌هایی کسب کنند ولی همواره حس بی‌کفایتی دارند و این باعث تنزل عزت‌نفس و خشم ابراز نشده می‌شود که این عوامل موجبات گرایش به اعتیاد را برای مقابله با استرس و ناراحتی فراهم می‌کند (صدری دمیرچی، رئیس درویشلو و رحیمی زرج آباد، ۱۳۹۷).

نتایج پژوهش‌ها نشان داد گرایش به سوء مصرف مواد با ترومای کودکی و نشخوار فکری رابطه مثبت و معنادار و با انعطاف‌پذیری شناختی رابطه منفی و معناداری دارد. همچنین

ترومای کودکی با نشخوار فکری رابطه مثبت و معنادار و با انعطاف‌پذیری رابطه منفی و معناداری دارد و انعطاف‌پذیری شناختی بین ترومای کودکی و گرایش به مصرف مواد نقش واسطه‌ای دارند (ترکمن، داودی، نظیری و فتح، ۱۴۰۱). یکی از دلایلی که افراد به اعتیاد روی می‌آورند فرار از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (جهانگیری، گل محمدیان و حجت خواه، ۱۳۹۷).

درواقع، انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۱</sup> قابلیت تغییر پاسخ انتخابی شناختی با قصد سازش با تکانه‌های در حال تغییر پیرامون است. همچنین دستیابی به سازگاری مثبت در شرایط سخت و دشوار زندگی است (کاربونلا و تیمپانو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶؛ دنیس و وندر وال<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). براین اساس، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی و ناراحتی‌های عمومی رابطه دارد (محمودی سوران، سناگوی محارر و شیرازی، ۲۰۱۹). علاوه بر این، در مطالعات، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان میانجی مهم این تأثیرات ظاهر شد و اهمیت پرورش عوامل محافظتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را برای جلوگیری از آسیب سلامت روان، برجسته می‌کند (پلرین، رافست، کورمن، تیزدر و دامبورن<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). افراد مصرف‌کننده مواد در انعطاف‌پذیری شناختی نقص دارند که زمینه‌ساز استمرار و تکرار رفتارهای آسیب‌زننده می‌شود. بنابراین به سختی می‌توانند یادگیری‌های نخستین خود را به فراموشی بسپارند؛ زیرا از انعطاف‌پذیری پایینی برخوردارند و مشکلاتی در عوض کردن خوی به مواد مخدر و گرفتن تصمیماتی که با آزادسازی تکانه قبلی مرتبط با مواد مخدر پاداش‌دهنده می‌باشد، دارند، به علاوه بر یادگیری قبلی خود که پیامدهای منفی برایشان دارد پافشاری کرده و این عمل به سازگاری آن‌ها با شرایط جدید آسیب می‌رساند (وردیجو-گارسیا و همکاران ۲۰۱۵؛ به نقل از محمدی سلطان آبادی، متقی دستتائی و کردی اردکانی، ۱۴۰۱). پژوهش صادقی و کریمی (۱۳۹۷) نشان داد افزایش انعطاف‌پذیری می‌تواند قدرت تحمل مشکلات را در معنادان افزایش داده و تلاش آن‌ها

1. Cognitive flexibility  
2. Carbonella & Timpano  
3. Dennis & Vander Wal

4. Pellerin, Raufaste, Corman,  
Teissedre & Dambun

برای مبارزه با چالش‌ها و دستیابی به اهداف زندگی و رسیدن به زندگی امیدوارانه را افزایش دهد. احمدی و قربانی (۱۳۹۹) نشان دادند که شرم و گناه در ارتباط با افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی، رابطه منفی با رفتارهای اعتیادی دارد. همچنین انعطاف‌پذیری شناختی رابطه بین افسردگی و شرمساری و رابطه بین شرمساری و اعتیاد را به طور معناداری واسطه‌گری می‌کند.

ارتباطات فرد با همسالان در سنین نوجوانی اهمیت قابل توجهی دارد و نوجوان در این دوره از خانواده به جامعه سوق داده می‌شود. در صورتی که پدر و مادر در خصوص مسئولیت‌هایشان اهمال‌کاری کنند (شومیکر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰)، فرد خود را باری بر دوش اطرافیان و جامعه می‌داند و به این ایده دست پیدا می‌کند که مرگ من بهتر از زنده بودن من برای دوستان، خانواده و جامعه است و گمان می‌کند اگر زنده نباشد شرایط زندگی دیگران بهتر خواهد بود (ون اوردن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). افرادی که نمره پایینی در اهمیت داشتن و حمایت اجتماعی خانواده داشتند، بالاترین گرایش به اعمال مخاطره‌آمیز را گزارش کردند (کیانی چلمردی، رشید و رضانی، ۱۳۹۸). پژوهش‌ها گویای آن است که نیازهای بین فردی مثل ادراک سربار بودن با افکار خودکشی (بیترون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، نشانگان افسردگی، اضطراب<sup>۴</sup> (سئو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹)، احساس تنهایی (پارک و کیم<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹)، استرس پس از سانحه (کازم، لا، گرین و آنستیز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵) و استرس مزمن (بیترون و همکاران، ۲۰۱۶) رابطه مثبت و با نیازهای بنیادین روان‌شناختی (پارک و کیم، ۲۰۱۹)، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌پذیری و باوجدان بودن (ایدس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶)، معنای زندگی و دلایل خانوادگی برای زندگی (سئو، ۲۰۱۹) و ادراک مطلوبیت اجتماعی (لمیس و لستر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲) رابطه منفی دارد. ادراک سربار بودن و تعلق از دست‌رفته در بعد مجزا اما مرتبط به هم بوده و با تأثیرپذیری از سایر سازه‌های روان‌شناختی، بر ناسلامتی روانی اثر می‌گذارند (بریان<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱).

1. Shoemaker  
2. Van Orden  
3. Buitron  
4. anxiety  
5. Seo

6. Park & Kim  
7. Khazem, Law, Green & Anestis  
8. Eades  
9. Lamis & Lester  
10. Bryan

با توجه به آنچه ذکر شد و با توجه به اینکه ۹ نفر از هر ۱۰ معتاد بزرگسال، مصرف مواد را قبل از ۱۸ سالگی تجربه کرده‌اند، لذا پرداختن به موضوع اعتیاد و درمان نوجوانان دارای اهمیت بسیار است. از این رو یکی از شیوه‌های درمانی که توسط وایت و اپستون<sup>۱</sup> بنیان‌گذاری شد و از درمان‌های مؤثر در زمینه اعتیاد به شمار می‌رود، روایت درمانی<sup>۲</sup> است. روایت درمانی یکی از روش‌های دیدگاه پست‌مدرنیسم است که بر واقعیت درون شخص متمرکز شده است. در این دیدگاه اتفاقات و روابط بین فردی شکل‌دهنده افکار و احساسات هستند (فاضل، ۲۰۱۰). پروچسکا و نورکراس روایت درمانی را ساختارزدایی روایت‌های قدیمی و خلق داستانی نو تعریف کرده‌اند (پروچسکا و نورکراس، ۱۳۹۲). وایت، روایت درمانی را به‌کارگیری مجموعه روش‌هایی برای درک سرگذشت اشخاص، شالوده‌شکنی و نوشتن مجدد این روایت‌ها به‌واسطه شخص و با کمک درمانگران می‌داند (پین، ۴، ۱۳۹۸).

روایت درمانی بر این نظر بنیان شده که اشخاص دانش خود را راجع به واقعیات از راه روایاتی که درباره خود و جهان خویشتن می‌گویند سامان می‌دهند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۵، ۱۴۰۰). این روایات دربردارنده توالی خاصی از رخداد‌های حیات هستند، روش و علت آن را معنی می‌کنند و دربردارنده واقعیت پنداشته از اطراف، توانایی، قابلیت‌ها، کنش‌ها، رابطه‌ها و دستاوردها و سرخوردگی‌ها است (مورگان، ۶، ۱۳۹۹). در این دیدگاه اعتقاد بر آن است که در پس داستان‌ها واقعیتی عینی وجود ندارد و واقعیت هر شخص داستان منحصر به فرد، ذهنی و شخصی اوست. به همین دلیل است که اعتقاد دارند که مراجعین می‌توانند گذشته‌ی خود را درست مانند بازنویسی کتب تاریخی با تغییر روایت خویش از آن تغییر دهند (پروچسکا و نورکراس، ۱۳۹۲). روایت‌ها بخش مهمی از فهم خود و هویت فرد را شکل می‌دهند. به عبارتی هر شخص بر پایه روایتی که از خود نقل می‌کند هویتی را برای خویش در نظر می‌گیرد که البته تا حد زیادی متأثر از بافت اجتماعی و روایت‌های غالب جامعه است، سپس بر پایه آن به تبادلات و انتخاب‌ها

1. White & Epston  
2. Narrative therapy  
3. Prochaska, & Norcross

4. Payne  
5. Goldenberg & Goldenberg  
6. Morgan

می‌پردازد که این خود روایت‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و میان هویت و روایت، چرخه‌ای دوجانبه از اثرگذاری صورت می‌گیرد (فلاسکاس<sup>۱</sup>، ۲۰۲۲). روایت درمانگر در پی آن است که مراجعش را مدد بخشد تا خود را از بند داستان‌های خود ناکام‌کننده و محدود‌کننده رهایی بخشد و داستان نو و کارآمدی را با در نظر گرفتن گزینه‌ها و منابع جدید خلق کند. او با الحاق به گفتگوی مراجعین و یاری زوج در ساخت شکنی روایت غالب و ظریف و پر از مشکل‌شان آن‌ها را در بازسازی معنایی که به زندگی می‌دهند و دست‌یابی به امکانات جدید همراهی می‌کند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۴۰۰). امین‌الرعایا، بختیاری، نعمتی و تقوی زاده (۱۳۹۸) در پژوهشی با موضوع مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روایت‌درمانی بر بهبود پریشانی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی در بانوان بیمار زن مبتلا به سرطان رحم به این نتیجه رسیدند که روایت‌درمانی می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر در بهبود آشفتگی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان رحم به کار گرفته شود. با توجه به یافته‌های پژوهش چوب‌فروش زاده، سعیدمنش و رشیدی (۱۳۹۶) درمان روایتی به شیوه گروهی بر روی انعطاف‌پذیری شناختی دخترانی که توسط قیم مشکل‌دار یا بد، سرپرستی می‌شوند مؤثر است. درمان روایتی موجب انعطاف‌پذیری شناختی و تقویت آن توسط آگاهی‌بخشی نوجوانان درباره نقاط مثبت رویدادهای زندگی‌شان و نام‌گذاری و شناسایی مشکل و کمبودهای افراد و بیرونی‌سازی مشکل می‌شود، همین عوامل باعث شده تا روایت‌درمانی، یک روش درمانی مناسب برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی باشد. همچنین بنا بر گزارش شاکری و همکاران (۲۰۲۰)، در مطالعه‌ای اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر افسردگی، کیفیت زندگی و اضطراب در افراد مبتلا به آمفتامین را نشان دادند. قندهاری، موسوی، جزی، عارفی و احمدزاده (۲۰۱۸) نیز تأثیر روایت‌درمانی بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی زنانی که به مراکز مشاوره شهرستان اصفهان مراجعه کرده بودند را مورد تأیید قرار دادند. نتایج پژوهش قادری، خدادادی و عباسی (۱۳۸۹) آشکارکننده

این بود که درمان روایتی تأثیر معناداری بر مهار نمودن احساسات، غضب و عاطفه درست در دختران نوجوان دارد.

در مقایسه با مردان معتاد، زنان معتاد بسیار آسیب پذیرترند، زیرا که اعتیاد در زنان غالباً با ضربات اجتماعی همچون گریز از خانه، خودفروشی و بدرفتاری همراه است (دهقانی فیروزآبادی و همکاران، ۱۳۹۳). هرچند آمار دقیقی از جمعیت زنان مصرف کننده مواد در کشور نیست، اما طبق تحقیقات، زنان ۹/۶ درصد از معتادان کشور را در برمی گیرند. آمار وزارت بهداشت نیز حاکی از ۱ زن معتاد به ازای هر ۸ مرد معتاد است و بعضی مطالعات هم از بودن ۷ زن معتاد به ازای هر ۱۰۰ مرد معتاد گزارش می کنند؛ از سمتی نیز طبق بیان مسئولین، اکنون در زندان کشور بیش از نصف زندانیان زن به علت مصرف مواد در زندان هستند. بنابراین با توجه به آنچه پیشتر گفته شد و به دلیل اهمیت این گروه، مطالعه حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا روایت درمانی بر انعطاف پذیری شناختی و ادراک سرباری افراد با گرایش به اعتیاد مقیم کمپ ترک اعتیاد تأثیر دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده افراد با مصرف مواد بستری در کمپ ترک اعتیاد بانوان واقع در شهر اردبیل در سال ۱۴۰۱ بود. اندازه نمونه شامل ۲۴ نفر دارای مصرف مواد بود که به روش نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر نرم افزار \*G با سطح معنی داری ۰/۰۵، قدرت آزمایش ۰/۹۰ و اندازه اثر ۱/۴۲ انتخاب شدند و به روش تصادفی به دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: افراد حداقل به یک ماده مخدر اعتیاد داشته باشند، فرد مصرف کننده در هیچ برنامه درمانی دیگری تحت درمان نباشد، فرد مصرف کننده مواد اختلال روان پزشکی نداشته باشد، حداقل سن ۱۸ و حداکثر آن ۳۵ سال باشد و معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: ترخیص از کمپ، فرار از کمپ و عدم رضایت از ادامه فرایند مداخله. در این مطالعه،



اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اسپاس تحلیل شدند.

## ابزار

۱- پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط مارتین و روبین<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) طراحی شده و شامل ۱۲ گویه بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) می‌باشد. حداقل نمره کسب‌شده نمره ۱۲ تا ۲۰ است که نشانگر میزان انعطاف‌پذیری شناختی در حد پایین و حداکثر آن ۶۰ است که نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بالاست. در پژوهش اسدی بیگی (۱۳۹۳) روایی پرسشنامه، از طریق سنجش روایی صوری و محتوایی به دست آمد. برای اطمینان از پایایی مؤلفه‌های پرسشنامه، برای یک نمونه‌گیری اولیه شامل ۳۰ پرسشنامه ۱۲ سؤالی ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است (اسدی بیگی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

۲- پرسشنامه نیاز بین فردی<sup>۳</sup>: این پرسشنامه دارای چند نسخه (۱۸، ۱۵، ۱۲، ۱۰ و ۲۵ سؤالی) است که بر اساس تحقیقات هیل<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۵)، بهترین میزان اعتبار درونی را نسخه‌های ۱۰ و ۱۵ سؤالی دارند. نسخه‌ی ۱۵ سؤالی که توسط ون اوردن، کاکروویکر، وایت و جوینر جی آر<sup>۵</sup> (۲۰۱۲) تدوین گردید، به صورت خود گزارشی از شرکت‌کنندگان می‌خواهد که بهترین گزینه ممکن را متناسب با باورهایشان در مورد اینکه در حال حاضر تا چه میزانی با دیگران در ارتباط هستند (تعلق‌پذیری) و تا چه میزانی فکر می‌کنند که سربار دیگران هستند (ادراک بار بودن) را در یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از (۱) اصلاً در مورد من صادق نیست تا (۷) کاملاً در مورد من صادق است مشخص کنند. سؤالات ۷، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر در این مقیاس به معنی تعلق‌پذیری خنثی و ادراک بار بودن، بیشتر است. اعتبار درونی از طریق آلفای

1. Cognitive Flexibility Questionnaire  
2. Martin & Rubin  
3. INQ: Interpersonal Needs Questionnaire

4. Hill  
5. Van Orden, Cukrowicz, Witte & Joiner Jr

کروناخ ۰/۹۱ و پایایی خوبی برای این مقیاس گزارش شده است (هاوکینز و همکاران، ۲۰۱۴). در نمونه ایرانی نیز ضریب آلفای کروناخ این مقیاس، ۰/۸۳ گزارش شده است (رشید، کیانی چلمردی، خرمدل، یگانه و زین الدینی، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کروناخ ۰/۷۱ به دست آمده است.

## روش اجرا

پس از کسب معرفی نامه از دانشگاه محقق اردبیلی به اداره دادگستری اردبیل جهت انتخاب آزمودنی ها و جمع آوری اطلاعات به کمپ ترک اعتیاد مراجعه شد. پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه محقق اردبیلی با شناسه IR.UMA.REC.1401.031 مصوب گردیده است. در این پژوهش جهت مداخله از بسته درمان روایت درمانی استفاده شده است. این بسته توسط وایت و اپستون در سال ۱۹۹۰ طراحی شد. برای این پژوهش ۲۸ نفر از افراد معتاد به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و غیرآزمایشی (۱۲ نفر) تقسیم شدند و در هر دو مرحله پیش و پس آزمون پرسشنامه های نیازهای بین فردی، انعطاف پذیری شناختی را تکمیل کردند. افراد گروه آزمایش به مدت دو ماه در ۸ جلسه روایت درمانی ۴۵ دقیقه ای به صورت انفرادی قرار گرفتند. خلاصه ساختار جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ساختار جلسات روایت درمانی (مشاوری و لطیفی، ۱۳۹۷)

جلسات	موضوع	محتوای جلسات
اول	مقدماتی	آشنا شدن اعضا با یکدیگر / مشخص نمودن اهداف و قوانین / تبیین مدل درمانی مورد نظر / تشویق اعضا جهت شرح روایات خود
دوم	داستان زندگی	برونی سازی / بررسی روایت های غالب / مشخص سازی داستان اشباع از مشکل / واریسی نفوذ مشکل بر شخص و بالعکس / چگونگی ساخت روایت ها
سوم	روایت های زندگی	دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی فرد - یافتن تجارب اوج - دیدن داستان از منظری دیگر
چهارم	ساخت شکنی	نام گذاری مسئله / ساخت شکنی (از ضعیف کردن مشکل) / فن های باز معنایی
پنجم	ابتکارات	به چالش کشیدن اعضا / تعیین عوامل مثبت و مؤثر در داستان ها / بررسی چالش - های بزرگ زندگی / دستیابی به داستان های سایه ای افراد

**جدول ۱: ساختار جلسات روایت درمانی (مشاوری و لطیفی، ۱۳۹۷)**

جلسات	موضوع	محتوای جلسات
ششم	پیامدهای بی‌همتا	بررسی پیامدهای منحصر به فرد / به کارگیری عناصر جدید در روایت / بررسی اولویت‌ها / اهداف و افراد مهم زندگی / تغییر چهارچوب زندگی فرد
هفتم	بازسازی و بازگویی داستان - های حیات	تکیه بر بخش‌های توانمند شخص / بررسی تعامل داستان تازه با حیات شخص / جریان بخشیدن به داستان جدید / تغییر چهارچوب زندگی فرد.
هشتم	بازنویسی روایت زندگی	بررسی داستان تازه افراد / پیش‌بینی مسائل احتمالی / ویرایش نهایی داستان نو / ایفای نقش در داستان تازه زندگی خویش اجرای برنامه‌های مورد نظر.

**یافته‌ها**

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

**جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل**

جمعیت شناختی	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۴	۳۳/۳	۵	۴۱/۷
	۵	۴۱/۷	۳	۲۵
	۳	۲۵	۴	۳۳/۳
شغل	۱۲	۱۰۰	۱۲	۱۰۰
	۴	۶۶/۷	۵	۵۸/۳
	۸	۳۳/۳	۷	۴۱/۷
تأهل	۱۲	۱۰۰	۱۲	۱۰۰
	۶	۵۰	۵	۴۱/۷
	۴	۳۳/۳	۴	۳۳/۳
تحصیلات	۲	۱۶/۷	۳	۲۵
	۱۲	۱۰۰	۱۲	۱۰۰
	۵	۴۱/۷	۶	۵۰
کلی	۳	۲۵	۴	۳۳/۳
	۲	۱۶/۷	۱	۸/۳
	۲	۱۶/۷	۱	۸/۳
کلی	۱۲	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار، متغیر انعطاف پذیری شناختی و ادراک سربار بودن به تفکیک گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، ارائه شده است.

**جدول ۳: میانگین و انحراف معیار انعطاف پذیری شناختی و ادراک سربار بودن در گروه‌های آزمایش و کنترل**

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف پذیری شناختی	کنترل	۲۹/۷۵	۴/۸۶	۳۰/۶۷	۴/۷۲
	آزمایش	۳۱/۰۸	۴/۳۶	۳۸/۰۱	۴/۷۹
ادراک سربار بودن	کنترل	۳۳/۰۸	۸/۶۷	۳۲/۳۳	۸/۲۸
	آزمایش	۳۴/۸۳	۷/۶۴	۲۷/۵۸	۶/۳۹

بر اساس جدول ۳ نمره میانگین متغیر انعطاف پذیری شناختی در گروه آزمایش، در پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش و نمره میانگین متغیر ادراک سربار بودن در گروه آزمایش، در پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون‌های متغیرهای انعطاف پذیری شناختی، ادراک سربار بودن از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن نشان می‌دهد واریانس‌های دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس آزمون در انعطاف پذیری شناختی ( $F=0/30$  و  $P=0/592$ )، ادراک سربار بودن ( $F=4/097$  و  $P=0/061$ ) در سطح جامعه باهم برابر می‌باشند ( $P > 0/05$ ). همچنین آماره شاپیرو-ویلک گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون انعطاف پذیری شناختی معنادار نیست؛ بنابراین توزیع متغیر انعطاف پذیری شناختی در پیش آزمون و پس آزمون نرمال است ( $P > 0/05$ ). آزمون باکس فرض همگنی ماتریس-کوواریانس دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای پژوهش را تایید می‌کند ( $P=0/757$ ،  $BoxM=4/01$ ) و این بدان معناست که برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده در متغیرهای پژوهش در بین دو گروه کنترل و آزمایش وجود دارد. نتایج مرحله پس آزمون در جدول ۴ آمده است.

**جدول ۴: نتایج آزمون پیلایی بر میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای انعطاف پذیری شناختی و ادراک سربار بودن**

آزمون	مقدار	آماره F	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۸۰	۲۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
اثر هوتلینگز	۴/۰۲	۲۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۰۲	۲۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس آزمون وجود داشت و ۸۰ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است.

**جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل**

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان آزمون
گروه	انعطاف‌پذیری شناختی	۱۶۴/۱۲	۱	۱۶۴/۱۲	۲۲/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷
	ادراک سربار بودن	۱۷۴/۶۹	۱	۱۷۴/۶۹	۳۶/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۵
خطا	انعطاف‌پذیری شناختی	۱۴۱/۳۲	۱۹	۷/۴۴			
	ادراک سربار بودن	۹۱/۹۱	۱۹	۴/۸۴			

با توجه به نتایج جدول ۵، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت معناداری از نظر میزان متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی ( $F=۲۲/۰۷$ ،  $P<۰/۰۱$ ) و ادراک سربار بودن ( $P<۰/۰۱$ )، بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد. به عبارت دیگر، روایت درمانی میزان انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مورد مطالعه در گروه مداخله را در مقایسه با گروه کنترل افزایش و میزان ادراک سربار بودن را کاهش داده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی برای انعطاف‌پذیری شناختی برابر ۰/۵۳۷ و برای ادراک سربار بودن ۰/۶۵۵ است؛ یعنی ۵۳/۷ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس آزمون انعطاف‌پذیری شناختی و ۶۵/۵ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس آزمون ادراک سربار بودن مربوط به روایت درمانی است.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روایت درمانی بر انعطاف پذیری شناختی و ادراک سربرار بودن در افراد با گرایش به اعتیاد بود. اولین یافته پژوهش نشان داد روایت درمانی، انعطاف پذیری شناختی را در افراد با گرایش به اعتیاد بهبود می بخشد و دومین یافته پژوهش نشان داد روایت درمانی، ادراک سربرار بودن را در افراد با گرایش به اعتیاد کاهش می دهد. نتیجه پژوهش حاضر همسو با یافته های چوب فروش زاده و همکاران (۱۳۹۷) و فلاح زاده (۲۰۱۷) است که این مطالعات نشان دهنده تأثیر مداخله روایت درمانی بر نگرش ناکارآمد و کاهش افسردگی دانش آموزان دختر می باشد.

در تبیین یافته های حاضر می توان این گونه بیان کرد که انعطاف پذیری شناختی دستیابی به سازگاری مثبت و وفق در شرایط سخت و استرس زا زندگی و همچنین حفظ توانمندی سازگاری می باشد (کاربونیلا و تیمینو، ۲۰۱۶). افرادی که دارای انعطاف پذیری شناختی بوده زمانی که در شرایط ناگوار مانند از دست دادن والدین، بیماری خود یا اعضای خانواده، بد رفتاری، خشونت و ناکامی های زندگی قرار می گیرند، به جای انتخاب مسیرهای اشتباه جهت تخلیه تنش مانند اعتیاد و مصرف مواد یا رفتارهای پرخطر دیگر با سازمان دهی مجدد سیستم شناختی خود با مسئله پیش رو سازگار شده و تصمیمات درستی اتخاذ می کنند و در این صورت انعطاف پذیری شناختی آن ها روزه روز بیشتر می شود. به دیگر سخن روشن است افرادی که در انعطاف پذیری شناختی از نمرات بالا یا متوسطی برخوردارند زمانی که در وضعیتی وخیم و خطرناک قرار می گیرند، از آنجا که توانایی تغییر در شیوه فکر کردن، عمل کردن به منظور پردازش و پاسخگویی به یک موقعیت سخت و دشوار را دارا می باشند، کمتر دچار آشفتگی های روان شناختی می شوند (لی و اورسیلا، ۲۰۱۴، رودس و روزال، ۲۰۱۷) و در نتیجه گرایش به اعتیاد و مصرف مواد ندارند یا حداقل کمتر به سمت این گونه عوامل کشیده می شوند. افرادی که از انعطاف بالایی برخوردارند نه تنها در سازگاری با شرایط ناگوار موفق تر عمل می کنند بلکه از اعتماد به نفس، خودکارآمدی و خود پنداره بالایی نیز برخوردارند و ترس، نگرانی و

استرس ادراک‌شده کمتری را تجربه می‌کنند (هوبرت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). افراد منعطف شناختی در حل مسئله مهارت دارند و بر این باورند برای هر مشکلی راه‌حلی وجود دارد، کنجکاو هستند و اگر عقیده‌ای غیرمنطقی باشد پس از بررسی عقاید، عادت‌های قدیمی خود را جایگزین می‌کنند، کفایت هیجانی دارند یعنی در برابر شرایط بحرانی خشم و عصبانیت خود را کنترل می‌کنند و تصمیمات ناگهانی نمی‌گیرند و افراد مستقلی هستند و فشار اجتماعی و همسالان آنان را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. خوش‌بین هستند و جنبه‌های مثبت اتفاقات را در نظر می‌گیرند، مسئولیت‌پذیر بوده و تصمیمات اشتباه خود را علت رفتار دیگران نمی‌دانند و اسیر تجربیات دردناک خود نمی‌شوند و نگاه‌شان به سمت آینده است. روایت‌درمانی با بسط دادن دیدگاه و چشم‌انداز آزمودنی‌ها به مسائل و محیط، موجب بهبود انعطاف‌پذیری شناختی شده و به افراد کمک می‌کند تا مشکلات را از نقطه‌نظرهای مختلف ببینند و نکات مثبت و منفی مسائل را با هم در نظر بگیرند و خودشان را با شرایط محیطی تطبیق دهند. این رویکرد توسط آگاهی دادن به افراد درباره نقاط مثبت داستان‌های زندگی‌شان، توانست انعطاف‌پذیری شناختی را در داستان‌های شخصی آن‌ها یافته و تقویت کند، نام‌گذاری مجدد مسئله و بیرونی‌سازی آن باعث شده تا روایت‌درمانی رویکردی مناسب برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی باشد (چوب‌فروش‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷).

درمان روایتی به‌وسیله آگاهی بخشی اشخاص معتاد در خصوص نقاط مثبت خاطرات زندگی‌شان، توانست انعطاف‌پذیری شناختی را در داستان‌های شخصی آنان بیابد و تقویت کند. نام‌گذاری و شناسایی مشکل و فقدان‌های اشخاص و جدا در نظر گرفتن مشکلات از درون افراد (بیرونی‌سازی مشکل) منجر شده تا روایت‌درمانی، یک روش درمانی مناسب برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی افراد معتاد باشد. همچنین از علل افزایش یافتن توانایی‌های نام‌برده در افراد معتاد، به عضویت در آوردن مجدد اشخاص مهم و تأثیرگذار زندگی و ساختار بندی و شکل‌دادن دوباره روایت‌های شخصی به‌صورت مثبت یا خنثی

است که جزو مقاصد و شیوه درمان روایتی است و همگی گواهی بر مؤثر بودن این طرح درمانی روی انعطاف پذیری شناختی در افراد معتاد است.

هدف اصلی روایت درمانی ترویج عاملیت شخصی، توانمندسازی و تأمل از سوی مراجع است که همه این‌ها از طریق قاب‌بندی گذشته به‌عنوان بخشی از «داستان شخصی» افراد امکان‌پذیر می‌شود. هر فرد در طول زندگی خود به‌عنوان قهرمان داستان خود عمل می‌کند. این بدان معنی است که بسیاری از رویدادها که در زندگی آن‌ها رخ می‌دهد، دیدگاه آینده آن‌ها را در مورد زندگی، انتخاب‌ها و رفتارها شکل می‌دهد. روایت درمانی بر روی بررسی چنین مواردی از رویدادهای تأثیرگذار زندگی و استخراج معنای مثبت از آن‌ها کار می‌کند. درحالی‌که نمی‌توان انتظار داشت که تمام تاریخچه شخصی افراد برای او مثبت یا مفید باشد، روایت درمانی می‌تواند به متخصصان کمک کند تا تأثیر لحظات منفی را کمتر حس کنند یا به‌طور کلی معنای بیشتری از آن‌ها فرموله کنند. این رویکرد به مراجع اجازه می‌دهد تا مسئولیت روایت‌های خود را بر عهده بگیرد. در عمل، چنین احساسی به این معنی است که آن‌ها می‌توانند به‌طور مؤثری مسئولیت زندگی خود را به عهده گیرند، کمتر تحت تأثیر محدودیت‌های گذشته خود قرار می‌گیرند و به سمت زندگی شاد معطوف می‌شوند. این روش به‌ویژه در برخورد با تروما، یا هر نوع رویداد دیگری که تأثیر عمیقی بر آن‌ها داشته است، کارآمد است. این می‌تواند به این معنی باشد که فرد می‌تواند دیدگاه خود را در مورد زندگی، رفتار و امکانات آینده تغییر دهد. به‌علاوه، نظریه روایت می‌تواند در چارچوب اجتماعی بزرگ‌تر، به مردم توضیحی درباره دلایل اتفاقاتی که برایشان اتفاق افتاده است ارائه دهد. درون‌نگری، تأمل و تحلیل مداوم به‌عنوان راهی برای مقابله با گذشته عمل می‌کند.

افرادی که عزت‌نفس پایینی دارند و ادراک سر‌بر‌آوردن بالایی دارند احساس می‌کنند بی‌ارزش و سر‌بر‌آوردن دیگران هستند، همچنین افرادی که از افسردگی رنج می‌برند ممکن است احساس سر‌بر‌آوردن کنند؛ البته نیازی نیست شخص حتماً اختلالی داشته باشد تا حس سر‌بر‌آوردن کند بلکه برخورد با یک مشکل سلامتی که باعث شود به دیگران تکیه کند موجب ادراک سر‌بر‌آوردن می‌شود. موارد خطر قابل مشاهده از خود منجر شدن شامل موارد



زیر است: ۱- آشفتگی ناشی از بیماری جسمی، ۲- آشفتگی از بیکاری ۳- آشفتگی از زندانی بودن، ۴- پریشانی از بی‌خانه‌مانی ۵- مصرفی و ناخواسته بودن ۶- خواسته نشدن و اینکه شخص باری بر شانه خانواده است، از طرفی دیگر از خود بیزاری شامل سه عامل خطر مشخص دیگر است که از این قبیل‌اند: ۱- عزت‌نفس پایین ۲- از خود بیزاری و سرزنش خویش ۳- بی‌قراری (ون اوردن و همکاران، ۲۰۱۰). از خود بیزاری به‌عنوان حالتی تعریف می‌شود که خصیصه اساسی آن این تفکر است که "من از خودم متنفرم" یا "من بی‌ارزش و بی‌مصرفم". مدیون بودن عقیده‌ای است که شخص در مقایسه‌ی خویش با دیگران به شدت احساس کاستی دارد. این متغیر با این افکار تعیین می‌شود که "من با وجودم در اطراف دیگران کارها را خراب می‌کنم" یا "من باعث می‌شوم که اتفاقات بدی رخ بدهد" (ون اوردن و همکاران، ۲۰۱۰).

در ادراک سربار بودن، شخص حس بی‌اهمیتی کرده و می‌پندارد که باری بر روی شانه دیگران است و هیچ‌کس نمی‌تواند بر او تکیه کند. ضمناً، وقتی فرد احساس اهمیت نکند، ممکن است تعلق‌پذیری پایینی داشته که این منجر به انزوای اجتماعی می‌شود. رشیدی، خرم‌دل، غلامی و صنوبر (۲۰۱۶) و برون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۹) اظهار داشته‌اند که حمایت و اهمیت داشتن و داشتن رابطه‌ی رمانتیک می‌تواند مانعی در برابر ادراک سربار بودن باشد. به‌میزانی که فرد احساس کند که وجودش اهمیتی ندارد، احساس گسست و عدم تعلق خواهد کرد. این حس بی‌اهمیتی می‌تواند منجر به بی‌معنایی و جوددی و انزوای اجتماعی برای بعضی از افراد شود؛ اما برای بعضی دیگر از افراد ممکن است باعث به چالش کشیدن بنیان وجودی آن‌ها و درگیر شدن آن‌ها در رفتارهای خود تخریبی چون اعتیاد و خود جرحی شود. در مقابل، آن‌هایی که حس هدف و معنی برای زندگی خود را ادراک می‌کنند، به احتمال بیشتری در چشم افراد مهم زندگی خود احساس مهم بودن می‌کنند (کیانی چلمردی، جمشیدیان و رشید، ۱۳۹۷). بعضی از عارضه‌های مصرف مواد ناشی از ادراک سربار بودن است که در نتیجه‌ی ناتوانی در انجام مسئولیت و بعلاوه مشکلات قانونی، اجتماعی، جسمانی و روانی به وجود می‌آید. ادراک سربار بودن شامل تنفر از

خود و احساس می‌دین بودن است. کاهش تنفر از خود تعامل مستقیمی با کاهش دفعات مصرف مواد مخدر دارد. به علاوه کاهش علائم تنفر از خویش که در بردارنده احساسات منفی نسبت به خویش می‌باشد با به تعویق انداختن مصرف مواد مخدر ارتباط دارد (بصیر امیر، قمری و کیانی، ۱۳۹۸). روایت درمانی با بازگو کردن مجدد داستان‌های زندگی شخص دارای اعتیاد و پردازش مجدد اتفاقات و توانمندی‌ها و ارزشمندی شخص، عزت نفس را بالا برده و روابط بین فردی را تقویت و حس بهتری نسبت به اطرافیان و حداقل یک رابطه رضایت‌بخش با دیگران ایجاد می‌کند؛ لذا میزان ادراک سرباری را پایین آورده و باعث بهبود شرایط روند ترک ماده مخدر می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد کم نمونه‌های در دسترس، استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی، عدم کنترل متغیرهای مزاحم، ترخیص تعدادی از آزمودنی‌ها در اواسط فرایند درمان، فردی بودن جلسات به علت عدم اعتماد آزمودنی‌ها به هم اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در آینده حجم نمونه بیشتر و پیگیری‌های ماهانه جهت اثربخشی طولانی مدت روایت درمانی انجام بگیرد.

## منابع

- احمدی، عزت اله و قربانی، فاطمه (۱۳۹۹). رابطه افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی با رفتارهای اعتیادی با واسطه‌گری شرم و گناه. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۲۹۷-۲۷۹.
- اسد بیگی، عبدالرضا (۱۳۹۳). *تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی بر مقاومت در برابر تغییر سازمانی تحت تأثیر رفتار شهروندی سازمانی در شرکت گاز استان تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- امین‌الرعا، رضوان؛ بختیاری، فاطمه؛ نعمتی، علی و تقوی‌زاده، ابراهیم (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روایت درمانی بر بهبود آشفته‌گی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی در بیماران زن مبتلا به سرطان رحم. *پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۴(۲)، ۴۳-۶۵.

بصیر امیر، محمد؛ قمری، حسین و کیانی، احمدرضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن افراد معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۲۵۳-۲۶۸.

پروچسکا، جیمز و نورکراس، جان (۱۳۹۲). *نظریه‌های روان‌درمانی (نظام‌های روان‌درمانی): تحلیل میان‌نظری*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

پین، مارتین (۱۳۹۸). *روایت‌درمانی جهت‌آشنایی متخصصان مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمه مریم اسماعیلی نسب و حلیمه پناهی. تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۶).

ترکمن، مهدیس؛ داودی، اعظم؛ نظیری، قاسم و فتح، نجمه (۱۴۰۱). رابطه بین ترومای کودکی با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر با توجه به نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی و نشخوار فکری در افراد با اختلال استرس پس از سانحه. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۱-۱۰.

جهانگیری، میلاد؛ گل محمدیان، محسن و حجت‌خواه، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برنشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در معتادان تحت درمان متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۸۴-۱۶۹.

چوب فروش زاده، آزاده؛ سعیدمنش، محسن و رشیدی، محدثه سادات (۱۳۹۷). اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی دختران نوجوان بدسرپرست مراکز بهزیستی مشهد. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸(۷۶)، ۸-۱.

دهقانی فیروزآبادی، سمیره؛ قاسمی، حامد؛ منتظرهدش، رویا؛ فاتحی زاده، مریم؛ ذوالفقاری، سلاله و ابراهیمی، علی اکبر (۱۳۹۳). اثربخشی مصاحبه انگیزشی (مدل MI) بر پیش‌بینی عود زنان وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۲۹)، ۶۰-۴۵.

رشید، سجاده؛ کیانی چلمردی، احمدرضا؛ خرمدل، کاظم؛ یگانه، نرگس و زین الدینی، سعید (۱۳۹۶). رابطه اضطراب مرگ، اهمیت داشتن، تعلق‌پذیری خنثی و احساس بار بودن با خودکشی در دانشجویان. *نشریه ایرانی مراقبت اورژانس*، ۱(۱)، ۴۲-۳۲.

سلامی، فروزش؛ حاتمی، حمیدرضا و نوری، ربابه (۱۳۹۷). الگوی ساختاری گرایش به مصرف مواد در نوجوانان بر مبنای فضای روانشناختی خانواده و پیشینه اعتیاد اعضای خانواده با میانجیگری گروه همسالان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی*، ۲(۴۶)، ۲۶۵-۲۸۴.

- صادقی، مسعود و کریمی، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله سرمایه روان‌شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تاب‌آوری افراد معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۸۳-۱۰۲.
- صدری دمیرچی، 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 اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۵)، ۱۱۳-۱۳۰.
- قادری، زهرا؛ خدادادی، زهرا و عباسی، زهرا (۱۳۸۹). اثربخشی روایت‌درمانی بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهر شیراز. *فصلنامه زن و جامعه*، ۱(۳)، ۲۵-۴۰.
- کیانی چلمردی، احمدرضا؛ جمشیدیان، یاسمن و رشید، سجاد (۱۳۹۷). تحلیل نقش میانجی مدل بین فردی خودکشی (ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری خنثی) در رابطه بین اهمیت داشتن و خودکشی. *اندیشه و رفتار*، ۱۲(۴۷)، ۱۴۳-۱۲۵.
- کیانی چلمردی، احمدرضا؛ رشید، سجاد و رمضان، شکوفه (۱۳۹۸). اعتباریابی مدل یکپارچه انگیزشی‌ارادی خودکشی در بین دانشجویان: مدل ساختاری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۲)، ۱۹۴-۲۰۹.
- گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ هربرت (۱۴۰۰). *خانواده درمانی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: پخش رسا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).
- محمدی سلطان آبادی، آرزو؛ متقی دستنایی، شکوفه و کردی اردکانی، احسان (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف‌کننده مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۳۳۴-۳۰۹.
- مشاور، مریم و لطیفی، زهره (۱۳۹۷). اثربخشی روایت‌درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت‌های مقابله با استرس همسران معتاد تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۱۸-۱۰۳.
- مورگان، آلیس (۱۳۹۹). *پیش‌درآمدی بر روایت‌درمانی*. ترجمه گیتا پیربادیان و پیمان آب‌خضر. تهران: نشر شورآفرین. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).

## References

- Brown, R. M., Brown, S. L., Johnson, A., Olsen, B., Melver, K., & Sullivan, M. (2009). Empirical support for an evolutionary model of self-destructive motivation. *Suicide and life-threatening behavior*, 39(1), 1-12.

- Bryan, C. J. (2011). the clinical utility of a brief measure of perceived burdensomeness and thwarted belongingness for the detection of suicidal military personnel. *Journal of clinical psychology*, 67(10), 981 -992.
- Buitron, V., Hill, R. M., Pettit, J. W., Green, K. L., Hatkevich, C., & Sharp, C. (2016). Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: An indirect association through perceived burdensomeness toward others. *Journal of affective disorders*, 190, 143-149.
- Carbonella, J. Y., & Timpano, K. R. (2016). Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. *Journal of behavior therapy*, 47(2), 262-273.
- Chuang, C. W. I., Sussman, S., Stone, M. D., Pang, R. D., Chou, C. P., Leventhal, A. M., & Kirkpatrick, M. G. (2017). Impulsivity and history of behavioral addictions are associated with drug use in adolescents. *Addictive behaviors*, 74, 41-47.
- 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.
- Eades A. (2016). *Suicide among older adults: An exploration of the effects of personality and self-esteem on thwarted belongingness, perceived burdensomeness, and suicidal ideation*. Doctoral dissertation, University of Colorado, Colorado Springs.
- Fallahzadeh, M. (2017). The effect of cognitive errors avoidance through narrative therapy on depression and dysfunctional attitude of elementary girl students. *International journal of children and adolescents*, 3(4), 1-8.
- Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical psychology review*, 30(8), 1030-1039.
- Flaskas, C. (2022). *Family therapy beyond postmodernism: Practice challenges theory*. New York: Taylor & Francis Inc.
- Ghandehari, M., Moosavi, L., Jazi, F. R., Arefi, M., & Ahmadzadeh, S. (2018). The effect of narrative therapy on resiliency of women who have referred to counseling centers in Isfahan. *International journal of educational and psychological researches*, 4(2), 65-80.
- Hawkins, K. A., Hames, J. L., Ribeiro, J. D., Silva, C., Joiner, T. E., & Cougle, J. R. (2014). An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Journal of psychiatric research*, 50, 59-65.
- Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C. E., Sharp, C., Green, K. L., & Pettit, J. W. (2015). Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. *Suicide and life-threatening behavior*, 45(3), 302-314.
- Hobert, M. A., Meyer, S. I., Hasmann, S. E., Metzger, F. G., Suenkel, U., Eschweiler, G. W., & Maetzler, W. (2017). Gait is associated with

- cognitive flexibility: a dual-tasking study in healthy older people. *Frontiers in aging neuroscience*, 9, 154-162.
- Khazem, L. R., Law, K. C., Green, B. A., & Anestis, M. D. (2015). Examining the relationship between coping strategies and suicidal desire in a sample of United States military personnel. *Comprehensive psychiatry*, 57, 2-9.
- Lamis, D. A., & Lester, D. (2012). Risk factors for suicidal ideation among African American and European American college women. *Psychology of women quarterly*, 36(3), 337-349.
- Lee, J. K., & Orsillo, S. M. (2014). Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder. *Journal of behavior therapy*, 45(1), 208-216.
- Mahmoudi Souran, H., Sanagouyemoharer, G. R., & Shirazi, M. (2019). Acceptance and commitment therapy improves psychological flexibility of students with thalassemia major: a randomized controlled trial. *Practice in clinical psychology*, 7(2), 107-116.
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological reports*, 76(2), 623-626.
- Park, Y., & Kim, H. S. (2019). Validation of the Korean version interpersonal needs questionnaire. *Suicide and life-threatening behavior*, 49(3), 739-758.
- Pellerin, N., Raufaste, E., Corman, M., Teissedre, F., & Dambrun, M. (2022). Psychological resources and flexibility predict resilient mental health trajectories during the French covid-19 lockdown. *Scientific reports*, 12(1), 1-16.
- Rashid, S., Khorramdel, K., Gholami, F., & Senobar, L. (2016). The relationship between interpersonal psychological theory of suicide constructs (loneliness, perceived social support, thwarted belongingness and burdensomeness) and suicidal behavior among Iranian students. *Health education and health promotion*, 4(2), 35-48.
- Rhodes, A., & Rozell, T. (2017). Cognitive flexibility and undergraduate physiology students: increasing advanced knowledge acquisition within an ill-structured domain. *Advances physiology education*, (41), 375-382.
- Seo, J. W. (2019). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness in Korean college students: Psychometric properties and cultural considerations for the interpersonal needs Questionnaire-10. *Death studies*, 44(5), 261-269.
- Shakeri, J., Ahmadi, S. M., Maleki, F., Hesami, M. R., Moghadam, A. P., Ahmadzade, A., & Elahi, A. (2020). Effectiveness of group narrative therapy on depression, quality of life, and anxiety in people with amphetamine addiction: a randomized clinical trial. *Iranian journal of medical sciences*, 45(2), 91-100.

- Shoemaker, D. J. (2010). *Theories of delinquency: an examination of explanations of delinquent behavior*, 6th Ed. New York: Oxford University Press.
- Steinberg, L., & Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental psychology*, 43(6), 15-31.
- Tripp, M. K. (2018). Tanning addiction in adolescents: directions for measurement and intervention development. *Journal of investigative dermatology*, 138(7), 1463-1467.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological assessment*, 24(1), 197-210.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-586.

## روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود

نرجس عامری<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۹

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر، تعیین نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. **روش:** این پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. از میان بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شاهرود، ۲۵۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه ولع مصرف، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، و مقیاس شفقت به خود بود. به منظور تحلیل مدل پژوهش، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار آموس-۲۴ استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر ولع مصرف اثر مستقیم و معنادار داشتند و شفقت به خود در رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ولع مصرف نقش واسطه‌ای معناداری داشت. در مجموع، نتایج نشان داد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که افراد در معرض خطر برگشت، دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه بودند و با توجه به اینکه این طرحواره‌ها در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرد و نقش عمده‌ای در آسیب‌پذیری افراد دارند، توصیه می‌شود که طرحواره‌های ناسازگار در طرح‌ریزی روش‌های پیشگیری و همچنین برنامه‌های درمانی برای افراد وابسته به مواد مورد توجه قرار گیرد. لذا، هر دو متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شفقت به خود نقش مهمی در ولع مصرف دارند. بنابراین، توجه به این متغیرها در کاهش ولع مصرف از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

**کلیدواژه‌ها:** طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ولع مصرف، شفقت به خود، متادون، افراد وابسته به مواد

۱. مدرس دانشگاه سمنان، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. پست الکترونیک:



## مقدمه

شیوع وابستگی به مواد مخدر به سرعت در ایران و در سطح جهانی در حال افزایش است و به یک نگرانی مهم در زمینه بهداشت عمومی تبدیل شده است (شه‌بازی، میرترابی، غدیرزاده، شجاعی و نظری، ۲۰۲۰). اعتیاد توسط موسسه ملی سوءاستفاده دارویی<sup>۱</sup> به صورت بیماری مغزی مزمن عودکننده مشابه با سایر بیماری‌های مزمن عودکننده مانند آسم، دیابت و بیماری‌های قلبی تعریف می‌شود (رایت و لیتل<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). مشخصه اصلی اعتیاد اجبار در جستجو و مصرف مواد، عدم کنترل در محدود ساختن ماده مصرفی، صرف زمان بسیار در رفتارهای اعتیادی و اعمال تکراری است (ریسل<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). فرد وابسته به مواد با اینکه مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد را تجربه می‌کند، اما قادر به قطع مصرف نیست و به‌طور اجباری و وسواس گونه به مصرف مواد می‌پردازد (کاپلان و سادوک<sup>۴</sup>، ۱۳۹۳). سوءمصرف مواد مخدر<sup>۵</sup> آسیب‌های متعدد مالی، بهداشتی و روانی نظیر از دست دادن دارایی‌های فردی، افزایش خشونت، خطر ابتلا به ایدز، بزهکاری، بیکاری، افزایش ابتلا به اختلالات روانی و افکار خودکشی را می‌تواند به همراه داشته باشد (رحمتی، خدابخشی کولایی و جهانگیری، ۱۴۰۰). همچنین، سوءمصرف مواد منجر به پیامدهای جسمانی و روانی قابل توجهی شده و نتایج جبران‌ناپذیری را برای فرد و جامعه ایجاد می‌کند (دهقانی‌زاده، حیدریه‌زاده و ایدی-بایگی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). همبودی سوءمصرف مواد با اختلالات روانی شایع است که این امر منجر به افزایش خطر مرگ و میر می‌شود (جونز و مک‌کانس-کتس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). علاوه بر این، حدود ۳۱ درصد این افراد دارای اختلالات روان‌شناختی و بدکارکردی شناختی هستند (برویجن<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، میزان شیوع بالای سوءمصرف مواد مخدر ضرورت توجه به درمان‌های متناسب با نیاز بیماران را اجتناب‌ناپذیر می‌نماید.

1. National institute on drug abuse (NIDA)  
2. Wright & Little  
3. Riesel  
4. Kaplan & Sadock's

5. substance abuse  
6. Dehghanizadeh, Heydariyehzadeh & Eydi-Baygi  
7. Jones & McCance-Katz  
8. Bruijnen

انواع اصلی درمان اعتیاد شامل مداخلات روانشناختی، درمان جایگزینی با مواد افیونی و سم‌زدایی جسمی است (مور<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست، درمانی جایگزین و موثر برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر می‌باشد و یک روش معمول برای بازتوانی در افرادی است که از مواد اعتیادآور استفاده می‌کنند (لوین تلیس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). متادون آگونیست گیرنده‌های مو و داروی ضد درد ترکیبی است که قدرت چسبندگی بالاتری به گیرنده‌های اپیوئیدی نسبت به تریاک و مشتقات آن دارد که در میان داروهای آگونیست بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد و به دلیل تعامل با گیرنده‌های مواد افیونی، به عنوان یک استراتژی درمانی موثر برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر تأیید شده است (مور و همکاران، ۲۰۱۶). به همین منظور، برنامه‌های جایگزینی متعددی در سراسر جهان با استفاده از متادون وجود دارد و گزارش شده است که آن‌ها احتمال بهبود را برای افراد معتاد افزایش می‌دهند (جونس، ژاک، کربی، ویلسون و مورثی<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). کم هزینه بودن متادون به همراه قدرت بالای آن در کنترل شرایط جسمی و روانی اعتیاد، آن را به داروی مفیدی در درمان معتادان تبدیل کرده است (هیگینز، اسمیت و متیوز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸).

در این نوع درمان، این ماده به صورت کنترل شده در شربت خوراکی به بیماران تجویز می‌شود (لوین تلیس و همکاران، ۲۰۱۹). کارشناسان معتقدند که جایگزینی متادون مصرف اجباری مواد، شیوع اعتیاد به مواد مخدر تزریقی و بیماری‌های خطرناکی مانند ایدز را کاهش می‌دهد و از طرف دیگر، ارتباط بین معتادان به مواد مخدر را با فروشندگان مواد مخدر قطع کرده و احتمال بزهکاری را کاهش می‌دهد. بنابراین مصرف متادون علاوه بر کاهش سوءمصرف مواد باعث بهبود در سلامت روان افراد و کاهش ارتکاب به جرایم اجتماعی مرتبط با سوءمصرف مواد می‌شود و بیمار را به فردی مولد تبدیل می‌کند (نوردمان<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). چنین امری به بیماران اجازه می‌دهد تا به جوامع خود

1. Moore  
2. Leventelis  
3. Jones, Jack, Kirby, Wilson & Murphy

4. Higgins, Smith & Matthews  
5. Nordmann

بازگردند و سایر حوزه‌های زندگی را مورد توجه قرار دهند؛ لذا، درمان نگهدارنده با متادون از رایج‌ترین درمان‌ها برای بیماران با رفتارهای پرخطر می‌باشد و مصرف طولانی مدت و منظم آن از عود مجدد و آسیب بیشتر جلوگیری می‌کند (جونس و همکاران، ۲۰۲۱).

هرچند شواهد نشان می‌دهد که مصرف متادون به دلیل خاصیت شبه افیونی خود می‌تواند به‌طور گسترده‌ای از تمایل بیماران به مصرف مواد مخدر بکاهد، اما اغلب افراد تحت درمان با متادون به خاطر وجود وسوسه یا ولع<sup>۱</sup> مصرف، اقدام به مصرف هم‌زمان مواد مخدر به همراه داروی جایگزین می‌کنند که این مسئله افزون بر اینکه نوعی شکست در درمان نگهدارنده محسوب می‌گردد، تهدیدی جدی برای سلامتی این بیماران نیز است (مک نیل، برانیل، اسکیلدینگ و دی توماس<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). ولع مصرف از مشکلات مورد توجه در اعتیاد است که به نوعی نمایانگر تمایل زیاد به مصرف مواد است. ولع مصرف مواد با تمایل زیاد به ایجاد حس خوشایند و یا چیره شدن و کاهش هیجانات ناخوشایند مرتبط است (قنبری پیرکاشانی، شهیدی، حیدری و نجاتی، ۱۳۹۹). این عامل به صورت اجبار برای مصرف تعریف می‌شود که حالتی روان‌شناختی داشته و طی آن میل شدید و مقاوم جهت مصرف مواد در بیمار ایجاد می‌گردد و موجبات ایجاد تنش‌های روان‌شناختی نظیر اضطراب را ایجاد می‌نماید (رای و روچ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). ولع مصرف عمدتاً ناشی از رویارویی با نشانه‌های مرتبط با تجارب یا تخیلات فرد مصرف‌کننده از شرایط مرتبط با لذت مصرف مواد می‌باشد و خصیصه اصلی وابستگی به مواد است (البال و بزلو<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱). ولع مصرف مواد مهم‌ترین عامل شروع مجدد مصرف مواد، پس از یک دوره قطع مصرف و پرهیز از مواد مخدر است (گیلبرت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴) و می‌توان بیان داشت که در پدیده اعتیاد نقش به‌سزایی دارد، طوری که وسوسه در مواجهه با نشانه‌ها در مصرف مجدد مواد پس از درمان کامل از مهم‌ترین عوامل محسوب می‌شود (رای و روچ، ۲۰۱۸). به همین دلیل،

1. Craving  
2. MacNeill, Brunelle, Skelding & DiTommaso

3. Ray & Roche  
4. Albal & Buzlu  
5. Gilbert

شناسایی این پدیده، عوامل مرتبط و نیز راهبردهایی جهت کنترل و تعدیل آن دارای اهمیت قابل توجهی است.

یکی از عوامل مرتبط با ولع مصرف، طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۱</sup> است. اعتقاد بر این است که سوء مصرف مواد مخدر یکی از راهکارهای مقابله‌ای است که فرد برای جلوگیری از اثرات منفی طرحواره‌های ناسازگار اولیه که فعال شده‌اند، استفاده می‌کند (البال و بازلو، ۲۰۲۱). پژوهش‌های بسیاری وجود دارند که رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار و میزان ولع مصرف را نشان داده‌اند (کرجوه، عزائودی، بولبرادو، سملائی و آهمی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲). طرحواره‌ها الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که موجب سوق دادن افراد به رفتارهای اعتیادی می‌شوند. طبق تعریف یانگ و براون<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در اوایل رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در طول زندگی تکرار می‌شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب سوگیری در تفسیر رویدادها می‌شوند. این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی به صورت سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف‌شده، فرض‌های نادرست، هدف‌ها و انتظارات غیرواقع‌بینانه پدیدار می‌شوند (شاکری و فتحی، ۱۳۹۸).

مک‌دانل، هوی، مک‌کالی و دوکری<sup>۴</sup> (۲۰۱۸) در بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ولع مصرف در افراد معتاد نشان دادند تمام ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه در سطوح مختلف در میان بیماران وابسته به مواد مخدر زن و مرد تأیید شده است و عدم کنترل کافی در رفتار این افراد علت شایع ولع مصرف در افراد وابسته به مواد مخدر می‌باشد. شوروی، آندرسون و استارت<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) در بررسی خلق و خوی منفی با ولع مصرف مواد مخدر زنان مصرف‌کننده مت‌آفتمین که در سم‌زدایی اجباری بودند، نشان دادند رابطه مثبت بین هیجانات منفی و ولع مصرف وجود دارد. کرجوه و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان دادند بین ولع مصرف و طرحواره‌های ناسازگار رابطه مثبت معناداری وجود دارد. از طرفی،

1. Early maladaptive schemes  
2. Karjough, Azzaoui, Boulbaroud, Samlali & Ahami  
3. Brown

4. Mc Donnell, Hevey, McCauley & Ducray  
5. Shorey, Anderson & Stuart

طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند زمینه‌ساز شفقت به خود نیز باشند. در این صورت با فعال شدن آن‌ها شفقت به خود کاهش می‌یابد (پیزکوکا و استوجک<sup>۱</sup>، ۲۰۲۲؛ فرینکی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹؛ یاکین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵).

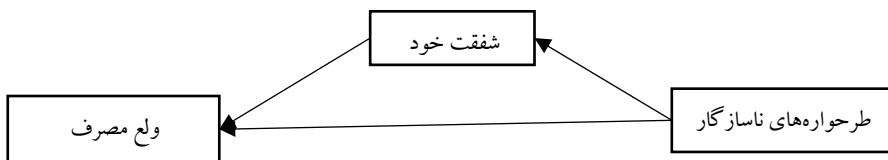
اگر چه ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف مورد بررسی قرار گرفته (کرجوه و همکاران، ۲۰۲۲؛ مک‌دانل و همکاران، ۲۰۱۸؛ شوروی و همکاران، ۲۰۱۵)؛ با این وجود، توجه اندکی به عوامل میانجی این رابطه شده است. یکی از مکانیزم‌های میانجی این رابطه، شفقت به خود<sup>۴</sup> می‌باشد. اخیراً محققان نیز به نقش شفقت به خود از کودکی تا مشکلات مرتبط با مصرف مواد توجه فزاینده‌ای کرده‌اند. شفقت به خود یکی از خصوصیات شخصیتی است که به عنوان یک عامل شخصیتی حفاظتی در مقابل ولع مصرف مواد قرار دارد (بشرپور و همکاران، ۲۰۱۴). شفقت به خود انعطاف‌پذیری روانشناختی و هیجانی است که منجر به سازگاری فرد در برابر مشکلات می‌شود (نف<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). سطوح بالای شفقت به خود ممکن است از طریق فراهم کردن منابع مقابله‌ای تسکین‌دهنده خودارزیابی‌های منفی از ولع مصرف جلوگیری کند و یا آن را کاهش دهد (بشرپور و احمدی، ۱۳۹۸). شرفلر<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۲۲) پیشنهاد کرده‌اند که افراد با طرحواره‌های ناسازگار ممکن است ترس از شفقت را تجربه کنند که می‌توان مانع از بهبودی به خصوص برای افراد دارای شرم و خودانتقادی بالا باشد. گیلبرت (۲۰۱۴) نیز در پژوهش خود عنوان کرده که شفقت به خود عامل مهمی برای رهایی از ولع مصرف مواد است. فیلیپس، پانجاگوآ، ویلکاکسون و پاتر<sup>۷</sup> (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین شفقت به خود و ولع مصرف مواد رابطه معکوس وجود دارد. چن<sup>۸</sup> (۲۰۱۹) گزارش کرده‌اند که افراد دارای ولع مصرف مواد در مقایسه با جمعیت‌های عمومی از سطوح پایین شفقت به خود برخوردار هستند. بشرپور و احمدی (۱۳۹۸) دریافتند که بیماران دارای سطوح بالای شفقت به خود شدت کمتری از مشکلات مرتبط با اعتیاد را

1. Pyszkowska & Stojek  
2. Firinci  
3. Yakın  
4. self-compassion  
5. Neff

6. Shreffler  
7. Phelps, Paniagua, Willcockson & Potter  
8. Chen

گزارش کرده‌اند. براین اساس میتوان بیان داشت که شفقت به خود در آمادگی برای تغییر و کاهش ولع مصرف افراد وابسته به مواد نقش مهمی دارد (گیلبرت، ۲۰۱۴). از سوی دیگر، طرحواره‌های ناسازگار اولیه شفقت به خود را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ در این رابطه، یاکین (۲۰۱۵) دریافتند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شفقت به خود ارتباط وجود دارد. بنابراین به نظر می‌رسد که سطوح بالای شفقت به خود از ولع مصرف در افراد با سوء مصرف مواد دارای طرحواره‌های ناسازگارانه حمایت می‌کند. در حالی که سطوح پایین شفقت به خود ممکن است نقش مهمی در ولع مصرف مواد داشته باشد (فلیپس و همکاران، ۲۰۱۸). به طور کلی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه عامل کلیدی در بروز شفقت به خود است؛ با این حال، مکانیسم‌هایی که از طریق آن طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر شفقت به خود تأثیر می‌گذارد، نیاز به بررسی بیشتر دارد.

باتوجه به آنچه ذکر شد، به نظر می‌رسد افرادی که طرحواره‌های ناسازگار دارند، شفقت به خود پایین‌تری دارند و این امر منجر به ولع و عود مصرف آن‌ها خواهد شد. مطالب مذکور می‌تواند بیانگر اهمیت شفقت به خود در ولع مصرف باشد. بنابراین، مشخص نمودن مکانیسم‌های مؤثر در ولع مصرف در قالب مدل باعث فهم بهتر و افزایش برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای خواهد شد. به طور کلی با توجه به اینکه رویکردهای پیشگیرانه در دهه‌های گذشته تکمیل نشده‌اند و نقش عوامل روان‌شناختی (نظیر شفقت به خود و طرحواره‌های ناسازگار اولیه) در ولع مصرف مواد مبهم باقی مانده و نیز با در نظر گرفتن این امر که پژوهشی که به طور همزمان این متغیرها را بررسی کند کمتر انجام شده، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا شفقت به خود در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ولع مصرف در افراد تحت درمان با متادون نقش میانجی دارد؟



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی (معادلات ساختاری) بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شاهرود در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه با رجوع به راهکار کلاین<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) برای مطالعاتی که از روش معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، تعیین شد. کلاین (۲۰۱۵) مطرح می‌کند که حداقل نسبت حجم نمونه برای هر متغیر مشاهده شده ۵ نفر است، نسبت ۱۰ نفر به ازای هر متغیر مناسب‌تر و نسبت ۲۰ نفر به ازای هر متغیر مطلوب قلمداد می‌شود؛ بنابراین در پژوهش حاضر با توجه به امکان ریزش نمونه‌ها و همچنین اطمینان بالای یافته‌ها و تعمیم دهی بهتر، نمونه‌ای برابر با ۲۵۰ نفر، به روش دردسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: داشتن تحصیلات حداقل سیکل، قرار گرفتن تحت درمان با متادون، شرکت داوطلبانه در پژوهش و عدم دریافت درمان روان‌شناختی همزمان با مداخله پژوهش و ملاک خروج از پژوهش، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. پس از مراجعه به مراکز ترک اعتیاد شهر شاهرود، پرسشنامه پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و امکان انصراف از ادامه همکاری در همه مراحل پژوهش وجود داشت. اطلاعات جمعیت‌شناختی در ابتدای پرسشنامه مورد سؤال قرار گرفت. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از مدل معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS<sup>۲۴</sup> تحلیل شدند.

### ابزار

۱- پرسشنامه ولع مصرف<sup>۲</sup>: این پرسشنامه با محوریت ولع مصرف به‌عنوان یک حالت انگیزشی توسط فرانکن، هندریکس، ون دن برنیک<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) طراحی گردید و ولع مصرف مواد دوره‌ای را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال است که سه

1. Kline  
2. Desire for drug questionnaire

3. Franken, Hendricks & Van den  
Bernick

عامل تمایل و قصد نسبت به مصرف مواد (سؤالات ۱، ۲، ۱۲، ۱۴)، میل به مصرف و تقویت منفی یا باور به رفع مشکلات زندگی و کسب لذت هم‌زمان با مصرف مواد (سؤالات ۷، ۴، ۵، ۹، ۱۱) و لذت و شدت فقدان کنترل (سؤالات ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۳) را در بر می‌گیرد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) می‌باشد. فرانکن و همکاران (۲۰۰۰) اعتبار کلی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۰ و ۰/۷۵ گزارش نموده‌اند. همچنین، بیان نمودند این پرسشنامه از روایی همگرا و افتراقی مطلوبی برخوردار است. همسانی درونی مؤلفه‌های این پرسشنامه در بررسی مکرری، اختیاری، حسنی ابهریان و گنجگ آهی (۱۳۸۹) در سوءمصرف کنندگان انواع مختلف مواد افیونی از جمله کراک و هروئین به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹ و ۰/۴۰ و در سوءمصرف کنندگان مت‌آمفتامین به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین روایی محتوایی این آزمون را ۲۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی تأیید کرده‌اند (مکرری و همکاران، ۱۳۸۹). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد.

۲- پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ! این پرسش‌نامه شامل ۷۵ گویه است که برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه توسط یانگ و براون (۲۰۰۵)، تدوین گردید. هر گزاره بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. 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 تحول‌نیافته/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، خویش‌نترداری و خودانضباطی ناکافی) قرار دارند (شاگری و فتحی، ۱۳۹۸). نمره‌های



کسب شده در هر طرحواره بین ۵ تا ۳۰ می‌باشد. ساگینو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸) برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفای ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ را به دست آوردند و ضریب بازآزمایی در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. بچ، سیمونسن، کریستوفرسن و کریستون<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) نیز ساختار عاملی و روایی سازه این مقیاس را تایید کرده‌اند. استانیسزک و پوپیل<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ را گزارش کردند. آقاییوسفی و امیرپور (۱۳۹۱) نیز آلفای کرونباخ پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ را ۰/۸۱ و پایایی آن را از طریق دو نیمه‌سازی ۰/۷۲ به دست آوردند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد.

۳- مقیاس شفقت به خود: یک پرسشنامه خود گزارش دهی ۲۶ سوالی برای دستیابی به سطح شفقت به خود است. این مقیاس دارای اعتبار، پایایی و ثبات درونی بالا و مطلوبی است (نف، ۲۰۰۳). این مقیاس علاوه بر نمره کل دارای ۶ خرده مقیاس مهربانی به خود (۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳ و ۲۶)، قضاوت نسبت به خود (۱، ۸، ۱۱، ۱۶ و ۲۱)، ذهن آگاهی (۹، ۱۴، ۱۷ و ۲۲)، همانندسازی افراطی (۲، ۶، ۲۰ و ۲۴)، مشترکات انسانی (۳، ۷، ۱۰ و ۱۵) و انزوا (۴، ۱۳، ۱۸ و ۲۵) است. پاسخ دهندگان در مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از صفر (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) به سوالات این مقیاس پاسخ می‌دهند. میانگین نمرات این شش مقیاس نیز (با احتساب نمرات معکوس) نمره کلی شفقت به خود را به دست می‌دهند. آلفای کرونباخ این مقیاس با استفاده از بازآزمایی در فاصله سه هفته ۰/۹۳ گزارش شده است (نف، ۲۰۰۳). پژوهش‌های مربوط به اعتباریابی مقدماتی این پرسشنامه نشان داده‌اند که همه این شش مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل عاملی تاییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای شفقت به خود این همبستگی درونی را تبیین می‌کند (نف، ۲۰۰۳). خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی ۶ عامل را به دست آوردند. همچنین آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۷۶ به دست آوردند. آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های مهربانی با خود، خودقضاوتی، مشترکات انسانی، انزوا،

1. Saggino  
2. Bach, Simonsen, Christoffersen & Kriston

3. Staniszek & Popiel

ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ گزارش شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۶ بدست آمد.

### یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن ۳۳/۲۳ (۵/۹۳) و میانگین (انحراف معیار) مدت مصرف ۶/۴۲ (۲/۳۰) سال بود. از مجموع آن‌ها، ۸۲ نفر مرد (۳۲/۸ درصد)، ۱۶۸ نفر زن (۶۷/۲ درصد) بودند. ۹۵ نفر تحصیلات راهنمایی (۳۸ درصد)، ۱۰۳ نفر دیپلم (۴۱/۲ درصد) و ۵۲ نفر لیسانس (۲۰/۸ درصد) داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	زیر مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	بریدگی و طرد	۷۴/۲۶	۲۱/۶۴	-۰/۰۴	-۰/۹۱
	خودگردانی و عملکرد مختل	۵۸/۶۷	۱۵/۸۳	۰/۲۲	-۰/۶۳
	دیگر-جهت‌مندی	۲۹/۸۷	۷/۷۷	۰/۱۴	-۰/۳۰
	گوش به زنگی و بازداری	۲۷/۲۶	۸/۴۲	۰/۴۶	-۰/۷۵
	محدودیت مختل	۲۹/۴۱	۷/۵۷	۰/۵۸	۱/۲۶
شفقت به خود	نمره کل طرحواره‌های ناسازگار	۲۱۹/۴۸	۵۰/۵۰	۰/۰۶	-۰/۷۰
	مهربانی به خود	۹/۲۱	۱/۶۹	-۰/۲۲	-۰/۸۱
	قضاوت نسبت به خود	۹/۰۱	۱/۶۴	۰/۰۴	-۰/۶۵
	اشتراکات انسانی	۱۰/۲۳	۱/۴۳	۰/۲۶	-۰/۷۴
	انزوا	۹	۱/۶۳	۰/۴۷	-۰/۹۹
ولع مصرف	ذهن آگاهی	۸/۹۶	۱/۸۰	۰/۱۱	-۱/۰۸
	همانندسازی افراطی	۸/۸۲	۱/۶۸	۰/۴۶	-۱/۱۹
	نمره کل شفقت به خود	۵۱/۲۴	۴/۳۴	-۰/۲۴	۰/۳۰
	تمایل به مصرف	۱۶/۴۴	۳/۷۵	۰/۲۰	-۰/۷۳
	میل به مصرف و تقویت منفی	۲۴/۱۲	۵/۸۱	-۰/۰۶	-۱/۰۱
ولع مصرف	لذت و شدت فقدان کنترل	۱۵/۳۴	۳/۷۴	۰/۰۸	-۰/۶۹
	نمره کل ولع مصرف	۵۵/۸۹	۱۲/۱۹	۰/۰۴۳	-۰/۸۱

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همچنین در دو ستون دیگر جدول نتایج کجی و کشیدگی جهت نرمال بودن داده‌ها آمده است. همانگونه که مشاهده می‌شود شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار دارد که و حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن آن‌ها جهت انجام مدل معادلات ساختاری است. پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف<sup>۱</sup> استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ( $p > 0/05$ ). با توجه به اینکه زیربنای مدل معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- بریدگی و طرد							
۲- خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۸۰**						
۳- دیگر-جهت‌مندی	۰/۵۸**	۰/۶۵**					
۴- گوش به زنگی و بازداری	۰/۴۵**	۰/۴۱**	۰/۴۲**				
۵- محدودیت مختل	۰/۵۵**	۰/۴۴**	۰/۳۸**	۰/۵۰**			
۶- شفقت به خود	۰/۲۹**	۰/۳۳**	۰/۲۵**	۰/۱۵**	۰/۲۳**		
۷- ولع مصرف	۰/۶۰**	۰/۵۹**	۰/۴۹**	۰/۴۲**	۰/۵۱**	۰/۴۷**	۱

\* $p < 0/05$  \*\* $p < 0/01$ 

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین همه متغیرهای پژوهش همبستگی معنادار وجود دارد. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون<sup>۲</sup> استفاده شد که مقدار آن ۱/۶۳ به دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد میتوان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه همخطی برای متغیرهای برونزای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل<sup>۳</sup> و

1. Kolmogoro-Smirnov test  
2. Durbin-Watson

3. Tolerance

عامل تورم واریانس<sup>۱</sup> بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه همخطی محقق شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آن‌ها از حد بحرانی<sup>۲</sup> کمتر بود. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه<sup>۳</sup> (۰/۸۳) و شاخص کرویت بارتلت<sup>۴</sup> (df=۹۱ و  $p < ۰/۰۱$ ) حاکی از برآورده شدن ملاک‌های لازم برای مدل معادلات ساختاری بود. جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

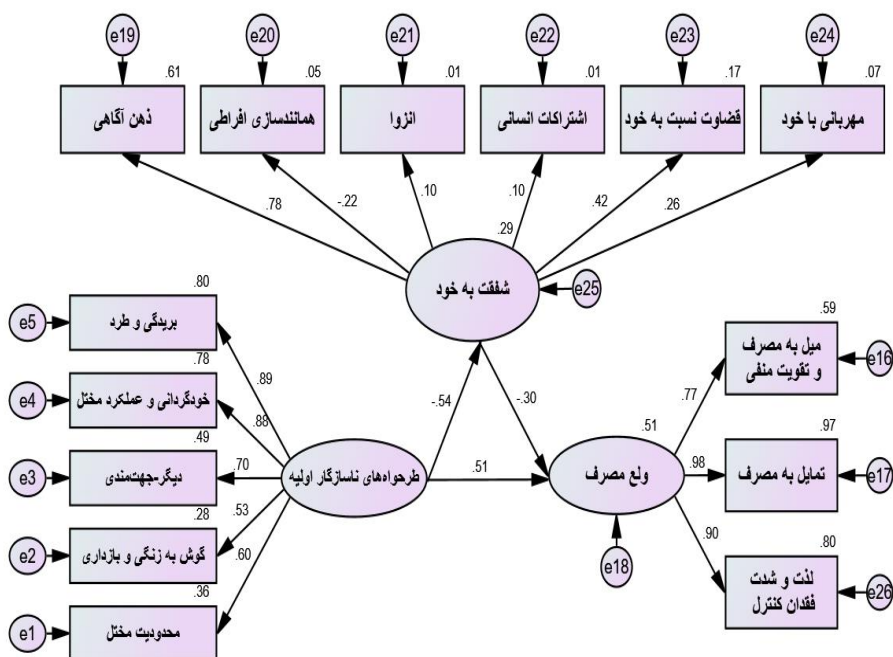
جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص برازندگی	X <sup>2</sup> /df	CFI	NFI	GFI	AGFI	IFI	RMSEA	PCLOSE
مقادیر قابل قبول	< ۳	۰/۹۰ <	۰/۹۰ <	۰/۹۰ <	۰/۹۰ <	۰/۹۰ <	< ۰/۰۸	۰/۰۵ <
مقادیر محاسبه شده	۲/۳۴	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۰۷۳	۰/۱۳

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بر اساس معیار هو و بنتلر<sup>۴</sup> (۱۹۹۹) مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل ۲ نشان داده شده است.

1. Variance Inflation Factors (VIF)  
2. Kaiser-Meyer-Olkin (KmO)

3. Bartlett  
4. Hu & Bentler



شکل ۲: مدل مفهومی پژوهش

جدول ۴ اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۴: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

نتیجه	P	C.R	SE	ضریب T	ضریب بتا	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
تأیید	۰/۰۰۱**	۵/۶۷	۰/۰۸۸	۰/۵۰	۰/۵۱	ولع مصرف	طرحواره‌های ناسازگار
تأیید	۰/۰۰۱**	-۵/۹۵	۰/۰۲۸	-۰/۱۷	-۰/۵۴	شفقت به خود	طرحواره‌های ناسازگار
تأیید	۰/۰۰۲**	-۳/۰۶	۰/۳۱	-۰/۹۶	-۰/۳۰	ولع مصرف	شفقت به خود

\*\*p<۰/۰۱

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ضرایب مسیر مربوط به اثرهای مستقیم متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار است. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف از آزمون بوت استراپ<sup>۱</sup> با ۲۰۰۰ نمونه استفاده شد.

## 1. Bootstrapping

جدول ۵: نتایج آزمون بوت استراپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر غیر مستقیم	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حد بالا	حد پایین	سطح معناداری
← شفتت به خود	۰/۱۶۲	۰/۶۳	۰/۱۷۲	۰/۰۶۵	۰/۰۱۳*
← ولع مصرف					

\* $p < 0.01$

طبق نتایج جدول ۵، مسیر غیرمستقیم مدل تأیید شد. در نتیجه شفتت به خود به صورت جزئی و نه کلی قادر به میانجی‌گری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود. همچنین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شفتت به خود در مجموع ۵۲ درصد از واریانس ولع مصرف را تبیین می‌کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی شفتت به خود در رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام گرفت. در پژوهش حاضر مدل روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرها آزمون شد و همانگونه که در نتایج یافته‌ها مشاهده شد، الگوی پیشنهادی برازش قابل قبولی نشان داد. اولین یافته تحقیق، نشان‌دهنده تاثیر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر ولع مصرف بود که با نتایج پژوهش کرجوه و همکاران (۲۰۲۲)، البال و بازلو (۲۰۲۱)، مک‌دانل و همکاران (۲۰۱۸) و شوروی و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. این یافته با تحقیقات قبلی مطابقت داشته و نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار با مصرف و سوءمصرف مواد ارتباط دارد. در تبیین این یافته می‌توان به این موضوع اشاره کرد که فرایند اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های بیمار است. طرحواره‌های ناسازگار به‌عنوان زیرساخت شناختی، ایجاد باورهای غیرمنطقی را به همراه دارد و دارای ابعاد شناختی، رفتاری و عاطفی هستند. این طرحواره‌ها زمانی فعال می‌گردند که سطحی از هیجان منتشر شده و به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم موجب اختلال در عملکرد نظیر عدم توانایی شغلی، سوءمصرف مواد، تعارضات میان فردی و همانند آن می‌گردد (شاکری و فتحی، ۱۳۹۸). علاوه بر این طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای عاطفی و شناختی آسیب‌های روانی هستند که در اوایل زندگی ایجاد می‌شوند و

در طول چرخه زندگی تکرار می‌شوند. در تحقیقات متعدد نشان داده شده است که افراد معتاد در مقایسه با جمعیت غیرمعتاد، طرحواره‌های ناسازگار بیشتری دارند و به‌طور همزمان به سایر اختلالات گرفتار می‌شوند (شوروی و همکاران، ۲۰۱۵). طبق پژوهش‌ها، افراد معتاد نسبت به افراد سالم از طرحواره‌های ناسازگار اولیه بالاتر برخوردارند. همچنین در این پژوهش مشخص شد که شرکت‌کنندگان دارای طرحواره‌های ناسازگار ریسک بیشتری را در ارتباط با مصرف و سوءمصرف مواد تجربه می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیزم ناکارآمدی هستند که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم به گرایش به مصرف مواد می‌انجامند (کرجوه و همکاران، ۲۰۲۲). آبرون اعتقاد دارد هر کدام از علائم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره‌های اولیه مرتبط است و طرحواره‌های ناسازگار پیش‌بینی‌کننده‌های قوی‌تر علائم روانی و سوءمصرف مواد هستند (البال و بازلو، ۲۰۲۱). همسو با نتایج پژوهش حاضر، مک‌دانل و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند طرحواره‌های ناسازگار زمینه را برای ولع مصرف فراهم می‌کند. از طرفی هم به دلیل بازداری هیجانی و به منظور اجتناب از طرد شدن توسط دیگران، احساس شرمندگی و از دست دادن کنترل بر تکانه‌های شخصی، نسبت به اعمال احساسات و ارتباطات خوددانیخته خود به صورت افراطی بازداری کنند و از این رو به مصرف مواد روی آورند. مصرف مواد برای کاهش اثرات منفی فعال شدن طرحواره‌ها مطابق با فرضیه خوددرمانی است؛ یعنی، سوءمصرف مواد برای افراد، مکانیزمی برای مواجهه با طرحواره‌های منفی است. در مجموع، یافته‌های کنونی نشان می‌دهد که احتمالاً ولع مصرف مواد در افراد دارای طرحواره‌های ناسازگار بیشتر است؛ بنابراین، طرحواره‌های ناسازگار نقش مهمی را در شروع و تداوم ولع مصرف مواد ایفا می‌کنند.

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد ضریب مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر شفقیت به خود معنی‌دار است. این یافته همسو با نتایج پیزکوکا و استوجک (۲۰۲۲)، فرینکی (۲۰۱۹) و یاکین (۲۰۱۵) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که طرحواره‌هایی نظیر بریدگی و طرد و یا محدودیت مختل دارند، انتظارشان از خود یا محیط و یا توانایی‌شان برای بقا، جدایی و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت‌آمیز کارها در

تعارض قرار می‌گیرد. این افراد دارای اعتماد به خود پایین هستند، نمی‌توانند مستقل از خانواده کاری انجام دهند، دائم نگران آسیب دیدن یا بیمار شدن هستند، بدون افراد مهم زندگی‌شان هویت مستقلی ندارند و مدام در انتظار شکست به سر می‌برند (یاکین، ۲۰۱۵). نیازهای این افراد برای ثبات، محبت، امنیت همدلی، درمیان گذاشتن احساسات، همدلی، پذیرش و احترام ارضا نشده است. پیزکوکا و استوجک (۲۰۲۲) نشان دادند کسانی که از روابط حمایت‌گرانه مراقیشان برخوردارند می‌توانند از خود مراقبت کنند و به خود شفقت ورزند. در مقابل افرادی که در معرض پرخاشگری و انتقاد مداوم از سوی مراقب بوده‌اند، به رفتارهای خودانتقادگرانه بیشتر گرایش دارند. فرینکی (۲۰۱۹) مشاهده کرد روابط مادری انتقادگرانه، روابط خانوادگی پرتنش و نوع واکنشی که والدین در مواجهه با دشواری و شکست‌های زندگی نشان می‌دهند بر خودشفقت‌ورزی اثر منفی می‌گذارد. در نتیجه افرادی که طرحواره‌های ناسازگار دارند به دلیل نحوه روابط با والدین و محیطی که در آن رشد کرده‌اند، خودشفقت‌ورزی پایین‌تری دارند. براین اساس، طرحواره‌های ناسازگار اثر منفی بر شفقت به خود دارند.

همچنین نتایج حاکی از آن است که شفقت به خود تأثیر مستقیم معناداری بر ولع مصرف مواد در مردان وابسته به مواد دارد. این یافته همسو با یافته‌های شرفلر و همکاران (۲۰۲۲)، چن (۲۰۱۹)، فیلیس و همکاران (۲۰۱۸)، گیلبرت (۲۰۱۴) و بشرپور و احمدی (۱۳۹۸) است. شفقت به خود انعطاف‌ورزی روانشناختی و هیجانی در فرد است که باعث افزایش سازگاری فرد در برابر مشکلات می‌شود. افراد با سطوح بالای شفقت به خود توانایی مقابله‌ای مثبت‌تری را در مقایسه با افراد با شفقت به خود پایین دارند (نف، ۲۰۰۳). از این‌رو، در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که از آنجایی که افراد وابسته به موادی که سطح شفقت به خود بالایی دارند و در رویارویی با شرایط ناگوار و ناکامی، دید مثبت و مهربانانه نسبت به خودشان دارند، این دید مثبت درباره خود باعث می‌شود فرد به جای قضاوت و سرزنش خود بتواند هیجانات خود را تجربه نماید و به جای اجتناب از هیجانات منفی به دنبال پیدا کردن راه حل مناسب جهت حل مسائل و مشکلات خود باشد که این امر باعث می‌شود آن فرد نسبت به فرد وابسته به موادی که شفقت به



خود پایینی دارد، به جای انتخاب مواد و مصرف آن برای حل تعارضات و تسکین اضطراب و استرس خود، بیشتر توانمندی مدیریت هیجانات منفی را داشته باشد و به دنبال یافتن راه حل‌های مختلفی به جای مصرف مواد باشد و بتواند خود را در برابر ولع و وسوسه مصرف مواد کنترل نماید. شفقت به خود صفتی است که منجر به انعطاف‌پذیری و در نهایت محافظت فرد در رویارویی با مشکلات می‌شود (چن، ۲۰۱۹). همچنین باعث ایجاد احساس مراقبت از خود و پذیرش شکست‌ها و تجارب نامطلوب در زندگی به عنوان بخشی از تجارب انسانی می‌گردد (نف، ۲۰۰۳). بنابراین، افراد وابسته به مواد با شفقت به خود بالا، به جای انکار و اجتناب از احساسات خود با آن روبرو می‌شوند و به جای انتقاد و قضاوت‌های ارزشی نسبت به خود درک درستی از خود و شرایطشان دارند. به همین دلیل، توانایی رویارویی با مشکلات زندگی را دارند بدون آنکه به دلیل تجربه هیجانات منفی نسبت به خود از آن اجتناب کنند. در واقع، شفقت به خود به عنوان ویژگی خود تسکین‌دهنده، تنظیم موثر عواطف و سازش با محیط را برای فرد فراهم می‌نماید و همچنین باعث می‌شود فرد در شرایط مختلف از خود محافظت نماید.

علاوه بر این، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نه تنها به‌طور مستقیم بلکه غیرمستقیم نیز از طریق مسیر شفقت به خود با ولع مصرف مواد در مردان وابسته به مواد همراه است و نتایج نشان داد که الگوی پیشنهادی برازش قابل قبولی دارد. در تبیین روابط به‌دست آمده می‌توان گفت که شفقت به خود رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ولع مصرف را تعدیل می‌کند، به طوری که طرحواره‌های ناسازگار ولع مصرف را پیش‌بینی می‌کند اما فقط در میان افرادی که شفقت به خود پایین‌تری را تجربه می‌کنند. در یافته‌های این پژوهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف مواد مرتبط بودند و این ادعا تأکید می‌کنند که افراد دارای طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند با استفاده از راهبردهای شفقت به خود از جمله مهربانی با خود و عدم قضاوت خود، ذهن با هیجانات منفی ناشی از فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار کنار بیایند (پیز کوکا و استوجک، ۲۰۲۲). همچنین، شفقت به خود بالاتر در افراد وابسته به مواد باعث می‌شود هنگام مواجهه با مشکلات و ناملایمات دید مثبت و مهربانانه‌ای به خود داشته باشند و از خود در برابر آسیب‌ها و تأثیرات منفی

ناشی از مواد حمایت کنند. فرد با داشتن شفقت به خود یک امنیت هیجانی را برای خود ایجاد می‌کند و در سایه‌ی این احساس امنیت بدون ترس از انتقاد از خود، می‌تواند خودش را بهتر بشناسد و در نتیجه با آگاهی بیشتری الگوهای ناسازگار رفتاری، فکری و هیجانی خود را اصلاح کند (گیلبرت، ۲۰۱۴). براین اساس طرحواره‌های ناسازگار از عوامل تاثیرگذار بر ولع مصرف است که منجر به افزایش میزان ولع می‌شود و شفقت به خود به عنوان عامل حفاظتی برای ارتباط طرحواره‌های ناسازگار و ولع مصرف عمل می‌کند و یک اثر میانجی جزئی را نشان می‌دهد. افراد با طرحواره‌های منفی به دلیل وجود فشارها دچار احساسات منفی بیشتری می‌شوند که آن‌ها را مجبور به سخت‌گیری نسبت به خود می‌کند و احتمال ولع مصرف را افزایش می‌دهد. در واقع، زمانی که افراد مصرف‌کننده با عوامل استرس‌زای غیرقابل کنترل مواجه می‌شوند، طرحواره‌های را تجربه می‌کنند؛ در این زمان شفقت به خود سطح پایینی دارد. در نتیجه، افراد تمایل بیشتری به استفاده از مواد مخدر برای کاهش احساسات منفی ناشی از فعال شدن طرحواره‌ها دارند. به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه هم به‌طور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم و از طریق تاثیر بر شفقت به خود با ولع مصرف مواد در مردان وابسته به مواد تحت درمان با متادون رابطه دارد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است، از جمله این مسئله که با استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی انجام شده است. در همین راستا پیشنهاد می‌گردد از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات از جمله مصاحبه نیز بهره گرفته شود. بر اساس نتایج این پژوهش، افراد در معرض عود به اعتیاد، دارای طرحواره‌های ناسازگارانه بودند و با توجه به اینکه بنیادهای فکری ناسازگارانه در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرد و این افکار، نقش عمده‌ای در آسیب‌پذیری افراد دارد توصیه می‌شود در طرح‌ریزی روش‌های پیشگیری و همچنین برنامه‌های درمانی برای افراد وابسته به مواد، این افکار و بنیادهای فکری مدنظر قرار گیرد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند برای مفهوم‌سازی و درمان اختلال مصرف مواد مفید باشند. بنابراین، به متخصصان پیشنهاد می‌شود که برنامه‌هایی را در جهت افزایش آگاهی این افراد قبل از رسیدن به مرحله عود طراحی نمایند. طرح‌های طولی که افراد را با

و بدون طرحواره‌های ناسازگار اولیه قبل از مصرف مواد ارزیابی می‌کند ممکن است برای شناسایی عملکرد طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان عوامل مؤثر در اختلالات سوء مصرف مواد، مفید باشد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در سایر مناطق کشور نیز انجام گیرد تا مقایسه نتایج براساس فرهنگ‌ها امکان‌پذیر شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود سایر روش‌های گردآوری اطلاعات از قبیل مصاحبه و... به کار رود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری پرسنل مرکز ترک اعتیاد سپهر که در مراحل مختلف انجام پژوهش همکاری صمیمانه داشته‌اند، سپاسگزاری می‌گردد.

### منابع

- آقایوسفی، علیرضا و امیرپور، برزو (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در کودکان به روش تحلیل عاملی. *پژوهنده*، ۱۷(۸۹)، ۲۶۵-۲۷۱.
- بشرپور سجاد و احمدی، شیرین (۱۳۹۸). الگوی روابط ساختاری ولع مصرف بر اساس حساسیت به تقویت، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود با نقش میانجی خودکارآمدی ترک. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۴)، ۲۶۴-۲۴۵.
- خسروی، صدالله؛ صادقی، معجد و یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳(۱۳)، ۴۷-۵۹.
- رحمتی، زهرا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و جهانگیری، محمدمهدی (۱۴۰۰). بررسی نقش تعدیل‌کننده شفقت به خود در رابطه بین تاب‌آوری در برابر استرس و وسوسه مصرف مواد در مردان وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۷۶-۲۵۳.
- سادوک، بنجامین جیمز و سادوک، ویرجینیا (۲۰۱۵). *خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک بر اساس DSM\_5*. ترجمه گنجی، مهدی (۱۳۹۳). تهران: نشر ساوالان.
- شاگری، فاطمه و فتحی، الهام (۱۳۹۸). بررسی نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سبک‌های مقابله‌ای معتادان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۴)، ۳۰۲-۲۷۹.

قنبری پیرکاشانی، نیکزاد؛ شهیدی، شهریار؛ حیدری، محمود و نجاتی، وحید (۱۳۹۹). اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر بدتنظیمی هیجان در سوء مصرف کنندگان مت‌آفتمین. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۴(۵۸)، ۲۱۷-۲۳۶.

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ حسنی ابهریان، پیمان و گنجگک اهی، حبیب (۱۳۸۹). معتبر سازی پرسشنامه ارزیابی ولع مصرف لحظه‌ای و دوره‌ای در سوء مصرف کنندگان انواع مختلف مواد افیونی (کراک هرئین و مت‌آفتمین). مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

## References

- Albal, E., & Buzlu, S. (2021). The effect of maladaptive schemas and psychological flexibility approaches on the addiction severity of drug addicts. *Archives of psychiatric nursing*, 35(6), 617-624.
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328-349.
- 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.
- Bruijnen, C. J., Dijkstra, B. A., Walvoort, S. J., Markus, W., VanDerNagel, J. E., Kessels, R. P., & De Jong, C. A. (2019). Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder. *Drug and Alcohol Review*, 38(4), 435-442.
- Chen, G. (2019). The role of self-compassion in recovery from substance use disorders. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 4(2), 1-14.
- Dehghanizadeh, Z., Heydariyehzadeh, B., & Eydi-Baygi, M. (2018). Prevalence of Different Types of Mental Disorders in Addicts of Ahvaz City During Year 2016. *Annals of Military and Health Sciences Research*, 16(1), e74231.
- FIRINCI, C. (2019). *Mediating roles of self-compassion, gratitude and forgiveness in the relationship between early maladaptive schemas and breakup adjustment: a mixed method study* (Doctoral dissertation, Master of Developmental Focused Clinical Child and Adolescent Psychology).
- Franken, I. H. A., Hendricks, V. M., & Van den Brink, W. (2000). Initial validation of two opiate craving questionnaires the obsessive compulsives drug use scale and desires for drug questionnaire. *Addiction behaviors*, 27(5), 675-685.
- Gilbert, S. E. (2014). *Using mindful self-compassion to improve self-criticism, self-soothing, cravings, and relapse in substance abusers in an intensive outpatient program*. (Doctoral dissertation).

- Higgins, C., Smith, B. H., & Matthews, K. (2018). Substance misuse in patients who have comorbid chronic pain in a clinical population receiving methadone maintenance therapy for the treatment of opioid dependence. *Drug and alcohol dependence*, 1(193), 131-136.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Jones, C. M., & McCance-Katz, E. F. (2019). Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 1(197), 78-82.
- Jones, S., Jack, B., Kirby, J., Wilson, T. L., & Murphy, P. N. (2021). Methadone-Assisted Opiate Withdrawal and Subsequent Heroin Abstinence: The Importance of Psychological Preparedness. *The American Journal on Addictions*, 30(1), 11-20.
- Karjough, K., Azzaoui, F. Z., Boulbaroud, S., Samlali, W. I., & Ahami, A. (2022). Role of Early Maladaptive Schemas and Alexithymia in the Relationship Between Perceived Parenting Styles in Moroccan Psychoactive Substance Users. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*, 12(3), 170.-179.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Leventelis, C., Goutzourelas, N., Kortsinidou, A., Spanidis, Y., Toulia, G., Kampitsi, A., ... & Kouretas, D. (2019). Buprenorphine and methadone as opioid maintenance treatments for heroin-addicted patients induce oxidative stress in blood. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2019.
- MacNeill, L., Brunelle, C., Skelding, B., & DiTommaso, E. (2020). Experiences of clients in three types of methadone maintenance therapy in an Atlantic Canadian city: A qualitative study. *Canadian journal of nursing research*, 53(3), 211-221.
- Mc Donnell, E., Hevey, D., McCauley, M., & Ducray, K. N. (2018). Exploration of associations between early maladaptive schemas, impaired emotional regulation, coping strategies and resilience in opioid dependent poly-drug users. *Substance use & misuse*, 53(14), 2320-2329.
- Moore, B. A., Fiellin, D. A., Cutter, C. J., Buono, F. D., Barry, D. T., Fiellin, L. E., ... & Schottenfeld, R. S. (2016). Cognitive behavioral therapy improves treatment outcomes for prescription opioid users in primary care buprenorphine treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 71(2), 54-57.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self & Identity*, 2(3), 223-250.
- Nordmann, S., Vilotitch, A., Lions, C., Michel, L., Mora, M., Spire, B., ... & ANRS Methaville study group (2017). Pain in methadone patients: Time

- to address undertreatment and suicide risk (ANRS-Methaville trial). *PLoS one*, 12(5), e0176288. doi: 10.1371/journal.pone.0176288.
- Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 183, 78-81.
- Pyszkowska, A., & Stojek, M. M. (2022). Early Maladaptive Schemas and Self-Stigma in People with Physical Disabilities: The Role of Self-Compassion and Psychological Flexibility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10854.
- Ray, L. A., & Roche, D. J. (2018). Neurobiology of craving: current findings and new directions. *Current addiction reports*, 5(2), 102-109.
- Riesel, A., Klawohn, J., Grützmann, R., Kaufmann, C., Heinzl, S., Bey, K., ... & Kathmann, N. (2019). Error-related brain activity as a transdiagnostic endophenotype for obsessive-compulsive disorder, anxiety and substance use disorder. *Psychological medicine*, 49(7), 1207-1217.
- Saggino, A., Balsamo, M., Carlucci, L., Cavalletti, V., Sergi, M. R., da Fermo, G., ... & Tommasi, M. (2018). Psychometric properties of the Italian version of the young schema questionnaire 1-3: Preliminary results. *Frontiers in Psychology*, 9(312), 1-13.
- Shahbazi, F., Mirtorabi, D., Ghadirzadeh, M. R., Shojaei, A., & Nazari, S. S. H. (2020). Years of life lost (Yll) due to substance abuse in iran, in 2014-2017: Global burden of disease 2010 method. *Iranian Journal of Public Health*, 49(11), 2170-2178.
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). Trait mindfulness and early maladaptive schemas in women seeking residential substance use treatment: A preliminary investigation. *Addiction Research & Theory*, 23(4), 280-286.
- Shreffler, J., Thomas, J. J., McGee, S., Ferguson, B., Kelley, J., Cales, R., ... & Huecker, M. (2022). Self-compassion in individuals with substance use disorder: the association with personal growth and well-being. *Journal of Addictive Diseases*, 40(3), 366-372.
- Staniaszek, K., & Popiel, A. (2017). Development and validation of the Polish experimental short version of the Young Schema Questionnaire (YSQ-ES-PL) for the assessment of early maladaptive schemas. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 401-427.
- Wright, S. N., & Little, A. R. (2020). NIDA vision for big data science to understand the biological underpinnings of substance use disorders. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 46(1), 262-279.
- Yakın, D. (2015). Towards an integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and well-being: the role of early recollections, self-compassion and emotion regulation. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 1098-1113.



## اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر ارتقاء بازداری پاسخ و حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد

کریم عبدالمحمدی<sup>۱</sup>، علی محمدزاده<sup>۲</sup>، فرهادغدیری صورمان آبادی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۸

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر ارتقاء بازداری پاسخ و حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد انجام شد. **روش:** روش پژوهش، نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی پژوهش شامل تمامی نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله ساکن تبریز بودند که از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش، برنامه توانبخشی شناختی رایانه‌ای را به مدت ۱۲ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه نقص در کارکردهای اجرایی نوجوانان و پرسشنامه گرایش به مصرف مواد بود. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه کنترل و آزمون در نمرات متغیر پس‌آزمون بازداری پاسخ و حافظه کاری بعد از تعدیل تأثیر پیش‌آزمون بازداری پاسخ و حافظه کاری وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** بر اساس پژوهش حاضر می‌توان چنین مطرح کرد که توانبخشی شناختی رایانه‌ای موجب ارتقاء بازداری پاسخ و حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد می‌گردد.

**کلیدواژه‌ها:** توانبخشی شناختی رایانه‌ای، بازداری پاسخ، حافظه کاری، گرایش به مصرف مواد

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

Karim.abdolmohamadi@yahoo.com

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.



## مقدمه

مصرف مواد مخدر در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه روبه افزایش است و این پدیده به یک بحران و بیماری همه‌گیر تبدیل شده است (پورمحسنی کلوری و نیک‌سرشت، ۱۴۰۱)؛ به طوری که ۵/۶ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله جهان حداقل یک‌بار در سال ۲۰۱۶، مواد مخدر مصرف کرده‌اند (ناوی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان داده است که در اکثر موارد استفاده از مواد مخدر در میان افراد جوان بیشتر از افراد مسن است (آلینسکی، هادلند، کویگلی و پاتریک<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲). علاوه بر این حدود ۱۴ درصد از کل مشکلات مرتبط با سلامتی در مردان جوان ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر است، همچنین احتمال مرگ افراد جوان در اثر اختلالات مصرف مواد بیشتر است (ریچی و روسر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). نوجوانان نیز از جمله گروه‌های هستند که در معرض خطر اعتیاد قرار دارند (لوکینگا، کیم و پری<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). بررسی‌ها نشان می‌دهد سن بحرانی شروع مصرف مواد دوره نوجوانی است و حداکثر مصرف مواد در بین افراد ۱۸ تا ۲۵ ساله رخ می‌دهد (ناوی و همکاران، ۲۰۲۱). در این دوره، نوجوانان تمایل شدیدی به آزمایش، کنجکاوی، حساسیت به فشار همسالان، عصیان در برابر اقتدار و خود ارزشی پائینی دارند که این‌گونه افراد را در برابر مصرف مواد آسیب‌پذیر می‌کند (دگنهارت، استوکینگس، پاتون، هال و لینسکی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). از طرفی، شروع زود هنگام مصرف مواد در میان نوجوانان می‌تواند یک عامل خطر برای افت تحصیلی (لیمان<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، مشکلات سلامت روان (اسماعیل<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، رفتار ضد اجتماعی (براون<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱)، بیماری جسمی (کورالس-گوتیرز، بینا-آنتیکورا، گومز-بایا، لئون-لاریوس و مندوزا<sup>۹</sup>، ۲۰۲۲) و رفتارهای جنسی پرخطر و بیماری‌های مقاربتی (مورالی و جایارامان<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸) در دوران بزرگسالی باشد.

1. Nawi  
2. Alinsky, Hadland, Quigley & Patrick  
3. Ritchie & Roser  
4. Luikinga, Kim & Perry  
5. Degenhardt, Stockings, Patton, Hall & Lynskey

6. Layman  
7. Ismail  
8. Brown  
9. Corrales-Gutierrez, Baena-Antequera, Gomez-Baya, Leon-Larios & Mendoza  
10. Murali & Jayaraman

در سال‌های اخیر، توجه به تأثیر عوامل شناختی در تصمیم‌گیری‌های افراد، موقعیت‌های دارای ارزش متفاوت و گرایش افراد به مصرف مواد اهمیت ویژه‌ای یافته است (شاه بهرامی، محمدخانی و اکبری، ۱۴۰۰). یکی از مهم‌ترین فاکتورهای شناختی که نقش آن در آسیب‌های روانی و گرایش به اعتیاد تأیید شده است، بازداری پاسخ<sup>۱</sup> است (لاوسنس، هنسن، هابریگ، گراوی و لانگاس<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲). بازداری پاسخ را می‌توان به‌عنوان فرایند انتخاب و حفظ پاسخ مناسب و مبتنی بر هدف تعریف کرد که رفتار معطوف به هدف را در پی دارد (کوتینیو، ریس، سیلوا، میراندا و ماوی-دینیز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). بر اساس نظر بار کلی<sup>۴</sup> (۱۹۹۷؛ به نقل از بلاکی و کارول<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵) بازداری پاسخ آسیب‌دیده می‌تواند به‌شدت بر حیطه‌های اجتماعی، رشدی، شناختی و تحصیلی تأثیر منفی بگذارد و منجر به رفتارهای تکانشی در افراد شود. در واقع، مشکلات مربوط به خودتنظیمی، محصول مشکل در بازداری پاسخ است و همین مسئله باعث می‌گردد که فرد نتواند رفتار هدفمند از خود نشان دهد؛ و نتیجه این امر تنبیه بیشتر، سرزنش و یا طرد است که خود منجر به کاهش اعتمادبه‌نفس و احتمال بالاتر گرایش به مواد مخدر و سایر مشکلات رفتاری در آنها می‌شود (ککلی، کینگ، مک‌کلاین، آلیا-کلین و گلدستین<sup>۶</sup>، ۲۰۲۳). در همین راستا نتایج پاندی<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که ناتوانی در بازداری پاسخ نقش حیاتی در آغاز و تداوم اعتیاد دارد. جنتج و پنینگتون<sup>۸</sup> (۲۰۱۴) نیز دریافتند که نقص در بازداری پاسخ باعث می‌شود فرد نتواند نشانه‌های مرتبط با مصرف را نادیده بگیرد و در نتیجه رفتارهای وسواس گونه جستجوی مواد را باوجود پیامدهای منفی آن ادامه دهد. همچنین در یک فراتحلیل زیلورستاند، هوانگ، آلیا-کلین و گلدستین<sup>۹</sup> (۲۰۱۸) نشان دادند که بازداری پاسخ با مصرف مواد مخدر در زندگی واقعی، عود، عدم موفقیت مداخلات درمانی و شروع مصرف مواد در دوران نوجوانی ارتباط دارد.

1. response inhibition  
2. Lauvsnes, Hansen, Håberg, Gråwe & Langaas  
3. Coutinho, Reis, Silva, Miranda & Malloy-Diniz  
4. Barkley  
5. Blakey & Carroll

6. Ceceli, King, McClain, Alia-Klein & Goldstein  
7. Pandey  
8. Jentsch & Pennington  
9. Zilverstand, Huang, Alia-Klein & Goldstein

یکی دیگر از عوامل شناختی که نقص در آن با گرایش به مواد مخدر ارتباط دارد، حافظه کاری<sup>۱</sup> است (کاتی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). حافظه کاری را می‌توان سیستمی با گنجایش محدود معرفی کرد که نقش اساسی در یکپارچه‌سازی، پردازش اطلاعات، حفظ و ذخیره‌سازی موقت و دست‌کاری اطلاعات از انواع منابع (بیرونی و درونی) دارد (نیکا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). رامی و رجیر<sup>۴</sup> (۲۰۱۹) معتقدند که حافظه کاری آسیب‌دیده می‌تواند در تعاملات روزمره کنش‌وری و کارآمدی، فرد را دچار مشکل نماید و مقدمات آسیب‌های جسمانی- رفتاری از جمله مصرف مواد مخدر را پی‌ریزی کند. نتایج تورکمن<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان داد که نقایص شناختی، مانند نقص در حافظه کاری ممکن است منجر به اختلال در استدلال شود که می‌تواند باعث واکنش غیرمنطقی به موقعیت‌های استرس‌زا و درنهایت منجر به مصرف مواد مخدر شود. همچنین نتایج سیمون، دین، کوردوا، مونته‌روسو و لاندن<sup>۶</sup> (۲۰۱۰) نشان داد که مصرف مواد محرک مثل شیشه با نقص در کارکردهای اجرایی و اختلال در عملکردهای شناختی سطح بالاتر مانند اراده، اعمال هدفمند، حل مسئله، تفکر انتزاعی و حافظه کاری همراه است.

از سویی با توجه به این که نقص در بازداری پاسخ و حافظه کاری می‌تواند یکی از عوامل چندگانه گرایش به مواد مخدر باشد؛ بنابراین بهبود و ارتقای این کارکردها در حیطه آسیب‌شناسی و پیشگیری از اعتیاد دارای اهمیت است. از جمله رویکردهایی که در سال‌های اخیر برای ارتقاء کارکردهای شناختی و اجرایی در حوزه اختلالات مصرف مواد به کاررفته است، توانبخشی شناختی است (کرمی، آبیاریکی و جشن پور، ۱۳۹۹). توانبخشی شناختی، مجموعه‌ای از برنامه‌ها برای توانبخشی مغز است که باعث ارتقای کارکردهای شناختی و ذهنی فرد می‌گردد و در نتیجه آن جایگاه فرد در حیطه‌هایی همچون روابط اجتماعی، تحصیل و شغل بهبود می‌یابد (رهبری غازانی و عطادخت، ۱۴۰۱). یکی از روش‌هایی که امروزه می‌توان از طریق آن، به اجرای برنامه توانبخشی

1. working memory  
2. Kutty  
3. Necka  
4. Ramey & Regier

5. Türkmen  
6. Simon, Dean, Cordova,  
Monterosso & London,

شناختی پرداخت، بهره بردن از برنامه‌های کامپیوتری و نرم‌افزارها متناسب با این توانایی‌ها است که می‌تواند روش‌های پرهزینه و قدیمی‌تر را در چارچوب یک فرایند دقیق و ساده به بهبودی و پیشرفت بیشتری منتهی نماید (آبیاریکی، یزدانبخش و مؤمنی، ۱۳۹۶). توانبخشی شناختی رایانه‌ای<sup>۱</sup> بازخوردی از خودکارآمدی فردی و توانمندی‌ها را به نمایش می‌گذارد، این شیوه بر مبنای سیستم پردازش اطلاعات پایه می‌باشد به همین دلیل می‌تواند برنامه آموزشی را متناسب با توانمندی‌های افراد طراحی نماید (حیبی کلیر و بهادری خسروشاهی، ۱۳۹۸). در این شیوه، در گام نخست مهارت‌های پایه مورد توجه قرار می‌گیرد و بعد از آن تمرینات با در نظر گرفتن توانایی و ظرفیت افراد دشوارتر می‌گردند (عیوضی، یزدانبخش و مرادی، ۱۳۹۷). در راستای اثربخشی توانبخشی شناختی - رایانه‌ای، نتایج پژوهش تکسیبی، کاشانی وحید، و کیلی و مرادی (۲۰۲۰) نشان داد که توانبخشی شناختی رایانه‌ای در افزایش حافظه کاری بیماران وابسته به مواد افیونی اثربخش است. کرمی و همکاران (۱۳۹۹) هم نشان دادند که برنامه توانبخشی شناختی رایانه‌ای می‌تواند به عنوان روشی مناسب در بهبود بازداری پاسخ مردان با مصرف هروئین به کار رود و در نتیجه منجر به ترک و عدم بازگشت مصرف هروئین شود. یافته‌های سلطانی‌پور، پرند، حسنی ابهریان و شریف‌یزدی (۱۴۰۰) نیز حاکی از اثربخشی توانبخشی شناختی به وسیله بازی رایانه‌ای بر توجه انتخابی، توجه متمرکز، توجه مداوم و بازداری پاسخ در آزمودنی‌ها بود.

در مجموع می‌توان چنین مطرح کرد که ارزشمندترین منبع برای پیشرفت هر کشور نیروی انسانی آن کشور است که در این میان نقش نیروی جوان و نوجوان در نیروی انسانی با توجه به اثرگذاری بر تولید و آینده کشور از اهمیت بیشتری برخوردار است، با توجه به مطالب مطرح شده بررسی عواملی همچون گرایش به مصرف مواد که باعث آسیب دیدن کارایی و رشد جوانان و نوجوانان جامعه می‌گردد از اهمیت بالایی برخوردار است. از طرفی با توجه به اهمیت دوره نوجوانی و اینکه دانش‌آموزان آینده‌سازان کشور هستند،

شناسایی عوامل مرتبط با مصرف مواد مخدر از جمله بازداری پاسخ و حافظه کاری در آنها بسیار ضروری است. از سوی دیگر پژوهش‌ها گویای این واقعیت هستند که توانبخشی شناختی رایانه‌ای در بهبود کارکردهای شناختی، روشی کارآمد است؛ با توجه به این که در رابطه با اثربخشی این روش روی نوجوانان دارای گرایش به اعتیاد، پژوهشی صورت نگرفته است، نتایج این پژوهش می‌تواند در جهت معرفی رویکردهای مداخله‌ای تازه جهت ارتقاء مؤلفه‌های شناختی از جمله بازداری پاسخ و حافظه کاری که نقص در آنها با گرایش به مصرف مواد ارتباط دارد، مفید باشد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر ارتقاء بازداری پاسخ و حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد اثر دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه ابتدا پرسشنامه گرایش به مصرف مواد روی تمام دانش‌آموزان ۴ دبیرستان که به صورت تصادفی از بین دبیرستان‌های شهر تبریز انتخاب شده بودند، اجرا گردید؛ سپس از بین دانش‌آموزان که نمره بالایی در پرسشنامه گرایش به اعتیاد آورده بودند ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. در توضیح مقدار حجم نمونه، بر اساس قاعده پیشنهادی از سوی گال، گال و بورگ (۱۳۹۶) برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل کافی می‌باشد. ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: کسب نمره کمتر از ۱۸ در پرسشنامه گرایش به مصرف مواد، توانایی هماهنگی برنامه کلاسی با برنامه جلسات، دانش آموز مقطع دبیرستان بودن، علاقه به شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج: داشتن هرگونه اختلال روان‌شناختی، مصرف داروهای روان‌پزشکی (بر اساس پرونده سلامت دانش‌آموزان)، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از دو جلسه در فرایند

آموزش. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اسپاس اس تحلیل شدند.

## ابزار

۱- برنامه نرم‌افزاری کاپیتان لاگ: برنامه نرم‌افزاری کاپیتان لاگ یک مجموعه‌ی آموزشی برای ارتقاء فرایندهای عالی شناختی و کارکردهای اجرایی است، ابزار چندبعدی برای بازتوانی شناختی است که قادر به ارتقاء طیف وسیعی از کارکردهای شناختی می‌باشد (ارجمندنی، ملکی، اصغری نکاح و داوری آشتیانی، ۱۳۹۵). با توجه به چندبعدی بودن این برنامه، علاوه بر تقویت و بهبود مهارت‌های ذهنی و شناختی باعث بالا رفتن خودکارآمدی، عزت‌نفس و بهبود خودکنترلی می‌گردد. طراحی برنامه حاضر بر اساس سیستم پردازش اطلاعات پایه می‌باشد که عنوان می‌نماید هر فردی باید توانایی این را داشته باشد که مجموعه‌ای از مهارت‌های فردی، اجتماعی و تحصیلی را برای موفقیت داشته باشد. در حقیقت سیستم پردازش اطلاعات پایه بازخوردی از خودکارآمدی فردی، شایستگی و توانمندی‌های فردی را نشان می‌دهد. اساس آن بر سرعت پردازش مرکزی و حافظه فعال استوار است؛ لذا شامل مهارت‌های پایه شناختی و مهارت‌های عالی تر است و این کار را بر اساس سیستم ارزیابی منحصربه‌فردی که در اختیار دارد، انجام می‌دهد (کوئکین و فاین، ۲۰۰۳). این برنامه‌ها برای گروه‌های سنی متفاوت از ۵ سال به بالا طراحی شده‌اند. نتایج یک پژوهش موردی که در آن یک کودک ۱۳ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه با این برنامه تحت درمان قرار گرفت، تغییرات چشم‌گیری در الگوهای امواج مغزی نشان داد که حتی در مطالعات پیگیری ۷ ماهه این تغییرات مشهود بود (بل، بریسون و وکسلر، ۲۰۰۳).

۲- پرسشنامه نقص در کارکردهای اجرایی نوجوانان<sup>۳</sup>: پرسشنامه نقص در کارکردهای اجرایی نوجوانان یک پرسشنامه خودگزارشی است که توسط تورل، لازارویک،

میلووانویک و بوگارسکی ایگنیجاتویک<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه می‌باشد و مناسب نوجوانان بین سن ۱۳ تا ۱۹ سال است. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت (قطعاً درست نیست، درست نیست، تا حدی درست نیست، درست است و قطعاً درست است) می‌باشد که به قطعاً درست نیست، نمره یک و به قطعاً درست است، نمره ۵ داده می‌شود. محدوده نمرات در پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده نقص بیشتر در کارکردهای اجرایی می‌باشد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی در نسخه اصلی نشان داد که این پرسشنامه یک ابزار دو عاملی (حافظه کاری و بازداری) است، ۹ گویه به بررسی حافظه کاری و ۱۱ گویه به بررسی بازداری می‌پردازد. پژوهش تورل و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ و همسانی درونی برای حافظه کاری و بازداری به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۹۰ است. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه نقص در کارکردهای اجرایی نوجوانان در جامعه ایرانی توسط علیمحمدی و عبدالمحمدی (۱۴۰۱) مورد سنجش قرار گرفته و نتایج به‌دست آمده نشان داد مقدار آلفای کرونباخ کل پرسشنامه و عامل‌های حافظه کاری و بازداری به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۳ و ۰/۷۹ است که نشان از پایایی مطلوب این ابزار دارد. همچنین بین پرسشنامه دو عاملی نارسایی کارکردهای اجرایی با آزمون مقیاس درجه‌بندی رفتاری کارکردهای اجرایی - ویراست دوم همبستگی منفی معناداری وجود دارد. بنابراین روایی ملاکی پرسشنامه نیز مطلوب است. در پژوهش حاضر همسانی درونی به‌دست آمده از طریق آلفای کرونباخ برای حافظه کاری و بازداری به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۴ می‌باشد.

۳- پرسشنامه گرایش به مصرف مواد: این پرسشنامه توسط گل پرور در سال ۱۳۸۰ تهیه و تدوین شده است و شامل ۵۴ گویه است که ۳۰ گویه آن مثبت و ۲۴ گویه آن منفی می‌باشد. پاسخ عبارات پرسشنامه به صورت بلی و خیر است، نمره گذاری در این پرسشنامه به این صورت است که در سؤالات مثبت به گزینه بله نمره یک تعلق می‌گیرد و به نمره

خیر نمره صفر تعلق می‌گیرد و در سؤالات منفی به گزینه بله نمره صفر تعلق می‌گیرد و به گزینه خیر نمره یک تعلق می‌گیرد و به صورت تک‌بعدهی ارزیابی می‌شود. 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. این ابزار در تحقیق گل‌پرور ۱۳۸۰ با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ به دست آمده است. همچنین جهت تعیین روایی مقیاس از روش تحلیل محتوا استفاده شده است و با استفاده از دیدگاه ۱۰ نفر از متخصصین، روایی مقیاس تأیید شده است. جهت تعیین روایی این ابزار در پژوهش قدرتی تربتی، پاشیب، حسن‌زاده، علیزاده و حشمتی (۱۳۹۳) از روش اعتبار محتوا استفاده شد، بدین صورت که پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین مربوطه قرار گرفته و با توجه به نظرات این افراد پرسشنامه نهایی اصلاح گردید. در پژوهش حاضر همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

## روش اجرا

شیوه اجرای تحقیق به این صورت بود که در ابتدا بعد از گروه‌بندی، فرم رضایت آگاهانه توسط پژوهش‌گر جهت امضاء و شرکت در پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان تحقیق قرار گرفت. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه نقص در کارکردهای اجرایی نوجوانان به عنوان پیش‌آزمون، در مورد افراد مورد مطالعه اجرا گردید. در مرحله بعد فقط گروه آزمایش با نرم‌افزار کاپیتان لاگ در ۱۲ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار، وارد مرحله مداخله توانبخشی شناختی شدند؛ در این مرحله پژوهشگر در ابتدا به معرفی برنامه و رفع سؤالات آزمودنی‌ها پرداخت. هر یک از شرکت‌کنندگان مرحله تمرینی را به کمک پژوهشگر انجام داده و سپس شروع به تکمیل جلسه‌ها نمودند و در نهایت پس از اتمام مداخله‌ها در جلسه دوازدهم، پس‌آزمون اجرا شد. روش اجرای جلسات در جدول ۱ به صورت خلاصه گزارش شده است.



**جدول ۱: خلاصه جلسات ارتقاء کارکردهای اجرایی با برنامه نرم‌افزاری کاپیتان لاگ**

جلسه	محتوا	تکلیف
۱	انجام مهارت‌های اختصاصی توجّه انتخابی در سطح متوسط	Symbol search: Great Hunt/ Mystery Massage
۲	انجام مهارت‌های اختصاصی سرعت پردازش در سطح متوسط	Cat's Play Target Practice
۳	انجام مهارت‌های اختصاصی حافظه فعال در سطح متوسط	Code Cracker Puzzle Power
۴	انجام مهارت‌های اختصاصی بازداری پاسخ در سطح متوسط	Match Point
۵	انجام مهارت‌های اختصاصی توجّه انتخابی در سطح دشوار	Smart Detective Cat's Play
۶	انجام مهارت‌های اختصاصی سرعت پردازش در سطح دشوار	Target Practice (Hard)
۷	انجام مهارت‌های اختصاصی حافظه فعال در سطح دشوار	Code Cracker Puzzle Power (Hard)
۸	انجام مهارت‌های اختصاصی بازداری پاسخ در سطح دشوار	Match Point (Hard)
۹	گرفتن بازخورد از سیستم - شناسایی نقاط ضعف - تمرین مهارت‌های مرتبط با نقاط ضعف	Random System base
۱۰	گرفتن بازخورد از سیستم - شناسایی نقاط ضعف - تمرین مهارت‌های مرتبط با نقاط ضعف	Random System base
۱۱	گرفتن بازخورد از سیستم - شناسایی نقاط ضعف - تمرین مهارت‌های مرتبط با نقاط ضعف	Random System base
۱۲	گرفتن بازخورد از سیستم - شناسایی نقاط ضعف - تمرین مهارت‌های مرتبط با نقاط ضعف	Random System base

**یافته‌ها**

میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر ۱۷/۷۶ با انحراف استاندارد ۱/۱۹ بود. از اعضای نمونه ۱۷ نفر (۵۶/۶ درصد) در سال دوازدهم، ۸ نفر (۲۶/۶ درصد) در سال یازدهم و ۵ نفر (۱۶/۸ درصد) در سال دهم تحصیل می کردند. والدین ۷ نفر (۲۳/۳ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند، والدین ۱۲ نفر (۴۰/۰ درصد) تحصیلات دیپلم و والدین ۱۱ نفر (۳۶/۷ درصد) تحصیلات زیر دیپلم داشتند. در جدول ۲ نمرات میانگین و انحراف

معیار ابعاد کارکردهای اجرایی به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله ارزیابی گزارش شده است.

جدول ۲: نمرات میانگین و انحراف معیار ابعاد کارکردهای اجرایی

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
بازداری پاسخ	آزمایش	۲۲/۴۶	۲/۶۶	۱۷/۲۶
کنترل	کنترل	۲۲/۱۳	۳/۴۴	۲/۶۹
حافظه کاری	آزمایش	۱۶/۹۳	۲/۰۸	۱۳/۳۳
کنترل	کنترل	۱۵/۲۰	۲/۲۱	۱/۶۸

نتایج به دست آمده در جدول ۲ نشان می دهد که بین پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش فرض ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده ها است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از آن بود که نمرات مؤلفه های بازداری پاسخ و حافظه کاری دارای توزیع نرمال بودند ( $p > 0/05$ ). همچنین هیچ کدام از مؤلفه های بازداری پاسخ ( $F=2/30$ ) و حافظه کاری ( $F=3/04$ ) در آزمون لوین معنادار نبودند ( $p < 0/05$ )، لذا می توان گفت که همگنی واریانس ها برقرار بود. به منظور بررسی آزمون همسانی ماتریس کوواریانس ها از آزمون باکس استفاده شد نتایج به دست آمده نشان داد که مقدار آزمون باکس برابر با ۱۶/۵۰ است که این مقدار از آزمون باکس منجر به  $F$  برابر با ۱/۳۹ می شود که از نظر آماری این مقدار از آزمون  $F$  معنی دار نیست که دال بر برقراری این پیش فرض آماری است. در ادامه پس از کنترل اثر پیش آزمون جهت مقایسه گروه های آزمایش و کنترل بر طبق نمره های پس آزمون، در تعیین اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه ای بر ارتقاء بازداری پاسخ و حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (بازداری پاسخ و حافظه کاری) تفاوت معناداری در مرحله پس آزمون

وجود داشت ( $Wilks\ Lambda=36/95$ ،  $F=2/25$ ،  $P< 0/01$ ). در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات بازداری پاسخ و حافظه کاری دو گروه**

متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری	مجدورایتا
بازداری پاسخ	۴۶۹۱/۸۰	۱	۴۶۹۱/۸۰	۴۱/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۹
حافظه کاری	۳۹۲۷/۵۰	۱	۳۹۲۷/۵۰	۴۳۸/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۷

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، در بازداری پاسخ و حافظه کاری بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. مطابق با اندازه اثرهای گزارش شده مشخص است که بیشترین تأثیر آموزش توانبخشی شناختی رایانه‌ای روی بازداری پاسخ (با اندازه اثر حدوداً ۰/۵۵) می‌باشد؛ در کل می‌توان نتیجه گرفت که آموزش توانبخشی شناختی رایانه‌ای در کاهش نمرات نقص در بازداری پاسخ و حافظه کاری اثربخش بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر ارتقاء بازداری پاسخ و حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد انجام گرفت. نتایج نشان داد که توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر ارتقاء بازداری پاسخ نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد اثربخش است. این یافته با نتایج کرمی و همکاران (۱۳۹۹)، سلطانی‌پور و همکاران (۱۴۰۰)، محملو، مروتی و یوسفی افراشته (۱۴۰۰)، موحدی (۱۳۹۸)، ویلو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰)، کامپینلا<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) همسو و با نتایج فیضی‌پور، سپهریان‌آذر، عیسی‌زادگان و عشایری (۱۳۹۸) ناهمسو است. دلیل این ناهمسویی می‌تواند تفاوت در ابزار سنجش بازداری پاسخ باشد. در پژوهش فیضی‌پور و همکاران از آزمون برو/نرو استفاده گردید. آزمون برو/نرو بیشتر کنترل بازدارندگی حرکتی را اندازه‌گیری می‌کند و به پردازش شناختی کمتری نیاز دارد اما در این مطالعه از پرسشنامه نقص در کارکردهای اجرایی

نوجوانان که یک پرسشنامه خود گزارشی است و بیشتر بازداری شناختی را اندازه گیری می کند، استفاده گردید. در تبیین اثربخشی بازتوانی شناختی رایانه‌ای بر بهبود بازداری پاسخ می توان گفت که بازی های موجود در برنامه توانبخشی شناختی رایانه‌ای کاپیتان لاگ به صورت هم افزا<sup>۱</sup>، فراشناختی<sup>۲</sup> و تمرین برای مهارت<sup>۳</sup> طراحی شده اند و رویکرد سلسله مراتبی دارند. همچنین تمرین های شناختی موجود در آن بارها تکرار شده و به تدریج بر سطح دشواری آنها افزوده می شود؛ به گونه ای که یادگیرندگان در هر مرحله، از تجارب مرحله ی قبل برای انجام بازی استفاده می کنند و در هر مرحله از بازی، با چالش های شناختی مداومی مواجه می شوند (گاتیان و گارولرا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). بنابراین بر اساس دیدگاه لوریا از فرضیه شکل پذیری این گونه می توان توضیح داد که تأثیرات احتمالی این نرم افزار، در اثر تمرین های شناختی و تکرار این تمرین ها صورت می گیرد؛ از این رو فرض می شود همان مکانیسمی که زیربنای فرایندهای شکل پذیری وابسته به تجربه است، بهبود خود به خود و هدایت شده را از تمرین های شناختی در این زمینه فراهم می کند (محمملو و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین، می توان چنین عنوان کرد که آموزش های مکرر از طریق برنامه توانبخشی شناختی رایانه‌ای عامل پیدایش تغییرات کنشی و ساختاری در نورون های مسئول این عملکردها در مغز این افراد است. تغییراتی که با در نظر گرفتن فرضیه خود ترمیمی و شکل پذیری مغز انسان می تواند با دوام و پایدار باشند (موحدی، ۱۳۹۸). در حقیقت بر اساس اصل شکل پذیری مغز، اگر قسمت های کمتر فعال مغز به صورت مکرر و مناسب تحریک شوند با توجه به تغییراتی که در ساختار نورون ها ایجاد می گردد، به صورت پایدار تغییر پیدا خواهند کرد. توانبخشی شناختی رایانه‌ای هم که بر طبق اصل خود ترمیمی و شکل پذیری مغز عمل می کند با تحریک مداوم قسمت های کمتر فعال در مغز تغییرات سیناپسی ماندگاری در آنها ایجاد می کند (کریمی و همکاران، ۱۳۹۹). در تبیینی دیگر می توان به اصل انعطاف پذیری مغز استناد کرد؛ از آنجایی که مغز سازمانی پویاست و در طول سال های زندگی از نظر عصب شناختی، ظرفیت باز سازمان دهی وسیعی دارد و نتیجه

1. synergistic  
2. metacognitive

3. metacognitive  
4. Gatian & Garolera

تحریک منظم تجارب برای مغز، بهبود کارکرد رفتاری نوروها است. در نتیجه، علت بهبود معنادار عملکرد افراد در بازداری پاسخ در اثر تمرین‌های بازتوانی شناختی رایانه‌ای، بهبود انعطاف‌پذیری مغز آن‌ها است (سلطانی‌پور و همکاران، ۱۴۰۰).

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داد که توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد اثربخش بود. این نتیجه با یافته‌های نیرومند، رضایی دهنوی و اعتمادی‌فر (۱۳۹۹)، نظربلند، نوحه‌گری و صادقی فیروزآبادی (۱۳۹۸)، زارع، چرامی و شریفی (۱۳۹۹)، خانجانی، نظری و آبروانی (۱۳۹۸)، لورنس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸)، زینالی و میرزا زاده (۱۳۹۸) و رویت‌وند غیاثوند و امیری‌مجد (۱۳۹۷) همسو است. پژوهش ناهمسویی در این زمینه یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که با توجه به تأثیر تحریک‌کنندگی توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر روی ساختارهای زیربنایی همچون قشر آهیانه، پیشانی و گیجگاهی که طبق مطالعات تصویربرداری عصبی با برخی از فرایندهای شناختی نظیر حافظه کاری مرتبط می‌باشند (رابینسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶)؛ انجام مکرر فعالیت‌های توانبخشی شناختی منجر به عصب‌زایی و شکل‌پذیری سیناپسی و در نتیجه بهبود کارایی حافظه کاری می‌گردد. علاوه بر این مطالعات تصویربرداری مغزی نیز نشان داده است که ماده خاکستری منطقه فرن‌توپریتال و فعالیت مناطق پیش‌پیشانی و آهیانه بعد از توانبخشی شناختی حافظه کاری افزایش می‌یابد (تاکنوچی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این، مغز فعال اتصالات عصب‌شناختی بسیار مهمی را برای یادگیری شکل می‌دهد؛ در حالی که مغز غیرفعال این اتصالات عصب‌شناختی پایدار و ضروری را به وجود نمی‌آورد. این در حالی است که تمرین‌های شناختی در نرم‌افزار کاپیتان لاگک به دلیل برخوردار از قابلیت تنظیم سطح دشواری تکلیف از ساده به دشوار، ایجاد چالش‌های مداوم و جذاب شناختی و ایجاد انگیزه و رقابت در افراد، فعالیت مغز را افزایش می‌دهد و فضایی مناسبی برای توانمندسازی شناختی ایجاد می‌کند؛ بنابراین، از آنجا که نقص در حافظه کاری، با بدکاری در لوب پیشانی مرتبط است و از طرف دیگر، توانبخشی رایانه‌ای

با نرم‌افزار کاپیتان لاگ می‌تواند این مناطق را تحریک کند، دور از انتظار نخواهد بود که با توانبخشی شناختی مبتنی بر نرم‌افزار کاپیتان لاگ حافظه کاری نوجوانان دارای گرایش به مواد بهبود یابد. همچنین، توانبخشی شناختی روشی برای بازگرداندن ظرفیت‌های شناختی از دست‌رفته است که با اجرای تمرینات و ارائه محرک‌های هدفمند صورت می‌پذیرد (نیرومند و همکاران، ۱۳۹۹). در واقع برنامه توانبخشی شناختی رایانه‌ای به علت ماهیت تمرینی و تکرار تکالیف اختصاصی حافظه کاری که باعث یادگرفتن مجدد اعمال ذهنی می‌شود و بر اساس انعطاف‌پذیری مغزی باعث بهبود حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد شده است. از سویی در نرم‌افزار کاپیتان لاگ، بازی‌ها به گونه‌ای طراحی شده که فعالیت مربوط به حافظه کاری از سطح پایین شروع و به تدریج روند صعودی داشته و این حالت به افزایش تدریجی مهارت منجر می‌شود و در دانش‌آموزان به علت ایجاد حس برنده شدن و توانایی کسب‌شده تدریجی در انجام بازی، اعتمادبه‌نفس می‌دهد و انگیزه لازم را برای ادامه روند ایجاد می‌کند (رویت‌وند غیاثوند و امیری‌مجد، ۱۳۹۷). در مجموع می‌توان عنوان کرد که توانبخشی شناختی رایانه‌ای کاپیتان لاگ با قابلیت درگیر کردن حافظه فعال کلامی و غیر کلامی به طور همزمان، درجه‌بندی فعالیت از پایین‌ترین سطح به بالاترین سطح، ایجاد علاقه و انگیزه، جذابیت نرم‌افزار، سیستم پاداش‌دهی برنامه و ایجاد فضای رقابتی، قابلیت‌های بالایی در بهبود حافظه کاری نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد دارد.

تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر، با توجه به شیوه نمونه‌گیری هدفمند در این پژوهش، باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. پیشنهاد می‌شود با توجه به نتایج مثبت حاصل از این پژوهش که نشان دهنده اثربخشی توانمندسازی شناختی رایانه‌ای بر حافظه کاری و بازداری پاسخ نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد است، از نتایج چنین پژوهش‌هایی با بهره‌گیری از امکانات موجود، در مدارس و مراکز مشاوره تخصصی استفاده گردد و علاوه بر آن با آموزش این بسته مداخله‌ای به معلمان و

همچنین والدین این افراد می‌توان در ارتقا عملکرد شناختی و پیشگری از گرایش نوجوانان به مصرف مواد، گام‌های سریع‌تر و موثرتری برداشت.

## منابع

- ارجمندنیای، علی اکبر؛ ملکی، سمانه؛ اصغری نکاح، سید محسن و داوری آشتیانی، رزینا (۱۳۹۵). بررسی تاثیر مداخله بازی‌های زبان‌شناختی بر عملکرد حافظه فعال کلامی دانش‌آموزان با اختلال خواندن. *فصلنامه توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۷(۱۸)، ۸۷-۷۹.
- آبباریکی، اکرم؛ یزدانبخش، کامران و مؤمنی، خدامراد (۱۳۹۶). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر کاهش نارسایی شناختی دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۶)، ۱۵۷-۱۲۷.
- پورمحسنی کلوری، فرشته و نیک سرشت، مهسا (۱۴۰۱). بررسی نقش صفات شخصیتی سایکوپاتیک و پرخاشگری در گرایش به مصرف مواد دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال سلوک. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۲۴۴-۲۳۳.
- حیسی کلیر، رامین و بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۸). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر شناخت اجتماعی، کنترل مهارت و اجتناب شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ریاضی. *عصب روانشناسی*، ۵(۱۷)، ۱۰۸-۸۹.
- خانجانی، زینب؛ نظری، محمدعلی و آب روانی، پریا (۱۳۹۸). اثربخشی توانبخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی افراد دچار سکتة مغزی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۲۲۶-۱۹۷.
- رویت‌وند غیاثوند، نسترن و امیری مجد، مجتبی (۱۳۹۷). اثربخشی نرم‌افزار شناختی کاپیتان لاگ بر حافظه فعال دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۹(۳)، ۱۵-۵.
- رهبری غازانی، نسرين و عطادخت، اکبر (۱۴۰۱). اثربخشی توانبخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۱۹۶-۱۷۷.
- زارع، حسین؛ چرامی، فاطمه و شریفی، علی اکبر (۱۳۹۹). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر حافظه کاری و انعطاف‌پذیری شناختی کودکان دارای اختلال یادگیری. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۸(۱۵)، ۱۸-۱.
- زینالی، شیرین و میرزا زاده، شیرین (۱۳۹۸). اثربخشی توانبخشی شناختی بر حافظه کاری و سرعت پردازش کودکان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۴(۵۶)، ۲۳۲-۲۱۳.

سلطانی‌پور، معصومه؛ پرند، اکرم؛ حسنی ابهریان، پیمان و شریف یزدی، سعید (۱۴۰۰). تاثیر توانبخشی شناختی مبتنی بر رایانه بر بهبود کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۹(۲)، ۴۳-۳۱.

شاه بهرامی، مانده؛ محمدخانی، شهرام و اکبری، مهدی (۱۴۰۰). نقش تشخیصی تحمل پریشانی، فراشناخت، هیجان خواهی و بی‌نظمی اجتماعی ادراک شده در مصرف‌کنندگان مت‌آفتمین، تریاک و الکل. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۳۵۰-۳۲۵.

علیمحمدی، عسگر و عبدالحمیدی، کریم (۱۴۰۱). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه دو عاملی نارسایی کارکردهای اجرایی در نوجوانان. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۲(۴۷)، ۱۷۳-۱۹۳.

عیوضی، سیماء؛ یزدانبخش، کامران و مرادی، آسیه (۱۳۹۷). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌یار بر بهبود کارکرد اجرایی بازداری پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *عصب روانشناسی*، ۴(۱۴)، ۲۲-۹.

فیضی‌پور، مانده؛ سپهریان آذر، فیروزه؛ عیسی‌زادگان، علی و عشایری، حسن (۱۳۹۸). اثربخشی توانبخشی شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی، بازداری پاسخ و توجه انتخابی در بیماران مالتیپل اسکلروزیس. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۳۰(۱)، ۶۲-۴۹.

قدرتی تربتی، عباس؛ پاشیب، ملیحه؛ حسن زاده، مجید؛ علیزاده، 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.

کریمی، جهانگیر؛ آبیاریکی، اکرم و جشن‌پور، محمد (۱۳۹۹). اثربخشی توانبخشی شناختی بر بهبود بازداری پاسخ در مردان مبتلا به سوء مصرف هروئین. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۲۸۶-۲۶۷.

گال، مردیت دامین؛ گال، جویس و بورگ، والتر (۱۳۹۶). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی. ترجمه: احمدرضا نصر اصفهانی و همکاران. تهران: انتشارات سمت. تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۶۳.

گل‌پرور، محسن (۱۳۸۰). مقایسه ویژگی‌های روانی و روابط زناشویی معتادان و غیر معتادان با همسران آنها. *فصلنامه دانش و پژوهش*، ۷، ۲۰-۱.

محمملو، اکرم؛ مروتی، ذکراه و یوسفی افراشته، مجید (۱۴۰۰). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر مسئله‌گشایی خلاق و سرعت پردازش اطلاعات دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۲(۳)، ۳۳۳-۳۰۷.



موحدی، یزدان (۱۳۹۸). تأثیر توانبخشی شناختی بر بهبود بازداری پاسخ در دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری ریاضی و خواندن. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۹(۲)، ۱۵۲-۱۳۲.

نظربلند، ندا؛ نوحه‌گری، الهام و صادقی فیروزآبادی، وحید (۱۳۹۸). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر حافظه کاری، توجه پایدار و عملکرد ریاضی کودکان دچار اختلال‌های طیف اتیسم. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۲)، ۲۹۳-۲۹۱.

نیرومند، محدثه؛ رضایی دهنوی، صدیقه و اعتمادی فر، مسعود (۱۳۹۹). اثربخشی نرم‌افزار توانبخشی شناختی کاپیتان لاگ بر حافظه آینده‌نگر و گذشته‌نگر در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۰(۲)، ۱۸۸-۱۷۷.

## References

- Alinsky, R. H., Hadland, S. E., Quigley, J., & Patrick, S. W. (2022). Recommended terminology for substance use disorders in the care of children, adolescents, young adults, and families. *Pediatrics*, 149(6), 20-36.
- Bell, M., Bryson, G., & Wexler, B., (2003). Cognitive remediation of working memory deficits: durability of training effects in severely impaired and less severely impaired schizophrenia. *Acta psychiatrica scandinavica*, 108(2), 101-109.
- Blakey, E., & Carroll, D. J. (2015). A short executive function training program improves preschoolers' working memory. *Frontiers in Psychology*, 6, 18-27.
- Brown, E. C., Montero-Zamora, P., Cardozo-Macías, F., Reyes-Rodríguez, M. F., Briney, J. S., Mejía-Trujillo, J., & Pérez-Gómez, A. (2021). A comparison of cut points for measuring risk factors for adolescent substance use and antisocial behaviors in the US and Colombia. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 470-482.
- Campanella, S. (2016). Neurocognitive rehabilitation for addiction medicine: from neurophysiological markers to cognitive rehabilitation and relapse prevention. *Progress in brain research*, 224, 85-103.
- Ceceli, A. O., King, S. G., McClain, N., Alia-Klein, N., & Goldstein, R. Z. (2023). The neural signature of impaired inhibitory control in individuals with heroin use disorder. *Journal of neuroscience*, 43(1), 173-182.
- Corrales-Gutierrez, I., Baena-Antequera, F., Gomez-Baya, D., Leon-Larios, F., Mendoza, R. (2022). Relationship between eating habits, physical activity and tobacco and alcohol use in pregnant women: sociodemographic inequalities. *Nutrients*, 14, 557-570.
- Coutinho, T. V., Reis, S. P. S., Silva, A. G. d., Miranda, D. M., & Malloy-Diniz, L. F. (2018). Deficits in response inhibition in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: the impaired self-protection system hypothesis. *Frontiers in psychiatry*, 8, 299-310.

- Degenhardt, L., Stockings, E., Patton, G., Hall, W. D., & Lynskey, M. (2016). The increasing global health priority of substance use in young people. *The lancet psychiatry*, 3(3), 251-264.
- Gatian, A., & Garolera, M. (2012). Efficacy of an adjunctive computer based cognitive impairment and Alzheimers disease: A single blind randomized clinical trial. *Journal of geriatric psychiatry*, 15(2), 28-35.
- Ismail, R., Abdul Manaf, M. R., Hassan, M. R., Mohammed Nawi, A., Ibrahim, N., Lyndon, N., & Kamarubahrin, A. F. (2022). Prevalence of drug and substance use among Malaysian youth: a nationwide survey. *International journal of environmental research and public health*, 19(8), 46-54.
- Jentsch, J. D., & Pennington, Z. T. (2014). Reward, interrupted: inhibitory control and its relevance to addictions. *Neuropharmacology*, 76, 479-486.
- Kotkin, R. A., & Fine, A. H. (2003). *Therapist's Guide to Learning and Attention Disorders*. Amsterdam Boston: Academic Press.
- Kutty, B. M. (2021). Drug addiction-how it hijacks our cognition & consciousness. *The Indian journal of medical research*, 154(4), 551-565.
- Lauvsnes, A. D. F., Hansen, T. I., Håberg, A. K., Gråwe, R. W., & Langaas, M. (2022). Poor response inhibition and symptoms of inattentiveness are core characteristics of lifetime illicit substance use among young adults in the general Norwegian population: the HUNT study. *Substance use & misuse*, 57(9), 1462-1469.
- Lawrence, B. J., Jayakody, D., Henshaw, H., Ferguson, M. A., Eikelboom, R. H., Loftus, A. M., & Friedland, P. L. (2018). Auditory and cognitive training for cognition in adults with hearing loss: A systematic review and meta-analysis. *Trends in hearing*, 22, 1-13.
- Layman, H. M., Thorisdottir, I. E., Halldorsdottir, T., Sigfusdottir, I. D., Allegrante, J. P., & Kristjansson, A. L. (2022). Substance use among youth during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Current psychiatry reports*, 1, 1-18.
- Luikinga, S. J., Kim, J. H., & Perry, C. J. (2018). Developmental perspectives on methamphetamine abuse: Exploring adolescent vulnerabilities on brain and behavior. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 87, 78-84.
- Murali, V., & Jayaraman, S. (2018). Substance use disorders and sexually transmitted infections: a public health perspective. *BJPsyche Advances*, 24(3), 161-166.
- Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Manaf, M. R. A., Amit, N., & Shafurdin, N. S. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC public health*, 21(1), 1-15.
- Necka, E., Gruszka, A., Hampshire, A., Sarzyńska-Wawer, J., Anicai, A. E., Orzechowski, J., Nowak, M., Wójcik, N., Sandrone, S., & Soreq, E. (2021). The effects of working memory training on brain activity. *Brain science*, 11, 155-163.

- Pandey, A. K., Ardekani, B. A., Byrne, K. N. H., Kamarajan, C., Zhang, J., Pandey, G., & Porjesz, B. (2022). Statistical nonparametric fMRI Maps in the analysis of response inhibition in abstinent individuals with history of alcohol use disorder. *Behavioral Sciences*, 12(5), 121-133.
- Ramey, T., & Regier, P. S. (2019). Cognitive impairment in substance use disorders. *CNS spectrums*, 24(1), 102-113.
- Ritchie, H., & Roser, M. (2019). *Drug Use*. Published online at Our World In Data.org. Retrieved from: 'https://ourworldindata.org/drug-use' [Online Resource].
- Robinson, R. G. (2006). *The clinical neuropsychiatry of stroke: Cognitive, behavioral and emotional disorders following vascular brain injury*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Simon, S., Dean, A., Cordova, X., Monterosso, J., & London, E. (2010). Methamphetamine dependence and neuropsychological functioning: Evaluating change during early abstinence. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 71, 335-344.
- Takeuchi, H., Sekiguchi, A., Taki, Y., Yokoyama, S., Yomogida, Y., Komuro, N., Kawashima, R. (2010). Training of working memory impacts structural connectivity. *Journal of Neuroscience*, 30(9), 3297-3303.
- Taksibi, M., Kashani-Vahid, L., Vakili, S., & Moradi, H. (2020). Effects of computerized cognitive rehabilitation on the working memory of opioid-dependent patients. In *2020 International Serious Games Symposium (ISGS)* (pp. 39-44).
- Thorell, L. B., Lazarević, N., Milovanović, I., & Bugarski Ignjatović, V. (2020). Psychometric properties of the Teenage Executive Functioning Inventory (TEXI): A freely available questionnaire for assessing deficits in working memory and inhibition among adolescents. *Child neuropsychology*, 26(6), 857-864.
- Türkmen, C., Machunze, N., Tan, H., Gerhardt, S., Kiefer, F., & Vollstädt-Klein, S. (2022). Vulnerability for alcohol use disorder after adverse childhood experiences (AUDACE): protocol for a longitudinal fMRI study assessing neuropsychobiological risk factors for relapse. *BMJ open*, 12(6), 542-560.
- Vilou, I., Bakirtzis, C., Artemiadis, A., Ioannidis, P., Papadimitriou, M., Konstantinopoulou, E., & Grigoriadis, N. (2020). Computerized cognitive rehabilitation for treatment of cognitive impairment in multiple sclerosis: an explorative study. *Journal of integrative neuroscience*, 19(2), 341-347.
- Zilverstand, A., Huang, A. S., Alia-Klein, N., & Goldstein, R. Z. (2018). Neuroimaging impaired response inhibition and salience attribution in human drug addiction: a systematic review. *Neuron*, 98(5), 886-903.

## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی افراد در وابسته به مواد

عیسی جعفری<sup>۱</sup>، حمیدرضا حمیدی راد<sup>۲</sup>، بهزاد رسول زاده<sup>۳</sup>، عزت‌اله کردمیرزا نیکوزاده<sup>۴</sup>، فرشته پورمحسنی کلوری<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۴

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی در افراد وابسته به مواد انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به مرکز بهبودی میان مدت اقامتی شهرستان آستارا در سه ماهه اول سال ۱۳۹۹ بود. از بین جامعه فوق، تعداد ۲۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند. ابزار اندازه گیری پژوهش، پرسشنامه مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان و مقیاس سطوح خودانتقادی بود. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. **یافته‌ها:** بر اساس نتایج به دست آمده از تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی در افراد وابسته به مواد تأیید شد. به عبارت دیگر، نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری موجب افزایش میزان انگیزش درمان و کاهش خودانتقادی در گروه آزمایش شده است. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، به متخصصان فعال در زمینه ترک اعتیاد پیشنهاد می‌شود از پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان درمان مکمل روان شناختی در جهت افزایش انگیزش درمان و همچنین کاهش خودانتقادی در افراد وابسته مواد بهره ببرند.

**کلیدواژه‌ها:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، انگیزش درمان، خودانتقادی، وابستگی به مواد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک: dr.jafari@pnu.ac.ir

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

۳. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۵. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

## مقدمه

اختلال مصرف مواد به طور فزاینده‌ای در سراسر جهان شیوع پیدا کرده است (گان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر، در میان ۲۶۹ میلیون نفری که در سال گذشته مواد مصرف کرده‌اند، بیش از ۳۵ میلیون نفر دچار اختلالات مصرف مواد شده‌اند (ناف<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). اختلالات ناشی از مصرف مواد نشان‌دهنده یک بحران عمده عمومی است و هزینه‌های کلان شخصی، اقتصادی و اجتماعی برای جامعه به همراه دارد (مورای<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ دیجنهارت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). از طرف دیگر، اختلالات مصرف مواد خطر بلندمدت ابتلا به بیماری‌های جدی سلامت را به دنبال دارد و با افزایش مرگ و میر همراه است (کویتروپلات<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). با وجود خطرات جدی مصرف مواد در حوزه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی، تعداد کمی از افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد خدمات درمانی مراجعه می‌کنند و این افراد با وجود دریافت درمان‌های روانی-اجتماعی، اغلب مستعد عود بیماری هستند (کلی، برگمن، هوپنر، ویلساینت و وایت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). مطالعات مرتبط در این حوزه نیز نشان می‌دهد از هر ۶ فرد مبتلا به اختلالات مصرف مواد فقط یک نفر تحت درمان روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد و میزان عود در درمان‌های روانی و اجتماعی مرتبط با اختلالات مصرف مواد به طور کلی از ۴۰ تا ۶۰ درصد، و در برخی موارد که عود به حداکثر می‌رسد ۸۶ درصد می‌باشد (براندون، ایروین، ویدرین و لیتوین<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). ترک برنامه درمان روانی اجتماعی، اختلالات مصرف مواد یک مشکل گسترده در زمینه اعتیاد است و مدت‌ها پیش‌بینی‌کننده قوی عود بوده است؛ بنابراین ترک برنامه به طور مستمر می‌تواند کارآیی و اثربخشی درمان را کاهش دهد (پالمر، مورفی، پیسلی و بال<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹).

مرور شواهد پژوهشی فوق نشان می‌دهد که یکی از عوامل مؤثر در بالا بودن میزان عود و برگشت به مصرف در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، پایین بودن انگیزش

1. Gan  
2. Knopf  
3. Murray  
4. Degenhardt  
5. Quintero-Platt

6. Kelly, Bergman, Hoepfner,  
Vilsaint & White  
7. Brandon, Irvin, Vidrine & Litvin  
8. Palmer, Murphy, Piselli, Ball

درمان می‌باشد. انگیزش نقش مهمی در درمان هر بیماری، به ویژه برای بیماران مبتلا به اعتیاد ایفا می‌کند. به علاوه انگیزش عاملی است که بیماران را برای جستجوی راه‌های مختلف درمانی به دنبال دستورالعمل‌های درمان و به ویژه تغییرات بلندمدت موفق آماده می‌سازد (میلر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). انگیزش درمان در حوزه اعتیاد مراحل بازشناسی، دوسوگرایی و گام‌برداری<sup>۲</sup> را شامل می‌شود. بازشناسی به شناخت این که در فرد رفتار مشکل‌زایی وجود دارد، تعریف شده است. دوسوگرایی مرحله انگیزش درمان بعد از بازشناسی مشکل خود را نشان می‌دهد و در این زمان فرد در ترک کردن و نکردن آن رفتار تردید دارد. در نهایت، در گام‌برداری که سومین مرحله انگیزش درمان است، فرد اقدام عملی برای ترک رفتار مشکل‌زای خود انجام می‌دهد (میلر و تونینگان، ۱۹۹۶؛ به نقل از رحیمی پردنجانی، محمدزاده ابراهیمی و صبور، ۱۳۹۵). سازه‌های انگیزشی عنصر کلیدی در قالب رویکردهای نظری در درمان سوء مصرف مواد، پیش‌بینی‌کننده تغییر در مصرف الکل (لودت و استنیک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰) و مصرف مواد (داونی، روسنگرن و دونوان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰) در نظر گرفته شده است. انگیزش درمان نشان‌دهنده میل به رفع نیازمندی‌های یک برنامه درمان و در نتیجه دستیابی به اهداف درمانی می‌باشد (دریسکنر، لامرز و وندراستاک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). انگیزش یک عامل مهم در درمان اعتیاد بوده و ثابت شده است که پیش‌بینی‌کننده نتایج درمان می‌باشد (کیزیلکورت و قایناش<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). اگرچه وابستگی به مواد فرایندی فیزیولوژیکی و روانی پیچیده است، انگیزش سوء مصرف‌کننده، بخش مهمی از روند بهبودی و درمان می‌باشد. بنابراین، انگیزش نقش مهمی در تشخیص نیاز به تغییر، جستجوی درمان و دستیابی به تغییر موفق و پایدار برای همه سوء مصرف‌کنندگان مواد دارد (دیکلمنته، اسکلونت و گیمل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). انگیزش درمان در سوء مصرف‌کنندگان مواد برای اثربخشی برنامه‌های درمانی و توانبخشی بسیار مهم است (گورگولو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹). در همین راستا، مطالعات نشان می‌دهد که انگیزش مربوط به تغییر رفتار و ورود به درمان

1. Millere  
2. recognition, ambivalence & taking step  
3. Laudet & Stanick  
4. Downey, Rosengren & Donovan

5. Drieschner, Lammers & Van Der Staak  
6. Kizilkurt & Gıynaş  
7. DiClemente, Schlundt & Gemmell  
8. Gorgulu

به طور مداوم، پیش‌بینی‌کننده مشارکت در درمان به شمار می‌آید (ویلده، سونینگام و ریان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). این سازه برای بهبودی موفقیت‌آمیز از اعتیاد، حیاتی بوده و پیش‌بینی‌کننده درمان موفق می‌باشد. همچنین تلاش برای درمان وابستگی به مواد بدون در نظر گرفتن انگیزش، کامل نیست. کاهش سطح انگیزش و عدم تمایل برای تغییر و مقاومت نسبت به درمان از مشکلات اصلی افراد وابسته به مواد برای درمان است (مولیا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). بنابراین می‌توان گفت که انگیزش بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد، توجه محققان را به این موضوع جلب کرده است که چگونه می‌توان انگیزش افراد وابسته به مواد را نسبت به توقف مصرف مواد بهبود بخشید و شروع به درمان و همچنین حفظ پویایی مثبت بعد از فرایند درمان نمود (سودرابا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی دیگر از عواملی که نقش آن در ترک موفق در مطالعات متعددی بررسی شده است، خودانتقادی است. خودانتقادی به عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خویش تعریف شده است (آینکو، بودنر، و بن-زونیک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). خودانتقادی موجب می‌شود که فرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند به گونه‌ای که در نهایت به دوری کردن او از اجتماع منجر می‌شود (جیمز، ورپلانکن و رایمز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). دو نوع خودانتقادی در افراد وجود دارد. خودانتقادی مقایسه‌ای که سبب مقایسه خود با دیگران می‌شود و خودانتقادی درونی که به سبب مقایسه خود با انتظارات بسیار سطح بالا و غیرقابل دستیابی درونی ایجاد می‌شود. هر دو نوع خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی در این زمینه که فرد عملکرد خود را نادرست و ناقص می‌داند، مشترک هستند. این متغیر روان‌شناختی یکی از علل و عامل استمرار و حفظ انواع مختلفی از آسیب‌شناسی روانی از جمله افسردگی (آروتا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) و سوء مصرف مواد است (چانگ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان می‌دهد که انتقاد از خود با طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی، از جمله اضطراب، اختلال استرس پس از

1. Wild, Cunningham & Ryan

2. Mulia

3. Sudraba

4. Iancu, Bodnerb & Ben-Zonic

5. Jemas, Verplanken & Rimes

6. Aruta

7. Chang

سانحه، اختلال خوردن، اختلالات عاطفی و اختلالات مصرف مواد مرتبط است (گیل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). از طرفی تحقیقات نشان می‌دهد خودانتقادی علاوه بر اختلال‌های مصرف مواد با اختلالات و مشکلات روان‌شناختی متعددی از جمله اضطراب، افسردگی، اختلالات شخصیت و خودکشی رابطه دارد (کانان و لویت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). خودانتقادی یکی از عوامل خطر ساز مرتبط با ایجاد و تداوم اختلال وابستگی به موادمخدر است (گیلبرت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). برای نمونه، لیدبیتر و همکاران (۱۹۹۹، به نقل از شهرار<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵) نشان داد که خودانتقادی پیش‌بینی‌کننده اختلالات بیرونی‌سازی نظیر؛ بزهکاری، پرخاشگری و سوء مصرف مواد است. به عبارتی می‌توان گفت که خودانتقادی رخ می‌دهد و فرد مداوم خود را سرزنش و انتقاد بیش از حدی از خود نشان می‌دهد این فرایند با علائم و اختلالات بیرونی نظیر اختلال سلوک و مصرف مواد، خود را نشان می‌دهد. در پژوهش دیگری مشخص شد که انتقاد از خود از جمله عوامل روان‌شناختی است که زمینه‌ساز گرایش نوجوانان به اعتیاد است. مدل‌های نظری و تجربی نشان می‌دهد که ویژگی‌های انگیزشی، شناختی و بین‌فردی خودانتقادی به طور پویا با عوامل محیطی در تعامل است و باعث افزایش و حفظ آسیب‌روانی و ناراحتی از جمله مصرف مواد می‌شود (پینتو-گوویا و ماتوس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). در همین راستا پژوهش اسدآباد، ایمانی، فتح آبادی، نوروزی و علیزاده گورادل (۲۰۲۲) نشان داد که افراد معتاد به مواد افیونی سطوح بالاتری از انتقاد از خود را نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند.

با توجه به پیامدهای درمان وابستگی به مواد، توجه روز افزون به نقش درمان‌های موج سوم در غنی‌سازی زندگی روزمره و اثر آن در ارتباط با ابعاد مختلف اعتیاد و شیوه‌هایی که افراد در مقابله با این تنیدگی به کار می‌برند، زمینه‌ساز انجام تحقیقات متعدد شده است. از بین درمان‌های رایج موج سوم که اثربخشی آن در زمینه اختلالات روان‌شناختی ثابت شده است، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور فزاینده‌ای به عنوان رویکردهای درمانی تأثیرگذار بر مصرف و سوء مصرف مواد



پیشنهاد شده است (چیسا و سرتی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). راهبردهای مورد استفاده در درمان ذهن‌آگاهی موجب افزایش تجربیات تحمل ترک، ارتقا و بهبود سطح انگیزش در مراجعان می‌شود. ذهن‌آگاهی روش توجه کردن به هدف، بودن در لحظه حال و بدون قضاوت است. تأکید اساسی در مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به جای توجه به آینده، کمک به افراد وابسته به مواد در زندگی در حال و نگاه کردن به دنیای اطراف و امور به همان صورتی که واقعاً هستند و در عین تأکید بر شفقت و انعطاف‌پذیری، کمک به مراجعان در تغییر رفتار می‌باشد. به عبارتی می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی حالتی از آگاهی فراشناختی ایجاد می‌کند تا مراجعان به جای افتادن در دام رفتارهای شرطی و تکراری، تصویری بزرگتر را مشاهده کند و این نحوه نگاه کردن به امور، آگاهی، حس آزادی و انتخاب بزرگتری را برای آنان فراهم می‌کند (براون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). در نتیجه این نوع مداخله به فرد کمک می‌کند کمتر درگیر هیجان‌های منفی نظیر خودانتقادی، شرم و احساس گناهی که معمولاً افراد وابسته به مصرف مواد تجربه می‌کنند، شوند و با کاهش میزان هیجان‌های منفی در افراد دادن حس آزادی و انتخاب، زمینه را برای ترک مواد و انگیزش درمان مهیا می‌سازد. پژوهش گارلند و هوارد<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند میزان انگیزش را از طریق افزایش آگاهی درونی از پیامدهای رفتار اعتیادی، افزایش دهد. در پژوهش دی جانگ، هامس، برورز و تامیک<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر استرس بر استرس و انگیزش روی گروهی از آزمودنی‌ها بررسی شد و نتایج حاکی از آن بود که درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر استرس موجب کاهش استرس و افزایش انگیزش درمان در آزمودنی‌های مورد نظر شده است. در پژوهش دیگری گیلبرت (۲۰۱۴) نقش آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاه را روی خودانتقادی، ولع و عود در گروهی از سوء مصرف کنندگان مواد بررسی نمود و نتایج نشان داد که این مداخله در کاهش خودانتقادی، ولع و عود در این افراد مؤثر بوده است. در پژوهش هالامووا، کوناوسکی، جورکوا و کوپلی<sup>۵</sup> (۲۰۱۸)

1. Chiesa & Serretti  
2. Brown  
3. Garland & Howard

4. De Jong, Hommes, Brouwers & Tomic  
5. Halamová, Kanovsky, Jurková & Kupeli

اثربخشی نسخه کوتاه مدت آنالین مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود انتقادی و شفقت بر خود روی نمونه‌های غیربالینی بررسی شد و نتایج حاکی از آن بود که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری در کاهش خودانتقادی و نگاه غیرشفقتی بر خود اثرگذار بوده و این اثربخشی در مدت پیگیری دو ماهه نیز پایدار بود.

بررسی پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که در حوزه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سوء مصرف مواد پژوهش‌های زیادی انجام شده است، با این حال اثربخشی این درمان روی متغیر خود انتقادی، و به ویژه انگیزش درمان در افراد وابسته به مصرف مواد مطالعه نشده است. از طرفی بررسی مطالعات صورت گرفته نشان داد که متغیر انگیزش درمان و خودانتقادی از جمله متغیرهایی هستند که نقش مهمی در موفقیت برنامه‌های درمانی وابستگی به مواد دارند و شواهد پژوهشی حاکی از آن است که افراد وابسته به مواد از انگیزش پایین و خود انتقادی بالایی برخوردارند، اما تا به حال مطالعه‌ای که به طور اختصاصی این درمان را روی انگیزش درمان و خودانتقادی به عنوان دو متغیر تأثیر گذار در بهبودی از اعتیاد در افراد وابسته انجام دهد، صورت نگرفته است. بنابراین جهت پاسخ‌گویی به خلاء پژوهشی در این زمینه، پژوهش حاضر در صدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی در افراد وابسته به مواد اثربخش می‌باشد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد دارای اختلال وابستگی به مواد مرکز بهبودی میان‌مدت اقامتی مبتکران نیک و پاک شهرستان آستارا در سه ماهه اول سال ۱۳۹۹ بودند. از این بین ۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد بر طبق ملاک‌های راهنمای

تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup>، رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش و داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل بود. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: داشتن دوره درمانی همزمان با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، داشتن اختلالات روانی و عصب‌شناختی قابل تشخیص، عدم شرکت در همه جلسات درمان و تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها. همچنین تا حد امکان تلاش شد که گروه‌های آزمایش و کنترل در ویژگی‌های نظیر سن، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل و مدت وابستگی هم‌تاسازی شوند. با توجه به اینکه تعداد ۲ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه کنترل به دلیل ترخیص پیش از موعد و عدم دسترسی به جلسات و مرکز بهبودی در اواسط پژوهش از ادامه همکاری انصراف داده بودند، در هر گروه ۱۰ آزمودنی مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش سعی بر آن شد که اطلاعات آزمودنی‌ها کاملاً محرمانه باقی بماند و جمع‌آوری اطلاعات همراه با توافق آگاهانه شرکت‌کنندگان صورت گیرد. همچنین برای رعایت مسائل اخلاقی در مطالعه، بعد از انجام پژوهش برای گروه کنترل نیز جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ارائه شد. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

۹۸

98

## ابزار

۱. مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان<sup>۲</sup>: این مقیاس یک ابزار تجربی است که توسط میلر و تونینگان<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) برای ارزیابی آمادگی برای تغییر سوء مصرف مواد طراحی شده است. این ابزار ۱۹ سؤال دارد و انگیزش درمان را در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافقم (۵) در سه خرده مقیاس بازشناسی، دوسوگرایی و گام‌برداری اندازه می‌گیرد. حداقل نمره در این مقیاس ۱۹ و حداکثر نمره ۹۵ می‌باشد. خرده مقیاس بازشناسی نشانگر آگاهی فرد نسبت به وجود مشکل و تمایل وی نسبت به ایجاد تغییر است. خرده مقیاس دوسوگرایی بیانگر شک و عدم اطمینان فرد نسبت به وجود مشکل و آسیب‌ها است و خرده مقیاس گام‌برداری دربرگیرنده فعالیت‌هایی است

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2. Stages of Change Readiness & Treatment Eagerness Scale  
3. Miller & Tonigan

که فرد به منظور ایجاد تغییر انجام داده است. در پژوهش میلر و تونیگان (۱۹۹۷) ضریب آلفای کروناخ خرده مقیاس بازشناسی در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، دوسوگرایی در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و گام‌برداری ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آمده است. در پژوهش بشرپور (۱۳۹۴) نیز ضریب آلفای کروناخ این مقیاس به ترتیب ۰/۷۶ برای بازشناسی، ۰/۷۱ برای دوسوگرایی و ۰/۸۵ برای گام‌برداری به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کروناخ خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸ برای بازشناسی، ۰/۸۷ برای دوسوگرایی و ۰/۸۴ برای گام‌برداری محاسبه شد.

۲. مقیاس سطوح خودانتقادی لویزا<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط تامپسون و زوروف<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) جهت سنجش خودانتقادی تدوین شده است. مقیاس سطوح خودانتقادی مشتمل بر ۲۲ سؤال است و نمره‌گذاری ۷ درجه‌ای از ۰ تا ۶ را شامل می‌گردد. این مقیاس در دو سطح، خودانتقادی را در فرد می‌سنجد. اول خود انتقادی درونی‌شده و دوم خودانتقادی مقایسه‌ای. حداقل نمره در این مقیاس ۰ و حداکثر نمره ۱۳۲ می‌باشد. خودانتقادی درونی به عنوان دیدگاه و نظر منفی نسبت به خود در مقابل با استانداردهای شخصی، درونی خود تعریف می‌شود. خودانتقادی درونی شامل مقایسه خود یا دیگران نمی‌باشد، بلکه افراد خودشان را (در مقابل با انتظارات خود) ناکارآمد می‌بینند. خودانتقادی مقایسه‌ای روی مقایسه نامناسب خود با دیگران که خصمانه یا انتقادی می‌باشد، تمرکز می‌کند؛ بنابراین یکی از مشخصات خودانتقادی مقایسه‌ای، خصومت بین فردی است (تامسون و زوروف، ۲۰۰۴). در پژوهش یاماگوجی و کیم<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) ضریب پایایی ابزار به روش آلفای کروناخ ۰/۹۰ محاسبه شده است. در پژوهش نوربالا، برجعلی و نوربالا (۱۳۹۲) نیز ضریب همسانی درونی مقیاس سطوح خود انتقادی برابر با ۰/۹۰ و آلفای کروناخ ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کروناخ این مقیاس به ترتیب ۰/۸۵ برای خود انتقادی درونی، ۰/۸۷ برای خود انتقادی مقایسه‌ای و برای کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد.

## روش اجرا

پروتکل آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توسط کابات زین و زین<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) تدوین شده است. گروه آزمایش تحت آموزش این پروتکل در ۸ جلسه، بر اساس جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه در هر هفته قرار گرفت. خلاصه‌ای از تعداد جلسات و محتوای آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اولیه با مراجعان، آشنایی با مفاهیم ذهن‌آگاهی با استفاده از فنون مختلف، آشنایی با هدایت خودکار و نحوه معطوف ساختن توجه به قسمت‌های مختلف بدن، ارائه تکلیف خانگی
جلسه دوم	تمرکز بیشتر بر بدن، احساس جسمی، فیزیکی، تمرکز بر تنفس و کنترل بیشتر واکنش نسبت به وقایع روزانه، ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	تمرکز عامدانه آگاهی بر تنفس، آرام‌گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	آموزش حضور ذهن و اجتناب از حواس‌پرتی، آموزش این نکته که بدون اجتناب از افراد، در لحظه حال بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم، ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	آموزش اجازه حضور به تجربه همان‌طور که هست، بدون قضاوت یا تغییر در آن، آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	آشنایی شرکت‌کنندگان با نحوه‌ای که خلق و افکار تجربه را محدود می‌کند، تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فکر و نه واقعیت، ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مرور نشانگان عود و بیماری، هشیاری نسبت به نشانه‌های عود و تنظیم برنامه مواجهه احتمالی با نشانه‌های عود، ارائه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	آموزش نحوه تمرین منظم ذهن‌آگاهی، برنامه‌ریزی آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی

## یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه مورد مطالعه

متغیر پژوهش	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سطوح	پیش‌آزمون	۹۳/۱۰	۱۵/۲۲	۸۸/۱۰	۱۷/۹۷
خودانتقادی	پس‌آزمون	۷۳/۸۰	۱۴/۳۱	۸۳/۸۰	۲۳/۵۹
انگیزش درمان	پیش‌آزمون	۸۵/۳۰	۷/۵۷	۸۴/۱۰	۸/۹۲
	پس‌آزمون	۹۲/۳۰	۳/۵۲	۸۷/۸۰	۶/۶۹

در ادامه جهت بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سطوح خودانتقادی و انگیزش درمان در افراد مبتلا به مصرف مواد، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید. جهت استفاده از این آزمون، باید مفروضه‌های آن برقرار باشد. از جمله مفروضه‌های این آزمون، نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس توزیع متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌ها و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد مطالعه می‌باشد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های سطوح خودانتقادی و انگیزش درمان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک حاکمی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ( $P > 0/05$ ). مفروضه همگنی واریانس متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که واریانس‌ها برای انگیزش درمان ( $F=0/33$ )،  $P=0/56$ ) و برای سطوح خودانتقادی ( $P=0/35$ ،  $F=0/91$ ) همگن هستند و این مفروضه نیز برقرار است. همچنین جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد مطالعه از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج این آزمون بیانگر برقراری این مفروضه می‌باشد ( $BOX_M=6/57$ ،  $F=1/92$ ،  $P=0/12$ ). با توجه به برقراری مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده از این آزمون بلا مانع است. بنابراین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری**

مقدار آماره	F آماره	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا	
۰/۳۷	۴/۵۷	۲	۱۵	۰/۰۳	۰/۳۷	اثر پیلایی
۰/۶۳	۴/۵۷	۲	۱۵	۰/۰۳	۰/۳۷	لامبدای ویلکز
۰/۵۹	۴/۵۷	۲	۱۵	۰/۰۳	۰/۳۷	اثر هاتلینگ
۰/۵۹	۴/۵۷	۲	۱۵	۰/۰۳	۰/۳۷	بزرگترین ریشه روی

یافته‌های موجود در جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۶۳ است ( $p < 0/05$ ) و بیانگر این موضوع است که دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای انگیزش درمان و سطوح خود انتقادی در پس آزمون تفاوت معنی‌داری دارند و میزان اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای وابسته ۶۳ درصد می‌باشد؛ یعنی ۶۳ درصد از تفاوت میان دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته ناشی از اثر مداخله آزمایشی می‌باشد. در ادامه به منظور تعیین تأثیر مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای پژوهش نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انگیزش درمان و سطوح خودانتقادی**

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	سطوح خود انتقادی	۸۹۸/۳۰	۱	۸۹۸/۳۰	۴/۸۲	۰/۰۴	۰/۲۳
	انگیزش درمان	۷۷/۷۹	۱	۷۷/۷۹	۴/۵۹	۰/۰۴۸	۰/۲۲

یافته‌های موجود در جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کنترل نمرات پیش آزمون انگیزش درمان و سطوح خودانتقادی، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای انگیزش درمان و سطوح خودانتقادی معنادار است ( $F=4/85, P<0/04$ ) و ( $P<0/05$ )،  $F=4/50$ ) بدین ترتیب اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انگیزش درمان و سطوح خودانتقادی در افراد وابسته به مصرف مواد تایید گردید و می‌توان نتیجه گرفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انگیزش درمان افراد وابسته به مصرف مواد

تأثیر گذار بوده است و تأثیر آن ۰/۲۲ بوده است؛ یعنی ۲۲ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون انگیزش درمان مربوط به تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بوده است که می‌توان نتیجه گرفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطوح خودانتقادی افراد مبتلا به مصرف مواد تأثیر گذار بوده است و میزان این تأثیر ۰/۲۳ می‌باشد. به بیان دیگر ۲۳ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون سطوح خودانتقادی آزمودنی‌های گروه آزمایش مربوط به تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر انگیزش درمان و خودانتقادی در افراد وابسته به مواد انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش میزان انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مؤثر بوده است. به عبارت دیگر افرادی که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل، افزایش معنی‌داری در انگیزش درمان نشان دادند. نتایج به دست آمده در این پژوهش در زمینه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش میزان انگیزش درمان با یافته‌های استافین، بائر و مایکستر<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)، زراستوند، تیزدست، خلعتبری و ابوالقاسمی (۲۰۲۰)، گارلند و هاوارد (۲۰۱۸) و دی جانگ و همکاران (۲۰۱۳) همسو می‌باشد. سازه‌های انگیزشی عنصر کلیدی در قالب رویکردهای نظری در درمان سوء مصرف مواد، پیش‌بینی‌کننده تغییر در مصرف الکل (لودت و استنیک، ۲۰۱۰) و مصرف مواد (داونی و همکاران، ۲۰۰۰) در نظر گرفته شده است. انگیزش درمان نشان دهنده میل به رفع نیازمندی‌های یک برنامه درمان و در نتیجه دستیابی به اهداف درمانی می‌باشد (دریسکتر و همکاران، ۲۰۰۴). تکنیک‌های مورد استفاده در ذهن آگاهی در عین تأکید بر مهربانی و انعطاف‌پذیری، ابزارهای مؤثر و ماهرانه برای تغییر رفتار مجدانه و آگاهانه فراهم می‌آورد. این نوع درمان حالتی از آگاهی‌فراشناختی به وجود می‌آورد که در آن فرد می‌تواند به جای افتادن در دام رفتارهای شرطی و عادت‌



تصویر بزرگتری را مشاهده کند. این آگاهی، حس آزادی و انتخاب بزرگتری را فراهم می‌آورد. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، توانایی تصمیم‌گیری و آگاهی افراد از توان بالقوه خود را افزایش می‌دهد و به کارگیری این مهارت‌ها به نوبه خود موجب افزایش انگیزش برای تغییر و ماندن در درمان را فراهم می‌آورد. همانطور که پژوهش گارلند و هوارد (۲۰۱۸) نشان داد آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند تقویت انگیزش را از طریق ارتقای آگاهی درونی از پیامدهای رفتار اعتیادی افزایش دهد.

از دیگر تبیین‌های احتمالی این است که در درمان ذهن‌آگاهی مراجعین آموزش می‌بینند که بر زمان حال و تجربیات کنونی تمرکز کنند و نگرشی غیر قضاوتی بر افکار، احساس و رفتار خود داشته باشند. این نوع نگاه موجب تمرکز ذهن شده و افراد را از حواس پرتی و افکار مزاحم رها می‌کند. تمرکز بر حال و رهایی ذهن از افکار مزاحم توانایی افراد را برای فراگیری تکنیک‌ها و مهارت‌های جدید مقابله‌ای فراهم می‌کند و ارتقاء و افزایش توانمندی مراجعان در ادامه، موجب افزایش انگیزش در آنان می‌شود. همان‌طور که پژوهش داویس، فلمینگ، بوناس و باکر<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) نشان داد که ذهن‌آگاهی مبتنی بر استرس موجب افزایش انگیزش ترک و کاهش استرس و پریشانی عاطفی در افراد تحت آموزش شده است. همچنین در پژوهش دی جانگ و همکاران (۲۰۱۳) اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر استرس بر انگیزش گروهی از آزمودنی‌ها بررسی شد و نتایج حاکی از آن بود که درمان ذهن‌آگاهی موجب کاهش استرس و افزایش انگیزش درمان در آزمودنی‌های مورد نظر شده است. به نظر می‌رسد آشنایی با مهارت‌های ذهن‌آگاهی این توانمندی را در آزمودنی‌ها به وجود می‌آورد تا آگاهی بیشتری از روابط شخص با کل تجربیات درونی خود نظیر افکار، احساسات و رفتار بیرونی پیدا کنند و این امر تغییر در آنها را تسهیل کرده و حس انتخاب، دلسوزی و آزادی را تقویت می‌کند، در ادامه بالا رفتن قدرت انتخاب و آزادی در فرد زمینه افزایش انگیزش درمان را فراهم می‌آورد.

1. Davis, Fleming, Bonus & Baker

از طرفی نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش میزان خود انتقادی افراد وابسته به مواد مؤثر است. نتایج این تحقیق با یافته‌های شیرانی بروجنی، شریفی، احمدی و غضنفری (۲۰۲۱)، گرجی، طباییان و شکراللهی (۱۳۹۹)، آندریجکوا، هالاموا و استرنادلوا<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) و گلیبرت (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. خودانتقادی یکی از عوامل خطر ساز مرتبط با ایجاد و تداوم اختلال وابستگی به موادمخدر است (گلیبرت، ۲۰۱۴). برای نمونه، پژوهش اسدآباد و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که افراد معتاد به مواد افیونی سطوح بالاتری از انتقاد از خود را نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند. به عبارتی می‌توان گفت که خودانتقادی رخ می‌دهد و فرد مدام خود را سرزنش و انتقاد بیش از حدی از خود نشان می‌دهد. این فرایند با علایم و اختلالات بیرونی نظیر اختلال سلوک و مصرف مواد خود را نشان می‌دهد. تمرین ذهن آگاهی در لحظه حال بودن و نگاهی غیر قضاوتی را به مراجعان یاد می‌دهد (کابات زین، ۱۹۹۴؛ به نقل از فورتونا و والجو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). این آگاهی متمرکز بر حال را می‌توان از طریق تمرین‌های موجود، که به عنوان خودتنظیمی عمدی توجه لحظه به لحظه تعریف می‌شود، رشد داد (فورتونا و والجو، ۲۰۱۵). به گفته کابات زین و زین (۲۰۱۳)، زمانی که شرکت کنندگان متوجه احساسات یا شناخت‌هایی می‌شوند که به وجود می‌آیند، باید آنها را بدون قضاوت مشاهده کرده و سپس توجه باید به لحظه حال بازگردانده شود. مکانیسم عمل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در زمینه روان‌درمانی این است که این شیوه‌ها به شرکت کنندگان کمک می‌کند تا افکار و احساسات خود را متوجه شوند، بدون اینکه جذب آنها شوند. در مجموع این تکنیک‌ها و اجرای آنها، این امکان را برای افراد فراهم می‌آورد تا انتقاد از خود و شرمساری که اغلب در افراد مصرف کننده مواد بسیار زیاد است، را کاهش دهند و نگاه مهربانانه به خود داشته باشند و استمرار و ارتقای این مهارت‌ها موجب می‌شود تا میزان خودانتقادی در مراجعان به طور معنی داری کاهش یابد.

همانطور که نتایج پژوهش گیلبرت (۲۰۱۴) نشان داد آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاه موجب کاهش خودانتقادی، ولع و عود در سوء مصرف کنندگان مواد می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت تکنیک‌های استفاده شده در ذهن‌آگاهی، به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا توجه و آگاهی بیشتری نسبت به احساسات، افکار، هیجانات و محیط اطراف خود داشته باشند. تمرین تمرکز حواس به مراجعان کمک می‌کند تا الگوهای همیشگی تفکر و عمل خود را بشناسند و به این افکار و اعمال به گونه‌ای غیرقابل قضاوت، مهربانانه و مفیدتر پاسخ دهند. تحقیقات نشان می‌دهد که شیوه‌های تمرکز حواس به کاهش علائم منفی کمک می‌کند و به شرکت کنندگان اجازه می‌دهد به جای اجتناب از آن یا استفاده از استراتژی‌های مقابله ناسالم برای مدیریت آن، با خیال راحت با عاطفه‌های منفی روبرو شوند و آن‌ها را تحمل کنند (باثر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). همان‌طور که در پژوهشی جوهری فرد و سبک خیز (۲۰۱۷) تاثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر خودانتقادی و ترس از شکست در افراد دچار بیماری قلبی بررسی کردند و شواهد نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش خودانتقادی و ترس از شکست در افراد مورد بررسی شده است. از طرفی می‌توان گفت که تکنیک‌های مورد استفاده در ذهن‌آگاهی می‌تواند به کاهش تمایل ذهن به تشدید حالت‌های هیجانی منفی کمک کند و ننگ، شرم، سرزنش و گناهی را که عموماً توسط افراد درگیر در رفتارهای اعتیادی تجربه می‌شوند، کاهش دهد. همچنین تکنیک‌های استفاده شده در ذهن‌آگاهی، که آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا توجه و آگاهی بیشتری نسبت به احساسات، افکار، هیجانات و محیط اطراف خود داشته باشند. تمرین تمرکز حواس به مراجعان کمک می‌کند تا الگوهای همیشگی تفکر و عمل خود را بشناسند و به این افکار و اعمال به گونه‌ای غیرقابل قضاوت، مهربانانه و مفیدتر پاسخ دهند. تمرین‌های استفاده شده در ذهن‌آگاهی به افراد کمک کند تا افکار و هیجان‌های خود، آگاه شوند و در عین حال ناپایداری آنها را متوجه و تجربه کنند. ذهن‌آگاهی توانایی افراد را در قالب‌بندی مجدد یک تجربه و دیدن آن در ابعاد وسیع‌تری توسعه می‌دهد. همچنین با تمرین ذهن‌آگاهی، این ظرفیت برای افراد ایجاد

می‌شود که احساس را از تفکر جدا کنند و ببینند که افکار می‌آیند و می‌روند و لزوماً درست نیستند. در واقع، آنها یاد می‌گیرند که بسیار بزرگتر از افکارشان هستند. افکار به عنوان واحدهای صرفاً در جریان نگریسته می‌شوند و ماندن در این افکار منفی و غرق آن شدن، جز ایجاد هیجان‌های منفی و رنج آنان نتیجه‌ای نخواهد داشت. همچنین در فرایند این تمرین‌ها آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند که به گونه‌ای متفاوت پاسخ دهند و اجازه ندهند افکار یا اعمال اجتنابی یا خود تخریب‌کننده بر زندگی آنها اثرگذار باشند. ارتقای مهارت‌های ذهن آگاهانه توانمندی‌های روان‌شناختی نظیر مهربانی، همدلی، اعتماد و شفقت نسبت به خود را برای آنان فراهم می‌کند تا نگاهی مشفقانه به خود داشته باشند و از این طریق خودانتقادی در این افراد به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد.

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش میزان انگیزش درمان و کاهش خودانتقادی در افراد وابسته به مصرف مواد مؤثر است. در واقع نتایج به دست آمده حاکی از آن است که در صورت توجه به متغیرهای انگیزش درمان و خودانتقادی از طریق پروتکل‌های روان‌درمانی نظیر، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان موجب افزایش انگیزش درمان و کاهش خودانتقادی در راستای ترک موفق و فرایند بهبودی در افراد وابسته به مواد شد.

کم بودن حجم نمونه آماری با توجه به ریزش آزمودنی‌ها، ناتوانی در کنترل مدت مصرف مواد، نداشتن دوره پیگیری از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر بود. بنابراین توصیه می‌شود جهت تعمیم نتایج به جامعه‌های آماری مشابه، در پژوهش‌های آتی از نمونه بیشتری استفاده شود. محدود بودن گروه به جنس مذکر از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی از هر دو جنس استفاده شود و پژوهش حاضر در سطح گسترده‌تر در دیگر شهرها یا در کلینیک‌های ترک اعتیاد صورت گیرد تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین با توجه به اثربخش بودن شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان و خودانتقادی در افراد مورد مطالعه، پیشنهاد می‌شود پروتکل درمانی فوق در دیگر کلینیک‌های ترک اعتیاد و مراکز تخصصی مرتبط استفاده شود.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری پرسنل و مقیمان مرکز بهبودی میان‌مدت اقامتی مبتکران نیک و پاک آستارا که در مراحل مختلف انجام پژوهش همکاری صمیمانه داشته‌اند، سپاسگزاری می‌گردد.

## منابع

بشرپور، سجاد (۱۳۹۴). الگوی روابط ساختاری ویژگی‌های انحرافی شخصیت، ادراک خطر و انگیزش درمان در افراد وابسته به مواد: نقش میانجی ادراک خطر. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*، ۹(۳۵)، ۹۹-۱۱۷.

رحیمی پردنجانی، طیبه؛ محمدزاده ابراهیمی، علی و صبور، زهرا (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی امیدمحور بر انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*، ۱۰(۳۹)، ۱۲۹-۱۴۵.

گرچی، یوسف؛ طبایان، سیده مینا و شکراللهی، مژگان (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودپنداره، پذیرش خویشتن و خودانتقادگری در زنان دارای اختلال سوء مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*، ۱۴(۵۸)، ۸۸-۷۳.

نوربالا، فاطمه؛ برجعلی، احمد و نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۲). اثربخشی پرورش ذهن شفقت‌ورز بر میزان اضطراب و خودانتقادی بیماران افسرده. *مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی علامه*، ۱۲(۲)، ۷۸-۵۵.

## References

- Aruta, J. J. B. R., Antazo, B., Briones-Diato, A., Crisostomo, K., Canlas, N. F., & Peñaranda, G. (2021). When does self-criticism lead to depression in collectivistic context. *International journal for the advancement of counselling*, 43(1), 76-87.
- Asadabad, R. A., Imani, S., Fathabadi, J., Noroozi, A., & Alizadehgoradel, J. (2022). Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention group therapy and treatment as usual on shame and self-criticism in individuals with opioid use disorder: a comparative investigation. *International journal of high risk behaviors and addiction*, 11(1), 1-6.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: science and practice*, 10(2), 125-143.
- Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual review of clinical psychology*, 27(3), 257-284.

- Brown, S. (2012). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide*, by Sarah Bowen, Neha Chawla, and G. Alan Marlatt: (2011). New York, NY: Guilford.
- Chang, E. C. (2008). *Self-criticism and self-enhancement: Theory, research, and clinical implications* (pp. xvi-291). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance use & misuse*, 49(5), 492-512.
- Davis, J. M., Fleming, M. F., Bonus, K. A., & Baker, T. B. (2007). A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. *BMC complementary and alternative medicine*, 7(1), 1-7.
- De Jong, A., Hommes, M., Brouwers, A., & Tomic, W. (2013). Effects of mindfulness-based stress reduction course on stress, mindfulness, job self-efficacy and motivation among unemployed people. *Australian journal of career development*, 22(2), 51-62.
- Degenhardt, L., Baxter, A. J., Lee, Y. Y., Hall, W., Sara, G. E., Johns, N., & Vos, T. (2014). The global epidemiology and burden of psycho-stimulant dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Drug and alcohol dependence*, 137, 36-47.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American journal on addictions*, 13(2), 103-119.
- Downey, L., Rosengren, D. B., & Donovan, D. M. (2000). To thine own self be true: Self-concept and motivation for abstinence among substance abusers. *Addictive behaviors*, 25(5), 743-757.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M., & Van Der Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical psychology review*, 23(8), 1115-1137.
- Fortuna, L. R., & Vallejo, Z. (2015). *Treating co-occurring adolescent PTSD and addiction: Mindfulness-based cognitive therapy for adolescents with trauma and substance-abuse disorders*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Gan, W. Q., Buxton, J. A., Scheuermeyer, F. X., Palis, H., Zhao, B., Desai, R., & Slaunwhite, A. K. (2021). Risk of cardiovascular diseases in relation to substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 229, 109-132.
- Garland, E. L., & Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addiction science & clinical practice*, 13(1), 1-14.
- Gilbert, S. E. (2014). *Using mindful self-compassion to improve self-criticism, self-soothing, cravings, and relapse in substance abusers in an intensive outpatient program*. Dissertation for Doctor of Philosophy (PhD) of Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Tennessee.

- Gill, M. T. (2015). *Stages of change theory applied to self-critical thinking and fear of compassion: A brief psycho-educational intervention*. Dissertation for Doctor of Philosophy (PhD) of Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Montana.
- Gorgulu, T. (2019). The effect of self-efficacy and coping strategies on treatment motivation of individuals in the substance addiction group work process. *Dusunen adam the journal of psychiatry and neurological sciences*, 32(1), 33-45.
- Halamová, J., Kanovsky, M., Jurková, V., & Kupeli, N. (2018). Effect of a short-term online version of a mindfulness-based intervention on self-criticism and self-compassion in a nonclinical sample. *Studia Psychologica*, 60(4), 259-273.
- Iancu, I., Bodner, E., & Ben-Zion, I. Z. (2015). Self-esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive psychiatry*, 58, 165-171.
- James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and individual differences*, 79, 123-128.
- Joharifard, R., & Sabokkhiz, S. (2017). The effect of mindfulness-based cognitive therapy education on self-criticism and fear of failure in people with heart disease. *Iranian journal of cardiovascular nursing*, 6(1), 14-21.
- Kabat-Zinn, J., & Zinn, J. K. (2013). *Mindfulness meditation in everyday life*. London: Piatkus Books.
- Kannan, D., & Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of psychotherapy integration*, 23(2), 166-180.
- Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., Bergman, B. G., & Vilsaint, C. L. (2017). Recovery from substance use disorder in the United States: Prevalence, characteristics, and pathways from the first national probability-based sample. *In alcoholism-clinical and experimental research*, 41, 179-185.
- Kizilkurt, O. K., & Gıynaş, F. F. (2020). Factors affecting treatment motivation among Turkish patients receiving inpatient treatment due to alcohol/substance use disorder. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 19(4), 594-609.
- Knopf, A. (2020). Addiction telemedicine comes into its own with COVID-19. *Alcoholism & drug abuse weekly*, 32(13), 5-6.
- Laudet, A. B., & Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 38(4), 317-327.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1997). *Assessing drinkers' motivation for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Millere, A., Püce, A., Millere, E., Zumente, Z., Sudraba, V., Deklava, L., & Vagale, A. (2014). Treatment motivation factor analysis of patients with

- substance use disorders in Latvia. *Procedia-social and behavioral sciences*, 159, 298-302.
- Mulia, N. (2002). Ironies in the pursuit of well-being: The perspectives of low-income, substance-using women on service institutions. *Contemporary drug problems*, 29(4), 711-748.
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., & Haring, D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2197-2223.
- Ondrejková, N., Halamová, J., & Strnádelová, B. (2020). Effect of the intervention mindfulness based compassionate living on the-level of self-criticism and self-compassion. *Current psychology*, 19, 1-8.
- Ostafin, B. D., Bauer, C., & Myxter, P. (2012). Mindfulness decouples the relation between automatic alcohol motivation and heavy drinking. *Journal of social and clinical psychology*, 31(7), 729-745.
- Palmer, R. S., Murphy, M. K., Piselli, A., & Ball, S. A. (2009). Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A pilot study. *Substance use & misuse*, 44(7), 1021-1038.
- Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied cognitive psychology*, 25(2), 281-290.
- Quintero-Platt, G., González-Reimers, E., Martín-González, M. C., Jorge-Ripper, C., Hernández-Luis, R., Abreu-González, P., & Santolaria-Fernández, F. (2015). Vitamin D, vascular calcification and mortality among alcoholics. *Alcohol and alcoholism*, 50(1), 18-23.
- Shahar, G. (2015). *Erosion: The psychopathology of self-criticism*. USA: Oxford University Press.
- Shirani Borujeni, S., Sharifi, T., Ahmadi, R., & Ghazanfari, A. (2021). Evaluation of the Effectiveness of Mindfulness-based Group Stress reduction Training on Self-criticism of Female Students with Academic Stress. *Journal of clinical nursing and midwifery*, 9(4), 850-860.
- Sudraba, V., Millere, A., Deklava, L., Millere, E., Zumente, Z., Circenis, K., & Millere, I. (2015). Stress coping strategies of drug and alcohol addicted patients in Latvia. *Procedia-social and behavioral sciences*, 205, 632-636.
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, 36(2), 419-430.
- Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive behaviors*, 31, 1858-1872.
- Yamaguchi, A., & Kim, M. S. (2013). Effects of self-criticism and its relationship with depression across cultures. *International journal of psychological studies*, 5(1), 1-10.



Zarastvand, A., Tizdast, T., Khalatbari, J., & Abolghasemi, S. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on marital self-regulation, marital burnout and self-criticism of infertile women. *Journal of arak university of medical sciences*, 23(4), 488-497.



## مدل یابی ساختاری سبک‌های هویت با گرایش به رفتارهای پرخطر در دانشجویان: نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی

هوشنگ گراوند<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۴

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در رابطه‌ی بین سبک‌های هویت با گرایش به رفتارهای پرخطر بود. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی این پژوهش شامل تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی مرکز آموزش عالی پلدختر در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. حجم نمونه آماری بر اساس قاعده کلاین، برابر با ۲۲۵ نفر تعیین شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس و با پرسشنامه آنلاین انجام شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه‌ی ناگویی هیجانی تورنتو، مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی، و سیاهه سبک‌های هویت بود. تمام تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای اس پی اس اس-۲۲ و آموس-۲۴ انجام شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که سبک‌های هویت سردرگم-اجتنابی و تعهد بر گرایش به رفتارهای پرخطر تأثیر مستقیم داشتند. همچنین، سبک‌های هویت سردرگم-اجتنابی و تعهد به واسطه‌ی ناگویی هیجانی بر گرایش به رفتارهای پرخطر تأثیر غیرمستقیم داشتند. سبک هویت هنجاری بر گرایش به رفتارهای پرخطر و ناگویی هیجانی اثر مستقیم داشت، اما سبک هویت اطلاعاتی بر گرایش به رفتارهای پرخطر و ناگویی هیجانی اثر مستقیم نداشت. علاوه بر این، ناگویی هیجانی بر گرایش به رفتارهای پرخطر دارای اثر مستقیم بود. **نتیجه‌گیری:** افراد دارای سبک هویت تعهد، هیجان‌ات مثبت بیشتری را تجربه خواهند کرد و بهتر هیجان‌ات خویش را تنظیم می‌کنند، اما افراد دارای سبک هویت سردرگم-اجتنابی، نارسایی در فهم، وصف و پردازش هیجان دارند، که این امر سبب گرایش آنان به رفتارهای پرخطر (مصرف مواد، سیگار، و مصرف الکل و ...) می‌شود. لذا پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران آموزشی با پرداختن به هویت ایرانی-اسلامی، موجبات هدایت دانشجویان را به سوی سبک هویت تعهد و با آموزش دانشجویان دارای سبک هویت سردرگم-اجتنابی، ناگویی هیجانی را در آنها کاهش دهند تا گرایش آنان به رفتارهای پرخطر کمتر شود.

**کلیدواژه‌ها:** سبک‌های هویت، ناگویی هیجانی، گرایش به رفتارهای پرخطر

## مقدمه

نزدیک به دو دهه است که شیوع رفتارهای پرخطر<sup>۱</sup> به ویژه در سنین نوجوانی و جوانی به یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های جوامع بشری تبدیل شده است (زارعی، باقرزاده، غریبی و روانی‌پور، ۱۳۹۹). رفتارهای پرخطر رفتارهایی هستند که سلامت و بهزیستی افراد را در معرض خطر قرار می‌دهند. رفتارهای پرخطر طیفی از رفتارهایی را در بر می‌گیرند که نه تنها برای فرد درگیر این رفتار و افراد مهم زندگی وی زیان‌های جدی به بار می‌آورد، بلکه باعث صدمات غیرعمدی به سایر اعضای جامعه نیز می‌گردد (هوباخ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). گرایش به رفتارهای پرخطر در واقع نوعی فرار از مقابله مؤثر با موقعیت‌های تنش‌زاست که موارد مصرف مواد، سیگار کشیدن، مصرف الکل، پرخاشگری اجتماعی، آسیب رساندن به خود، روابط نامشروع جنسی و ... را شامل می‌شود (خجندی، بانسی، شریفی و محسنی، ۱۳۹۷؛ محمدخانی و رضایی جمالویی، ۱۳۹۵). با توجه به پیش‌بینی‌های انجام شده تا سال ۲۰۳۰ مصرف دخانیات باعث مرگ و میر بیش از ۱۰ میلیون نفر خواهد شد؛ این در حالی است که اگر سایر رفتارهای پرخطر مثل رابطه جنسی، خشونت و مصرف مواد هم لحاظ شود، آسیب‌های وارد شده بیشتر هم می‌شود (چینچلا و کوسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). بسیاری از رفتارهای پرخطر مثل مصرف سیگار، مواد مخدر، مصرف الکل و روابط جنسی نامطمئن در سنین ۱۸ تا ۲۵ سالگی اتفاق می‌افتند (بیرگمان و اسکوت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). جوانی، دوره کسب هویت فردی و اجتماعی است. در این دوره، میل به استقلال و مخالفت با والدین به اوج خود می‌رسد و جوانان برای اثبات بلوغ و فردیت خود، ارزش‌های خانواده را زیر سؤال می‌برند و سعی در ایجاد و تحلیل ارزش‌های جدید خود دارند، مجموع این عوامل، علاوه بر حس کنجکاوی، تحرک و تنوع هیجان‌ها، جوانان را مستعد مصرف مواد می‌نماید (محمودی، حسینی آهنگری و زربخش، ۱۴۰۰). علی‌رغم این که انتظار می‌رود تحصیلات دانشگاهی به دلیل افزایش سطح آگاهی، توان فکری و موقعیت اجتماعی از عوامل پیشگیری‌کننده در برابر آسیب‌هایی از قبیل سوء مصرف مواد

1. risky- taking behaviours  
2. Hubach

3. Chinchilla & Kosson  
4. Bergman & Scott

عمل کند ولی متأسفانه آمارها از گسترش روزافزون مصرف و سوء مصرف مواد در بین جوانان دانشجو حکایت می‌کنند؛ به عنوان مثال جانستون، اومالی و باچمان<sup>۱</sup> (۱۹۹۴)؛ به نقل از بهبودی و احمدی طهور سلطانی، (۱۳۹۴) در بررسی شیوع مصرف مواد در دانشجویان آمریکایی دریافتند که ۸۲/۴ درصد دانشجویان، الکل و ۴۳/۶ درصد سیگار مصرف می‌کنند. مطالعه مرکز کنترل بیماری‌ها بر روی رفتارهای مخاطره‌آمیز جوانان آمریکایی نشان داد که تقریباً ۵۰ درصد از دانشجویان در آمریکا، روابط جنسی داشته‌اند و ۴۱/۸ درصد از دانشجویان در طول زندگی مصرف الکل را تجربه کرده و ۲۸ درصد از آنها هنگام رانندگی سابقه مصرف الکل داشته‌اند (سیمون، رواج و دیمیتروویچ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). در ایران میانگین سن شروع سیگار ۱۶/۶ سال ذکر گردیده است و بالاترین نسبت معتادان کشور (۴۵/۷ درصد) در فاصله ۱۷ تا ۲۲ سالگی مصرف مواد را آغاز کرده‌اند (احمدی و معینی، ۱۳۹۴).

با توجه به آمارهای مذکور، دوره جوانی و دانشجویی یکی از مخاطره‌آمیزترین دوران زندگی، از نظر شروع مصرف مواد است. دانشجویان، به علت قرار گرفتن در وضعیت‌های اجتماعی مختلف و مشارکت در جمع همسالان و نیز مسئولیت‌های اقتصادی و آموزشی فراوانی که از آن‌ها انتظار می‌رود، بیشتر مستعد ارتکاب رفتارهای پرخطر می‌باشند (براتی، فتحی، احمدپور و جورمند، ۱۳۹۸). شاید یکی دیگر از دلایل روی آوردن دانشجویان به برخی از رفتارهای بزهکارانه در خوابگاه و محیط دانشگاهی، دوری از خانواده و رها بودن از کنترل‌های خانوادگی و تلاش برای تغییر محیط باشد. آزادی‌های شخصی، آرزوهای نامحدود، تنوع، هیجان، نوآوری و خلاقیت، زمینه‌ساز گرایش به رفتارهای پرخطر هستند. خوابگاه در سال‌های اخیر، به محل رشد انواع آسیب‌ها و درگیری‌ها میان دانشجویان تبدیل شده است (مرجائی و غلامرضا کاشی، ۱۳۹۶). به طوری که یکی از نگرانی‌های عمده اجتماع بشری، استعمال مواد مخدر و تمایل به مصرف آن است (علائی خرایم، بشرپور، حاجلو و نریمانی، ۱۴۰۰). توزیع کنندگان مواد اعتیادآور از هر فرصتی استفاده می‌کنند تا بر اساس نیازهای جامعه تبلیغات مورد نظر را راه‌اندازی کنند و فروش خوبی

داشته باشند (قربانی و شرافت، ۱۳۹۸)؛ و اکنون که کرونا ویروس در دنیا شایع شده است و مردم به دنبال راهی برای درمان آن هستند، باز هم فروشندگان مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی اقدام به تبلیغ برای مصرف آن و تأثیر مثبت آن بر روی درمان این ویروس می‌کنند. گسترش این بیماری در سطح جهانی آن‌چنان پرسرعت بود که به عنوان بزرگ‌ترین تهدید سلامت عمومی افراد در سال ۲۰۲۰ شناخته شد (وو و مک‌گوگان<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). بنابراین امروزه، اضطراب ناشی از کووید-۱۹ ممکن است فرد را به مصرف مواد اعتیادآور (مارسدن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰) و مصرف بیش از حد سیگار (دوگاس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ کاپوننتو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ کانکلو، سورانا، زامبرا، زامبون و اینویتی<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰؛ هوانگ، چون و چئون<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰؛ رن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، الکل (نوردک<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ مک‌کتا، موریسون و کیز<sup>۹</sup>، ۲۰۲۱؛ کاپاسو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) و سوء مصرف مواد مخدر و آوردن شدن سوق دهد (عاملی، شکوهی‌راد و قربانی، ۱۳۹۹؛ روگرس، شفرد، گاری و زوالینسکی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۰)؛ چرا که شرایط قرنطینه و فاصله‌گذاری اجتماعی سبب شده است استفاده از روش‌های سالم مانند روابط اجتماعی، فعالیت‌های فیزیکی و فعالیت‌های ورزشی به همراه دوستان برای مقابله با ترس و استرس ناشی از قرنطینه و شیوع بیماری کاهش یابد (عاملی و همکاران، ۱۳۹۹).

برای توسعه کشورها، مبارزه با آسیب‌های اجتماعی بسیار حیاتی است (وانوسی، سیمپسون، گاجنون و اوهاینسیان<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۰) که برای تحقق این هدف، باید عوامل مؤثر بر ایجاد رفتارهای پرخطر شناسایی شوند. مطابق نظریه‌ی شناختی-اجتماعی بندورا<sup>۱۳</sup>، رفتار انسان را می‌توان به صورت تعامل متقابل بین تأثرات رفتاری، شناختی و محیطی، بهتر درک کرد. او با این ادعا بر نقش تأثیرات محیطی در رشد روان‌شناختی تأکید می‌کند، اما

1. Wu &amp; McGoogan

2. Marsden

3. Dogaš

4. Caponnetto

5. Canello, Soranna, Zambra,

Zambon &amp; Invitti

6. Hwang, Chun &amp; Cheon

7. Ren

8. Nordeck

9. McKetta, Morrison &amp; Keyes

10. Capasso

11. Rogers, Shepherd, Garey &amp;

Zvolensky

12. Vannucci, Simpson, Gagnon &amp;

Ohannessian,

13. Bandura's social cognitive theory

در عین حال معتقد است که محیط ما ساخته‌ی خودمان است، به علاوه شناخت‌های خاصی نیز وجود دارند که می‌توانند علت‌های رفتار ما باشند. بنابراین این کنش متقابل سه جانبه باید فهمیده شود تا اینکه کارکرد روانی فرد و رفتار او به خوبی درک گردد (ریگر و ساویک<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). با توجه به ادبیات نظری، عوامل مؤثر بر بروز گرایش به رفتارهای پرخطر حاصل تعامل متقابل بین تأثرات رفتاری، شناختی و محیطی هستند. رفتارهای پرخطر به صورت مستقیم و غیرمستقیم با قصد مشخص مانند خودزنی (کوآرشی، واترمن و هوسه<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰)، رانندگی خطرناک و مصرف الکل (واکا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، سوءمصرف مواد مخدر (سدیبه و هندریکس<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰)، رفتارهای جنسی پرخطر (اوریهولا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، مصرف سیگار و دخانیات (وگل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰) و بزهکاری نشان داده می‌شود (الونن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به شیوع چنین مشکلاتی، یکی از علل بروز رفتارهای پرخطر در سنین نوجوانی و اوایل جوانی می‌تواند، سبک‌های هویت<sup>۸</sup> باشد (محسنی و همکاران، ۱۳۹۶).

۱۱۷

117

سبک‌های هویت شامل هویت اطلاعاتی<sup>۹</sup>، هنجاری<sup>۱۰</sup>، سردرگم یا اجتنابی<sup>۱۱</sup> و تعهد<sup>۱۲</sup> هویت است (برزونسکی و کینی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۹). بر اساس این نظریه پردازش اطلاعات هویتی بر مبنای چهارچوب خودارجاعی<sup>۱۴</sup> بوده و افراد تعارضات و بحران‌های هویتی را از طریق تعویق (تمایل به تعویق انداختن در مورد رویدادهای اطراف تا زمانی که بتواند آن‌ها را ارزیابی کند)، تحلیل هنجاری (همنویایی با انتظارات و دستورهای افراد مهم و گروه مرجع) و اجتناب (تأخیر انداختن در موقعیت‌های تعارض‌انگیز و تصمیم‌گیری) طی می‌کنند (برزونسکی، ۲۰۱۱؛ به نقل از یانگ، هولدن و کارتر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۸). قسمتی از فرایند شکل‌گیری هویت، رفتارهای پرخطری مثل روابط جنسی ناسالم، خشونت، مصرف مواد

1. Regier &amp; Savic

2. Quarshie, Waterman &amp; House

3. Vaca

4. Sedibe &amp; Hendricks

5. Orihuela

6. Vogel

7. Ellonen

8. identity styles

9. information-oriented

10. normative

11. diffuse-avoidant identity styles

12. commitment

13. Berzonsky &amp; Kinney

14. self-referent

15. Yang, Holden &amp; Carter

و الکل و سیگار کشیدن است (محمدخانی، حسنی، اکبری و یزدان‌پناه، ۱۳۹۸). گاوریل‌فرید، رونن، آگباریا، ارکیبی و هاماما<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که افراد دارای سبک هویت سردرگم به دلیل عدم جستجوگری و کاوش برای ایجاد یک هویت منسجم و موفق، علائم روان‌شناختی منفی و رفتارهای پرخطر بیشتری از خود نشان می‌دهند. جوهری‌فرد، زهراکار، فرخی و مردانی‌راد (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند که سبک هویت هنجاری و هویت سردرگم - اجتنابی با گرایش به رفتارهای پرخطر رابطه مثبت و سبک‌های هویت اطلاعاتی و تعهد با گرایش به رفتار پرخطر رابطه منفی و معنی‌داری دارند. رضاپور میرصالح، فتوحی اردکانی و پورصادقی زراج (۱۳۹۷) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که سبک‌های هویتی (اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم یا اجتنابی) با رفتارهای پرخطر رابطه معنی‌داری داشتند. داودی، مهربابی‌زاده‌هنرمند و هاشمی (۱۳۹۶) در پژوهشی بیان داشتند که سبک‌های فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه و سبک دلبستگی ناایمن اثر مستقیم بر آمادگی اعتیاد دارند. همچنین سبک‌های فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه و سبک دلبستگی ناایمن اثر غیرمستقیم از طریق سبک‌های هویت زودرس و اجتنابی بر آمادگی به اعتیاد داشتند.

آنچه مشخص است آن است که سبک‌های هویت نقش مهمی در بروز رفتارهای پرخطر در نوجوانان و جوانان دارد (جوهری‌فرد و همکاران، ۱۴۰۰). در این میان یکی از متغیرهایی که می‌تواند از سبک‌های هویت تأثیر پذیرد (قنادزادگان، صالحی، کوچک انتظار و سپاه‌منصور، ۱۳۹۷؛ حاتمی، ۱۳۹۴؛ دی‌براردیس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) و خود آن متغیر نیز بر گرایش به رفتارهای پرخطر تأثیرگذار است، ناگویی هیجانی<sup>۳</sup> است (کافتسیوس و هیس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹؛ سیمون، هوپر، ایزنبرگ و نومارک - استاینر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). از آنجایی که رفتارهای پرخطر دارای تنوع زیادی در نوع، ماهیت و کیفیت می‌باشند، لذا نظریه منسجمی که بتواند در این زمینه پاسخگوی نیازهای تئوریک و نظری علاقمندان

1. Gavriel-Fried, Ronen, Agbaria, Orkibi & Hamama  
2. De Berardis  
3. alexithymia

4. Kafetsios & Hess  
5. Simone, Hooper, Eisenberg & Neumark-Sztainer

باشد وجود ندارد و در بیشتر منابع علمی و دانشگاهی با برشمردن هر کدام از رفتارهای پرخطر سعی در توصیف و تبیین نظری آن داشته‌اند. همچنین در مورد منشأ رفتارهای خطرناک انسان تاکنون تبیین جامع یگانه‌ای ارائه نشده است (عارف‌نژاد، هاشمی و واحدی، ۱۳۹۴). با این وجود چارچوب نظری تحقیق حاضر بر اساس نظریه «رفتار مشکل<sup>۱</sup>، جسور و جسور<sup>۲</sup> (۱۹۷۷) شکل گرفته که یکی از نظریه‌های مهم در حوزه رفتارهای پرخطر به‌شمار می‌رود (به نقل از جسور و همکاران، ۲۰۰۳). جسور (۱۹۸۷) استدلال می‌کند که جذب نوجوانان و جوانان به رفتارهای مشکل، برآیند گرایش درونی وی به سوی رفتارهای نابهنجار و گرایش نیرومند به شکستن هنجارهای فرهنگی و اجتماعی مورد پذیرش بخش زیادی از جامعه است. فرض اساسی این نظریه آن است که همه رفتارها برآیند کنش متقابل فرد و پیرامون است. به‌طور کلی، این نظریه نشانگر تأثیرپذیری رفتارهای پرخطر از عوامل گوناگون فردی و اجتماعی هستند. در این نظریه سه نظام مؤثر بر رفتار مشکل مطرح شده‌اند که عبارتند از: الف) نظام شخصیتی، ب) نظام محیطی ادراک شده، و ج) نظام رفتاری (جسور و همکاران، ۲۰۰۳). ناگویی هیجانی یک سازه شخصیتی است که وجه مشخصه آن ناتوانی در درک و بیان هیجانات است (صادق‌پور، فرهنگی و تیزدست، ۱۳۹۷) که به نظر می‌رسد یکی از مؤلفه‌های مهم در گرایش افراد به رفتارهای پرخطر (میلر، التریفی و نگوس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵) و گرایش به اعتیاد است (آقایار و شریفی در آمدی، ۱۳۹۴). لذا ناگویی هیجانی می‌تواند متغیر میانجی مناسبی در رابطه بین سبک‌های هویت با گرایش به رفتارهای پرخطر باشد که خود به یک سبک شناختی - عاطفی اشاره دارد که نتیجه آن اختلال خاص در بیان و پردازش هیجانات است. آگاهی اشخاص از احساس‌هایشان و توانایی بیان این احساس‌ها برای اشخاص دیگر در تسهیل تبادلات اجتماعی بسیار تأثیرگذار است (پانیسیا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). ناگویی هیجانی، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها گفته می‌شود (هابسون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). دشواری‌هایی در شناسایی احساس‌ها، در توصیف

1. problem behavior theory  
2. Jessor & Jessor  
3. Miller, Altarifi & Negus

4. Paniccia  
5. Hobson



احساس‌ها، سبک تفکر برون‌مدار، ظرفیت تخیلی محدود، توانایی ضعیف در همدلی، تمایل شدید برای رفتار تکانشی و گرایش زیاد به توصیفات نامتمایز از تجربه‌های هیجانی از جمله ویژگی‌های ناگویی هیجانی هستند (کامکار، فرخی، سلیمی بجستانی و مردانی‌راد، ۱۳۹۹). از دیدگاه علوم شناختی، هیجان‌ها به عنوان دسته‌ای از طرحواره‌های مبتنی بر پذیرش اطلاعات شناخته می‌شوند که شامل فرایندها و تجسم‌های نمادین و غیرنمادین هستند. از جمله مسائلی که افراد دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و به خصوص افراد معتاد با آن روبرو هستند، اشکالات جدی در مدیریت هیجان‌ها است که علت این مشکلات ممکن است در بعضی از افراد، ناتوانی مزمن ناهشیاری هیجانی باشد. به طور کلی شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از اشخاصی که به الکل یا دارو روی می‌آورند هیجان‌ها خود را به خوبی درک نمی‌کنند و از تنظیم و تعدیل آن عاجزند (آقایار و شریفی در آمدی، ۱۳۹۴). کافتسیوس و هیس (۲۰۱۹) معتقدند که ناگویی هیجانی، به عنوان یک ویژگی شخصیتی پایدار می‌تواند عامل گرایش به رفتارهای پرخطر مانند مواد مخدر باشد. سیمون و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای نشان دادند که ناگویی هیجانی با رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد مخدر و دارو، سیگار کشیدن، مصرف الکل، قمار و اختلال‌های خورد در ارتباط می‌باشد. لی<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) نیز نشان داد که بین ناگویی هیجانی و آسیب به خود در نوجوانان کره‌ای ارتباط وجود دارد. پیرعین‌الدین، محسن‌زاده و زهراکار (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که بین نظارت والدینی، عزت‌نفس و ناگویی خلقی در هم‌نشینی نوجوانان تک‌والد با همسالان بزهکار، همبستگی منفی معنی‌دار و با رفتارهای پرخطر رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. میکائیلی، نریمانی، قریب بلوک و بلندی (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که ناگویی هیجانی با رفتار خودآسیب‌رسان رابطه دارند. نیک‌منش و مهرانفر (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که ناگویی هیجانی دارای نقش واسطه‌ای معنی‌داری در رابطه‌ی بین مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و رفتارهای پرخطر می‌باشد.

از آنجایی که نظام هویتی ایرانیان در دهه‌های گذشته، با توجه به رشد شتابنده فناوری اطلاعات و ارتباطات و همچنین مدرنیته دچار چالش‌ها و آسیب‌های جدی شده و در

معرض ارزش‌ها و ویژگی‌های فرهنگی جدید قرار گرفته است (حاجیانی، ۱۳۸۸). بنابراین، اینگونه استنباط می‌شود که جامعه ایران، در حال تغییر است و با نفوذ مدرنیته و پسامدرنیته، ساختارهای فرهنگی، هویتی، ارزشی و عقیدتی آن در مسیر تحول قرار گرفته است؛ از این‌رو، برنامه‌های رسمی، تألیفات و پژوهش‌ها و سمینارهای انجام‌شده در حوزه‌ی موضوع هویت در این دهه‌ها، نشان‌دهنده اهمیت موضوع هویت و عوامل مرتبط با آن است. اهمیت دیگر پژوهش حاضر، میدان مورد مطالعه آن، یعنی دانشگاه است. دانشگاه علاوه بر کارکرد آموزش و انتقال دانش، همواره نهادی فرهنگی و از مهم‌ترین منابع هویت‌سازی در جامعه به شمار می‌رود. به‌طور کلی، عناصر هویتی دانشگاه، شامل عناصر رسمی و غیررسمی است، که عناصر رسمی نمود بارز و کنترل‌شده‌ای در محیط داخل دانشگاه دارند، اما عناصر غیررسمی در سبک آموزش، پژوهش و به‌ویژه منابع علمی نیز به‌صورت غیرملموس و کنترل‌نشده حضور دارند و دارای تأثیرات مهمی می‌باشند. برای مثال بخشی از عناصر غیررسمی، وجود زیرساخت اینترنتی در دانشگاه‌ها و نوع استفاده از رسانه‌هایی همچون کتاب، فیلم، شبکه‌های اجتماعی مجازی و... در بین دانشجویان است که به‌نظر، نقش مهمی در هویت‌یابی جوانان (صدیقی ارفعی، گنجی، یزدانی‌ورزنه و نادری‌راوندی، ۱۴۰۰) و نیز به دنبال آن، رفتارهای پرخطر آنها دارد. از آنجایی که رفتارهای پرخطر سلامت و بهزیستی جوانان را به خطر می‌اندازد، شناخت عوامل مؤثر بر آن اهمیت فراوانی دارد. بر این اساس، پژوهشی که گرایش به رفتارهای پرخطر دانشجویان بر اساس سبک‌های هویت با میانجی‌گری ناگویی هیجانی آنان را با همدیگر در قالب یک مدل مورد بررسی قرار داده باشد، کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است، لذا در راستای پاسخگویی به این خلاء تحقیقاتی، سؤال پژوهش حاضر این بود که آیا ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های هویت و گرایش به رفتارهای پرخطر دارای نقش میانجی است؟

## روش

روش پژوهش بر اساس هدف کاربردی و بر حسب گردآوری اطلاعات و یافته‌ها از نوع توصیفی-همبستگی (معادلات ساختاری) بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان مرکز آموزش عالی پلدختر (ویژه پسران) بود، که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-

۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. طبق آمار مرکز آموزش عالی پلدختر، تعداد ۴۸۱ دانشجوی پسر در مقطع کارشناسی در رشته‌های تحصیلی روانشناسی، حسابداری، آموزش زبان انگلیسی، علوم ورزشی، مهندسی کشاورزی و رشته کامپیوتر در این مرکز مشغول به تحصیل هستند. با توجه به اینکه بر اساس قاعده کلاین<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) به ازاء هر مسیر می‌توان حداقل ۱۰ و حداکثر ۲۰ نفر را انتخاب کرد و پژوهش حاضر دارای سیزده مسیر (نه مسیر مستقیم و چهار مسیر غیرمستقیم) بود، حجم نمونه برابر ۲۲۵ نفر تعیین گردید (برای جلوگیری از ریزش حجم نمونه تعداد ۲۴۰ پرسشنامه توزیع گردید). روش نمونه‌گیری با توجه به محدودیت تردد هنگام جدی شدن خطر کرونا در ایران به صورت دردسترس و پرسشنامه آنلاین بود. بدین صورت که پرسش‌نامه‌ها از طریق واتساپ<sup>۲</sup> در گروه‌های واتساپی که دانشجویان در ایام آموزش مجازی به عنوان مکمل سامانه مدیریت یادگیری الکترونیکی برای هر درس تشکیل داده بودند، به اشتراک گذاشته شد. معیارهای ورود برای شرکت کنندگان شامل: دانشجوی مقطع کارشناسی، تحصیل در مرکز آموزش عالی پلدختر و اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه آنلاین و تکمیل ناقص پرسشنامه بیش از ۵ درصد سؤالات از معیارهای خروج از پژوهش بود. در مجموع بر اساس معیارهای ورود و خروج، ۲۴۰ نفر وارد مطالعه شدند که ۱۵ نفر به خاطر تکمیل ناقص پرسشنامه از مطالعه خارج و در نهایت ۲۲۵ نفر تجزیه و تحلیل شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، عنوان پژوهش به شرکت کنندگان توضیح داده شد و به محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. برای محرمانه ماندن اطلاعات، اسامی افراد خواسته نشد. از آنجایی که داده‌ها به صورت پرسشنامه آنلاین فراهم شد، در نتیجه به گونه‌ای بود که محققان نیز اسامی افراد و این که پاسخ پرسش‌ها متعلق به چه شخص خاصی است را نمی‌دانستند. در این پژوهش برای تحلیل آماری داده‌ها، از شاخص‌ها و روش‌های تحلیل توصیفی - استنباطی استفاده شده است. برای به دست آوردن شاخص‌های توصیفی و بررسی همبستگی دوه‌دوی متغیرهای پژوهش از روش همبستگی

1. Kline

2. WhatsApp

پیرسون با نرم‌افزار بسته آماری برای علوم اجتماعی<sup>۱</sup> SPSS-۲۲ و برای بررسی برازندگی مدل از روش تحلیل مسیر با نرم‌افزار آموس<sup>۲</sup> AMOS-۲۴ استفاده شده است. همچنین برای بررسی روابط غیرمستقیم مسیرها از روش بوت استرپ<sup>۳</sup> استفاده شد.

## ابزار

۱- پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو<sup>۴</sup>: باگبی، پارکر و تیلور<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) این پرسشنامه را طراحی کردند که سه بُعد دشواری در توصیف احساس‌ها، تفکر عینی و دشواری در شناسایی احساس‌ها را در ۲۰ سؤال و در مقیاس لیکرت می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع سه بُعد برای ناگویی هیجانی کلی به دست می‌آید. نمره گذاری پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می‌شود. به پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۵ تعلق می‌گیرد و حداقل نمره در آن ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ است و نقطه برش آن ۶۰ است. گویه‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره گذاری معکوس دارند. هر چه افراد نمرات‌شان در این خرده‌مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می‌باشد (باگبی و همکاران، ۱۹۹۴). تیلور، پارکر و باگبی<sup>۶</sup> (۱۹۹۹) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کردند. در نسخه فارسی این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و ۳ زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد (تقوی، نجفی، کیان ارثی و آقایان، ۱۳۹۲). همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مؤلفه‌های تفکر عینی، ۰/۹۱، دشواری در توصیف احساس‌ها ۰/۹۲ و دشواری در شناسایی احساس‌ها ۰/۸۸ بدست آمد که نتایج حاکی از پایداری مناسب ابزار پژوهش می‌باشد.

۲- مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی<sup>۷</sup>. این مقیاس توسط زاده‌محمدی، احمدآبادی، پناغی و حیدری (۱۳۹۰) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۸ گویه پنج‌گزینه‌ای از

1. Statistics Package for The Social Sciences (SPSS)  
2. Analysis of Moment Structures (AMOS)  
3. Bootstrap

4. Toronto Alexithymia Scale (TAS)  
5. Bagby, Taylor & Parker  
6. Taylor, Parker & Bagby  
7. Iranian Adolescents Risk Taking Scale (IARS)

کاملاً موافق (۴) تا کاملاً مخالف (۰) است که هفت دسته از رفتارهای پرخطر شامل گرایش به مواد مخدر، مصرف الکل، سیگار کشیدن، خشونت، رابطه و رفتار جنسی، رابطه با جنس مخالف و رانندگی خطرناک را می‌سنجد. کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۱۵۲ است و نمرات بالاتر نشان دهنده سطح بالای گرایش به رفتارهای پرخطر است. زاده‌محمدی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با هدف سنجش ضریب اعتبار و روایی مقیاس خطرپذیری جوانان و شاخص‌های آن به این نتیجه دست یافتند که شش عامل مقیاس، روی هم رفته ۵۷/۳۲ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. تحلیل عاملی تأییدی، نتایج حال از تحلیل عاملی اکتشافی را تأیید کرد و مدل بدست آمده با داده‌های پژوهش برازش داشت. میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کل خطرپذیری ۰/۹۳، گرایش به الکل ۰/۹۳، رانندگی خطرناک ۰/۸۸، سیگار ۰/۹۱، مواد مخدر ۰/۸۳، خطرپذیری جنسی ۰/۸۵ و خشونت ۰/۷۷ محاسبه کرد. همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای خرده مؤلفه‌های بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ به دست آمد که نتایج حاکی از پایایی مناسب ابزار پژوهش می‌باشد.

۳- سیاهه سبک‌های هویت<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه توسط برزونسکی (۱۹۹۲) طراحی شده است و شامل ۴۰ گویه می‌باشد که چهار سبک هویت (اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم-اجتنابی و تعهد) در طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) را می‌سنجد. هر خرده مقیاس دارای ۱۰ گویه می‌باشد که کمترین نمره در هر سبک ۱۰ و بیشترین نمره ۵۰ است. کراستی، رایینی، برزونسکی و میوز<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای سبک‌های هویت اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم-اجتنابی و سبک هویت متعهد به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۵۸، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. در ایران پژوهشگران این پرسشنامه را مورد استفاده قرار داده و شواهد قابل قبولی از روایی و پایایی آن ارائه کرده‌اند. غرابی، عاطف و وحید، دژکام و محمدیان (۱۳۸۴) نیز ضرایب پایایی این پرسشنامه را برای سبک‌های هویت اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم-

1. Identity Styles Inventory (ISI)

2. Crocetti, Rubini, Berzonsky & Meeus

اجتنابی و سبک هویت متعهد به ترتیب برابر با ۰/۷۵، ۰/۷۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کروناخ برای سبک‌های هویت اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم-اجتنابی و سبک هویت متعهد به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۰ و ۰/۸۹ به دست آمد که نتایج حاکی از پایداری مناسب ابزار پژوهش می‌باشد.

### یافته‌ها

متغیرهای حاضر در این پژوهش مشتمل بر گرایش به رفتارهای پرخطر به عنوان متغیر درون‌زاد، ناگویی هیجانی به عنوان متغیر واسطه‌ای و سبک‌های هویت (اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم، اجتنابی) به عنوان متغیرهای برون‌زاد پژوهش بودند.

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

**جدول ۱: توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان بر حسب رشته تحصیلی**

رشته تحصیلی	روان‌شناسی	حسابداری	زبان انگلیسی	علوم ورزشی	کامپیوتر	مهندسی کشاورزی	جمع
تعداد	۷۳	۴۳	۳۸	۳۱	۲۸	۱۲	۲۲۵
درصد	۳۲/۴	۱۹/۱	۱۶/۹	۱۳/۸	۱۲/۴	۵/۳	۱۰۰

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود ۳۲/۴ درصد دانشجوی رشته روانشناسی، ۱۹/۱ درصد دانشجوی رشته حسابداری، ۱۶/۹ درصد دانشجوی رشته آموزش زبان انگلیسی، ۱۳/۸ درصد دانشجوی رشته علوم ورزشی، ۱۲/۴ درصد دانشجوی رشته کامپیوتر و ۵/۳ درصد دانشجوی رشته مهندسی کشاورزی بودند.

در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد، کجی، کشیدگی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

**جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد، کجی، کشیدگی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش**

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. سبک اطلاعاتی						
۲. سبک هنجاری	۰/۷۲**					
۳. سبک سردرگم/اجتنابی	۰/۲۱**	۰/۳۲**				
۴. تعهد	۰/۷۱**	۰/۶۳**	-۰/۲۰**			
۵. ناگویی هیجانی	-۰/۰۸	-۰/۰۶	۰/۴۴**	-۰/۳۷**		
۶. گرایش به رفتارهای پرخطر	-۰/۲۷**	-۰/۳۳**	۰/۳۵**	-۰/۵۴**	۰/۴۱**	

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد، کجی، کشیدگی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
میانگین	۳/۵۱	۳/۵۲	۲/۸۲	۳/۵۷	۲/۶۵	۲/۰۱
انحراف استاندارد	۰/۶۸	۰/۶۸	۰/۶۲	۰/۶۷	۰/۵۰	۰/۶۹
کجی	-۱/۰۳	-۰/۸۶	-۰/۰۲	-۰/۱۸	-۰/۱۵	۰/۵۳
کشیدگی	۱/۵۴	۱/۴۱	۰/۶۲	-۰/۵۱	-۰/۱۰	-۰/۵۷

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$ 

چنانچه از جدول ۲ مشاهده می‌شود، به جزء رابطه بین سبک هویت اطلاعاتی و هنجاری با ناگویی هیجانی بقیه روابط بین متغیرها معنی‌دار می‌باشند ( $p < 0.01$ ). برای آزمون مدل فرضی، چند مفروضه اصلی معادلات ساختاری شامل داده‌های گمشده<sup>۱</sup>، نرمال بودن<sup>۲</sup> و هم خطی چندگانه<sup>۳</sup> بررسی شد. در پژوهش حاضر از روش جایگزینی<sup>۴</sup> داده‌های گمشده با میانگین استفاده شد و جهت بررسی نرمال بودن متغیرها از کجی و کشیدگی متغیرها استفاده گردید. دامنه مقادیر ضریب کجی از  $-1.03$  تا  $0.53$  و دامنه مقادیر ضریب کشیدگی از  $-0.57$  تا  $1.54$  بود. در مجموع مقادیر کجی و کشیدگی مربوط به تمام متغیرهای مشاهده شده، کمتر از یک بود که بیانگر آن است که توزیع هیچ کدام از متغیرهای مشاهده شده، تفاوت معنی‌دار با توزیع نرمال ندارد. هم خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین نیز با استفاده از آماره اغماض یا تحمل<sup>۵</sup> و عامل تورم واریانس<sup>۶</sup> بررسی شد. نتایج نشان داد که مقادیر ارزش‌های تحمل به دست آمده برای متغیرها بالای  $0.10$  و در دامنه  $0.35$  تا  $0.58$  بود که نشان‌دهنده نبود هم خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین است. همچنین مقدار عامل تورم واریانس به دست آمده برای متغیرها کوچک‌تر از  $10$  و در دامنه  $0.42$  تا  $3.26$  بود که بیانگر نبود هم خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین است.

1. missing  
2. normality  
3. multicollinearity

4. replacement  
5. tolerance  
6. Variance Inflation Factor (VIF)

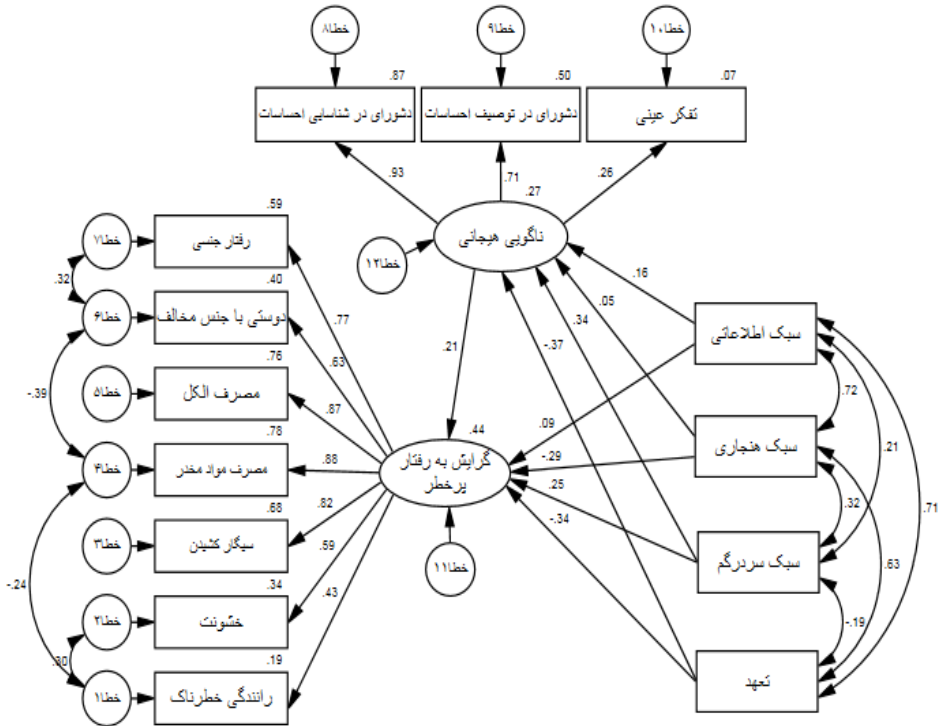
مدل پیشنهادی اولیه دارای برازش در برخی از شاخص‌ها نبود. از این رو، به کمک شاخص‌های اصلاحی<sup>۱</sup> پیشنهادی بین بعضی از خرده مؤلفه‌های گرایش به رفتارهای پرخطر (دوستی با جنس مخالف و رفتار جنسی؛ رانندگی خطرناک و خشونت؛ مصرف مواد مخدر و رانندگی خطرناک و دوستی با جنس مخالف و مصرف مواد مخدر) روابط دوطرفه برقرار شد. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی و مدل اصلاح شده نهایی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های برازندگی مدل‌های پیشنهادی و اصلاح شده

شاخص	$\chi^2$	df	P	$\chi^2/df$	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	IFI	TLI
مدل پیشنهادی	۲۴۱/۸۸	۶۶	۰/۰۰۱	۳/۶۶	۰/۱۰۹	۰/۸۷	۰/۸۰	۰/۹۰	۰/۸۷	۰/۹۰	۰/۸۶
مدل اصلاح شده	۱۵۱/۰۷	۶۲	۰/۰۰۱	۲/۴۴	۰/۰۸	۰/۹۲	۰/۸۶	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۳
مقدار مطلوب	-	-	>۰/۰۵	<۳	<۰/۰۸	>۰/۹۰	>۰/۸۵	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰

نتایج جدول بالا حاکی از آن است که تمامی شاخص‌ها در حد مطلوب گزارش شده‌اند و مدل نهایی با داده‌ها برازش مطلوب دارد. از این رو، با توجه به شاخص‌های برازش می‌شود استنباط کرد فرضیه اصلی پژوهش که درباره برازش مدل مفهومی بوده با تعدیل‌های در نظر گرفته شده، مورد پذیرش واقع می‌شود. مدل اصلاح شده نهایی در حالت ضرایب استاندارد، در شکل ۱ نشان داده شده است.





شکل ۱: مدل اصلاح شده نهایی تأثیر سبک‌های هویت بر گرایش به رفتارهای پرخطر با میانجی‌گری ناگویی هیجانی

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود سبک هویت هنجاری سبک هویت سردرگم ( $\beta = -0.29, P = 0.003$ )؛ سبک هویت سردرگم ( $\beta = 0.25, P = 0.003$ ) و تعهد سبک هویت اطلاعاتی بر گرایش به رفتارهای پرخطر بودند، اما سبک هویت اطلاعاتی بر گرایش به رفتارهای پرخطر اثر مستقیم نداشتند. سبک هویت سردرگم ( $\beta = 0.34, P = 0.001$ ) و تعهد ( $\beta = -0.37, P = 0.002$ ) دارای اثر معنی‌داری بر گرایش به رفتارهای پرخطر بودند، اما سبک هویت اطلاعاتی و هنجاری بر ناگویی هیجان اثر مستقیم نداشتند. همچنین ناگویی هیجانی ( $\beta = 0.21, P = 0.006$ ) اثر معنی‌داری بر گرایش به رفتارهای پرخطر داشت. جدول ۴ نتایج حاصل از روش بوت استراپ را برای روابط واسطه‌ای نشان می‌دهد.

جدول ۴: ضریب مسیر غیرمستقیم مدل نهایی گرایش به رفتارهای پرخطر با استفاده از روش بوت استرپ

سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵٪		$\beta$	مسیر		
	حد بالا	حد پایین		متغیر واسطه	متغیر ملاک	متغیر پیش بینی
۰/۷۱۶	۰/۰۴۶	-۰/۰۴۳	۰/۰۱۱			سبک اطلاعاتی
۰/۲۶۵	۰/۱۱۸	-۰/۰۱۸	۰/۰۳۳	گرایش به		سبک هنجاری
۰/۰۱۱	۰/۱۴۳	۰/۰۱۴	۰/۰۷	رفتارهای	ناگویی	سبک سردرگم
۰/۰۲	-۰/۰۱۱	-۰/۱۵۴	-۰/۰۷۷	پرخطر	هیجانی	تعهد

نتایج غیرمستقیم مدل پژوهش نشان داد که سبک هویت سردرگم از طریق میانجی‌گری ناگویی هیجانی اثر غیرمستقیم بر گرایش به رفتارهای پرخطر دارد؛ زیرا نتایج آزمون بوت استرپ برای اثر غیرمستقیم نشان داد که حد پایین و حد بالای این ضریب مسیر، صفر را دربر نمی‌گیرد (۰/۰۷) (۰/۱۴۳ ~ ۰/۰۱۴: ۹۵ درصد CI)؛ همچنین تعهد از طریق میانجی‌گری ناگویی هیجانی اثر غیرمستقیم بر گرایش به رفتارهای پرخطر دارد؛ زیرا نتایج آزمون بوت استرپ برای اثر غیرمستقیم نشان داد که حد پایین و حد بالای این ضریب مسیر، صفر را دربر نمی‌گیرد (۰/۰۷۷) (-۰/۰۱۱ ~ -۰/۱۵۴: ۹۵ درصد CI). سبک هویت اطلاعاتی و سبک هنجاری از طریق میانجی‌گری ناگویی هیجانی اثر علی و غیرمستقیم بر گرایش به رفتارهای پرخطر نداشتند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های هویت با گرایش به رفتارهای پرخطر در دانشجویان پسر بود. یافته اول نشان داد سبک‌های هویت هنجاری، سردرگم-اجتنابی و سبک هویت تعهد بر گرایش به رفتارهای پرخطر اثر مستقیم و معنی‌داری دارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های جوهری فرد و همکاران (۱۴۰۰)، رضاپور میرصالح و همکاران (۱۳۹۷)، داودی و همکاران (۱۳۹۶) و گاوریل فرید و همکاران (۲۰۱۸) همسو و مغایر با نتایج محمدی، ایزدپناه، فاضلی مهرآبادی، پناخی و قدیری (۱۳۹۰) است. در تبیین یافته بدست آمده مبنی بر اثر مستقیم و مثبت سبک‌های هویت

سردرگم - اجتنابی و اثرمستقیم و منفی سبک‌های هویت هنجاری و تعهد بر گرایش به رفتارهای پرخطر می‌توان گفت هویت از علائم سلامت روانی است (اریکسون<sup>۱</sup>، ۱۹۸۶). پژوهش‌ها بیانگر این هستند که کمترین سطح سلامت روانی مربوط به افراد دارای هویت سردرگم است و افراد دارای هویت هنجاری بالاترین سطح سلامت روانی دارند (مارسیا<sup>۲</sup>، ۱۹۶۶؛ مئوس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶). تعهدات هویتی به عنوان راهنما و استانداردهایی برای تصمیم‌گیری و حل مسأله به کار می‌رود (برزونسکی، ماسک و نورمی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). با توجه به رابطه تعهد با هویت هنجاری و اطلاعاتی می‌توان اثر تعهد بر گرایش به رفتارهای پرخطر را بر اساس سبک‌های هویت تفسیر نمود (برزونسکی و کوک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). افراد هنجاری، مسئولیت‌پذیر و سازگار هستند و با درونی کردن ارزش‌ها و باورهای «دیگران مهم» با موضوعات مربوط به هویت به صورت خودکار مواجه می‌باشند (برزونسکی و کوک، ۲۰۰۰)؛ بنابراین طبیعی می‌نماید که افراد با سبک هویت هنجاری گرایش به رفتارهای پرخطر کمتری داشته باشند. بر طبق فرایندها و برون‌دادهای پژوهشی، افراد دارای سبک هویت سردرگم بیشترین رفتارهای مخاطره‌آمیز دارند و این افراد به شدت تحت تأثیر رفتارهای ناسالم گروه همسالان قرار می‌گیرند و در حل مسائل و بحران‌های تحولی خود ناموفق هستند (کلیس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). لذا جوانان دارای سبک هویت سردرگم - اجتنابی، از مواجهه با مسائل و تعارضات مربوط به هویت فرار می‌کنند و رفتارشان بر اساس عوامل محیطی و لذت‌طلبی مشخص می‌گردد (نیر، جیمز و سانتھوش<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵). بر همین اساس افرادی که لذت‌طلب هستند بیشتر به سمت رفتارهای پرخطری همچون رابطه جنسی بدون محافظت، رانندگی خطرناک، سوء مصرف مواد مخدر و سیگار در نوجوانی و جوانی می‌روند. در واقع افراد دارای سبک هویت سردرگم به دلیل عدم جستجوگری و کاوش برای ایجاد یک هویت منسجم و موفق، علائم روان‌شناختی منفی و رفتارهای پرخطر بیشتری از خود نشان می‌دهند (گاوریل فرید و همکاران، ۲۰۱۸). سبک هویت تعهد دارای اثر علیّی مستقیم و منفی بر

1. Erikson  
2. Marcia  
3. Meeus  
4. Berzonsky, Macek & Nurmi

5. Kuk  
6. Claes  
7. Nair, James & Santhosh

گرایش به رفتارهای پرخطر بود. شاید بتوان این امر را به ویژگی‌های تعهد که همان مهار، ارزیابی و خودنظم‌دهی است نسبت داد. علاوه بر آن تعهد، یک چارچوب ارجاعی است که بر جهت‌گیری‌های فرد نیز اثر دارد. قسمتی از فرایند شکل‌گیری هویت، رفتارهای پرخطری مثل روابط جنسی ناسالم، خشنونت، مصرف مواد و الکل و سیگار کشیدن است (محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۸). بنابراین به نظر می‌رسد که وجود یک چارچوب ارجاعی هدفمند جهت تنظیم رفتارهای فرد مهمترین عامل در افزایش برآورد مثبت فرد از توانمندی‌های رفتاری خود باشد که این عامل می‌تواند باعث کاهش رفتارهای پرخطر شود. اما همانطور که نتایج نشان داد سبک هویت اطلاعاتی بر گرایش به رفتارهای پرخطر اثر مستقیم نداشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های جوهری‌فرد و همکاران (۱۴۰۰)، رضاپور میرصالح و همکاران (۱۳۹۷)، داودی و همکاران (۱۳۹۶) و گاوریل‌فرید و همکاران (۲۰۱۸) ناهمسو می‌باشد. دلیل این را می‌توان بیش از همه از وزن بالای سبک‌هویت سردرگم در پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر نسبت به سایر سبک‌های هویت دانست. یافته دوم پژوهش نشان داد که سبک هویت تعهد اثر مستقیم منفی و معنی‌دار بر ناگویی هیجانی و سبک هویت سردرگم - اجتنابی اثر مستقیم مثبت و معنی‌دار بر ناگویی هیجانی دانشجویان دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قنادزادگان و همکاران (۱۳۹۷)، حاتمی (۱۳۹۴) و دی‌براردیس و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. به اعتقاد آرنِت<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) دستیابی به هویت یک تکلیف تحولی بهنجار در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی است. دستیابی به هویت از طریق توانایی ایجاد تعهد، غرق شدن در حوزه روابط نزدیک، برنامه‌ریزی برای آینده، ارائه برنامه‌های آموزشی یا جمع‌آوری تجارب پیرامون کار مشخص می‌شود (جانکووسکی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). سبک‌های مختلف هویتی، تجارب افراد (مثل تجربه هیجان‌ات)، نحوه مدیریت و تنظیم آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تنظیم عواطف و احساسات فرد به اهداف فرد بستگی دارد. ارزش‌ها و اهداف و باورهای فرد بر مکانیسم‌های تنظیم هیجان‌ات مؤثر است. احساس تعهد، هنجارها و قوانین و اطلاعاتی که فرد دریافت می‌کند بر نشان دادن و یا سرکوب احساسات و تنظیم آن تأثیر دارد. علاوه بر

این به عقیده‌ی برزونسکی (۲۰۰۱) به نظر می‌رسد الگوی هویت اجتنابی با اختلالات روانی گوناگونی مانند اضطراب و افسردگی رابطه دارد و بی‌ثباتی هیجانی، بلا تکلیفی، رها کردن تکالیف، عزت نفس پایین و بی‌انگیزگی از نشانه‌های افراد دارای اختلالات خلقی و اضطراب است. این ویژگی‌ها باعث افت تحصیلی و مانع موفقیت فرد می‌شوند. همچنین اهمال کاری و به تأخیر انداختن امور از ویژگی‌های دیگر افراد دارای سبک هویت سردرگم-اجتنابی می‌باشد (برزونسکی و کینی، ۲۰۱۹)، در هنگامی که امکان اهمال کاری وجود نداشته باشد، در تصمیم‌گیری بیشتر به شرایط و پیامدهای محیطی تکیه خواهند کرد (مورسونیول، اوکار و کونال<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). در هنگامی تصمیم گرفتن، ترس و اضطراب زیادی دارند و در این شرایط بیشتر از راهبردهای ناکارآمدی مانند اجتناب و عذرتراشی استفاده می‌کنند، رفتار آنها بستگی به محیط دارد و دارای الگوی مشخصی نمی‌باشد (باباخانی، اسدی نیازی، علیزاده ذکریا و بختیاری ارکسی، ۱۳۹۵). افراد دارای سبک سردرگم-اجتنابی رفتارهای باثبات و به‌نجار نداشته و در زندگی خود نیز رضایت مناسبی را گزارش نمی‌کنند که مجموعه این عوامل باعث گرایش افراد به رفتارهای پرخطر می‌گردد. همچنین در تبیین اثر مستقیم سبک هویت تعهد بر ناگویی هیجانی می‌توان گفت، با توجه به این که تعهد به طرفداری و تابعیت از مجموعه‌ای از احکام، اهداف و ارزش‌ها اشاره می‌کند (سونن، برزونسکی، ونستینکیست، بیرز و گوستنر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵)، که اعتماد به نفس از آن منتج می‌شود (کراستی و همکاران، ۲۰۰۹)؛ لذا افراد با سبک هویت تعهد به تصمیماتی که در زندگی می‌گیرند، دید مثبت‌تری دارند و از زندگی بهتری برخوردار هستند. این افراد با توجه به ارتباط احساسات مثبت و سلامت روان‌شناختی با بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی بیشتری را تجربه می‌کنند (شهرآرای، ۱۳۸۴). در نتیجه عوامل مثبت بیشتری را تجربه خواهند کرد و قادر به کنترل و تنظیم هیجان‌ها و عواطف منفی خویش هستند.

1. Morsünbül, Uçar &amp; Konal

2. Soenens, Berzonsky,  
Vansteenkiste, Beyers &  
Goossennse

سومین یافته پژوهشی حاکی از آن است که ناگویی هیجانی اثر مستقیم مثبت و معنی داری بر گرایش به رفتارهای پرخطر دارد. یافته بدست آمده با نتایج پژوهش‌های سیمون و همکاران (۲۰۱۹)، لی (۲۰۱۶)، پیرعین‌الدین و همکاران (۱۳۹۸)، میکائیلی و همکاران (۱۳۹۸) و نیک‌منش و مهرانفر (۱۳۹۶) همسو می‌باشد. ناگویی هیجانی به عنوان نارسایی در فهم، وصف و پردازش هیجان، سبب گرایش برخی افراد به رفتارهای پرخطر (وابستگی به مواد) می‌شود و از آنجایی که افراد دارای ناگویی هیجانی، برانگیختگی‌های هیجانی و نشانه‌های جسمانی را بد تفسیر می‌نمایند، ناتوانی هیجانی را از طریق شکایت‌های جسمی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های بدنی هستند (هابسون و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع افراد با ناگویی هیجانی بالا به دلیل اینکه در بیان هیجانات دچار نقص هستند و بدنشان از طرف آنها احساس خود را بیان می‌نماید؛ لذا احتمال خوددرمانی و گرایش به رفتارهای پرخطر (مصرف مواد، سیگار و مصرف الکل و ...) در آنها وجود دارد (زاماریولا، ولمینکس، کورنیل و لومینت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸؛ هونکالامپی، دی برادیس، ویلانت و وینامکی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ گائو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

۱۳۳

133

یافته پایانی پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی در رابطه سبک‌های هویت (سردرگم - اجتنابی و تعهد) با گرایش به رفتارهای پرخطر نقش میانجی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های سیمون و همکاران (۲۰۱۹)، گاوریل فرید و همکاران (۲۰۱۸)، لی (۲۰۱۶)، دی برادیس و همکاران (۲۰۱۵)، جوهری فرد و همکاران (۱۴۰۰)، پیرعین‌الدین و همکاران (۱۳۹۸) و قنادزادگان و همکاران (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. افرادی که ناگویی هیجانی بالاتری دارند در بیشتر مواقع برای بروز مهارت‌ها و شایستگی‌های خود در اجتماع با مشکلات خاصی روبرو هستند و برای رسیدن به اهداف خود راه‌های ناکارآمد و سخت‌تری را انتخاب خواهند کرد. ناگویی هیجانی به دلیل اینکه با نوسانات خلقی رابطه عمیقی دارد، ممکن است باعث بروز اختلالاتی در کارکرد شخصی و اجتماعی افراد شود

1. Zamariola, Vlemincx, Corneille & Luminet

2. Honkalampi, De Berardis, Vellante & Viinamäki  
3. Gao

(ایزکی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). کسانی که ناگویی هیجانی بالایی دارند اکثراً دارای سبک هویت سردرگم - اجتنابی هستند، معمولاً در تصمیم‌گیری‌ها دچار مشکل بوده و نمی‌توانند خود را به صورت مناسبی ابراز کنند، در واقع این افراد معمولاً در میزان ناگویی هیجانی هم از سطح بالاتری برخوردارند و نمی‌توانند عواطف خود را به درستی مدیریت کرده و یا آنها را به هنگام و به شکل درست ابراز کنند (دی‌برادیس و همکاران، ۲۰۱۵). بر اساس نتایج پژوهش براون و کیمبال<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) افراد به منظور مقابله با هیجان‌های منفی خود ممکن است به راهکارهای ناسازگار مانند رفتارهای پرخطر روی بیاورند. در همین راستا فرض بر این است که این رفتارها در دوره جوانی به منظور تلاش برای سازگاری با آشفتگی‌های روان‌شناختی بروز می‌کنند (جاکوبسن، موهلنکامپ، میلر و ترنر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).

همچنین در تبیین نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک هویت تعهد با گرایش به رفتارهای پرخطر می‌توان اظهار داشت که سبک هویت تعهد سازش‌یافته‌ترین سبک هویت‌یابی در افراد می‌باشد و در واقع این نوع سبک هویت یک راهبرد حل مسئله می‌باشد (سونن و همکاران، ۲۰۰۵)، این دسته از افراد در مواجهه با مسائل تصمیم‌گیری هوشمندانه دارند، دارای خودمختاری عاطفی هستند و از خودنظم‌دهی و سطح تعهد بالایی برخوردارند. این افراد به واسطه ارزش‌های شخصی، اهداف و معیارهایی که برای خودشان ارزشمند است خود را معرفی می‌کنند و به دنبال معنا در زندگی و تجدید نظر در ساختارهای ذهنی خود هستند (رحیمی‌نژاد، زالی‌زاده و علیپور، ۱۳۹۴). بنابراین با توجه به پایبندی به ارزش‌ها و اهداف شخصی خود در پی رسیدن به اهداف‌شان هستند و زمانی که در مسیر رسیدن به این اهداف با مانعی مواجه می‌شوند برای مقابله با این مانع از روش‌های عقلانی استفاده می‌کنند و درگیر عواطف منفی نمی‌شوند؛ لذا وقتی جوانان از این نوع سبک سازنده و کارآمد استفاده می‌کنند، از توانایی رویارویی با مسائل و مشکلات دوره جوانی بیشتری برخوردار هستند و می‌توانند به راحتی این مشکلات را تحمل کنند و به واسطه همین توانمندی‌ها قادر به درک، ارزیابی و تنظیم هیجانی خود هستند که مجموعه

1. Izci  
2. Brown & Kimball

3. Jacobson, Muehlenkamp, Miller & Turner

این عوامل می تواند باعث شود افراد کمتر درگیر رفتارهای پرخطر در دوره جوانی شوند. لذا منطقی است ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک هویت تعهد و گرایش به رفتارهای پرخطر در جوانان نقش میانجی داشته باشد.

یکی از مهمترین محدودیت های این پژوهش انجام آن بر روی دانشجویان پسر بود. همچنین اجرای میدانی آن در دوران شیوع کرونا ویروس و به صورت آنلاین بوده است که این امر تنها افرادی را قادر به شرکت در پژوهش و پاسخگویی به سؤالات می کرده است که به اینترنت دسترسی داشته اند. محدودیت دیگر وجود پرسش های مستقیم در مورد گرایش به رفتارهای پرخطر بود که این سؤالات با توجه به بار ارزشی که دارند ممکن است باعث خوب نمایی اجتماعی شود و افراد صادقانه جواب ندهند که این محدودیت ها نیز می تواند خارج از اختیار پژوهشگر محسوب شوند. بر مبنای نتایج به دست آمده از این مطالعه، پیشنهاد می شود نظر به اینکه سبک های هویت از سنین پایین شکل می گیرند، آموزش لازم به والدین در زمینه سبک های فرزندپروری در دستور کار دست انداز کاران آموزشی قرار گیرد. با توجه به نقش صدا و سیما در آگاه سازی و ترویج سبک های هویت صحیح از طریق آموزش های غیرمستقیم مثل فیلم ها و سریال ها؛ کارگروهایی شامل روان شناسان و مشاوران و متخصصان آسیب های اجتماعی در شبکه های مختلف صدا و سیما تشکیل گردد و در جهت تدوین چنین آموزش هایی برنامه ریزی ضروری را فراهم نمایند.

### تشکر و قدردانی

نویسنده مراتب تشکر خود را از دانشجویانی که در جمع آوری اطلاعات نقش داشته اند، اعلام می دارند.

### منابع

احمدی، حبیب و معینی، مهدی (۱۳۹۴). بررسی رابطه مهارت های اجتماعی و رفتارهای پرخطر جوانان: مطالعه موردی شهر شیراز. *پژوهش های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*، ۴(۱)، ۲۴-۱.

آقایار، سیروس و شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۴). *هوش هیجانی: کاربرد هوش در قلمرو هیجان*. تهران: انتشارات سپاهان.



باباخانی، نرگس؛ اسدی‌نیازی، شادی؛ علیزاده ذکریا، رامین و بختیاری ارکسی، حمید (۱۳۹۵). رابطه‌ی سبک‌های هویتی با رضایت زناشویی در زوج‌های متأهل شهر تهران. *اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۱)، ۴۷۷-۴۷۱.

براتی، مجید؛ فتحی، نسیم؛ احمدپور، احسان و جورمند، هانیه (۱۳۹۸). بررسی ارتباط سواد سلامت و رفتار ارتقاء دهنده سلامت در دانشجویان علوم پزشکی همدان. *فصلنامه سواد سلامت*، ۴(۳)، ۳۷-۲۵.

بهبودی، معصومه و احمدی طهور سلطانی، محسن (۱۳۹۴). پیش‌بینی تمایل به مصرف مواد در دانشجویان بر اساس عوامل خطر ساز و محافظت کننده. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۳(۱)، ۹۹-۸۹.

پیرعین‌الدین، سعید؛ محسن‌زاده، فرشاد و زهراکار، کیانوش (۱۳۹۸). نقش نظارت والدینی، عزت نفس و ناگویی خلقی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر و هم‌نشینی با همسالان بزهکار در نوجوانان تک‌والد. *مجله طب نظامی*، ۹(۲)، ۱۱۸-۱۱۱.

تقوی، ملیحه؛ نجفی، محمود؛ کیان‌ارثی، فرحناز و آقایان، شاهرخ (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی و اضطراب صفت حالت در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی و افراد عادی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۵(۲)، ۶۷-۶۷.

جوهری‌فرد، معصومه؛ زهراکار، کیانوش؛ فرخی، نورعلی و مردانی‌راد، مژگان (۱۴۰۰). بررسی مدل علی گرایش به رفتارهای پرخطر نوجوانان بر اساس باورهای فراشناختی و سبک‌های هویت با میانجی‌گری افکار منفی تکرار شونده و تاب‌آوری. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۲(۴۷)، ۱۹۴-۱۶۱.

حاتمی، حمیدرضا (۱۳۹۴). مدل ساختاری ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های هویتی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در افکار خودکشی سربازان. *فصلنامه روان‌شناسی نظامی*، ۶(۲۳)، ۵۷-۴۱.

حاجانی، ابراهیم (۱۳۸۸). *جامعه‌شناسی هویت ایرانی*. تهران: پژوهشکده تحقیقات. خجندی، غلامعلی؛ بانسی، محمدرضا؛ شریفی، حمید و محسنی، شکرالله (۱۳۹۷). بررسی شیوع رفتارهای پرخطر در دانشجویان دانشگاه‌های آزاد و پیام‌نور شهرستان رودان. *مجله طب پیشگیری*، ۵(۲)، ۵۲-۴۴.

داودی، فریبا؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز و هاشمی، سید اسماعیل (۱۳۹۶). رابطه علی سبک‌های والدگری و سبک دلبستگی ناایمن با آمادگی به اعتیاد، از طریق میانجی‌گری ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های هویت در دانشجویان. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۱۴۰-۱۲۵.

رحیمی‌نژاد، عباس؛ زالی‌زاده، محسن و علیپور، احمد (۱۳۹۴). رابطه سبک‌های هویت با حضور و جستجوی معنای زندگی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۱۴(۵۶)، ۵۱۶-۵۰۴.

رضاپور میرصالح، یاسر؛ فتوحی اردکانی، زهرا و پورصادقی زارچ، سعیده (۱۳۹۷). رابطه بین سبک‌های هویتی و هوش هیجانی با رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان تیزهوش. *همایش ملی روان‌شناسی و سلامت با محوریت خانواده و زندگی سالم*، شیراز.

زاده‌محمدی، علی؛ احمدآبادی، زهره؛ پناغی، لیلی و حیدری، محمود (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی مقیاس خطرپذیری جوانان. *مجله روانشناسی*، ۱۵(۲)، ۱۴۶-۱۲۹.

زارعی، عارف؛ باقرزاده، راضیه؛ غریبی، طیبه و روانی‌پور، مریم (۱۳۹۹). گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان شهر بوشهر و عوامل مرتبط با آن. *دو ماهنامه طب جنوب*، ۲۳(۶)، ۵۵۴-۵۶۸.

شهرآرای، مهرناز (۱۳۸۴). *روان‌شناسی رشد نوجوان: دیدگاهی تحولی*. تهران: نشر علم.

صادقپور، رقیه؛ فرهنگی، عبدالحسین و تیزدست، طاهر (۱۳۹۷). رابطه علایم جسمانی‌سازی با دشواری در تنظیم هیجان، ناگویی خلقی و رویدادهای آسیب‌زا در نوجوانان بزهکار. *طب انتظامی*، ۷(۳)، ۱۲۸-۱۲۳.

صدیقی ارفعی، فریبرز؛ گنجی، محمد؛ یزدانی‌ورزنده، محمدجواد و نادى راوندی، مریم (۱۴۰۰). رابطه سبک‌های هویت با جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۲(۱)، ۱-۲۲.

عارف‌نژاد، سعید؛ هاشمی، تورج و واحدی، شهرام (۱۳۹۴). بررسی میزان شیوع رفتارهای پرخطر در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه و عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط. *کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، روان‌شناسی و علوم اجتماعی، مرکز پژوهش‌های بین‌المللی صدا و سیما، تهران، ایران*.

عاملی، اکرم؛ شکوهی‌راد، صمد و قربانی، ابراهیم (۱۳۹۹). ارتباط دو سویه کووید ۱۹ (کرونا ویروس) و اعتیاد به مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی. *دو فصلنامه دانش مبارزه با مواد مخدر*، ۹(۱۷)، ۳۴-۹.

علائمی خرایم، سارا؛ بشرپور، سجاده؛ حاجلو، نادر و نریمانی، محمد (۱۴۰۰). طراحی و آزمون الگویی از پیشایندهای خانوادگی و فردی گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵(۵۹)، ۱۱۱-۱۳۸.

غرابی، بنفشه؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ دژ کام، محمود و محمدیان، مهرداد (۱۳۸۴). وضعیت هویتی نوجوانان تهرانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۱(۲)، ۱۷۵-۱۶۴.

قربانی، ابراهیم و شرافت، جلال (۱۳۹۸). *مبارزه با مواد مخدر در فضای مجازی*. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه علوم انتظامی امین.

قنادزادگان، حسینعلی؛ صالحی، مهدیه؛ کوچک انتظار، رویا و سپاه منصور، مژگان (۱۳۹۷). مدل‌یابی اعتیاد به اینترنت بر اساس سبک‌های هویت: نقش واسطه‌ای ناگویی هیجان. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی*، ۱۵(۵۸)، ۱۷۳-۱۶۵.

کامکار، شبنم؛ فرخی، نورعلی؛ سلیمی بجستانی، حسین و مردانی‌راد، مژگان (۱۳۹۹). تدوین و آزمون مدل علی گرایش به اعتیاد دانشجویان بر اساس متغیرهای تحمل‌پریشانی و تمایز یافتگی با میانجی‌گری ناگویی هیجان. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۴۶-۲۹.

محسنی، سحر؛ میرشکاری، لیلا؛ آهوئی، مهشید؛ حسینی سرحدی، فاطمه؛ ثناگو، اکرم و کهکی، فاطمه (۱۳۹۶). رابطه بین هیجان‌خواهی و سبک‌های هویت با رفتارهای پرخطر نوجوانان (کانون هلال احمر زاهدان). *توسعه پرستاری در سلامت*، ۸(۱)، ۵۶-۴۷.

محمدخانی، شهرام و رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۵). رابطه مصرف سیگار و قلیان با عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی ایران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۳۳(۲)، ۲۷۹-۲۶۲.

محمدخانی، شهرام؛ حسینی، جعفر؛ اکبری، مهدی و یزدان‌پناه، نسیم (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین باورهای فراشناختی و سبک‌های دلبستگی با رفتارهای پرخطر فرزندان نوجوان جانبازان اعصاب و روان جنگ ایران و عراق. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۴)، ۴۱۱-۳۹۶.

محمدی، سمیه؛ ایزدپناه، شهرزاد؛ فاضلی مهرآبادی، علیرضا؛ پناغی، لیلی و قدیری، فاطمه (۱۳۹۰). تأثیر سبک‌های هویت بر افکار خودکشی دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۱)، ۶۷-۶۱.

محمودی، ناهید؛ حسینی آهنگری، سیدعابدین و زربخش، محمد (۱۴۰۰). بررسی رابطه بین تعارض والد-فرزند و احساس تنهایی با گرایش به مصرف مواد مخدر در دانشجویان. *فصلنامه علمی - پژوهشی سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۶(۲)، ۴۰-۳۳.

مرجائی، سیدهادی و غلامرضا کاشی، فاطمه (۱۳۹۶). گرایش به مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان: مقایسه دانشجویان بومی و غیربومی. *فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران*، ۱۰(۲)، ۲۱۰-۱۸۳.

میکائیلی، نیلوفر، نریمانی، محمد؛ قریب بلوک، معصومه و بلندی، آذر دخت (۱۳۹۸). نقش هیجانات منفی، ناگویی خلقی و روابط بین فردی در پیش‌بینی رفتار آسیب به خود در نوجوانان. *مجله پزشکی ارومیه*، ۳۰(۵)، ۴۰۴-۳۹۳.

نیک‌منش، زهرا و مهرانفر، مهرانوش (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای ناگویی خلقی در رابطه بین مکانیسم‌های دفاعی و گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان شهرستان زاهدان. دومین کنگره ملی روان‌شناسی و آسیب‌های روانی-اجتماعی، چابهار.

## References

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469-480.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 33-40.
- Bergman, M. M., & Scott, J. (2001). Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: Gender and socio-economic differences. *Journal of adolescence*, 24(2), 183-197.
- Berzonsky, M. D. (1992). Identity style and coping strategies. *Journal of personality*, 60(4), 771-788.
- Berzonsky, M. D., & Kinney, A. (2019). Identity processing style and depression: The mediational role of experiential avoidance and self-regulation. *Identity*, 19(2), 83-97.
- Berzonsky, M. D., & Kuk, L. S. (2000). Identity status, identity processing style, and the transition to university. *Journal of adolescent research*, 15(1), 81-98.
- Berzonsky, M. D., Macek, P., & Nurmi, J. E. (2003). Interrelationships among identity process, content, and structure: A cross-cultural investigation. *Journal of adolescent research*, 18(2), 112-130.
- Brown, T. B., & Kimball, T. (2013). Cutting to live: A phenomenology of self-harm. *Journal of marital and family therapy*, 39(2), 195-208.
- Cancello, R., Soranna, D., Zambra, G., Zambon, A., & Invitti, C. (2020). Determinants of the lifestyle changes during COVID-19 pandemic in the residents of Northern Italy. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 62-87.
- Capasso, A., Jones, A. M., Ali, S. H., Foreman, J., Tozan, Y., & DiClemente, R. J. (2021). Increased alcohol use during the COVID-19 pandemic: The

- effect of mental health and age in a cross-sectional sample of social media users in the US. *Preventive medicine*, 145, 106-122.
- Caponnetto, P., Inguscio, L., Saitta, C., Maglia, M., Benfatto, F., & Polosa, R. (2020). Smoking behavior and psychological dynamics during COVID-19 social distancing and stay-at-home policies: A survey. *Health psychology research*, 8(1), 24-40.
- Chinchilla, M. A., & Kosson, D. S. (2016). Psychopathic traits moderate relationships between parental warmth and adolescent antisocial and other high-risk behaviors. *Criminal justice and behavior*, 43(6), 722-738.
- Claes, L., Luyckx, K., Bijttebier, P., Turner, B., Ghandi, A., Smets, J., & Goris, Y. (2015). Non-suicidal self-injury in patients with eating disorder: Associations with identity formation above and beyond anxiety and depression. *European eating disorders review*, 23(2), 119-125.
- Crocetti, E., Rubini, M., Berzonsky, M. D., & Meeus, W. (2009). Brief report: The identity style inventory-validation in Italian adolescents and college students. *Journal of adolescence*, 32(2), 425-433.
- De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Rapini, G., Olivieri, L., Feliziani, B., & Tomasetti, C. (2015). Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: an exploratory study. *Comprehensive psychiatry*, 58, 82-87.
- Đogaš, Z., Lušić Kalcina, L., Pavlinac Dodig, I., Demirović, S., Madirazza, K., Valić, M., & Pecotić, R. (2020). The effect of COVID-19 lockdown on lifestyle and mood in Croatian general population: a cross-sectional study. *Croatian medical journal*, 61(4), 309-318.
- Ellonen, N., Danielsson, P., Tanskanen, M., Kaakinen, M., Suonpää, K., & Oksanen, A. (2021). Individual and community-level predictors of hate-crime victimization among Finnish adolescents. *Journal of youth studies*, 24(9), 1251-1272.
- Erikson, E. H. (1986). *Identity: Youth and crisis*. New York: WW Norton & company.
- Gao, T., Li, J., Zhang, H., Gao, J., Kong, Y., Hu, Y., & Mei, S. (2018). The influence of alexithymia on mobile phone addiction: The role of depression, anxiety and stress. *Journal of affective disorders*, 225, 761-766.
- Gavriel-Fried, B., Ronen, T., Agbaria, Q., Orkibi, H., & Hamama, L. (2018). Multiple facets of self-control in Arab adolescents: Parallel pathways to greater happiness and less physical aggression. *Youth & society*, 50(3), 405-422.
- Hobson, H., Hogeveen, J., Brewer, R., Catmur, C., Gordon, B., Krueger, F., & Grafman, J. (2018). Language and alexithymia: Evidence for the role of the inferior frontal gyrus in acquired alexithymia. *Neuropsychologia*, 111, 229-240.

- Honkalampi, K., De Berardis, D., Vellante, F., & Viinamäki, H. (2018). Relations Depressive between and Anxiety Alexithymia Disorders and Alexithymia. *Advances in research, theory, and clinical practice*, 12(1), 142-157.
- Hubach, R. D., O'Neil, A., Stowe, M., Giano, Z., Curtis, B., & Fisher, C. B. (2021). Perceived confidentiality risks of mobile technology-based ecologic momentary assessment to assess high-risk behaviors among rural men who have sex with men. *Archives of sexual behavior*, 50(4), 1641-1650.
- Hwang, J., Chun, H. R., & Cheon, E. (2021). A qualitative study on the impact of COVID-19 on the behavior and attitudes of smokers and non-smokers in South Korea. *BMC public health*, 21(1), 1-8.
- Izci, F., Zincir, S., Bozkurt Zincir, S., Bilici, R., Gica, S., Iris Koc, M. S., & Semiz, U. B. (2015). Suicide attempt, suicidal ideation and hopelessness levels in major depressive patients with and without alexithymia. *Dusunen adam the journal of psychiatry and neurological sciences*, 28(1), 27-33.
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 37(2), 363-375.
- Jankowski, P. (2013). Identity status and emotion regulation in adolescence and early adulthood. *Polish psychological bulletin*, 3(44), 288-298.
- Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2003). Adolescent problem behavior in China and the United States: A cross-national study of psychosocial protective factors. *Journal of research on adolescence*, 13(3), 329-360.
- Kafetsios, K., & Hess, U. (2019). Seeing mixed emotions: Alexithymia, emotion perception bias, and quality in dyadic interactions. *Personality and individual differences*, 137, 80-85.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*: New York: Guilford publications.
- Lee, W. K. (2016). Psychological characteristics of self-harming behavior in Korean adolescents. *Asian journal of psychiatry*, 23, 119-124.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of personality and social psychology*, 3(5), 551-558.
- Marsden, J., Darke, S., Hall, W., Hickman, M., Holmes, J., Humphreys, K., & West, R. (2020). Mitigating and learning from the impact of COVID-19 infection on addictive disorders. *Addiction*, 115(6), 1007-1010.
- McKetta, S., Morrison, C. N., & Keyes, K. M. (2021). Trends in US alcohol consumption frequency during the first wave of the SARS-CoV-2 pandemic. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 45(4), 773-783.

- Meeus, W. (1996). Studies on identity development in adolescence: An overview of research and some new data. *Journal of youth and adolescence*, 25(5), 569-598.
- Miller, L. L., Altarifi, A. A., & Negus, S. S. (2015). Effects of repeated morphine on intracranial self-stimulation in male rats in the absence or presence of a noxious pain stimulus. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 23(5), 405-414.
- Morsünbül, Ü., Uçar, M. E., & Konal, B. (2020). Adaptation of Identity Styles Scale-5 to Turkish: Validity and reliability study: Kimlik Stilleri Ölçeği-5'in Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Journal of human sciences*, 17(1), 142-153.
- Nair, K. R., James, J. K., & Santhosh, K. (2015). Identity crisis among early adolescents in relations to abusive experiences in the childhood, social support and parental support. *Journal of psychosocial research*, 10(1), 165-173.
- Nordeck, C. D., Riehm, K. E., Smail, E. J., Holingue, C., Kane, J. C., Johnson, R. M., & Thrul, J. (2022). Changes in drinking days among United States adults during the COVID-19 pandemic. *Addiction*, 117(2), 331-340.
- Orihuela, C. A., Mrug, S., Davies, S., Elliott, M. N., Tortolero Emery, S., Peskin, M. F., & Schuster, M. A. (2020). Neighborhood disorder, family functioning, and risky sexual behaviors in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 49(5), 991-1004.
- Paniccia, M. F., Gaudio, S., Puddu, A., DiTrani, M., Dakanalis, A., Gentile, S., & Ciommo, V.D. (2017). Alexithymia in parents and adolescents with generalized anxiety disorder. *Clinical psychology*, 22(3), 336-343.
- Quarshie, E. N., Waterman, M. G., & House, A. O. (2020). Adolescent self-harm in Ghana: a qualitative interview-based study of first-hand accounts. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-14.
- Regier, P., & Savic, M. (2020). How teaching to foster mathematical creativity may impact student self-efficacy for proving. *The journal of mathematical behavior*, 57(1), 10-32.
- Ren, Y., Qian, W., Li, Z., Liu, Z., Zhou, Y., Wang, R., & Zhang, X. (2020). Public mental health under the long-term influence of COVID-19 in China: Geographical and temporal distribution. *Journal of affective disorders*, 277, 893-900.
- Rogers, A. H., Shepherd, J. M., Garey, L., & Zvolensky, M. J. (2020). Psychological factors associated with substance use initiation during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 293, 113-127.
- Sedibe, M., & Hendricks, G. (2020). Drug abuse amongst adolescent learners in a previously disadvantaged township in two Gauteng secondary schools. *Journal of human behavior in the social environment*, 30(3), 341-352.
- Simon, D. A., Roach, J. P., & Dimitrievich, E. (2003). Assessment of knowledge and practice of high risk sexual behavior at a private

- Midwestern University. *South dakota journal of medicine*, 56(7), 265-269.
- Simone, M., Hooper, L., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2019). Unhealthy weight control behaviors and substance use among adolescent girls: The harms of weight stigma. *Social science & medicine*, 233, 64-70.
- Soenens, B., Berzonsky, M. D., Vansteenkiste, M., Beyers, W., & Goossens, L. (2005). Identity styles and causality orientations: In search of the motivational underpinnings of the identity exploration process. *European journal of personality*, 19(5), 427-442.
- Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (1999). Emotional intelligence and the emotional brain: Points of convergence and implications for psychoanalysis. *Journal of the American academy of psychoanalysis*, 27(3), 339-354.
- Vaca, F. E., Li, K., Luk, J. W., Hingson, R. W., Haynie, D. L., & Simons-Morton, B. G. (2020). Longitudinal associations of 12th-grade binge drinking with risky driving and high-risk drinking. *Pediatrics*, 145(2), 1-10.
- Vannucci, A., Simpson, E. G., Gagnon, S., & Ohannessian, C. M. (2020). Social media use and risky behaviors in adolescents: A meta-analysis. *Journal of adolescence*, 79, 258-274.
- Vogel, E. A., Ramo, D. E., Rubinstein, M. L., Delucchi, K. L., Darrow, S., Costello, C., & Prochaska, J. J. (2020). Effects of social media on adolescents' willingness and intention to use e-cigarettes: an experimental investigation. *Nicotine & tobacco research*, 1(2), 1-10.
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*, 323(13), 1239-1242.
- Yang, C. C., Holden, S. M., & Carter, M. D. (2018). Social media social comparison of ability (but not opinion) predicts lower identity clarity: Identity processing style as a mediator. *Journal of youth and adolescence*, 47(10), 2114-2128.
- Zamariola, G., Vlemincx, E., Corneille, O., & Luminet, O. (2018). Relationship between interoceptive accuracy, interoceptive sensibility, and alexithymia. *Personality and individual differences*, 125, 14-20.





## کندوکاوی در بسترهای خانوادگی و پیامدهای پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز

محمد حسین مقدم<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۷

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر کندوکاوی در بسترهای خانوادگی و پیامدهای پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز بود. **روش:** از روش کیفی نظریه زمینه‌ای استفاده شد که ابتدا از طریق نمونه‌گیری هدفمند و سپس روش نظری با ۱۸ نفر از مردان مصرف‌کننده مواد مخدر که در کمپ ترک اعتیاد اهواز حضور داشتند، مصاحبه‌ی عمیق صورت گرفت. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، کدگذاری و تحلیل در سه مرحله کدگذاری باز، محوری، و گزینشی انجام پذیرفت. **یافته‌ها:** نتایج شامل ۶ مقوله اصلی شامل اختلال در زیست اقتصادی خانواده، استیصال فرهنگی، بافت اجتماعی اعتیادخیز، عوامل ساختاری تسهیل‌کننده مصرف مواد، اعتیاد به مثابه یک امر مثبت و پیامدهای چندبعدی اعتیاد بود که در غالب مدل پارادایمی ارائه شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مقوله هسته؛ زندگی بحران ساز است و کانون آن، بسترهای خانوادگی می‌باشد که افراد را به سمت مصرف مواد مخدر هدایت می‌کنند.

**کلیدواژه‌ها:** بسترهای خانوادگی، اعتیاد، نظریه زمینه‌ای، اهواز

۱. کارشناس ارشد، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. پست الکترونیک:

MohammadHoseyn.Moghadam@gmail.com

## مقدمه

موضوع مواد مخدر و اعتیاد<sup>۱</sup> به عنوان یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم، یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی است و نیز مهمترین عامل ایجاد کننده رفتارهای پرخطر است که همه جوامع را درگیر خود کرده است و به عنوان یک مسئله و مشکلات سلامتی و بهداشتی عمومی در سرتاسر جهان و تمام کشورها محسوب می‌شود (بیات، ۱۳۹۷). اعتیاد حالتی است که شخص هم از نظر جسمانی و هم از نظر روحی و روانی به ماده‌هایی وابستگی پیدا می‌کند، احتیاج شدید و احساس اجبار به ادامه مصرف آن دارد و قادر نیست به میل و اراده خود آن را ترک کند و تحمل او در مقابل مصرف مصرف مواد مخدر کمتر می‌شود (آسمانی کناری، ۱۳۹۷). مصرف مواد مخدر حال و هوای روحی افراد را تغییر داده و فرد احساس متفاوتی را تجربه می‌کند، حتی اگر این احساس دائمی نباشد (کاستپه<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

طبق آخرین گزارش جهانی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد<sup>۳</sup> در سال ۲۰۲۲، حدود ۲۸۴ میلیون نفر بین سنین ۶۴-۱۵ در سال ۲۰۲۰ در سرتاسر جهان مواد مخدر مصرف کرده‌اند، که معادل ۲۶ درصد افزایش در دهه گذشته بوده است. طبق تخمین این گزارش، ۲/۱۱ میلیون نفر در سرتاسر جهان مواد تزریق کرده‌اند. حدود نیمی از این رقم با هپاتیت زندگی می‌کنند، ۴/۱ میلیون نفر با ایدز زندگی می‌کنند و ۲/۱ میلیون نفر به هر دو عفونت مبتلا هستند (گزارش جهانی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۲۲). مصرف مواد مخدر در ایران نیز یکی از مهمترین مسائل بهداشتی، درمانی، اجتماعی و فرهنگی به شمار می‌رود؛ به گونه‌ای که بیش از ۹۰ درصد مردم ایران از آن ابراز نگرانی کرده‌اند (بیات، ۱۳۹۷). فراتحلیل‌های صورت پذیرفته بر تحقیقات مرتبط با اعتیاد، رقم‌های متفاوتی از یک میلیون و دویست تا پنج میلیون و صد هزار نفر معتاد را ارائه کرده است (آسمانی کناری، ۱۳۹۷). طبق آخرین آمارهای ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور در سال ۱۳۹۷، در ایران حدود ۴ میلیون نفر مصرف کننده مستمر و غیرمستمر مواد مخدر وجود دارد

1. drugs and addiction  
2. Kustepe

3. United Nations Office on Drugs  
and Crime

که حدود ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر آن‌ها مصرف‌کننده مستمر می‌باشند؛ پس در صورت محاسبه این تعداد با بعد خانوار، حدود ۱۱ میلیون نفر، درگیر پدیده اعتیاد و مواد مخدر می‌باشند (حاجی‌ها و بهرامی احسان، ۱۳۹۹). طبق آخرین نتایج شیوع‌شناسی در جمعیت عمومی کشور (۱۵ تا ۶۴ سال) نرخ شیوع مصرف در سطح کشور ۵/۴ درصد بوده و میانگین سن شروع مواد در مردان ۲۴/۱ سال و در زنان ۲۶/۲ و میانگین کل ۲۴/۳ سال می‌باشد (آزاد ارمکی و صرامی، ۱۳۹۷). علاوه بر آمارهای مذکور روند افزایش مصرف مواد مخدر در طی ۴۰ سال گذشته نگران‌کننده‌تر شده است؛ به طوری که میزان رشد مصرف مواد مخدر در ایران در طی ۲۰ سال گذشته بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است (عطادخت و پورزور، ۱۳۹۵). همچنین نشان می‌دهد که بالغ بر پانزده میلیون نفر در ایران به نحوی مستقیم درگیر مسائل اعتیاد به مواد مخدر هستند. طبق آخرین آمار منتشر شده از سوی نیروی انتظامی، نسبت معتادان به کل جمعیت کشور، ما را در مقام نخست مصرف‌کننده مواد مخدر در جهان قرار داده است. در این راستا ایران به دلیل همجواری با کشورهایمانند افغانستان و پاکستان همواره در مسیر نقل و انتقال و مصرف مواد مخدر قرار دارد. تحقیقات صورت گرفته در ایران جمعیت معتادان را ۱۵۰۰۰۰۰ نفر تخمین زده است که البته این آمار شامل افرادی که مصرف تفننی دارند، نمی‌شود (آسمانی کناری، ۱۳۹۷). مطابق پژوهش‌های موجود، کارکرد خانواده، عاملی کلیدی در تداوم و عود اعتیاد است (چن، چن و گنوا، ۲۰۱۵). تحقیقات زیادی نشان دادند که داشتن سابقه تجارب خانوادگی مثبت از اختلال مصرف مواد پیشگیری می‌کند (هانی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

این مطالعه از دیدگاه برساخت‌گرایی<sup>۳</sup> به عنوان چارچوب مفهومی استفاده کرده است این رویکرد ذیل پارادایم تفسیری قرار می‌گیرد و ویژگی اساسی آن اعتقاد بر تفاوت بنیادین بین موضوعات علوم اجتماعی و علوم طبیعی است (سراج‌زاده و عزیززاده، ۱۳۹۴). نظریه پیوند افتراقی بر این نکته تأکید دارد که نزدیکان و همسالان که بزهکار باشند تأثیر زیادی بر تشکیل و تقویت نگرش بزهکاری می‌گذارند و فرد را به سوی بزهکاری سوق می‌دهند

(باقری، نبوی، ملتفت و نقی پور، ۱۳۸۹). این نظریه کج رفتاری را عدم انطباق نرمال با محیط اجتماعی می‌داند؛ در این زمینه بین دو عنصر اهداف فرهنگی و ابزار رسیدن به اهداف تناسبی وجود ندارد و این شرایط زمینه را برای کجروی تسهیل می‌کند (ممتاز، ۱۳۸۱). نظریه کنترل اجتماعی نیز بر این امر تأکید دارد که هر فردی پتانسیلی برای مجرم شدن دارد اما بیشتر مردم به وسیله پیوندشان با جامعه کنترل می‌شوند (باقری و همکاران، ۱۳۸۹). نظریه بی‌هنجاری بر این امر تأکید دارد که با از بین رفتن هنجارها یک وضعیت آرزوهای بی حد و حصر آنومیک<sup>۱</sup> پیش می‌آید و از آن جا که این آرزوها نمی‌توانند ارضا شوند، در نتیجه یک نارضایتی اجتماعی به وجود می‌آید که این نارضایتی‌ها در جریان اقدامات منفی، مانند خودکشی، طلاق و ... ظاهر می‌شود (ستوده، ۱۳۸۹). نظریه برجسب زنی نیز نوعی کنش متقابل نمادین است که بین افراد کجرو و همنوا به وجود می‌آید. این نظریه با مفاهیمی که افراد گروه از دیگران آموخته‌اند سرو کار دارد. این نظریه نفس رفتار همنوا و کجرو را متمایز نمی‌کند، بلکه اعمال افراد همنوای جامعه است که این تمایز رفتاری را بر ملا می‌سازد. همنوایان رفتارهای انحرافی را تفسیر می‌کنند و به میل خود برجسب‌های انحرافی را به دیگران نسبت می‌دهند (اکبری و اکبری، ۱۳۹۰). پژوهش‌های مختلفی در این زمینه در ایران و جهان صورت پذیرفته است که به آن‌ها پرداخته خواهد شد.

رنجیر (۱۴۰۰) مطالعه جامعه شناختی اعتیاد به مواد مخدر در بین مراجعین به مراکز ترک اعتیاد شهر بم انجام داد و از روش کیفی و نظریه زمینه‌ای استفاده شده نمود؛ نتایج نشان داد که روابط گسسته خانوادگی، تجربیات نامناسب، حلقه‌ی دوستان، سابقه اعتیاد در خانواده به عنوان شرایط علی، ناتوانی در برابر اعمال فشار جامعه، عوامل مخاطره‌آمیز اجتماعی، مسائل مالی و محیط سکونت به عنوان شرایط زمینه‌ای، الگوهای تلافی جویانه و انکار اعتیاد به عنوان استراتژی، باورهای نادرست درباره مواد مخدر به عنوان شرایط مداخله‌ای، آسب‌های روانی و جسمی، تنزل شغلی، تضعیف بنیان خانواده به عنوان پیامد می‌باشد. هدائی‌پور منتق (۱۳۹۹) (مطالعه بسترهای زمینه ساز اعتیاد به مواد مخدر با رویکرد کیفی؛ مورد مطالعه: معتادین کلینیک ترک اعتیاد افق در شهر تبریز) که در سال ۱۳۹۹ و از طریق

روش کیفی پدیدارشناسانه انجام پذیرفته بود؛ نشان داد که شش دسته عوامل از جمله عوامل اجتماعی (خانواده، مدرسه، سرمایه اجتماعی منفی)، عوامل اقتصادی (بیکاری و بی پولی، شغل، همکار، سرمایه اقتصادی ضعیف)، عوامل فردی (درد و بیماری‌های جسمی)، عوامل روحی (افسردگی و احساس تنهایی)، عوامل فرهنگی (باورهای غلط) و عوامل محیطی (دردسترس بودن) به عنوان بسترهای زمینه‌ساز اعتیاد می‌باشند. پاسبانی اردبیلی، مهدی زاده هنجی و قنبری پیرکاشانی (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان (اعتیاد در خانواده: مروری بر مولفه‌های خانوادگی مرتبط با اعتیاد) نشان دادند که در بین مولفه‌های موجود در خانواده، سبک‌های دلبستگی، سبک‌های فرزندپروری، مصرف مواد در خانواده و تعارضات خانوادگی بیشترین ارتباط را با مصرف مواد مخدر دارند؛ لذا تحکیم بنیان خانواده همراه با آموزش برای کل سیستم خانواده نقش مهمی در پیشگیری از مصرف مواد مخدر دارد. صدری دمیرچی، رئیس قره درویشلو و رحیمی زرج آبادی (۱۳۹۷) در تحقیقی با عنوان نقش الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های دلبستگی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در جوانان نشان دادند که متغیرهای الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های دلبستگی با گرایش به مصرف مواد مخدر رابطه دارند. نعیمی، ابراهیمی و یاری مقدم (۱۳۹۶) در بررسی نقش عوامل خانوادگی در اعتیاد جوانان؛ مطالعه موردی شهرستان گرگان که از طریق روش پیمایشی و با استفاده از ابزار پرسشنامه صورت گرفته بود به نتایج زیر دست یافت؛ در قید حیات بودن والدین، طلاق والدین، نظارت و کنترل بر رفتار فرزندان و اعتیاد والدین به مواد مخدر با اعتیاد جوانان رابطه دارد. فتحی و موسوی فرد (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان بررسی تجربیات معتادین در خصوص حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی به عنوان عوامل تسهیل‌کننده ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی، نشان دادند که در زمینه‌ی اجتماعی، افراد معتاد نیازمند حمایت‌های عاطفی و مادی اعضای جامعه خود و خانواده هستند و نیز باید نگرش جامعه نسبت به افراد معتاد تغییر پیدا کند. سیار و اقلیما (۱۳۹۲) در مقاله‌ای با عنوان مقایسه کارکرد خانواده در مردان متاهل معتاد و غیر معتاد که از طریق روش پیمایش انجام شده بود به تفاوت دو خانواده از نظر توانایی حل مسئله، برقراری ارتباط، ایفای نقش، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار اشاره کرده‌اند و در تمامی ابعاد، مردان معتاد نمرات کمتری کسب

کردند. بروسان، کلوبینسکی و اسپادا<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) در پژوهشی دریافتند که ساختار خانواده و به ویژه روابط زناشویی زمانی که دچار تعارض می‌شود، باعث می‌شود که والدین با کنترل بیش از حد فرزندان، روابط و تعامل مثبت با آنها را مختل کنند. ساپریانتو، هندیانی، وهیودی، پوروادی و فوزیه<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) دریافتند که بهزیستی و رفاه کودکان با والدین مصرف‌کننده مواد مخدر باعث استرس در این کودکان می‌شود و بر ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و سلامت روان آنها تاثیر می‌گذارد. ایکو، اسماه، اینوسنت، یوهامب و زوویریا<sup>۳</sup> (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که مصرف مواد مخدر در کلان شهرها به دلایل، نبود کنترل از طرف والدین، دسترسی آسان به مواد مخدر و معاشرت‌های افتراقی با دوستان در خیابان بوده است. آرلاپا، جهما، جایاسیلی<sup>۴</sup> (۲۰۱۹) در پژوهشی در کشور هند دریافتند که اعتیاد نه تنها افراد را بلکه ساختار خانوادگی آنها را متزلزل می‌کند و پیامدهای اقتصادی و اجتماعی زیان باری برای جامعه دارد. وی موث، فوسکو و فینبرگ<sup>۵</sup> (۲۰۱۷) در یک تحقیقی، دریافتند که بین میزان تعارض زناشویی والدین با سوء مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان که از شرایط خانوادگی ناسالم و محیط ملتهب رنج می‌بردند، رابطه مثبتی وجود داشت. آتار، یالچین، یویگان، دمیرسی و اردگان<sup>۶</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان دادند که عملکرد خانواده و همدلی و همزبانی با والدین در بین نوجوانان با سوء مصرف مواد کمتر از خانواده‌های عادی بود. هوریگیان، فستر، برینکس، روینز و اسزابو کزنیک<sup>۷</sup> (۲۰۱۶) دریافتند که سوء مصرف مواد توسط والدین، زمینه‌ساز اعتیاد فرزندان می‌شود. گروهل<sup>۸</sup> (۲۰۱۱) در یک پژوهش نشان داد که احتمال گرایش افراد دارای والدین وابسته به مصرف مواد مخدر بیش از افراد معمولی است.

ضرورت انجام پژوهش را می‌توان در چند مورد خلاصه کرد؛ ابتدا آمارهای مذکور حکایت از روند صعودی مصرف مواد مخدر در شهر اهواز دارد؛ ثانیاً، اکثر پژوهش‌های

1. Brosnan, Kolubinski, Spada  
2. Supriyanto, Hendiani, Wahyudi, Purwadi & Fauziah  
3. Ikoh, Smah, Innocent, Uhembe, Zuwaira  
4. Arlappa, Jha, Jayaseeli

5. Weymouth, Fosco, Feinberg  
6. Atar, Yalcin, Uygun, Demirci & Erdogan  
7. Horigian, Feaster, Brincks, Robbins & Szapocznik  
8. Grohol

انجام شده در حوزه اعتیاد از طریق روش‌های کمی و پیمایش و طرح سوال در پرسشنامه بوده است و ثالثاً، اندک کارهای کیفی انجام شده در حوزه اعتیاد نیز کمتر به نقش خانواده و به ویژه ابعاد اقتصادی و فرهنگی خانواده پرداخته است. لذا هدف پژوهش حاضر کندوکاوی در بسترهای خانوادگی و پیامدهای پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز است.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش در قالب پارادایم تفسیری، از نظر ماهیت، کیفی و نوع روش به کار رفته، نظریه زمینه‌ای<sup>۱</sup> است. جامعه آماری این پژوهش کلیه مردان که سابقه‌ی مصرف مواد مخدر را داشته‌اند و در کمپ ترک اعتیاد اهواز حضور داشتند را شامل می‌شود که در سال ۱۴۰۰ در شهر اهواز انجام شد. ابتدا از طریق نمونه‌گیری هدفمند<sup>۲</sup> و سپس نمونه‌گیری نظری<sup>۳</sup> با ۱۸ نفر از مردان مصرف‌کننده مواد مخدر در کمپ ترک اعتیاد اهواز مصاحبه عمیق انجام گرفت. علاوه بر نمونه‌گیری هدفمند و نظری، از نمونه‌گیری گلوله برفی<sup>۴</sup> نیز جهت شناسایی افراد با سابقه‌ی مصرف مواد بالای ۱۰ سال نیز استفاده شد که در تولید داده‌های بسیار مهم بوده است. شیوه جمع‌آوری داده، میدانی و ابزار اصلی آن مصاحبه عمیق است که برای انجام آن از یک ضبط صوت استفاده شد. همزمان جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها صورت گرفت در تحلیل و کدگذاری ابتدا تک تک سخنان مشارکت‌کنندگان بر روی کاغذ پیاده شد؛ سپس جملات به مفاهیم تبدیل شدند و در مرحله بعد مفاهیم مشترک از نظر بار معنایی در مقولات ادغام شدند. در مرحله بعد مفاهیم و مقولات در یک مدل پارادایمی قرار داده شدند و در نهایت با توجه به فرآیند و مدل پارادایمی، هسته مقولات پدیدار گشت. در مصاحبه‌های صورت گرفته در کمپ ترک اعتیاد اهواز چند نکته در نظر گرفته شده بود ابتدا اینکه مصاحبه‌ها با رضایت خاطر و هماهنگی قبلی مشارکت‌کنندگان صورت گرفت



و همچنین سعی شد که با توجه به مسئله پژوهش تنوع در داده‌ها رعایت شود. مدت زمان مصاحبه از ۴۵ دقیقه تا ۱ ساعت و نیم در نوسان بود.

### یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آورده شده است. اطلاعات توصیفی نشان می‌دهد که میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۳۷ سال، میانگین مدت زمان مصرف مواد مخدر ۶ سال و ۸ نفر از کل مشارکت‌کنندگان که معادل ۴۵ درصد می‌باشند، بیکار هستند.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان

شماره	سن	وضعیت تاهل	سابقه مصرف مواد	نوع ماده مصرفی	وضعیت اشتغال
۱	۲۹	مجرد	۱	تریاک	بیکار
۲	۳۱	مجرد	۴	تریاک	بیکار
۳	۳۲	مجرد	۳	تریاک- شیشه	بیکار
۴	۳۰	متاهل	۳	تریاک- گل	بیکار-ازاد
۵	۲۸	مجرد	۲	شیشه	آزاد
۶	۳۱	مجرد	۵	شیشه	آزاد
۷	۲۸	مجرد	۴	شیشه	آزاد
۸	۳۰	مجرد	۷	هروئین	بیکار
۹	۴۱	متاهل	۷	تریاک- شیشه	آزاد
۱۰	۴۵	متاهل	۱۰	تریاک	بیکار
۱۱	۵۲	متاهل	۷	تریاک- هروئین	بیکار
۱۲	۴۷	متاهل	۸	گل- شیشه	بازنشسته
۱۳	۳۱	مجرد	۳	شیشه	آزاد
۱۴	۴۸	متاهل	۷	تریاک- هروئین	آزاد
۱۵	۴۲	متاهل	۱۱	شیشه- تریاک- هروئین	آزاد
۱۶	۳۹	متاهل	۶	هروئین	آزاد
۱۷	۳۰	متاهل	۸	تریاک	بیکار
۱۸	۵۲	متاهل	۱۲	تریاک- گل- شیشه	آزاد

یافته‌های به دست آمده شامل ۶ مقوله اصلی، ۱۳ مقوله فرعی و یک مقوله هسته‌ای پژوهش می‌باشد. جدول ۲ نشان دهنده مفاهیم، مقولات اصلی و فرعی و هسته پژوهش است.

جدول ۲: مفاهیم، مقولات اصلی و فرعی و هسته پژوهش

مفاهیم	مقولات فرعی	مقولات اصلی	مقوله هسته
۱- بی خانمانی	ساختار اقتصادی	اختلال در زیست	زیست بحران
۲- بیکاری	ضعیف خانواده	اقتصادی خانواده	ساز
۳- مشکلات تامین هزینه‌های ازدواج			
۴- عدم دسترسی به دفترچه بیمه			
۵- اجاره نشینی			
۶- ناتوانی در تامین مایحتاج پوشاک و خوراک خانواده			
۷- شغل آزاد			
۱- معلولیت سرپرست خانواده	موانع درآمدی خانواده		
۲- نداشتن تخصص			
۳- بیماری			
۱- بی سرپرستی	از هم گسیختگی خانواده	استیصال فرهنگی	
۲- بدسرپرستی			
۳- طلاق در خانواده			
۴- زندگی با ناپدیری			
۵- فوت سرپرست خانواده			
۱- تبعیض درون خانوادگی	گسست پیوندهای عاطفی درون خانوادگی		
۲- خشونت خانوادگی			
۳- تحقیر و توهین			
۴- بی توجهی به عواطف و احساسات فرزندان			
۱- بی تفاوتی نسبت به مصرف سیگار فرزند در خانواده	عدم حساسیت خانواده در رابطه با مصرف مواد مخدر		
۲- تابو نبودن اعتیاد در خانواده			
۳- وجود خرده فرهنگ اعتیاد در خانواده			
۴- ضعف اقتدار سرپرست خانواده			
۵- بی سوادی و کم سوادی در خانواده			
۶- اعتیاد افراد خانواده			

**جدول ۲: مفاهیم، مقولات اصلی و فرعی و هسته پژوهش**

مفهوم	مقولات فرعی	مقولات اصلی	مقوله هسته
۱- آشنایی با مصرف مواد از طریق دوستان	فراغت سیاه	بافت اجتماعی اعتیاد	
۲- مصرف مواد با دوستان در ماشین		خیز	
۳- مصرف مواد با دوستان در خانه‌های مجردی			
۱- سکونت در مناطق حاشیه‌ای	بافت مسکونی		
۲- سکونت در مناطق بزه‌کار خیز	مخاطره آمیز		
۳- سکونت در مناطق بافت فرسوده			
۱- ضعف حمایت‌های نهادی	ضعف حمایتی و نظارتی نهادی	عوامل ساختاری تسهیل کننده مصرف مواد	
۲- عدم نظارت کافی بر مناطق جرم خیز			
۱- اعتیاد به مثابه راهی برای فرار از مشکلات	کارکردهای اعتیاد	اعتیاد به مثابه یک امر مثبت	
۲- اعتیاد به مثابه تسکین دردها	از منظر مصرف کننده		
۳- اعتیاد مسیری جهت تخلیه هیجانات			
۴- اعتیاد به مثابه پاسخی به وضع موجود			
۵- اعتیاد به مثابه همذات پنداری درون گروهی			
۱- مشکلات پوستی	پیامدهای جسمانی	پیامدهای چند بعدی اعتیاد	
۲- مشکلات قلبی و ریوی	اعتیاد		
۳- تاری دید			
۴- ضعف سیستم ایمنی بدن			
۱- احساس حقارت	پیامدهای روحی و روانی اعتیاد		
۲- احساس پوچی			
۳- افسردگی			
۴- پرخاشگری			
۵- از خودبیگانگی			
۱- هراس اجتماعی	پیامدهای اجتماعی اعتیاد		
۲- طرد اجتماعی			
۳- عزلت گزینی			
۴- بی مسئولیتی			
۱- همکاری با فروشندگان مواد جهت تامین هزینه‌های مصرفی	پیامدهای امنیتی اعتیاد		
۲- استفاده از فرزند خود جهت فروش مواد برای فروشندگان با سابقه مواد			

## مقوله اصلی اول: اختلال در زیست اقتصادی خانواده

مشارکت کنندگان از اوضاع نامطلوب اقتصادی خود به شدت گلایه می کردند. مشارکت - کننده شماره ۱ می گوید:

«همه بدبختی ما از همین جا شروع شد وقتی خونه‌ی خوبی نداشته باشی خانواده خوبی هم نخواهی داشت شما نگاه کنید من بیکارم زمانی که کوچیک بودم پدرم هم تقریباً بیکار بود نه پولی نه سرمایه‌ای نه درآمدی هیچ کاری نمی تونستیم انجام بدیم پدرم کارش آزاد بود هرچی در میاورد خرج درمانش می کرد که قندی داشت آخرش هم فوت کرد ما موندیم و خونه‌ای کلنگی که فروش نمی رفت. مجبور شدیم خونه رو بفروشیم بریم منطقه بازهم پایین تر از منطقه قبلی که با بقیه پول بتونیم کار کنیم اما برعکس شد منطقه که رفتیم افتادم توی خلاف و مواد این جور چیزا».

در همین راستا مشارکت کننده شماره ۲ می گوید:

«من هیچ تخصصی ندارم کاری بلد نیستم که انجام بدم و بابت آن پول بگیرم توی مخارج خوردن و پوشیدن خودم هم موندم حالا خانواده من هم نه سرمایه‌ای دارن نه چیزی. پدر من هم اوضاع مارو بدتر کرده هم مواد مصرف می کند هم خودش معلوله. یعنی از تصادفی که زمان بچه‌گی‌ای من کرده بود معلول شد از همون موقع خونه نشین شد ما هم اجاره نشین بودیم یه ماشین اون موقع داشت که اونو فروخت و یک خونه‌ای خریدیم که توی منطقه‌ای هست که جز خلاف و مواد این چیزا هیچ نداره. چاره‌ای نداشتیم جز اینکه یک سقف برای خودمون درست کنیم خوب ما هم اندازه پولمون در حد اون منطقه بود». در سخنان مجتبی و علی باید تامل کرد در واقع معتقد هستند که این ساختار شکننده اقتصادی باعث شده بود که در چنین فضایی سکونت گزینند. فضایی که از روی جبر و ضعف اقتصادی خانواده ایجاد شده بود. در همین راستا مشارکت کننده شماره ۳ می گوید:

«من پدرم بیماری دارد یعنی کار می کند کارش هم بد نبود اما با بیماری که داشت کم کم دیگه نمی تونست ادامه بده دیسک کم داشت و دکترا گفته بودن به قول خودشون کانال نخاعش تنگ شده. هیچ سرمایه هم نداشتیم اون زمان یادم میاد که ارث از خونه پدر بزرگم به پدرم رسید ما هم با همون پول کم رفتیم خونه خریدیم با اون پول مجبور

شدیم بریم جایی که خونه‌ها قیمت هاشون اندازه پولمون باشه و کاش نمیرفتیم اونجا بود که من خلاف و مواد همه این چیزهارو دیدم».

در مقوله اصلی اول همچنان که مشارکت‌کنندگان عنوان کردند شرایط اقتصادی بحرانی داشتند از یک سو نداشتن شغل، سرمایه و تخصص و نداشتن سرپناه و عدم توانایی تامین مایحتاج اولیه زندگی و از سوی دیگر معلولیت، اعتیاد و بیماری که با آن‌ها دست و پنجه نرم می‌کردند، آن‌ها را مجبور به سکونت در مناطق اعتیاد خیز کرده بود. در واقع خانواده سعی می‌کرد با اندک سرمایه ناچیزی که دارد حداقل سرپناهی برای خود بیابد که نهایتاً منجر به سکونت در چینی مناطقی شد که معلول اختلال در زیست اقتصادی خانواده است. ساختار اقتصادی ضعیف خانواده از یک سو و از سوی دیگر عدم توانایی تحرک و تحول در وضع اقتصادی به دلایل مختلفی که پیشتر ذکر شد، خانواده را در زیست اقتصادی خود با اختلال مواجه کرده است و خود این زمینه‌ی اقتصادی ضعیف و عدم امکان انطباق با وضع موجود، خانواده را وارد چالش جدید و سکونت در مناطق اعتیاد خیز و بافت فرسوده و حاشیه‌ای کرده است. این مقوله بعد اقتصادی خانواده را شامل می‌شود که به عنوان نقطه آغاز فرآیند شکل‌گیری پدیده نقش دارد.

### مقوله اصلی دوم: استیصال فرهنگی

اکثر مشارکت‌کنندگان از مسائل فرهنگی و تربیتی موجود در خانواده صحبت کردند. در همین زمینه مشارکت‌کننده شماره ۴ می‌گوید:

«پدرم خودش معتاد بود و کاری به ما نداشت اصلاً براش مهم نبود ما چکار می‌کنیم بار اول که من سیگار کشیدم هیچ چیزی نگفت فقط به خودش و مصرفش توجه می‌کرد توی خونه هم کسی از اون حساب نمی‌برد خودش هم کاری به کسی نداشت اون زمان من اینجوری بزرگ شدم بعد هم من با هزار بدبختی ازدواج کردم که اوضاع هم بدتر شد چون معتاد شده بودم».

در اینجا بی‌تفاوتی سرپرست خانواده و همچنین وجود خرده فرهنگ اعتیاد در خانواده و در یک کلام ضعف اقتدار پدر به خوبی نمایان است. یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان با

مشکلات مانند طلاق و بد سرپرستی دسته و پنجه نرم می کرد. در همین راستا مشارکت کننده شماره ۵ می گوید:

«پدر و مادر من که همیشه بحث و درگیری داشتند بعد آخر سر طلاق گرفتند من اون زمان با ناپدری ام زندگی کردم یه مدت، اما چون خرج من و مادرم می داد به ما زور می گفت و من کتک می زد منم بریدم زدم بیرون بدون سرپرست شدم توی کوچه و خیابون آخرش هم این شد وضع زندگی ما».

مشارکت کننده شماره ۶ از گسست پیوندهای عاطفی در خانواده این گونه می گوید:  
«توی خانواده ما نه محبتی دیدم نه احترامی. همیشه فحش و تحقیر و توهین. انگار نه انگار ما فرزند اون خانواده بودیم به این هم میشه گفت خانواده؟».

در مقوله اصلی دوم در بعد فرهنگی خانواده مسائلی نظیر طلاق، اعتیاد والدین، گسست پیوندهای عاطفی خانواده، مطرح گردید که این مقوله به عنوان یک نیروی دافعه، افراد را از خانواده دور می کرد. تحقیر و توهین و گسست پیوندهای عاطفی و بی توجهی به نیازهای عاطفی، همه خانواده را در معرض متلاشی شدن قرار داده است.

### مقوله اصلی سوم: بافت اجتماعی اعتیاد خیز

این مقوله به نقش دوستان و همسایه ها و محل سکونت و به طور کلی بافت اجتماعی اعتیاد خیز مشارکت کنندگان اشاره دارد. در همین باره مشارکت کننده شماره ۷ می گوید:

«آشنایی من با مواد مخدر از طریق دوستانم بود اون ها ماشین داشتن و توی ماشین بهم تعارف کردن منم مصرف کردم. بعد یکی از دوستانم که خونه مجردی داره دیگه کمکم چون من باهاشون مصرف می کردم گفت بریم خونه ما مصرف کنیم خونه مجردی داشتند».

تاثیر دوستان و نقش آنها در اعتیاد مشارکت کنندگان کاملاً مشهود است مصرف مواد در ماشین و خانه های مجردی جزوه برنامه های روزمره آنان بود.

مشارکت کننده شماره ۸ نیز در همین راستا از محل سکونت خود این گونه می گوید:  
«محلای ما معروفه توی مصرف مواد مخدر و این جور چیزها. یک منطقه هست که هم قدیمیه و هم نه پلیس میاد اینجا نه چیزی و خرابه های زیادی هم داره که افراد میرن اونجا

مواد مصرف می‌کنند. کسانی هم که توی این منطقه هستن از روی ناچاری اینجا ساکنن چون غیر اینجا جایی دیگه نمیتونن خونه بگیرن».

مشارکت‌کننده‌ی شماره ۹ نیز در همین باره می‌گوید:

«توی منطقه ما خرابه‌های زیادی هست چون محله قدیمی است جاهایی هست که راحت میشه مواد مصرف کرد کسی هم اونجا نیامد من و رفیقام از خانه که میریم بیرون مستقیم میریم اونجا. خونه‌ی دوم ماها شده بود شب‌ها اونجا می‌رفتیم و مصرف می‌کردیم».

### مقاله اصلی چهارم: عوامل ساختاری تسهیل‌کننده مصرف مواد مخدر

مشارکت‌کنندگان از ضعف حمایت‌های نهادی و همچنین ضعف نظارتی بر مناطق مسکونی اعتیاد خیز بارها و بارها اشاره کردند. در همین راستا مشارکت‌کننده شماره ۱۰ می‌گوید:

«چون این مناطق قدیمی هستند و خرابه‌های زیادی دارند و کسانی که وضع خوبی ندارند از روی اجبار اینجا می‌آیند، باید پلیس بیاد و نظارت کنه چون این منطقه مهمه، اما برعکس نظارتی نیست. هیچ حمایتی هم نیست مثلاً می‌رویم می‌گوئیم ما بدبختیم توی خرابه‌ها داریم زندگی می‌کنیم یه حقوقی چیزی حتی اگر کم باشه به ما بدید ولی فقط وقت تلف کردنه کی انجام میده؟ هیچ کس».

مشارکت‌کننده شماره ۱۱ نیز می‌گوید:

«اینجا انگار دیگه قرار نیست کاری بشه یعنی همه این منطقه را می‌شناسن و میدونن چه وضعی داره ولی من برنامه‌ای ندیدم که مثلاً بیان بگن اونایی که مواد مصرف می‌کنند اگر پول ندارن کمکشون می‌کنیم با هزینه خودمون. یا اگر مشکلی هست کمک می‌کنیم. بزار یه چیز به شما بگم اهالی این منطقه چه به درست چه غلط، انگار خودشون هم مطمئن شدند که قرار نیست کسی بهشون کمک کنه و وضع همینه من قبل از ازدواج تا الان که متاهل‌ام اینجا بودم می‌دونم چخبره».

هادی و عزیز معتقد هستند که ضعف نظارت و همچنین حمایت‌های نهادی باعث گسترش پدیده اعتیاد شده است و از طرفی از موانع دیوان سالاری و اداری طولانی مدت و بی نتیجه صحبت کردند که به نوعی امیدی نسبت به تغییر وضع موجود ندارند. آنچه از سخنان مشارکت‌کنندگان بیشتر مورد توجه بود این نکته است که مناطقی که بافت فرسوده

یا حاشیه‌ای یا اعتیاد خیز هستند می‌بایست بیشتر رصد و مدیریت شوند و هم نهادهای امنیتی و انتظامی جهت جلوگیری از خرید و فروش و مصرف مواد در خرابه‌های آن مناطق اقدامات لازم را انجام دهند و همچنین نهادهای حمایتی نیز در آن مناطق فعال تر شوند؛ در واقع همزمان باید هم اقدامات سلبی نهادهای انتظامی و اقدامات ایجابی نهادهای حمایتی مانند کمیته امداد، بهزیستی و سایر نهادهای حمایت کننده اقشار ضعیف جامعه را شاهد باشیم که مشارکت کنندگان از ضعف در این برنامه‌ریزی در این مناطق گفتند.

### مقوله اصلی پنجم: نگاه مثبت به کارکردهای اعتیاد

مشارکت کنندگان از کارکردهای مثبت اعتیاد نیز سخن گفتند آن‌ها معتقدند که اعتیاد در نظر خودشان در زمان مصرف، کارکردهای مثبتی داشته است. در همین راستا مشارکت - کننده شماره ۱۲ می‌گوید:

«من اولین بار خیلی فشار روم بود زخم حرف گوش نمی‌داد بچه کوچیک دارم صدتا بدبختی و وقتی مصرف کردم مواد رو، یک حالتی بهم دست داد که انگار دیگه به مشکلات فکر نکنم و حس خوبی بود نه به مشکلات فکر می‌کردم نه چیزی و دردها هم تسکین شد». مشارکت کننده شماره ۱۳ نیز در همین باره می‌گوید:

«من مصرف مواد رو اولین بار بخاطر همرنگ شدن با دوستان مصرف کردم که مثل اونها باشم در بین اونها باشم و با همدیگه هیجانان خودمون را تخلیه می‌کردیم مصرف مواد و اعتراض مون به وضع موجود با مصرف مواد بود».

مشارکت کننده شماره ۱۴ از مصرف مواد مخدر خود این چنین می‌گوید:

«وقتی مواد مصرف می‌کنم کمی از مشکلاتم دور می‌شم اصلاً دیگه بهشون فکر نمی‌کنم زن و بچه هرچی. این حس آرامش انگار نمی‌دونم چیه. بعد دوستان هم همه مصرف می‌کنند من هم اونجا مثل بقیه هستم. چون همیشه شما توی جمع باشی و دوستان باشن همه هم مصرف کنن و شما بگی نه نمی‌خوام».

طبق مطالعات، افراد اکثراً کنش‌های غیرمنطقی دارند اما سعی دارند که این کنش‌های غیرمنطقی را با استدلال‌های منطقی، عقلانی جلوه دهند. در اینجا مشارکت کنندگان از مصرف مواد و اعتیاد به نوعی می‌خواهند یک استدلال منطقی استخراج کنند که در واقع



برای مصرف مواد یک دلیل منطقی و عقلانی بیابند که در نظریه پارتو به مشتقات معروف است. مشتقات مصرف کنندگان طبق مصاحبه‌های انجام شده عبارت‌اند از: احساس آرامش، تسکین درد، هم‌ذات‌پنداری با گروه و به صورت کلی نگاه مثبت به امر اعتیاد است که توجیه‌کننده مصرف مواد مخدر باشد.

### مقاله اصلی ششم: پیامدهای چندبعدی اعتیاد

پدیده اعتیاد در واقع پیامدهای متعددی دارد. در همین باره مشارکت‌کننده شماره ۱۵ می‌گوید:

«من بعد از مصرف مواد مخدر، مشکلات پوستی پیدا کردم به طوری که پوستم شل میشد چروک می‌شد. چشمم ضعیف شد تار شد».

مشارکت‌کننده شماره ۱۶ نیز می‌گوید:

«من تپش قلبم بعد از مصرف مواد مخدر زیاد شد خودم هم احساس کردم به طوری که حتی در خواب تپش قلبم بالا است. ریه‌هام که داغون شد از صدای سرفه‌هام و نفس کشیدن سخت اذیت شدم حتی بعضی وقتا عصبی می‌شم داد می‌زنم. دوست ندارم کسی پیشم باشه تنهایی راحت‌ترم از جمع متنفر شدم».

مشارکت‌کنندگان از پیامدهای مصرف مواد مخدر سخن گفتند که مشکلات جسمی و روحی و همین‌طور عزلت‌گزینی برای آن‌ها بوده است، اما علاوه بر موارد فوق یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان از پیامد پدیده اعتیاد به گونه‌ای قابل تأمل‌تر سخن گفته است در همین زمینه مشارکت‌کننده شماره ۱۷ می‌گوید:

«من بدنم داغون شد و ارتباطم با همه قطع شد کم‌کم فقط با مصرف‌کنندگان و فروشندگان ارتباط داشتم. یکی از فروشندگان به من گفت تو پسر را بیار که مواد را جابه‌جا کند و پولش را هم تو بگیر. من هم قبول کردم و آخرش جز بدختی و پلیس و زندان چیزی برایم نداشت».

مشارکت‌کننده شماره ۱۸ نیز در همین راستا می‌گوید:

«شما خیلی چیزها هست که نمی‌دونید ممکن هست شما ظاهر افراد مصرف‌کننده را ببینید و تشخیص دهید که معتاد است اما شما خبر دارید مصرف مواد مخدر فقط به ظاهر نیست حتی فقط به روح و روان نیست یعنی این نیست که بدن و روح من را خراب کرده».

من چند نفر می‌شناسم که کارشون از این چیزها گذشته و دارن مواد جابجا می‌کنند این دیگه مصرف نیست توزیع می‌کنه. چرا؟ چون پول خرید نداره و بهش میگن ما بت میدیم مصرف کنی بجاش تو توزیع کن. من دیدم چندبار. اونایی که پول دارن و دارن از ماها استفاده می‌کنند اونو کمتر دستگیر میشن چون پلیس ما را می‌بینه نه اونارو».

صحبت‌های مشارکت کنندگان بسیار قابل تامل است استفاده از مصرف کنندگان مواد مخدر در جهت توزیع مواد مخدر یکی از پیامدهای امنیتی این پدیده است. همچنین مصرف کنندگانی که نمی‌توانند نیاز مصرفی خود را تامین کنند از بچه‌های خود در جهت توزیع مواد برای قاچاقچیان استفاده می‌کنند و نوعی مبادله اتفاق می‌افتد.



شکل ۱: مدل پارادایمی زیست بحران ساز

## بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش کندوکاوی در بسترهای خانوادگی و پیامدهای پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مقوله هسته زیست بحران ساز است. ریشه‌های مختلفی در فرآیند شکل‌گیری پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز دخیل هستند که به تبیین مقولات اصلی و مقوله هسته پرداخته خواهد شد؛ در رابطه با مقوله اصلی اول که تحت عنوان اختلال در زیست اقتصادی خانواده است، می‌توان گفت که اکثر مشارکت‌کنندگان از نابسامانی‌های موجود در خانواده صحبت کردند مشارکت‌کنندگان با مشکلات عدیده‌ای از قبیل بیکاری، بی‌خانمانی، اجاره نشینی و به صورت کلی عدم تمکن مالی جهت تأمین مایحتاج خانواده روبه‌رو بوده‌اند. از یک سو چالش‌های اقتصادی در درون خانواده و از سوی دیگر بیماری، نداشتن تخصص و معلولیت سرپرست خانواده، امکان انطباق با وضع موجود را از خانواده سلب کرده است و خانواده در زیست اقتصادی خود با اختلال مواجه است. مقوله اصلی اول علاوه بر اینکه خود مشکل جدی برای خانواده ایجاد کرده است، خانواده را وارد چالش جدید دیگری کرده است و خانواده بنا به دلایلی که پیشتر ذکر شد به ناچار در مناطق حاشیه‌ای، اعتیادخیز و بافت فرسوده سکونت کرده است. اکثر مشارکت‌کنندگان مقوله اصلی اول را عامل مهمی در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر می‌دانند و سکونت در چنین مناطقی را آغاز فرآیند شکل‌گیری پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز می‌دانند. این مقوله به عنوان شرایط علی و نقطه آغاز فرآیند شکل‌گیری پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز می‌باشد. یافته‌های این بخش با پژوهش‌های پورمتنق (۱۳۹۹) که زمینه‌ی اقتصادی را از عوامل زمینه‌ساز اعتیاد می‌داند، همسو است. در این باره می‌توان گفت که تقویت بنیان اقتصادی خانواده و همچنین حمایت‌های اقتصادی نهادهای متولی و ایجاد اشتغال از طریق مهارت‌افزایی برای بیکاران به کمک سازمان‌های فنی و حرفه‌ای می‌تواند از گسترش این پدیده در شهر اهواز جلوگیری کند.

مقوله اصلی دوم بعد فرهنگی خانواده را شامل می‌شود و تحت عنوان استیصال فرهنگی مطرح است. این مقوله حکایت از نابسامانی‌های فرهنگی در درون خانواده دارد. نابسامانی‌هایی از قبیل؛ بی‌سرپرستی، بدسرپرستی، طلاق، زندگی با ناپدری و فوت

سرپرست خانواده، همه از هم گسیختگی خانوادگی را نشان می‌دهد که نتیجه‌ی آن گسست پیوندهای عاطفی درون خانواده می‌باشد. مشارکت‌کنندگان از عدم ارتباط مناسب با والدین، ناپدیری و در مواردی خشونت و تنش خانوادگی سخن گفتند. در این باره می‌توان گفت که در بعد فرهنگی خانواده، از هم گسیختگی خانوادگی شرایط را برای گسست پیوندهای عاطفی تسهیل می‌کند و نهایتاً منجر به مدیریت ضعیف خانواده می‌شود. اکثر مشارکت‌کنندگان این بعد فرهنگی خانواده را به عنوان نیروی دافعه افراد از خانواده مطرح کردند و شرایط فرهنگی موجود در خانواده را تسهیل‌کننده مصرف مواد در بین افراد می‌دانند که نقش زمینه‌ای در مدل پارادایمی را داشته است. یافته‌های این بخش با پژوهش رنجبر (۱۴۰۰) که از هم گسیختگی خانوادگی را یکی از مهمترین عوامل گرایش افراد به مصرف مواد مخدر دانسته بود، همسو است همچنین با پژوهش قیصری، صاحب‌دل و ابراهیم پور (۱۴۰۰) درباره نقش زمینه‌ی خانوادگی در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر، همسو است. همچنین با پژوهش جوادی، اونق و قربانی (۱۴۰۰) درباره نقش بعد فرهنگی خانواده در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر، همسو بوده است. بنابراین درباره این مقوله می‌توان گفت که توجه جدی علاوه بر بعد اقتصادی که در مقوله اصلی اول ذکر شد، در بعد فرهنگی نیز چنین برنامه‌ریزی لازم و ضروری است. آگاهی بخشی به افراد از طریق کارشناسان و افراد متخصص در زمینه‌های فرهنگی به ویژه در زمینه طلاق می‌تواند تا حدودی از گسترش این پدیده جلوگیری کند.

مقوله بعدی مقوله بافت اجتماعی اعتیاد خیز است. علاوه بر ابعاد اقتصادی و فرهنگی خانواده که در مقولات گذشته ذکر شد، عامل محیطی و محل سکونت نقش مهمی در گرایش مردان به اعتیاد در شهر اهواز داشته است. همانطور که پیشتر ذکر شد خانواده به دلایل اقتصادی به ناچار در مناطق اعتیاد خیز و بافت فرسوده ساکن شده است. مناطقی که به گفته‌ی مشارکت‌کنندگان باعث ارتباط مستمر و مداوم با مصرف‌کنندگان با سابقه مواد مخدر شده است. مشارکت‌کنندگان از پاتوق‌های محلی، مصرف در خانه‌های مجردی و حتی در ماشین نیز سخن گفتند که حکایت از محیط ملتهب محل سکونت مشارکت‌کنندگان دارد. آنچه که از سخن مشارکت‌کنندگان می‌توان استنباط کرد این است

که این مقوله و بافت اجتماعی اعتیاد خیز نقش تقویت کننده و همچنین تسریع کننده در کشش مردان به مصرف مواد مخدر داشته است. این مقوله در مدل پارادایمی نقش مداخله‌ای داشته و راهبردها را تقویت کرده است. یافته‌های این بخش از پژوهش با ایکو و همکاران (۲۰۱۹)، درباره نقش معاشرت افتراقی افراد در گرایش به مصرف مواد مخدر، همسو بوده است. همچنین با پژوهش فیض‌اللهی و باپیری (۱۴۰۰) درباره نقش گروه همسالان در تشویق افراد به مصرف مواد مخدر همسو بوده است.

مقوله بعدی مقوله عوامل ساختاری تسهیل کننده مصرف مواد است. مشارکت کنندگان از ضعف حمایت‌های نهادهای متولی سخن گفتند. نکته محوری مشارکت کنندگان درباره این مقوله این است که با توجه به منطقه ملتهب و اعتیاد خیز، نظارت و حمایت‌های نهادهای متولی می‌بایست بیش از پیش و در مقایسه با سایر مناطق نیز بیشتر باشد. مشارکت کنندگان هم از اقدامات سلبی و هم ایجابی سخن گفتند آنچه که از سخن آن‌ها قابل استنباط بود این است که نهادهای امنیتی و انتظامی می‌بایست با توجه به شرایط ملتهب و بافت فرسوده و خرابه‌های این منطقه، نظارت دوچندان داشته باشند و در عین حال باید همزمان حمایت‌های مالی نهادهای متولی به این مناطق تزریق شود تا بتوان از بروز آسیب‌های بیشتر در این مناطق جلوگیری کرد. این مقوله نیز نقش مداخله‌ای در مدل پارادایمی ایفا کرده است که سبب تقویت راهبردها شده است. یافته‌های این بخش از پژوهش با مطالعه فتیحی و موسوی‌فرد (۱۳۹۵) درباره نیاز افراد معتاد به حمایت‌های مالی و عاطفی، همسو است.

مقوله اصلی بعدی مقوله اعتیاد به مثابه یک امر مثبت است. نکته محوری در سخن مشارکت کنندگان این است که مصرف مواد مخدر راهی برای تسکین دردها، هم‌ذات-پنداری درون‌گروهی، تخلیه هیجانات، مقابله با وضع موجود می‌دانند. مشارکت کنندگان برای مصرف مواد مخدر دلایل گوناگونی را مطرح می‌کنند که به تعبیر پارتو انسان گاهی سعی می‌کند برای کنش‌های غیر منطقی خود، استدلال‌های منطقی پیدا کند. در نظر مشارکت کنندگان مصرف مواد کارگردهایی دارد و اعتیاد را با توجه به کارکردهای آن در نزد مشارکت کنندگان که بیشتر ذکر شد، یک امر مثبت تلقی می‌کنند. این مقوله نقش راهبردها را در مدل پارادایمی داشته است. درباره این مقوله مشاوره مددکاری و همچنین

روانشناس و آگاهی بخشی در زمینه خطرات مصرف مواد و رهایی از تلقین های غیرعلمی می تواند نقش مهمی ایفا کند. یافته های این مقوله نیز با هدائی پور منتق (۱۳۹۹) درباره نقش باورهای غلط فرهنگی در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر، همسو بوده است.

مقوله اصلی آخر مقوله پیامدهای چندبعدی اعتیاد است. این مقوله نتایج و تبعات کنش های مشارکت کنندگان است. مصرف مواد مخدر پیامدهای متعددی دارد در زمینه پیامدهای جسمی؛ بیماری های پوستی، ریوی، قلبی و بینایی در زمینه بیماری های روحی و روانی؛ افسردگی، پرخاشگری، انزوایابی را به همراه دارد. آنچه که از سخن مشارکت کنندگان قابل استنباط است این است که علاوه بر پیامدهای جسمی و روحی و روانی که در سطح فردی مطرح است، پیامدهای اجتماعی نظیر هراس اجتماعی، طرد اجتماعی و بی مسئولیتی نیز وجود دارد. پیامدهای امنیتی نیز از مهمترین پیامدهای پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز است مواردی مانند همکاری در خرید و فروش مصرف مواد مخدر با افراد ناشناس جهت تامین هزینه های مصرف مواد، استفاده از فرزند خود جهت فروش مواد مخدر برای فروشندگان با سابقه مواد مخدر، از جمله پیامدهای هشدار دهنده امنیتی این پدیده است. یافته های این قسمت از پژوهش با آرلاپا و همکاران (۲۰۱۹) درباره پیامدهای زیانبار اعتیاد در جامعه همسو است.

در این پژوهش همانطور که پیشتر ذکر شد مقوله هسته؛ زیست بحران ساز می باشد که نشان می دهد خانواده مهمترین نقش را در فرآیند شکل گیری پدیده اعتیاد در بین مردان دارد. در شرایط علی، وضعیت اقتصادی و معیشتی و در شرایط زمینه ای، وضعیت فرهنگی خانواده عوامل مولد پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز بودند؛ اختلال در زیست اقتصادی خانواده، از هم گسیختگی خانوادگی، گسست پیوندهای عاطفی درون خانوادگی و ضعف مدیریت و نظارتی خانواده، همه نقش مهم ریشه خانوادگی را بیان می کند؛ بنابراین توجه به ابعاد اقتصادی و فرهنگی ریشه خانوادگی از مهمترین عوامل جهت جلوگیری از گسترش پدیده اعتیاد در بین مردان در شهر اهواز است. همکاری نهادهای متولی در حمایت از اشتغال مردان از طریق همکاری با نهادهای فنی حرفه ای مناطق مربوطه می تواند به مهارت آموزی مردان بیکار و بدون تخصص کمک شایانی کند. نهادهای متولی علاوه بر آن نیز

باید خانوادگی از هم گسیخته را رصد و از طریق مددکاران اجتماعی، نسبت به نظارت بر بدسرپرستی و بی سرپرستی این خانواده‌ها ایفای نقش کنند. نهادهای انتظامی و امنیتی نیز می‌توانند از طریق مصاحبه و همکاری با مدیران کمپ‌ها و برخی مشارکت‌کنندگان که سابقه فروش و نقل و انتقال مواد مخدر را داشته‌اند، به منشأ و مبدأ تولید، توزیع و مصرف مواد مخدر دست پیدا کنند. در ارتباط با پیشنهاد پژوهشی نیز توصیه می‌گردد که بر نقش خانواده در فرآیند شکل‌گیری پدیده اعتیاد بیش از پیش توجه شود و همچنین در مقام جمع‌آوری داده و روش به کار گرفته شده، از روش‌های کیفی و میدانی جهت اکتشاف و اکاوی بهتر این پدیده چند بعدی و چند لایه استفاده شود. همچنین در زمینه روش کمی نیز می‌توان از پژوهش‌های کیفی انجام شده فرضیاتی استخراج و آن‌ها را آزمون کرد.

این پژوهش همانند بسیاری از پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است. جهت انجام مصاحبه برخی از مشارکت‌کنندگان به دلایل شخصی، مایل به صحبت کردن بیشتر درباره همسر و شرایط خانوادگی خود نبودند. همچنین برای انجام مصاحبه‌ها علاوه بر هماهنگی با مدیریت کمپ ترک اعتیاد، لازم بود که در هر مرتبه با خود مشارکت‌کنندگان نیز هماهنگی انجام پذیرد تا مشارکت‌کنندگان در شرایط مساعد بتوانند در مصاحبه شرکت کنند که این امر باعث طولانی‌تر شدن زمان مصاحبه‌ها شد. در پایان پیشنهاد می‌شود که توجه جدی به خانواده و به‌ویژه بعد اقتصادی خانواده شود و از طریق نهادهای متولی با همکاری سازمان فنی حرفه‌ای، به ایجاد مهارت‌افزایی و اشتغال مردان بیکار و بدون تخصص کمک شود. ایجاد دفاتر تسهیل‌گری در مناطق حاشیه‌ای و اعتیاد خیز و رصد خانواده‌ها توسط کارشناسان مددکاری نیز می‌تواند از گسترش این پدیده جلوگیری کند، همچنین از طریق برگزاری کلاس‌های آموزشی با محتوای فرهنگی در کمپ‌های ترک اعتیاد به آگاهی بخشی به افراد درباره مسائلی که با آن روبه‌رو هستند، می‌تواند کمک شایانی در بهبود وضعیت آنان داشته باشد.

### منابع

اکبری، ابوالقاسم و اکبری، مینا (۱۳۹۰). آسیب‌های اجتماعی. تهران: رشد و توسعه.

آزاد ارمکی، تقی و صرامی، فاطمه (۱۳۹۷). مطالعه کارکردهای جامعه شناختی سازمان‌های غیردولتی فعال در حوزه درمان اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۳۰-۵۰.

آسمانی کناری، مجتبی (۱۳۹۷). بررسی کیفی عوامل مؤثر بر ترک اعتیاد کارتن خواب‌های موفق به ترک اعتیاد. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی.

باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین و نقی پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده‌ی اعتیاد در شهر اهواز. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۳۸)، ۱۳۶-۱۲۰. بیات، اکبر (۱۳۹۷). بررسی نقش سرمایه فرهنگی خانواده در گرایش اعتیاد در بین دانش آموزان؛ مورد مطالعه شهرستان تویسرکان. پایان نامه کارشناسی ارشد مطالعات فرهنگی، دانشگاه کاشان.

پاسبانی اردبیلی، محسن؛ مهدی زاده هنجنی، هانیه و قنبری پیرکاشانی، نیکزاد (۱۳۹۷). اعتیاد در خانواده: مروری بر مولفه‌های خانوادگی مرتبط با اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۵(۱۷)، ۳۶-۱۳.

جوادی، محمد حسین؛ اونق، ناز محمد و قربانی، علیرضا (۱۴۰۰). تعیین مولفه‌های اجتماعی مؤثر بر افزایش اعتیاد در جامعه؛ مورد مطالعه: شهر بجنورد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۱۸۴-۱۶۷.

حاجی‌ها، ضحی و بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۹). عوامل فردی آشکار ساز وسوسه در زنان معتاد در شهر تهران: یک مطالعه‌ی گراندد تئوری. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۸۲-۴۷.

رنجبر، زینب (۱۴۰۰). مطالعه جامعه شناختی اعتیاد به مواد مخدر در بین مراجعین به مراکز ترک اعتیاد شهر بم. پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد.

ستوده، هدایت الله (۱۳۸۹). *آسیب‌شناسی (جامعه‌شناسی انحرافات)*. تهران: آوای نور.

سراج زاده، سید حسین و عزیز زاده، امید (۱۳۹۳). بر ساخت اجتماعی مصرف مواد مخدر و اعتیاد در شهرستان رودبار جنوب. *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۵(۲)، ۲۹۶-۲۷۴.

سیار، ثریا و اقلیما، مصطفی (۱۳۹۲). مقایسه کارکرد خانواده در مردان متاهل معتاد و غیرمعتاد. *فصلنامه علوم پیراپزشکی و توانبخشی*، ۲(۲)، ۴۱-۳۵.

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

*اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۵)، ۱۳۰-۱۱۳.



عطادخت، اکبری و پور زور، پرویز (۱۳۹۵). نقش میزان پایبندی دانشجویان به سبک زندگی اسلامی در پیش بینی میزان گرایش آن‌ها به اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۷)، ۲۶-۱۱.

فتحی، آیت الله و موسوی فرد، بابک (۱۳۹۵). بررسی تجربیات معتادین در خصوص حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی به عنوان عوامل تسهیل کننده ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۸)، ۱۳۶-۱۲۰.

فیض‌اللهی، علی و باپیری، امید علی (۱۴۰۰). واکاوی دلایل، زمینه‌ها و پیامدهای مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان؛ مورد مطالعه نوجوانان شهر ایلام. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۱۶۵-۱۴۱.

قیصری، زهرا؛ صاحب‌دل، حسین و ابراهیم پور، مجید (۱۴۰۰). مطالعه کیفی عوامل زمینه‌ساز خانوادگی و آموزشی رفتار پرخطر مصرف مواد در دانش آموزان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۲۴۴-۲۲۵.

ممتاز، فریده (۱۳۸۱). *انحرافات اجتماعی، نظریه‌ها و دیدگاه‌ها*. تهران: شرکت سهامی انتشار.

نعیمی، محمد رضا؛ بهرامی، علی و یاری مقدم، ابوتراب (۱۳۹۷). بررسی نقش عوامل خانوادگی در اعتیاد جوانان (مطالعه موردی شهرستان گرگان). *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۷)، ۸۴-۷۱.

هدائی پور منتق، اسما (۱۳۹۹). *مطالعه بسترهای زمینه ساز اعتیاد به مواد مخدر با رویکرد کیفی؛ (مورد مطالعه: معتادین کلینیک ترک اعتیاد افق در شهر تبریز)*. پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه تبریز.

## References

- Arlappa, P., Jha, SH., & Jayaseeli, S. (2019). Impact of Addiction on Family: An Exploratory Study with Reference to Slums in kolkata. *Current research of social sciences*, 2(1), 58-71.
- Atar, A., Yalcin, O., Uygun, E., Ciftci Demirci, A., & Erdogan, A. (2016). The assessment of family functions, dyadic adjustment, and parental attitude in adolescents with substance use disorder. *Noro psikiyarti arsivi*, 53(1), 38-44.
- Brosnan, T., Kolubinski, D. C., & Spada, M. M. (2020). Parenting styles and metacognitions as predictors of cannabis use. *Addictive behaviors reports*, 11, 1-7.
- Chen, Y. L., Chen, S. H., & Gau, S. S. F. (2015). ADHD and autistic traits, family function, parenting style, and social adjustment for Internet addiction among children and adolescents in Taiwan: A longitudinal study. *Research in developmental disabilities*, 39, 20-31.

- Grohol, J. M. (2011). *The vicious cycle of poverty and mental health. Counseling the culturally diverse: Theory and Practice*. Psych central. <https://psychcentral.com>
- Haeny, A. M., Gueorguieva, R., Morean, M. E., Krishnan-Sarin, S., DeMartini, K. S., Pearlson, G. D., & OMalley, S. S. (2020). The association of impulsivity and family history of alcohol use disorder on alcohol use and consequence. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 44(1), 159-167.
- Horigian, V. E., Feaster, D., Brincks, A., Robbins, M. A., & Szapocznik, J. (2016). The effects of strategic family therapy on parent substance use and the association between parent and adolescent substance use. *Addictive behaviors*, 42, 44-50.
- Ikoh, M. U., Smah, S. O., Innocent, O., Uhembe, A. C., & Zuwaira A. A. (2019). Factors affecting entry into drug abuse among youths in Lafia Metropolis: Implications on Security. *SAGE journals*, 9(1), 1-15.
- 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. *Medicine science*, 8(1), 67-71.
- Supriyanto, A., Hendiani, N., Wahyudi, A., Purwadi, P., & Fauziah, M. (2020). Peer Guidance: development of Childrens Wellbeing on Addicted Parents. *Counsellia: jurnal bimbingan dan konseling*, 10(1), 69-82.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report*. Retrieved From United Nation Office on Drugs and Crime. Website: [/https://Wdr.unodc.org](https://Wdr.unodc.org).
- Weymouth, B. B., Fosco, G. M., & Feinberg, M. E. (2017). Nurturing involved Parenting and adolescent social anxiety symptoms and substance refusal efficacy. *Development and psychopathology*, 31(1), 247-260.



## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده

مهسا کاشفی زاده<sup>۱</sup>، محبوبه طاهر<sup>۲</sup>، عباسعلی حسین خانزاده<sup>۳</sup>، نرگس حاج ابوطالبی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۶

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده بود. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام مردان دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان رباط کریم از اسفند ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ بود که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۷۱ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد و به طور تصادفی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای‌دهی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خودتنظیمی ارادی استفاده شد. گروه‌های آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای تحت گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، مصاحبه انگیزشی، و ذهن آگاهی قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که تفاوت گروه آزمایش و گروه گواه در هر سه رویکرد معنادار بود و به ترتیب ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و مصاحبه انگیزشی بیشترین تأثیر را بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده داشتند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های حاصل می‌توان نتیجه گرفت که افراد دارای اختلال مصرف مواد با یادگیری فنون مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و مصاحبه انگیزشی می‌توانند به خودتنظیمی ارادی بیشتری دست پیدا کنند، اما فنون ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیش از مصاحبه انگیزشی در این امر توفیق دارند.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی، خودتنظیمی ارادی، اختلال مصرف مواد، درمان نگهدارنده

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، شاهرود، ایران.

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

Mahboobe.Taher@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

## مقدمه

اعتیاد به شکل یک اختلال فرسایشی و عودکننده علاوه بر اینکه تأثیرات سوء جسمانی، روانی، فرهنگی و اقتصادی بسیاری برای شخص مصرف کننده دارد، مصائب بسیاری را نیز برای خانواده فرد مصرف کننده به ارمغان می آورد (یاوری، نجفی و طباطبایی، ۱۳۹۷). اعتیاد باعث تغییرات مغزی گسترده از جمله در قشر پیش پیشانی<sup>۱</sup>، مدار عصبی پاداش، بخش های مربوط به انگیزه، حافظه، مهار تکانه و قضاوت می شود (انجمن روان شناسی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). در ایران سوء مصرف مواد اساسی ترین نگرانی و مهم ترین خطر قابل پیشگیری بهداشتی شناخته شده است (جهان گیری، گل محدودیان و حجت خواه، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش ها نشان دادند که سوء مصرف موادی همچون الکل، توتون و تنباکو و داروها، در آمریکا، در طول سال مبلغی بیش از ۷۴۰ میلیارد دلار هزینه دربردارد. این هزینه ها شامل از دست دادن شغل، اعمال جرایم و هزینه های مربوط به درمان می گردد (فلمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). سوء مصرف مواد پدیده ای روانی - فیزیولوژیک است به گونه ای که متغیرهای مختلفی در پیدایش، ادامه و درمان آن اثربخش هستند (کین، ریپر - رویولدز، ویلیامز و ولف<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶).

یکی از عواملی که ممکن است در گرایش به سوء مصرف مواد نقش داشته باشد، خودتنظیمی ارادی<sup>۵</sup> است (پیرسون، دلیما و کلی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). خودتنظیمی فرایندی است که طی آن فرد رفتار خود را پایش نموده، مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد در مورد رفتار خود قضاوت کرده و با توجه به نتیجه قضاوت، رفتار خود را تنظیم می کند (مک دونالد و پالفای<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). خودتنظیمی پایین می تواند در اعتیاد به مصرف داروها و الکل دخیل باشد و در واقع یکی از مهم ترین علل آن در نظر گرفته شده است. پژوهش ها نشان داده اند که افراد وابسته به مواد نسبت به دیگر افراد از خودتنظیمی پایین تری

1. Pre-frontal cortex  
2. American Psychological Association  
3. Felman

4. Keane, Reaper-Roynold, Williams, Williams, & Wolfe  
5. Intentional Self-Regulation  
6. Pearson, D'Lima, & Kelley  
7. Macdonald & Palfai

برخوردار هستند (کول، لوگان و والکیر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). الگوی خودتنظیمی ارادی برای تحول موفق، یکی از مدل‌های مهم در خودتنظیمی ارادی است و با نام مدل «انتخاب، بهینه‌سازی، جبران»<sup>۲</sup> شناخته می‌شود که توسط بالتس (۱۹۹۵) توسعه داده شده‌است. این مدل یک رویکرد عملی - نظری برای خودتنظیمی ارادی است که بر چهار فرایند انتخاب‌گزینی<sup>۳</sup>، بهینه‌سازی، جبران خسارت و انتخاب مبتنی بر فقدان<sup>۴</sup> تأکید دارد (گستسدوتیر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). ضعف در خودتنظیمی می‌تواند نقش مهمی در گرایش افراد به اعتیاد داشته باشد (خدادادیان، کرمی و یزدانبخش، ۱۳۹۸؛ پرسی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). دیشون و کانل<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) با بررسی نقش خودتنظیمی بر احتمال گرایش به اعتیاد به این نتیجه رسیدند که خودتنظیمی نقشی مهم در گرایش به مصرف مواد دارد و باعث می‌شود که نوجوانان از محیط‌های پرخطر کم‌ترین تأثیرپذیری را داشته باشند.

اختلال سوءمصرف مواد دارای پیش‌آگهی نامطلوبی است و هزینه‌های درمانی هنگفتی را به صورت مستقیم و غیرمستقیم به خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند (کول و همکاران، ۲۰۱۱). با توجه به هزینه‌ها و آسیب‌های فردی اجتماعی و اقتصادی سوءمصرف مواد لازم است از درمان‌های مقرون به صرفه‌تر و پیشگیری استفاده شود. درمان نگهدارنده با متادون<sup>۸</sup> یکی از شیوه‌های درمانی اختلال سوءمصرف مواد است که به منظور نگاه داشتن بیماران در وضعیتی پایدار و بهبودی تدریجی یا پیشگیری از عود طراحی شده است (کین-ریپر و همکاران، ۲۰۱۶). شواهد نشان می‌دهد که ارائه روان‌درمانی، کارایی درمان نگهدارنده با متادون را افزایش می‌دهد (نادری، بینازاده، صفاتیان پیوندی، ۱۳۸۹). یکی از روان‌درمانی‌های مطرح در درمان سوءمصرف مواد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۹</sup> است. ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا مهارت لازم در مواجهه با موقعیت‌های محیطی پرخطر را بدست آورده و در درمان‌های روان‌شناختی همراه موفق‌تر عمل کند (تانگ،

1. Cole, Logan & Walker  
2. Selection, Optimization & Compensation (SOC)  
3. Elective selection  
4. loss-based selection

5. Gestsdottir  
6. Percy  
7. Dishion & Connell  
8. Methadone Maintenance Therapy  
9. Mindfulness

تانگ و پوسنر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). ذهن آگاهی به عنوان یک آمادگی ذهنی تعریف شده که روی تجربیات در زمان حال و بدون قضاوت متمرکز است (سگال و تیزدیل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸) و با افزایش توانایی‌هایی مانند پذیرش، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی منجر به کاهش علائم روان‌تنی در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر می‌شود (هان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده‌اند که رابطه منفی و معناداری بین ذهن آگاهی و رفتارهای اعتیادی وجود دارد (تانگ و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع افرادی که به شیوه‌ای ذهن آگاهانه زندگی می‌کنند به احتمال کمتری به رفتارهای اعتیادی همچون مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می‌کنند (کاوشیولی، مووالی، مافی و واسنا<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). در جریان جلسات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، خودتنظیمی با تمرین‌های تمرکز توجه درونی و تمرکز توجه بیرونی از قبیل توجه به صدای محیط اطراف تقویت می‌شود که می‌تواند تکانه‌های مرتبط با ولع مصرف را کاهش دهد (مهدی‌زاده هنجنی، حسینیان، حسنی ابهریان و حسنی ابهریان، ۱۴۰۰).

یکی دیگر از روان‌درمانی‌هایی که می‌تواند نقشی مؤثری در خودتنظیمی افراد معتاد داشته باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (عبدالرحیمی نوشاد، ۱۳۹۹). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روانی و کاهش اجتناب تجربی است (روزن، کرتیس و پاتر<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). فردی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد در مواجهه با رویدادهای ناخواسته و پرتنش از شیوه اجتناب از جمله پناه بردن به مصرف مواد استفاده نمی‌کند (هیز، استروسال، بانتینگ، توهیگ و ویلسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته در کاهش رفتارهای خطرناک مصرف‌کنندگان مواد مفید باشد (گونزالز-مندز، فرناندز، رودریگز و ویلاگرا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مردان تحت درمان سوء مصرف مواد موجب تنظیم هیجانی و شناختی و افزایش خویشتن‌داری و خودتنظیمی می‌شود (سعیدمنش و پهلوان، ۱۳۹۶).

1. Tang, Tang, & Posner  
2. Segal & Teasdale  
3. Hanh  
4. Cavicchioli, Vassena, Movalli & Maffei

5. Rosen, Curtis, & Potter  
6. Hayes, Strosahl, Bunting, Twhig & Wilson  
7. González-Menéndez, Fernández, Rodríguez & Villagrà

علاوه بر روش‌های درمانی ذکر شده که به تغییرات ذهنی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد منجر می‌شوند (جهان‌گیری و همکاران، ۱۳۹۵؛ حمیدی و خیران، ۱۳۹۷؛ هیز، لومان و بوند، مسودا و لیلیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶)، ایجاد و حفظ انگیزه برای بروز این تغییرات نیز از اهداف درمان روان‌شناختی سوء مصرف مواد است (محمدجعفری، ۱۳۹۶). در افزایش میزان انگیزش در درمان اعتیاد افراد به سوء مصرف مواد افیونی، می‌توان به مصاحبه انگیزشی<sup>۲</sup> اشاره داشت (پروچاسکا، دی کلمنت و نورکر اس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). از جمله اصلی‌ترین اهداف مصاحبه انگیزشی، از بین بردن ابهامات و تعارضات افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، در جهت درمان اعتیاد است (بک، رایت، نیومن و لیس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ ترجمه گودرزی، ۱۳۹۱). انگیزه مفهومی از نظریه خودتنظیم است و تحت این عنوان که چرا افراد تصمیم می‌گیرند در برنامه‌ای شرکت کنند، چه مقدار تلاش برای مشارک اختصاص می‌دهند و در هنگام مشارکت در فعالیتی چه مقدار استقامت و پشتکار به خرج می‌دهند تعریف می‌شود (هانتر، ۲۰۰۸؛ به نقل از دهقانی فیروزآبادی و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش‌های مختلفی (از جمله اهما و گروس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹؛ انا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ کارول و رونساویل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷؛ توکر، دی‌آمیگو، اوینگ، میلز و پدرسسن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷؛ مادسون<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ حیدری، محمدی و بهمنی، ۱۳۹۶) نشان داده‌اند که مصاحبه انگیزشی می‌تواند بر اختلال سوء مصرف مواد تأثیرگذار باشد. با توجه به گرایش روزافزون به مواد اعتیادآور و تنوع آن‌ها از یک سو و اهمیت روان‌درمانی در کنار دارودرمانی در درمان سوء مصرف مواد از سوی دیگر، این پژوهش درصدد پاسخ به این پرسش است که کدام یک از مداخلات رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی افراد دارای سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیر بیشتری دارد؟

1. Hayes, Luoman, Bond, Masuda & Lillis  
2. Motivational interviewing  
3. Prochaska, Di Clemente & Norcross  
4. Beck, Wright, Newman & Liese

5. Ehman & Gross  
6. Ana  
7. Carroll & Rounsaville  
8. Tucker, D'Amico, Ewing, Miles & Pedersen  
9. Madson



## روش

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان دارای اختلال سوء‌مصرف مواد افیونی شهرستان رباط کریم، از اسفند ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ بودند که از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۷۲ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از فهرست بیماران انتخاب شدند. به‌منظور انتخاب نمونه، شهر به پنج منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تقسیم و سپس چهار منطقه به تصادف انتخاب و از هر منطقه یک کلینیک ترک اعتیاد به تصادف انتخاب شد و پس از اخذ نمونه اولیه و پس از احراز ملاک‌های ورود، افراد نمونه به صورت تصادفی در ۴ گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی، مصاحبه انگیزشی و یک گروه گواه جایدهی شدند. حجم نمونه براساس فرمول ارائه شده توسط تاباکنیک و فیدل<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)، که در هر گروه نباید کمتر از ۱۵ نفر باشد با احتساب ریزش برای هر گروه ۱۸ نفر انتخاب شد، البته در فرآیند مداخله یک از نفر از گروه مصاحبه انگیزشی به دلیل عدم همکاری خارج شد و جمعا ۷۱ نفر در پژوهش شرکت کردند. گروه اول با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد مداخله قرار گرفتند، گروه دوم تحت مداخله ذهن‌آگاهی قرار گرفته و گروه سوم مصاحبه انگیزشی دریافت کردند و برای گروه چهارم هیچ مداخله‌ای در نظر گرفته نشد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از نداشتن اختلال روان‌گسستگی، عدم دریافت روان‌درمانی هم‌زمان، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و قراردادن تحت درمان نگهدارنده با متادون و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخلات و انصراف از ادامه درمان و شرکت در پژوهش بود. در این مطالعه اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد و داده‌های به دست آمده با آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه خودتنظیمی ارادی<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه در ابتدا توسط بالتز<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۹) ساخته شده است و ۴۸ گویه و ۴ خرده‌مقیاس دارد که در آن برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های انتخاب، انتخاب مبتنی بر شکست، بهینه‌سازی و جبران ۱۲ گویه در نظر گرفته شده است. هر گویه شامل دو اظهارنظر است که یکی شامل رفتار مبتنی بر انتخاب، بهینه‌سازی، جبران و انتخاب مبتنی بر شکست و دیگری بیانگر رفتار غیرمرتبط با آن است. از فرد خواسته می‌شود جمله‌ای را که به شیوه عملکرد او شبیه‌تر است انتخاب کند. در این پژوهش از فرم کوتاه این پرسش‌نامه که توسط فروند و بالتز<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) تدوین شده است و شامل ۲۴ گویه است، استفاده شد که برای هر کدام از خرده‌مقیاس‌های انتخاب، بهینه‌سازی و جبران، ۸ گویه در نظر گرفته شده است. این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر مهارت‌های خودتنظیمی است (فروند و بالتس، ۲۰۰۲). سازندگان این مقیاس همسانی درونی را بر اساس آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس انتخاب ۰/۷۵، بهینه‌سازی ۰/۷۰ و جبران ۰/۶۷ گزارش نموده‌اند و روایی محتوایی آن را مورد تأیید قرار دادند (فروند و بالتس، ۲۰۰۲). همسانی درونی پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ در ایران توسط خدادادیان و همکاران (۱۳۹۸) بررسی گردید و آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

## روش اجرا

مدت جلسات درمانی در هر کدام از روش‌ها ۵۰ دقیقه بود که به صورت گروهی و هفته‌ای دو بار، به مدت ۱۰ جلسه توسط فرد واجد صلاحیت و آشنا با برنامه‌های مداخله‌ای پژوهش اجرا شد. بعد از اتمام مداخلات، از سه گروه تحت درمان و یک گروه گواه پس‌آزمون گرفته شد. در ادامه خلاصه جلسات مداخلات گزارش شده است.

1. Intentional self-regulation  
questionnaire

2. Baltes  
3. Freund & Baltes

۱- درمان ذهن آگاهی: خلاصه‌ای از پروتکل مراحل درمان ذهن آگاهی برگرفته از الگوی درمانی (کابات زین، ۲۰۰۳؛ به نقل از اکبری، نفیسی و مشهدی‌فر، ۱۳۹۲) در جدول ۱ گزارش شده است.

**جدول ۱: محتوای جلسات آموزش ذهن آگاهی (کابات زین، ۲۰۰۳؛ به نقل از اکبری و همکاران، ۱۳۹۲)**

جلسه	محتوای جلسات
اول	۱- جلسه معارفه و مشروح جلسات ۲- آموزش تکنیک کشمش. آموزش مدیتیشن و دریافت بازخورد از انجام مدیتیشن و وارسی بدنی. ۳- ارائه تکلیف خانگی به صورت تمرین مهارت خوردن ذهن آگاهانه.
دوم	۲- تمرین مدیتیشن و وارسی بدن و مباحثه در خصوص این تمرین. ۲- گفتگو در مورد تکالیف خانگی، بررسی موانع و ارائه راه‌حل در حیطه ذهن آگاهی در خصوص آنها. ۳- بررسی افکار و احساسات و تعریف آنها و بیان تفاوت آنها. ۴- تمرین مدیتیشن در حالت نشسته. ۵- تکلیف خانگی به صورت تمرین مهارت‌های آموزش داده‌شده در منزل.
سوم	۱- تمرین ذهن آگاهی از طریق دیدن و شنیدن ۲- توجه به تنفس همراه با توجه به حواس بدنی و مراقبه نشسته. ۳- تمرین ۳ دقیقه‌ای توجه به تنفس و مباحثه در خصوص تکالیف خانگی ۴- انجام دادن یک تکنیک ذهن آگاهی. ۵- تکالیف خانگی به صورت تمرین مهارت‌های آموزش داده‌شده در منزل.
چهارم	۱- مدیتیشن ۴ بعدی شامل مراقبه نشسته، توجه به ریتم تنفس، توجه به اصوات بدن و افکار. ۲- مباحثه در مورد موقعیت‌های استرس‌زا و رفتارهای فرد به این حالت و بررسی رفتارهای جایگزین. ۳- پیاده‌روی با متد ذهن آگاهانه. ۴- تکالیف خانگی به صورت تمرین تنفس ذهن آگاهانه.
پنجم	۱- تمرین مراقبه نشسته ۲- انجام تمرینات ذهن آگاهانه مربوط به بدن. ۳- تکالیف خانگی به صورت تمرین نشستن همراه با ذهن آگاهی.
ششم	تمرین تنفس ۲۳ دقیقه‌ای. ۲- بررسی تکالیف خانگی به شکل گروهی. ۳- بررسی محتواهای افکار غیرواقعی. ۴- قبول حس‌ها به تعبیر احساسات. ۵- تکالیف خانگی به صورت تمرین مهارت‌های آموزش داده‌شده در منزل.
هفتم	۱- تمرین آگاهی نسبت به افکار، احساسات، ریتم تنفس، توجه و اصوات بدن. مدیتیشن ۴ بعدی. ۲- بررسی بهترین مسیر مراقبت از خود. ۳- تعیین رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی. ۵- آموزش پذیرش بدون قید و شرط ۵- تکالیف خانگی به صورت تمرین مهارت‌های آموزش داده‌شده در منزل.
هشتم	۱- ذهن آگاهی رویدادهای روانی (تمرکز بر افکار، هیجان‌ها و تصاویر ذهنی) ۲- تمرکز بر افکار غیرمنطقی، تمرکز بر هیجان‌ها مانند تجربه اضطراب و تمرکز بر تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده.
نهم	۱- توجه به بدن ۲- تکرار آموخته‌ها ۳- تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای ۴- انجام مدیتیشن و مباحثه در خصوص رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا ۵- سوال از مراجعین در خصوص اینکه تمرینات انتظارات آنها را پاسخ داده یا نه؟ تمرین‌های مدیتیشن و رشد مهارت‌های مقابله‌ای.
دهم	۱- بازنگری و مرور مطالب ۲- بازنگری تکنیک‌ها و تمرین‌ها و ترغیب فرد به پی‌گیری آن‌ها در زندگی روزانه.

۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل مراحل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از الگوی درمانی هیز (۲۰۰۴) به صورت خلاصه در جدول ۲ گزارش شده است.

**جدول ۲: ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای سوء مصرف کنندگان مواد**

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه و ایجاد آمادگی در شرکت کنندگان پژوهش (استفاده از تمثیل‌ها مثل تمثیل ترن هوایی)
دوم	اطلاع‌رسانی به فرد در خصوص بهایی که در قبال مصرف مواد مخدر پرداخت می‌کند (استعاره‌ها و تمرین‌های صورت‌برداری، پاک کردن گل و لای از لیوان و راه رفتن در باتلاق)
سوم	آموزش مواجهه و تکنیک ناامیدی خلاق
چهارم	بررسی تمایلات هیجانی و آموزش مهارت کنترل هیجانی
پنجم	تمایز فرد از برنامه‌ریزی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند دو کامپیوتر، جعبه با وسایل درون آن و صفحه شطرنج)
ششم	بررسی موانع به گونه پذیرش هیجان‌مدار (تکنیک‌هایی مانند هیولای سوار بر اتوبوس، پتروس فداکار، علامت در کوهستان، فرمول‌بندی مجدد قراردادهای کلامی و...)
هفتم	انتقال از پذیرش هیجان‌مدار به سمت تغییر رفتار (تمثیل‌هایی مانند گدای دم در، کودک کج خلق و...)
هشتم	بررسی اهداف و ارزش‌های شرکت کنندگان (استعاره‌های نقشه‌سازی، تکلیف سنجش ارزش‌ها و...)
نهم	آموزش مسئولیت‌پذیری به منظور ایجاد تغییر
دهم	تعهد دادن از طریق گسترش زندگی هیجانی به سمت زندگی واقعی نتیجه‌گیری، جمع‌بندی و ارزشیابی

۳- مصاحبه انگیزشی: پروتکل مراحل درمانی مصاحبه انگیزشی میلر و رولینیک (۲۰۰۹) به صورت خلاصه در جدول ۳ گزارش شده است.

## جدول ۳: خلاصه برنامه درمانی مصاحبه انگیزشی

جلسه	محتوا	تکنیک	هدف
اول	همدلی	درک این که در سر فرد چه می گذرد. جهان را چگونه تفسیر می کند.	خود را به جای مراجع قرار دادن جهت درک دنیای او. گوش دادن ماهرانه و بازتابی
دوم	به سطح آوردن تناقض ها	سوال پرسیدن از مراجع درباره تناقضاتش هدف های مهم مراجع را مشخص کردن	بررسی دوسوگرایی مراجعه و به آگاهی رساندن او در این خصوص
سوم	به سطح آوردن تناقض ها	نشان دادن به مراجع که در درونش جمع اضداد وجود دارد	متوجه این موضوع شود که یکی را به نفع دیگری ترجیح دهد.
چهارم	لغزیدن بر مقاومت (دور زدن مقاومت)	انعطاف با مقاومت های مراجع استفاده از تکنیک های تایید، بارش فکری، گوش دادن و باز خورد.	بررسی مقاومت های مراجع از نوع نادیده گرفتن، نفی کردن، قطع کردن و مباحثه
پنجم	لغزیدن بر مقاومت (دورزدن مقاومت)	کاهش مقاومت در برابر تغییر. مقابله نکردن درمانگر با مقاومت مراجع. بحث نکردن با مراجع.	کاهش مقاومت در برابر تغییر. مقابله نکردن درمانگر با مقاومت مراجع. بحث نکردن با مراجع.
ششم	لغزیدن بر مقاومت (دورزدن مقاومت)	رد شدن از کنار این مقاومت ها به این نیت که بعدا به آن پرداخته می شود و درستش می کند.	سرشاخ نشدن با مقاومت و نشانه های آن.
هفتم	تقویت حس خود کار آمدی	کمک به مراجع تا تغییر از درون خودش بجوشد. نظام مصاحبه انگیزشی مشارکتی است. درمانگر به مراجع نمی گوید که چه کاری انجام دهد.	عدم به دست گرفتن هدایت امور توسط درمانگر. رویکرد اقتدار گرایانه نداشتن.
هشتم	تقویت حس خود کار آمدی	تفهم توانمندی های مراجع به خودش. کمک به مراجع برای انتخاب مسیرش	استفاده از سوالات باز درباره حس توانمندی مراجع. (بنظرت قدم خوب برای شروع چیست؟)
نهم	تقویت حس خود کار آمدی	غلبه بر موانع قبلی می تواند ذخیره آینده بشود. نشان دادن نقاط مثبت مراجع به خودش که منجر به افزایش حس خود کارآمدی گردد.	بررسی تلاش ها و موفقیت های قبلی مراجع سخت ترین کارهای قبلی که انجام داده است؟
دهم	تقویت تعهد به تغییر	مراجع تا حدودی از دوسوگرایی خارج شده است. باید کاری انجام دهد که فرد در تغییر بماند.	به تغییرات ایجاد شده تعهد و پایبندی نشان دهد و به سمت عقب بازنگردد.

## یافته‌ها

نتایج نشان داد در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۶/۷ درصد (۳ نفر) از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۵۵/۶ درصد (۱۰ نفر) دیپلم و ۲۷/۷ درصد (۵ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند؛ در گروه ذهن‌آگاهی ۲۲/۲ درصد (۴ نفر) از شرکت‌کنندگان دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۵۰ درصد (۹ نفر) دیپلم و ۲۷/۸ درصد (۵ نفر) تحصیلات دانشگاهی؛ در گروه مصاحبه‌انگیزی ۱۷/۶ درصد (۳ نفر) از شرکت‌کنندگان دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۵۲/۹ درصد (۹ نفر) دیپلم و ۲۹/۴ درصد (۵ نفر) تحصیلات دانشگاهی و در گروه گواه ۲۲/۲ درصد (۴ نفر) از شرکت‌کنندگان دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۵۵/۶ درصد (۱۰ نفر) دیپلم و ۲۲/۲ درصد (۴ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین سنی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۸/۴ سال و انحراف معیار ۵/۱، گروه ذهن‌آگاهی ۲۷/۹ سال و انحراف معیار ۴/۸، گروه مصاحبه‌انگیزی ۲۷/۵ سال و انحراف معیار ۳/۹ و گروه گواه ۲۹/۳ سال و انحراف معیار ۶/۴ بود. آماره‌های توصیفی متغیر خودتنظیمی ارادی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: یافته‌های توصیفی متغیر خودتنظیمی ارادی چهار گروه در دو مرحله ارزیابی

مراحل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		ذهن‌آگاهی		مصاحبه‌انگیزی		گواه
	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار
خودتنظیمی پیش‌آزمون	۸۳/۸۸	۲۶/۲۱	۶۷/۶۶	۱۸/۱۶	۵۷/۲۹	۱۹/۴۲	۶۲/۶۱
ارادی پس‌آزمون	۱۰۸/۵۵	۲۴/۲۰	۱۰۳/۴۴	۲۱/۱۴	۶۳/۹۴	۱۹/۸۱	۶۲/۷۷

طبق نتایج جدول ۴ میانگین نمره کل خودتنظیمی ارادی همه گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. قبل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، مفروضه‌های زیربنایی این تحلیل (مفروضه‌ی نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح معناداری آزمون شاپیرو ویلک از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

برقرار بود ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون نمره کل خودتنظیمی ارادی در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون برای نمره کل آن برقرار بود. جهت بررسی همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد. براساس این آزمون همگنی واریانس‌ها برقرار بود ( $P > 0/05$ ). با برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده از این آزمون بلامانع است. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های درمان و گواه در خودتنظیمی ارادی در مرحله پس آزمون در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های درمان و گواه در خودتنظیمی ارادی در مرحله پس آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
الگوی اصلاح شده خودتنظیمی پیش آزمون ارادی گروه خطا		۵۸۷۵۰/۲۱۷	۴	۱۴۶۸۷/۵۵۴	۴۰۹/۷۵۹	۰/۰۰۱		
		۲۶۲۱۱/۲۱۴	۱	۲۶۲۱۱/۲۱۴	۷۳۱/۲۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳	۱
		۱۳۷۳۰/۷۲۹	۳	۴۵۷۶/۹۱۰	۱۲۷/۶۸۸	۰/۰۰۱		
		۲۳۶۵/۷۲۷	۶۶	۳۵/۸۴۴				

با توجه به جدول ۵، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون اثر گروه بر نمره کل خودتنظیمی ارادی معنادار است ( $P = 0/001$  و  $F_{3,66} = 127/688$ )، بنابراین نشان می‌دهد بین چهار گروه از لحاظ خودتنظیمی ارادی در مردان دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تفاوت معناداری وجود دارد. هم چنین مقدار اندازه اثر برابر  $\eta^2 = 0/853$  بود که نشان می‌دهد، میزان این تفاوت در جامعه ۸۵ درصد و در سطح قابل قبول می‌باشد. بنابراین بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و گواه از لحاظ نمره کل خودتنظیمی ارادی در مرحله پس آزمون با تعدیل نمرات پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. جهت بررسی مقایسه رویکردهای ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمره کل خودتنظیمی ارادی در جدول ۶

نتایج مقایسه زوجی میانگین نمرات تعدیل یافته گروه‌های آموزش مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون براساس تعدیل بونفرونی گزارش شده است.

جدول ۶: نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون در خودتنظیمی ارادی

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	اندازه اثر	سطح معناداری
	ذهن آگاهی	-۱۰/۵۸۲*	۲/۰۷۸	۰/۲۸۲	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر مصاحبه انگیزشی	۱۸/۸۸۷*	۲/۲۳۷	۰/۵۱۹	۰/۰۰۱
خودتنظیمی	پذیرش و تعهد	۲۵/۱۹۴*	۲/۱۳۶	۰/۶۷۸	۰/۰۰۱
	گواه	۲۹/۴۶۹*	۲/۰۵۹	۰/۷۵۶	۰/۰۰۱
ارادی	ذهن آگاهی	۳۵/۷۷۶*	۲/۰۰۴	۰/۸۲۸	۰/۰۰۱
	مصاحبه انگیزشی	۶/۳۰۷*	۲/۰۳۴	۰/۱۲۷	۰/۰۱۷

\* $P=۰/۰۰۱$

نتایج جدول ۶ نشان داد، هر سه گروه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی در مردان دارای اختلال سوء‌مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده اثربخش بودند. ذهن آگاهی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی اثربخشی بالاتری در افزایش خودتنظیمی ارادی در مردان دارای اختلال سوء‌مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده داشته است. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با مصاحبه انگیزشی اثربخشی بالاتری بر خودتنظیمی ارادی در مردان دارای اختلال سوء‌مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال سوء‌مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده انجام شد. نتایج نشان داد که اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی ارادی افراد دارای سوء‌مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده معنادار است. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌هایی چون جهان‌گیری و همکاران (۱۳۹۷)، عبدالرحیمی نوشاد (۱۳۹۸)، سعیدمنش (۱۳۹۸)، سلطانی‌زاده، حسینی و کاظمی (۱۴۰۰) همسو است. در تبیین



این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه سوءمصرف کنندگان مواد در معرض عدم خودتنظیمی قرار دارند و تغییرات خودتنظیمی به‌طور معناداری احتمال مصرف را پیش‌بینی می‌کند (سعیدمنش، ۱۳۹۸) ترغیب این افراد به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف و تعهد برای دستیابی به آن اهداف که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطرح است منجر به بازبینی اهداف و معنادهی به ارزش‌ها و نظم‌دهی جدی‌تر در این افراد شد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از مصاحبه انگیزشی مؤثرتر بود، عواملی که می‌توانند در افزایش خودتنظیمی ارادی مبتنی بر الگوی انتخاب، بهینه‌سازی و جبران بیش از مصاحبه انگیزشی تأثیرگذار باشند تکنیک‌های عمل متعهدانه و شفاف‌سازی ارزش‌ها و تعیین هدف و عمل به آن‌ها در درمان پذیرش و تعهد است؛ این تکنیک‌ها باعث شد رفتارهای پرخطر در افراد سوءمصرف‌کننده بیشتر کنترل شود و خویشن‌داری و متعاقب آن خودتنظیمی در آن‌ها افزایش یافت. در این جلسات گروه آزمایشی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند آموختند که با به‌کارگیری فنون این درمان اهداف نزدیک و زودگذر را به منظور دستیابی به اهداف سودمندتر و طولانی مدت‌تر به تعویق اندازند.

زمانی که فرد بداند چگونه احساسات و برانگیختگی‌اش را مدیریت کند می‌تواند اهدافش را با توجه به پتانسیل‌ها و ظرفیت‌های فردی تعیین کند و زمان و تلاشش (عمل متعهدانه) را برای دستیابی به این هدف‌ها متمرکز سازد. همچنین انتخاب و بهینه‌سازی که از اجزای الگوی خودتنظیمی ارادی مورد نظر در این پژوهش هستند در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بستر مناسبی برای بروز دارند. فروند و بالتس (۲۰۱۰) انتخاب‌گزینی را ایجاد، تبیین و اجرای هدف‌های فردی می‌دانند که شامل انتخاب هدف فرد، سطح انتخاب‌گری فرد و تمرکز بر روی هدف است. بهینه‌سازی نیز شناسایی و جذب منابع درونی و بیرونی و انسجام آن‌ها در راستای دستیابی به اهداف است که شامل به‌کار بردن راهکارهایی است که با ارزش‌ها و تشویق فرد به انجام اعمال متعهدانه منطبق است. اتفاقی که پس از تعیین ارزش‌ها و ترغیب فرد به عمل متعهدانه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رخ می‌دهد فرایند انتخاب و بهینه‌سازی الگوی فروند و بالتس (۲۰۱۰) در خودتنظیمی ارادی را تسهیل می‌کند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که تأثیر ذهن آگاهی، بر خودتنظیمی ارادی افراد دارای سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده معنادار است. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌هایی چون نوری و سیدنژاد جلودار (۱۳۹۹)، عسگری، سیدآسیابان و سنگانی (۱۳۹۸)، باباخانی (۱۳۹۹) و باولین و بیرا<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در مهارت ذهن آگاهی، فرد به واسطه تمرین و فنون مبتنی بر ذهن آگاهی، نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی پیدا می‌کند، می‌تواند بر خود نظارت داشته باشد و به صورت آگاهانه و ارادی الگوهای ذهنی‌اش را تنظیم کند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۲). خودتنظیمی دربرگیرنده هدایت رفتار فرد به سمت یک وضعیت نهایی مطلوب است. این هدف، می‌تواند به عنوان رفتارهای خاص موردنظر (به عنوان مثال اجتناب از مصرف مواد)، افکار یا نگرش‌ها (مثلاً دلسوز بودن)، یا حالات هیجانی (آرام کردن خود وقتی خانواده به او شک دارند که مواد مصرف کرده‌است) تعریف شود (گراس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). این همان چیزی است که در آموزش ذهن آگاهی برای فرد اتفاق می‌افتد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که مصاحبه انگیزشی، بر خودتنظیمی ارادی افراد دارای سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده معنادار است. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌های علیزاده نمینی، اسماعیل‌زاده آخوندی و صفر محمدلو (۱۳۹۶)، دهقانی فیروزآبادی و همکاران (۱۳۹۳)، باجین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۳)، اویسی، ستین، بابایی پورو آرابان<sup>۴</sup> (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت ایجاد رابطه درمانی مناسب، همدلی و حمایت مداوم از بیمار، از عوامل مهم در جهت افزایش انگیزه و سعی در جهت تغییر رفتار مصرف مواد است که در شیوه مصاحبه انگیزشی کاملاً برجسته است (دهقانی فیروزآبادی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین این شیوه درمانی، یک شیوه مشاوره‌ای، رهنمودی و مراجع‌محور است که از طریق آگاهی از مشکلات بالقوه و تلاش برای اکتشاف و برطرف کردن احساس تردید می‌کوشد تا نگرش مراجع را بدون در نظر گرفتن سودمندی‌ها و ضررهای ادامه مصرف مواد تغییر دهد (دهقانی فیروزآبادی و همکاران،

1. Bowlin & Baer  
2. Gross  
3. Bagöien

4. Oveisi, Stein, Babaepour & Araban

(۱۳۹۳). همچنین انجام جلسات مصاحبه انگیزشی در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد سبب ارتقاء مشارکت در آن‌ها می‌شود و با افزایش انگیزه درونی جهت تغییر در این افراد نگرش مثبت نسبت به مواد را کاهش می‌دهد و سبب می‌شود افراد با جدیت بیشتری جهت ترک مواد تلاش کنند و تمایل بیشتری جهت ادامه درمان داشته باشند (جمشیدی، ۱۳۹۶). بررسی تفاوت تأثیر سه روش مداخله‌ای حاکی از اثربخشی بیشتر درمان ذهن آگاهی در مقایسه با دو مداخله دیگر بود و به ترتیب ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بیشترین تأثیر را بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده داشته است. در رابطه با تأثیر بیشتر ذهن آگاهی بر خودتنظیمی ارادی در مردان دارای سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده نسبت به دو روش دیگر می‌توان گفت که بالا بردن هوشیاری و هدایت رفتار فرد به سمت یک وضعیت نهایی مطلوب که در مداخله ذهن آگاهی روی می‌دهد (حمیدی و خیران، ۱۳۹۷) می‌تواند از دلایل این نتیجه باشد. تکنیک‌های ذهن آگاهی با ایجاد هشیاری باعث ایجاد تنظیم هیجانی در فرد می‌گردد (پورحسین و همکاران، ۱۳۹۸) بنابراین فرد بهتر می‌تواند پاسخ‌های هیجانی خود را مدیریت کرده و از این طریق بر خودتنظیمی فرد افزوده می‌شود. علاوه بر این درمان ذهن آگاهی انعطاف‌پذیری شناختی فرد را افزایش می‌دهد (گودرزی، قاسمی، میردریکوند و غلامرضایی، ۱۳۹۷) که این امر می‌تواند سبب شود فرد بتواند در مواجهه با مسائل راه‌های بهتر و متفاوت‌تری را در نظر بگیرد، به طور منطقی‌تری با مشکلات روبه‌رو شود و بهتر زندگی‌اش را مدیریت کند؛ در واقع فردی که هوشیارتر می‌شود به جای پاک کردن صورت مسئله و رفتن به سمت مواد برای رسیدن به آرامش واهی، با مشکلات مواجه شده و سعی می‌کند بر آنها فائق آید.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت سنی و جنسیت اشاره کرد که بهتر است در تعمیم نتایج آن به زنان و سایر گروه‌های سنی احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با موضوع مشابه بر روی گروه سنی دیگر به ویژه نوجوانان که در خودتنظیمی ارادی با چالش روبرو هستند، انجام شود. همچنین این پژوهش فاقد دوره پیگیری بود و درباره تداوم اثر درمان نتایجی به دست نداد. عدم کنترل وضعیت اقتصادی

و اجتماعی افراد نمونه و یکسان بودن پژوهشگر و درمانگر که ممکن است احتمال سوگیری در نتایج را افزایش دهد نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش بود. بدیهی است تلاش در جهت رفع محدودیت‌های ذکر شده، پژوهش را با اعتبار بیشتری همراه می‌سازد. باتوجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی بیشتر ذهن آگاهی به نسبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بر افزایش خودتنظیمی ارادی افراد دارای اختلال مصرف مواد پیشنهاد می‌شود این روش در مراکز درمان سوءمصرف مواد در کنار درمان‌های دارویی ارائه شود.

## منابع

اکبری، محمداسماعیل؛ نفیسی، ناهید و مشهدی‌فر، زهرا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷ (۲۷)، ۷-۱۶.

باباخانی، وحیده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و خودکنترلی زنان خیانت‌دیده. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۷(۱)، ۱۳۲-۱۲۱.

بک، آرون. تی؛ فرد. دی رایت؛ کوردی. اف نیومن و بروس. ان لیس. (۲۰۰۱). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*. ترجمه علی گودرزی (۱۳۹۱). تهران: راه‌گشا.

پورحسین، رضا؛ موسوی، ابوالفضل؛ زارع مقدم، علی؛ گم‌نام، اعظم؛ میربلوک بزرگی، عباس و حسنی استلخی، فرشته. (۱۳۹۸). ذهن آگاهی از تنوری تا درمان. *رویش روان‌شناسی*، ۸(۱)، ۱۶۹-۱۵۵.

جمشیدی، الهام. (۱۳۹۶). *اثربخشی مصاحبه انگیزشی در تغییر نگرش به مواد و رغبت به ادامه درمان در جلب همکاری افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور استان آذربایجان شرقی، مرکز پیام‌نور بناب.

جهان‌گیری، میلاد؛ گل محمدیان، محسن و حجّت‌خواه، محسن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در معتادان تحت درمان متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲ (۴۸)، ۸۳-۱۰۰.

حمیدی، فریده و خیران، سلیمه. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخلات آموزشی پیش‌گیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی بر وسوسه، تنظیم هیجان و پرخاشگری افراد وابسته به مت‌آفتامین. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۲ (۴۹)، ۹۱-۱۱۳.

حیدری، اسدالله، محمدی، رزگار و بهمنی، محمود. (۱۳۹۶). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر کاهش ولع و عود مصرف در بیماران سوء مصرف مواد تحت درمان با متادون. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۱ (۴۳)، ۸۹-۱۰۴.

خدادادیان، محمدرضا، کرمی، جهانگیر و یزدان‌بخش، کامران. (۱۳۹۸). پیش‌بینی استعداد اعتیاد بر اساس خودتنظیمی ارادی و تحول مثبت نوجوانی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر کرمانشاه. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۳ (۵۴)، ۱۰۹-۱۲۵.

دهقانی‌فیروزآبادی، سمیره؛ قاسمی، حامد؛ منتظرهدش، رویا؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ ذوالفقاری، سلاله و ابراهیمی، علی‌اکبر. (۱۳۹۳). اثربخشی مصاحبه انگیزشی (مدل MI) بر پیش‌بینی عود زنان وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۸ (۲۹)، ۱۰۷-۱۱۸.

سعیدمنش، محسن و پهلوان، میترا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و خویش‌اندازی نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد. مددکاری اجتماعی، ۶ (۴)، ۱۴-۲۲.

سلطانی‌زاده، محمد؛ حسینی، فاطمه و کاظمی، حمید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان. مطالعات روان‌شناس تربیتی، ۱۸ (۴۱)، ۱۷-۲۹.

عبدالرحیمی نوشاد، لیلیا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیمی و خودکارآمدی زنان دارای اعتیاد به مواد محرک. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۵ (۴۹)، ۱-۱۲.

عسگری، پرویز؛ سیدآسیابان، سمیرا و سنگانی، علیرضا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی تن‌آرامی و ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و عملکرد خانواده در سوء مصرف کنندگان مواد کندکننده پس از سم‌زایی. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۳ (۵۵)، ۷۵-۹۰.

گودرزی، میترا؛ قاسمی، ندا؛ میردریکوند، فضل‌الله و غلامرضایی، سیمین. (۱۳۹۷). هدف‌بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی. روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۵ (۵)، ۵۳-۶۸.

محمدجعفری، امیرمحمد. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و مصاحبه انگیزشی بر خودمهارگری، سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت حل مسئله در افراد دارای اختلال مصرف مواد افیونی. پایان‌نامه دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.

محمدعلیزاده نمینی، اناهیتا؛ اسماعیل زاده آخوندی، محمد و صفرمحمدلو، ناهید. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی و دارو در مانی بر ولع مصرف مواد در مقایسه با دارودرمانی. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۴(۲)، ۱۱-۱.

مهدی‌زاده هنجی، هانیه؛ حسینیان، سیمین؛ حسنی ابهریان، پیمان و حسنی ابهریان، پیمان. (۱۴۰۰). مقایسه مداخلات ذهن‌آگاهی و بازتوانی شناختی بر کاهش ولع مصرف و بدتنظیمی هیجان در سوء مصرف کنندگان مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۳۰-۲۰۵.

نادری، شهلا؛ بینازاده، مریم؛ صفاتیان، سیما و پیوندی، علی. (۱۳۸۹). *درس‌نامه جامع درمان اعتیاد (وابستگی به انواع مواد و درمان‌های دارویی و غیر دارویی آن‌ها)*. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.

نوری، علی؛ و سیدنژادجلودار، سیده ساجده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی و تاب‌آوری دانش‌آموزان. دومین کنگره تازه یافته‌ها در حوزه خانواده، بهداشت روان، اختلالات، پیشگیری و آموزش. تهران، ایران. ۱۶۵-۱۵۰.

یاوری، مریم؛ نجفی، محمود و طباطبایی، موسی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی همسران افراد تحت درمان متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۳۹-۲۱.

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 235.
- Ana, E., LaRowec, S., Gebregziabhera, M., Morgan-Lopez, A., Lamba, K., Beavisa, K., Bishua, K., & Martino, S. (2022). Randomized Controlled Trial of Group Motivational Interviewing for Veterans with Substance Use Disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 223, 1-22.
- Bagøien, G., Bjørngaard, J.H., Østensen, C., Klæbo Reitan, S., Romundstad, P., & Morken, G. (2013). The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit - a randomised controlled trial with two year follow-up. *BMC Psychiatry*. 13, 93, 1-10.

- Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2016). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 411-415.
- Carroll, KM., & Rounsaville, BJ. (2007). A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction* 102, 850-862.
- Cavicchioli, M., Vassena, G., Movalli, M., & Maffei, C. (2020). Is craving a risk factor for substance use among treatment-seeking individuals with alcohol and other drugs use disorders? A meta-analytic review. *Drug and alcohol dependence*, 212, 108002.
- Cole, J., Logan, T. K., Walker, R. (2011). Social exclusion, Personal control, Selfregulation, and Stress among Substance Abuse Treatment Clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(1), 13-20.
- Dishion, T.J., & Connell, A. (2006). Adolescents' resilience as a self-regulatory process: Promising themes for linking intervention with developmental science. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 125-138.
- Ehman, A. C., Gross, A. M., (2019). Acceptance and Commitment Therapy and Motivational Interviewing in the Treatment of Alcohol Use Disorder in a College Woman: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 18(1), 36-53.
- Felman. A. (2018). What is addiction? <https://www.medicalnewstoday.com>.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of personality and social psychology*, 82(4), 642.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2010). *The orchestration of selection, optimization, and compensation: An action-theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation*. In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behavior, mental processes and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer* (pp. 35-58). New York, NY: Erlbaum.
- Gestsdottir, S., Geldhof, G. J., Paus, T., Freund, A., Adalbjarnardottir, S., Lerner, J., & Lerner, R.M. (2014). Self-regulation among youth in four Western cultures: Is there an adolescent-specific structure of the Selection-Optimization-Compensation (SOC) model? *International Journal of Behavioral Development*. Advance online publication. doi: 10.1177/0165025414542712.
- González-Menéndez A, Fernández P, Rodríguez F, & Villagrúa P. (2019). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *Int J Clin Health Psychology*, 14(1): 18-27.
- Gross JJ. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychol. Inq*, 26(1):1-26.

- Hanh, T. N. (2019). The miracle of mindfulness: An introduction to the practice of meditation. Beacon Press. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1001-1011.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third Wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 35(4): 639-65.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY: Springer Science-Business Media.
- Keane, R., Reaper-Royndols, SH., Williams, J., & Wolfe, E. (2016). Understanding substances and substance use. Ireland: South western area health board
- Macdonald, A., & Palfai, T. (2008). Predictors of exercise behavior among university student women: Utility of a goal-systems/self-regulation theory framework. *Personality and Individual Differences*, 44(4), 921-931.
- Madson, M. B., Villarosa-Hurlocker, M. C., Schumacher, J. A., Williams, D. C., & Gauthier, J. M. (2018). Motivational interviewing training of substance use treatment professionals: A systematic review. *Substance abuse*.
- Oveisi, S., Stein, L.A.R., Babaeepour, E., & Araban, M.(2020). The impact of motivational interviewing on relapse to substance use among women in Iran: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*. 20, 157, 1-7.
- Pearson M. R, D'Lima G. M, & Kelley M. L. (2018). Self-regulation as a buffer of the relationship between parental alcohol misuse and alcohol-related outcomes in first-year college students. *Addict Behaviors*, 36(12), 1309–1312.
- Percy, A. (2008). Moderate adolescent drug use and the development of substance use self-regulation. *International Journal of Behavioral Development*, 32(5), 451-458.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross J. C. (2006). "In search of how people change. Applications to addictive behaviors". *Hungarian Academy of Sciences*, 33(4), 1-6.
- Rosen, K. D., Curtis, M. E., & Potter, J. S. (2020). Pain, psychological flexibility and continued substance use in a predominantly Hispanic adult sample receiving methadone treatment for opioid use disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 7-10.
- Segal, Z. V., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.



- Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, S13-S18.
- Tucker JS, D'Amico EJ, Ewing BA, Miles JNV, Pedersen ER, 2017. A group-based motivational interviewing brief intervention to reduce substance use and sexual risk behavior among homeless young adults. *J. Subst. Abuse Treat* 76, 20–27.



## فهم و شناخت مسائل و نیازهای نوجوانان وابسته به مواد محرک\*

شکرالله قره داغی<sup>۱</sup>، حسین یحیی زاده پیرسرایی<sup>۲</sup>، محمدسعید ذکایی<sup>۳</sup>، حبیب آقابخش<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۷

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف فهم و شناخت مسائل و نیازهای نوجوانان پسر وابسته به مواد محرک انجام گرفت. **روش:** این پژوهش از نوع کیفی و تحلیل تماتیک بود. جامعه پژوهش شامل همه نوجوانان پسر وابسته به مواد محرک بود که بر اساس روش نمونه گیری هدفمند و با استفاده از تکنیک اشباع داده‌ها، ۱۲ نفر از نوجوانانی که در مراکز ترک اعتیاد دولتی و غیردولتی تهران و البرز در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۹ حضور داشتند، انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با روش مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته انجام گرفت و سپس داده‌ها با استفاده از روش کلارک و براون (۲۰۰۶) تحلیل گردید. **یافته‌ها:** بر اساس تحلیل داده‌ها، نیازهای نوجوانان در سه دسته نیازهای عمومی (شامل نیاز به حمایت خانواده، آموزش مهارت‌های والدینی، ارتباط سالم با دوستان و همسالان، آموزش رسمی و مهارت‌های زندگی، و تفریح)، نیازهای دوره بازتوانی (شامل نیاز به حمایت دوستان و خانواده، ارائه خدمات متناسب با دوره نوجوانی، پیگیری وضعیت سلامت، داشتن هدف، امید، احترام، و انگیزه)، و نیازهای پس از دوره بازتوانی (شامل نیاز به وجود افراد تاثیرگذار و مراقبت و حمایت اجتماعی مداوم و بلندمدت) به عنوان مضمون‌های اصلی و فرعی استخراج گردید. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج مطالعه، ایجاد و گسترش مراکز ارائه خدمات تخصصی توسط کادر متخصص آموزش دیده آشنا با نیازها و مسائل نوجوان وابسته به مواد به جهت ارائه خدمات روانی-اجتماعی به نوجوانان و خانواده‌هایشان و برنامه‌های سوادآموزی و مهارت‌آموزی ضرورت دارد.

### کلیدواژه‌ها: روش کیفی تحلیل مضمون، نوجوانان، مواد محرک، نیازها، بازتوانی

\* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه علامه طباطبایی است.

۱. دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. پست

الکترونیکی: yahyazadeh@atu.ac.ir

۳. استاد، گروه مطالعات فرهنگی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۴. دانشیار، گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

## مقدمه

نوجوانی<sup>۱</sup> دوره‌ای چالش‌برانگیز از لحاظ اجتماعی، احساسی و روان‌شناختی در زندگی هر فردی است. رشد و توسعه هویت فردی، جداسدن از خانواده مبدا، ایجاد روابط فردی مناسب با دیگران، تجربه ارزش‌های مختلف برای کشف خود، روبه‌رو شدن با واقعیت‌های سخت زندگی، ایجاد یک منبع مالی و درآمدی مناسب (متکی به خود)، رفتن به مدرسه و دانشگاه، تامین و حفظ شغل مناسب و در نهایت توانایی ایجاد رابطه نزدیک با فرد دیگری از جنس مخالف و تشکیل خانواده، طیفی از توانایی‌ها و وظایفی هستند که نوجوانان باید در طول نوجوانی خود آن را بدست آورده و انجام دهند. متأسفانه، این دوره سخت در طول چند دهه گذشته به دلیل ورود غیرقانونی مواد مخدر و محرک به حوزه تجربه نوجوانان، خطرناک و سخت‌تر شده است. متأسفانه نوجوانان در سراسر کشور بدون اعتنا به شواهد عینی و عواقب آشکار مصرف مواد و توصیه‌های والدین‌شان، این مواد را مورد سوءاستفاده قرار می‌دهند که معمولاً این مصرف در سال‌های بعد و در زمان بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد و بزرگسالی آنان را نیز تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد. سوءاستفاده از مواد توسط نوجوانان به طور قابل توجهی در بسیاری از حوزه‌های زندگی آنان تاثیر می‌گذارد و نتایج بسیار مخرب و منفی را بر جسم، روان و زندگی اجتماعی و آینده آنها خواهد گذاشت. این حوزه‌ها شامل سلامت جسم و روان، ارتباطات اجتماعی، الگوهای دوستیابی و ازدواج، ثبات کار و آینده تحصیلی نوجوانان خواهد بود (کهل‌میر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹).

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل در جدیدترین گزارش خود پیرامون وضعیت مواد مخدر در جهان، اعلام کرده است که تخمین زده می‌شود حدود ۲۸۴ میلیون نفر از جمعیت ۱۵ تا ۶۵ ساله در سال ۲۰۲۰ به صورت غیرقانونی حداقل یک بار مواد مخدر و روانگردان مصرف کرده‌اند؛ که نشان‌دهنده افزایش ۲۶ درصدی نسبت به دهه گذشته بوده است. افراد جوان مواد بیشتری مصرف می‌کنند و امروزه سطح مصرف در بسیاری از کشورها بیشتر از نسل قبل می‌باشد (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).

نگاهی به آمارهای مصرف مواد و اعتیاد در ایران نیز نشان می‌دهد هر ساله این آمار رو به افزایش است و آمارهای غیررسمی در این رابطه نشان می‌دهند ۱۴ میلیون نفر از جمعیت ایران با مشکلات اعتیاد به صورت مستقیم و غیرمستقیم درگیر هستند (نعمتی سوگلی تپه، شاهمرادی، رحیمی و خالدیان، ۱۳۹۹). همچنین نرخ شیوع مصرف مواد در جمعیت عمومی ۱۵ تا ۶۴ سال کشور را ۵/۴ درصد و جمعیت مصرف‌کننده مستمر و غیرمستمر و مخاطره‌آمیز مواد مخدر در کشور ۴۴۰۲۸۰۰ نفر، نرخ شیوع مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی ۴/۷ درصد و در بین دانش‌آموزان دبیرستانی ۲/۱ درصد و نیز هزینه‌های اقتصادی مواد در مقیاس سالیانه ۱۹۹ هزار میلیارد تومان بوده است (صرامی، ۱۳۹۶). اختلال مصرف مواد نوجوانان در سال‌های اخیر، افزایش قابل توجهی داشته است (موسسه بین‌المللی سوء مصرف مواد<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰؛ به نقل از عباسپور و قنبری، ۱۳۹۹). در ایران نیز براساس آمارهای موجود حدود ۱۶ درصد از معتادان ایران کمتر از ۱۹ سال سن دارند (کیان ارثی، عباس پور و اصلانی، ۱۴۰۱). گزارش سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> نشان می‌دهد که بسیاری از کشورها در معرض افزایش مصرف مواد مخدر، روانگردان و الکل در میان نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله هستند. بنابراین مصرف مواد مخدر و روانگردان توسط نوجوانان، نه تنها به نگرانی عمده در کشورهای در حال توسعه بلکه در کشورهای توسعه یافته نیز تبدیل شده است (دفتر مواد مخدر و جرایم سازمان ملل، ۲۰۰۸).

نوجوانی یک دوره پیچیده و مهم برای رشد مغز و بدن است و مصرف مواد می‌تواند به تغییرات مغزی منفی منجر شود (کلیسترا، کریت، کامپبل و بریکنر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). ترکیبات روانگردان می‌توانند با ایجاد مسیرهای عصبی بین حافظه و سیستم پاداش، اثرات درازمدت بر مغز داشته باشند. بخش‌های پاداش و حافظه مغز در دوران نوجوانی بیشتر از بخش‌های تصمیم‌گیری و کنترل، رشد می‌کنند که این امر باعث می‌شود فرد نوجوان به حرکت و تحرک پردازد و عواقب احتمالی رفتار را در نظر نگیرد. این تغییرات می‌تواند نوجوانان

1. National Institute on Drug Abuse (NIDA)  
2. World Health Organization (WHO)

3. Colistra, Crite, Campbell & Brickner

را به سمت مصرف مواد مخدر و روانگردان سوق دهد (وایتیما<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). علاوه بر این، پاسخ نوجوانان به مصرف مواد متفاوت از بزرگسالان است. در مقایسه با بزرگسالان، مسیرهای عصبی مغز نوجوان که در حافظه دخیل هستند، بیشتر از بزرگسالان به مواد (الکل) آسیب پذیرند، که به دلیل رشد و تکامل مغز باعث کاهش عملکرد حافظه و سلول‌های مغز می‌شود. مصرف مکرر مواد یا الکل در دوران نوجوانی می‌تواند بیماری‌های مختلف را در بزرگسالی افزایش دهد (اسمیت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳)؛ چراکه سوء مصرف مواد بسیار پیشرونده است و هر چه سن اولین تجربه مصرف مواد پایین‌تر باشد، احتمال ادامه آن در سنین بالاتر بیشتر است (جوردن و اندرسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶؛ به نقل از وهاب و همکاران، ۲۰۲۱). تحقیقات نشان می‌دهد در آمریکا ۹۰ درصد افراد بزرگسالی که به دلیل مصرف مواد غیرقانونی خدمات دریافت کرده بودند، سوء مصرف مواد را قبل از ۱۸ سالگی آغاز کرده‌اند. از بین این افراد ۲۵ درصد دچار اختلال مصرف مواد<sup>۴</sup> می‌شوند، در حالی که تنها ۴ درصد از افرادی که مصرف مواد را بعد از ۲۱ سالگی آغاز می‌کنند، دچار اختلالات مربوط به مصرف مواد می‌شوند (دفتر مواد مخدر و جرایم ملل متحد، ۲۰۰۸). مواد مخدر و روانگردان‌ها معمولاً در چند دسته بزرگ دسته‌بندی می‌شوند که یکی از آنها محرک‌ها هستند. معروف‌ترین محرک‌ها مت‌آمفتامین (شیشه) و کوکائین هستند. مواد محرک اثر عمده‌شان را در مغز از طریق ناقل‌های شیمیایی دوپامین و نورآدرنالین اعمال می‌کنند. مواد محرک با تاثیر بر مرکز پاداش مغز، اثرات لذت‌بخشی مانند سرخوشی ایجاد می‌کنند که بروز همین اثرات در مصرف‌کننده به وابستگی می‌انجامد. بنابراین اختلال مصرف مواد نوجوانان تاثیر بسیار زیادی بر سلامت روان و بهزیستی آنان دارد و عواقب زیانبار بیشتری را نسبت به بزرگسالان برای آنها رقم می‌زند (کیان ارثی و همکاران، ۱۴۰۱).

همانطور که گفته شد، یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی، دوره نوجوانی و دوران بلوغ به شمار می‌رود. این دوره زمان بحران و شورش است، نوجوان با دارا بودن ویژگی‌ها و

1. Waithima  
2. Smith

3. Jordan & Anderson  
4. Substance use disorder (SUD)

نیازهای خاص به دنبال هیجان است و در این راه اغلب به بی‌راهه کشیده می‌شود (ستوده، ۱۳۸۴). در پژوهشی نشان داده می‌شود که ۳۳/۴٪ از مصرف‌کنندگان مواد، نخستین بار در مهمانی دوستانه به مصرف مواد مبادرت کرده‌اند و ۴۵/۷٪ جامعه مورد مطالعه را افرادی تشکیل می‌داده‌اند که در فاصله سنی ۱۷-۲۲ سال، مصرف مواد را شروع کرده‌اند (زاهدی اصل، ۱۳۹۲). همچنین عزت پور، رحمانی و بیدارپور (۱۳۹۷) از طریق مصاحبه با ۴۱۰ نفر از افراد وابسته به مواد دریافتند که کنجکاوی، لذت‌جویی، فشار همسالان، سابقه خانوادگی اعتیاد، شکست عاطفی و بیکاری و نیز رفاه زیاد مهمترین دلایل مصرف در بار اول بوده‌اند. نتایج پژوهش پرویزی، سپهوند، ثناگو و رزاقی (۱۳۸۷) در مصاحبه با افراد سالم نشان داد که ۸۷ درصد از نوجوانان مورد بررسی دوستی‌ها و ارتباط با دوستان و ۱۵ درصد خانواده را دلیل رواج اعتیاد دانسته‌اند. همچنین رهایی از مشکلات و بی‌خیالی، احساس بزرگی و قدرت، جبران محدودیت‌های اجتماعی، نداشتن تفریح، تمایل به هنجارشکنی و کنجکاوی نیز، از دیگر دلایل مورد نظر نوجوانان مورد بررسی بوده است. پژوهش دیگری توسط محمد خانی (۱۳۸۷) با عنوان عوامل خطر ساز و حفاظت‌کننده مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان ۱۸-۱۳ ساله انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مجموعه‌ای از عوامل خطر ساز و حفاظت‌کننده در چند حیطه مختلف با مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان مرتبط است. در حیطه خانواده عوامل پیوند ضعیف با خانواده و تعارض‌های خانوادگی و در حیطه فردی عواملی مانند هیجان‌خواهی بالا، نگرش مثبت به مواد، سطح جرأت‌مندی پایین، خودپنداره منفی و خلق افسرده از مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف مواد در نوجوانان بودند. در حیطه اجتماعی و مدرسه داشتن همسالان مصرف‌کننده و دارای رفتارهای ضداجتماعی و عدم تعهد به مدرسه و فضای روانی اجتماعی نامناسب مدرسه به طور معناداری با مصرف مواد رابطه داشتند. لذا به نظر می‌رسد توجه نکردن به نیازها و مشکلات مرتبط با دوره نوجوانی و عدم رسیدگی به آنها به افزایش آسیب‌پذیری نوجوانان مصرف‌کننده مواد منجر خواهد شد و می‌تواند برای جامعه بسیار زیان‌بار باشد.

در همین راستا مددکاران اجتماعی مسئول تصمیم‌گیری، ارائه خدمات حمایتی و درمانی در بخش قابل توجهی از سازمان‌ها و مراکز خدمات اجتماعی برای گروه‌های مختلف در جامعه به خصوص نوجوانان هستند؛ اما قبل از تصمیم‌گیری در مورد اقدامات و مداخلات در زمینه‌های مختلف ابتدا باید یک ارزیابی از نیازهای ویژه این گروه از نوجوانان بدست آید تا بتوان مداخلات و اقدامات مناسب برای حمایت، حفاظت و بازتوانی این گروه از نوجوانان انجام شود. مددکاران اجتماعی برای دانستن اینکه آیا مداخلات و اقداماتی را که انجام می‌دهند با مشکلات و نیازهای مدجویان‌شان متناسب است و اینکه چه مداخلات دیگری باید انجام دهند، نیاز به بروز کردن اطلاعات و دانش خود دارند. تحقیقات قبلی حاکی از کمبود دانش در خصوص عوامل، فرآیندهای حاکم بر خدمات اجتماعی و تصمیم‌گیری در مورد این گروه از نوجوانان است (اندرشید، اندرشید و سودرهلیم-کارپلند، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد یکی از راه‌های افزایش دانش ما درباره نوع و شکل خدمات و مداخلات حرفه‌ای به نوجوانان وابسته به مواد، مراجعه به نوجوانان و استفاده از تجربه زیسته آنان، همچنین کسانی که در این زمینه دارای تجربه و دانش هستند، می‌باشد. تعداد زیادی از مطالعات کیفی در ارزیابی مسایل و نیازها برای بزرگسالان انجام شده است اما مطالعاتی که فقط تمرکز بر نوجوانان باشد محدود است. بنابراین مروریات پژوهش حاکی از کمبود پژوهش‌های صورت گرفته در ارتباط با موضوع پژوهش است با این حال تلاش‌هایی در زمینه پیشگیری، بازتوانی و بهبود وضعیت سلامت روانی و اجتماعی این گروه از نوجوانان انجام گرفته است، این تلاش‌ها بیانگر درک جدیدی نسبت به نوجوانان وابسته به مواد در فضای علمی می‌باشد. با این حال باید گفت در کنار غفلت‌های انجام شده در حوزه نوجوانان وابسته به مواد در داخل کشور، درک این مسئله که نوجوانان وابسته به مواد (محرک)، در مسیر بازتوانی و بازگشت به جامعه بدون مصرف مواد، دچار چه مسایل و مشکلاتی می‌شوند و دارای چه نیازهای ویژه‌ای هستند، می‌تواند نقطه آغاز مناسبی برای انجام پژوهش‌هایی برای تدوین برنامه‌ها و مداخله‌های بازتوانی برای این

گروه از نوجوانان باشد. بنابراین این پژوهش با استفاده از روش کیفی در پی پاسخ به این سوال است که مسائل و نیازهای نوجوانان پسر مصرف کننده مواد محرک برای درمان کدام است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این مطالعه با رویکرد کیفی و تحلیل تماتیک انجام شد. شرکت کنندگان پژوهش از بین نوجوانان پسر وابسته به مواد محرک که در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۹ در مراکز ترک اعتیاد دولتی و غیردولتی استان تهران و استان البرز حضور داشتند، به صورت هدفمند انتخاب شدند. حجم شرکت کنندگان بر اساس معیار اشباع داده‌ها بود. از آنجا که این پژوهش به روش کیفی انجام شد، به منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق استفاده شد. ملاک ورود افراد به پژوهش، تجربه مصرف مواد محرک، داشتن سن ۱۳ تا ۱۹ سال، تمایل شخصی به حضور و مشارکت در پژوهش بود. جلسات مصاحبه در فضایی آرام و مورد توافق مصاحبه کننده و مصاحبه شونده از لحاظ زمانی و مکانی در مراکز برگزار شد. در ابتدای هر مصاحبه اصول اخلاقی با ارائه اطلاعات شفاهی و کتبی به مشارکت کنندگان در خصوص مطالعه، اختیاری بودن شرکت در آن و با تکمیل رضایت نامه رعایت گردید. مدت زمان هر مصاحبه ۹۰ دقیقه تا ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و بلافاصله پس از هر جلسه، کلمه به کلمه تایپ گردید و تجزیه و تحلیل همزمان انجام گرفت تا فرمت مصاحبه بعدی شکل داده شود. این مصاحبه‌ها تا زمان رسیدن به حد اشباع داده، یعنی جایی که در جریان مصاحبه هیچ داده جدیدی یا مرتبط حاصل نشود؛ ادامه پیدا کرد که در نهایت ۱۲ نوجوان پسر مورد مطالعه قرار گرفتند.

به منظور تحلیل داده‌ها از روش شش مرحله‌ای براون و کلارک<sup>(۲۰۰۶)</sup> به شرح زیر استفاده شد:

۱- آشنا شدن با داده‌ها: در این مرحله ابتدا مصاحبه‌ها چند بار توسط محقق گوش داده شد و سپس پیاده سازی شدند.



- ۲- تولید کدهای اولیه: در این مرحله کدگذاری اولیه انجام گرفت؛ کدها پدیدار شدند و سپس کدهایی که دارای معنای مشترک بودند در کنار هم قرار گرفتند.
- ۳- جستجوی مضامین: در مرحله سوم کدهای دارای معنای مشترک در یک زیرطبقه قرار گرفتند که برچسب اختصاص داده شده به هر زیر طبقه مفهوم کدها را در برداشت.
- ۴- بررسی مضامین: در مرحله چهارم زیر طبقات به دست آمده بررسی شدند و زیرطبقات دارای معنای مشترک در یک طبقه قرار گرفتند.
- ۵- تعریف و نام گذاری مضامین: در مرحله پنجم کدهای اولیه، کدهای هم گروه، زیرطبقات و طبقات حاصل شده مرور شدند و طبقات اصلی نام گذاری شدند.
- ۶- آماده سازی گزارش: در مرحله ششم تمام طبقات حاصل شده برای نوشتن یافته‌ها به هم ربط داده شدند و در نهایت گزارش نهایی توسط محققین به انجام رسید.
- جهت تأمین اعتبار مطالعه از معیارهای گویا و لینکن استفاده گردید. بدین منظور بر پایه این روش، چهار معیار، اعتبار یا مقبولیت<sup>۱</sup>، تأیید پذیری<sup>۲</sup>، قابلیت اعتماد<sup>۳</sup> و قابلیت انتقال<sup>۴</sup> به کار گرفته شد. از این رو به منظور اطمینان از مقبولیت و صحت و درستی داده‌ها و تأییدپذیری، درگیری مداوم با داده‌ها و تأیید داده‌ها توسط مشارکت کنندگان، همکاران گروه تحقیق و دو نفر از دانشجویان دکتری را به همراه داشت. جهت تعیین قابلیت اعتماد، دو نفر از گروه تحقیق جداگانه مصاحبه‌ها را کدگذاری نمودند که به میزان زیادی توافق بین نظرات وجود داشت. همچنین در جمع آوری، پیاده‌سازی و ثبت داده‌ها و تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده‌ها، نهایت دقت صورت گرفت. در زمینه انتقال پذیری، اطلاعات کسب شده توسط دو نفر از اعضای هیات علمی، خارج از گروه تحقیق و صاحب نظر در زمینه تحقیقات کیفی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

### یافته‌ها

سن نوجوانان مصاحبه شونده ۱۴ تا ۱۹ ساله بود که اولین تجربه مصرف را در سنین بین ۸ تا ۱۳ سالگی داشتند. مصرف مواد به صورت غیر تزریقی و تنوع در مصرف مواد محرک و

مخدر را به صورت همزمان داشتند. تعدادی کمی از آنان اولین مصرف‌شان را از طریق پدر تجربه کرده بودند و سایر نوجوانان اولین مصرف مواد را با دوستان و همسالان، تجربه کرده بودند. برخی از نوجوانان از شهرهای تهران و کرج و تعدادی نیز از شهرهای مشهد، ارومیه، گرگان و تربت جام بودند که به تهران و کرج مهاجرت کرده بودند. تحصیلات آنان ابتدایی، متوسطه اول و دوم بود که مصرف مواد منجر به ترک تحصیل آنان شده بود. تحصیلات والدین، از بی‌سوادی تا لیسانس متغیر بود. تعداد زیادی از نوجوانان دارای پدری معتاد و تعداد کمی از آنها مادران‌شان نیز مصرف‌کننده بودند. در جدول ۱ اطلاعات کاملی از شرکت‌کنندگان درج شده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

مشارکت کننده	سن (سال)	سن تحصیلات	سن شروع مصرف	سابقه کانون/زندانی	تجربه مصرف در خانواده	ارتباط با خانواده	تحصیلات والدین
شماره ۱	۱۷	پنجم ابتدایی	۱۱	●	پدر مشروب و سیگار، مادر مصرف‌کننده نبود	مادر فوت کردند، وجود نامادری	پدر لیسانس مادر دیپلم
شماره ۲	۱۸	بی سواد	۱۸		پدر و مادر معتاد	پدر و مادر فوت کردند	هر دو بی سواد
شماره ۳	۱۸	دوم راهنمایی	۶	●	پدر و مادر معتاد	پدر و مادر فوت کردند	پدر راهنمایی و مادر ابتدایی
شماره ۴	۱۸	اول راهنمایی	۸	●	عمو (سرپرست) معتاد	پدر فوت کردند، مادر ازدواج کردند و سرپرستی با عمو	هر دو بی سواد
شماره ۵	۱۷	چهارم ابتدایی	۱۰	●	عدم مصرف والدین	هر دو در قید حیات	مادر ابتدایی پدر سیکل
شماره ۶	۱۸	دوم دبیرستان	۱۶		پدر معتاد	در قید حیات	پدر دیپلم و مادر سیکل
شماره ۷	۱۸	دیپلم برق	۱۵		عدم مصرف والدین	فرزند طلاق با مادر زندگی می‌کند	هر دو دیپلم

**جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان**

مشارکت کننده	سن (سال)	تحصیلات	سن شروع مصرف	سابقه کانون/ زندان	تجربه مصرف در خانواده	ارتباط با خانواده والدین	تحصیلات والدین
شماره ۸	۱۷	ششم	۱۱	●	عدم مصرف والدین	هر دو فوت کردند	هر دو ابتدایی
شماره ۹	۱۹	اول راهنمایی	۱۲		پدر معتاد	مادر فوت کردند، پدر بی سواد و وجود نامادری	مادر ابتدایی
شماره ۱۰	۱۵	دوم راهنمایی	۶		پدر و مادر معتاد	در قید حیات	هر دو ابتدایی
شماره ۱۱	۱۹	دوم دبیرستان	۱۳	●	پدر معتاد	زندگی با مادر بزرگ و پدر بزرگ	پدر دیپلم مادر سیکل
شماره ۱۲	۱۶	دوم راهنمایی	۱۰		عدم مصرف والدین	پدر و مادر ناتنی	هر دو دیپلم

بعد از چندین بار مرور دست نوشته‌ها و جملات معنایی خارج شده از متن مصاحبه‌ها و تحلیل آنها، مفاهیم و جملات معنایی در ۱۲ مضمون فرعی و ۳ مضمون اصلی شامل نیازهای عمومی، نیازهای در طول دوره بازتوانی و نیازهای پس از بازتوانی قرار گرفتند. در جدول ذیل نمایی از عبارات معنایی، مضمون فرعی و مضمون اصلی پژوهش آمده است.

## ۱- نیازهای عمومی نوجوانان

### جدول ۲: عبارتهای معنایی، کدهای اولیه، مضمونهای فرعی و اصلی

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کد اولیه	عبارات معنایی
			-من شش ساله بودم که مادرم مرد و نه ساله بودم که پدرم ازدواج کرد
		احساس تنهایی	-پدر و مادرم هر دو مردن تنهام کسی رو ندارم
		و بی کسی	-پدرم و مادرم منو نخواستن و تو همون ۲ ماهگی منو تحویل همین پدر و مادر ناتنیم دادن
	نیاز به تجربه زندگی		
	بررسی در مراکز		-من هم پرورشگاه بودم، من ۱۸ سالم شد اومدم بیرون
	مسائل و مشکلات	بهبیستی	-رفتم بهزیستی تا ششم اونجا بودم بعد فرار کردم
	مرتبط با خانواده	وجود نامادری	-وقتی که نامادری اومد تو زندگیم، منم سختیام شروع شد.
		مصرف مواد	-خوب نامادریه دیگه اسمش روشه دیگه منو اذیت می کرد
		توسط اعضای خانواده	-سیگار می کشه قلیون هم می کشه مشروب هم می خورد
			-وقتی پدر مادرت معتاد باشن مدرسه میفرستن؟ پدر مادر معتاد باشن نمی دونن مدرسه چیه اصلا نمی دونن که بچه دارن یا ندارن همش فکر مواد خودشونن
نیازهای عمومی			-آره اون موقع بابام میزد یعنی نمره کم میاوردم میزد میگفت درستو بخون من هم فرار کردم
		تجربه خشونت	-مربی ها تو بهزیستی گیر می دادند اذیت می کردند تنبیه می کردند.
	آموزش مهارت‌های والدینی	در خانواده	- پدرم ضایعات جمع می کرد منو مادرمو کتک میزد.
			-آگه یه ذره توجه پدر مادر به آدم بیشتر باشه اینجوری نمیشه آدم.
		نیاز به ارتباط مناسب با پدر	-محبت بود بابام خیلی به من محبت کرده ولی اون همراهیه نبود
			-نه بابام که برام کاری نمیکنه، باهاش اصلا صحبت نمیکنم، با بابام که صحبت میکنم با دعوا هست
			-چطوری بگم بابام بود ولی اسمش بابا بود فقط، ولی نقش یه پدر برام ایفا نکرد موقعی که بهش احتیاج داشتم کنارم نبود
	نیاز به ارتباط	دوستان مصرف کننده	-همشون که نه شاید از ۱۰ تا ۹ تاشون مصرف میکنن شیشه مصرف می کردن

**جدول ۲: عبارات‌های معنایی، کدهای اولیه، مضمون‌های فرعی و اصلی**

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کد اولیه	عبارات معنایی
	سالم و مثبت با همسال و دوستان		- به دوستی داشتم که اون مصرف میکرد همون بهم گفت خوبه من هم مصرف کردم - رفتم پارک نیاورون، اونجا یکی از رفیقام بود اسمش مهدی شیشه‌ای بودش خوب با اونایی که مواد مصرف میکنن قطع رابطه میکنم، سمت خاک سفید دیگه نمیروم، خوب میرم جای دیگه کار میکنم، دوستای دیگه‌ای پیدا میکنم - آره دور آتیش باهم می‌زدیم بزرگ کوچیک فرق نمیکرد باهم می‌زدیم
		لذت مصرف با دوستان	- همین شب تا صبح بیدار موندنا و کلوپ زدنا رفیق بازی نمی‌ذاره، خیلی لذت داره - مصرف تنهایی که اصلا هیچکی دوست نداره تنهایی حال نمیده که خوب من تو به مدرسه غیر انتفاعی بودم مردود شدم دیگه ول کردم آره اون موقع که روستای ... بودم رفتم اما وقتی فهمیدن من معتادم از مدرسه انداختن بیرون
	دوری از تحصیل		- تو مدرسه دعوا زیاد میکردم دوست زیادی نداشتم تا اینکه از مدرسه اخراج شدم - دوست دارم درس بخونم چون ۲ روز دیگه بزرگتر شیم همیشه اینجوری بمونیم
	نیاز به آموزش رسمی / مهارت‌های زندگی		- ببینید مواد آرام بخشه بین دارو هه مثلا سرت درد میکنه میری قرص میخوری خوب میشی، نصف جوونا منبعی ندارن، همشون میگن اگه ما مواد بزنیم روزمون سریع میگندره - آقا اگه مواد بزنی قشنگ‌تر میتونی راه بری
		باورهای نادرست در مورد مواد	- الان تو خیابون نگاه میکنم میبینم دیگه همه مصرف‌کنندن، دختره با اون خوشگلی داره درسشو میخونه یا میره کلاس تاتر به عالمه وقت میزازه میخواد بازیگر شه شیشه میزنه انرژ میگیره، کل درساشو سریع می‌نویسه الانم موفق شده کلی رفته جلو

**جدول ۲: عبارتهای معنایی، کدهای اولیه، مضمونهای فرعی و اصلی**

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کد اولیه	عبارات معنایی
			-دیگه فقط ماریجوانا و گل میزنم چون واقعا از نظر علمی ضرر زیادی نداره اعتیاد خاصی نداره
			- شیشه و ماریجوانا مصرف میکردم واسه اینکه بخندم و شاد باشم
		شادی	- من دیدم عموم میکشه شاد میشه بالا پایین می پره منم خواستم ببینم چیه که اینطوریش میکنه
	نیاز به تفریح و سرگرمی / اوقات فراغت	احساس لذت	- هر پنج شنبه که می رفتم مهمونی به عشق اون مصرفی که ال اس دی و هروین داشتم میرفتم
			- پشت پنجره دیدم که عموم مصرف میکرد حس کنجکاوی باعث شد که برم بردارم مصرف کنم و کارایی رو که دیده بودم رو تقلید کنم
		کنجکاوی	- نمی شد مصرف نکنی چون حس کنجکاوی که از بچگی باهامه نمیداشتم مصرف نکنم
			-داداشم شیشه می کشید بعد پیش خودم گفتم که این شیشه چیه من باید به بار امتحانش کنم همون یه بار امتحانش کردم همانا و افتادن توش همانا

**• نیاز به بررسی مسایل و مشکلات مرتبط با خانواده**

با توجه به یافته‌های پژوهش، مصاحبه‌شوندگان، از دست دادن حمایت‌های خانوادگی به علت طرد شدن از طرف خانواده، فوت یک یا هر دو والد، طلاق، ازدواج مجدد، وجود ناپدیری یا نامادری و اعتیاد والدین را از عمده مشکلات خود معرفی می‌کنند. دوران نوجوانی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی است که مهمترین نیازهای عمومی و اساسی آنان ضرورت داشتن خانواده و سرپرست است. بی‌شک نقش خانواده به عنوان واحد اصلی و عنصر تأثیرگذار بر روابط، رفتارها و خصوصیات ذاتی و اکتسابی اعضا، واضح و غیرقابل تردید است. خانواده سالم بستر مناسبی برای رشد و شکوفایی و بالندگی اعضای خود فراهم می‌کند و در حفظ و ارتقای سلامت جسمی و روانی آنها تأثیر فراوان و غیرقابل انکاری دارد. در مقابل، خانواده ناسالم زمینه را برای ایجاد اختلاف در ابعاد

جسمی، روانی و اجتماعی فراهم کرده و افراد را به سمت بزهکاری و رفتارهای پرخطری مثل مصرف مواد سوق می‌دهد.

### • آموزش مهارت‌های والدینی

فروپاشی نظام خانواده مشترک قدیمی، فقدان عشق و مراقبت والدین در خانواده‌های جدید که در آن هر دو والدین کار می‌کنند، کاهش ارزش‌های مذهبی و اخلاقی قدیم و غیره منجر به افزایش در تعداد معتادان به مواد مخدر و روانگردان به‌ویژه در نوجوانان شده است که مواد را برای فرار از واقعیت‌های دشوار زندگی مصرف می‌کنند. فرآیندهای صنعتی شدن، شهرنشینی و مهاجرت منجر به از بین بردن روش‌های سنتی کنترل اجتماعی شده است که می‌تواند یک نوجوان را با جدی‌ترین بحران‌ها روبه‌رو کند. برخوردهای افراطی یا تفریطی والدین و یا عدم برقراری رابطه درست با نوجوان (مسخره، طرد و تحقیر کردن) پیامدهای نامطلوبی به دنبال خواهد داشت. آقابخش (۱۳۹۳) در جمع‌بندی مطالعه خود در خصوص کارکردهای خانواده؛ جامعه‌پذیری فرزندان، نقش اقتصادی و حمایتی پدر و روابط اجتماعی اعضای خانواده را مهمترین کارکردهای خانواده ذکر می‌کند؛ و در ادامه می‌آورد "در حالی که همکاری و هماهنگی لازم بین پدر و مادر برای جامعه‌پذیری فرزندان اجتناب‌ناپذیر است، نقش پدر در این زمینه بیش از نقش او در زمینه پرورش جسمی است. تنها پدر است که می‌تواند مرجعی برای فرزندان، به ویژه پسران باشد."

### • نیاز به ارتباط مثبت و سالم با دوستان و همسالان

یکی از ویژگی‌های دوره نوجوانی هویت‌یابی، سست شدن روابط نوجوان با خانواده خود، افزایش گرایش او به همسالان و دوستان و الگویابی است. همان‌طور که در یافته‌های پژوهش مشاهده شد، بیشتر نوجوانان بخاطر ارضاء نیازهای کنجکاوی، کسب لذت، تایید دوستان و همسالان، خودنمایی، هیجان‌طلبی، شادی، تحرک و فعالیت زیاد؛ به مصرف مواد مخدر و روانگردان روی آورده بودند.

مثلا مشارکت کننده شماره ۲ می‌گوید: «آره بیشتر اون تاییدهایی که از آدم می‌کنن،

لذت داره»

یا مشارکننده شماره ۴ بیان می‌کند: « دوستم گفت که برو مواد مصرف کن بیدار میمونی فعال میشی منم کشیدم بیدارموندم و فعال شدم»

انسان طی دوره کودکی، به شدت متأثر از خانواده است؛ اما به تدریج و با افزایش سن، نقش افراد خارج از خانواده، به خصوص همبازی‌ها و همکلاس‌ها افزایش می‌یابد و از اهمیت خانواده کاسته می‌شود. این شرایط با افزایش سن فرد، سیر فزاینده می‌یابد و در دوره نوجوانی به اوج خود می‌رسد. در این وضعیت معمولاً نوجوان از خانواده جدا شده و به سوی دوستان و گروه همسالان کشیده می‌شود. نوجوان در این زمان نیاز به تعلق داشتن به گروه و نیاز به پذیرفته و تأیید شدن را به طور شدید، بیشتر از هر زمان دیگر احساس می‌کند. از این رو برای ارضای این گونه نیازها، به راحتی با گروه مورد نظرش هم‌نوابی می‌کند، هنجارهای گروه مورد نظرش را می‌پذیرد و در لباس پوشیدن، آرایش مو، رفتار، زبان و عقاید از آن گروه تقلید می‌کند (جهانتاب، ۱۳۹۳).

## • سوادآموزی و آموزش رسمی و مهارت‌های زندگی / باورهای غلط در زمینه مواد و اعتیاد

از مقوله‌های مهم استخراج شده مقوله‌های نیاز به آموزش رسمی و مهارت‌های زندگی و باورهای غلط در زمینه مواد بود. فقدان مهارت‌های زندگی و کم‌سوادی می‌تواند برداشت‌های نادرستی در خصوص مواد و شیوه‌های مقابله با مصرف مواد در نوجوان ایجاد نماید؛ لذا این برداشت‌های نوجوانان در مورد مصرف مواد می‌تواند مانعی برای درمان موفق باشد. اگر نوجوانان مصرف مواد خود را اشتباه و مواد را چیزی بد، یا زیان‌آور بدانند، مطمئناً درمانگران، کار راحت‌تری در پیش خواهند داشت. از سوی دیگر، اگر نوجوان معتقد باشد که استفاده از مواد به هیچ عنوان اشتباه نیست و کاملاً بی‌خطر است، وظیفه درمانگران در این موارد بسیار سخت خواهد بود.



## ۲- نیازهای دوران بازتوانی

### جدول ۳: عبارات‌های معنایی، کدهای اولیه، مضمون‌های فرعی و اصلی

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کد اولیه	عبارات معنایی
	نیاز به امید	ناامیدی	<p>- خوب یه پشتیبان خوب میخوام که ندارم، یکی که به آدم امید بده همین</p> <p>- بین من که کسی ندارم هیچ کاری نمیتونم انجام بدم موندم چرا به این دنیا اومدم به هردری میزنی بسته است باز هم بخواد بشه از اونجا میندازت پایین، اینجوریه دیگه</p> <p>- فهمیدم که هیشکی برای تو غیر خودت دل نمیسوزونه مخصوصا من که هیچکیو ندارم</p> <p>- اون موقع جلسه خوشم نمیومد ولی الان عاشق جلسه‌ام، دیگه خسته شدم دوست دارم برم کار کنم</p> <p>- نه چون خودم نمیخواستم چون آدم آگه خودش نخواد هیچ کاری نمیکنه یعنی آگه صد نفر هم جلوی کسی مواد بزاره بگن بکش نخواد بکشه نمیکشه یه معتادم نخواد ترک کنه ترک نمیکنه</p> <p>- ولی خوب من با خودم میشنم فک میکنم که واقعا این بار که قطع مصرف کردم یه سری سختیا رو دیدم که واقعا نمی‌ارزه مصرف کردن دوباره مواد</p> <p>آدم بیاد فضای بسته رو تحمل کنی چهار دیوار یا</p> <p>- میگن باید خسته شده باشه از مواد اما تو همسن و سال‌های من تا حالا ندیدم که از مصرف مواد خسته شده باشه چون ما دندونامون تو دهنمونه خانواده مون پشتمونه زیبایی مونو داریم جوونی مونو داریم یه موقعی خسته می‌شیم که دیگه دیر شده رسیدیم به پنجاه سال</p> <p>- خوب وقتی مردم می‌بینن همه چی داری، سالم شدی خوش تیپ بری این و اونور میگن چه آدم باشخصیتیه خوب این امیدوارم میکنه بهم انگیزه میده</p> <p>- مثلا همین علی آقا مسئولمون یه زمانی لای جوبا بوده ولی الان ماشین داره و ملک داره به خیلی چیزا رسیده کار داره، میره خارج، زن و بچه داره دیگه چی میخواد این خودش امیدواریه دیگه، انگیزه است.</p> <p>- خوب به خاطر اینکه خودم میخوام چون میخوام پاک بشم مثل اون قبلیها نیست که برم فیلتر عوض کنم</p> <p>- میخوام پاک بمونم، میخوام زندگی خوبی داشته باشم</p>
	نیاز به انگیزه	انگیزه	<p>ترک</p>

جدول ۳: عبارتهای معنایی، کدهای اولیه، مضمونهای فرعی و اصلی

عبارات معنایی	کد اولیه	مضمون فرعی	مضمون اصلی
- فک کنم چون سنم کمه نمیرن کار کنم، اما من دوست دارم برم کار کنم پول جمع کنم، ماشین بگیرم بنذارم زیر پام، زن و بچه داشته باشم اون موقع می تونم راحت زندگی کنم.	هدف	نیاز به داشتن دوره	نیازهای در طول دوره
- واقعا با خودم تصمیم گرفتم که واقعا پاک شم واقعا دیگه سمت هیچ موادی نرم برم سر کار، کار کنم پول درارم چون الان رفیقامو میبینم ماشین دارن موتور دارن بعضیاشون خونه گرفتن دارن ازدواج میکنن - باید چیا داشته باشی که بتونی دیگه مصرف نداشته باشی چه چیزی توی وجود باید باشه؟ اراده، امید، هدف	هدف	هدف	باز توانی
- باید بهمون شخصیت قایل بشن، خیلی برام مهمه یه زمانی اینا برام مهم نبود ولی الان خیلی برام مهمه - باید اونا حامی و حمایت کننده ما باشن.			
- اون ترور شخصیتی، خورد شدنا کوچیک شدنا توی کمپها باعث شد دوباره مصرف کنم	برخورد	نیاز به	
- یه معنادر هیچی جز احترام نمی خواد جز این عشقه نمیخواد چون که مشکل ما اون پول و لباسه نیست اون محبته است. اون محبته است که جذب میکنه مخصوصا توسن ما چون همه اون دلیلی که مثل من رفته به سمت اعتیاد بی کسبه دیگه.	نامناسب کار کن ان	احترام	
- اون کمپهایی که من رفتم برپا شون با فحش خواهر مادر بود خاموشی شون هم با فحش خواهر مادر بود کلا همه کمپها اینجوریه - ده بار ریختن سرم تو خیابون با کتک و فحش میخواستن برون اونجا که از دستشون فرار کردم			
- این جور جاها جواب نمیده نه کمپ جواب میده نه بهزیستی جواب میده اون عشقه باید باشه اگه جواب میداد که الان من ۵ سال پاک بودم			
بین من از مصرف کردن مواد زیاد خوشم نیاد ولی خوب یه رفیق دارم که همسن خودمه بیرون همیشه باهم مصرف می کردیم هر کاری می کردیم باهم	دلتنگی	نیاز به	
دیگه بودیم بعد خیلی دلم برا اون تنگ شده از یه طرف می ترسم برم بیرون پیش اون دوباره بکشم از یه طرف می ترسم که اگه نرم پیشش حالش بدتر بشه یعنی می ترسم من نباشم تنها باشه	دوستان و خانواده	حمایت	دوستان و خانواده

**جدول ۳: عبارات‌های معنایی، کدهای اولیه، مضمون‌های فرعی و اصلی**

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کد اولیه	عبارات معنایی
		حضور و پیگیری خانواده	- مثلا من الا چند ماه اینجام بعضیا میگن آگه از اینجا برم بیرون میرم اینو میزنم، اونو میزنم، پدر مادرمو با تیر میزنم چرا نیومدن به من سر بزنی چرا نیومدن ملاقاتم
	نیاز به نظافت	فقدان	- صبح که بلند می‌شدم یکی می‌رفت حیاطو جارو میکرد یکی می‌رفت میشد حتی یارو زن و بچه هم داشت میشوندن اونجا می‌گفتن گل‌های قالی رو بشمار
	ارایه برنامه‌های متناسب با نوجوانی	برنامه‌های متناسب با نوجوانی	- اینجور جاها به آدم چیزی یاد نمیدن ۳ ماه ۶ ماه یه سال خیلی فرق نمی‌کنه - واسه ما برنامه خاصی نمی‌دارن از صبح تا شب بخور بخواب. - الان ۱۰۰ روزه اینجام شب میخوایم صبح بیدار میشیم همین آدما رو میبینیم دوباره همون کارو میکنیم همون سیگارو میکشیم یه بارهم اینجا خود زنی کردم
	نیاز به پیگیری وضعیت سلامت روانپزشکی	خدمات سلامت و روانپزشکی	- بین دارو می‌دادن بعد یه دفعه قطعش می‌کردن - اون موقع دچار افسردگی حاد شدم دو تا خشاب و نصفی به قصد خودکشی خوردم بردنم بیمارستان معده مو شستشو دادن خوب شدم - از اون موقع هم که مصرف مواد و شروع کردم مازوخیسم شدم دو شخصیتی شدم اونم واسه مصرف زیاد شیشه و ال اس دیه - خوب مشکل داشتم زیاد خودزنی می‌کردم صورتم مشخصه تو امین آباد هم بستری شدم تو بهزیستی هم بودم - اونجا هم دیگه قرصامو بهم ندادن از اون موقع که قرصامو بهم ندادن خودزنی می‌کنم ناخونامو هی می‌جووم - این جا حوصلم همیشه سر میره در حال گریه کردنم - اینجا برا ترک، دارو نمی‌دن آب یخ میدن خماری رو از سرت میندازه

## • نیاز به احترام

یکی از مسائل و مشکلاتی که نوجوانان حاضر در مراکز، به آن اشاره می‌کردند، برخورد نامناسب کارکنان مراکز، تحقیر، استفاده از الفاظ و رفتار توهین آمیز و بی‌احترامی از طرف کارکنان و وجود کارکنان مصرف‌کننده مواد در مراکز بود. نوجوانان به کارکنان به عنوان مدل‌ها و الگوهای نقش، انگیزه و عوامل محدودکننده نگاه می‌کنند. نوجوانان بسیار علاقه‌مند به دانستن تاریخچه زندگی درمانگران‌شان هستند. اگر نوجوانی احساس کند کسی بیش از حد به خاطر مصرف موادم او را سرزنش می‌کند آن شخص می‌تواند مانع درمان او شود. در این خصوص مشارکت کنندگان شماره ۱ و ۳ بیان می‌کنند:

«مشارکت‌کننده شماره ۱: «یه معتاد هیچی جز احترام نمی‌خواد»

مشارکت‌کننده شماره ۳: «آدم رو میارن فضای بسته، باید هم اونجا رو تحمل کنی، هم ترور شخصیتی یا فحش خواهر مادر، خورد شدن، کوچیک شدن رو».

## • نیاز به انگیزه، هدف و امید

یک نظرسنجی نشان می‌دهد که ۱/۱ میلیون نفر از نوجوانان بین سنین ۱۲-۱۷ سال به درمان و بازتوانی سوءمصرف الکل و مواد مخدر نیاز دارند، درحالی که فقط حدود ۱۰ درصد از آنان خدمات درمانی را دریافت کرده‌اند. پژوهش دیگری نیز نشان می‌دهد که تقریباً نیمی از نوجوانان هرگز درمان سوءمصرف مواد را انجام نمی‌دهند (فرانک، ۲۰۱۳). همچنین بیشتر نوجوانانی که وارد درمان می‌شوند تا قبل از اینکه درمان‌شان رسماً به پایان برسد، تمایل دارند دوره درمان را ترک کنند و از مشکلات عمده دیگر که در رابطه با بازتوانی وابستگی مواد در نوجوانان است، میزان بالای قطع درمان و عود پس از بازتوانی است. لذا نیاز به وجود انگیزه و داشتن هدف در طول دوره درمان و بازتوانی از تاثیرگذارترین موضوعات مورد بررسی و شناسایی شده می‌باشد و لزوم برنامه‌ریزی و مداخله‌های مناسب در جهت ایجاد انگیزه، هدف و امید به نوجوانان حاضر در مراکز وجود دارد.

## • نیاز به تفریح و سرگرمی

از دیگر شکایت‌های شایع، می‌توان به کمبود امکانات تفریحی، ورزشی، بازی و اوقات فراغت اشاره کرد. فقط یکی از مراکز توانسته بود تا حدی امکانات رفاهی و تفریحی رضایت‌بخشی را بر اساس مقتضیات سنی و جنسی نوجوانی ارائه کند. فراغت و تفریح، یکی از مهمترین نیازهای انسان مدرن است. اهمیت اوقات فراغت در مورد نوجوانان و جوانان که هنوز وارد بازار کار نشده و وقت آزاد بیشتری در اختیار دارند، از اهمیت دوچندان برخوردار است. نحوه گذران اوقات فراغت در هویت‌یابی و کنش‌های بهنجار یا نابهنجار جوانان موثر است. بیشترین صدماتی که ممکن است برای نوجوانان و جوانان، آسیب‌های طولانی مدت در برداشته باشد، برگرفته از اوقاتی است که این قشر عظیم اجتماع در آن لحظات، تکلیف یا کار موظفی را عهده‌دار نبوده و مایل هستند براساس علاقه خود اوقات مذکور را سپری کنند (افراسیابی و مداحی، ۱۳۹۴). در چنین موقعیتی هر نوع فعالیتی که بتواند درصدی حتی اندک از شور، هیجان و انرژی نوجوانان را ارضا و تخلیه نماید کمک بزرگی در کنترل این رفتار پرخطر به شمار می‌آید.

مشارکت‌کننده شماره ۶ بیان می‌کند: «اینجا بین تخت هست، ایکس باکس هست، بلیارد هست، کامپیوتر هست، آمفی تئاتر هست، استخر می‌برن، جلسه می‌برن، هر کی بخواد درس بخونه معلم میارن، کلاس زبان میدارن دیگه چی می‌خوایم، مثل خونه آدم می‌مونه»

## • نیاز به حمایت و پشتیبانی خانواده و دوستان

درگیری خانواده در درمان و بازتوانی معتادان نوجوان بسیار مهم است و در اصل، خانواده نیز نیاز به درمان دارد. بنابراین خانواده‌ها نیز باید مورد حمایت، آگاهی و آموزش برنامه‌های متناسب قرار گیرند. بعضی از مطالعات نشان می‌دهد که قرارگیری خانواده در روند درمان درون بستر پویا و ارتباطات خانوادگی، موثرتر از درمان نوجوان به تنهایی خواهد بود (کولیسترا و همکاران، ۲۰۱۴). برنامه‌های درمان باید با توجه به نیازهای منحصر به فرد نوجوانان و یا خانواده‌اش، که با ارزیابی جامع از نیازها و نقاط قوت نوجوانان و خانواده آغاز می‌شود، طراحی گردد.

## • نیاز به پیگیری وضعیت سلامت جسمانی و روانی

استفاده زود هنگام از مواد در دوران نوجوانی، تعدادی از خطرات و پیامدهای فوری و طولانی مدت را به همراه می آورد. بنابراین نوجوانان نباید درمانی همانند بزرگسالان دریافت کنند؛ چرا که آنها در مراحل متفاوتی از زندگی خود در مقایسه با بزرگسالان هستند و همچنین به دلیل مصرف مواد ممکن است اختلالاتی در عملکرد بیولوژیکی مغزشان به وجود آمده باشد. در زمان مصرف مواد محرک به ویژه آمفتامین، قضاوت مختل می شود و فراوانی رفتارهای خطرناک افزایش می یابد و هنگامی که اثرات مواد با کمبود خواب ترکیب شوند، احساسات پارانوئید، پرخاشگری و خشونت نیز می تواند با متامفتامین همراه شود. در مقایسه با مصرف کنندگان بزرگسال، نوجوانان، مشکلات منحصر به فردی از جمله پیشرفت سریع مصرف از تجربه اولیه تا وابستگی به آن دارند؛ همچنین مشکلات و اختلالات روان پزشکی بیشتری را با توجه به مصرف کمتر نسبت به بزرگسالان تجربه می کنند.

۲۱۳

مشارکت کننده شماره ۸ می گوید: «خوب مشکل داشتم خیلی زیاد، خود زنی

213

می کردم، صورتم مشخصه توامین آباد بستری شدم تو بهزیستی هم بودم، زیاد حوصله ام

سر میره، با هر کی حرف می زنم جر و بحث می کردم»

### ۳- نیازهای پس از باز توانی

#### جدول ۴: عبارتهای معنایی، کدهای اولیه، مضمونهای فرعی و اصلی

عبارات معنایی	کد اولیه	مضمون فرعی	مضمون اصلی
- یکی که پشتیبان باشه واسم سر کار برم، چی میگن مشغله (دغدغه) فکری نداشته باشم	وجود	نیاز به افراد	
- خوب یه پشتیبان خوب یکی که به آدم امید بده همین	راهنما و حامی	تاثیر گذار	
- اون موقع زمانیه که خدا یکبو گذاشته جلو پام که منو برده سر کار، کار کنم که برم کار کنم پول جمع کنم برم صورتمو عمل کنم با این کار باعث بشه که دیگه به سمت مواد نرم آگه این اتفاق بیوفته خیلی خوبه			
- خودم عقیدم اینه که کار باشه دیگه بساط مواد نمیشم کسای دیگه رو نمیدونم			
- به نظر من هر موقع که می خوان از اینجا مارو ترخیص کنن خودشون بفرستن یه جایی که بتونیم کار کنیم سر گرم بشیم اونایی که خونواده دارن برن پیش خونواده شون	نگرانی		در

**جدول ۴: عبارات معنایی، کدهای اولیه، مضمون‌های فرعی و اصلی**

عبارات معنایی	کد اولیه	مضمون فرعی	مضمون اصلی
<p>- خوب من رفتم اونجا خیاطی یاد گرفتم باید یکی باشه که یه سرمایه ای بهم بده</p> <p>مورد کار و آینده</p> <p>که برم براخودم کار کنم</p> <p>-آره یه کاری باشه کار کنم بعد به همراه خانواده زندگی کنم</p> <p>-همین الانش که سالم شدم همیشه تو جلسه میگم یا امروز میرم بیرون یا فردا تو جلسه میگم که رفتم خونه شب اول نه شب دوم با بابام جر و بحثم میشه همون پیش زمينه‌ای میشه برم بزنم خوب چیکار کنم.</p> <p>-من به این نیاز دارم که پدر مادرم منو درک کنن</p> <p>پیگیری و</p> <p>-اگه اونجا برم (خونه) اون خاطره‌های بد روزهایی که سخت گذشته واسه من</p> <p>حمایت</p> <p>دوباره میاد جلو چشم ما معتادا اگه زیر فشار باشیم سریع میریم سمت مواد خیلی</p> <p>از</p> <p>سخته واسمون یعنی نمیتونیم</p> <p>نیاز به مراقبت</p> <p>نیازهای پس</p> <p>-به خودم میگم برم خونه پیش بابام که اونم مصرف داره چطورمیشه برم اونجا</p> <p>خانواده و</p> <p>و حمایت</p> <p>از بازتوانی</p> <p>نمیشه که با خودم میگم برم پیش پدر بزرگ مادر بزرگم خوب اونام پیر شدن</p> <p>جامعه</p> <p>اجتماعی</p> <p>نمیتونن منو نگه دارن من جوونم بخوام یه کاری کنم اعصابشون خورد بشه دوباره</p> <p>مداوم</p> <p>میخواد بگه برو از خونه من بیرون</p> <p>- بین جوون میره بیرون بعد ترک نمیدونه چیکار کنه نمیتونه کار کنه، کم میاره</p> <p>می بینه هیچی و اشش نیست، هیچی و اشش فرقی نداره، بعد میبینه بد بخته، کسبو</p> <p>نداره بعد میگه بزنم آرام میشم خوب میزنه آرام میشه آسمون بیاد پایین برانش</p> <p>فرقی نداره چون آراممه، بعد کم کم میشه کارتن خواب</p> <p>-اونجایی که ما زندگی میکردیم "سرجو" حکم دروازه غارو داشت</p> <p>-مادرش که فهمید دوستم مصرف میکنه از اون محل رفتن، یعنی از غرب تهران</p> <p>رفتن شرق تهران</p> <p>محل</p> <p>-واقعا باید خونمونو عوض کنیم اگه بخوای پاک زندگی کنی نمیتونی اگه خونت</p> <p>سالم</p> <p>تو دروازه غار باشه تو شوش باشه تو محل ما باشه نمیشه باید حتما محلنو عوض</p> <p>کنی</p> <p>-میتروسم برم بیرون دوباره مصرف کنم از این چیزاش میتروسم</p> <p>انگ</p> <p>-بیرون با خودم میگم که کار میکنم میگم که تو سابقه داری، زندان رفتی بهت</p> <p>اجتماعی</p> <p>کار نمیدن شاید اصلا کاری نکرده باشم ولی خوب آدمای دهن بینن دیگه</p> <p>-هر موقع خواستم برم کاری پیدا کنم این خط‌های رو صورتم باعث شد که بهم</p> <p>کار ندن</p>			

## • نیاز به حضور افراد تاثیرگذار در زندگی

حضور حداقل یک نفرتاثيرگذار در زندگی نوجوان وابسته به مواد- یک دوست، متخصص، معلم یا یکی از اعضای خانواده - می تواند تاثير بسزایی در تغيير زندگی نوجوان وابسته مواد داشته باشد. این افراد به خوبی می توانند با حمایت و پشتیبانی، نوجوان را برای ترک تشویق کرده و به او انگیزه و روحیه بدهند. در شرایطی که رفتار ما به عنوان خانواده، دوستان و اطرافیان با معتاد درست باشد، فرد معتاد عزت نفس از دست رفته خود را باز می یابد و با جدیت قدم در راه درمان و بازتوانی می گذارد. از این رو باید گفت، وجود فرد تاثیرگذار، حامی و پشتیبان که با عشق نقش حمایت کننده و راهنما را دارد، بسیار حیاتی و تعیین کننده است. در این بار مشارکت کننده شماره ۵ و ۱ می گویند:

۵- «اون موقع زمانیه که خدا یکيو گذاشته جلو پام که منو برده سر کار کارکنم که با این کار کردنم باعث بشه که ديگه به سمت مواد نرم

۱- یه معتاد هیچی جز احترام نمی خواد جز این عشقه نمیخواد چون که مشکل ما اون پول و لباسه نیست اون محبته است. اون محبته است که جذب میکنه

## • نیاز به مراقبت و حمایت اجتماعی مداوم

بازتوانی و توانمندسازی فرایندی طولانی است و معمولاً بیش از آنچه انتظار می رود به طول می انجامد (بروک و مک دونالد، ۲۰۰۷؛ به نقل از معارف وند، ۱۳۹۴). به همین دلیل دوره های درمانی به تنهایی برای بازگشت موفق بیمار به خانواده و جامعه کفایت نمی کنند. همچنین در این دوره ها فرصت کافی برای آماده کردن فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد، خانواده و جامعه برای تغییر وجود ندارد. از سوی دیگر مطالعات نشان داده اند بیش از دو سوم بیماران ترخیص شده از مراکز ظرف سه ماه اول پس از ترخیص عود می کنند. به این ترتیب مداومت در ارایه مراقبت و حمایت های اجتماعی برای نوجوانان وابسته به مواد ضرورت می یابد. این در حالی است که اغلب برنامه های درمانی، خدمات و حمایت های پس از ترخیص را پیش بینی نمی کنند یا در صورت پیش بینی به درستی انجام نمی دهند. این خدمات می تواند طیف وسیعی از خدمات فردی، خانوادگی و



گروهی، مصاحبه‌های انگیزشی در مراحل مختلف، آموزش مهارت‌های پیشگیری از عود و ... را در بر گیرد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مطالعه کیفی شناسایی مسائل و نیازهای نوجوانان وابسته به مواد محرک برای درمان و بازتوانی‌شان بود. تحلیل مضمون نشان داد که مسایل و نیازهای این گروه از نوجوانان در سه تم یا مضمون اصلی دسته‌بندی می‌شود که عبارت بودند از: ۱- مسایل و نیازهای عمومی در قالب ۶ مضمون فرعی شامل نیاز به بررسی مسائل و مشکلات مرتبط با خانواده، نیاز به آموزش مهارت‌های والدینی برای خانواده‌ها، نیاز به ارتباط سالم و مثبت با همسال و دوستان، نیاز به آموزش رسمی / مهارت‌های زندگی، نیاز به تفریح و سرگرمی / اوقات فراغت، ۲- نیازهای دوران درمان یا بازتوانی در قالب ۷ مضمون فرعی شامل نیاز به امید، نیاز به انگیزه، نیاز به داشتن هدف، نیاز به احترام، نیاز به حمایت دوستان و خانواده، نیاز به برنامه‌های متناسب با نوجوانی، نیاز به پیگیری وضعیت سلامت و ۳- نیازهای پس از درمان یا بازتوانی در قالب ۲ مضمون فرعی شامل نیاز به افراد تاثیرگذار، نیاز به مراقبت و حمایت اجتماعی مداوم و بلندمدت بودند.

از دیدگاه شرکت‌کنندگان یکی از حوزه‌هایی که باید در مسیر رسیدگی به نیازها و مسایل آنان توجه نمود، حوزه خانواده بود که در یافته‌های پژوهش به عنوان نیاز به رسیدگی به مسایل و مشکلات خانواده در بخش نیازهای عمومی و نیاز به حمایت و پشتیبانی خانواده در بخش نیازهای دوره بازتوانی و نیاز به مراقبت و حمایت مداوم در بخش نیازهای پس از دوره درمان و بازتوانی شناسایی شدند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش خمرنیا و پیوند (۱۳۹۷)؛ جوادی و پیلهوری (۱۳۹۶)؛ غلامی آیز، عنایت و خسروی (۱۳۹۹)؛ نعمتی سوگلی تپه و همکاران (۱۳۹۹) و نعمتی سوگلی تپه، خالدیان (۱۴۰۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان به نظریه کنترل اجتماعی هیرشی اشاره کرد که بر اساس این نظریه، کجروی هنگامی به وجود می‌آید که تعهد و التزام فرد، ضعیف و کم‌رنگ باشد و یا از بین برود. مصرف بی‌رویه مواد مخدر و روانگردان و یا ارتکاب هرگونه جرمی در دوران اولیه رشد، تابع روابط و برخورد نابهنجار والدین می‌باشد. براین اساس کیفیت ارتباط اعضای خانواده

و پیوندهای عاطفی آنان بر میزان مشکلات آسیب پذیری نوجوانان تأثیر می گذارد. بنابراین از نظر روان شناختی و هم جامعه شناختی، کنترل درونی، تأثیر پذیر از خانواده و تابعی از آن است. به این معنا که رابطه جوانان و نوجوانان با مصرف مواد مخدر و روانگردان همبستگی زیادی با بیگانگی از خانواده دارد. از این رو مداخله و اصلاح کارکردهای خانواده می تواند نتایج امید بخشی را در حوزه سلامت و بهبودی نوجوانان داشته باشد (دیویس، کامینگر و وینتر<sup>۱</sup>؛ ۲۰۰۴؛ لیندال، برگمان و مالیک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). در این خصوص انواع خانواده درمانی ها، برنامه تقویت خانواده و سایر برنامه هایی که بر اصلاح کارکردهای خانواده توجه دارند همچنین درمان اجتماع مدار، از جمله درمان های مؤثر در پیشگیری و درمان اعتیاد هستند که کمتر توسط درمانگران داخلی مورد استفاده قرار گرفته است. این نوع درمان ها و مداخله ها به عنوان ابزار قدرتمند در باز توانی جوانان و نوجوانان وابسته به مواد در کشورهای توسعه یافته به کار می رود، خصوصاً زمانی که مشکلات مربوط به مواد با رفتارهای ضد اجتماعی، اختلافات درون خانوادگی والدین و فرزندان و همچنین روابط جنسی پرخطر آمیخته باشد. نتایج تحقیقات متعدد، اثربخشی این نوع مداخله ها را در کار با نوجوانان و جوانان تأیید می کنند. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی ایکز<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) مصاحبت با همسالان منجر به یادگیری رفتار و تشخیص تقویت متمایز، تقلید و کسب نگرش های همسالان می شود که نکته کلیدی مکانیزم های یادگیری هستند. مدت زمان سپری شده و کارهای مشترک، رابطه مستقیمی با احتمال مصرف مواد دارد (بندورا<sup>۴</sup>، ۱۹۷۷؛ به نقل از بخشش بروجنی، هاشمی و فرج پور نیری، ۱۳۹۸). طبق دیدگاه حمایت فرهنگی و اجتماعی، سوء مصرف مواد در همسالان تلاشی جمعی برای حل مشکلات است؛ به این طریق که فرد تلاش می کند موقعیت اجتماعی خود را در گروه افزایش دهد. اعضای گروه های خاص اجتماعی در صورتی که فرد نتواند احترام لازم جامعه بزرگتر را کسب نماید، از طریق انجام رفتارهای بزهکارانه که مورد تأیید گروه اجتماعی خود است، این احترام را کسب می کنند. در واقع، رفتار انحرافی راهکاری برای مقابله با حس

فرسودگی و عزت نفس پایینی است که در نتیجه طبقه اجتماعی- اقتصادی فرد ایجاد شده است. نظریه کنترل اجتماعی نیز بیان می‌کند که در فرایند اجتماعی کردن جوانان و نوجوانان، همسالان اهمیت خاصی دارند (نعمتی سوگلی تپه و همکاران، ۱۳۹۹). بر این اساس نیاز به روابط مناسب با دوستان و همسالان که در یافته‌های پژوهش شناسایی شد همچنان که در نظریه‌های مختلف بیان شده است، می‌تواند یکی از حوزه‌های مهم در مسیر بازتوانی نوجوانان وابسته به مواد باشد که باید به آن توجه نمود. به نظر می‌رسد با توجه به یافته‌های پژوهش بیشتر مسائلی که در جهت تعامل مثبت نوجوانان با همسالان می‌تواند مورد توجه و عمل در مانگران باشد، بررسی و رسیدگی به مسائلی مانند دعوا و اختلاف بین دوستان؛ حسادت؛ تعامل سالم با جنس مخالف؛ نقش نوجوان در گروه دوستان و ... است تا نوجوانان بتوانند تعاملات مناسب با دیگر همسالان خود داشته باشند. همچنین ضمن انجام سوادآموزی و کمک به ادامه تحصیل این گروه از نوجوانان، آموزش برخی از مهارت‌های اجتماعی برای ارتقای ظرفیت نوجوانان در مقابله با مصرف و عود مجدد نوجوانان می‌تواند انجام شود که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: آموزش مهارت‌های حل مسئله؛ آموزش مهارت‌های مربوط به تصمیم‌گیری؛ آموزش مهارت‌های مربوط به جرات‌مندی و ابراز وجود؛ آموزش مهارت‌های کنترل تکانه؛ ارائه اطلاعات لازم در زمینه مواد، اثرات و تبعات آن و آموزش شیوه‌های دوست‌یابی و روابط مثبت با همسالان. نیاز به احترام به عنوان نیازی که در این پژوهش شناسایی شد و تحسین شدن در اجتماع، دو مقوله‌ای هستند که در کنار هم به عنوان نیازهای روانی سلسله مراتب شناخته می‌شوند. بر اساس نظریه سلسله مراتب نیازهای مازلو نیازهای فیزیولوژیکی، امنیتی، اجتماعی و احترامی، نیازهای ناشی از کمبود هستند که به دلیل محرومیت به وجود می‌آیند. این نیازها شبیه غرایز هستند و نقش عمده‌ای در رفتار افراد ایفا می‌کنند. بر این اساس ارضای این نیازها برای جلوگیری از درگیر شدن با احساسات منفی یا عواقب ناخوشایندی مانند مصرف مواد مخدر و روانگردان، بسیار مهم است. بنابراین هنگامی که افراد احساس احترام کنند یا احترام ببینند، احساس خواهند کرد که فرد مهمی در جامعه هستند و چیز با

ارزشی برای ارایه به جامعه خود دارند (اندرسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). بازتوانی و توانمندسازی فرایندی طولانی است و معمولاً بیش از آنچه انتظار می‌رود به طول می‌انجامد (بروک و مک دونالد، ۲۰۰۷؛ به نقل از معارف وند، ۱۳۹۴). به همین دلیل دوره‌های درمانی به تنهایی برای بازگشت موفق بیمار به خانواده و جامعه کفایت نمی‌کنند؛ همچنین در این دوره‌ها فرصت کافی برای آماده کردن فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد، خانواده و جامعه برای تغییر وجود ندارد. از سوی دیگر مطالعات نشان داده‌اند بیش از دو سوم بیماران ترخیص شده از مراکز، ظرف سه ماه اول پس از ترخیص عود می‌کنند. به این ترتیب مداومت در ارائه مراقبت و حمایت‌های اجتماعی برای نوجوانان وابسته به مواد ضرورت می‌یابد. این درحالی است که اغلب برنامه‌های درمانی، خدمات و حمایت‌های پس از ترخیص را پیش‌بینی نمی‌کنند یا در صورت پیش‌بینی به درستی انجام نمی‌دهند. این خدمات می‌تواند طیف وسیعی از خدمات فردی، خانوادگی و گروهی، مصاحبه‌های انگیزشی در مراحل مختلف، آموزش مهارت‌های پیشگیری از عود و ... را در برگیرد. درواقع، هیچ فرمول مشخصی برای خدمات پس از ترخیص وجود ندارد؛ چراکه خدمات پس از ترخیص باید با در نظر گرفتن نیازهای مراجع برای پیشگیری از عود و بازگشت موفق به خانواده و جامعه در طول دوره درمان فرد طراحی شوند و هدف مشخصی را دنبال کنند. با این وجود مداخله‌هایی نظیر تقویت شبکه حمایتی فرد، تشویق مراجع به شرکت در گروه‌های خودیار، ارزیابی مداوم و چندوجهی از وضعیت فرد، مسکن، شغل، رفت و آمد و پایش‌های دوره‌ای نظیر آزمایش اعتیاد، مدیریت مورد<sup>۲</sup>، بازدید در-از منزل<sup>۳</sup> و تماس تلفنی را توصیه می‌کند.

بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت نوجوانان وابسته به مواد (محرک) برای درمان و بازتوانی‌شان مشکلات و نیازهای متعددی دارند؛ بنابراین تدوین برنامه‌ها و مداخله‌های چند بعدی و رسیدگی به حیطه‌های مختلف زندگی این گروه از نوجوانان از طریق ایجاد و گسترش مراکز ارائه خدمات تخصصی توسط کادر متخصص آموزش دیده آشنا با

نیازها و مسائل نوجوان وابسته به مواد ضرورت دارد. این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت. در پژوهش کیفی امکان دخالت پیش فرض‌های پژوهشگر، ممکن است نتایج پژوهش را دچار مشکل نماید که در این پژوهش تلاش شد تا حد امکان به دور از جهت‌گیری انجام گیرد. عدم دسترسی به نوجوانان وابسته مواد محرک در پژوهش و همکاری نکردن برخی از آنان و مسئولان امر از جمله دیگر محدودیت‌ها بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پژوهش در نمونه‌های دیگر و در جامعه دختران نیز انجام گردد. یافته‌های این پژوهش به مثابه مجموعه پیشنهادات می‌تواند مورد استفاده سازمان‌ها، سیاستگذاران و مجریان این حوزه در حیطه پیشگیری از مصرف مواد و طرح‌ریزی برنامه‌های درمانی و بازتوانی نوجوانان وابسته به مواد متناسب با مسائل و نیازهای خاص این گروه از نوجوانان قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و کسانی که صمیمانه، صادقانه و بدون هیچ انتظاری در اجرای این پژوهش همکاری کرده‌اند، کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- افراسیابی، حسین و مداحی، جواد (۱۳۹۵). بازنمایی و تبیین نقش اوقات فراغت در اعتیاد به سیگار در میان دانشجویان. *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۷(۲۲)، ۲۱۶-۱۷۸.
- آقابخش، حبیب (۱۳۹۳). *قضایای: نقش میانجی مددکار اجتماعی در حل اختلاف غیر دادگاهی*. تهران: نشر جامعه شناسان.
- بخشش بروجنی، میکائیل؛ هاشمی، تورج و فرج پور نیری، سپیده (۱۳۹۸). پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس هم‌نشینی با همسالان بزه‌کار، افسردگی و حل مسئله. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۲۳۵-۲۵۲.
- پرویزی، سرور؛ سپهوند، فریبا؛ ثناگو، اکرم و رزاقی، نغمه (۱۳۸۷). درک از مفهوم سلامت در نوجوانان خرم‌آبادی: مطالعه کیفی. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۱(۵۴)، ۶۱-۷۲.
- جوادی، سید محمد حسین و پیله‌وری، اعظم (۱۳۹۶). بررسی تجربه زیسته مصرف‌کنندگان بی‌خانمان: پژوهشی کیفی. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۴۸-۲۷.
- جهانتاب، محمد (۱۳۹۳). *دوستان ناباب و اعتیاد نوجوانان. سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱(۴)، ۶۳-۷۸.

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

زاهدی اصل، محمد (۱۳۹۲). *آسیب های اجتماعی از منظر مددکاری اجتماعی*. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.

ستوده، هدایت الله (۱۳۸۴). *آسیب شناسی اجتماعی (جامعه شناسی انحرافات)*. تهران: آوای نور.

صرامی، حمیدرضا (۱۳۹۶). سخن اول. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۱-۱.

عباس پور، ذبیح اله و قنبری، زهرا (۱۳۹۹). اثربخشی درمان خانواده محور بر نگرش به مصرف مواد در دانش آموزان دختر با اختلال مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۸۶-۱۷۱.

عزت پور، عمادالدین؛ رحمانی، خالد و بیدارپور، فرزاد (۱۳۹۵). بررسی علل مصرف مواد مخدر در جوانان سمنان با استفاده از نمونه گیری پنهان. *مجله روانشناسی و شناخت روانشناسی رشد*، ۵(۳)، ۲۱-۱۲.

غلامی آبی، محسن؛ عنایت، حلیمه و خسروی، رقیه (۱۳۹۹). تجربه زیسته زنان از خانواده نابسامان در فرایند اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۱۴۲-۱۱۳.

کیان ارثی، سارا؛ عباسپور، ذبیح اله و اصلانی، خالد (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک کننده سوء مصرف مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۶۱-۸۰.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۷). عوامل خطرزا و محافظت کننده مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در بین نوجوانان کشور. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۴، ۶۹-۳۸.

معارف وند، معصومه (۱۳۹۴). *راهنمای جامع مداخلات مددکاری اجتماعی در مراکز درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد*. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.

نعمتی سوگلی تپه، فاطمه و خالدیان، محمد (۱۴۰۱). مطالعه کیفی عوامل موثر بر عود مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراند تئوری. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۲۷۹-۳۰۷.

نعمتی سوگلی تپه، فاطمه؛ شاهمرادی، سمیه؛ رحیمی، فاطمه السادات و خالدیان، محمد (۱۳۹۹). بررسی عوامل تاثیر گذار در سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراند تئوری. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۳۴-۱۱.

## References

Andershed, A. K., Andershed, H., & Söderholm-Carpelan, K. (2010) 'Om insatser som kan användas i ungdomsvård och deras effekter' [On youth care interventions for young offenders, and their effects, in *Ungdomar som begår*

- brott. Vilka insatser fungerar?* [Youth Who Commit Crimes. Which Interventions Work?], eds. H. Andershed, A.-K. Andershed & K. Söderholm-Carpelan. Stockholm: Gothia.
- Anderson, N. (2016). *Most effective intervention for adolescent substance use disorder*. In BSU Honors Program Theses and Projects, Bridgewater State University.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Colistra, A. L., Crite Jr, C. E., Campbell, J. E., & Brickner, A. (2014). *Best Practices: Substance use disorder treatment for adolescents*. Alexandria, Virginia: American Counseling Association.
- Davies, P., Cummings, E., & Winter, M. (2004). Pathways between profiles of family functioning, child security in the interparental system, and child psychological problems. *Development and psychopathology*, 16, 525-550.
- Frank, A. A. (2013). *The Challenge of treating Adolescent addiction and mental illness: a program evaluation*. A dissertation for degree of doctor of psychology, The Adler school of professional psychology.
- Kohlmeier, G. M. (2019). *Study of the Impact of Adolescent Perceived Parenting Traits on the Development of Borderline, Narcissistic, and Histrionic Personality Disorders Based on Millon's Biopsychosocial Theory* (Doctoral dissertation, Adler University).
- Lindahl, K., Bregman, H., & Malik, N. (2012). Family boundary structures and child adjustment: The indirect role of emotional reactivity. *Journal of family psychology*, 26, 839-847.
- Smith, M. (2013). Care of adolescents who have mental health and substance misuse problems. *Mental health practice*, 16(5), 32-36.
- United Nations Office on Drugs & Crime. (2008). *Drugs and Age-Drugs and Associated Issues Among Young People and Older Nations Publication*. US: United Nations Office on Drugs & Crime.
- Wahab, S., Baharom, M. A., Rahman, F. N. A., Wahab, K. A., Zulkifly, M. A., Azmi, A. D., & Ahmad, N. (2021). The relationship of lifetime substance-use disorder with family functioning, childhood victimization, and depression, among juvenile offenders in Malaysia. *Addictive behaviors reports*, 14, 1-10.
- Waithima, C. (2017). Substance use assessment among school going adolescents in Kenya. *African journal of clinical psychology*, 1, 23-35.

## پیش‌بینی سبک‌های حل مسئله بر اساس ابعاد تمایز یافتگی خود در افراد وابسته به مواد مخدر

محمدحسین شریفی نیا<sup>۱</sup>، زهرا رحیمی یگانه<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۴

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر به منظور پیش‌بینی سبک‌های حل مسئله بر اساس ابعاد تمایز یافتگی خود در افراد وابسته به مواد مخدر انجام گرفت. **روش:** این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود و جامعه آماری آن شامل مردان و زنان وابسته به مواد بود که در سال ۱۳۹۹ به مراکز ترک اعتیاد شهر اراک مراجعه کردند. نمونه مطالعه ۲۷۰ نفر بود که با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. ابزار پژوهش پرسشنامه تمایز یافتگی و مقیاس شیوه‌های حل مسئله بود. داده‌ها با ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ابعاد تمایز یافتگی خود با سبک‌های حل مسئله در افراد وابسته به مواد رابطه معناداری داشتند. تحلیل رگرسیون نیز بیانگر آن بود که همجوشی با دیگران توانست سبک‌های خلاقیت و اعتماد به نفس را پیش‌بینی کند. همچنین، گسلس عاطفی توانست سبک‌های روی آورد و درماندگی را پیش‌بینی کند. به علاوه، واکنش هیجانی در گام دوم توانست سبک‌های خلاقیت و روی آورد را پیش‌بینی نماید. واکنش هیجانی نیز پیش‌بینی کننده سبک مهارگری بود، اما موقعیت من نتوانست هیچ یک از سبک‌های حل مسئله را پیش‌بینی نماید. **نتیجه‌گیری:** طبق این یافته‌ها سطح تمایز یافتگی خود نقش قابل توجهی در پیش‌بینی شیوه‌های رویارویی در افراد وابسته به مواد با مسائل و رویدادهای زندگی روزمره دارد. به همین دلیل، لازم است در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد برای کودکان و نوجوانان و همچنین در درمان افراد وابسته به مواد تمهیداتی برای ارتقاء سطح تمایز یافتگی آنان منظور گردد.

**کلیدواژه‌ها:** وابستگی به مواد، تمایز یافتگی خود، سبک‌های حل مسئله

۱. نویسنده مسئول: دکتری تخصصی روان‌شناسی، عضو هیئت علمی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران. پست الکترونیک:

sharifinia1@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد ذهن، مغز و تربیت، مؤسسه آموزش عالی علوم شناختی، تهران، ایران.



## مقدمه

وابستگی به مواد یک بیماری روان‌پزشکی مزمن است که سلامت جسمی و روانی افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد (روچکین، کوپوسو، اورلند، کلینتبرگ و گریگورنکو، ۲۰۲۱). مصرف مواد مخدر نه تنها عوارض فردی و اجتماعی زیادی بر معتاد و اطرافیان وی تحمیل می‌کند، بلکه مانع رشد و تکامل صفات مهمی مانند کارایی، استقلال، اعتماد به نفس و تصمیم‌گیری می‌گردد که وجود آنها برای یک زندگی سالم و سعادت‌مندانه ضروری است. در نتیجه، افراد معتاد به‌جای تلاش برای حل مسائل و مشکلات زندگی، به علت تفکرات ناسازگارانه و عدم اعتماد به نفس، در یک چرخه معیوب باتلاق‌گونه فرو می‌روند و به‌تدریج تمام ارزش‌های مادی و معنوی زندگی خود را از دست می‌دهند (شریفی‌نیا، ۱۴۰۱). توجه به واقعیت‌های فوق سبب شده است که روان‌شناسان و متخصصین علوم رفتاری طی دهه‌های اخیر پژوهش‌های فراوانی در جهت مطالعه عوامل و متغیرهای موثر در بروز اختلالات مصرف مواد به‌عمل آورند. آن‌ها پیوسته در تلاش‌اند تا متغیرهای بنیادینی را که در شکل‌گیری و استمرار اختلالات مصرف مواد نقش دارند، شناسایی نمایند تا بتوانند از آن در پیشگیری و درمان‌اعتیاد استفاده کنند. یکی از این متغیرها شیوه‌های حل مسئله در افراد معتاد به مواد مخدر و تفاوت آن‌ها با افراد غیر معتاد است.

شواهد پژوهشی حاکی از آن است که افراد معتاد در مواجهه با مسائل طبیعی زندگی از راهبردهای حل مسئله مناسب برخوردار نیستند (صابر، موسوی و صالحی، ۱۳۹۰). این افراد استعمال مواد را به مثابه شیوه‌ای برای فرونشاندن فوری تنش‌های روزانه و کنارآمدن با معضلات جاری خود در نظر می‌گیرند. از این رو، آنان در برابر استرس و دشواری‌های زندگی اغلب از سبک‌های ناکارآمد حل مسئله مانند سبک درماندگی، اجتناب و مهارگری استفاده می‌کنند (شریفی‌نیا، رحیمی یگانه و رحیمی دستجردی، ۱۴۰۰).

متین‌نژاد، موسوی و شمس اسفندآباد (۱۳۸۸) با مقایسه شیوه‌های حل مسئله و سبک‌های تفکر در معتادان و غیرمعتادان دریافتند که شیوه‌های حل مسئله و سبک‌های تفکر مصرف‌کنندگان مواد با افراد عادی متفاوت است. طبق یافته‌های این پژوهش، افراد معتاد

در مقایسه با افراد غیر معتاد بیشتر به سبک اجتنابی یا خود در ماندگی با چالش‌های زندگی مواجه شده و کمتر از شیوه‌های حل مسئله خلاقانه و روی آورد بهره می‌جویند. این وضعیت سبب می‌شود مصرف‌کنندگان مواد به تدریج گرفتار چرخه معیوب مصرف مواد- کاهش تنش شوند. ادامه این دور باطل به عمیق‌تر شدن وابستگی آنان به مواد می‌انجامد. حل مسئله<sup>۱</sup> فرایندی شناختی- رفتاری و مبتکرانه است که فرد به کمک آن راهبردهای مؤثر و سازگارانه‌ای را برای تصمیم‌گیری در مورد حوادث روزمره شناسایی یا ابداع می‌کند (شاکتر، گیلبرت و وگنر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). طبق یافته‌های پژوهشی کسانی که از توانایی حل مسئله کارآمدتری برخوردارند، بهتر می‌توانند با استرس‌ها و چالش‌های روزمره مقابله کنند و مشکلات روانی و اجتماعی کمتری دارند؛ زیرا استفاده از شیوه‌های کارآمد حل مسئله، یک راهبرد مقابله‌ای مهم است که فرد را قادر می‌سازد در موقعیت‌های دشوار، تأثیرات هیجانی را مهار کرده و بدین‌سان، از تنیدگی پیشگیری کرده و یا دست کم آن را کاهش دهد (شریفی نیا، ۱۴۰۱). به بیان دیگر، وقتی افراد در روند زندگی خویش با ابهام یا مشکلی مواجه می‌شوند، به‌طور طبیعی نوعی تنش یا فشار روانی را تجربه می‌کنند. با این حال، همه افراد با یک شیوه به استرس پاسخ نمی‌دهند. بعضی آن را به مثابه یک مسئله قابل حل در نظر گرفته و برای حل منطقی و عاقلانه آن تلاش می‌کنند و برخی در مقابل آن احساس عجز و ناتوانی کرده، به‌هم می‌ریزند. در گروه دوم، گاهی احساسات منفی به قدری شدید است که مانع واکنش هوشمندانه و مؤثر به معضل پیش رو می‌گردد. در چنین مواقعی ممکن است افراد برای کاهش فشار تنش‌های درونی به مقابله‌های ناسازگاری مثل کشیدن سیگار، نوشیدن الکل یا استعمال مواد رو آورند (احمدی و فرهادی، ۱۳۹۶). بدیهی است چنین عکس‌العمل‌های هیجانی و غیرمؤثر، نه تنها به حل مسئله نمی‌انجامد؛ بلکه بر پریشانی و اضطراب آن‌ها می‌افزاید. این نوع مقابله‌ها، مقابله هیجان‌مدار نامیده می‌شود؛ چون واکنش‌ها مبتنی بر احساسات و هیجان‌های فرد می‌باشند؛ نه بر منطق و تدبیر عقلانی. در حقیقت، هدف مقابله هیجان‌مدار، تغییر موقعیت استرس‌زا و کاهش فشار است، نه رویایی با مشکل و حل آن.

از سوی دیگر، پژوهش‌ها تایید کرده‌اند که هم سطوح تمایز یافتگی خود و هم شیوه‌های حل مسئله با سلامت روان و اختلالات رفتاری به‌ویژه وابستگی به مواد ارتباط دارند (زارعی و کاظمی پور، ۱۴۰۰). افرادی که تمایز یافتگی پایینی دارند، به‌طور قابل توجهی اضطراب مزمن بالایی را تجربه می‌کنند که مستعد بروز انواع بیماری‌های بدنی و روانی، مانند جسمانی کردن، الکلیسم و استعمال مواد مخدر هستند (لویینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). بوئن<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) نیز بر نقش تمایز یافتگی خود<sup>۳</sup> در فرایند حل مسئله و سلامت روان تاکید کرده است. تمایز یافتگی خود به میزان توانایی فرد در تفکیک خود از دیگران و همچنین جدا سازی فرایندهای عقلی از فرایندهای احساسی در تعاملات بین فردی اشاره دارد. طبق نظریه بوئن، تمایز یافتگی خود از چهار عامل واکنش هیجانی<sup>۴</sup>، گسلس عاطفی<sup>۵</sup>، هم‌جوشی با دیگران<sup>۶</sup> و موقعیت من<sup>۷</sup> تاثیر می‌پذیرد (جانکواسکی و هوپر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲). در حالت واکنش‌پذیری هیجانی، احساسات فرد بر عقل و منطقش غلبه دارد و تصمیم‌گیری‌های او عمدتاً متأثر از هیجان‌ها و حالات عاطفی او می‌باشد. افراد کمتر تمایز یافته، اغلب واکنشی عمل کرده و بیشتر انرژی روانی‌شان را به سمت تجربه هیجانی و شدت احساسات سوق می‌دهند. برای چنین کسانی مشکل است که در پاسخ به احساسات دیگران آرام باقی بمانند؛ گویا در یک دنیای هیجانی و احساسی به دام افتاده‌اند. در مقابل، افراد تمایز یافته ممکن است هیجان‌های شدیدی را تجربه کنند؛ ولی تحلیل نمی‌روند و واکنش آنها احساسی و غیر قابل کنترل نیست (تایتل من<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴). گسلس عاطفی نیز به فرار از بند پیوندهای عاطفی حل نشده اشاره دارد. اشخاص تمایز نیافته در موقعیت‌های هیجانی منفی، فشار روانی شدیدی را متحمل می‌شوند؛ از این رو، آنها اغلب با گسستن روابط عاطفی خود، عکس‌العمل نشان می‌دهند؛ اما افراد دارای سطوح بالای تمایز یافتگی که هویت تثبیت شده‌ای دارند، در چنین موقعیت‌هایی به جای جدایی عاطفی، به بازسازی رابطه بر اساس شرایط جدید می‌اندیشند (اسکورون، کوزلوسکی و پینکاس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰).

1. Lu-Ying
2. Bowen
3. self-differentiation
4. emotional reactivity
5. emotional cut off
6. fusion with others
7. I position
8. Jankowski, & Hooper
9. Titelman
10. Skowron, Kozlowski, & Pincus,

منظور از هم‌جوئی با دیگران این است که افراد تمایز نیافته در روابط صمیمانه نمی‌توانند مرز بین خود و دیگری را حفظ کرده و به‌سرعت با دیگران صمیمی می‌شوند. آنان به شدت نیازمند تایید و حمایت اطرافیان خود هستند و رفتارهای شان تحت تاثیر سیستم عاطفی محیط و واکنش اطرافیان شکل می‌گیرد و در نهایت، موقعیت من به معنای حفظ یک حس تعریف شده و شفاف از خود، در زمانی است که فرد از طرف دیگران تحت فشار قرار دارد. این حالت در توانایی فرد برای به کارگیری مواضع شخصی‌اش انعکاس می‌یابد. در این شرایط، افراد با تمایز پایین از لحاظ هیجانی و عاطفی به دیگران وابسته شده و خواست و رضایت دیگران را بر خواسته‌ها و رضایت خویش ترجیح می‌دهند. آنها دائماً نگران دیدگاه سایرین درباره خودشان هستند و کمتر به خواسته‌ها و نیازهای خویشتن اهمیت می‌دهند. به همین دلیل، قادر نیستند فردیت و استقلال خود را حفظ نمایند و ممکن است به دیگران وابسته شوند؛ اما افراد با سطح تمایز یافتگی بالا قادرند در روابط با دیگران، حالات و موضع من را حفظ کرده و برای خودشان مرز و معیار مشخص و روشنی داشته باشند (جانکواسکی و هوپر، ۲۰۱۲).

۲۲۷

227

پژوهش کر<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) آشکار ساخت که رشد تمایز یافتگی خود برای حفظ سلامتی و پیشگیری از اختلالات روانی اهمیت دارد. زیرا شکست در انطباق با سیستم خود متمایز سازی و مبالغه در فرآیند عاطفی، می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌های جسمی و روانی، از جمله اعتیاد به الکل و مواد مخدر باشد. جمالی، رحمتی و فضیلت پور (۱۳۹۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند سطح تمایز یافتگی خود رابطه معکوسی با شدت اعتیاد دارد. از این رو، می‌توان آن را به عنوان یک متغیر پیش‌بین برای سلامت خانواده و حمایت اجتماعی و گرایش به مواد در نظر گرفت. به گفته آنها هر چه سطح تمایز یافتگی خود بالاتر باشد، احتمال گرایش به مواد کمتر خواهد بود.

با جمع بندی تحقیقات فوق می‌توان استنباط کرد که احتمالاً هم تمایز نیافتگی خود و هم شیوه‌های غیر انطباقی حل مسئله با وابستگی به مواد مخدر ارتباط دارند. اما در مورد وجود رابطه سطوح تمایز یافتگی خود و سبک‌های حل مسئله در معنادان و همچنین امکان

پیش‌بینی شیوه‌های حل مسئله از روی سطح تمایز یافتگی خود، پژوهشی یافت نشد. از این رو، در تحقیق حاضر هدف پاسخگویی به این سوال است که آیا سطح تمایز یافتگی خود می‌تواند انواع سبک‌های حل مسئله را در افراد وابسته به مواد مخدر پیش‌بینی نماید؟ اهمیت پژوهش حاضر در آن است که اگر رابطه بین سطح تمایز یافتگی خود و شیوه‌های حل مسئله معنادار باشد و پیش‌بینی‌پذیری متغیر وابسته بر اساس متغیر مستقل در افراد معتاد تایید شود، می‌توان با ارتقاء سطح تمایز یافتگی خود، به افراد وابسته به مواد کمک کرد تا در مواجهه با مسائل و رویدادهای زندگی روزمره خویش، بیشتر از شیوه‌های کارآمد و مؤثر حل مسئله استفاده نمایند.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مردان و زنان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اراک در سال ۱۳۹۹ بودند. طبق دیدگاه جیمز استیونس در تحلیل رگرسیون چندگانه، به منظور افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها، بهتر است به ازای هر متغیر پیش‌بین حداقل ۱۵ آزمودنی در نظر گرفته شود (هومن، ۱۳۹۳) بنابراین، از این جامعه، ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مصرف مواد در طی یک سال گذشته، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تمایل به همکاری در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج نیز شامل ابتلا به اختلالات حاد روانی، مصرف داروهای روان‌پزشکی و سن کمتر از ۲۰ و بیشتر از ۶۰ سال داشتن بود. در نهایت با حذف پرسشنامه‌های مخدوش یا ناقص، ۲۷۰ پرسشنامه تحلیل شد. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص مورد توجه قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون گام به گام<sup>۱</sup> در نرم‌افزار اسپاس تحلیل شدند.

## ابزار

۱. پرسشنامه تمایز یافتگی: اسکورن و اشمیت<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) این مقیاس ۴۶ ماده‌ای را بر مبنای نظریه بوئن ساختند. پرسشنامه به صورت خود گزارشی است و به منظور سنجش تمایز یافتگی افراد به کار می‌رود و تمرکز اصلی آن بر ارتباطات مهم زندگی و روابط فرد با خانواده‌اش می‌باشد. پرسشنامه مذکور از ۴ خرده مقیاس واکنش هیجانی (۱۱ گویه)، گسلس عاطفی (۱۱ گویه) جایگاه من یا موقعیت من (۱۲ گویه) و هم‌جوشی با دیگران (۱۲ گویه) تشکیل شده است. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت (۱ تا ۶) نمره گذاری می‌شود. نمره بالا به معنای تمایز یافتگی و نمره پایین به معنای تمایز نیافتگی است. در پژوهش اسکورن و اشمیت (۲۰۰۳) پایایی کل آزمون با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی خرده مقیاس‌های واکنش هیجانی، موقعیت من، گسلس عاطفی و هم‌جوشی با دیگران به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۴ گزارش گردید. در ایران، اسکیان (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را در نمونه عادی ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۶۰، ۰/۶۵ و ۰/۷۰ به دست آورد. طالبی و غباری بناب (۱۳۹۱) نیز با استفاده از آلفای کرونباخ، به ضریب پایایی ۰/۷۸ برای کل مقیاس دست یافتند. در پژوهش فخاری، لطیفیان و اعتماد (۱۳۹۳) نیز ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تمایز یافتگی ۰/۷۸ به دست آمد.

۲. مقیاس شیوه‌های حل مسئله: این مقیاس که در سال ۱۹۹۶ توسط کسیدی و لانگ<sup>۲</sup> معرفی گردید، ۲۴ گویه دارد و ۶ شیوه متمایز در برخورد با موقعیت‌های مسئله‌دار را اندازه‌گیری می‌کند. این شیوه‌ها عبارتند از: درماندگی یا بی‌یاوری (سؤال‌های ۱ تا ۴)، مهارگری یا کنترل (سؤال‌های ۵ تا ۸)، خلاقیت (سؤال‌های ۹ تا ۱۲)، اعتماد به نفس در حل مسئله (سؤال‌های ۱۳ تا ۱۶)، اجتناب (سؤال‌های ۱۷ تا ۲۰) و روی آورد یا تقرب (سؤال‌های ۲۱ تا ۲۴) می‌باشد. هر گویه دارای سه گزینه بله (نمره ۱)، خیر (نمره ۰) و نمی‌دانم (نمره ۰/۵) است. آزمودنی باید موافقت یا مخالفت خود را در برابر هر گزاره که شیوه واکنش وی را در برابر مسائل و موقعیت‌های خاص نشان می‌دهد، اعلام کند و اگر

بین آن دو مردد بود، می‌تواند گزینه نمی‌دانم را برگزیند. دزوربلا، نزو و میدئو-لیوارس<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های سبک درماندگی ۰/۸۶، سبک مهارگری ۰/۶۰، سبک اجتناب ۰/۵۱، سبک خلاقیت ۰/۶۶، سبک اعتماد به نفس ۰/۶۶، و سبک روی آورد ۰/۵۳ گزارش کرده‌اند. عبدی (۱۳۸۰) نیز در نمونه ایرانی، به ترتیب به ضرایب آلفا ۰/۶۵، ۰/۶۱، ۰/۶۱، ۰/۷۱، ۰/۷۰ و ۰/۵۵ برای هر خرده مقیاس دست یافت. همچنین ضریب آلفا در بررسی باباپور خیرالدین، رسول زاده طباطبایی، اژه‌ای و فتحی آشتیانی (۱۳۸۲) برابر با ۰/۷۷ و ضریب روایی آن با در نظر گرفتن شاخص پایایی به عنوان ضریب اعتبار (برابر با ریشه دوم ضریب پایایی)، ۰/۸۷ گزارش گردید.

### یافته‌ها

اعضای نمونه در دامنه سنی ۲۴ تا ۵۷ سال با میانگین  $31.5 \pm 8.1$  قرار داشتند. از مجموع آن‌ها ۷۹ درصد مرد و ۲۱ درصد زن بودند. به لحاظ سطح تحصیلات، ۲۱۲ نفر (معادل ۷۹ درصد) زیر دیپلم، ۴۲ نفر (۱۵ درصد) دیپلم و ۱۶ نفر (۶ درصد) بالاتر از دیپلم بودند. از نظر وضعیت تاهل نیز، ۴۹ درصد متاهل، ۳۹ درصد مجرد و ۱۲ درصد طلاق گرفته بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر اصلی	زیرمقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
تمایز یافتگی خود	واکنش هیجانی	۲۴/۷۱	۹/۷۷
	موقعیت من	۴۳/۴۹	۰/۳۹
	گسلش عاطفی	۲۵/۷۵	۸/۸۵
	هم‌جوشی	۲۸/۴۲	۱/۰۶۶
حل مسئله	درماندگی	۳/۰۵	۰/۷۴
	مهارگری	۳/۲۸	۱/۳۳
	خلاقیت	۲/۳۱	۱/۳۵
	اعتماد به نفس	۲/۶۲	۱/۴۳
	اجتناب	۳/۵۵	۰/۹۲
	روی آورد	۲/۳۹	۱/۸۷

پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف<sup>۱</sup> استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ( $p > 0/05$ ). جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دورین-واتسون<sup>۲</sup> استفاده شد که مقدار آن  $1/98$  به دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه  $1/5$  تا  $2/5$  قرار دارد، می‌توان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی نیز برقرار است. همچنین مفروضه هم خطی برای متغیرهای پیشین با استفاده از ضریب تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه هم خطی محقق شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آن‌ها از حد بحرانی ۲ کمتر بود. بر این اساس، آزمون همبستگی پیرسون بین سبک‌های حل مسئله و ابعاد تمایز یافتگی خود اجرا گردید که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: ماتریس ضرایب همبستگی بین سبک‌های حل مسئله و ابعاد تمایز یافتگی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. واکنش هیجانی	-									
۲. موقعیت من	$-0/486^{**}$	-								
۳. گسلسش عاطفی	$-0/283^{**}$	$0/267^{**}$	-							
۴. هم‌جوشی با دیگران	$0/371^{**}$	$-0/321^{**}$	$-0/352^{**}$	-						
۵. در ماندگی	$0/254^{**}$	$0/245^{**}$	$-0/280^{**}$	$0/188^{**}$	-					
۶. مهارگری	$0/231^{**}$	$-0/151^{**}$	$-0/184^{**}$	$0/221^{**}$	$0/481^{**}$	-				
۷. خلاقیت	$-0/159^{**}$	$0/048$	$0/080$	$-0/378^{**}$	$-0/357^{**}$	$-0/281^{**}$	-			
۸. اعتماد به نفس	$-0/239^{**}$	$0/423^{**}$	$0/225^{**}$	$-0/265^{**}$	$-0/396^{**}$	$-0/341^{**}$	$0/563^{**}$	-		
۹. اجتناب	$0/067$	$-0/189^{**}$	$-0/163^{**}$	$0/004$	$0/618^{**}$	$0/417^{**}$	$-0/182^{**}$	$-0/386^{**}$	-	
۱۰. روی آورد	$-0/180^{**}$	$0/222^{**}$	$0/383^{**}$	$-0/176^{**}$	$-0/171^{**}$	$-0/032$	$0/294^{**}$	$0/583^{**}$	$-0/451^{**}$	-

$**p < 0/01$   $*p < 0/05$



همان‌طور که از داده‌های جدول فوق برمی‌آید، سبک درماندگی با تمام ابعاد تمایز یافتگی خود رابطه معناداری دارد. هرچند این رابطه با سه بعد واکنش هیجانی، گسلس عاطفی و هم‌جوشی با دیگران، مثبت و با بعد «موقعیت من» منفی است. سبک مهارگری نیز با تمام ابعاد تمایز یافتگی رابطه معنادار داشت؛ با این تفاوت که رابطه آن با واکنش هیجانی و گسلس عاطفی، معکوس و با موقعیت من و هم‌جوشی با دیگران، مثبت بود. طبق جدول ۲، رابطه سبک خلاقیت با واکنش هیجانی ضعیف و با هم‌جوشی با دیگران نسبتاً نیرومند می‌باشد. در حالی که بین سبک اعتماد به نفس و تمام ابعاد تمایز یافتگی خود رابطه مثبتی برقرار است، سبک اجتناب رابطه ضعیفی با دو بعد موقعیت من و گسلس عاطفی دارد. در مقابل، سبک روی آورد با همه ابعاد خود تمایز یافتگی رابطه مثبت داشت. در جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی سبک‌های حل مسئله بر اساس زیرمقیاس‌های تمایز یافتگی خود گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی سبک‌های حل مسئله از طریق مؤلفه‌های تمایز یافتگی خود

متغیر ملاک	مدل	متغیر پیشین	R <sup>2</sup>	B	S.E.	$\beta$	ضریب T	آماره F	سطح معناداری
خلاقیت	۱	هم‌جوشی با دیگران	۰/۱۴۹	۰/۰۸۴	۰/۰۱۲	۰/۳۸۶	۶/۸۴۴	۴۶/۸۴۵	۰/۰۰۱
	۲	هم‌جوشی با دیگران + واکنش هیجانی	۰/۲۵۴	-۰/۱۵۲	۰/۰۲۵	-۰/۶۴۱	-۶/۱۵۰	۴۵/۵۵۳	۰/۰۰۱
اعتماد به نفس	۱	هم‌جوشی با دیگران	۰/۰۷۰	۰/۰۶۰	۰/۰۱۳	۰/۲۶۵	۴/۵۰۱	۲۰/۲۲۵	۰/۰۰۱
روی آورد	۱	گسلس عاطفی	۰/۱۴۴	۰/۰۷۹	۰/۰۱۲	۰/۳۸۰	۶/۷۲۶	۴۵/۲۳۵	۰/۰۰۱
	۲	گسلس عاطفی + واکنش هیجانی	۰/۱۸۱	-۰/۰۵۸	۰/۰۱۷	-۰/۳۰۸	-۳/۴۷۶	۲۹/۵۹۴	۰/۰۰۱
درماندگی	۱	گسلس عاطفی	۰/۰۷۶	-۰/۰۵۴	۰/۰۱۲	-۰/۲۷۶	-۴/۷۰۲	۲۲/۱۱۰	۰/۰۰۱
مهارگری	۱	واکنش هیجانی	۰/۰۵۲	-۰/۰۳۱	۰/۰۰۸	-۰/۲۲۹	-۳/۸۴۵	۱۴/۷۸۶	۰/۰۰۱
اجتناب	۱	موقعیت من	۰/۰۳۵	۰/۰۵۸	۰/۰۰۵	۰/۱۸۷	-۲/۶۵۴	۱۱/۳۶۴	۰/۰۷۸

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که بیشتر سبک‌های حل مسئله از روی ابعاد تمایز یافتگی خود قابل پیش‌بینی هستند. طبق این داده‌ها، در گام اول بعد هم‌جوشی با دیگران با ۰/۱۴ واریانس، توان پیش‌بینی مواجهه با مشکلات به شیوه خلاقانه را دارد و در گام دوم همراه با بعد واکنش هیجانی با ۰/۲۵ واریانس توانستند شیوه خلاقیت را تبیین نمایند. افزون بر این، متغیر هم‌جوشی با دیگران در یک گام می‌تواند با ۰/۰۷ واریانس سبک اعتماد به نفس را پیش‌بینی کند. مؤلفه گسلس عاطفی نیز در گام نخست با ۰/۱۴ واریانس و با اضافه شدن واکنش هیجانی در گام دوم با ۰/۱۸ واریانس در پیش‌بینی حل مسئله به شیوه روی آورد سهم داشتند. زیر مقیاس‌های گسلس عاطفی با ۰/۰۷ واریانس و واکنش هیجانی با ۰/۰۵ واریانس نیز در یک گام توانستند سبک‌های درماندگی و مهارگری را پیش‌بینی کنند (P < ۰/۰۱). ولی مؤلفه موقعیت من با ۰/۰۳ واریانس، توان پیش‌بینی سبک مسئله به شیوه اجتنابی را نداشت (P > ۰/۰۷۸).

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد سطح خودتمایز یافتگی افراد وابسته به مواد با رویکرد آنان به حل چالش‌ها و مسائل زندگی ارتباط معناداری دارد. افزون بر این معلوم شد برخی سبک‌های حل مسئله را می‌توان از روی ابعاد تمایز یافتگی پیش‌بینی نمود. این یافته‌ها با مطالعات پیشین که تایید می‌کنند افراد دارای تمایز یافتگی پایین در مواجهه با رویدادهای روزمره بیشتر به شیوه‌های هیجانی و غیرانطباقی واکنش نشان می‌دهند، و همچنین تحقیقاتی که بیانگر خودتمایز یافتگی ضعیف در معتادان به مواد مخدر است، همسو می‌باشد. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به تحقیق اسکورن<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) در مورد پیش‌بینی سازگاری روان‌شناختی و مهارت‌های حل مسئله از روی سطوح تمایز خود در رنگین پوستان بومی آمریکا، مطالعه توربرگ و لیورز<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) بر روی سطح تمایز یافتگی خود در گروه معتادان به الکل و مواد مخدر، یافته مغاللو و کولیوند (۱۳۹۷) در خصوص سطوح تمایز یافتگی خود و خودمهارگری شناختی معتادان، تحقیق رحیمی پردنجانی و محمدزاده ابراهیمی (۱۳۹۵) در باب رابطه ابعاد تمایز یافتگی خود با گرایش نوجوانان به مصرف مواد

و کاظمیان و دلاور (۱۳۹۰) در مورد ارتباط بین سطح تمایز یافتگی مردان متأهل با اعتیاد، اشاره کرد.

برای تبیین رابطه ابعاد تمایز یافتگی و سبک‌های حل مسئله نخست باید اهمیت خود تمایز یافتگی در سازمان روانی انسان و تاثیر آن بر فرایندهای شناختی، از جمله فرایند حل مسئله را بررسی گردد. تمایز یافتگی به عنوان سازه‌ای با ابعاد درونی و بین فردی، به توانایی حفظ خود آگاهی و خودمختاری در عین حفظ پیوندهای فرد با خانواده و اطرافیان اشاره دارد. تمایز در بعد درونی شامل توانایی تنظیم احساسات و تشخیص افکار از احساسات است. تمایز در بعد بین فردی نیز، مستلزم ظرفیت توسعه یک احساس مستقل از خود، در عین حفظ روابط نزدیک با سایر افراد مهم، به ویژه خانواده می‌باشد. علاوه بر این، سطح تمایز یافتگی خود، میزان تفکیک پذیری بین واکنش‌های منطقی و هیجانی و همچنین استقلال فرد از دیگران را نشان می‌دهد (بوئن، ۲۰۱۳). در نتیجه، هرچه فرد از تمایز یافتگی بالاتری برخوردار باشد، در مواجهه با رویدادها و مسائل زندگی، بیشتر از راهبردهای مسئله‌مدار استفاده می‌کند؛ برعکس، افراد تمایز نیافته در چنین موقعیت‌هایی عمدتاً به راهبردهای هیجان‌مدار متوسل می‌شوند (اسکورن، ۲۰۰۴).

وانگهی، حل مسئله یکی از مهم‌ترین سامانه‌های ساختاریافته شناختی است که طیفی از پاسخ‌های کارآمد تا ناکارآمد را در مواجهه با موقعیت‌های دشوار زندگی فراهم می‌سازد. وقتی افراد با مسائل و چالش‌های میان فردی مواجه می‌شوند، در صورتی که قادر به حل منطقی و سازنده این چالش‌ها نباشند، دچار مشکلات رفتاری و افت شدید کیفیت زندگی خواهند شد (بورخولدر، هوانگ و ویمن، ۲۰۲۱). حال با عنایت به اینکه افراد تمایز نیافته همواره از نوعی اضطراب مزمن رنج می‌برند، در رویارویی با رویدادها و حوادث زندگی اغلب به گونه‌ای غیر انطباقی تصمیم‌گیری و عمل می‌کنند که نتایج آن اغلب زمینه تشدید اضطراب را فراهم می‌سازد. این اضطراب که واجد نشانه‌های جسمی و روانی است، می‌تواند به رفتارهای آسیب‌زایی همچون استعمال مواد مخدر و بز هکاری بینجامد (هیفنر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). هیفنر (۲۰۱۴) ضمن تاکید بر این موضوع که افراد با سطوح خود تمایز یافتگی

متفاوت، سبک‌های مختلفی از شیوه‌های حل مسئله را به کار می‌برند؛ خاطر نشان می‌کند در موقعیت‌های مسئله‌دار افراد دارای سطوح بالای تمایز یافتگی، اغلب از تکنیک‌های مقابله عقلانی و اشخاص دارای سطوح تمایز یافتگی پایین، بیشتر از سبک‌های هیجانی بهره می‌برند؛ زیرا این افراد بیشتر با فرایندهای عاطفی درگیر می‌شوند؛ در نتیجه، ناچار به سرکوب‌گری خویش یا واکنش تهاجمی روی می‌آورند.

افزون بر این، نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام ابعاد چهارگانه تمایز یافتگی با شش خرده مقیاس حل مسئله حاکی از آن بود که در افراد وابسته به مواد، هم‌جوشی با دیگران و واکنش هیجانی، پیش‌بینی‌کننده سبک خلاقیت، هم‌جوشی با دیگران، پیش‌بینی‌کننده سبک اعتماد به نفس، گسلش عاطفی و واکنش هیجانی پیش‌بینی‌کننده سبک روی آورد به حل مسئله می‌باشند. بدین ترتیب، این سه متغیر بیشترین نقش را در پیش‌بینی سبک‌های انطباقی حل مسئله در گروه معتادان دارند. در مورد سبک‌های غیر انطباقی حل مسئله هم تحلیل داده‌ها آشکار ساخت که سبک‌های درماندگی و مهارگری را می‌توان به ترتیب از زیر مقیاس‌های گسلش عاطفی و واکنش هیجانی پیش‌بینی کرد؛ اما حل مسئله به شیوه اجتنابی از روی هیچ یک از ابعاد تمایز یافتگی پیش‌بینی نشد.

در توجیه پیش‌بینی‌پذیری سبک خلاقیت بر اساس هم‌جوشی با دیگران و واکنش هیجانی می‌توان از استدلال پلگ و ذوبی<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) استمداد جست؛ چرا که هرچه هم‌جوشی با دیگران و واکنش‌های هیجانی فرد شدیدتر باشد، زمینه تمسک وی به راهبردهای خلاقانه کمتر خواهد شد. به عبارت دیگر، افراد هیجانی و ذوب شده در دیگران، به هنگام روبرو شدن با رخدادها و معضلاتی که نیازمند تصمیم است، به جای رویکرد مسئله‌مدار، مواجهه ای هیجان‌مدار خواهند داشت و این امر بر پاسخ‌دهی به شیوه خلاقانه تاثیر منفی می‌گذارد. در واقع، از آنجا که افراد تمایز یافته‌تر از من قوی‌تر، واکنش‌های منطقی‌تر، رابطه اصیل‌تر و سازنده‌تری با دیگران برخوردارند، در هنگام رویارویی با مسائل و حوادث روزمره زندگی به شیوه‌های کارآمدتر و مؤثرتری تصمیم می‌گیرند (نریمانی، هاشمی، قاسم زاده، ماشینچی عباسی و فتوحی بناب، ۱۳۸۹). بدین سان، همان‌طور که ارسنجیز، یلدیز، ساوسی

وگرفیث<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) بیان کرده‌اند، افرادی که در هم‌جوشی با دیگران و واکنش‌های هیجانی نمره بالاتری می‌گیرند، در موقعیت‌های مسئله‌مدار کمتر از خود خلاقیت نشان می‌دهند.

برای فهم علت تاثیرگذاری هم‌جوشی با دیگران بر سبک اعتماد به نفس، باید به این نکته توجه داشت که در آمیختگی و تکیه مفرط به دیگران باعث کاهش احساس خودکارآمدی و باور به توانایی خویش در حل معضلات زندگی می‌گردد. همان‌طور که اشاره شد خودمختاری و استقلال رای به فرد اعتماد به نفس می‌بخشد؛ در مقابل، وابستگی و اتکا به دیگران، انتظار تأثیرگذاری یا باور شخص به اینکه خودش می‌تواند بر مشکلات فائق آید را کاهش داده و او با اعتماد به نفس کمتری به استقبال مسائل خواهد رفت. بندورا<sup>۲</sup> (۳۰۱۳) معتقد است خیلی از افراد می‌دانند باید چه کار کنند و مهارت لازم برای انجام آن را دارند؛ ولی چون به توانایی خود اعتماد ندارند، نمی‌توانند آن عمل را به خوبی انجام بدهند. به همین دلیل افرادی که مهارت‌های مشابهی دارند، در موقعیت‌های مختلف به شکل ضعیف، رضایت‌بخش، یا فوق‌العاده عمل می‌کنند. به گفته وی، میزان اعتماد به نفس افراد وابسته و متکی به دیگران در رویارویی با رویدادهای چالش‌انگیز، از قضاوت دیگران تأثیر می‌پذیرد.

به بیان ساده‌تر، وابستگی شدید به دیگران احساس استقلال و بی‌نیازی از دیگران را در آن‌ها از بین می‌برد. به همین دلیل، در مواقع بحرانی نمی‌توانند خودشان را از سایرین جدا فرض کنند؛ و لذا خواست و رضایت دیگران را بر خواست و مصلحت خویش ترجیح می‌دهند. این وضعیت سبب می‌شود احساس عدم کفایت و ناامنی کرده و خودباوری را از دست بدهند. از این رو، در موقعیت‌های بین‌فردی از استحکام درونی کافی برای نه گفتن به خواسته‌های غیرمنطقی و نادرست دیگران برخوردار نیستند و بر خلاف میل خود، به درخواست‌های نامعقول دیگران تن می‌دهند. این وضعیت، به طور آشکار بستر مناسبی را برای گرایش این افراد به سمت مواد مخدر فراهم می‌سازد.

در تبیین دلایل پیش‌بینی‌پذیری سبک روی آورد از روی گسلس عاطفی و واکنش هیجانی، توجه به این نکته ضروری است که افراد دارای این سبک معمولاً نگرش مثبتی به مشکلات زندگی دارند و آن را فرصتی برای رشد و توسعه استعدادهای خود می‌دانند. این اشخاص به جای اینکه خودشان را درگیر هیجان‌ات مربوط به معضلات روزانه نمایند، شجاعانه با مسائل روبرو شده و بر حل آنها متمرکز می‌شوند. آنها همچنین با فعالیت بیشتر، به جستجوی کمک و کسب راهنمایی از دیگران برمی‌آیند (خرمایی و زابلی، ۱۳۹۷). بدیهی است چنین واکنشی با دو خصوصیت گسلس عاطفی و واکنش هیجانی که اغلب استعمال‌کنندگان مواد به آن دچار می‌باشند، در تعارض است؛ زیرا این افراد به دلیل انزوایی و گسیختگی عاطفی با اطرافیان نمی‌توانند مشکلات خود را با آنان در میان گذاشته و از آنان درخواست راهنمایی نموده و استمداد بطلبند. افزون بر این، ویژگی هیجانی بودن موجب ترس و نگرانی آنها از رویارویی با مشکلات می‌شود.

در مورد علت شایع بودن سبک درماندگی در معتادان و پیش‌بینی آن از روی گسلس عاطفی، می‌توان به نظریه درماندگی آموخته شده سلیگمن<sup>۱</sup> (۱۹۷۲) استناد کرد. وی معتقد است درماندگی آموخته شده که به خاطر تکرار حوادث کنترل‌ناپذیر ایجاد می‌شود، علاوه بر یک ساخت شناختی منفی، به نواقص انگیزشی، شناختی و هیجانی نیز، منجر می‌شود. بدیهی است معتادان که از احساس طردشدگی، انزوایی و بی‌عملی رنج می‌برند و غالباً می‌پندارند هیچ کنترلی بر رفتارهای اعتیادی خود ندارند، در شرایط چالش و تهدید نسبت به توانایی خود برای فائق آمدن بر مشکلات دچار تردید شده و در برابر مسائل زندگی، از خود حالت عجز و درماندگی نشان می‌دهند. با این توضیح، به نظر می‌رسد یکی از دلایلی که افراد معتاد اغلب به صورت منفی و غیرانطباقی به حوادث زندگی واکنش نشان می‌دهند، آن است که آنها به دلیل احساس فشار روانی شدید و اضطراب مزمن ناشی از واکنش‌های هیجانی، گسلس عاطفی و ضعیف بودن من، در رویارویی با مشکلات و مسائل احساس ناامنی و بی‌پناهی می‌کنند. بدین جهت، افراد معتاد نسبت به افراد سالم، در مواجهه با مسائل زندگی خود، بیشتر سبک مهارگری و درماندگی را بروز داده و کمتر از

افکار مثبت و رفتارهای سازنده سود می‌جویند. چنین افرادی نمی‌توانند در برابر مشکلات کارایی مناسبی از خود نشان دهند. بدیهی است که این وضعیت باعث پریشانی بیشتر آنان و تداوم این چرخه معیوب می‌گردد (بوجد و نیک‌منش، ۲۰۱۳).

بدین سان، از مجموع یافته‌های پژوهش می‌توان استنباط کرد که سطح تمایز یافتگی خود، در سبک تفکر، تصمیم‌گیری و چگونگی رویارویی با چالش‌ها و معضلات روزمره نقش دارند؛ علاوه بر این، هرچه میزان تمایز یافتگی افراد بیشتر باشد، افراد از سازگاری شخصی بالاتر و مهارت‌های حل مسئله کارگشتری برخوردار خواهند بود. بنابراین، افراد معتاد که از تمایز یافتگی پایین‌تری برخوردارند، در رویارویی با مسائل و مشکلات طبیعی زندگی از راهبردهای حل مسئله مناسب برخوردار نبوده و بیشتر به صورت غیرانطباقی عمل می‌کنند. این افراد در هنگام مواجهه با رویدادها و حوادث ناگوار و دشوار زندگی، اغلب احساس درماندگی کرده و می‌کوشند با توسل به راهبرد فرار یا به تعویق انداختن، از مواجهه با آنها اجتناب کنند. زیرا خود را بی‌پناه و درمانده می‌دانند و از اعتماد به نفس لازم برای رویارویی خلاقانه با آنها برخوردار نیستند. از این رو، برای پیشبرد امور زندگی خود فاقد توان برنامه‌ریزی و درک راه‌حل‌های سازنده و مؤثر هستند و کارآمدی لازم را برای حل مدبرانه مشکلات زندگی از خود نشان نمی‌دهند.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش مربوط به ابزار اندازه‌گیری می‌شود؛ زیرا در پرسشنامه‌های خودسنجی همواره این نگرانی وجود دارد که پاسخ آزمودنی‌ها توأم با سوگیری باشد. افزون بر این، به دلیل اینکه جامعه آماری تحقیق به یک استان محدود بود، در تعمیم یافته‌های آن به دیگر استان‌های کشور باید محتاط بود. مقطعی بودن پژوهش به یک دوره سه ماهه و بیماران معتادی که تنها در مراکز ترک اعتیاد حضور داشتند، نیز محدودیت دیگر این پژوهش به‌شمار می‌رود. همسو با یافته‌های این تحقیق و مطالعات گوناگون که پایین بودن سطح تمایز یافتگی خود را یکی از عوامل زمینه‌ساز شکست در حل مسائل روزمره و آمادگی برای اعتیاد می‌دانند، گنجانیدن آموزش مهارت‌های زندگی، به ویژه آموزش مهارت‌های ابراز وجود، تقویت من و همچنین مهارت‌های حل مسئله در مواجهه با رویدادهای فشارزا و تفکیک احساس از عقل در تصمیم‌گیری و آموزش فنون

کارآمد ارتباط بین فردی در برنامه‌های درمانی معتادان ضروری به نظر می‌رسد. همچنین لازم است در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد برای کودکان و نوجوانان نیز، آموزش‌هایی برای ارتقاء سطح تمایز یافتگی خود ارائه گردد.

## منابع

- احمدی، سیروس و فرهادی، الهام (۱۳۹۶). بررسی رابطه مهارت حل مسئله و احساس امنیت در بین زنان. فصلنامه پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، ۶(۲)، ۴۴-۳۳.
- اسکیان، پرستو (۱۳۸۴). بررسی تاثیر سایکودرام بر افزایش تمایز یافتگی فرد از خانواده اصلی در دانش آموزان دختر دبیرستانی منطقه ۵ تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ رسول زاده طباطبایی، سید کاظم؛ اژهای، جواد و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روان‌شناختی دانشجویان. مجله روان‌شناسی، ۷(۲۵)، ۱۶-۳.
- جمالی، هما؛ رحمتی، عباس و فضیلت پور، مسعود (۱۳۹۷). مدل‌یابی ساختاری شدت اعتیاد بر اساس سلامت و حمایت خانواده اصلی با میانجی‌گری تمایز یافتگی خود. اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۶)، ۱۳۷-۱۵۶.
- خرمایی، فرهاد و زابلی، مصطفی (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سبک‌های حل مسئله و اهمال‌کاری تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی: نقش میانجی خودکارآمدی تحصیلی. دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری، ۶(۱۰)، ۳۸-۱۷.
- رحیمی پردنجانی، طیبه و محمدزاده ابراهیمی، علی (۱۳۹۵). رابطه بین تمایز یافتگی خود با آمادگی به اعتیاد بر اساس نظام خانوادگی بوئن. مجله طب انتظامی، ۵(۱)، ۱۶-۷.
- زارعی، سلمان و کاظمی پور، احمد (۱۴۰۰). نقش تعدیل‌کننده سالم‌زیستی مذهبی و خودتمایز یافتگی در رابطه بین ملال روان‌شناختی با گرایش به اعتیاد در بین دانش‌آموزان پسر شهر نورآباد. دومه‌نامه علمی-پژوهشی فیض، ۲۵(۱)، ۷۷۶-۷۶۷.
- شریفی نیا، محمدحسین (۱۴۰۱). روان‌شناسی اختلالات مصرف مواد با رویکرد پیشگیرانه. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه و سمت.



شریفی‌نیا، محمدحسین؛ رحیمی یگانه، زهرا و رحیمی دستجردی، محمد (۱۴۰۰). پیش‌بینی شیوه‌های ناکارآمد حل مسئله براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معنادان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۵۲-۲۳۱.

صابر، فاطمه؛ موسوی، سیدولی‌الله و صالحی، ایرج (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های حل مسئله در مردان معتاد و غیر معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹(۵)، ۵۶-۳۹.

طالبی، مریم و غباری بناب، باقر (۱۳۹۱). تعیین رابطه تمایز یافتگی خود، هوش هیجانی و رضایت زناشویی در مراکز مشاوره شهر شاهرود. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۸(۵)، ۳۱-۱۵.

عبدی، رضا (۱۳۸۰). مقایسه سبک‌های حل مسئله در افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

فخاری، نرگس؛ لطیفیان، مرتضی و اعتماد، جلیل (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه تمایز یافتگی خود در دانشجویان ایرانی. *اندازه‌گیری تربیتی*، ۴(۱۵)، ۵۴-۳۵.

کاظمیان، سمیه و دلاور، علی (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین تمایز یافتگی با میزان تمایل به اعتیاد در مردان متأهل. *پروپوزانه نظم و امنیت انتظامی*، ۴(۴)، ۱۱۵-۱۰۵.

متین‌نژاد، سیده اعظم؛ موسوی، سیدعلی محمد و شمس اسفندآباد، حسن (۱۳۸۸). مقایسه شیوه‌های حل مسئله و سبک‌های تفکر در افراد مصرف‌کننده مواد و افراد غیر معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۱۱)، ۲۴-۱۱.

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

نریمانی، مهدی؛ هاشمی، تورج؛ قاسم زاده، ابوالفضل؛ ماشینچی عباسی، نعیمه و فتوحی بناب، سکینه (۱۳۸۹). آموزش خود متمایزسازی بوئن و عود نشانه‌های سوء مصرف مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۳(۱۱)، ۶۴-۴۵.

هومن، حیدرعلی (۱۳۹۳). *استنباط آماری در پژوهش رفتاری*. تهران: سمت.

## References

- Bandura, A. (2013). The role of self-efficacy in goal-based motivation. *New developments in goal setting and task performance*, 23, 147-157.
- Bojed, F. B., & Nikmanesh, Z. (2013). Role of early maladaptive schemas on addiction potential in youth. *International journal of high-risk behaviors & addiction*, 2(2), 72-90.
- Bowen, M. (2013). *The origins of family psychotherapy: The NIMH family study project*. Lanham, Maryland: Jason Aronson, Incorporated.

- Burkholder, E., Hwang, L., & Wieman, C. (2021). Evaluating the problem-solving skills of graduating chemical engineering students. *Education for chemical engineers*, 34, 68-77.
- Cassidy, T., & Long, C. (1996). Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British journal of clinical psychology*, 35(2), 265-277.
- D'zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2004). *Social problem solving: theory and assessment*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Ercengiz, M., Yildiz, B., Savci, M., & Griffiths, M. D. (2020). Differentiation of self, emotion management skills, and nomophobia among smartphone users: The mediating and moderating roles of intolerance of uncertainty. *The social science journal*, 1, 1-15.
- Haefner, J. (2014). An application of Bowen family systems theory. *Issues in mental health nursing*, 35(11), 835-841.
- Jankowski, P. J., & Hooper, L. M. (2012). Differentiation of self: A validation study of the Bowen theory construct. *Couple and family psychology: research and practice*, 1(3), 226-249.
- Kerr, K. B. (2021). Applying Bowen theory to psychiatric assessment and disposition in the ED. *Journal of the American psychiatric nurses association*, 00(0), 1-12.
- Lu-Ying, N. I. U. (2019). *The mediating role of self-differentiation in the relationship between college students' cell phone dependence and family function*. In 4th Annual International Conference on Social Science and Contemporary Humanity Development (SSCHD 2018) (pp. 5-9). Atlantis Press.
- Peleg, O., & Zoabi, M. (2014). Social anxiety and differentiation of self: A comparison of Jewish and Arab college students. *Personality and individual differences*, 68, 221-228.
- Ruchkin, V., Kopusov, R., Orelan, L., Klinteberg, B., & Grigorenko, E. L. (2021). Dopamine-related receptors, substance dependence, behavioral problems and personality among juvenile delinquents. *Personality and individual differences*, 169, 109-130.
- Schacter, D. L., Gilbert, D. T., & Wegner, D. M. (2011). *Psychology*, second edition. New York: Worth Publishers.
- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual review of medicine*, 23(1), 407-412.
- Skowron, E. A. (2004). Differentiation of self, personal adjustment, problem solving, and ethnic group belonging among persons of color. *Journal of counseling & development*, 82(4), 447-456.
- Skowron, E. A., & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of marital and family therapy*, 29(2), 209-222.

- Skowron, E. A., Kozlowski, J. M., & Pincus, A. L. (2010). Differentiation, self–other representations, and rupture–repair processes: Predicting child maltreatment risk. *Journal of counseling psychology*, 57(3), 304-324.
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive behaviors*, 31(4), 732-737.
- Titelman, P. (2014). *Differentiation of self: Bowen family systems theory perspectives*. UK: Routledge.



## ارائه الگوی روابط ساختاری نشخوار ذهنی و نگرانی با پیش‌بینی بازگشت افراد به مواد محرک: نقش واسطه‌ای خودکنترلی\*

رؤیا جلیلی<sup>۱</sup>، جواد خلعتبری<sup>۲</sup>، حسن احدی<sup>۳</sup>، شهره قربان شیرودی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۶

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، بررسی الگوی روابط ساختاری نشخوار ذهنی و نگرانی با پیش‌بینی بازگشت افراد به مواد محرک با واسطه‌گری خودکنترلی بود. **روش:** روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد مصرف‌کننده مواد محرک مستقر در مراکز نگهداری و مراقبتی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که ۲۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه خودکنترلی، پرسشنامه پیش‌بینی بازگشت افراد به مواد، پرسشنامه نشخوار ذهنی، و پرسشنامه نگرانی انجام شد. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل مسیر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین نشخوار ذهنی و نگرانی با پیش‌بینی بازگشت افراد به مواد محرک رابطه مثبت و بین خودکنترلی و پیش‌بینی بازگشت افراد به مواد رابطه منفی وجود داشت. نشخوار ذهنی و نگرانی اثر مستقیم معنی‌دار و همچنین اثر غیر مستقیم معنی‌دار از طریق خودکنترلی بر پیش‌بینی بازگشت به مصرف مواد محرک داشتند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاکی از برازش مناسب مدل مفهومی پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه اعتیاد در شناسایی و تجزیه و تحلیل پیش‌بینی بازگشت به مواد محرک به کاهش نگرانی، نشخوار ذهنی، و افزایش خودکنترلی این افراد توجه ویژه‌ای نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** نشخوار ذهنی، نگرانی، پیش‌بینی بازگشت، خودکنترلی

\* مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحده عربی، دی است.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی دی، امارات متحده عربی.

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

javadkhalatbaripsy2@gmail.com

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

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

## مقدمه

در دوران کنونی پدیده ترک اعتیاد به یک معضل اجتماعی، خانوادگی تبدیل شده، به گونه‌ای که علیرغم مبارزه‌هایی که در کنترل توزیع و مصرف مواد در جامعه می‌شود، آمار مبتلایان به مصرف مواد محرک هم چنان نگران کننده بوده است. علت اینکه در این برهه از زمان به این موضوع پرداخته می‌شود در این است که اشاعه‌ی اعتیاد در جامعه از یک طرف خسارت‌های اقتصادی در سطوح فردی، خانوادگی، اجتماعی و ملی به همراه دارد (کاوی چیولی، واسنا، مووالی و مافی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). از طرف دیگر به از دست رفتن سرمایه‌ی انسانی که به مصرف مواد مبتلا شده‌اند، می‌انجامد و جامعه را از بخشی از سرمایه انسانی محروم می‌سازد (رزاقی و صبحی قراملکی، ۱۳۹۹). در واقع زیان‌ها و خسارت‌های ناشی از گسترش مصرف مواد و ابتلا به این بیماری با دو نوع زیان کنونی و افزوده متعاقب آن مواجه است (گرگی، طبائیان و شکرالهی، ۱۳۹۹). افزون بر این، ایران در مسیر ترانزیت مواد مخدر<sup>۲</sup> قرار داشته است. اقتصاد بین‌المللی تولید و توزیع مواد مخدر تحریک کننده تر از آن است که مبارزه با قاچاق<sup>۳</sup> آن، بتواند در مهار آن فایق شود. نگران کننده تر آن است که دامنه‌ی سنی مصرف کنندگان مواد در طول زمان کاهش یافته است (نعمتی و شاه‌مرادی، ۱۳۹۹). نظر به اینکه در مسئله‌ی ترک اعتیاد<sup>۴</sup> خطر بازگشت به مصرف مواد<sup>۵</sup> به دنبال روند ترک اعتیاد همواره سرنوشت‌ساز بوده است، شناسایی عواملی که موجب بازگشت افراد به مواد می‌شود، بسیار مهم خواهد بود. مصداق بارز سوء مصرف مواد<sup>۶</sup> در این است که نیمی از افراد معتاد در حال ترک بنا به دلایلی به مصرف مواد بازگشت می‌نمایند (نقی زاده، حسنی و محمدخانی، ۱۳۹۹). اعتیاد به مصرف مواد محرک خود نوعی بیماری مزمن و پیش‌رونده است که با گذشت زمان تشدید می‌یابد تا به عود مصرف<sup>۷</sup> می‌انجامد (لیو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). حتی این احتمال وجود دارد که اگر در چنین حالتی فرد معتاد را در مسیر یک فرایند مداخله‌گر درمانی رهنمون شوند او پس از مدتی به

1. Cavicchioli, Vassena, Movalli & Maffei  
2. drug transit  
3. fight against trafficking  
4. quit addiction

5. return to stimulant consumption  
6. drug abuse  
7. consumption recurrence  
8. Liu

سوی مصرف مواد بازگشت پیدا می کند (پریدی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). در چنین حالتی نه تنها روند مداخله‌ای ترک اعتیاد را خنثی نموده، بلکه بر نگرانی<sup>۲</sup> و استرس<sup>۳</sup> خود می افزاید (رزاقی و صبحی قراملکی، ۱۳۹۹). تجربه نشان داده است، افراد در حال ترک اعتیاد به لحاظ ذهنی به پدیده‌ی نشخوار ذهنی<sup>۴</sup> مبتلا می شوند. در واقع نوعی اشتیاق به مصرف مواد را در ذهن خود می پروراند (حیدری، محمدی و بهمنی، ۱۳۹۶). فرد در نشخوار ذهنی از طریق گفتگوهای درونی در مورد وقایع رخ داده، مشاهدات قبلی، دغدغه‌ها و جنبه‌های منفی را به صورت مستمر مرور می کند (نولن هوکسما<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱). بر اساس نظریه سبک‌های پاسخی وقتی افکار منفی به طریق غیرارادی وارد آگاهی فرد می شود، توجه او را از موضوعات و اهداف فعلی منحرف می سازد و نشخوار فکری را شکل می دهد. در واقع بین افکار نشخواری و انواع مختلف هیجانات منفی مانند نگرانی، افسردگی رابطه وجود دارد (صفرزاده، برجعلی و خانجانی، ۱۳۹۹). ولی این احتمال هم وجود دارد که فرد بیمار یا معتاد به سبک پاسخی منفی منحرف کننده حواس، مانند مصرف مواد مخدر و محرک، پرخاشگری<sup>۶</sup>، دست زدن به رفتارهای خطرناک<sup>۷</sup> و آسیب‌زا روی بیاورد (تقوایی نیا، ۱۴۰۰)؛ به همین دلیل است که در اولین فرصت، به مصرف مواد بازگشت پیدا می کنند.

یکی دیگر از مولفه‌هایی که در این پژوهش بدان پرداخته شد که با پیش‌بینی بازگشت به مواد رابطه دارد، نگرانی است. نگرانی حالتی روانی است که ابتلای به آن، فرد را دچار افکار مزاحم<sup>۸</sup>، دل‌شوره<sup>۹</sup> و احساس منفی<sup>۱۰</sup> می نماید. تداوم آن در فرد پیامدهای منفی دیگری در پی دارد که موجب مختل شدن نظام هیجانی<sup>۱۱</sup> و فیزیولوژیکی<sup>۱۲</sup> شده و بازگشت به مواد را در پی دارد. به همین دلیل گفته شده است، این هیجان منفی نیازمند پیشگیری و درمان است؛ زیرا با بازگشت به مواد رابطه دارد (بریس، سینها و هیلینگ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۱). نگرانی، مصرف کنندگان مواد را درگیر افکار منفی می کند. در واقع نگرانی مؤلفه

1. Priddy  
2. worry  
3. stress  
4. mental rumination  
5. Nolen Hocksema  
6. aggression  
7. dangerous behaviors

8. conflict of thought  
9. passion  
10. feeling worthless  
11. emotional system  
12. physiological  
13. Breese, Sinha & Heilig

ادراکی اضطراب است. این هیجان، مغز بیمار را برای یافتن راه حل مشکل تحریک می کند. بنابراین نگرانی تا اندازه ای مفید و مثبت است (دینگل، نوس، الحداد و هایدز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). اگر فرد نگران شده، قدمی برای حل مشکل خود بر دارد، اقدامی سازنده و مثبت انجام داده است؛ در غیر این صورت به افکاری وسواس گونه و مکرر تبدیل می شود که به صورت نشخوار فکری بروز داده می شود (ابراهیم زاده، ۱۴۰۰). نگرانی تنها زمانی مفید است که منجر به یک تغییر مثبت و سازنده شود، البته درک نگرانی برای درمان گران نیز دشوار است که اگر شناسایی شود در کنترل نگرانی مفرد، بسیار مؤثر خواهد بود (طاهری فرد و ابوالقاسمی، ۱۳۹۶).

مولفه ی دیگر خود کنترلی است. خود کنترلی به صورت داشتن عزم و اراده برای کنترل احساسات<sup>۲</sup>، غرایز<sup>۳</sup>، امیال<sup>۴</sup> و رفتارهای خود به صورت آگاهانه عمل می کند (تانجی، بون و بامیستر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). خود کنترلی نیازمند قدرت تصمیم گیری در انتخاب صحیح، تسلط بر احساسات، ابراز هیجان سازنده، ابراز رفتار سازنده به دور از هر گونه سرکوب هیجانان و احساسات<sup>۶</sup> است که در پیشگیری از بازگشت به مصرف مواد مؤثر واقع شود (بلوما<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸). یافته های تحقیقات نشان می دهد که بهرمندی معتادان به راهبردهای خود کنترلی، آن ها را در کاهش دادن هیجانان منفی و ولع مصرف مواد کمک می کند که البته با پیشگیری از بازگشت به مواد رابطه داشته است (گالاکاک و تاروجا<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹؛ روبرتر<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در صورتی که مهارت خود کنترلی<sup>۱۰</sup> در افراد تقویت شده باشد از بازگشت آن ها به مصرف مواد پیشگیری می شود (فراسر و پلاتنر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۸)؛ به گونه ای که افراد به جبران یک ناکامی مبادرت می کنند (کارول<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۱). در این زمینه گزارش شده است چنان چه در نوبت نخست روند ترک اعتیاد ترتیبی اتخاذ شود تا امکان بازگشت به مصرف از بیمار سلب شود و در مقابل خود کنترلی، ذهن آگاهی<sup>۱۳</sup> و سایر مداخلات

1. Dingle, Neves, Alhadad & Hides  
2. emotion control  
3. instincts  
4. tendencies  
5. Tangney, Boone & Baumeister  
6. suppression of emotions and feeling

7. Bluma  
8. Galacgac & Tarroja  
9. Roberts & Jacobs  
10. self-control  
11. Fraser & Platner  
12. Carroll  
13. mind fullness

سازنده صورت پذیرد، بازگشت به مصرف مواد در آن‌ها به شدت کاهش می‌یابد (صفرزاده و همکاران، ۱۳۹۹).

در رویکردهای بالینی برای مصرف‌کنندگان مواد تلاش می‌شود از نقش برون‌زایی خودکنترلی برای درمان معتادان و ترک آن‌ها بهره‌برداری شود، که اگر چنین شود، مداخله‌ی بالینی موفقیت‌آمیز خواهد بود. در غیر این صورت هر یک از متغیرهای درون‌زای نشخوار ذهنی و نگرانی، علیرغم رابطه با خودکنترلی موجب بازگشت به مواد در بیمار می‌شوند. یعنی رابطه‌ی آن‌ها با متغیر خودکنترلی سازنده نبوده است. ضمناً متغیرهای درون‌زا در یک رویکرد هم‌افزا هیجان‌ات منفی مصرف‌کننده در حال ترک را تشدید می‌کند، به عنوان مثال نشخوار ذهنی موجب افزایش استرس در بیمار می‌شود و او را نگران می‌سازد (حاجیها، بهرامی احسان و رستمی، ۱۴۰۰). همین رویداد زمینه‌ی ولع مصرف را فراهم می‌آورد و برای رهایی از این هیجان‌ات منفی به مصرف مواد پرداخته و پدیده‌ی بازگشت به مواد رخ می‌دهد (روبرتز و همکاران، ۲۰۲۱). متغیر درون‌زای نشخوار ذهنی در رابطه با متغیرهای دیگر، نقشی هم‌افزا را در بازگشت به مواد مصرف‌کنندگان ایفا می‌کند. به عبارت دیگر نشخوار فکری موجب می‌شود تا مصرف‌کننده مواد به طور مداوم و تکراری مسئله اعتیاد با بیماری خود را مرور کند و دچار استرس شود (عزیزی و بشرپور، ۱۳۹۹؛ تقوائی‌نیا، ۱۴۰۰). از طرف دیگر تداوم نشخوار ذهنی اگرچه موجب نگرانی فرد می‌شود ولی تجربه نشان داده است که فرد به فرانگرانی مبتلا می‌شود یعنی درباره نگرانی هم‌نگران می‌شود که هیجان منفی به شمار می‌رود، تجمیع هیجان‌ات منفی فرد را مشوش نموده و به مصرف مواد گرایش نشان می‌دهد (علیخانی و امیری، ۱۴۰۰). مصرف‌کننده‌ی دارای عارضه‌ی نشخوار ذهنی، خودانتقادگر نیز می‌شود و رفتار خود را سرزنش می‌کند و برای خلاص شدن از این احساس ناخوشایند به رفتار پرخطر بازگشت به مصرف مواد دست می‌زند. درحالی که اگر نشخوار ذهنی به هر روش ممکن، کنترل شود، به صورت درون‌زا با خودانتقادگری، فرد را به سوی بازگشت به مواد هدایت نمی‌کند (نیازی میرک، بیرامی و رستمی، ۱۴۰۰) و حتی پیش‌بینی‌کننده‌ی آن است (حایری‌میدی، جعفری و شاهرودی، ۱۴۰۰). فرد برای رهایی از نگرانی شدت یافته کنترل خود را از دست داده و به



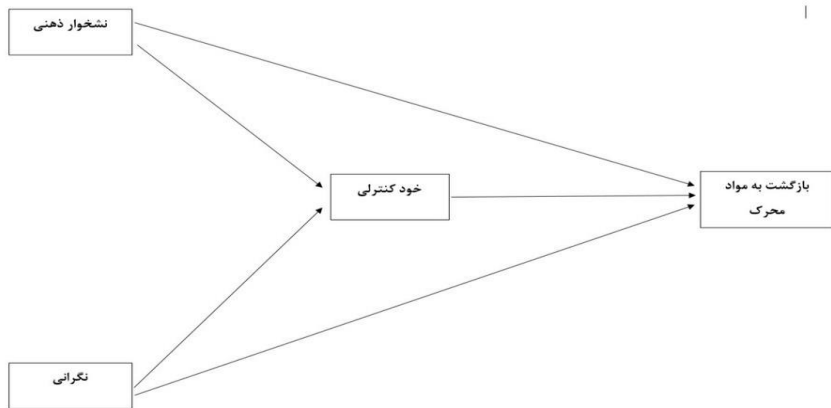
مصرف مواد روی می آورد. بنابراین بین نشخوار ذهنی و خودکنترلی با واسطه‌گری نگرانی شدت یافته رابطه وجود دارد (حاجیها و همکاران، ۱۴۰۰). متغیر درون‌زای نشخوار ذهنی و نگرانی با واسطه‌گری خودکنترلی به صورت برون‌زا و غیرمستقیم بر پیش‌بینی بازگشت تاثیر می‌گذارد. بنابراین بسیار مهم است که مداخله‌گران و روان‌درمان‌گران از رویکردهای کنترل ذهنی، ذهن آگاهی، خودکنترلی، کاهش نگرانی<sup>۱</sup> بهره‌برداری نمایند (باکر و گارلند<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). مطالعاتی که بتواند رابطه‌ی میان متغیرهای ذهنیت‌گرا را به مصرف مواد محرک و یا بازگشت افراد به مصرف محرک پیش‌بینی نماید، بسیار حیاتی و سازنده خواهد بود. زیرا یافته‌های آن می‌تواند مورد استفاده‌ی فعالان در عرصه‌ی درمان وابستگی به مواد محرک قرار گیرد. همچنین اگر در برنامه مداخله‌ای مراکز ترک اعتیاد، رویکرد خودکنترلی گنجانده شود، می‌تواند از بازگشت افراد به مصرف مواد پیشگیری نماید (لو، یونگ و تام<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰).

این تلاش‌ها و شواهد مذکور نشان می‌دهد که صاحب‌نظران، پژوهشگران و فعالان در عرصه کنترل و درمان اعتیاد تلاش‌های فراوانی داشته‌اند تا زمینه‌های مهار، پیشگیری و بازگشت به زندگی طبیعی را در مصرف‌کنندگان مواد فراهم آورند. نتایج تحقیقات انجام گرفته، رویکردهای متنوع مداخله‌گر در درمان اعتیاد را به دست آورده است. شناخت عوامل درونی و بیرونی مؤثر در اعتیاد، راهکارهای متنوعی را در اختیار فعالان در این عرصه قرار داده است: نکته‌ی مهم این است که مسائل روان‌شناختی در وابستگی به مواد مخدر از تنوع برخوردار بوده، کنترل، مهار و درمان آن‌ها از ضرورت‌های اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. این پژوهش بر همین اساس در دستور کار قرار گرفته است. با این که یافته‌های کاربردی این پژوهش‌ها عملاً در رویکردهای مداخله‌ای ترک اعتیاد به کار گرفته می‌شوند، افزون بر آن اشاعه‌ی یافته‌های پژوهشی که جنبه‌ی پیشگیری از مصرف مواد محرک دارند، می‌تواند در سطح جامعه به اشاعه‌ی فرهنگ خودداری از مصرف مواد بیانجامد و حتی پس از ارتقای دانش عمومی آمادگی والدین در خانواده، مدیران و معلمان

1. reduce anxiety  
2. Baker & Garland

3. Lo, Yeung & Tam

در مدارس، کارگزاران در دستگاه‌های دولتی و دیگر اقدار فعال در جامعه برای مشارکت در فعالیت‌های پیشگیرانه ارتقا داده می‌شود تا آن جا که در چاره اندیشی به بخشی از معضلات دامن گیر جامعه که ناشی از مصرف مواد محرک است، پاسخ داده شود. با توجه به قراین و شواهد مذکور این سؤال اساسی مطرح می‌شود که آیا بین متغیرهای نشخوارذهنی و نگرانی با پیش‌بینی بازگشت به مواد از طریق واسطه‌گری خودکنترلی رابطه وجود دارد؟



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مصرف‌کننده مواد محرک مستقر در مراکز نگهداری، درمانی و مراقبتی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند که به استناد پایگاه اطلاع‌رسانی ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری تعداد این افراد ۴۰۰ هزار نفر بوده است. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. از آنجا که مراکز نگهداری، درمانی و مراقبتی و کلینیکی ارائه‌دهنده خدمات به مصرف‌کنندگان مواد محرک پراکنده بودند، ابتدا اقدام به تهیه فهرست این مراکز شد. از بین این مراکز به تصادف تعداد ۸ مرکز برگزیده شدند و سپس خوشه‌ی مصرف‌کنندگان در مراکز منتخب برگزیده شدند. حجم نمونه به پیروی از

روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و طبق فرمول ( $Q < n < 5Q$ )، ۲۲۵ نفر تعیین گردید (هومن، ۱۳۹۳). این رقم برای پوشش دادن احتمال ریزش نمونه، به عدد ۲۵۰ افزایش داده شد. به منظور بررسی متغیرهای پژوهش، بعد از دریافت کد اخلاق و معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی بین الملل واحد امارات متحده عربی، با هماهنگی مدیران مراکز، اهداف، شرایط پژوهش و شرط محرمانه ماندن اطلاعات شخصی برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تشخیص اختلال سوء مصرف مواد بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم و نداشتن بیماری مزمن جسمی و روانی بود. همچنین معیارهای خروج شامل استفاده از داروهای تاثیرگذار بر خلق و ابتلا به بیماری جسمی و روانی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر در نرم افزار ایموس استفاده شد.

پژوهش حاضر، در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی بین الملل واحد امارات متحده عربی در تاریخ ۱۴۰۰/۸/۱۵ با کد IR.IAU.FRB.REC.1400.262 مصوب گردیده است.

## ابزار

۱- مقیاس نشخوار فکری<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط تراپنل و کمپل<sup>۲</sup> در سال (۱۹۹۹) طراحی و اجرا شد. زیرمقیاس‌های این ابزار شامل: تأمل<sup>۳</sup> (۲، ۹، ۱۱)، درون نگری<sup>۴</sup> (۱، ۳، ۷) و در فکر فرو رفتن<sup>۵</sup> (۴، ۵، ۶، ۸، ۱۰) می‌باشد. محتوای این مقیاس را گویه‌های یازده گانه با سنج‌های پنج‌گانه طیف لیکرت با ارزش کمی بسیار مخالفم (۰)، مخالفم (۱)، نه مخالفم نه موافقم (۲)، موافقم (۳) و بسیار موافقم (۴) قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان دهنده نشخوار فکری بالا است. تراپنل و کمپل (۱۹۹۹) آلفای کرونباخ برای نشخوار فکری را ۰/۹۰ گزارش دادند. مقیاس نشخوار فکری توسط معنوی پور و شاه‌حسینی (۱۳۹۴)، در ایران اجرا گردید، شاخص‌های روان‌سنجی آن را مورد واکاوی قرار دادند و ضریب پایایی

۲۵۰

250

سال شانزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

1. Rumination-Reflection Scale (RRS)  
2. Trapnell & Campbell

3. reflection  
4. introspection  
5. brooding

۰/۷۳ را برای این مقیاس گزارش دادند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۶ به دست آمد.

۲- مقیاس نگرانی پنسیلوانیا<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط می‌یر، میلر، متزگر و بروکوک<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) طراحی شده است. محتوای این ابزار از تعداد ۱۶ گویه تشکیل شده است و نگرانی افراد را در حالت کلی و بدون در نظر گرفتن موضوع نگرانی خاصی می‌سنجد، و در سه سطح کم، متوسط، زیاد تفسیر می‌شود. نمرات پرسشنامه براساس طیف پنج‌گانه لیکرت، در دامنه‌ای از اصلا صادق نیست (۱)، تا بسیار صادق است (۵)، تنظیم شده است. ۱۱ گویه به‌طور مثبت و ۵ گویه آن (۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۱)، به‌طور منفی نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات ۸۰-۱۶ بوده است. برای تفسیر نمرات این مقیاس روشی بدین صورت: شدت نگرانی در سطح کم (۳۲-۱۶)، شدت نگرانی در سطح متوسط (۴۸-۳۳)، شدت نگرانی در سطح زیاد (۸۰-۴۹)، پیش‌بینی شده است. آنتونی، ارسیلو و رومر<sup>۳</sup> (۲۰۰۱)، در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ گزارش دادند (به نقل از رنجکش، الهی، مروتی و قاسمی، ۱۴۰۰). روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی (۱۳۸۸)، مورد بررسی قرار گرفت و روش تحلیل عاملی برای روایی و روش آزمون کرونباخ برای پایایی استفاده شده و در هر دو، ضرایب بالای ۰/۷۰ را کسب نموده است. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ محاسبه شد.

۳- مقیاس پیش‌بینی بازگشت افراد به مصرف مواد<sup>۴</sup>: این مقیاس توسط بک، رایت، نیومن و لیس<sup>۵</sup> (۱۹۹۳) طراحی شده است. محرابی، نشاط‌دوست و مولوی (۱۳۸۳)، در هنجاریابی و بازبینی این مقیاس با اجرای آن بر روی بیماران وابسته به مواد، ۴۵ گویه را انتخاب کردند. هر گویه شامل یک موقعیت است که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند: الف: شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص، ب: احتمال مصرف در آن موقعیت است.

1. Pennsylvania State Worry Questionnaire (PSWQ)  
2. Meyer, Miller, Metzger & Borkovec

3. Antony, Orsillo & Roemer  
4. Prediction Return Scale  
5. Beck, Wright, Newman & Liese

گویه‌ها دو گانه است و به صورت قدرت میل و احتمال مصرف تنظیم شده است. این مقیاس در مجموع میزان پیش‌بینی بازگشت را در سه سطح ضعیف، متوسط و قوی مورد سنجش قرار می‌دهد. دامنه نمرات این مقیاس ۱۸۰-۰ در نظر گرفته شده است. هر چه نمرات بالاتر باشد نشان‌دهنده میل و احتمال مصرف بالاتر است و بالعکس. سنجه‌های این مقیاس را طیف پنج درجه‌ای به صورت گزینه خیلی قوی (۴)، قوی (۳)، متوسط (۲)، ضعیف (۱)، هیچ (۰) تشکیل داده است. ضریب آلفای کرونباخ برای قسمت اول پرسشنامه که میل به مصرف را می‌سنجد ۰/۵۸ و برای قسمت دوم که احتمال مصرف و لغزش را می‌سنجد ۰/۶۳ محاسبه شده است (محرابی و همکاران، ۱۳۸۳). در ایران پایایی اولیه این آزمون در مقیاس میل به مصرف ۰/۹۴ و احتمال مصرف ۰/۹۷ و همبستگی بین نمره‌های اول و دوم ۰/۸۶ گزارش شده است (اصلی‌نژاد، مشکئی، علیمردانی و توکل‌زاده، ۱۳۹۲). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۴ به دست آمد.

۴- مقیاس خودکنترلی: این مقیاس توسط تانجنی و همکاران (۲۰۰۴) طراحی شده است. این مقیاس تعداد ۳۶ گویه دارد که ارزش‌های مثبت و منفی خودکنترلی را می‌سنجد. تعداد ۱۵ گویه برای ارزش‌های مثبت و تعداد ۲۱ گویه برای ارزش‌های منفی در نظر گرفته شده است. تفسیر نمرات در چهار سطح بسیار مطلوب تا ضعیف ارزیابی می‌شود. از طیف پنج‌گانه لیکرت بدین شرح: همیشه (۵)، بیشتر اوقات (۴)، برخی اوقات (۳)، تا حدودی (۲)، به هیچ وجه (۱)، پیروی می‌کنند. حداکثر نمره برای این مقیاس ۱۸۰ و حداقل نمره ۳۶ می‌باشد. نمرات بالاتر بیانگر خودکنترلی بالاتر فرد است و بالعکس. تانجی و همکاران (۲۰۰۴) پایایی این مقیاس را با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آوردند (فرهادی و طباطبائی‌زواره، ۱۳۹۹). در ایران این مقیاس توسط موسوی مقدم، هوری، امیدی و ظهیری‌خواه (۱۳۹۴)، اجرا گردید و ضرایب روایی و پایایی آن بالای ۰/۷۰ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

## یافته‌ها

نتایج نشان داد که از تعداد ۲۵۰ نمونه آماری، ۲۱۱ نفر مرد (۵۹ درصد)، ۳۹ زن (۴۱ درصد) بودند. به لحاظ تحصیلات، ۳۷ نفر از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم (۱۵ درصد)، ۷۸ نفر دیپلم (۳۱ درصد)، ۸۶ نفر کارشناسی (۳۴ درصد)، و ۴۹ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. از نظر وضعیت سنی ۱۰۵ نفر بین ۲۰ تا ۳۰ سال (۴۲ درصد)، ۸۷ نفر بین ۳۱ تا ۴۰ (۳۵ درصد) و ۵۸ نفر بین ۴۱ تا ۵۰ سال (۲۳ درصد) قرار داشتند. ویژگی‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴
۱- نشخوار ذهنی	۳۰/۳۳	۷/۹۵۶	۱			
۲- نگرانی	۴۶/۴۹	۷/۷۰۰	۰/۳۹۲**	۱		
۳- خودکنترلی	۸۴/۵۰	۹/۲۶۲	۰/۵۵۷**	۰/۴۹۰**	۱	
۴- پیش‌بینی بازگشت به مواد محرک	۹۱/۱۰	۱۳/۲۴۴	۰/۶۳۰**	۰/۵۷۷**	۰/۷۲۳**	۱

\* معنی داری در سطح ۰/۰۵ \*\* معنی داری در سطح ۰/۰۱

در جدول ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار به همراه ضرایب همبستگی بین متغیرهای نشخوار ذهنی، نگرانی و خودکنترلی با پیش‌بینی بازگشت افراد به مواد محرک پژوهش ارائه شده است. بر اساس نتایج بدست آمده تمامی ضرایب همبستگی محاسبه شده معنی دار می‌باشند ( $p < 0/01$ )؛ به طوری که، همبستگی بین نشخوارذهنی و نگرانی با پیش‌بینی به بازگشت افراد به مواد محرک مثبت و همبستگی بین خودکنترلی با پیش‌بینی به بازگشت افراد به مواد محرک منفی است. معنی داری ضرایب، پیش شرط لازم برای تحلیل مسیر را فراهم می‌آورد. پیش از انجام تحلیل داده‌های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار جعبه‌ای و داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از آماره ماهالانوبیس بررسی و از مجموعه داده‌ها کنار گذاشته شدند. کجی و کشیدگی توزیع نمرات متغیرها محاسبه شد و نتایج نشان داد هیچ مقادیر کجی و کشیدگی در دامنه  $\pm 1$  می‌باشد. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد توزیع نمرات متغیرهای مدل نرمال است ( $P > 0/05$ ). فرض استقلال خطاها

با آماره دوربین واتسون برای محاسبه‌ی معادلات رگرسیونی مدل پژوهش بررسی شد که مقدار به دست آمده ( $DW=1/745$ ) بیانگر برقراری این مفروضه است. مفروضه‌ی هم خطی بین متغیرها با استفاده از همبستگی پیرسون بین زوج متغیرها بررسی شد. با توجه به اینکه همبستگی دو متغیری ۰/۹ و بالاتر نشان دهنده‌ی همخطی است، این مشکل در داده‌های پژوهش حاضر مشاهده نشد. علاوه بر آن آماره تحمل و عامل تورم واریانس به منظور بررسی هم خطی چندگانه محاسبه شد. نتایج نشان داد هیچکدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچکدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده، وجود همخطی چندگانه در داده‌ها مشاهده نشد. پس از بررسی مفروضه‌ها و حصول اطمینان از برقراری آنها، به منظور ارزیابی مدل مورد بررسی از تحلیل مسیر<sup>۱</sup> استفاده شد.

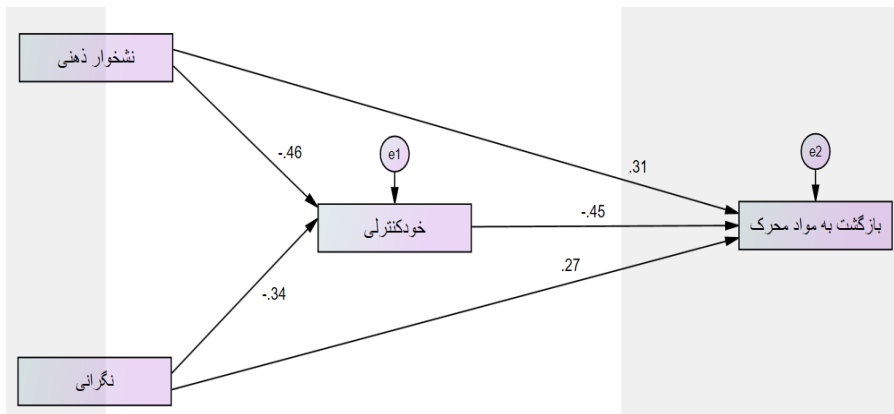
#### جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص برازش	شاخص	ریشه میانگین	برازندگی	ریشه میانگین	شاخص	آزادی (df)	مقدار مطلوب
مربعات	برازش	تطبیقی <sup>۴</sup>	برآورد <sup>۳</sup>	مربعات خطای	بنتلر-بونت <sup>۲</sup>	۵	مقدار بدست آمده
(SRMR)	افزایشی <sup>۵</sup>	(CFI)	(RMSEA)	(NFI)			
	(IFI)						
<۰/۰۸	>۰/۹	>۰/۹	<۰/۰۸	>۰/۹	۳/۱۱۲	۵	۰/۰۵۲
	۰/۹۱۴	۰/۹۱۳	۰/۰۶۹	۰/۹۰۹			

در جدول ۲ شاخص‌های برازش ارائه شده حاکی از برازش مطلوب مدل بود. ضرایب استاندارد مدل مورد بررسی در شکل ۲ ارائه شده است.

1. path analysis  
2. Bentler-Bonett Normed Fit Index  
3. Root Mean Square Error of Approximation

4. Comparative Fit Index  
5. Incremental Fit Index  
6. Root Mean Square Residual



شکل ۲: ضرایب استاندارد مدل پژوهش

جدول ۳ اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳: اثرهای مستقیم بین متغیرهای پژوهش

مسیر	ضریب استاندارد	C.R	سطح معنی‌داری
نشخوار ذهنی ← پیش‌بینی به بازگشت به مواد محرک	۰/۳۱۰	۶/۶۰۳	۰/۰۱
نگرانی ← پیش‌بینی به بازگشت به مواد محرک	۰/۲۶۹	۶/۰۷۱	۰/۰۱
خودکنترلی ← پیش‌بینی به بازگشت به مواد محرک	-۰/۴۵۱	-۹/۰۴۸	۰/۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در مدل پیشنهادی نشخوار ذهنی و نگرانی به صورت مستقیم بر خودکنترلی تاثیر منفی و معنادار دارند. خودکنترلی نیز به صورت مستقیم بر پیش‌بینی بازگشت به مواد محرک تاثیر منفی و معنادار دارد. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش میانجی خودکنترلی در رابطه بین نشخوار ذهنی و نگرانی با پیش‌بینی بازگشت به مواد محرک از آزمون بوت استراپ<sup>۱</sup> با ۲۰۰۰ نمونه استفاده شد.



جدول ۴: ضریب مسیر اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر غیرمستقیم	ضریب استاندارد	حد پایین	حد بالا	سطح معنی داری
پیش‌بینی بازگشت به مواد محرک	۰/۲۰۶	۰/۱۳۵	۰/۲۸۴	۰/۰۱
پیش‌بینی بازگشت به مواد محرک	۰/۱۵۳	۰/۰۸۸	۰/۲۴۹	۰/۰۱

طبق نتایج جدول ۴، مسیرهای غیرمستقیم مدل تأیید شد. در نتیجه نشخوار ذهنی و نگرانی به صورت جزئی و نه کلی قادر به میانجی‌گری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی الگوی روابط ساختاری نشخوار ذهنی و نگرانی با پیش‌بینی بازگشت افراد به مواد محرک با واسطه‌گری خودکنترلی انجام شد. نتایج نشان داد که نشخوار ذهنی اثر مستقیم و معناداری بر بازگشت به مواد محرک و اثر غیرمستقیم و معناداری به واسطه متغیر خودکنترلی بر بازگشت به مواد محرک دارد. به عبارت دیگر افزایش نشخوار ذهنی موجب افزایش بازگشت به مواد محرک می‌شود و از طریق کاهش خودکنترلی به طور غیرمستقیم منجر به افزایش پیش‌بینی بازگشت به مواد محرک می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های ولترکی-تیلور، سوارت، زینبرگ، مینکا و کراسک<sup>۱</sup> (۲۰۲۱)، لو و همکاران (۲۰۲۰)، کلارک، لوئیس، هایرز، هنسون و هیل<sup>۲</sup> (۲۰۲۰)، ویلم، بیجتبیر، کلیس و رایز<sup>۳</sup> (۲۰۱۹)، سلیمانی، آزموده و حبیبی (۱۳۹۶) و فرنام و محمود زهی (۱۳۹۸)، هم‌راستا است. یافته پژوهش از نظریه نولن هوکسما (۱۹۹۹) با عنوان سبک‌های پاسخ تحلیل‌کننده متغیر نشخوار فکری در پیش‌بینی بازگشت به مصرف مواد حمایت می‌کند. بر اساس این نظریه دو نوع سبک پاسخ «نشخواری و منحرف‌کننده حواس» وجود دارد که موجب می‌شود فرد انگیزه بازگشت به مصرف مواد را پیدا کند. در سبک پاسخ

1. Wolitzky-Taylor, Sewart, Zinbarg, Mineka & Craske

2. Clarke, Lewis, Myers, Henson & Hill

3. Willem, Bijttebier, Claes & Raes

نشخواری، افکار تکرار شونده موجب استرس و افسردگی در فرد می‌شود و فرد مصرف‌کننده از پیامدهای آن نگران می‌شود، از این رو در صدد خلاصی از این علائم بر می‌آید و برای پاک کردن این مسئله از ذهن خود به مصرف مواد بازگشت پیدا می‌کند (به نقل از اونری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). در سبک پاسخ منحرف‌کننده حواس، فرد سعی می‌کند رفتاری را انجام دهد که از علائم ناشی از نشخوار ذهنی خلاصی یابد و در این راستا به فعالیت‌های لذت‌بخش و خنثی‌کننده مانند انجام فعالیت جمعی دوستانه و انجام رفتارهای پر خطر مانند مصرف مواد گرایش پیدا می‌کند (زندلی و حسنی، ۱۳۹۷). از سویی دیگر، رابطه افکار نشخواری با پیش‌بینی بازگشت، نقطه شروع مهمی برای چرخش نشخوار فکری می‌شود و فرد با اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع، طبقه‌ای از افکار آگاهانه را حول محور اعتیاد تکرار می‌کند و مانع حل مسئله به‌طورسازگارانه می‌شود، در نتیجه به افزایش هیجان منفی می‌انجامد (طاهری فرد و ابوالقاسمی، ۱۳۹۶). در واقع، افراد به مصرف مواد روی می‌آورند تا از افکار نشخوارکننده خود فرار کنند و ناراحتی ناشی از نشخوار را خود، درمان کنند. یک احتمال این است که قضاوت و خودانتقادگری در مصرف‌کنندگان مواد، ممکن است باعث شود کمتر درگیر شیوه‌های خودمراقبتی باشند و بنابراین احتمال بیشتری دارد که رفتارهای پرخطر مصرف مواد را انجام دهند. در واقع، سطوح پایین‌تر خودکنترلی، خوددلسوزی با خطر مصرف مواد مخدر مرتبط است این تبیین با پژوهش فلپس، پانیاگو، ویلکوکسون و پوتر<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) همسو است که سطوح بالاتر نشخوار فکری با شفقت به خود کمتر و خودکنترلی پایین‌تر مرتبط است؛ بنابراین اگر به هر روش ممکن نشخوار ذهنی تقلیل داده شود از بازگشت به مصرف مواد پیشگیری می‌شود و در این حالت، فرد مصرف‌کننده امکان کنترل هیجان و رفتار خود را باز می‌یابد.

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد که نگرانی اثر مستقیم و معناداری بر بازگشت به مواد محرک و اثر غیرمستقیم و معناداری به واسطه متغیر خودکنترلی بر بازگشت به مواد محرک دارد. به عبارت دیگر افزایش نگرانی موجب افزایش بازگشت به مواد محرک

1. Uneri

2. Phelps, Paniagua, Willcockson & Potter

می‌شود و از طریق کاهش خودکنترلی به طور غیرمستقیم منجر به افزایش پیش‌بینی بازگشت به مواد محرک می‌شود. این نتایج با نتایج پژوهش‌های دیویس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸)، فراسر و پلاتنر (۲۰۱۸)، ولترزکی - تیلور و همکاران (۲۰۲۱)، نعمت‌المهی، افشاری‌نیا و حسینی (۱۳۹۹)، فرنام و محمودزهی (۱۳۹۸)، نعمتی و شاه‌مرادی (۱۳۹۹) و ممیز و گلشنی (۱۴۰۰) هم‌راستا است. در تبیین یافته پژوهش می‌توان گفت که نگرانی به عنوان یک فرایند شناختی پیش‌بین خطر و تهدید است، مانند تهدیدهایی چون نشخوار ذهنی، مسائل اضطراب‌زا و مصرف مواد. هر چه عوامل تهدیدکننده در فرد بیمار بیش‌تر تجربه شود، نگرانی او نیز افزایش می‌یابد؛ در نتیجه به دلیل تعدد مسائل تهدیدکننده در مصرف‌کنندگان مواد، ویژگی پیش‌بینی‌کنندگی و کنترل نگرانی را از دست می‌دهد (بروسکات، گرین و ثیرر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). همچنین می‌توان اشاره کرد، کلامی بودن افکار به عنوان یکی از کارکردهای نگرانی، منجر می‌شود فرد نگران شده دائماً با خود گفتگوی درونی پردازد و حالات مختلف احتمالات را برای خود تصور کند. در چنین حالتی توانایی درست فکر کردن از دست می‌رود زیرا آینده را فاجعه‌آمیز می‌نگرد (گلستانه و سروقد، ۱۳۹۲)؛ از این رو بر شیوه تفکر، نوع احساس، سبک رفتار و چگونگی روابط مصرف‌کننده مواد با دیگران، تأثیر می‌گذارد (بهبهانی و سرداری، ۱۳۹۸) و فرد مصرف‌کننده برای رهایی از این سطح نگرانی به مواد بازگشت پیدا می‌کند؛ زیرا توان کنترل آن را ندارد (موسوی، علی‌پور، آگاه هریس و زارع، ۱۳۹۳). در نتیجه مصرف مواد را تسکین‌دهنده درد جسمانی و فراموش‌کننده هیجانات منفی می‌یابد و به مصرف مجدد آن روی می‌آورد (حاجیها و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین ممکن است خود را در یک وضعیت منفی خود تداوم بخش پیدا کنند و بین نگرانی که یکی از رویکردهای شایع در بین معتادان است و با پیش‌بینی بازگشت آن‌ها به مصرف مواد، رابطه برقرار شود. طبق یکی دیگر از یافته‌های پژوهش، خودکنترلی به‌طور مستقیم بر پیش‌بینی به بازگشت به مواد محرک تأثیر منفی دارد و کاهش خودکنترلی موجب افزایش بازگشت به مواد

محرك می‌شود. این یافته با پژوهش‌های، یانگ، ژوو، کائو، ژیا و آن<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) و لی، برودی و بیج<sup>۲</sup> (۲۰۲۲) هم‌سو است. یانگ و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند افرادی که خودکنترلی پایینی دارند در پیش‌بینی پیامدهای منفی بلندمدت رفتار خود مشکل دارند، در این حالت فرد مصرف‌کننده پیامدهای رفتاری اعتیاد خود را به میزان کمتری مورد بازبینی قرار می‌دهد، در نتیجه احتمال بازگشت به مصرف مواد افزایش می‌یابد. اما افراد دارای خودکنترلی بالا به راحتی می‌توانند آینده سوءرفتاری خود را هزینه‌بر و خطرآفرین تشخیص دهند؛ پس می‌توان گفت این عامل، احتمال بازگشت به مصرف مواد را کاهش دهد. چنین می‌شود استنباط کرد، خودکنترلی پایین در افراد منجر به این می‌شود که به پیامدهای رفتار خود کمتر بیاندیشند و با نوشیدن الکل و سایر مواد، سعی در لذت بردن آنی از مصرف مواد دارند. افرادی که دارای سطح خودکنترلی پایین هستند، احتمال دارد نسبت به تعهدات خود وفاداری کمتری داشته باشند و به راحتی تعهد خود را نسبت به عدم مصرف مواد زیر پا بگذارند (جانفزا و شیرازی، ۱۳۹۴). همچنین در تبیین نتایج می‌توان گفت رویکردهای فراشناختی در طبقه دانش و تجربه فراشناختی و خودکنترلی قابل تقسیم بوده است (لیو و همکاران، ۲۰۱۸). تجربه‌های فراشناختی مهارت‌های کنترل، برنامه‌ریزی و نظارت بر خود در اختیار بیمار قرار می‌دهد (کاوپیچولی و همکاران، ۲۰۲۰). این مهارت‌ها منجر به استفاده از راهبرد مقابله‌ای می‌شود که در جهت اطلاع رفتار ناکارآمد قبلی فرد به کار گرفته می‌شوند، مانند چگونگی برخورد با کاهش نشخوار ذهنی، رفتار متناسب برای پرهیز از مصرف مواد محرك، سوال کردن از خود برای بازگشت به زندگی عادی و طبیعی (نعمت‌الهی و همکاران، ۱۳۹۹). آن دسته از مصرف‌کنندگان مواد که در دوره مراقبتی خود از قابلیت‌های خودکنترلی مدد گرفته بودند، از بازگشت به مصرف مواد خودداری کرده و آن را مهار نموده‌اند (کلارک و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه می‌توان گفت با افزایش خودکنترلی پیش‌بینی بازگشت به مواد کاهش می‌یابد و بالعکس. در تبیین رابطه متغیر خودکنترلی در رابطه با نشخوار ذهنی و نگرانی با پیش‌بینی بازگشت به مواد محرك ابتدا می‌توان گفت، در خودکنترلی نوعی نگرانی سازنده شکل می‌گیرد

که منجر به این حالت می‌شود که فرد از ارتکاب به رفتار پر خطر نگران می‌شود و قصد مهار آن را پیدا می‌کند؛ ولی در نارسایی خود کنترلی، نگرانی تشدید می‌شود و به یک فشار روانی می‌انجامد که حتی ممکن است برای رهایی از آن دست به رفتار پر خطر مانند مصرف مواد بزند (روبرترز و همکاران، ۲۰۲۱). دو فرآیند ذهنی که نشان‌دهنده تنظیم ناسازگار هیجان هستند، یعنی نگرانی و نشخوار فکری، ارتباط بین شدت علائم اختلال هیجانی و متعاقب آن شدت اختلال مصرف مواد و خود کنترلی را در میان بزرگسالان پیش‌بینی می‌کنند. نشخوار فکری و نگرانی، اگرچه همپوشانی دارند، اما ساختارهای متمایزی هستند که منجر به اختلالات عاطفی و اختلالات مصرف مواد می‌شود. این یافته از نظریه آبشار عاطفی (سلبی و جوینر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳) حمایت می‌کند که معتقد است، اختلالات شناختی هیجان، مانند نشخوار فکری، ممکن است منجر به اختلالات رفتاری شود. کاهش دادن هیجان‌ات منفی عاطفی بیمار، او را به تعادل هیجانی و نیز تعادل رفتاری نزدیک می‌سازند. البته اگر بیمار به مهارت خود کنترلی واقف باشد خود نیز می‌تواند از این قابلیت مثبت و سازنده استفاده نماید (ولترکی-تیلور و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین نگرانی تا زمانی که قابل کنترل باشد، هیجانی مثبت تلقی می‌شود ولی زمانی که تشدید پیدا کند و غیرقابل کنترل شود خود به اختلال مرضی تبدیل می‌شود که حتی ممکن است با بروز رفتار غیر سازنده بیمار و مصرف مواد رابطه داشته باشد (سعادت‌انی‌نارکی، پویامنش و قمری، ۱۴۰۰). بنابراین آزمون مدل پژوهش حاکی از آن بود که مصرف مواد، معلول عواملی مانند نشخوار ذهنی و نگرانی می‌باشد، چنانچه این عوامل مهار شوند، بازگشت به مصرف مواد کاهش داده می‌شود. متغیر خود کنترلی می‌تواند در کاهش مذکور نقشی واسطه‌گری، داشته باشد؛ بنابراین روان‌درمان‌گران می‌توانند از خود کنترلی به عنوان یک رویکرد مداخله‌ای بهره برداری نمایند.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت این تحقیق اگر چه در حوزه غیرپزشکی انجام گرفت ولی جمع‌آوری داده‌های پژوهش از گروه مصرف‌کنندگان مواد که دوره مراقبت‌های درمانی را می‌گذرانده‌اند مستلزم رعایت تمهیدات لازم بوده است. این افراد

که در طول شبانه روز تحت مراقبت بودند می‌بایست در زمان هشیاری و آمادگی برای پاسخگویی به سؤالات مقیاس‌های پژوهش مشارکت داده می‌شدند. بنابراین لازم بود فرصتی برای آن‌ها فراهم شود تا با تمرکز کافی و به دور از اختلالات روانی به مقیاس‌های پژوهش پاسخ دهند. برای مواجهه با این محدودیت، مجری پژوهش تلاش نمود تا مفاد رضایت‌نامه‌ی مشارکت‌کنندگان به اطلاع آن‌ها رسانده شود. همچنین برنامه‌ریزی و هماهنگی لازم با مدیران مراکز جهت تعیین ساعت دقیق ملاقات صورت پذیرد تا آن‌ها با آگاهی و آرامش لازم وقت خود را در اختیار مجری جهت پاسخ به مقیاس‌های پژوهش قرار دهند. رعایت این مقدمات در روایی داده‌ها و تعمیم‌پذیری نتایج آن‌ها تأثیر داشته است. این محدودیت می‌تواند در ابعاد سلبی و ایجابی مورد استفاده پژوهشگران بعدی و نیز بهره‌برداران از نتایج تحقیق قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم می‌دانند از تمام افراد شرکت‌کننده و مدیران مراکز نگهداری و مراقبتی شهر تهران که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه تشکر نمایند.

### منابع

- ابراهیم‌زاده، شهین (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد براساس متغیرهای سرسختی روان‌شناختی و عدم خود‌کنترلی. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۱)، ۳۰۲-۲۸۳.
- اصلی‌نژاد، محمدعلی؛ مشکلی، مهدی؛ علیمردانی، محمدصادق و توکلی‌زاده، جهانشیر (۱۳۹۲). اثربخشی رفتار درمانی گروهی و گروه درمانی شناختی-رفتاری بر میزان لغزش و ماندگاری در درمان بیماران وابسته به مواد افیونی تحت درمان MMT. *مجله علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۷(۲)، ۱۱۲-۱۰۳.
- بهبهانی، لیلا و سرداری، باقر (۱۳۹۸). رابطه روان‌درمانی مثبت نگر با کاهش ولع مصرف و پیشگیری از عود معتادان به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۴)، ۱۰۸-۹۱.
- تقوایی‌نیا، علی (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خود‌کارآمدی بر ارتقاء سلامت روانی و کاهش نشخوار فکری زنان مطلقه دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۰۲-۱۸۳.
- جانفزا، منور و شیرازی، محمود (۱۳۹۴). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری‌های تنظیم هیجانی و خود‌کنترلی بااستعداد به اعتیاد در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۳)، ۶۵-۵۷.

حاجیهها، ضحی؛ بهرامی احسان، هادی و رستمی، رضا (۱۴۰۰). عوامل خانوادگی، اجتماعی و محیطی آشکار ساز و سوسه در زنان وابسته به مواد در شهر تهران: یک مطالعه نظریه زمینه‌ای.

فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۵(۵۹)، ۴۲-۱۱.

حایری میدی، مهسا؛ جعفری، فرشته و شاهوردی، محمد (۱۴۰۰). نقش خود آگاهی هیجانی، تفکر ارجاعی و سرزندگی ذهنی، در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد زنان مصرف کننده مواد مخدر.

فصلنامه رویش روانشناسی، ۱۰(۵۸)، ۸۱-۶۵.

حیدری، اسداله؛ محمدی، زرگار و بهمنی، محمود (۱۳۹۶). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر کاهش ولع و عود مصرف در بیماران سوء مصرف مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۴(۵۸)، ۸۸-۷۳.

دهشیری، غلامرضا؛ گلزاری، محمود؛ برجلی، احمد و سهرابی، فرامرز (۱۳۸۹). خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان. مجله روانشناسی

بالینی، ۱(۵)، ۷۵-۶۷.

رزاقی، عیسی و صبحی قراملکی، ناصر (۱۳۹۹). بررسی نقش حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در پیشگیری از عود مصرف مواد افراد مبتلا به اختلالات مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی،

۱۴(۵۵)، ۲۶۲-۲۴۵.

رنجکش، مریم؛ الهی، طاهره؛ مروتی، ذکراه و قاسمی، کبری (۱۴۰۰). تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب و حافظه کاری: توجه به نقش نگرانی و نشخوار فکری. پژوهش های روان شناسی

بالینی و مشاوره، ۱۱(۱)، ۵۹-۴۱.

زندگی، امین و حسنی، امیر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی سایکودرام بر پیشگیری از عود وابستگی به مواد و نشخوار ذهنی. نشریه اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۹)، ۷۰-۵۷.

سعادت‌انی انارکی، سپیده؛ پویامنش، جعفر و قمری، محمد (۱۴۰۰). تأثیر ترکیب تصویر سازی ذهنی هدایت شده با دارو درمانی بر کاهش ولع و گرایش مجدد به مصرف مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد

پژوهی، ۱۵(۵۸)، ۲۲۰-۱۹۱.

سلیمانی، اسماعیل؛ آزموده، شهین و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۶). مدل‌یابی روابط ساختاری اجتناب شناختی و نشخوار فکری با علائم بالینی OCD: نارسایی شناختی به عنوان متغیر واسطه‌گری.

مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۰(۹)، ۴۴-۳۳.

صفرزاده، مرضیه؛ برجلی، احمد و خانجانی، مهدی (۱۳۹۹). تدوین مدل ساختاری عود مصرف مواد بر اساس ذهن آگاهی و سلامت معنوی با واسطه‌گری ولع مصرف و خودکارآمدی در افراد

وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۴(۵۸)، ۲۴۴-۲۳۷.

طاهری فرد، مینا و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۶). نقش ذهن آگاهی و حافظه هیجانی در پیش‌بینی بازگشت و پیروی از درمان در سوء مصرف کنندگان مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۲۱۱-۲۳۰.

عزیزی، آرام و بشرپور، سجاد (۱۳۹۹). نقش نشخوار ذهنی، تنظیم هیجان و واکنش‌پذیری به استرس در پیش‌بینی اضطراب بازگشت به مواد مخدر. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۹(۳)، ۵۵-۶۵.

علیخانی، زهرا و امیری، محمدمجتبی (۱۳۹۸). رابطه‌ی مؤلفه‌های فرانگرانی، نشخوار فکری، انعطاف‌پذیری ذهنی، با علائم اختلال‌های طیف وسواس. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۳(۵۲)، ۴۷-۶۵.

فرنام، علی و محمود زهی، شهناز (۱۳۹۸). رابطه هیجان‌های منفی (استرس، اضطراب، افسردگی) با وسوسه مصرف در افراد وابسته به مواد دارای بازگشت. *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۳۳(۱)، ۱۷-۱.

فرهادی، هادی و طباطبائی زواره، قوام (۱۳۹۹). اثربخشی تئاتر درمانی بر خودکنترلی، عملکرد اجتماع انطباقی و وابستگی به بازی‌های رایانه‌ای دانش‌آموزان وابسته به بازی. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۰(۱)، ۱۳۵-۱۵۶.

گرچی، یوسف؛ طباطبائی، مینا و شکرالهی، مژگان (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و خودپنداره زمان دارای اختلال سوء مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۵۸)، ۷۳-۸۸.

گلستانه، افسون و سروقد، سیروس (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای نگرانی در رابطه بین راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان، افسردگی و اضطراب. *فصلنامه روانشناسی تحولی*، ۹(۳۵)، ۲۶۹-۲۵۹.

محرابی، حسین علی؛ نشاط دوست، حمیدظاهر و مولوی، حسین (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی گروه درمانی ساختار یافته و آموزش خانواده در کاهش عود بیماران وابسته به مواد شهر اصفهان. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۴(۴۵)، ۴۸-۵۵.

معنوی پور، داود و شاه‌حسینی، آرزو (۱۳۹۴). بررسی شاخص‌های روانسنجی مقیاس نشخوار فکری-تأمل. *مجله صفای خاتم*، ۴(۱)، ۸-۱۵.

ممیز، احمدرضا و گلشنی، علیرضا (۱۴۰۰). نقش سیاست‌گذاری آموزشی در تغییر آگاهی و نگرانی جوانان در گرایش به مواد. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۱)، ۱۴۴-۱۱۹.

موسوی مقدم، رحمت‌الله؛ هوری، سهیلا؛ امیدی، عباس و ظهیری‌خواه، ندا (۱۳۹۴). بررسی رابطه‌ی هوش معنوی با خودکنترلی و مکانیسم‌های دفاعی در دانش‌آموزان دختر سال سوم متوسطه. *فصلنامه علوم پزشکی*، ۲۵(۲۵)، ۵۹-۶۴.



موسوی، الهام؛ علیپور، احمد؛ آگاه هریس، مژگان و زارع، حسین (۱۳۹۳). تاثیر برنامه جدید لرن (Learn) در کاهش استرس ادراک شده و نگرانی دانشجویان. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۳(۲)، ۴۷-۶۲.

نعمت‌الهی، شهلا؛ افشاری‌نیا، کریم و حسینی، سعیده سادات (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی و نگرانی در بیماران وسواس فکری مصرف مواد. *فصلنامه سبک زندگی با محوریت سلامت*، ۴(۳)، ۷۶-۸۷.

نعمتی، فاطمه و شاه‌مرادی، سمیه (۱۳۹۹). بررسی عوامل تأثیرگذار در سوء مصرف مواد محرک و اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۱-۲۴.

نقی‌زاده، عیسی؛ حسنی، جعفر و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۹). رابطه فعالیت سیستم‌های مغزی - رفتاری در بازگشت به مصرف مواد با نقش واسطه‌گری گری بدتنظیمی هیجان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۳۳۹-۳۶۵.

نیازی میرک، ژیلا؛ بیرامی، عرفان و رستمی، لیلیا (۱۴۰۰). نقش نشخوار فکری و خودانتقادی در پیش‌بینی رفتار بازگشت مصرف‌کنندگان مواد مخدر صنعتی. *فصلنامه رویش روانشناسی*، ۱۰(۶۵)، ۹۴-۱۲۵.

هومن، حیدرعلی (۱۳۹۳). *مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار لیزرل*. تهران: انتشارات سمت.

## References

- Baker, A. K., & Garland, E. L. (2019). Autonomic and affective mediators of the relationship between mindfulness and opioid craving among chronic pain patients. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 27(1), 55-63.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guildford Press.
- Bluma, L. (2018). The role of spirituality in alcohol abstinence self-efficacy amongst alcoholics anonymous members. *Journal of drugs and alcohol today*, 18(2), 1745-1755.
- Breese, G. R., Sinha, R., & Heilig, M. (2011). Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse. *Pharmacology & therapeutics*, 129(2), 149-171.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of psychosomatic research*, 60(2), 113-124.
- Carroll, M. E. (2021). Voluntary exercise as a treatment for incubated and expanded drug craving leading to relapse to addiction: Animal models. *Pharmacology biochemistry and behavior*, 208, 173-210.

- Cavicchioli, M., Vassena, G., Movalli, M., & Maffei, C. (2020). Is craving a risk factor for substance use among treatment-seeking individuals with alcohol and other drugs use disorders? A meta-analytic review. *Drug and alcohol dependence*, 212, 1-10.
- Clarke, P. B., Lewis, T. F., Myers, J. E., Henson, R. A., & Hill, B. (2020). Wellness, emotion regulation, and relapse during substance use disorder treatment. *Journal of counseling & development*, 98(1), 17-28.
- 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.
- Dingle, G. A., Neves, D. D. C., Alhadad, S. S., & Hides, L. (2018). Individual and interpersonal emotion regulation among adults with substance use disorders and matched controls. *British journal of clinical psychology*, 57(2), 186-202.
- Fraser, L. N., & Platner, I. E. (2018). Self-Control as a predictor of drug use: a study with university students in Botswana. *African journal of drug and alcohol studies*, 17(1), 29-38.
- Galacgac, N. B., & Tarroja, M. C. H. (2019). Dispositional mindfulness and relapse vulnerability as mediated by self-efficacy among persons in recovery from substance use disorders (SUDs). *Philippine journal of psychology*, 52(1), 185-208.
- Lei, M. K., Brody, G. H., & Beach, S. R. (2022). Intervention effects on self-control decrease speed of biological aging mediated by changes in substance use: A longitudinal study of African American youth. *Family process*, 61(2), 659-673.
- Liu, Q. Q., Zhou, Z. K., Yang, X. J., Kong, F. C., Sun, X. J., & Fan, C. Y. (2018). Mindfulness and sleep quality in adolescents: Analysis of rumination as a mediator and self-control as a moderator. *Personality and individual differences*, 122, 171-176.
- Lo, T. W., Yeung, J. W., & Tam, C. H. (2020). Substance abuse and public health: A multilevel perspective and multiple responses. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 1-7.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavioral research and therapy*, 28(6), 487-495.
- Nolen- Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569-582.
- Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 183, 78-81.

- Priddy, S. E., Hanley, A. W., Riquino, M. R., Platt, K. A., Baker, A. K., & Garland, E. L. (2018). Dispositional mindfulness and prescription opioid misuse among chronic pain patients: craving and attention to positive information as mediating mechanisms. *Drug and alcohol dependence*, 188, 86-93.
- Roberts, H., Jacobs, R. H., Bessette, K. L., Crowell, S. E., Westlund-Schreiner, M., Thomas, L., & Watkins, E. R. (2021). Mechanisms of rumination change in adolescent depression (RuMeChange): study protocol for a randomised controlled trial of rumination-focused cognitive behavioural therapy to reduce ruminative habit and risk of depressive relapse in high-ruminating adolescents. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-14.
- Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2013). Emotional cascades as prospective predictors of dysregulated behaviors in borderline personality disorder. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 4(2), 168-188.
- Tangney, J. P., Boone, A. L., & Baumeister, R. F. (2018). *High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success*. In *Self-regulation and self-control* (pp. 173-212). United Kingdom: Routledge.
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of personality and social psychology*, 76(2), 284-304.
- Üneri, Ö. Ş. (2018). Introduction to psychodrama group therapy with children. *Psychiatry and clinical psychopharmacology*, 28, 309-309.
- Willem, L., Bijttebier, P., Claes, L., & Raes, F. (2011). Rumination subtypes in relation to problematic substance use in adolescence. *Personality and individual differences*, 50(5), 695-699.
- Wolitzky-Taylor, K., Sewart, A., Zinbarg, R., Mineka, S., & Craske, M. G. (2021). Rumination and worry as putative mediators explaining the association between emotional disorders and alcohol use disorder in a longitudinal study. *Addictive behaviors*, 119, 106-115.
- Yang, C., Zhou, Y., Cao, Q., Xia, M., & An, J. (2019). The relationship between self-control and self-efficacy among patients with substance use disorders: resilience and self-esteem as mediators. *Frontiers in psychiatry*, 10, 388-400.



## اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در مراکز سرپایی\*

فاطمه باقری<sup>۱</sup>، فیروزه غضنفری<sup>۲</sup>، فضل اله میردریکوند<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۰

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در مراکز سرپایی بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون -پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد در مراکز سرپایی شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین، ۱۸ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۹ نفر) و کنترل (۹ نفر) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در درمان ریتم اجتماعی و میان فردی را در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای با فراوانی دو جلسه در هفته دریافت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس ناگویی خلقی تورنتو و پرسشنامه خودنظم‌دهی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون ناپارامتری یو من‌ویتنی تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت و درمان ریتم اجتماعی و میان فردی باعث کاهش ناگویی خلقی و افزایش خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد شد. **نتیجه‌گیری:** بنا بر نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از درمان ریتم اجتماعی و میان فردی برای کاهش مشکلات هیجانی و بهبود مهارت‌های خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بهره برد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان ریتم اجتماعی و میان فردی، ناگویی خلقی، خودنظم‌دهی، اختلال مصرف مواد

\*. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه لرستان است.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. پست الکترونیک:

Fatemebagheri037@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

## مقدمه

مصرف مواد<sup>۱</sup> همچنان یک نگرانی مربوط به سلامت عمومی در سراسر جهان است که سلامت، امنیت و بقای جامعه بشری در قرن بیست و یکم را تهدید می کند (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹) و به یکی از بیست عامل اصلی مشکلات مربوط به سلامت افراد در سراسر جهان تبدیل شده است (سلیمان، علم، حبیب، عبدالله و حسن، ۲۰۲۲). بر اساس تعریف پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، مصرف مواد شامل الگوی ناسازگار مصرف مواد است که به وسیله عوارض ناخوشایند عودکننده و قابل ملاحظه مرتبط با مصرف مکرر مواد در فرد ظاهر می شود. ویژگی اصلی هر کدام از اختلالات مرتبط با مصرف یک ماده، مجموعه‌ای از علائم جسمانی، رفتاری و شناختی است که علی‌رغم مشکلات چشمگیری که برای فرد به وجود می آورد، همچنان ادامه می‌یابد (انجمن روانپزشکی امریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳؛ بشارت، حایری و مقدم‌زاده، ۱۳۹۷). طبق گزارش‌های اخیر، حدود ۲۶۹ میلیون نفر در سراسر جهان، حداقل یک بار از مواد مخدر در طی سال گذشته استفاده کرده بودند و شیوع مصرف مواد از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۸ به بیش از ۱۲ درصد افزایش یافته است (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۲۰). در ایران نیز شیوع مصرف مواد ۱۱/۹ درصد (مرادیان‌آذر و همکاران، ۲۰۲۰؛ نوجوان، سلیمانی و عیسی‌زادگان، ۱۴۰۱) و شیوع مصرف مواد بیش از ۵/۴ درصد برآورد شده است (عنایت و غفاری، ۱۳۹۸؛ صادقی، سودانی و غلامزاده جفره، ۱۳۹۹؛ اکبری، آریانپور و رضاپور میرصالح، ۱۴۰۱). مطالعات صورت گرفته در این حوزه نشان می‌دهند که این اختلال با عواملی مانند بیگانگی اجتماعی و روان‌پریشی (لورفا، اوگو، ایفاگوازی و چوکوورجی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸)، استرس (دبنام، میلان، مولن، لسی و برادشاو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷)، خطر ابتلا به افسردگی (بگاچه، کیان‌مهر، صابونچی، مرذلک و دلما، ۲۰۱۹)، اختلالات شدید

1. substance abuse  
2. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC)  
3. American Psychiatric Association

4. Lorfa, Ugwu, Ifeagwazi, & Chukwuorji  
5. Debnam, Milam, Mullen, Lacey & Bradshaw

انگیزشی و عدم کنترل رفتار (پالاد و اسنایدر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹)، مشکل در سلامت روان (حدود ۲/۳ درصد) (اورکی، ۱۳۹۸) و مشکلات شناختی (رامی و رگری<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹) مرتبط است. یکی از عواملی که نقش مهمی در گرایش افراد به مصرف مواد ایفا می کند، ناگویی خلقی<sup>۳</sup> است (آقایار و شریفی درآمدی، ۱۳۹۴). در مطالعات مختلفی رابطه ناگویی خلقی با مصرف مواد نشان داده شده است (توربرگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ دوراد<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ قربانی، خسروانی، شریفی باستان و جماعتی اردکانی، ۲۰۱۷؛ لومینت، کوردویل سوسا، فانتینی و دیتیمی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶؛ موری<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). اصطلاح ناگویی خلقی نخستین بار توسط سیفنتوس<sup>۸</sup> در سال ۱۹۳۷ مطرح شد (نیکولو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۱) که به معنی اختلال در پردازش هیجانی به ویژه نارسایی در شناسایی و تشخیص هیجانها است (چن، وو، جینک و چان<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱) و با نارسایی در شناسایی احساسات، نارسایی در توصیف احساسات خود به صورت کلامی و سبک شناختی عینی شناسایی می شود (زیووتوفسکی<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ همینگ، تایلور، هادوک، شاو و پرات<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۹). ویژگی اصلی این سازه، ناتوانی در شناخت هیجانهای خود و تنظیم واکنشهای هیجانی در مواجهه با موقعیتهای احساسی است (لیندزلی و سیاروچی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۹). شیوع ناگویی خلقی در جمعیت عمومی ۱۰ درصد تخمین زده شده است (پالما الوارز<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ فرانز<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ متیلا، سالمین، نومی و جوکاما<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۶) درحالی که در بیماران دارای اختلال مصرف مواد، حدود ۴۲ تا ۶۷ درصد است (دیهان<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعات متعددی مشخص شده است که افراد با سطوح بالای ناگویی خلقی

1. Palad & Snyder
2. Ramey & Regier
3. Alexithymia
4. Thorberg
5. Dorard
6. Luminet, Cordovil Sousa, Fantini, & DeTimary
7. Morie
8. Siphonus
9. Nicolo
10. Chen, Xu, Jing & Chan
11. Zhyvotovska
12. Hemming, Taylor, Haddock , Shaw & Pratt
13. Lindsay & Ciarrochi
14. Palma-Alvarez
15. Franz
16. Mattila, Salminen, Nummi & Joukamaa
17. De Haan

مصرف الکل بیشتر و در کل وابستگی بیشتری به مواد مخدر دارند (کوبان و اوندر<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱).

یکی دیگر از عواملی که مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و بر مصرف و مصرف مواد مؤثر است، وجود مهارت‌های فردی همچون خود‌نظم‌دهی<sup>۲</sup> است (اوریت و رایبیز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶؛ زینالی، ۲۰۱۴). خود‌نظم‌دهی، یک عامل محافظتی در بهبود بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی به شمار می‌رود و به معنی توانایی نظارت و تعدیل احساسات، رفتار و شناخت است که به افراد امکان دستیابی به اهداف و سازگاری با شرایط متغیر را می‌دهد (وینک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ برگر، کافمن، لیونه و هنیک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ کارولی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳). به عبارت دیگر، خود‌نظم‌دهی فرایندی است که بر اساس آن، فرد رفتار خود را مورد نظارت قرار داده، مطابق با معیارها و اهدافی که دارد رفتار خود را ارزیابی کرده و بر اساس این ارزیابی، رفتار خود را تنظیم می‌کند (مک دونالد و پالفای<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). مطالعات انجام شده نشان می‌دهند، افرادی که از خود‌نظم‌دهی پایینی برخوردارند، مهارت‌های لازم را برای تنظیم هیجان‌های خود ندارند و برای تنظیم هیجان‌های خود به ساختارهای بیرونی متکی هستند (تانگنی، بومیستر و بون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴). این عامل نقش مهمی در پرهیز مصرف مواد ایفا می‌کند (موراوون، کولینز و نینهوس<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲؛ موراوون و همکاران، ۲۰۰۵؛ براون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۸؛ بامیستر، هزرتون و تیک<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۴)؛ به طوری که نمرات خود‌نظم‌دهی، رابطه مثبتی با طول پرهیز از مصرف مواد دارد و با افزایش نمرات خود‌نظم‌دهی، مدت پرهیز نیز افزایش می‌یابد (فراری، استیونز و جیسون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹).

بر اساس اینکه اعتیاد یک بیماری غیرقابل کنترل، اجباری و با عودهای مکرر است، روش‌های درمانی زیادی برای آن به وجود آمده است، اما بیشتر افرادی که دارای این اختلال هستند به مراقبت‌های طولانی‌مدت و مکرری نیاز دارند (مؤسسه ملی مصرف

1. Coban & Onder

2. self regulation

3. Everitt & Robbins

4. Vink

5. Berger, Kofman, Livneh & Henik

6. Karoly

7. Macdonald & Palfai

8. Tangney, Baumeister & Boone

9. Muraven, Collins & Nienhaus

10. Brown

11. Baumeister, Heatherton & Tice

12. Ferrari, Stevens & Jason

مواد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). یکی از رویکردهای درمانی، درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی<sup>۲</sup> است که نخستین بار توسط الن فرانک<sup>۳</sup> برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی طراحی شد (هابرگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). این درمان به طور خاص برای مدیریت حوادث استرس‌زا، بهبود اختلالات اجتماعی و ریتم‌های شبانه‌روزی<sup>۵</sup> و پایبندی افراد به داروها توسعه پیدا کرده است (استردو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ فرانک<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۷) و بر الگوهای نامناسب و بی‌نظمی‌های ریتم شبانه‌روزی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تمرکز دارد، مشکلات بین‌فردی آنها را کاهش می‌دهد، ریتم روزمره اجتماعی را تنظیم می‌کند و در نهایت دوره‌های خلق پایدار و بهبودی را افزایش می‌دهد (هابرگ و همکاران، ۲۰۱۳). هدف اصلی این درمان، تنظیم ریتم‌های روزمره اجتماعی و بیولوژیکی به منظور افزایش ثبات خلق‌وخو و تسهیل خواب است (هیراکاوا و تراو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹؛ فرانک، ۲۰۰۵). فرض بر این است که تغییر در سیستم‌های بیوشیمیایی که خواب، انرژی و خلق‌وخو را تنظیم می‌کند، خطر ابتلا به دوره‌های دوقطبی را در افراد آسیب‌پذیر افزایش می‌دهد و عوامل استرس‌زای بین‌فردی مانند غم و اندوه، انتقال نقش و تعارض در روابط، می‌تواند ریتم اجتماعی و شبانه‌روزی را مختل کرده و بر روحیه، تأثیر منفی داشته باشد. درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی با ایجاد برنامه‌های روزمره برای خواب و بیداری، وعده‌های غذایی، فعالیت‌های هدفمند و رفع مشکلات بین‌فردی، باعث ثبات ریتم‌های اجتماعی بیماران، بهبود خلق‌وخو و عملکرد فعلی آنها می‌شود (فرانک، ۲۰۰۷). تا کنون اثربخشی این درمان بر بهبود افسردگی و خلق‌وخو (فرانک، ۲۰۰۷)، تعدیل افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی عمده (کراو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، تنظیم سبک زندگی و بهبود خلق‌وخو در افراد دارای اختلال دوقطبی (گلدشتاین<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)، بهبود عملکرد کلی (لام و چونگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۱)، بهبود علائم اضطراب، افسردگی و شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی

1. National Institute on Drug Abuse (NIDA)  
2. Interpersonal and Social Rhythm Therapy  
3. Ellen Frank  
4. Hoberg  
5. circadian rhythms

6. Steardo  
7. Frank  
8. Hirakawa & Terao  
9. Crowe  
10. Goldstein  
11. Lam & Chung



(استرادو و همکاران، ۲۰۲۰)، بهبود بدتنظیمی هیجان و کاهش عود در مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین (قبرلی پیرکاشانی، شهیدی، حیدری و نجاتی، ۱۳۹۹) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است.

با توجه به مطالب ذکر شده و آمارهای موجود به نظر می‌رسد عوامل مؤثر بر ترک و پرهیز از مواد هنوز به طور دقیق شناسایی نشده و روش‌های درمانی اثربخشی لازم را در این افراد نداشته باشند (بشرپور، عطادخت، خسروی نیا و نریمانی، ۱۳۹۲). از این رو، با توجه به شیوع بالای مصرف مواد و دشواری‌هایی که در درمان این افراد وجود دارد (تاپلین و ماتیک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵) و با توجه به اینکه در افراد مبتلا به مصرف مواد که به دنبال درمان اختلال خود می‌روند، بعد از یک سال بهبودی، میزان عود و مرگ‌ومیر به حدود ۶۰ درصد می‌رسد، شناسایی عوامل مؤثر بر جنبه‌های متعدد اختلال مصرف مواد از جمله پیشگیری، توسعه، درمان و بهبود آن برای کاهش مؤثرتر و کارآمدتر آن بر افراد، خانواده‌ها و جوامع امری ضروری است (لانس<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد تحقیقاتی مختلفی از اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر متغیرهای مختلفی از نمونه‌های متفاوت مورد بررسی قرار گرفته؛ اما این گونه پژوهش‌ها در حوزه مصرف مواد کمتر انجام شده؛ لذا این مطالعه در جهت بررسی اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی در کاهش ناگویی خلقی و ارتقا مهارت‌های خودنظم‌دهی اجرا شده است تا اثربخشی آن مشخص شود و در عرصه کمک به افراد مبتلا به مصرف مواد مورد استفاده قرار گیرد. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال بود که آیا درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به مصرف مواد مراکز سرپایی مؤثر است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان مبتلا به مصرف مواد مراکز سرپایی ترک اعتیاد شهر

خرم آباد در سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیر گروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۹۰). بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به مصرف مواد، داشتن حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف داروهای روان‌پریشی، مدت مصرف مواد حداقل ۴۸ ماه و معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل برای همکاری در پژوهش، غیبت بیش از سه جلسه، ابتلا به اختلالات روان‌پریشی و دریافت درمان‌های غیر دارویی دیگر بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی افراد رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل ناپارامتری یو من ویتنی در نرم افزار اسپاس اس تحلیل شدند. مطالعه حاضر، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان با شناسه اخلاق IR.LUMS.REC.1400.243 مصوب گردیده است.

## ابزار

۱. پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو<sup>۱</sup>: این مقیاس در سال ۱۹۹۴ توسط پارکر، تیلور و باگی<sup>۲</sup> با ۲۰ گویه و سه مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات (۷ سوال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سوال) و تفکر عینی (۸ سوال) ساخته شد. آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) به سؤالات هر ماده پاسخ می‌دهند. سؤالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند، به طوری که به پاسخ کاملاً مخالفم نمره ۵ و کاملاً موافقم نمره ۱ اختصاص داده می‌شود. در این مقیاس حداقل نمره کل، ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ است. هر چه نمره فرد در مؤلفه‌ها بیشتر باشد فرد مشکلات شدیدتری را در بیان و تشخیص احساسات خود دارد. در مطالعات زیادی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (پارکر، تیلور و باگی، ۲۰۰۱). در نسخه ایرانی بشارت (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ برای کل این مقیاس ۰/۸۵ و برای مؤلفه

دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و تفکر عینی ۰/۷۲ به دست آمده است که نشان می‌دهد این مقیاس از همسانی درونی خوبی برخوردار است. همچنین پایایی بازآزمایی آن نیز در دو نوبت با فاصله چهار هفته‌ای در یک نمونه ۶۷ نفری برای ناگویی خلقی کل ۰/۷۰ و برای مؤلفه‌های آن ۰/۷۷ مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر این، روایی هم‌زمان نیز بر اساس همبستگی بین مؤلفه‌های آزمون و مؤلفه‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (بشارت، ۲۰۰۷). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

۲. پرسشنامه خودنظم‌دهی<sup>۱</sup>: پرسشنامه خودنظم‌دهی توسط براون، میلر و لاوندووسکی<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۹ برای سنجش فرایندهای مرتبط با خودنظم‌دهی ساخته شد. در این مقیاس ۶۳ سؤال و ۷ مؤلفه پذیرش (۹ سؤال)، ارزیابی (۹ سؤال)، راه‌اندازی (۹ سؤال)، بررسی (۹ سؤال)، برنامه‌ریزی (۹ سؤال)، اجرا (۹ سؤال) و سنجش (۹ سؤال) وجود دارد. آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ به هر سؤال پاسخ می‌دهند. در این پرسشنامه نمره بالاتر از ۲۳۹ نشان‌دهنده خودنظم‌دهی بالا، بین ۲۱۴ تا ۲۳۹ خودنظم‌دهی متوسط و پایین‌تر از ۲۱۳ نشان‌دهنده خودنظم‌دهی پایین در افراد است. روایی و آگرایی پرسشنامه با مقیاس‌های مصرف الکل ۰/۲۳-، خطرپذیری ۰/۲۴۴- و برانگیختگی ۰/۴۶۹- به دست آمده است که نشان از معنادار بودن این روایی است. این پرسشنامه در ایران توسط برجعلی‌لو، مجتهدزاده و محمدی (۱۳۹۲) اعتباریابی شد که اعتبار بازآزمایی آن برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و با همسانی درونی ۰/۹۱ گزارش شده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد.

## روش اجرا

در این پژوهش درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی (فرانک، ۲۰۰۷) در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و با فراوانی دو جلسه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های پژوهش، قبل

از شروع مداخله (پیش‌آزمون) و بعد از پایان یافتن جلسات درمان (پس‌آزمون) اجرا شد. خلاصه جلسات درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی در جدول ۱ آورده شده است.

### جدول ۱: خلاصه جلسات درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی

مرحله	جلسه	خلاصه محتوای جلسات
اولیه	اول	آشنایی افراد با روند جلسات درمانی، جمع‌آوری اطلاعات درمورد تاریخچه مصرف مواد، نوع مصرف، شدت مصرف، ارائه اطلاعاتی درباره ماهیت مصرف مواد و روند آن و اثرات مخربی که مصرف مواد بر زندگی وی بر جای گذاشته است.
	دوم	جمع‌آوری اطلاعاتی درباره تعداد افراد مهم زندگی فرد، رابطه‌ای که فرد مصرف‌کننده مواد با آن‌ها دارد، انتظارات افراد از این روابط، دیدگاه‌های مثبت و منفی مرتبط با روابط و انتظاراتی که فرد مصرف‌کننده در خود یا دیگران انتظار دارد ببیند.
	سوم	مشخص کردن ریتم‌های شبانه‌روزی مانند غذا خوردن، خواب و بیداری و فعالیت‌های مهم افراد و تعیین بی‌نظمی‌های موجود در این روال‌های روزمره؛ آموزش درباره ارتباط بین وضعیت خلق و خو با روابط بین‌فردی و حوادث مهم زندگی مانند از دست دادن عزیزان و غیره.
	چهارم	بحث کردن درمورد کشمکش‌های بین‌فردی، انتقال نقش و نقص‌های بین‌فردی در افراد مبتلا به مصرف مواد، تعریف و مشخص کردن این کشمکش‌ها و ارائه مهارت‌های عملی برای حل کردن این کشمکش‌ها.
میانی	پنجم	نظارت و ثبت روال‌های روزمره، شناسایی و نظم‌دهی به این فعالیت‌ها، به‌کارگیری راهبردهایی برای منظم کردن ریتم‌های شبانه‌روزی و بررسی تأثیر منظم بودن روال‌ها بر خلق و خوی افراد.
	ششم	بهبود روابط بین‌فردی برای گسترش روابط اجتماعی و دریافت حمایت از افراد مهم زندگی، کاهش مشکلات بین‌فردی و تنهایی با افزایش دادن مهارت‌های اجتماعی و تثبیت روابط فعلی و کمک به افراد برای ایجاد روابط جدیدتر.
	هفتم	شناخت و آگاهی از هیجانات و احساسات خود، آگاهی از رابطه بین هیجانات و لغزش و مدیریت کردن آن، رابطه بین هیجانات فرد با روابطی که با افراد مهم زندگی خود دارد.
	هشتم	آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجانات و خلق و خو و آگاهی از رابطه بین هیجانات با وسوسه مصرف مواد، لغزش و عود مصرف.
پایانی	نهم	نظارت و سنجش وضعیت خلق و خو و ارائه مهارت‌هایی برای تنظیم نوسانات هیجانی و افزایش سطح عواطف مثبت و کاهش دادن هیجانات منفی و مخرب.
	دهم	ارائه آموزش‌هایی برای افزایش مهارت‌های ارتباطی و بین‌فردی، حل کردن مشکلات بین‌فردی و گسترش دادن راهکارهایی برای حل مسائل بین‌فردی.
	یازدهم	ارزیابی کردن راهبردهایی که برای ارتقا روابط بین‌فردی استفاده شده است، بحث کردن درمورد احتمال لغزش، افکار و هیجانات پیش‌و پس‌آیند لغزش و مدیریت کردن آن‌ها.
	دوازدهم	جمع‌بندی جلسات گذشته، کمک به افراد برای پیش‌بینی موقعیت‌های مشکل‌زا در روابط بین‌فردی و بررسی کردن راهبردهای به کار برده شده به‌منظور مدیریت کردن آن‌ها.

## یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند، اما ۶ نفر از گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از سه جلسه، عدم تمایل برای شرکت در پژوهش و عود مصرف در طی جلسات درمان و ۶ نفر از گروه کنترل به دلیل بیماری کرونا و عدم تمایل برای شرکت در پس آزمون از تحلیل کنار گذاشته شدند و در نهایت داده‌های مربوط به ۹ نفر از افراد گروه آزمایش و ۹ نفر از افراد گروه کنترل وارد تحلیل شدند. یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۷/۲۲ و در گروه کنترل ۳۶/۲۲ بود. بیشترین فراوانی تحصیلات در هر دو گروه، دیپلم و کمترین فراوانی، کارشناسی ارشد و بالاتر (۱ نفر) بود. ۴۴/۴ درصد از افراد گروه آزمایش و ۵۵/۶ درصد از گروه کنترل دارای شغل آزاد بودند. از لحاظ سابقه اعتیاد در خانواده، گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۴۴/۴ و ۲۲/۲ درصد سابقه اعتیاد در خانواده را گزارش دادند. تعداد سال‌های مصرف مواد در هر دو گروه آزمایش و کنترل، بیش از ۱۰ سال به ترتیب با فراوانی ۷۷/۸ و ۵۵/۵ درصد بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دشواری در تشخیص	آزمایش	۲۵/۵۵	۴/۶۶	۱۵/۶۶	۲/۴۴
احساسات	کنترل	۲۳/۸۸	۶/۹۳	۲۴/۷۷	۶/۷۰
دشواری در توصیف	آزمایش	۱۹/۷۷	۰/۶۶	۱۲/۳۳	۱/۳۲
احساسات	کنترل	۱۹/۷۷	۱/۰۹	۲۰/۱۱	۱/۳۶
تفکر عینی	آزمایش	۲۰/۸۸	۲/۷۱	۱۶/۸۸	۱/۱۶
	کنترل	۲۲/۲۲	۳/۸۶	۲۱/۴۴	۳/۸۱
ناگویی خلقی کل	آزمایش	۶۶/۲۲	۶/۶۴	۴۴/۸۸	۳/۴۰
	کنترل	۶۵/۸۸	۱۰/۴۰	۶۶/۳۳	۱۰/۴۶
پذیرش	آزمایش	۲۳/۰۰	۶/۱۸	۳۵/۰۰	۱/۴۱
	کنترل	۲۳/۷۷	۶/۷۰	۲۵/۳۳	۶/۶۳

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی	آزمایش	۳۰/۶۶	۳/۴۲	۳۴/۱۱	۱/۳۶
	کنترل	۳۰/۳۳	۵/۱۹	۳۰/۱۱	۳/۸۸
راه‌اندازی	آزمایش	۲۷/۶۶	۳/۹۳	۳۴/۷۷	۰/۶۶
	کنترل	۲۶/۷۷	۴/۴۰	۲۶/۶۶	۵/۹۷
بررسی	آزمایش	۲۵/۲۲	۶/۵۵	۳۳/۴۴	۰/۵۲
	کنترل	۲۷/۱۱	۵/۷۳	۲۸/۸۸	۵/۴۸
برنامه‌ریزی	آزمایش	۲۶/۰۰	۳/۶۰	۳۵/۷۷	۰/۴۴
	کنترل	۲۶/۰۰	۵/۸۷	۲۷/۵۵	۶/۰۰
اجرا	آزمایش	۲۴/۳۳	۴/۹۷	۳۶/۵۵	۰/۸۸
	کنترل	۲۷/۴۴	۴/۷۱	۲۸/۴۴	۵/۱۷
سنجش	آزمایش	۲۷/۴۴	۴/۷۱	۳۳/۳۳	۱/۲۲
	کنترل	۲۶/۰۰	۴/۳۰	۲۷/۲۲	۴/۲۹
خودنظم‌دهی کل	آزمایش	۱۸۴/۲۲	۳۰/۳۶	۲۴۳/۰۰	۲/۹۵
	کنترل	۱۸۷/۴۴	۲۸/۷۸	۱۹۴/۲۲	۲۷/۷۲

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات ناگویی خلقی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته است؛ در حالی که در گروه کنترل میانگین نمرات در این متغیر تغییر چندانی نکرده است. همچنین بر اساس جدول ۲ میانگین نمرات خودنظم‌دهی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، افزایش ولی میانگین نمرات این متغیر در گروه کنترل در مرحله پس آزمون تغییر محسوسی نداشته است. به‌منظور بررسی تأثیر درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی به دلیل برقرار نبودن مفروضه‌های آزمون پارامتریک از آزمون ناپارامتریک یو من ویتنی برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. در جدول ۳ نتیجه آزمون یو من ویتنی برای مولفه‌های ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۳: نتیجه آزمون یو من ویتنی مؤلفه‌های ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی

متغیر	گروه‌ها	جمع رتبه‌ها	میانگین رتبه‌ها	من ویتنی	Z	P
دشواری در تشخیص احساسات	آزمایش	۵۱/۰۰	۵/۶۷	۶/۰۰	-۳/۰۵	۰/۰۰۲
	کنترل	۱۲۰/۰۰	۱۳/۳۳			
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۴۵/۰۰	۵/۰۰	۰/۰۰۱	-۳/۵۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۲۶/۰۰	۱۴/۰۰			
تفکر عینی	آزمایش	۶۰/۰۰	۶/۷۲	۱۵/۵۰	-۲/۲۵	۰/۰۰۲۴
	کنترل	۱۱۰/۰۰	۱۲/۲۸			
پذیرش	آزمایش	۱۲۳/۵۰	۱۳/۷۲	۲/۵۰	-۳/۳۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۴۷/۵۰	۵/۲۸			
ارزیابی راه‌اندازی	آزمایش	۱۱۱/۵۰	۱۲/۲۲	۱۶/۰۰	-۲/۲۰	۰/۰۰۲۸
	کنترل	۶۱/۰۰	۶/۷۸			
بررسی برنامه‌ریزی	آزمایش	۱۰۷/۵۰	۱۲/۳۹	۱۴/۵۰	-۲/۳۴	۰/۰۰۱۹
	کنترل	۵۹/۵۰	۶/۶۱			
اجرا	آزمایش	۱۱۷/۰۰	۱۱/۹۴	۹/۰۰	-۲/۸۶	۰/۰۰۰۴
	کنترل	۶۳/۵۰	۷/۰۶			
سنجش	آزمایش	۱۱۷/۵۰	۱۳/۰۰	۸/۵۰	-۲/۸۷	۰/۰۰۰۴
	کنترل	۵۳/۵۰	۵/۹۴			
	آزمایش	۱۲۱/۰۰	۱۳/۴۴	۵/۰۰	-۳/۱۷	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۵۰/۰۰	۵/۵۶			

بر اساس نتایج جدول ۳، مقدار Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه در خرده مقیاس دشواری در تشخیص احساسات بر مبنای آزمون یو من ویتنی برابر ۳/۰۵- است. این مقدار با توجه به سطح آلفای ۰/۰۰۲ معنادار است. همچنین Z مشاهده شده برای خرده مقیاس‌های دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۳/۵۹- و ۲/۲۵- است که این مقادیر در سطح آلفای ۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۲۴ معنادار هستند؛ بنابراین درمان ریتم اجتماعی و میان فردی میزان ابعاد مختلف ناگویی خلقی در افراد مبتلا به مصرف مواد را

تغییر داده و بر آن تأثیر معناداری داشته است. همچنین  $Z$  مشاهده شده و سطوح آلفا در مؤلفه‌های پذیرش ( $Z=-3/38, P=0/001$ )، ارزیابی ( $Z=-2/20, P=0/028$ )، راه‌اندازی ( $Z=-2/34, P=0/019$ )، بررسی ( $Z=-2/09, P=0/045$ )، برنامه‌ریزی ( $Z=-2/86, P=0/004$ )، اجرا ( $Z=-2/87, P=0/004$ ) و سنجش ( $Z=-3/17, P=0/001$ ) با توجه به مقادیر بحرانی معنادار است. بنابراین درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی میزان ابعاد مختلف خودنظم‌دهی را در افراد مبتلا به مصرف مواد تغییر داده و بر خودنظم‌دهی تأثیر معناداری داشته است. در مجموع، نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل در ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که این درمان باعث کاهش ناگویی خلقی و افزایش نمرات خودنظم‌دهی در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به کنترل شد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به مصرف مواد مراکز سرپایی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی در مرحله پس‌آزمون بر ناگویی خلقی و خودنظم‌دهی تأثیر معناداری داشته است. بر اساس بررسی‌های انجام شده در خصوص تأثیر درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی در افراد مبتلا به مصرف مواد، تا کنون پژوهش‌های زیادی صورت نگرفته، ولی پژوهش‌های مشابه و همسویی در این حوزه در مطالعات داخلی انجام شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی در مقایسه با توان‌بخشی شناختی بر کاهش بی‌نظمی هیجان و افزایش پاسخ‌بازدارنده (قنبری پیر کاشانی، شهیدی، حیدری و نجاتی، ۱۴۰۰)، بهبود بدتنظیمی هیجان و کاهش عود در افراد وابسته به مت‌آفمتامین (قنبری پیر کاشانی و همکاران، ۱۳۹۹) اشاره کرد.

مطالعات انجام شده در حوزه اعتیاد نشان می‌دهد که اعتیاد به مواد مخدر با اختلال در ریتم شبانه‌روزی همراه است. افراد مبتلا به اعتیاد اختلالات شدیدتری را در چرخه خواب/بیداری، چرخه فعالیت، عادات غذایی و همچنین ریتم‌های غیرعادی در دمای بدن،



سطح هورمون‌ها و فشارخون تجربه می‌کنند (جونز، کناتسون و هینز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). معمولاً اختلالات خواب به دنبال مصرف مواد بسیار مشکل‌ساز است و حتی مدت‌ها پس از مصرف مواد ادامه می‌یابد و اغلب منجر به عود می‌شود (جونز و همکاران، ۲۰۰۳). نتیجه مطالعات نشان داده است که مصرف مکرر مواد به طور مستقیم بر ریتم‌های شبانه‌روزی تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، فعال‌شدن سیستم پاداش مغز از ریتم‌های شبانه‌روزی پیروی می‌کند (موری و همکاران، ۲۰۱۶)؛ در نتیجه افراد مبتلا به مصرف مواد برای مقابله با هیجانات نامنظم خود از مواد استفاده می‌کنند. از سوی دیگر، افراد با سطوح بالای ناگویی خلقی نمی‌توانند عواطف و احساسات خود را از طریق کلمات بیان کنند و به دلیل آگاهی هیجانی پایینی که دارند کمتر با دیگران احساس همدردی می‌کنند (میر، دی پائولو و سالووی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰). این افراد در موقعیت‌های اجتماعی احساس ناراحتی می‌کنند و مشکلات زیادی را در روابط بین‌فردی و اجتماعی نشان می‌دهند و ممکن است از مواد مخدر و الکل برای آرامش خود در موقعیت‌های اجتماعی استفاده کنند (کاروکیوی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ اسپیتزر، سیبل - جورگس، بارنو، گراب و فریرگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵) تا برون‌گرا تر و اجتماعی‌تر به نظر برسند و بتوانند احساسات خود را راحت‌تر ابراز کنند (توربرگ و همکاران، ۲۰۱۱). در تبیین علت تأثیر درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر ناگویی خلقی می‌توان گفت، درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی برای تثبیت ریتم‌های روزمره افراد بهبود کیفیت روابط بین‌فردی و عملکرد آنها طراحی شده است. در این درمان به افراد کمک می‌شود تا با منظم نمودن ریتم‌های روزانه، به تقویت سیستم‌های شبانه‌روزی آسیب‌پذیر آن‌ها کمک شود (فرانک، سوارتز و بلاند<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). با توجه به این که اختلال در ریتم‌های اجتماعی می‌تواند با تأثیر بر سیستم شبانه‌روزی بدن بر خلق و خوی افراد تأثیر داشته باشد (فرانک، سوارتز و کوفر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰)، با تنظیم ریتم‌های اجتماعی به افراد آسیب‌پذیر کمک می‌شود تا خطر ابتلا به علائم خلقی را کاهش دهند. همچنین در این

1. Jones, Knutson & Haines  
2. Mayer, DiPaolo & Salovey  
3. Karukivi

4. Spitzer, Siebel-Jürges, Barnow,  
Grabe & Freyberger  
5. Frank, Swartz & Boland  
6. Kupfer

درمان نظم‌دهی به ریتم‌های اجتماعی و کارکردن بر روی چهار حوزه از مشکلات بین‌فردی یعنی غم و اندوه حل نشده، انتقال نقش، اختلافات مربوط به نقش و نقایص بین‌فردی درهم آمیخته می‌شود. در غم و اندوه حل نشده، به بیمار کمک می‌شود تا احساسات دردناک خود را درباره روابط، مشاغل و فرصت‌های ازدست‌رفته ابراز کرده، روابط و اهداف جدیدتر را ایجاد کند و بر فرصت‌های آینده تمرکز داشته باشد. در اختلافات نقش بین‌فردی، انتظارات غیر متقابل افراد از همدیگر شناسایی و اصلاح می‌شود. در انتقال نقش، روابط مهم افراد در قبل و بعد از نقش مورد بررسی قرار می‌گیرد و در کمبودهای بین‌فردی، عوامل استرس‌زایی که منجر به شروع دوره‌های خلقی شده شناسایی می‌شوند (فرانک و همکاران، ۲۰۰۰). علاوه بر این، با استفاده از تکنیک‌های روان‌درمانی بین‌فردی مانند تجزیه و تحلیل ارتباط، به افراد کمک می‌شود تا حوزه‌های بین‌فردی مشکل‌دار شناسایی شوند و افراد بتوانند به نحو مؤثرتری با افراد مهم زندگی خود تعامل داشته باشند. همچنین با استفاده از نقش‌آفرینی، محیط امنی برای تمرین ابراز احساسات و ابراز وجود به وجود می‌آید (فرانک و همکاران، ۲۰۰۷). در نتیجه با استفاده از این مهارت‌ها، شدت عوامل استرس‌زا کاهش می‌یابد و با حفظ ریتم‌های اجتماعی در مؤلفه رفتاری درمان، عزت‌نفس و حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد؛ چرا که افراد مبتلا به ناگویی خلقی دارای حمایت اجتماعی ضعیف و مشکلات بین‌فردی بیشتری هستند (مزیو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش‌های انجام شده نیز نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سلامت روان دارد (مارگراف، لاول، ژانگ و اسپنیدر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی به‌عنوان یک درمان یکپارچه به افراد کمک می‌کند تا با پرداختن به مشکلات بین‌فردی و اجتماعی، تعداد و شدت عوامل استرس‌زای بین‌فردی را کاهش دهند و با منظم کردن ریتم‌های روزانه و میزان تأثیری که رویدادهای مثبت و منفی زندگی بر ریتم‌های روزانه دارد، ثبات ریتم‌های اجتماعی را افزایش دهند (فرانک، ۲۰۰۷). همچنین با شناسایی و ردیابی حالات خلقی و به‌حداقل رساندن بی‌نظمی هیجانی (سوارتز<sup>۳</sup>

و همکاران، ۲۰۱۱) نرخ بهبودی و دوره سلامتی طولانی‌تری را تجربه کنند (وینستوک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). بنابراین درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی با بهبود روابط بین‌فردی، گسترش شبکه‌های اجتماعی و ارائه حمایت اجتماعی (لیورس، جامسون و توربرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳) به طور غیرمستقیم، نوسانات عاطفی را کاهش می‌دهد (قنبری پیرکاشانی و همکاران، ۱۴۰۰) و با به‌کارگیری مهارت‌هایی برای ابراز هیجانات، شناسایی مشکلات بین‌فردی و تنظیم ریتم‌های شبانه‌روزی آسیب‌پذیری که در اثر استرس‌های بین‌فردی به وجود آمده‌اند، بر تمام مؤلفه‌های ناگویی خلقی اثربخشی لازم را داشته است تا افراد سطوح ناآگاهی هیجانی پایین‌تری را گزارش دهند.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر خودنظم‌دهی در افراد مبتلا به مصرف مواد تأثیر مثبت و معناداری داشته است. در خصوص اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر خودنظم‌دهی در تحقیقات داخلی و خارجی پژوهشی یافت نشد و امکان مقایسه یافته‌ها وجود ندارد. اگرچه تحقیقات دیگری در خصوص خودنظم‌دهی در افراد وابسته به مواد (ابراهیمی و زینالی، ۱۳۹۷) انجام گرفته است. در توجیه یافته‌های حاصل از اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر خودنظم‌دهی می‌توان گفت که خودنظم‌دهی در مدیریت افکار و احساسات برای تغییر رفتار نقش مهمی دارد (باومیستر و هس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). معمولاً مصرف‌کنندگان مواد در تنظیم، درک و مدیریت احساسات و کنترل تکانشگری مشکلات زیادی دارند (فاکس، آکسلورد، پالیوال، اسلیپر و سینها<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷) و اغلب از خودنظم‌دهی پایین‌تری برخوردارند، در نتیجه در پیش‌بینی نیازهای دیگران توانایی کمتری دارند و اغلب به سمت مصرف مواد می‌روند (دوران، مک کارگ<sup>۵</sup> و کوهن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). علاوه بر این، خودنظم‌دهی می‌تواند روابط سالم در آینده، مقابله مؤثر، سلامت روانی بهتر و همدلی بیشتر را در افراد پیش‌بینی کند (گالیو، پلانتر، بوتز و بومیستر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷؛ میشل، شودا و پیک<sup>۷</sup>، ۱۹۸۸). درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی باعث

1. Weinstock  
2. Lyvers, Jamieson & Thorberg  
3. Baumeister & Vohs  
4. Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper & Sinha

5. Doran, McChargue & Cohen  
6. Gaillot, Plant, Butz, & Baumeister  
7. Mischel, Shoda & Peake

تثبیت ریتم‌های روزمره افراد و درعین حال بهبود کیفیت روابط بین‌فردی و عملکرد آن‌ها در نقش‌های اجتماعی می‌شود. در این درمان فرض بر این است که رویدادهای استرس‌زای زندگی و اختلال در ریتم‌های اجتماعی باعث عود در افراد می‌شوند. افراد آسیب‌پذیر در برابر اختلال در ریتم‌های شبانه‌روزی مشکلات بیشتری دارند. عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی می‌توانند با این آسیب‌پذیری زیستی تعامل کنند و باعث ایجاد علائم در افراد شود (فرانک و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که ریتم اجتماعی نامنظم (زمان صرف غذا، زمان خواب، الگوهای تعامل اجتماعی نامنظم) با مشکلات بیشتری در سلامتی، افسردگی، اضطراب و استرس مرتبط است. درحالی که منظم بودن ریتم‌های اجتماعی با سلامت کلی، رضایت از زندگی و سلامت روانی مثبت در ارتباط است (مانک، فرانک، پوتر و کوفر، ۲۰۰۲). درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی به طور خاص، الگوی ریتم‌های اجتماعی، رفتار اجتماعی و رویدادهایی که باعث بی‌نظمی می‌شوند را برای حفظ ریتم‌های شبانه‌روزی منظم مورد هدف قرار می‌دهد. در واقع تأکیدی که بر حفظ ریتم‌های اجتماعی می‌شود، به افراد کمک می‌کند تا با سرعت بخشیدن به فعالیت‌های روزانه‌شان به سطح عملکرد مناسب خود برسند (فرانک و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین برای افراد شرایطی به وجود می‌آید تا تأثیر بیماری بر مسیر زندگی، روابط بین‌فردی و عزت‌نفس خود را مورد کاوش قرار دهند. از سوی دیگر، با استفاده از مداخلات روان‌درمانی بین‌فردی به افراد کمک می‌شود تا رابطه متقابل بین مشکلات بین‌فردی و اختلالات خلقی را شناسایی کنند (فرانک و همکاران، ۲۰۰۷)؛ بنابراین درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی با منظم کردن ریتم‌های روزمره و کاهش نوسانات هیجانی با به کارگیری مهارت‌های روان‌درمانی بین‌فردی، باعث افزایش ثبات خلق و خو و کاهش عود (پاور، ۲۰۰۴) و بهبود علائم افسردگی، اضطراب و عملکرد عمومی در افراد می‌شود (استرادو و همکاران، ۲۰۲۰). در این پژوهش نیز به طور غیرمستقیم بر خودنظم‌دهی تأثیر معناداری داشته و مهارت‌های خودنظم‌دهی را در این افراد بهبود بخشیده است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که مهم‌ترین آن، کم بودن تعداد آزمودنی‌های پژوهش بود که این امر در انتخاب روش آماری و نتیجه پژوهش تأثیر زیادی داشت. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به میسر نشدن دوره پیگیری اشاره کرد. براین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از تعداد آزمودنی‌های بیشتری استفاده شود. همچنین جهت بررسی تأثیر این درمان، دوره پیگیری مدنظر قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که این درمان در مقایسه با درمان‌های دارویی و سایر درمان‌های رایج در مراکز ترک اعتیاد و در هر دو جنس مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد. در مجموع بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی به‌عنوان یک درمان کارآمد در کاهش مشکلات هیجانی و افزایش مهارت‌های خودنظم‌دهی در کنار سایر روش‌های درمانی در افراد مبتلا به مصرف مواد استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مادی و معنوی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور جمع‌آوری و تهیه شده است. لذا از ستاد مبارزه با مواد مخدر و کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

- ابراهیمی، آسان و زینالی، علی (۱۳۹۷). مدل علی روابط بین شیوه‌های فرزندپروری، سبک‌های دلبستگی و خودتنظیمی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد*، ۱۲(۴۵)، ۹۲-۱۱۲.
- اکبری، مریم؛ آریانپور، حمیدرضا و رضاپور میرصالح، یاسر (۱۴۰۱). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل و کاهش دوز داروهای آگونیست در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۶۵(۱۶)، ۲۲۷-۲۵۴.
- اورکی، محمد (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر افسردگی و عود در افراد وابسته به هروئین. *مجله ایرانی روان‌شناسی سلامت*، ۲(۱)، ۹-۱۸.
- آقایار، سیروس و شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۴). *هوش هیجانی: کاربرد هوش در قلمرو هیجان*. تهران: انتشارات سپاهان.

برجعلی‌لو، سمیه؛ مجتهدزاده، ریتا و محمدی، آیین (۱۳۹۲). ساختار عاملی و اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه خود نظم دهی در بین دانشجویان پزشکی. *نشریه مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد*، ۸(۲)، ۲۵-۳۵.

بشارت، محمد علی؛ حائری، مهسا و مقدم‌زاده، علی (۱۳۹۷). بررسی نقش ناگویی طبعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و درمان ترکیبی (دارویی-انگیزشی) سوء مصرف مواد. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۷(۶۵)، ۲۲-۴۵.

بشر پور، سجاد؛ عطا دخت، اکبر؛ خسروی نیا، دیبا و نریمانی، محمد (۱۳۹۲). نقش خودکنترلی و خود دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۵(۴)، ۶۰-۷۰.

دلاور، علی (۱۳۹۰). *روش‌های تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش. صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده جفره، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۳۱-۱۵۰.

عنایت، حلیمه و غفاری، داریوش (۱۳۹۸). مطالعه پدیدارشناسانه بسترهای اعتیاد به مواد مخدر در زنان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۱)، ۳۱-۵۴.

قنبری پیر کاشانی، نیکزاد؛ شهیدی، شهریار؛ حیدری، محمود و نجاتی، وحید (۱۳۹۹). اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی بر بد تنظیمی هیجان در سوء مصرف کنندگان مت‌آفتماین. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۲۱۷-۲۳۶.

قنبری پیر کاشانی، نیکزاد؛ شهیدی، شهریار؛ حیدری، محمود و نجاتی، وحید (۱۴۰۰). اثربخشی درمان ریتم اجتماعی و میان‌فردی (IPSRT) با و بدون درمان توانبخشی شناختی مبتنی بر رایانه (CRT) در بهبود بد تنظیمی هیجان و بازداري پاسخ در سوء مصرف کنندگان مت‌آفتماین. *مجله بین‌المللی رفتارهای پرخطر و اعتیاد*، ۱۰(۴)، ۹-۱۰.

نوجوان، نصرت، سلیمانی، اسماعیل و عیسی‌زادگان، علی (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ولع مصرف و پردازش هیجانی در افراد وابسته به مواد در مرحله بازتوانی غیر دارویی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۵)، ۷۵-۹۶.

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation, ego depletion, and motivation. *Social and personality psychology compass*, 1, 1-14.

- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- 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.
- Berger, A., Kofman, O., Livneh, U., & Henik, A. (2007). Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation. *Progress in neurobiology*, 82(5), 256-286.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*, 101, 209-220.
- Brown, J. M. (1998). *Self-regulation and the addictive behaviors*. 2nd ed. Plenum: New York.
- Brown, J. M., Miller, W. R., & Lawendowski, L. A. (1999). The self-regulation questionnaire. *Innovations in clinical practice: A source book*, 17, 281-292.
- Chen, J., Xu, T., Jing, J. & Chan. R. (2011). "Alexithymia and emotional regulation": A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry*, 11(1), 1-6.
- Coban, O. G., & Onder, A. (2021). Alexithymia is associated with internalizing disorders in a clinical adolescent outpatient sample. *The journal of nervous and mental disease*, 209(9), 636-639.
- Crowe, M., Inder, M., Douglas, K., Carlyle, D., Wells, H., Jordan, J., & Porter, R. (2020). Interpersonal and social rhythm therapy for patients with major depressive disorder. *American journal of psychotherapy*, 73(1), 29-34.
- De Haan, H. A., Schellekens, A. F., Van Der Palen, J., Verkes, R. J., Buitelaar, J. K., & De Jong, C. A. (2012). The level of alexithymia in alcohol-dependent patients does not influence outcomes after inpatient treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(4), 299-304.
- 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.
- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive behaviors*, 32(1), 90-98.
- Dorard, G., Bungener, C., Phanb, O., Edel, Y., Corcos, M., & Berthoz, S. (2017). Is alexithymia related cannabis use disorder? Results from a case-control study in outpatient adolescent cannabis abusers. *Journal of psychosomatic research*, 95, 74-80.
- Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2016). Drug addiction: updating actions to habits to compulsions ten years on. *Annual review of psychology*, 67, 23-50.

- Ferrari, J. R., Stevens, E. B., & Jason, L. A. (2009). The role of self-regulation in abstinence maintenance: Effects of communal living on self-regulation. *Journal of groups in addiction & recovery*, 4, 32-41.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence*, 89(2-3), 298-301.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder-A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: Guilford Press.
- Frank, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: a means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder. *Journal of clinical psychology*, 63(5), 463-473.
- Frank, E., Hastala, S., Ritenour, A., Houck, P., Tu, X. M., Monk, T. H., & Kupfer, D. J. (1997). Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biological psychiatry*, 41(12), 1165-1173.
- Frank, E., Swartz, H. A., & Boland, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(3), 325-340.
- Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 48(6), 593-604.
- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 54-62.
- Gaillot, M., Plant, E. A., Butz, D. A., & Baumeister, R. F. (2007). Increasing self-regulatory strength can reduce the depleting effect of reducing stereotypes. *Personality and social psychology bulletin*, 33(2), 281-294.
- Ghorbani, F., Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., & Jamaati Ardakani, R. (2017). The alexithymia, emotion regulation, emotion regulation difficulties, positive and negative affects, and suicidal risk in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry research*, 252, 223-230.
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R., Axelson, D. A., Gilbert, A., Hastala, S. A., Birmaher, B., & Frank, E. (2014). Early intervention for adolescents at high risk for the development of bipolar disorder: pilot study of Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT). *Psychotherapy*, 51(1), 180-189.
- Hemming, L., Taylor, P., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). A systematic review and meta analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behavior. *Journal of affective disorders*, 254, 34-48.
- Hirakawa, H., & Terao, T. (2019). Modified interpersonal and social rhythm therapy via modulation of ambient light. *Bipolar disorders*, 21(6), 564-574.
- Hoberg, A. A., Vickers, K. S., Ericksen, J., Bauer, G., Kung, S., Stone, R., & Frye, M. A. (2013). Feasibility evaluation of an interpersonal and social



- rhythm therapy group delivery model. *Archives of psychiatric nursing*, 27(6), 271-277.
- Jones, E. M., Knutson, D., & Haines, D. (2003). Common problems in patients recovering from chemical dependency. *American family physician*, 68, 1971-1978.
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: a systems view. *Annual review of psychology*, 44, 23-52.
- Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M., & Saarijärvi, S. (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *Journal of affective disorders*, 125(1-3), 383-387.
- Lam, C., & Chung, M. H. (2021). A meta-analysis of the effect of interpersonal and social rhythm therapy on symptom and functioning improvement in patients with bipolar disorders. *Applied research in quality of life*, 16(1), 153-165.
- Lance, M. K. (2021). *The lived experience of hope in the midst of recovery from a substance use disorder: a phenomenology*. Master dissertation, University of Kentucky.
- Lindsay, J., & Ciarrochi, J. (2009). Substance abusers report being more alexithymic than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. *Addiction research & theory*, 17(3), 315-321.
- 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.
- Luminet, O., Cordovil De Sousa Uva, M., Fantini, C., & De Timary, P. (2016). The association between depression and craving in alcohol dependency is moderated by gender and by alexithymia factors. *Psychiatry research*, 239, 28-38.
- Lyvers, M., Jamieson, R., & Thorberg, F. A. (2013). Risky cannabis use is associated with alexithymia, frontal lobe dysfunction, and impulsivity in young adult cannabis users. *Journal of psychoactive drugs*, 45(5), 394-403.
- Macdonald, A., & Palfai, T. (2008). Predictors of exercise behavior among university student women: Utility of a goal-systems/self-regulation theory framework. *Personality and individual differences*, 44(4), 921-931.
- Margraf, J., Lavalley, K., Zhang, X., & Schneider, S. (2016). Social rhythm and mental health: a cross-cultural comparison. *PloS one*, 11(3), 1-16.
- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, 61(5), 629-635.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M., & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *Journal of personality assessment*, 54, 772-781.

- Meziou, O., Ghali, F., Khelifa, E., Maamri, A., Ben Saadi, S., Mrizak, J., & Zalila, H. (2019). Alexithymia, impulsivity and sensation seeking in Buprenorphine addiction: A comparative study. *Journal of substance use*, 24(1), 101-104.
- Mischel, W., Shoda, Y., & Peake, P. K. (1988). The nature of adolescent competencies predicted by preschool delay of gratification. *Journal of personality and social psychology*, 54(4), 687-696.
- Monk, T. H., Frank, E., Potts, J. M., & Kupfer, D. J. (2002). A simple way to measure daily lifestyle regularity. *Journal of sleep research*, 11, 183-190.
- 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. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15(1), 1-11.
- Morie, K. P., Yip, S. W., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K. M., & Potenza, M. N. (2016). Alexithymia and addiction: A review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processing. *Current addiction reports*, 3(2), 239-248.
- Muraven, M., Collins, R. L., & Nienhaus, K. (2002). Self-control and alcohol restraint: An initial application of the self-control strength model. *Psychology of addictive behaviors*, 16, 113-120.
- Muraven, M., Collins, R. L., Morsheimer, E. T., Shiffman, S., Nienhaus, K., & Paty, J. A. (2005). The morning after: limit violations and the self-regulation of alcohol consumption. *Psychology of addictive behaviors*, 19(3), 253-262.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2016). *Genetics and Epigenetics of Addiction*. United States: National Institute on Drug Abuse.
- Nicolo, G., Semerari, A., Iysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, I., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R., & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry research*, 190(1), 37-42.
- Palad, V., & Snyder, J. (2019). "We don't want him worrying about how he will pay to save his life": Using medical crowdfunding to explore lived experiences with addiction services in Canada. *International journal of drug policy*, 65, 73-77.
- Palma-Álvarez, R. F., Ros-Cucurull, E., Daigre, C., Perea-Ortueta, M., Martínez-Luna, N., Serrano-Pérez, P., & Roncero, C. (2021). Is alexithymia related to retention and relapses in patients with substance use disorders?: A one year follow-up study. *Addictive behaviors*, 113, 1-8.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and individual differences*, 30(1), 107-115.
- Power, M. (2004). *Mood disorders: a handbook of science and practice*. New York: Chichester Wiley.
- Ramey, T., & Regier, P. S. (2019). Cognitive impairment in substance use disorders. *CNS spectrums*, 24(1), 102-113.

- Soliman, S. S., Allam, H. K., Habib, N. M., Abdallah, A. R., & Hassan, O. M. M. (2022). Work schedule and substance abuse in vocational students. *Journal of public health research*, 11(1), 1-15.
- Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S., Grabe, H., & Freyberger, H. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychother psychosom*, 74(4), 240-246.
- Steardo, L., Luciano, M., Sampogna, G., Zinno, F., Saviano, P., Staltari, F., & Fiorillo, A. (2020). Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial. *Annals of general psychiatry*, 19(1), 1-7.
- Swartz, H. A., Frank, E., O'Toole, K., Newman, N., Kiderman, H., Carlson, S., & Ghinassi, F. (2011). Implementing interpersonal and social rhythm therapy for mood disorders across a continuum of care. *Psychiatric services*, 62(11), 1377-1380.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72, 27-32.
- Taplin, S., & Mattick, R. P. (2015). The nature and extent of child protection involvement among heroin-using mothers in treatment: High rates of reports, removals at birth and children in care. *Drug and alcohol review*, 34(1), 31-37.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., Lyvers, M., Connor, J. P., & Feeney, G. F. (2011). Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population. *Addictive behaviors*, 36(4), 427-430.
- United Nation Office on Drugs and Crime (2019). *World drug report*. Vienna: UNODC.
- United Nation Office on Drugs and Crime (2020). *World drug report*. Vienna: UNODC.
- Vink, M., Gladwin, T. E., Geeraerts, S., Pas, P., Bos, D., Hofstee, M., & Vollebergh, W. (2020). Towards an integrated account of the development of self-regulation from a neurocognitive perspective: A framework for current and future longitudinal multi-modal investigations. *Developmental cognitive neuroscience*, 45, 1-9.
- Weinstock, L. M. (2014). Interpersonal and Social Rhythm Therapy. *The encyclopedia of clinical psychology*, 5, 1-3.
- Zeinali, A. (2014). Relationship of attachment styles with addiction susceptibility in children. *Journal of applied science and agriculture*, 9(3), 1321-1327.
- Zhyvotovska, L. V., Boiko, D. I., Kadzhaia, N. V., Shkodina, A. D., Demianenko, I. V., & Borysenko, V. V. (2020). Association between emotional-volitional dysfunction and features of aggression or hostility in mens with different forms of substance addictions: a cross-sectional study. *Wiadomosci Lekarskie*, 73(6), 1129-1133.

## اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، اجتناب تجربی و کاهش دوز متادون در بیماران تحت درمان با متادون

عطاله عاصی کوچصفهانی<sup>۱</sup>، مجید برادران<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۸

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، اجتناب تجربی، و کاهش دوز متادون در بیماران تحت درمان با متادون انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر رشت در سال ۱۴۰۱ بود. از این بین، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان هر دو گروه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و پرسشنامه پذیرش و عمل را در پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی طبق پروتکل بوئن، چاولا، و مارلات (۱۳۹۶) در ۸ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای با فراوانی یک جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی منجر به افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش یافته و کاهش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته، اجتناب تجربی، و دوز متادون در بیماران تحت درمان متادون شد. **نتیجه گیری:** با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که ذهن آگاهی به عنوان مداخله‌ای موثر می‌تواند در بیماران تحت درمان با متادون به کار گرفته شوند.

**کلیدواژه‌ها:** مصرف مواد، متادون، ذهن آگاهی، تنظیم شناختی هیجان، اجتناب تجربی

\* مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه پیام نور واحد آستانه اشرفیه است.

۱. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، آستانه اشرفیه، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک: baradaran@pnu.ac.ir

## مقدمه

سوء مصرف مواد یک اختلال عودکننده مزمن است که علی‌رغم پیامدهای منفی با از دست دادن کنترل بازدارنده، جستجو، نگهداری و مصرف مواد مخدر مشخص می‌شود (مالدونادو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). سوء مصرف مواد و عوارض نامطلوب آن یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی به شمار می‌آید که باعث مشکلات سلامتی، اقتصادی و اجتماعی جدی به ویژه در بین نوجوانان و جوانان می‌شود (واسیلوا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). سالانه مصرف انواع مواد مخدر در سراسر جهان علت مرگ حدود ۳۵۰ هزار نفر و باعث از هم‌پاشیدگی و بدبختی هزاران نفر از افرادی می‌شود که تجربه مصرف مواد مخدر را هرگز نداشته‌اند (گزارش جهانی مواد مخدر، ۲۰۱۹؛ به نقل از خفتان، بهرامی و اقلیما، ۱۴۰۰). در طول تاریخ، بشر از مواد مخدر برای تغییر آگاهی استفاده کرده است، به ویژه جهت اصلاح احساسات منفی، کم کردن غم از دست دادن، درد غم و اندوه، آتش خشم، ترس (گارلند<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). زمانی می‌توان گفت سوء مصرف به وجود آمده است که علی‌رغم پیامدهای منفی که ممکن است مصرف مواد به همراه داشته باشد، تکراری و اجباری شود، این اختلال شامل دوره‌های عودکننده مصرف دارو، ترک و عود است (کلارک، کانگو و ماملی<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱). عوامل زیادی از جمله ساختار ژنتیکی، محیطی که فرد در معرض آن قرار گرفته است (به عنوان مثال، وضعیت فعلی و/یا تربیت فرد)، آسیب‌های گذشته، مسائل مربوط به سلامت روان و در دسترس بودن مواد در ایجاد سوء مصرف نقش دارند (فیتزجرالد<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰).

امروزه این مسأله قابل درک است که عدم تنظیم هیجان با مصرف مواد در ارتباط است. بی‌نظمی شناختی و هیجانی با انواع مختلفی از پیامدهای مصرف مواد رابطه دارد (گرک<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). تنظیم شناختی هیجان در شروع و تداوم اعتیاد نقش پررنگی دارد (مهدی زاده هنجی، حسینیان، حسینی ابهریان و یزدی، ۱۴۰۰) و می‌تواند به راحتی مصرف مواد را پیش‌بینی کند، چرا که انگیزه مصرف مواد می‌تواند به علت مشکل در

1. Maldonado  
2. Vassileva  
3. Garland

4. Clerke, Congiu & Mameli  
5. Fitzgerald  
6. Garke

تنظیم شناختی هیجان باشد (مک کی، راسل، منیز و نیل<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). تنظیم شناختی هیجان باعث پیشگیری و درمان بهتر سوء مصرف مواد می شود (تانگ، تانگ و پوسنر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). فرد هنگام رویارویی با موقعیت هیجانی باید بهترین کارکرد شناختی را داشته باشد و تنظیم شناختی هیجان که تعامل بین شناخت و هیجان است، برای مقابله با شرایط منفی ضروری می باشد (برادران، ۱۳۹۶)؛ چرا که تنظیم شناختی هیجان سازگارانه منجر به کاهش میل به سوء مصرف می شود (گرک و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش ها بیانگر این هستند که راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان مثل سرزنش گری، فاجعه کردن و سرکوب کردن فکر تأثیر زیان باری بر زندگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد دارد (مستر- باچ، فرناندز - آراندا، جیمنز - مارسیا و پوتنرا<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰؛ به نقل از قوتی، آهوان و بلقان آبادی، ۱۴۰۰).

با توجه به تاثیرات منفی اختلال سوء مصرف مواد بر زندگی افراد، درک نحوه مقابله با این مشکل اساسی و شناسایی راهکارهای موثر برای رفع این معضل حائز اهمیت است. یک روش طبیعی و منطقی که انسان ها در موقعیت های ناراحت کننده و دشوار پاسخ می دهند، تلاش برای اجتناب از این موقعیت ها و یا گریز از آنها است. ولی در نهایت باید دانست که تلاش های فرد برای دوری جستن، سرکوب کردن یا حذف رویدادهای ذهنی مانند افکار و هیجان ها ممکن است در عمل سبب تحکیم همان ناراحتی یا رنجش خاطر شود که فرد آن را تجربه می کند (لیهی، تیرچ و ناپولیتانو<sup>۴</sup>، ۱۳۹۹). اجتناب تجربی، سازه ای است که باعث بازداری تفکر، بازداری هیجانی و مقابله اجتماعی و ارزیابی مجدد می شود (عباسی، فتی، مولودی و ضرابی، ۱۳۹۱). اجتناب تجربی با ناسازگاری عاطفی همراه است و بیانگر فرآیند نظارتی است که در آن افراد تمایلی به ماندن در تماس با برخی تجربیات خصوصی (مانند افکار، احساسات) ندارند، این امر مستلزم اجتناب از افکار و احساسات ناپسند از طریق سرکوب، انکار و سایر اشکال اجتناب است (دیتس-لبن،

1. Mckee, Rusell, Mennis & Neal  
2. Tang, Tang & Posner

3. Mestre -Bach, Fernandez -Aranda,  
Jiménez -Murcia & Potenza  
4. Leahy, Tirch & Napolitano

اسمیت، گرو، ویلیامز و یوچینو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). سازه اجتناب تجربی در انواع مشکلات روان‌پزشکی دخیل است و از سایر عوامل فرا تشخیصی، مانند تنظیم هیجان و روان‌رنجوخویی متمایز است (راینز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند، از خودتخریبی، انکار، حمایت هیجانی، گسستگی رفتاری و خودسرزندی بیشتری استفاده می‌نمایند و تجارب هیجانی شدیدتری را نسبت به محرک‌های خوشایند و ناخوشایند تجربه می‌کنند (کارکلا و پانایوتو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش سلیمانی، خوشبخت، و طهماسبی بلداجی (۱۴۰۰) نشان داد که بین آمادگی به سوءمصرف مواد و اجتناب تجربی رابطه وجود دارد. پژوهش فلدروز، بهلمیجر و پیترز<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) نیز حاکی از این بود که رابطه مثبتی بین اجتناب تجربی و دامنه گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی از جمله سوءمصرف مواد وجود دارد.

یکی از روش‌های درمان دارویی که به افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، در کنترل وابستگی‌شان کمک می‌نماید، درمان با متادون است. متادون برای تسکین درد، تسکین علائم ترک سوءمصرف مواد افیونی و به عنوان ماده نگهدارنده برای سوءمصرف کنندگان مواد به کار می‌رود (بزمی، ۱۳۹۱). در سال‌های اخیر در خصوص مصرف متادون گزارش‌هایی مبنی بر اعتیادآوری، آسیب به بافت‌ها، کاهش عملکرد سیستم ایمنی، کاهش هورمون‌های بتاندروفرین، سروتونین، دوپامین، کورتیزول و آسیب عروق کرونر وجود دارد (عقیلی، ۱۳۹۲). یک رویکرد امیدبخش در درمان سوءمصرف، ذهن‌آگاهی است که بر هشیاری اینجا و اکنون بدون قضاوت نسبت به تجربه انسانی تاکید می‌کند. این رویکرد از درمان‌های موج سوم بوده و بر پذیرش، حضور در زمان حال، افزایش آگاهی، مشاهده‌گری بدون قضاوت و حساسیت‌زدایی مبتنی بوده و می‌تواند با اثرگذاری بر عوامل عود موجب ارتقای اثربخشی درمان و پیشگیری از عود گردد (رجب پور، نریمانی، میکاییلی و حاجلو، ۱۳۹۹). ذهن‌آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (موذنی، ۱۳۹۶). هدف از اصول آن

هدایت ذهن به تمرکز بیشتر بر زمان حال است. با متمرکز کردن توجه خود در اینجا و اکنون، فرد یاد می‌گیرد که احساسات و افکار دشوار را بپذیرد و رها کند. به جای اجتناب از آنها، فضای ذهنی سالمی ایجاد می‌شود که احتمال بازگشت به رفتارهای سوء مصرف کمتر است (فیتزجرالد، ۲۰۲۰). مداخلات ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف مواد مخدر و میزان عود دارو در افراد در معرض خطر تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، مداخلات ذهن آگاهی می‌تواند افزایش رنج و سوء مصرف مواد ناشی از هوس را مختل کند (کراسول، ۲۰۱۷). درمان ذهن آگاهی به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در بهبود شرایط روان‌شناختی اعم از هیجان‌ها، اضطراب‌ها و شرایط جسمانی افراد معتاد مؤثر باشد (نقی زاده و همکاران، ۱۴۰۰). یافته‌های عصب‌زیست‌شناختی نیز از این فرض حمایت می‌کند که مراقبه ذهن آگاهی می‌تواند اجبار برای مصرف و تکانشوری را کاهش دهد (بشرپور، ۱۳۹۵). با توجه به نقص در تنظیم هیجان و مدیریت آن و اجتناب تجربی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد و اثرات نامطلوب آن که می‌تواند مانع ترک و یا باعث عود مجدد مواد گردد و نیز با توجه به اینکه مطالعات در زمینه اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کاهش دوز متادون بسیار اندک است، این مطالعه به منظور رفع خلاء پژوهشی موجود در صدد پاسخ به این سوال است که آیا آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، اجتناب تجربی و کاهش دوز متادون در بیماران تحت درمان با متادون اثرگذار است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران تحت درمان با متادون در مرکز سوء مصرف مواد باور شهرستان رشت در سال ۱۴۰۱ بودند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۴۰۱). بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) به روش



نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود در این پژوهش رضایتمندی برای شرکت در پژوهش، داشتن سن ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم وجود سابقه بیماری روانی و بستری در بیمارستان، عدم وابستگی به مواد، توانایی شرکت در جلسه‌های گروهی، حداقل تحصیلات راهنمایی، حداقل میزان مصرف متادون روزانه ۲۰ میلی‌گرم و ملاک خروج در این پژوهش عدم حضور بیش از دو جلسه و استفاده از داروهای روان‌گردان بود. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه پیام نور با شناسه IR.PNU.REC.1401.181 مصوب گردید. داده‌های حاصل از اجرای پژوهش از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل گردید.

## ابزار

۱. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) در کشور هلند تهیه شده که افکار فرد را بعد از مواجهه با یک تجربه منفی یا موقعیت آسیب‌زا بررسی می‌کند. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه و ۹ خرده‌مقیاس (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیزپنداری و سرزنش دیگران) است که دو راهبرد سازگارانه با ۵ خرده‌مقیاس و ناسازگارانه با ۴ خرده‌مقیاس را شامل می‌شود. هر گویه ۴ سؤال دارد که از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) ارزیابی می‌شود و نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس، بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مواجهه با وقایع استرس‌زا می‌باشد. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل دهنده آن راهبرد به دست می‌آید که در دامنه ۴ تا ۲۰ قرار می‌گیرد. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی ۰/۹۰ گزارش کردند. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است که اعتبار مقیاس بر اساس روش

1. cognitive emotion regulation scale (CERQ)

2. Garnefski, Kraaij & Spinhoven

بازآزمایی در دامنه ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ و ضرایب آلفای کرونباخ در مؤلفه کلی مثبت و منفی ۰/۷۶ و ۰/۹۲ به دست آمد (حسینی، ۱۳۹۰). در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ راهبرد سازگاران و ناسازگانه تنظیم شناختی هیجان به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۶ حاصل شد.

۲. پرسشنامه پذیرش و عمل<sup>۱</sup>: این پرسشنامه به وسیله بوند<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۱) به عنوان ابزاری برای سنجش اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی ساخته شد که دارای ۷ گویه است و بر اساس طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای از یک تا هفت نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر حاکی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر می‌باشد. در پژوهش بوند و همکاران (۲۰۰۱) ضریب بازآزمایی برای این مقیاس ۰/۸۱ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. در ایران این پرسشنامه توسط ایمانی (۱۳۹۵) هنجاریابی شد و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ به دست آمد. در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

## روش اجرا

در مطالعه حاضر برای انجام مداخله و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، ۴۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و پس از توجیه و اخذ رضایت‌نامه کتبی و بر اساس معیارهای ورود، به این مطالعه وارد شدند و مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل هشت جلسه آموزش گروهی ۸۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه مبتنی بر بسته مدون شده بوئن، چاولا و مارلات<sup>۳</sup> (۱۳۹۶) روی گروه آزمایش اجرا شد و روی گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان جلسات آموزشی، پرسشنامه‌ها به صورت مجدد به وسیله هر دو گروه آزمایش و کنترل به عنوان پس‌آزمون اجرا شد. در نهایت به دلیل عدم همکاری برخی از مشارکت‌کنندگان در جلسات و پاسخ‌گویی ناقص به پرسشنامه‌ها ۱۰ نفر ریزش داشت و تحلیل داده‌ها روی ۳۰ نفر در گروه‌های آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) انجام شد. شرح مختصر جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی**

جلسه	هدف	محتوا
اول	تعریف ذهن آگاهی، مراقبه کشمش و اسکن بدن	ارائه تعریف در مورد ذهن آگاهی - آگاهی از میزان نا آگاهی خود معرفی اصول و تمرین های برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی - تمرین کشمش - مراقبه اسکن بدن
دوم	آگاهی از ماشه چکان های وسوسه	آگاهی از راه اندازها و وسوسه ها - بررسی چالش های متداول (وسوسه و میل بی قراری و پریشانی رخوت و خواب آلودگی تردید تمرین پیاده روی در خیابان) - تمرین سوار شدن بر موج وسوسه و گفت و گو درباره وسوسه - مراقبه کوه
سوم	ذهن آگاهی در زندگی روزمه	توجه و آگاهی در زندگی روزمره - مراقبه آگاهی از صداها مراقبه تنفس و بررسی آن - تمرین "فرصت تنفس هوشیارانه"
چهارم	آگاهی از خطرهای منجر به عود	مراقبه نشسته صدا، تنفس، حس، فکر - خطرهای معمول و خاصی که منجر به عود مصرف می شود - فرصت تنفس هوشیارانه در موقعیت های دشوار - مراقبه پیاده روی
پنجم	حرکت آگاهانه	مراقبه نشسته صدا، تنفس، حس، فکر، هیجان - گفت و گو درباره پذیرش و عمل هوشمندانه - حرکت آگاهانه
ششم	چرخه عود مصرف فرصت تنفس هوشیارانه	مراقبه نشسته: افکار - مشاهده افکار و برجسب زدن به آنها - افکار و عود مصرف - چرخه عود مصرف - فرصت تنفس هوشیارانه
هفتم	مهرورزی به خود و همه موجودات	مراقبت از خود به ایجاد تعادل در سبک زندگی - مراقبه نشسته: مهرورزی - نقطه آغاز عود مصرف - فرصت تنفس هوشیارانه
هشتم	اهمیت حمایت اجتماعی اهداف اعضا برای آینده	اسکن بدن - اهمیت حمایت اجتماعی و شبکه های حمایتی و تمرین مستمر - انجام تمرین مراقبه نشسته و دیدن و شنیدن بدون قضاوت - تأمل درباره دوره - اهداف اعضا برای آینده - آموزش نحوه استفاده از موارد آموزشی در تصمیم گیری های آینده - اجرای پس آزمون و پایان درمان

۲۹۸  
298

سال شانزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

**یافته ها**

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۳۲/۸۰ و ۴/۹۷ و در گروه کنترل ۳۷/۰۷ و ۶/۵۳ می باشد. در گروه آزمایش، ۵ نفر دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم، ۶ نفر دارای مدرک کاردانی و ۴ نفر دارای مدرک کارشناسی و در گروه

کنترل، ۹ نفر مدرک زیر دیپلم، ۳ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم و ۳ نفر دارای مدرک کاردانی بودند. همچنین در گروه آزمایش، ۵ نفر از شرکت کنندگان مجرد و ۱۰ نفر متأهل و در گروه کنترل، ۶ نفر مجرد و ۹ نفر متأهل بودند. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌ها

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
راهبرد سازگارانه هیجان	پیش‌آزمون	۵۳/۶۷	۹/۴۷	۵۲/۳۴	۹/۳۸
	پس‌آزمون	۶۳/۹۳	۸/۷۳	۵۱/۳۳	۸/۶۱
راهبرد ناسازگارانه هیجان	پیش‌آزمون	۴۶/۴۷	۸/۲۶	۴۶/۴۷	۷/۶۳
	پس‌آزمون	۳۹/۱۹	۷/۵۳	۴۸/۰۷	۵/۴۸
اجتناب تجربی	پیش‌آزمون	۲۲/۲۷	۵/۱۵	۲۳/۰۷	۴/۰۶
	پس‌آزمون	۱۷/۸۷	۴/۲۷	۲۳/۶۷	۳/۶۰
دوز متادون	پیش‌آزمون	۶۵/۳۳	۲۴/۶۰	۵۵/۸۲	۱۴/۰۸
	پس‌آزمون	۳۷/۴۰	۱۱/۷۷	۵۵/۴۹	۱۴/۲۹

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون تفاوت زیادی وجود ندارد، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس نرمال بودن توزیع داده‌ها است. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف حاکی از آن بود که سطح معناداری آماره‌های به دست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت توزیع داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات متغیرهای پژوهش نرمال است. جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید. نتایج نشانگر این بود که ماتریس واریانس - کوواریانس‌ها همگن هستند ( $P=0/19$ ،  $1/42$ ).

استفاده گردید که نشان داد این پیش فرض در سطح ۹۵ درصد برقرار است ( $F=0/33$ ). همچنین برای پیش فرض همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید که نشان داد این پیش فرض در سطح ۹۵ درصد برقرار است ( $F=0/89P=$ ). در ادامه پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (تنظیم‌شناختی هیجان، اجتناب تجربی و دوز متادون) تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت تفاوت دو گروه در در متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F معناداری	مجذورات
راهبرد سازگاران هیجان	گروه	۱۴۱۵/۸۱	۱	۱۴۱۵/۸۱	۷۳/۷۲	۰/۷۵
	خطا	۴۶۰/۹۶	۲۴	۱۹/۲۱		
	کل	۱۱۷۷۹۲	۳۰			
راهبرد ناسازگاران هیجان	گروه	۱۴۶/۸۶	۱	۱۴۶/۸۶	۵۰/۵۷	۰/۶۸
	خطا	۶۹/۷۰	۲۴	۲/۹۰		
	کل	۵۴۲۵۹	۳۰			
اجتناب تجربی	گروه	۹۸/۰۸	۱	۹۸/۰۸	۲۲/۰۲	۰/۴۸
	خطا	۱۰۶/۹۱	۲۴	۴/۴۶		
	کل	۹۲۸۷	۳۰			
دوز متادون	گروه	۲۲۱۴/۰۲	۱	۲۲۱۴/۰۲	۱۰۶/۹۱	۰/۸۲
	خطا	۴۹۷	۲۴	۲۰/۷۱		
	کل	۷۰۷۵۱	۳۰			

با توجه به جدول ۳، نتایج مربوط به منبع گروه در راهبرد سازگاران هیجان ( $F=73/72, P=0/001$ )، راهبرد ناسازگاران هیجان ( $F=50/57, P=0/001$ )، اجتناب تجربی ( $F=22/02, P=0/001$ ) و دوز متادون ( $F=106/91, P=0/001$ ) نشان می‌دهد که

پس از حذف اثر پیش‌آزمون از نتایج پس‌آزمون، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار است. همچنین مجذور اتا بیانگر این است که راهبرد سازگارانه هیجان ۷۵ درصد، راهبرد ناسازگارانه هیجان ۶۸ درصد، اجتناب تجربی ۴۸ درصد و دوز متادون ۸۲ درصد از تغییرات گروه آزمایش در متغیرهای مذکور ناشی از اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر راهبرد سازگارانه هیجان، راهبرد ناسازگارانه هیجان، اجتناب تجربی و دوز متادون در بیماران تحت درمان با متادون مؤثر است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، آموزش ذهن‌آگاهی در تنظیم شناختی هیجان، اجتناب تجربه‌ای و کاهش دوز متادون بیماران تحت درمان متادون بود. نتایج نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود راهبردهای شناختی هیجانی سازگارانه و کاهش راهبردهای شناختی هیجانی ناسازگارانه در بیماران تحت درمان متادون دارای اثربخشی و کارایی بود. این یافته با نتایج مهدی‌زاده و همکاران (۱۴۰۰)، نقی‌زاده و همکاران (۱۴۰۰)، تانگ و همکاران (۲۰۱۶) و گریک و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی، توجه کردن به حالات درونی فرد در یک حالت غیرقضاوتی و پذیرا است. رشد ذهن‌آگاهی در طی آموزش، افراد را قادر می‌سازد تا پاسخ‌های عادی و خودبه‌خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند (دیویس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). در این پژوهش، درمانگر ضمن تشریح حالات خلقی و افزایش شناخت شرکت‌کنندگان از حالات درونی خویش، آنها را قادر ساخت تا پاسخ‌های عادی و خودبه‌خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند و در نهایت نگرش و بصیرت شخص گسترش پیدا کرد و فرد وقایع غیرقابل تغییر زندگی را پذیرفت و در نتیجه فعال شدن پاسخ‌های هیجانی ناسازگارانه کاهش یافت؛ بنابراین می‌توان گفت، تمرینات ذهن‌آگاهی، خودآگاهی و هشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد و این فراشناخت، سبب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قلبی افکار، خودسرزنش‌گری و

احساسات می‌شکند و فرد بیشتر در زمان حال زندگی می‌کند. همچنین فرآیندهای شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه خواهد کرد. از این رو، آرامش جسمی و روانی در وی به وجود می‌آید و فرد کمتر در برابر شرایط تنش‌زا به صورت شتاب‌زده عمل می‌کند. در این صورت، از فاجعه‌نمایی پرهیز می‌کند و به جای آن سعی در پذیرش و برنامه‌ریزی برای حل مسئله به وجود آمده با انتخاب بهترین راه‌حل می‌نماید. با افزایش ذهن آگاهی، قدرت تنظیم هیجان و خودمدیریتی در فرد افزایش یافته و به شکل کاملاً مستقیم، فرد هیجان‌ات خود را تنظیم کرده و سطح کیفیت مثبت زندگی آنان تغییر کرده است. ذهن آگاهی می‌تواند آگاهی عمیق‌تر و مدیریت هیجان نسبت به احساسات و افکار را افزایش دهد، استرس را کاهش دهد و سلامتی را بهبود بخشد (بروان، رایان و کرسول<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

علاوه بر این، بر اساس متون ذهن آگاهی، افراد ذهن آگاه مسائل و رویدادها را قضاوت نمی‌کنند، صبور هستند، به رویدادها و مسائل پیش‌رو، طوری نگاه می‌کنند که گویی برای نخستین بار با آنها روبه‌رو شده‌اند؛ به عبارت دیگر، به جای این که بی‌تفاوت نسبت به هر رویدادی بگذرند و یا بر اساس تجارب قبلی، واکنش زیادی از خود نشان بدهند، سعی می‌کنند که هر بار به رویدادها به شیوه جدید بنگرند؛ به خودشان و احساسات‌شان اعتماد دارند، خود را همان‌گونه که هستند می‌پذیرند و واقعیات درونی و بیرونی را بدون تحریف ادراک می‌کنند، توانایی زیادی در مواجهه با انبوهی از تفکرات و هیجان‌ات دارند، به رویدادها با تفکر و تأمل پاسخ می‌دهند و در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره، توانا تر هستند (گائو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). ابراهیمی، جعفری و رنجبر سودجانی (۱۳۹۷) معتقدند که ذهن آگاهی فرآیندهایی را راه‌اندازی می‌کند که به طور همزمان هم عملکرد روان‌شناختی را بهینه‌سازی می‌کند و هم پریشانی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد. از این رو توانایی مدیریت هیجان‌ات منفی را از طریق افزایش آشنایی با زندگی درونی و کاهش واکنش‌پذیری به آن بهبود می‌بخشد و این شناخت زندگی درونی می‌تواند به مقابله مؤثر با هیجان‌ات منفی بیانجامد. به همین دلیل تنظیم عواطف و

هیجانان، توانایی مضاعفی برای خودداری از مصرف مواد در افراد پدید می‌آورد و به کنترل وسوسه مصرف دوباره که نوعی کشمکش گرایش-پرهیز است، کمک می‌کند (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین یافته‌ها نشان از اثرگذاری آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش اجتناب تجربی بیماران تحت درمان متادون داشت. این یافته همسو با یافته‌های دیگر در این زمینه همچون موذنی (۱۳۹۶) و راینز و همکاران (۲۰۱۸) است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت اجتناب تجربی به معنای عدم تمایل برای تجربه رویدادهای شخصی دردناک و آزارنده است (لوپز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، پس در کوتاه‌مدت می‌توان اجتناب تجربی را شکلی از تنظیم هیجانی سازگارانه در نظر گرفت و تا زمانی که اجتناب از تجربه‌های درونی ناخواسته، به یک الگوی انعطاف‌ناپذیر تجربه و پاسخ تبدیل نشده است، می‌توان گفت که مشکل ساز نیست (اسکیمالز و مورل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). اما از آنجا که فرایند اجتناب تجربی از طریق تقویت منفی به طور کوتاه‌مدت ناراحتی و درد را تسکین می‌دهد؛ در بلندمدت می‌تواند منجر به حفظ و تداوم رفتار و هیجان‌های منفی شود (برمن، ویاتون، مک گراس و آبراموویتز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). از این رو شواهد تجربی نشان می‌دهند که اجتناب تجربی در ایجاد سوء مصرف مواد و به عنوان یک عامل بازدارنده برای ورود به درمان نقش مهمی ایفا می‌کند و در این راستا، آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند یک راه‌حل بالقوه مؤثر برای این افراد باشد (هافمن و کاشدان<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).

ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود باعث جلوگیری از گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود (سگال، ویلیامز و تیزدل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). افراد در آموزش ذهن‌آگاهی یاد می‌گیرند که توجه خود را از افکار و احساسات ناکارآمد منحرف کنند و در عوض به بدن و طبیعت

1. López  
2. Schmalz & Murrell  
3. Berman, Wheaton, McGrath & Abramowitz

4. Hoffman & Kashdan  
5. Segal, Williams & Teasdale



اطراف‌شان بیشتر توجه کنند (هافمن، ساویر و ویت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). بنابراین، با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان بیان داشت که توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم روانی می‌گردد که شاید یکی از ویژگی‌های آموزش ذهن‌آگاهی تغییر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد. آموزش مشاهده افکار و هیجانات آشفته‌ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آنها، منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند می‌شود. بر این اساس تداوم تمرین‌های ذهن‌آگاهی منجر به ایجاد تغییرات رفتاری برای خودمراقبتی بهتر می‌شود. در این راستا، ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۷) معتقدند که ذهن‌آگاهی فرآیندهایی را راه‌اندازی می‌کند که به طور همزمان هم عملکرد روان‌شناختی را بهینه‌سازی می‌کند و هم پریشانی روان‌شناختی و اجتناب تجربی که به وفور در افراد مبتلا قابل مشاهده است را کاهش می‌دهد و از این رو توانایی مدیریت هیجانات منفی را از طریق افزایش آشنایی با زندگی درونی و کاهش واکنش‌پذیری به آن بهبود می‌بخشد و این شناخت زندگی درونی می‌تواند به مقابله مؤثر با هیجانات منفی بیانجامد.

سرانجام نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش دوز متادون بیماران تحت درمان متادون اثرگذار است. این یافته با نتایج مطالعه مهدی زاده و همکاران (۱۴۰۰) و گریک و همکاران (۲۰۲۱) مطابقت دارد. افرادی که تحت درمان با داروی متادون هستند به دلیل این که این دارو به عنوان جایگزینی برای مصرف مواد انتخاب شده همین مکانیزم را به داروی متادون نیز تعمیم داده و از مصرف بیش از حد این دارو به عنوان یک پاسخ مقابله‌ای در جهت رهایی از احساسات منفی و جلوگیری از مواجهه با موقعیت‌های پریشان‌کننده سود می‌برند و طبیعتاً تلاشی در جهت کاهش دوز این دارو نمی‌کنند. بر اساس توضیحات ارائه شده مهمترین عامل کاهش چشمگیر دوز متادون در افراد گروه آزمایش، تمرینات آموزش ذهن‌آگاهی از جمله تمرین‌هایی است که به فرد

کمک می کند در زمان تجربه هیجاناتی از جمله غم، خشم و عصبانیت، قبل از انجام عمل تکانشی توقف کند، نفسی بکشد و آرام شود، در لحظه حال قرار بگیرد و لحظه حال را بیشتر بررسی کند. این کار فرد را از انجام عمل تکانشی بازدارد می کند. در مجموع، می توان گفت که احساسات به دنبال آموزش ذهن آگاهی، بیشتر در کنترل کارکرد هیجانی قرار می گیرند (کیانی و هادیان فرد، ۱۳۹۵). سوینس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸) معتقد هستند که تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش و آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی های جسمانی و هیجانی است و به مراجعین می آموزد که وضعیت های هیجانی، جسمانی و شناختی ولع را بدون قضاوت و واکنش غیر ارادی مورد مشاهده قرار دهند. از طریق تمرینات آرمیدگی و تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی و بحث و گفتگو، مراجعه کنندگان با رویکردی غیر قضاوت گرانه حالت های عاطفی و هیجانی را مورد مشاهده قرار داده و به آنها آموزش داده می شود تا به جای اینکه بلافاصله از مؤلفه های شناختی، هیجانی و فیزیکی گریزان باشند، این مؤلفه ها را مورد کندوکاو و پرسش قرار دهند. فرض بر این شده است که بازسازی شناختی ذهن آگاهی افراد و توجه به حالت های عاطفی و شناختی مسئله ساز، یک وقفه ای را ایجاد می کنند. در طول زمان، مواجهه مداوم با تجربیات اجتنابی (برای مثال، حالت های افسرده ساز) در غیاب پاسخ های عادت وار (به عنوان مثال، مصرف مواد) پاسخ های ولع مصرف را در حضور ناراحتی های هیجانی مورد تضعیف قرار خواهد داد. این یافته می تواند در چشم انداز آینده مداخلات بالینی مورد توجه قرار گیرد و بستر ساز مسیری امید بخش در درمان این بیماران قلمداد شود.

در پایان می توان به محدودیت های پژوهش اشاره داشت. عدم دوره پیگیری افراد در این مطالعه به دلیل محدودیت زمانی میسر نگردید. با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی نمونه کوچکی از افراد مبتلا در شهر رشت انجام شده است، تعمیم نتایج به سایر افراد جامعه در سایر شهرها و گروه های سنی باید با احتیاط انجام گیرد. نمونه پژوهش به صورت غیر تصادفی و به شکل در دسترس انتخاب شد، بنابراین محدودیت جامعه آماری،

محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها و تفسیر متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. به غیر از میزان مصرف متادون بیماران، سایر اطلاعات از راه پرسشنامه‌های خود توصیفی به دست آمده است که ممکن است برخی ابعاد را بیش برآورد یا کم برآورد ارزیابی نمایند. با توجه به محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش امکان پیگیری و سنجش‌های مستمر پس از مداخلات روان‌شناختی، می‌توان به نتایج حاصله اطمینان بهتری داشت که می‌تواند در پژوهش‌های آتی مد نظر قرار گیرد. در این پژوهش با توجه به حجم بالای عوامل خطر و ناهمگن بودن بیماران از لحاظ عوامل متغیر، بررسی و پرداختن به هر یک از این افراد به صورت اختصاصی امکان‌پذیر نبود، بنابراین انجام مطالعه‌ای که بیماران را به طور اختصاصی در هر یک از عوامل خطر غربال نماید و پژوهش مشابهی را روی آنها به انجام برساند، نتایج دقیق‌تری را در بر خواهد داشت. جهت دستیابی به نتایجی با امکان تعمیم بیشتر، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. استفاده از سایر ابزار پژوهش نظیر مصاحبه از پیشنهاد‌های پژوهش حاضر است. نظر به اثربخشی ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و اجتناب تجربی و به ویژه کاهش دوز متادون در افراد تحت درمان، می‌توان از این رویکرد به منظور پیشگیری از سوء‌مصرف مواد سود جست و نیز از این مداخله در مطالعات آتی بیشتر استفاده گردد.

### تشکر و قدردانی

از تمامی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه به خاطر صبر و همکاری صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

### منابع

- ابراهیمی، شیوا؛ جعفری، فرشاد و رنجبر سودجانی، یوسف (۱۳۹۷). رابطه بین ذهن‌آگاهی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی دانشجویان. *ماهنامه رویش روانشناسی*، ۷(۵)، ۳۰-۱۳.
- ایمانی، مهدی (۱۳۹۵). بررسی ساختار عاملی پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانشجویان. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۸(۱)، ۱۸۱-۱۶۲.

برادران، مجید (۱۳۹۶). مقایسه ابعاد سرشت و منش و تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان مضطرب و سالم. *شناخت اجتماعی*، ۶(۱)، ۶۷-۷۶.

بزمی، نعیمه (۱۳۹۱). *روانشناسی وابستگی به مواد*. تهران: انتشارات ارجمند.

بشرپور، سجاد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود انگیزه درمان افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۸)، ۷۰-۵۵.

بوئن، سارا؛ چاولا، نیها و مارلات، آلن (۱۳۹۶). *پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی*. ترجمه نوشین امیری. تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۱).

حسینی، جعفر (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. *نشریه تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۴)، ۲۴۰-۲۲۹.

خفتان، پروانه؛ بهرامی، منصوره و اقلیما، مصطفی (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر عزت نفس زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۱)، ۳۳۶-۳۲۳.

دل‌اور، علی (۱۴۰۱). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. چاپ پنجم. تهران: انتشارات ویرایش.

رجب پور، مجتبی؛ نریمانی، محمد؛ میکاییلی، نیلوفر و حاجلو، نادر (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود اعتیاد: مرور سیستماتیک و فراتحلیل. *کومش*، ۲۲(۲)، ۲۰۳-۲۰۸.

سلیمانی، دانیال؛ خوش‌بخت، نازنین و طهماسبی بلداجی، فاطمه (۱۴۰۰). رابطه هوش هیجانی و اجتناب تجربی با آمادگی به سوء مصرف مواد در دانشجویان. *انجمن جامعه شناسی آموزش و پرورش*، ۱۴(۱)، ۷۲-۶۳.

عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳(۱۰)، ۸۰-۶۵.

عقیلی، مهرداد (۱۳۹۲). *بررسی شیوع انواع علائم گوارشی در بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های ناهفصا یکشزپ مولع هاگشناد یکشزپ هدکشناد، موموع یارتکد همان نایاب*. *ناهفصا رد MMT*.

فرهادی، علی؛ کرمی، جهانگیر؛ مرادی، آسیه؛ مختارپور، حسن؛ بگیان کوله مرز، محمد جواد؛ محمدی، امید و یوسفی، اکرم (۱۳۹۵). بررسی نقش نارسایی شناختی و هیجانی در پیش‌بینی

عضویت در گروه های معتاد و غیر معتاد. فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۸(۲)، ۵۳-۶۶.

قوتی، عاطفه؛ آهوان، مسعود و بلقان آبادی، مصطفی (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در افراد سوء مصرف کننده مواد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۵(۶۲)، ۱۴۰-۱۱۳.

کیانی، بهناز و هادیان فرد، حبیب (۱۳۹۵). تاثیر درمان مبتنی بر مراقبه ذهن‌آگاهی بر بی‌نظمی هیجانی در نوجوانان ADHD غیر بالینی. مجله روانشناسی مدرسه، ۱۵(۱)، ۱۳۸-۱۱۸.

لیهی، رابرت؛ تیرج، دنیس و ناپولیتانو، لیزا (۱۳۹۹). تکنیک‌های تنظیم هیجان در روان‌درمانی. ترجمه عبدالرضا منصوری راد. تهران، ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۱).

مهدی زاده هنجنی، هانیه؛ حسینیان، سیمین؛ حسنی ابهریان، پیمان و یزدی، سیده منور (۱۴۰۰). مقایسه مداخلات ذهن‌آگاهی و بازتوانی شناختی بر کاهش ولع مصرف و بدتنظیمی هیجانی در سوء مصرف کنندگان مواد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۵(۶۰)، ۲۳۰-۲۰۵.

مودنی، ترانه (۱۳۹۶). بررسی و مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی درمان فراشناختی گروهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، افکار خودکشی، نشخوار فکری و اجتناب تجربی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان. رساله دکتری رشته روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان.

نقی زاده، عیسی؛ محمدی، رحیم؛ حسنی، جعفر؛ بتویی، علی؛ طولابی، احسان و مصطفی پور، وحید (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نظم جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی مردان معتاد. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۱(۹۰)، ۹-۱.

## References

- Berman, N. C., Wheaton, M. G., McGrath, P., & Abramowitz, J. S. (2010). Predicting anxiety: the role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of anxiety disorders*, 24(1), 109-130.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211-237.

- Clerke, J. A., Congiu, M., & Mameli, M. (2021). Neuronal adaptations in the lateral habenula during drug withdrawal: Preclinical evidence for addiction therapy. *Neuropharmacology*, 192, 1-9.
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, 68, 491-516.
- Davis, J. P., Berry, D., Dumas, T. M., Ritter, E., Smith, D. C., Menard, Ch., & Robertsg, 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.
- Deits-Lebehn, C., Smith, T. W., Grove, J. L., Williams, P. G., & Uchino, B. N. (2019). Dispositional mindfulness, nonattachment, and experiential avoidance in the interpersonal circumplex. *Personality and individual differences*, 151, 109-122.
- Fitzgerald, M. (2020). *Mindfulness skill workbook for addiction*. Emeryville, California: Rockridge Press.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., & Pieterse, M. E. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavioral modification*, 34(6), 503-519.
- Gao, J., Fan, J., Wai Yan Wu, B., Zhang, Z., Chang, C., Hung, Y. S., Fung, P. C. W., & Sik, H. (2016). Entrainment of chaotic activities in brain and heart during MBSR. Mindfulness Training. *Neuroscience letters*, 61(6), 218-223.
- Garke, M. Å., Isacson, N. H., Sörman, K., Bjureberg, J., Hellner, C., Gratz, K. L., & Jayaram-Lindström, N. (2021). Emotion dysregulation across levels of substance use. *Psychiatry research*, 296, 113-122.
- Garland, E. L. (2021). Mindful positive emotion regulation as a treatment for addiction: from hedonic pleasure to self-transcendent meaning. *Current opinion in behavioral sciences*, 39, 168-177.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Hofmann, S. G., & Kashdan, T. B. (2010). The affective style questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 32(2), 255-263.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169-183.
- Karekla, M., & Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: unique or overlapping constructs? *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 42(2), 163-170.
- López, J. C., Ruiz, F. J., Feder, J., Rubio, A., Suárez Aguirre, J. J., Rodríguez, J. A., & Luciano, C. (2010). The role of experiential avoidance in the

- performance on a high cognitive demand task. *International journal of psychology & psychological therapy*, 10(3), 475-488.
- Maldonado, R., Calvé, P., García-Blanco, A., Domingo-Rodriguez, L., Senabre, E., & Martín-García, E. (2021). Vulnerability to addiction. *Neuropharmacology*, 186, 108-126.
- McKee, K., Russell, M., Mennis, J., Mason, M., & Neale, M. (2020). Emotion regulation dynamics predict substance use in high-risk adolescents. *Addictive behaviors*, 106, 106-124.
- Raines, E. M., Rogers, A. H., Bakhshaie, J., Viana, A. G., Lemaire, C., Garza, M., & Zvolensky, M. J. (2018). Mindful attention moderating the effect of experiential avoidance in terms of mental health among Latinos in a federally qualified health center. *Psychiatry research*, 270, 574-580.
- Schmalz, J. E., & Murrell, A. R. (2010). Measuring experiential avoidance in adults: The avoidance and fusion questionnaire. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 6(3), 198-213.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sevinc, G., Hölzel, B. K., Hashmi, J., Greenberg, J., McCallister, A., Treadway, M., & Lazar, S. W. (2018). Common and dissociable neural activity after mindfulness-based stress reduction and relaxation response programs. *Psychosomatic medicine*, 80(5), 439-451.
- Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and alcohol dependence*, 163, 13-18.
- Vassileva, J. (2011). Psychopathic heroin addicts are not uniformly impaired across neurocognitive domains of impulsivity. *Drug and alcohol dependence*, 114(6), 194-200.

## اثربخشی روان‌درمانی انگیزشی بر سلامت روان زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد

حسین صاحب‌دل<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۷

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی انگیزشی بر سلامت روان زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تربت حیدریه در سال ۱۴۰۰ بود که همسران آنها تحت درمان با متادون بودند. از این بین، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه روان‌درمانی انگیزشی شرکت کردند، در حالی که گروه گواه تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سلامت عمومی بود و برای تحلیل نتایج از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که روان‌درمانی انگیزشی به طور معناداری منجر به بهبود سلامت روان، افسردگی، اضطراب، نشانگان جسمانی، و عملکرد اجتماعی زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند راهگشای مشاوران و درمانگران در کمک به زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد باشد.

**کلیدواژه‌ها:** زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد، سلامت روان، روان‌درمانی انگیزشی

۱. استادیار، گروه مشاوره، واحد قائنات، دانشگاه آزاد اسلامی، قائنات، ایران. پست الکترونیک: pcsahebde11365@gmail.com



## مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، امروزه به عنوان یکی از مهم‌ترین مسائل جوامع بشری مطرح بوده و عواقب زیان‌بار آن می‌تواند همه نهادهای جامعه را هدف قرار دهد (جوادی، اونق و قربانی، ۱۴۰۰). اعتیاد به مواد مخدر می‌تواند به عنوان یک آسیب اجتماعی مطرح شده و عواقب زیان‌بار آن در سطح جامعه مورد بررسی قرار گیرد (استادرحیمی و فتحی، ۱۴۰۰). توجه و گرایش روزافزون افراد جامعه به مصرف مواد اعتیادآور، می‌تواند زمینه انحطاط و نابودی آن جامعه را فراهم نماید (پتر و کوت، ۲۰۱۱)<sup>۱</sup>. از جمله مشکلاتی که اعتیاد برای جوامع ایجاد می‌کند، می‌توان به تاثیرات منفی و زیان‌بار آن بر نهاد خانواده اشاره کرد. افراد معتاد به مواد مخدر، نه تنها خود را در معرض انواع آسیب‌ها قرار داده‌اند، بلکه همسران خود و فرزندان خود را نیز در معرض آسیب و مشکلات متعدد قرار می‌دهند (اورفورد<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). امروزه یکی از آثار زیان‌بار و پرهزینه اعتیاد، فروپاشی خانواده‌ها و تاثیرات منفی آن بر روحیه همسران افراد معتاد است. هنگامی که در یک خانواده، شوهر به اعتیاد مبتلا می‌شود، زن باید مشکلات متعددی را تحمل کند و سلامت جسم و روان او با خطرات جدی مواجه می‌شود (یو و استیفمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ لین، وو و دتلز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). بسیاری از پژوهش‌ها بر نقش تاثیرگذار اعتیاد یکی از اعضای خانواده روی سلامت روان سایر اعضا تاکید کرده‌اند (جوادی و همکاران، ۱۴۰۰؛ استادرحیمی و فتحی، ۱۴۰۰؛ بوتلر و بولد<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵؛ جیل، داکوف، جری و کوهن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). از طرفی، با مداخله در خانواده و کمک به بهبود سلامت اعضای آن، می‌توان به صورت غیرمستقیم به فرد معتاد کمک کرد (کیان ارثی، عباس پور و اصلانی، ۱۴۰۱). خانواده مبدا هویت افراد بوده و قطعاً، مشکلات هریک از اعضای آن به کل نظام خانواده آسیب می‌رساند و همچنین ریشه آن مشکل را نیز باید در کل نظام خانواده جستجو کرد (یوشر، جکسون و اوبروین<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵؛ رایبزن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳). زنان دارای همسر مبتلا به سوءمصرف مواد در ایران، قشر گسترده‌ای را در بر

1. Peter & Choate  
2. Orford  
3. Yu & Stiffman  
4. Lin, wu & Detels

5. Butler & Bauld  
6. Gayle, Dakof, Jeri & Cohen  
7. Usher, Jackson & O'Brien  
8. Robbins

می‌گیرند. این افراد مجبور به تامین معاش خانواده خود بوده و در این زمینه با مشکلات متعدد اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی مواجه هستند (مانچری، سبزی، علوی، و کیلی و مقصودی، ۲۰۲۱). از آنجا که هدف هر جامعه‌ای رساندن همه افراد به کمال مطلوب و فراهم آوردن شرایط زندگی مناسب و سالم برای آنها می‌باشد، زنان دارای همسر مبتلا به سوء مصرف مواد از جمله اقشار آسیب‌پذیر جامعه محسوب شده که نیازمند توجه جدی و دریافت حمایت‌های اقتصادی، اجتماعی و معنوی می‌باشند. بررسی‌های پژوهشگر نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش‌های اندکی در حوزه کمک به زنان دارای همسر مبتلا به سوء مصرف مواد صورت گرفته (اسلمی، امیری راد و موسوی، ۱۳۹۹) و همچنان در این زمینه، نیاز به انجام پژوهش‌های نظام‌مند و کاربردی جهت دستیابی به راهکار مناسب احساس می‌شود. زنان دارای همسر مبتلا به سوء مصرف مواد از اقشار آسیب‌پذیر جامعه محسوب شده که سلامت جسمی و روانی آنها با خطرات جدی مواجه است (فروغی نژاد، سیدی و حجت خواه، ۱۴۰۱). از طرفی، کمک کردن به این قشر، می‌تواند همزمان، کمک قابل توجهی برای سایر اعضای خانواده آنها محسوب شده و مخصوصاً همسر فرد مبتلا به اعتیاد می‌تواند از داشتن همسر سالم در کنار خود بهره‌مند شود (اسلمی و همکاران، ۱۳۹۹). تاکنون، در ایران ابعاد سلامت روان در زنان دارای همسر مبتلا به سوء مصرف مواد، مورد غفلت پژوهشگران بوده و در این زمینه مدل درمانی کارآمد و قابل اتکا ارائه نشده است. کمبود مهارت‌های اجتماعی، اضطراب در ارتباط با عضو مبتلا به سوء مصرف مواد و در ارتباط با خود، افسردگی و مشکلات روان‌شناختی از جمله مسائلی است که خانواده‌های دارای عضو معتاد با آن مواجه می‌شوند و در این راستا، پژوهش‌های داخلی قابل اتکا صورت نگرفته است (اسلمی و همکاران، ۱۳۹۹). کمبودهای پژوهشی احساس شده در این زمینه، و فقدان مدل بومی کارآمد (مانچری و همکاران، ۲۰۲۱)، جهت کمک به خانواده‌های دارای عضو مبتلا به اعتیاد، ضرورت انجام پژوهش‌های نظام‌مند را در این زمینه پررنگ می‌کند.

یکی از چالش‌های مهم پیش روی مشاوران در عصر جدید، تفاوت‌های فرهنگی مراجعان و انتخاب روش درمانی مبتنی بر فرهنگ است (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۱۸). از آنجا که رویکردهای روان‌درمانی رایج در بافت فرهنگی متفاوتی نسبت به فرهنگ بومی ایران شکل گرفته و مفاهیم آنها، اغلب با ریشه‌های فرهنگی جامعه ایران سازگاری ندارد، در پژوهش حاضر به منظور کمک به زنان دارای همسر مبتلا به سوء مصرف مواد، از رویکرد روان‌درمانی انگیزشی استفاده شد تا با کاربست یک روش بومی و مبتنی بر فرهنگ، اثربخشی این روش جدید و بومی مورد آزمایش قرار گیرد. مفاهیم روان‌درمانی انگیزشی برای اولین بار توسط صاحب‌دل (۱۳۹۸) مطرح شد. این نظریه، با کاربستن مفاهیم جدید و تکنیک‌های درمانی ویژه، روش مناسب و مفیدی را در حوزه روان‌درمانی ارائه داده که ریشه در فرهنگ بومی جامعه ایران داشته و چالش‌های فرهنگی-اجتماعی کمتری را نسبت به سایر رویکردها، ایجاد می‌کند (صاحب‌دل و طحان، ۲۰۲۲). روان‌درمانی انگیزشی بر تغییر گسترده در سبک زندگی مراجع تاکید می‌کند و از این منظر، در دسته درمان‌های فراتشخیصی جای می‌گیرد (بارلو، آلن و کوت، ۲۰۰۴). در این رویکرد، بجای تاکید بر آسیب‌شناسی، بر ایجاد انگیزه تغییر تاکید می‌شود و به مراجعان کمک می‌شود تا با تغییر نقش خود در زندگی و ایجاد تغییرات گسترده در سبک زندگی خود، به سطوح بالاتر سلامت‌روان دست یابند (قیصری، صاحب‌دل و ابراهیم پور، ۱۴۰۰). روان‌درمانی انگیزشی از حیث صرفه‌جویی در زمان منحصر به فرد می‌باشد. فراتر از یک روان‌درمانی ساده، در این رویکرد بر دست‌یابی به سطوح بالاتر سلامت‌روان و هدفمندی و کسب مهارت‌های بین فردی تاکید می‌شود (صاحب‌دل، ۱۳۹۹). برخی از مفاهیم روان‌درمانی انگیزشی در عرفان ایرانی-اسلامی ریشه داشته و بسیاری دیگر، حاصل مطالعه نظریه پرداز در فرهنگ بومی ایران است (صاحب‌دل و طحان، ۲۰۲۲). مفاهیمی از قبیل ذهن ثروتمند، دایره شخصی، پنداشت‌های زیبا و زشت، ذهن محیطی و خویش‌دوستی، که با الگوهای فرهنگی مردم ایران آمیخته شده است، می‌تواند نقش مهمی در تغییر شیوه

زندگی مراجعان ایرانی ایفا نماید. روان‌درمانی انگیزشی با کاربرد تکنیک‌های ویژه و مبتنی بر فرهنگ، تفاوت قابل ملاحظه‌ای را در سبک‌های درمانی ایجاد کرده است (صاحب‌دل، ۱۳۹۸). فکور، صاحب‌دل و ابراهیم پور (۱۴۰۱) در پژوهش خود نشان دادند که روان‌درمانی انگیزشی می‌تواند اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای را کاهش دهد. قیصری و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که روان‌درمانی انگیزشی می‌تواند رفتارهای پرخطر را در نوجوانان کاهش دهد. روان‌درمانی انگیزشی به مراجعان کمک می‌کند، علاوه بر رهایی از مشکلات روان‌شناختی، مسیر بهتر و مطلوب‌تری برای آینده خود ترسیم نموده و به افراد سودمندی برای جامعه تبدیل شوند. این خصوصیت، می‌تواند روان‌درمانی انگیزشی را از سایر رویکردهای غیر بومی متمایز نماید (صاحب‌دل، ۱۳۹۹). با توجه به مطالب ذکر شده، به نظر می‌رسد روان‌درمانی انگیزشی می‌تواند مدل بومی مناسبی برای کمک به زنان دارای همسر مبتلا به سوء مصرف مواد باشد. با این وجود، به دلیل جدید بودن این رویکرد، مبانی پژوهشی آن اندک است. پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سوال است که آیا روان‌درمانی انگیزشی بر افزایش سلامت روانی زنان دارای همسر مبتلا به سوء مصرف تاثیر دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تربت حیدریه در سال ۱۴۰۰ بود که همسران آنها مبتلا به سوء مصرف تریاک بوده و تحت درمان با متادون قرار داشتند (۸۹ نفر). برای تعیین حجم نمونه پژوهش گال، بورگ و گال (۱۳۹۶) روشی را پیشنهاد داده‌اند که براساس آن در پژوهش‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی تعداد ۱۵ نفر به هریک از گروه‌های آزمایش و گواه اختصاص می‌یابد. بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش داشتن تحصیلات حداقل ابتدایی و داشتن همسر مبتلا به

سوء‌مصرف تریاک تحت درمان با متادون بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش، عدم توانایی شرکت در جلسات به خاطر مشکلات جسمانی و روان‌شناختی عمده (براساس غربالگری اولیه)، کسب نمره پایین (براساس نمره برش) در پرسشنامه سلامت‌عمومی، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و غیبت بیش از ۲ جلسه بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش، از قبیل رازداری و رعایت حریم خصوصی شرکت‌کنندگان مورد توجه قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و با کمک نرم‌افزار اسپاس‌اس‌اس مورد تحلیل قرار گرفتند.

### ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه سلامت‌عمومی<sup>۱</sup>: فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، اولین بار توسط گلدبرگ و هیلیر<sup>۲</sup> در سال ۱۹۷۲ طراحی شده است و دارای ۴ زیرمقیاس ۷ سوالی شامل نشانه‌های جسمانی (سوالات ۱ تا ۷)، اضطراب (سوالات ۸ تا ۱۴)، عملکرد اجتماعی (سوالات ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی (سوالات ۲۲ تا ۲۸) می‌باشد (صاحبدل، خوش‌کنش و پورا‌براهیم، ۱۳۹۱). به منظور نمره‌گذاری، به گزینه‌ها نمره ۰ تا ۳ داده می‌شود. در این پرسشنامه، نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت‌روان پایین‌تر هستند. کسب نمره بالاتر از نمره برش (نمره ۲۲) به معنی عدم برخورداری از سلامت‌روان است (صاحبدل و همکاران، ۱۳۹۱). چونگ و اسپرز<sup>۳</sup> (به نقل از صاحبدل و اسدی، ۱۳۹۵) ضرایب پایایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. در پژوهش طباطبایی و رسولی (۱۳۹۷) پایایی این پرسشنامه برای نمره کل ۰/۶۷ و برای خرده‌مقیاس‌های نشانگان جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب، ۰/۶۷، ۰/۷۶، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است. همچنین روایی آن مطلوب گزارش شده است.

### روش اجرا

به منظور اجرای پژوهش، ابتدا از زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد، که همسران آنها مبتلا به سوء‌مصرف تریاک بوده و تحت درمان با متادون

1. GHQ  
2. Goldberg & Hillier

3. Joung & Spears

قرار داشتند، برای شرکت در پژوهش به شکل حضوری دعوت به عمل آمد. سپس مصاحبه تشخیصی داوطلبین جهت غربالگری اولیه اجرا شد. کسانی که معیارهای اولیه شرکت در پژوهش (نداشتن مشکلات جسمی و روانی عمده) را نداشتند، حذف شدند. پس از توضیح محتوا و هدف پژوهش، با رعایت معیارهای ورود، ۳۰ نفر از آنها برای شرکت در پژوهش انتخاب شده و به شکل تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). پس از انتخاب اعضای گروه نمونه، یک جلسه آشنایی اولیه جهت معرفی پژوهش و چگونگی اجرای آن برای گروه نمونه تشکیل شد و سپس پرسشنامه سلامت عمومی به عنوان پیش‌آزمون روی اعضا، اجرا شد. گروه آزمایش برای شرکت در جلسات درمانی دعوت شده و به گروه گواه درمورد ادامه کار توضیح داده شد. تعداد ده جلسه روان‌درمانی انگیزشی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) روی گروه آزمایش اجرا شد. نهایتاً، یک هفته پس از انجام کار، از هر دو گروه، مجدد پس‌آزمون به عمل آمد. جلسات گروه آزمایش که برطبق یک برنامه از پیش تعیین شده (برنامه ای که قبل از شروع جلسات آموزش تهیه شده بود) و با استفاده از مبانی نظری و درمانی روان‌درمانی انگیزشی (برگرفته از صاحب‌دل و طحان، ۲۰۲۲) تنظیم شده بود، توسط پژوهشگر، به این شرح اجرا گردید. بسته روان‌درمانی انگیزشی به عنوان یک مدل بومی دارای ۹ گام درمانی است که در آن، ابتدا رابطه حسنه با مراجعان برقرار می‌شود و پس از شکل‌گیری اعتماد اولیه، درمانگر می‌تواند بر اساس اصل ذهن محیطی در این رویکرد، محیط قوی درمانی را ایجاد نماید. در گام‌های بعدی به تدریج مراجعان می‌توانند به سمت توصیف خویشتن، شناسایی و ریشه‌یابی دروغ‌ها و پنداشته‌های منفی و مثبت، تصویرسازی نقش خود در زندگی، رهایی از چهاردیواری و دست‌یابی به ذهن ثروتمند حرکت نمایند. در نهایت مراجعان قادر خواهند شد تا به تسلط بر خویشتن دست یافته و روابط استرس‌زای خود را با دیگران مدیریت نمایند. خلاصه‌ای از گام‌های درمانی در قالب ۱۰ جلسه، در جدول ۱ آمده است.

**جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی**

شماره	عنوان	محتوای جلسه
۱	آشنایی	آشنایی و بیان اهداف جلسات، بیان انتظارات و تمرکز بر رابطه درمانی
۲	توصیف	خودتوصیفی به شکل کامل: به مراجعان کمک شد تا خودشان را با تاکید بر جنبه‌های آسیب‌شناختی و مرتبط با مشکل، به شکل کامل توصیف نمایند و روی برگه‌های مخصوص درج نمایند. همچنین تکلیف خانگی در این زمینه به آنها داده شد.
۳ و ۴	دروغ‌ها	در این مرحله، ضمن مرور تکالیف جلسه قبل، شناسایی دروغ‌ها، ریشه‌یابی و آسیب‌شناسی آنها مورد توجه قرار گرفت. اعضای گروه متوجه پنداشت‌های زیبا و زشت در مورد خودشان شدند. آنها صفت‌های مربوط به خویشتن را کشف کرده و با ریشه‌یابی نحوه شکل‌گیری آنها و چگونگی باور کردن آن، به این نتیجه می‌رسند که برداشت آنها از خویشتن می‌تواند به شکل سالم‌تر و مفیدتر نیز صورت گیرد. آنها متوجه می‌شوند که چگونه با باور به این صفت‌ها که حاصل تلقین دیگران بوده، به خودشان آسیب رسانده‌اند. بدین منظور از تکنیک‌های ترسیم روی کاغذ و تصویرسازی ذهنی استفاده شد.
۵	چهاردیواری	در این مرحله، ضمن مرور تکالیف جلسه قبل، اعضای گروه متوجه شدند، که چگونه در چهاردیواری دروغین گرفتار شده‌اند. آنها به کمک درمانگر، لایه‌های سه‌گانه این دیوارها را که شامل "این صفت من است"، "من نمی‌توانم این صفت را تغییر دهم" و "من از این تغییر می‌ترسم" می‌شود، را کنار زده و توانستند به سمت مراحل بعدی درمان گام بردارند. بدین منظور از تکنیک‌های تصویرسازی و نوشتن نیز استفاده شد.
۶	مواجهه با ترس	در این مرحله به اعضای گروه کمک شد تا با ترس از تغییر مواجه شده و بتوانند نقش‌های تازه را تمرین کنند. رهایی از چهاردیواری و تمرین نقش‌های تازه، مراجعان را برای یک زندگی سالم آماده می‌کند. تکلیف خانگی ارائه شد.
۷ و ۸	ذهن ثروتمند	در این مرحله، ضمن مرور تکالیف جلسات قبل، اعضای گروه توانستند، با کاربرد تکنیک ذهن ثروتمند، توانایی تغییر عادت‌ها و نگرش‌هایشان را کسب کرده و اهداف بزرگ‌تری را برگزینند. ذهن ثروتمند، دغدغه‌های بزرگ‌تری را نظیر دنبال کردن هدف مثبت و مفید، جایگزین دغدغه‌های بی‌اهمیت و آسیب‌زا کرده و مراجعان را از بیهودگی و وقت تلف کردن نجات می‌دهد.
۹	دایره شخصی	در این مرحله، اعضای گروه می‌توانند، روابط خود را با دیگران بازنگری کرده و اضطراب مربوط به آن را کاهش دهند. اعضای گروه در این مرحله، متوجه شدند که چگونه با درگیری ذهنی بیش از حد نسبت به دیگران، خود را گرفتار اضطراب کرده‌اند. از تکنیک-های ترسیم نیز در این مرحله استفاده شد.
۱۰	تعهد به تغییر	در این مرحله، اعضای گروه به تغییرات صورت گرفته متعهد شده و چگونگی حفظ آن را تمرین کردند. تکالیف جلسات قبل مرور شد و جشن تغییر گرفته شد.

## یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر ۳۰ نفر از زنان دارای همسر مبتلا به سوء‌مصرف مواد بودند. همه آزمودنی‌ها در سنین ۲۸ تا ۴۳ سال قرار داشته و میانگین سنی گروه آزمایش (۳۷/۳۵) سال و میانگین سنی گروه گواه (۳۶/۲۵) سال بود. میزان تحصیلات آنها بین سیکل تا لیسانس (۱۲ نفر سیکل، ۱۱ نفر دیپلم و ۷ نفر لیسانس) بود. میانگین سال‌های تحصیل در گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۱۲ و ۱۳ سال بود. آزمودنی‌ها از نظر مکان زندگی و طبقه اجتماعی-اقتصادی نیز همگون بودند. همه آزمودنی‌ها با همسرشان که مبتلا به سوء‌مصرف مواد (تریاک) بوده و تحت درمان متادون بود، زندگی می‌کردند. میانگین و انحراف معیار نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمره کلی سلامت روان	آزمایش	۴۴/۸۰	۹/۱۷	۲۰/۱۰	۷/۱۶
	کنترل	۴۴/۹۶	۸/۴۰	۴۵/۶۴	۹/۱۷
نشانه‌گان جسمانی	آزمایش	۸/۳۵	۳/۳۹	۳/۷۵	۲/۹۳
	کنترل	۹/۱۱	۳/۵۴	۸/۸۰	۲/۵۰
اضطراب	آزمایش	۹/۳۵	۴/۱۰	۵/۹۵	۳/۰۶
	کنترل	۱۰/۱۰	۲/۹۸	۱۱/۷۵	۳/۵۲
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۱۲/۸۵	۲/۴۹	۴/۸۵	۱/۹۵
	کنترل	۱۱/۵۵	۱/۷۳	۱۱/۳۴	۲/۳۳
افسردگی	آزمایش	۱۴/۲۵	۲/۱۴	۵/۵۵	۲/۲۵
	کنترل	۱۴/۲۰	۱/۹۶	۱۳/۷۵	۱/۹۷

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون تقریباً برابر بوده و در پس‌آزمون این تفاوت بیشتر شده است. به منظور تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های آزمون



تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگورف-اسمیرنوف<sup>۱</sup> حاکی از آن بود که نمرات مؤلفه‌های سلامت روان دارای توزیع نرمال بودند ( $p > 0/05$ ). همچنین هیچ کدام از مؤلفه‌های نشانگان جسمانی ( $F=0/60$ )، اضطراب ( $F=0/92$ )، افسردگی ( $F=0/75$ ) و عملکرد اجتماعی ( $F=21/17$ ) در آزمون لوین<sup>۲</sup> معنادار نبودند ( $p > 0/05$ )؛ لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبودند ( $p < 0/05$ )، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. پس از بررسی و تأیید مفروضه یکسانی واریانس‌ها و مفروضه یکسانی شیب رگرسیون، مستقل بودن گروه‌ها مورد توجه است که چون آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی جایگزین شده‌اند، این مفروضه هم مورد تأیید می‌باشد. در ادامه جهت تحلیل نهایی داده‌ها نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

آزمون	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلائی	۰/۷۷	۲۸/۴۰	۴	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷
لامبدای ویکلز	۰/۲۳	۲۸/۴۰	۴	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷
اثر هتلینگ	۳/۳۴	۲۸/۴۰	۴	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۷۷ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

1. Kolmogorov-Smirnov Test

2. Levene's Test for Equality of Variances

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور سهمی اتا
سلامت روانی	۴۷/۲۸	۱	۴۷/۲۸	۸/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴
افسردگی	۲۹۸/۱۲	۱	۲۹۸/۱۲	۴۹/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴
سلامت جسمانی	۲۹۰/۸۲	۱	۲۹۰/۸۲	۳۸/۹۴	۰/۰۰۸	۰/۴۳
عملکرد اجتماعی	۳۱۴/۴۷	۱	۳۱۴/۴۷	۴۳/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵
اضطراب	۲۹۶/۸۲	۱	۲۹۶/۸۲	۳۹/۹۴	۰/۰۰۶	۰/۴۸

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون، در نمره کلی سلامت روان و مولفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ )؛ بنابراین، روان‌درمانی انگیزشی تاثیر معناداری بر سلامت روان زنان دارای همسر مبتلا به سوء مصرف مواد داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی انگیزشی بر سلامت روان زنان دارای همسر مبتلا به سوء مصرف مواد بود. همچنین این شیوه درمانی تاثیر معناداری بر مولفه‌های سلامت روان، شامل نشانگان جسمانی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی گروه نمونه داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های فکور و همکاران (۱۴۰۱)، قیصری و همکاران (۱۴۰۰) و فکور، صاحب‌دل و ابراهیم‌پور (۱۴۰۱) همسو است. در تبیین این نتایج دلایل زیر را می‌توان مطرح کرد: مشاوره گروهی با ایجاد محیط غنی و حمایت‌های اجتماعی، می‌تواند تاثیر مثبتی بر روحیه اعضا داشته باشد و شرکت‌کنندگان می‌توانند احساسات مطلوب ناشی از همدلی و حمایت را تجربه نمایند (کوری و کوری، ۲۰۲۲). در روان‌درمانی انگیزشی به مراجعان کمک می‌شود تا با توصیف کامل خود در جلسه درمان و همچنین با انجام تکالیف خانگی به شناخت مناسبی از وضعیت خود در گستره زندگی برسند. آنها در طول درمان متوجه می‌شوند که چگونه خودشان را بر اساس

ذهنیت‌های دیگران توصیف کرده و گرفتار چهاردیواری‌های سخت و مقاوم شده‌اند و متوجه می‌شوند که چقدر به خودشان آسیب رسانده‌اند (صاحب‌دل و طحان، ۲۰۲۲). زنان دارای همسر مبتلا به سوء مصرف مواد، در طی جلسات درمان، به این نتیجه رسیدند که مانند بازیگران یک فیلم که بازی کردن نقش را تمرین کرده‌اند، طوری بازی می‌کنند که مخاطب آنها را باور می‌کند. آنها نیز در زندگی طوری رفتار می‌کنند که دیگران نقش آنها را باور می‌کنند و در واقع، همان‌طور که بازیگران یک فیلم دارند به مخاطبان دروغ می‌گویند، نقش‌های زندگی نیز نوعی دروغ محسوب می‌شوند و فقط یکی از چندین شیوه ممکن برای زندگی را نشان می‌دهند. مراجعان می‌توانند احساس قدرت را تجربه کنند و به این آگاهی می‌رسند که تغییر دادن الگوهای رفتاری و فکری به صورت نامحدودی ممکن است. شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، با کمک درمانگر، اهداف بزرگ‌تری را برای زندگی جستجو کردند و با تمرین ذهن‌ثروتمند، توانستند، تغییر را برای خود تسهیل کنند. آنها مشکلات خود را بسیار بزرگ و غیر قابل حل می‌دانستند. به خاطر مسائل کوچک، عصبانی می‌شدند و ذهن‌شان را از مسائل بیهوده و بی‌اهمیت پر کرده بودند. افسردگی را یک موجود تنومند خارجی می‌دیدند که غلبه بر او غیرممکن بود. ذهن‌ثروتمند به آنها کمک کرد تا به مشکلات خود نگاه متفاوتی را تجربه کنند.

در روان‌درمانی انگیزشی، تغییرات بیرونی اهمیت زیادی دارد. تغییر بیرونی بسیار راحت‌تر از تغییر درونی است. بنابراین برای اینکه گروه نمونه بتوانند، بر دروغ‌های خود غلبه کنند و از نقش‌های خود رها شوند، به آنها کمک شد در ابتدا، ظاهر خود را تغییر دهند. تغییرات کلامی، شیوه لباس پوشیدن و وضعیت ظاهری، به تدریج، می‌تواند، بازخوردهای محیطی را تغییر دهد. تغییر لحن کلام به آنها کمک کرد تا قدرت بیشتری را در خود احساس کنند (فکور و همکاران، ۱۴۰۱a). آنها به تدریج از یک شخصیت ضعیف و گوشه‌گیر، تبدیل به شخصیت فعال و با اعتماد به نفس شده بودند که می‌توانستند با صدای رسا، خواسته‌های خود را بیان کنند و جسارت دنبال کردن اهداف‌شان را داشته باشند. آنها در گروه درمانی، محیط متفاوتی را تجربه می‌کردند. محیطی که سالم بودن و توانمند بودن را به آنها انعکاس داد. در طی جلسات درمان، به شرکت‌کنندگان کمک شد

تا نقش‌های جدید و سالم‌تر را تمرین کنند. آنها تمام خصوصیات مربوط به نقش جدید را جمع‌آوری کردند و به تدریج، عادت‌های جدید را تمرین کردند. عادت‌های کهنه و بیمارگونه را حذف کردند و ذهن ثروتمند را جایگزین ذهن فقیرانه کردند. اهداف بزرگ‌تری را در زندگی ایجاد کردند و تصمیم گرفتند به جای فکر کردن و درگیر شدن به چیزهای بیهوده و کم‌ارزش، به مسائل بزرگ‌تر و با اهمیت مشغول شوند. برخی از آنها درگیر مسائلی از قبیل انتقام از دیگران، کینه‌ورزی و حسادت بودند. برخی دیگر به اینکه چرا دیگران، با آنها بد رفتار کرده‌اند فکر می‌کردند. ذهن ثروتمند، راه نجاتی برای آنها بود تا با جستجوی اهداف بزرگ‌تر، ذهن خود را از این مسائل رها کنند. بنابراین اضطراب آنها که تا حد زیادی به مشکلات بین فردی و موضوعات روزمره مربوط می‌شد، کاهش یافت. بنابر اصل خودخواهی، به شرکت‌کنندگان کمک شد تا دوست داشتن خود را تمرین کنند و نقش‌های جدید را به گونه‌ای انتخاب کنند که برای آنها حال خوب را به همراه داشته باشد. آنها متوجه شدند، کسانی که به آنها بدی کرده‌اند نیز درگیر نقش‌های دروغین بوده و حال خوبی ندارند. بنابراین، با درک این وضعیت، توانستند آنها را ببخشند. این مساله تا حد زیادی روابط اجتماعی آنها را تحت تاثیر قرار داده و آنها توانستند مشکلات بین فردی خود را کاهش دهند. گروه نمونه در پژوهش حاضر، به تدریج یاد گرفتند که به جای پررنگ کردن نقش دیگران در زندگی خود و درگیری ذهنی در مورد آنها، به خودشان و به رشد شخصی خود توجه کنند و برای خودشان وقت بگذارند (صاحب‌دل، ۱۳۹۸؛ صاحب‌دل، ۱۳۹۹؛ قیصری و همکاران، ۱۴۰۰).

مفهوم دروغ در روان‌درمانی انگیزشی، ریشه در فلسفه پست‌مدرن دارد. در فلسفه پست‌مدرن، حقیقت به دو دسته تقسیم می‌شود، شامل حقیقت عینی و حقیقت ذهنی. حقیقت ذهنی حاصل ذهن افراد است و منبع خارجی ندارد (دیاکونا، ۲۰۱۴). حقیقت ذهنی در روان‌درمانی انگیزشی، دروغ نامیده می‌شود. چرا که می‌تواند چیزی غیر از این باشد و مطلق نیست. شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر با ریشه‌یابی دروغ‌ها، متوجه باورهای اشتباه و آسیب‌زا در مورد خود شدند. حقیقت‌های ذهنی (دروغ‌ها) از محیط گرفته

شده بود و مطلق نبودند، اما این ذهنیت‌ها، آنها را در چهارچوب نقش کنونی، گرفتار کرده و جرات تغییر را از آنان سلب کرده بود (صاحب‌دل و طحان، ۲۰۲۲). پذیرفتن بیماری روانی به عنوان یک حقیقت مطلق، مراجعان را به این نتیجه می‌رساند که راه فراری ندارند و گرفتارشدن خود را در چهاردیواری وحشتناک نتوانستن و عدم توانایی، تایید می‌کنند و در برابر آن تسلیم می‌شوند. آنها به این نتیجه می‌رسند که واقعا بیمار هستند و در برابر تغییر احساس ناتوانی می‌کنند. گروه نمونه در طول جلسات درمان، به این باور رسیدند، که چگونگی توصیف آنها از خودشان یک حقیقت مطلق نیست، بلکه یک باور است که ریشه در ذهن محیطی دارد. در روان‌درمانی انگیزش با استفاده از اصل دروغ به مراجعان جهت درک این مساله که باورهای آنها در مورد خود و بیماری‌شان، صرفا یک حقیقت ذهنی است، کمک می‌شود. بدین ترتیب، مراجعان می‌توانند به همه آنچه باور داشته‌اند و اینکه چه کسی هستند و چه خصوصیات دارند شک کنند. این شک، نقطه آغاز تغییر است (صاحب‌دل، ۱۳۹۸). چهاردیواری که مراجعان در آن گرفتار هستند، سه لایه دارد. باور به صفت‌ها، باور به ناتوانی در تغییر صفت‌ها و ترس از تغییر صفت‌ها، این سه لایه را تشکیل می‌دهند. گروه نمونه، به تدریج این سه لایه را شکسته و به توانایی تغییر دست یافتند. آنها با استفاده از تکنیک‌های مواجهه با ترس، توانستند، لایه سوم را فرو بریزند. با ایجاد بینش در مورد دروغ‌ها و آسیب‌شناسی آنها، شرکت‌کنندگان توانستند، دیدگاه بهتری را کسب کرده و تغییرات گسترده‌ای را در سبک زندگی خود ایجاد نمایند. آنها دوست داشتن خود را تمرین کردند و به تدریج توانستند، بخش‌های آسیب‌زای نقش خود را حذف نمایند. روان‌درمانی انگیزشی به جای تغییر مستقیم افکار، به تغییر سبک زندگی مراجعان می‌پردازد و تغییر و مواجهه را از جایی که برای مراجعان آسان‌تر به نظر می‌رسد شروع می‌کند. بنابراین در این رویکرد، مقاومت کمتری از طرف مراجعان شکل می‌گیرد. برخلاف درمان‌های شناختی-رفتاری، در رویکرد روان‌درمانی انگیزشی تغییر مستقیم افکار، هدف درمان نیست (فکور و همکاران، ۱۴۰۱b).

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی انگیزشی سلامت‌روان زنان دارای همسر مبتلا به سوء‌مصرف مواد را بهبود می‌بخشد. این یافته، کاربردهای نظری و عملی را

القاء می‌نماید. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر بر نقش تعیین‌کننده روان‌درمانی انگیزشی در کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد تاکید دارد. از طرفی راهگشای پژوهش‌های بعدی در کشف متغیرهای مؤثر بر ایجاد، تداوم و پیشگیری از اعتیاد و پیامدهای آن می‌باشد. پژوهش حاضر، یک مدل بومی ارائه کرده که با کمک آن می‌توان بدون مواجهه با چالش‌های فرهنگی سایر رویکردها، به زنان دارای همسر مبتلا به سوء‌مصرف مواد، کمک کرد تا به سطوح بالاتر سلامت روان دست یابند. از طرفی، این پژوهش می‌تواند دستاورد مهمی برای روان‌شناسان بومی داشته باشد. در سطح عملی نیز این پژوهش می‌تواند در کشف روش‌های مناسب مداخلاتی در جهت کاهش صدمات ناشی از اعتیاد، مفید و مؤثر واقع شود. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند در جهت کمک به مشاوران و روان‌شناسان و کسانی که با مسأله اعتیاد و خانواده‌های اعتیاد سروکار دارند، مثمر ثمر باشد. پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی نیز برخوردار است. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی و محدودیت جامعه اشاره کرد. در پایان، انجام پژوهش‌های بیشتر با این موضوع، در نمونه‌های متنوع‌تر و در سایر فرهنگ‌ها پیشنهاد می‌شود. مطالعه اثربخشی روان‌درمانی انگیزشی بر ابعاد مختلف زندگی زنان دارای همسر مبتلا به سوء‌مصرف مواد پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثر بخشی این روش با سایر رویکردها مقایسه شود.

### منابع

- استادرحیمی، احمد و فتحی، آیت الله (۱۴۰۰). نقش الگوهای ارتباطی خانواده و فرهنگ مدرسه در گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۵(۵۹)، ۲۹۲-۲۷۵.
- اسلمی، ملیحه؛ 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. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۱۱(۳۹)، ۶۶-۴۹.
- جوادی، محمد حسین؛ اوتق، نازمحمد و قربانی، علیرضا (۱۴۰۰). تعیین مولفه‌های اجتماعی مؤثر بر افزایش اعتیاد در جامعه. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۵(۶۲)، ۱۸۴-۱۶۷.
- صاحب‌دل، حسین (۱۳۹۸). روان‌درمانی انگیزشی. مشهد: انتشارات جالیز.

- صاحب‌دل، حسین (۱۳۹۹). خوشبختی مرتبه دوم. تهران: انتشارات نسل نو اندیش.
- صاحب‌دل، حسین و اسدی، مسعود (۱۳۹۵). تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سلامت‌روان مادران دارای فرزند معتاد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۰(۳۷)، ۹۷-۱۱۳.
- صاحب‌دل، حسین؛ خوش‌کنش، ابوالقاسم و پورابراهیم، تقی (۱۳۹۱). بررسی تاثیر واقعیت‌درمانی گروهی بر سلامت‌روانی سالمندان مقیم آسایشگاه شهید هاشمی نژاد کهریزک. مجله سالمند، ۷(۱)، ۱۶-۲۴.
- طباطبایی، شهناز و رسولی، زینب (۱۳۹۷). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه سلامت‌عمومی در بخش صنعت. مجله سلامت کار ایران، ۱۵(۳)، ۴۵-۵۴.
- فروغی نژاد، الهام؛ سیدی، محمدسجاد و حجت‌خواه، سید محسن (۱۴۰۱). بایسته‌های کار با خانواده‌های با والد وابسته به مواد: یک تحلیل پدیدارشناسانه از شاغلان حرفه‌های یاورانه درگیر با اعتیاد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۴)، ۱۴۳-۱۲۵.
- فکور، فائزه؛ صاحب‌دل، حسین و ابراهیم پور، مجید (۱۴۰۱). تدوین بسته فرزند پروری مبتنی بر روان‌درمانی انگیزشی و امکان‌سنجی آن بر بهبود فرزند پروری مادران و کاهش اضطراب پسران مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای. رویش روانشناسی، ۱۱(۳)، ۳۲-۴۶.
- فکور، فائزه؛ صاحب‌دل، حسین و ابراهیم پور، مجید (۱۴۰۱). اثربخشی بسته فرزندپروری مبتنی بر روان‌درمانی انگیزشی بر پرخاشگری پسران مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای. فصلنامه روان‌پرستاری، ۱۰(۲)، ۷۳-۸۴.
- قیصری، زهرا؛ صاحب‌دل، حسین و ابراهیم پور، مجید (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی انگیزشی بر رفتارهای پرخطر نوجوانان. فصلنامه علمی پژوهان، ۱۹(۳)، ۲۷-۳۳.
- کیان‌ارثی، سارا؛ عباس‌پور، ذبیح‌الله و اصلانی، خالد (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده‌درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک‌کننده سوءمصرف مواد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۴)، ۶۱-۸۰.
- گال، مردیت‌دامین؛ گال، جویس و بورگ، والتر (۱۳۹۶). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی. {ترجمه: نصر اصفهانی، احمدرضا؛ کیانمنش، علیرضا؛ پاک‌سرشت، محمدجعفر؛ باقری، خسرو؛ خسروی، زهره؛ شهنی بیلاق، منیجه؛ ابوالقاسمی، محمود؛ عریضی، حمیدرضا و خیر، محمد}. تهران: انتشارات سمت. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۶۳).

## References

- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(46), 205-230.
- Butler, R., & Bauld, L. (2005). The parents' experience: Coping with drug use in the family. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12(1), 35-45.
- Corey, M., & Corey, G. (2022). *process and practice groups*. New York: Thamson Brooks, Cole.
- Diaconu, M. A. (2014). Truth and knowledge in postmodernism. *Social and Behavioral Science*, 3(137), 165-169.
- Gayle, A., Dakof, A., Jeri, B., & Cohen, B. (2010). Randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(38), 263-272.
- Lin, C., Wu, Z., & Detels, R. (2011). Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. *Journal Of public health*, 13(125), 269-274.
- Manchery, H., Sabzi, Z., Alavi, M., Vakili, M., & Maghsodi, J. (2021). The quality of life of women whit addicted husbands and its related factors in Gorgan. *Journal of research development in nursing and midwifery*, 189(1), 10-23.
- Orford, J., Natera, G., Mora, J., Tiburcio, M., Copello, A., Velleman, R., Templeton, L., Atkinson, C., Crundall, I., & Walley, G. (2005). *Copingwith Alcohol and Drug Problems: The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures*. London: Routlegde.
- Peter, W., & Choate, A. (2011). Adolescent addiction: What parents need?. *Social and Behavioral Sciences*, 30(54), 1359-1364.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A trans theoretical analysis*, 9<sup>th</sup> Edition. California: Wadsworth pub Co.
- Robbins, M. S. (2003). *Handbook of Family Therapy, The Science and Practice of Working with Families and Couples*. New York: Brunner-Routledge.
- Sahebdel, H., & Tahan, M. (2022). A review of the theory of motivational psychotherapy. *Rivista di psichiatria*, 4(58), 165-172.
- Usher, K., Jackson, D., & O'Brien, L. (2005). Adolescent drug abuse: Helping families survive. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2(14), 209-214.
- Yu, M., & Stiffman, A. R. (2010). Positive family relationships and religious affiliation as mediators between negative environment and illicit drug symptoms in American Indian adolescents. *Journal of Addict Behavior*, 12(35), 54-69.





## اثربخشی هیپنوتراپی بر آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین

جمال صادقی<sup>۱</sup>، میلاد قمیری<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۶

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی هیپنوتراپی بر آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی، و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه مصرف‌کنندگان هروئین مراجعه‌کننده به کمپ ترک اعتیاد در شهرستان قائم‌شهر در سال ۱۳۹۹ بود. از این بین، ۳۲ فرد وابسته به هروئین به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش، هیپنوتراپی را به مدت ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ارزیابی ناتوانی کارکردی سازمان جهانی بهداشت، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، و پرسشنامه اضطراب مرگ بود. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت و هیپنوتراپی باعث کاهش معنادار نمرات آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی، و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین شد. **نتیجه‌گیری:** هیپنوتراپی می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید جهت کاهش آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ به کار رود.

**کلیدواژه‌ها:** هیپنوتراپی، آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی، اضطراب مرگ، وابستگی به هروئین

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران. پست الکترونیک:

jamalsadeghi48@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران.

## مقدمه

طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، اعتیاد مسمومیت مزمن و ادواری یا مخرب برای فرد و جامعه است که به واسطه استعمال مکرر یک داروی طبیعی (مثل تریاک) یا مصنوعی ایجاد می‌شود و معتاد فردی است که از روش‌های مختلف مانند خوردن مواد مخدر، دود کردن، تزریق، استنشاق یک ماده یا چند نوع ماده با هم به صورت مداوم مصرف می‌کند که در صورت ترک آن با مشکلات روان‌شناختی، جسمانی، هیجانی و... مواجه می‌شود (پیکک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). سوء مصرف مواد<sup>۲</sup> نیز اختلالی است که در آن افراد از مواد سمی، دارویی و غیر دارویی به روشی خطرناک که می‌تواند وابستگی جسمی و روانی به همراه داشته باشد، استفاده می‌کنند. پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که تقریباً ۹۰ درصد مبتلایان به اختلالات مرتبط با مواد، یک یا چند اختلال روانپزشکی دیگر نیز دارند که از بین آن‌ها می‌توان به اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیت ضد اجتماعی اشاره کرد (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۱۵).

یکی از آسیب‌های اساسی مرتبط با اختلالات مصرف مواد، آشفتگی‌های روان‌شناختی است که شامل اضطراب، افسردگی و استرس می‌شود. اغلب، آشفتگی روانی به عنوان مفهومی مجزا تعریف می‌شود و اصطلاحی مترادف با فشار، استرس و اضطراب است (جردن و اندرسون، ۲۰۱۷). آشفتگی روانی حالتی از رنج و درد عاطفی تعریف شده که شامل علائم اضطراب و افسردگی است. این علائم در بسیاری از موارد با نشانه‌های جسمانی همراه است (باچی و لیکینو، ۲۰۱۷). افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان مؤلفه‌های اساسی آشفتگی روانی، پیامدهای مخرب چشمگیری بر عملکرد افراد دارند. در همین راستا اعتقاد بر این است که تعداد زیادی از افرادی که تجربه افسردگی را داشته‌اند، بیان کرده‌اند که افسردگی عملکرد روزانه آن‌ها را مختل می‌کند. همچنین اضطراب به عنوان یک واکنش هیجانی منفی به موقعیت‌ها، مولفه دیگری از آشفتگی روانی محسوب می‌شود. اضطراب همچنین می‌تواند مانعی برای شکوفایی استعداد، احساس خودکارآمدی،

1. Peacock  
2. drug abuses  
3. Sadock, Sadock & Ruiz

4. Jordan & Andersen  
5. Bacchi & Licinio

رشد شخصیت سالم، پیشرفت فردی و عملکرد اجتماعی افراد باشد (مارش، چان و مکبث<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). استرس به عنوان مولفه آخر آشفتگی روانی واکنش‌های ذهنی، عاطفی و فیزیکی در واکنش به فشارهای بیرونی، تنش‌ها و انتظارات درونی از خود است (ساوولامین، کاکینن، سیرولا و اکسانن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). دور از ذهن نیست که پیامدهای فوق در اثر اعتیاد ایجاد شود و چرخه بازخوردی منفی را ایجاد کند تا هرچه بیشتر وابستگی به مواد افزایش و تجربه آشفتگی‌های روانی فزونی یابد. نشانه‌های آشفتگی روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس، می‌تواند سبب اختلال در روابط بین فردی، خانوادگی، مسئولیت‌های شغلی و ناتوانی کارکردی در حوزه‌های دیگر زندگی شود (رحمتی، خدابخشی کولایی و جهانگیری، ۱۴۰۰؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳).

از دیگر پیامدهای منفی مصرف مواد به ویژه مصرف هرئین، ناتوانی کارکردی می‌باشد. ناتوانی کارکردی به معنای وجود مشکل کارکردی در سطح بدنی، شخصی و اجتماعی در یک حوزه زندگی یا چند حوزه در تعامل با عوامل محیطی و شرایط سلامتی است (زقیراج، کاروجا، کاباشی و موکاج<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). ویژگی‌های بالینی اختلال و مشکلات روان‌شناختی و هیجانی در اعتیاد، ناتوانی کارکردی در حوزه‌های مختلف زندگی را در پی دارد و همین امر سبب کاهش قابلیت سازگاری و کیفیت زندگی، کاهش توانایی‌های حرکتی، خستگی، درد و رنج می‌شود (کیستار<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). ناتوانی کارکردی به واسطه تضعیف ادراک کنترل شده، محدودیت فعالیت، کاهش خودمختاری سبب می‌شود تا پریشانی‌ها و آشفتگی‌های روان‌شناختی در افراد شدت بگیرد (مارولی<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). در واقع می‌توان گفت که ارتباط دو سویه بین آشفتگی‌های روان‌شناختی و ناتوانی کارکردی وجود دارد؛ بدین صورت که آشفتگی‌های روان‌شناختی در نتیجه مصرف مواد می‌تواند ناتوانی کارکردی را در پی داشته باشد و همچنین ناتوانی کارکردی نیز سبب تشدید آشفتگی‌های روان‌شناختی به ویژه افسردگی شود. یکی از علت‌هایی که سبب می‌شود

1. Marsh, Chan & MacBeth  
2. Savolainen, Kaakinen, Sirola, & Oksanen  
3. American Psychiatric Association

1. Zeqiraj, Kruja, Kabashi & Muçaj  
5. Kister  
6. Marulli

ناتوانی کارکردی با تشدید آشفتگی‌های روان‌شناختی به ویژه افسردگی همراه باشد، این است که فرد توانایی پیگیری کردن اهداف و ارزش‌های زندگی خود را از دست می‌دهد. ناتوانی در تعقیب اهداف و ارزش‌های زندگی سبب می‌شود تا فرد احساس کنترل بر خود و محیط را از دست بدهد و در نهایت بهزیستی روان‌شناختی در معرض خطر قرار گیرد (نیلسون<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱).

آشفتگی‌های روان‌شناختی و ناتوانی کارکردی در زمینه‌های مختلف زندگی سبب از دست رفتن احساس کنترل بر زندگی، درماندگی و ناامیدی در برابر تغییر می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده است که احساس عدم کنترل بر وقایع زندگی با اضطراب مرگ ارتباط دارد (هاشمی رزینی، باحشمت جویباری و رامشینی، ۱۳۹۶). اضطراب مرگ را که در میان افراد وابسته به مواد می‌توان دید، عموماً به عنوان یکی از عوارض شایع روانی در افراد با اختلالات دشوار شناخته می‌شود که می‌تواند عنصر روان‌شناختی مهمی در معتادان در نظر گرفته شود. درادکه و فواد مصلحی<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی که به بررسی اضطراب مرگ در افراد معتاد پرداخت، نتایج حاکی از سطح بالای اضطراب مرگ در افراد معتاد به ماده بود. همچنین در پژوهشی دیگر نتایج نشان داد که بین اضطراب مرگ و مصرف مواد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (کورکت و سوینچ<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). اضطراب مرگ، ترس مداوم، غیر طبیعی و مرضی از مرگ است. این مفهوم به مرگ هراسی (ترس از مرگ) و ترس زیاد از مرده (ترس از مرگ یا مرده) نیز اطلاق می‌شود (آن، لو، هالز، زیمرمن و رودین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی از مرگ همراه با هیجانات منفی همچون دلهره هنگام فکر به فرآیند مردن یا وحشت از مردن یا اتفاقاتی که پس از مرگ رخ می‌دهند، تعریف می‌شود. اضطراب مرگ سبب از دست دادن کنترل بر زندگی، درماندگی، انزوا و قطع ارتباط با اطرافیان می‌شود (شارپ، کوران، باتو و تیوس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸).

1. Nilsson  
2. Daradkeh & Fouad Moselhy  
3. Korkut & Sevinc

4. An, Lo, Hales, Zimmermann & Rodin  
5. Sharpe, Curran, Butow & Thewes

با همه این تفاسیر درمان‌های زیادی برای اعتیاد معرفی شده که در سال‌های اخیر و با توجه به ریشه‌های روان‌شناسی معاصر، درمان هیپنوتراپی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. هیپنوتراپی را می‌توان حالتی از توجه متمرکز کانونی، تلقین‌پذیری بالا و کاهش آگاهی محیطی دانست که طی آن ارزیابی‌های شناختی سوژه به حالت تعلیق نسبی در می‌آیند. تحت هیپنوتیزم، حرکات و حس‌های تلقین شده، غیرارادی و به صورت خودکار اتفاق می‌افتند (تیلر و جنکو،<sup>۱</sup> ۲۰۲۰). ادراکات تلقین شده، ادراکات معمول سوژه را تغییر داده و جایگزین آن‌ها می‌شوند. طی چند ثانیه می‌توان وارد هیپنوز و یا از آن خارج شد. همه هیپنوزها در اصل نوعی خود هیپنوتیزم هستند و زمانی که سوژه اجازه می‌دهد این شکل از تمرکز توسط فرد دیگری هدایت شود، دگر هیپنوتیزم نامیده می‌شود. در چنین حالتی یک ارتباط قوی و حساس بین آن دو ایجاد می‌شود و قضاوت نقادانه سوژه به تعلیق در می‌آید. این تمرکز قوی را می‌توان برای دستیابی به اهداف درمانی، فعالانه ایجاد و سازمان‌دهی نمود (چیو، لی و لام،<sup>۲</sup> ۲۰۱۸). به طور خلاصه می‌توان گفت سه فرایند اساسی در هیپنوتیزم رخ می‌دهد؛ جذب، انفکاک و تلقین‌پذیری. جذب به معنای توانایی کاستن از آگاهی محیطی و تسهیل توجه متمرکز و کانونی می‌باشد. انفکاک<sup>۳</sup> به معنای جدایی هریک از عناصر هویت، حافظه، ادارک، آگاهی و حرکات از جریان اصلی هشیاری است. هر اندازه توجه فرد متمرکزتر و کانونی‌تر باشد، احتمال خروج عناصر فوق از محدوده هشیاری‌اش بیشتر می‌شود. تلقین‌پذیری<sup>۴</sup> نیز تمایل به دریافت و پذیرش پیام‌ها، دستورات و اطلاعات به همراه تعلیق نسبی قضاوت نقادانه‌ای فرد است (لوتربوروه،<sup>۵</sup> ۲۰۱۸؛ کاردینا و اسپیکل،<sup>۶</sup> ۱۹۹۱).

در همین راستا پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که درمان هیپنوتراپی می‌تواند از عود نشانه‌های وابستگی و ترک بکاهد (گل‌آبادی و تابان، ۱۳۸۴؛ شستپال و برمنز،<sup>۷</sup> ۲۰۱۹). بنابراین احتمال می‌رود که درمان هیپنوتراپی بتواند بر پیامدهای حاصل از اعتیاد و ترک

1. Taylor & Genkov  
2. Chiu, Lee & Lam  
3. Disiciation  
4. Suggestibility

5. Lutherborrough,  
6. Cardeña & Spiegel  
7. Shestopal & Bramness

مواد اثرگذار باشد. پژوهش‌ها نشان داده است که هیپنوتراپی می‌تواند سبب کاهش افسردگی، اضطراب و ترس از مرگ در افراد وابسته به ماده شود (شهسواری شیرازی و سامانی، ۱۳۹۶). موباروکا، پراستیا و رسپاتی<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) دریافتند که با استفاده از این درمان می‌توان دردها و اضطراب و پریشانی زنان را کاهش داد. چن، لیو و چن<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) در فراتحلیلی مبنی بر بررسی اثر هیپنوتیزم بر اضطراب بیان کردند که این درمان می‌تواند اضطراب بیماران سرطانی را کاهش دهد. همچنین علاالدین<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) به بررسی درمان هیپنوتیزم بر افسردگی پرداخت که نتایج پژوهش وی نشان داد که اثربخشی مطلوبی بر نشانه‌های افسردگی وجود دارد. حتی شکیل<sup>۴</sup> (۲۰۲۰) اشاره کرده است که در صورت ترکیب هیپنوتراپی با درمان‌های شناختی-رفتاری می‌توان به بهبودی بالاتری در درمان افسردگی رسید. علاوه بر این اثربخشی هیپنوتراپی بر کاهش استرس نیز مشاهده شده است که نتایج پژوهش الیزامر<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۸) گواه بر این ادعا است.

به طور خلاصه می‌توان این‌گونه برداشت کرد که اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک پدیده اجتماعی می‌تواند سبب برهم خوردن تعادل روانی، ضعف اراده، اضطراب، ناتوانی، افسردگی، محدود شدن روابط خانوادگی، خشونت در خانواده و گسترش طلاق شود (آذر مهر و احمدی، ۱۳۹۹). جدا از آسیب‌های فردی و خانوادگی، از مهمترین عواملی که بر ضرورت پژوهش در حیطه اعتیاد و درمان این معضل می‌افزاید، بزهکاری و جرم ناشی از اعتیاد به مواد مخدر است. تحقیقات مختلف نشان داده که میزان جرم و جنایت در افراد معتاد دو برابر افراد غیر معتاد است. فحشا، خودفروشی و دزدی از شایعترین جرایم در بین این افراد است (صفری و موسوی زاده، ۱۳۹۳). با وجود تلاش گسترده به منظور پیشگیری و درمان اعتیاد، شواهد نشان می‌دهد که برنامه‌های درمان و پیشگیری نتوانسته‌اند موفقیت قابل توجهی کسب کنند. به نظر می‌رسد در بازپروری و درمان معتادان تنها به از بین بردن وابستگی جسمانی از طریق دارو درمانی و سم زدایی اکتفا می‌شود و به درمان‌های روان‌شناختی توجهی نمی‌شود (میکاییلی و رهبری، ۱۳۹۹؛ صفری و موسوی

1. Mubarakah, Prasetya & Respati  
2. Chen, Liu & Chen  
3. Alladin

4. Shakil  
5. Alizamar

زاده، ۱۳۹۳). بنابراین به منظور پایداری بیشتر اثرات درمانی، نیاز است به درمان‌های روان‌شناختی کارآمد در کنار درمان‌های دارویی توجه بیشتری شود. با توجه به اینکه تحقیقات مختلف نشان داده که هیپنوتراپی، می‌تواند در کاهش افسردگی، اضطراب، آشفتگی‌های روان‌شناختی و افزایش احساس آرامش افراد موثر باشد، پژوهش حاضر به بررسی این موضوع پرداخت که آیا هیپنوتراپی بر آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین اثربخش است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مصرف‌کنندگان هروئین مراجعه‌کننده به کمپ ترک اعتیاد در شهرستان قائم‌شهر در سال ۱۳۹۹ بود. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۸۲). با توجه به احتمال وجود افت نمونه، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۲ نفر (۱۶ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش تشخیص اعتیاد به هروئین بر اساس ملاک‌های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup>، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات سیکل، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و سابقه یک تا دو سال مصرف هروئین بود. همچنین ملاک خروج از پژوهش، عدم مشارکت منظم در جلسات، دریافت روان‌درمانی یا درمان دارویی دیگری که در روند درمان خلل ایجاد نماید، مصرف همزمان سایر مواد محرک و ابتلا به بیماری‌های جسمی حاد و مزمن بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اسپاس اس تحلیل شدند.



## ابزار

۱- پرسشنامه ارزیابی ناتوانی کارکردی سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) با هدف سنجش ناتوانی کارکردی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن ایجاد شد. این پرسشنامه ۳۶ گویه را شامل می‌شود که مولفه‌های شناخت (سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶)، تحرک (سوالات ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱)، خودمراقبتی (سوالات ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵)، تنها بودن (سوالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰)، فعالیت‌های زندگی (سوالات ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸) و مشارکت (سوالات ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶) را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمرات بالاتر نشان دهنده ناتوانی بیشتر است. این ابزار در ایران توسط صالحی، شاخی و فرجی در سال ۲۰۱۶ هنجاریابی شده است. ضریب آزمون بازآزمون پرسشنامه بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۹ بود و ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد پرسشنامه بالای ۰/۷۰ بود. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۳</sup>: این پرسشنامه توسط لویبوند و لویبوند<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) طراحی شده است. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، ۴۲ سوال را شامل می‌شود که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۳= بسیار زیاد در مورد من درست است، ۰= به هیچ وجه در مورد من درست نیست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس شامل سه خرده مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس است که هر کدام ۱۴ ماده دارند. لویبوند و لویبوند (۱۹۹۵) در پژوهشی نشان دادند که اعتبار بازآزمایی برای زیر مقیاس‌های استرس ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۷۱ به دست آمده است. در نمونه‌های ایرانی ضریب آلفای محاسبه شده برای مقیاس افسردگی ۰/۹۴، مقیاس اضطراب ۰/۹۴ و مقیاس استرس ۰/۸۷ گزارش شد (افضلی، دلاور، برجعلی و میرزمانی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر، آلفای

1. World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHO-DAS 2/0)  
2. World Health Organization

3. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-44)  
4. Lovibond & Lovibond

کرونباخ زیرمقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ به دست آمد.

۳- پرسشنامه اضطراب مرگ<sup>۱</sup>: پرسشنامه اضطراب مرگ در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر<sup>۲</sup> ساخته شده است و ۱۵ ماده به صورت بله و خیر را شامل می‌شود که نگرش آزمودنی‌ها در ارتباط با مرگ را ارزیابی می‌کند (به پاسخ خیر نمره صفر و به پاسخ بله نمره یک تعلق می‌گیرد). سوالات ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱ و ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بدین ترتیب، حداقل و حداکثر نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۱۵ می‌باشد که نمرات بالا نشانگر ترس و اضطراب افراد در مورد مرگ است. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۳ گزارش کرده است. در ایران ضریب پایایی تصنیفی ۰/۶۲ و ضریب همسانی درونی ۰/۷۳ گزارش شده است (رجبی و بحرانی، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۶ به دست آمد.

### روند اجرا

در این مطالعه، هیپنوتراپی به صورت ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای با فراوانی یک جلسه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون) و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات هیپنوتراپی بر اساس راهنمای هیپنوتیسم (علاءالدین، ۲۰۱۱) در جدول ۱ ارائه شده است.

#### جدول ۱: شرح مختصر جلسات هیپنوتراپی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	مصاحبه و اخذ شرح حال و رفع سوء برداشت از هیپنوتیزم و ارزیابی مراجع
جلسه دوم	تجربه جلسه هیپنوتیزمی و شرطی‌سازی در جهت هیپنوتیزم سریع برای جلسات بعدی
جلسه سوم	تقویت ایگو (در جهت کاهش آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ)
جلسه چهارم	تلقینات مستقیم در جهت کاهش آشفتگی روان‌شناختی
جلسه پنجم	تلقینات مستقیم در جهت کاهش ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ
جلسه ششم	بازگشت سنی به تجربیات آسیب‌رسان گذشته
جلسه هفتم	پیشرفت سنی به زمانی که مراجع به توانایی مدیریت شرایط بیماری دست یافته است
جلسه هشتم	جمع‌بندی جلسات قبلی و آموزش خود هیپنوتیزم

## یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۰/۸۶ و در گروه کنترل ۳۰/۱۳ بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ را در گروه آزمایش و گروه کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۲: شاخص آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش آزمون	۲۱/۲۰	۵/۰۱	۲۲	۴/۱۴
	پس آزمون	۱۹/۶۶	۵/۰۳	۲۱/۶۰	۳/۹۰
اضطراب	پیش آزمون	۲۳/۶۰	۴/۸۳	۲۴/۸۶	۴/۰۸
	پس آزمون	۲۲/۷۳	۴/۶۸	۲۵/۳۳	۴/۰۴
استرس	پیش آزمون	۲۰/۳۳	۴/۲۳	۲۲/۳۳	۴/۷۰
	پس آزمون	۱۹/۳۳	۴/۹۲	۲۲/۲۰	۴/۶۷
ناتوانی	پیش آزمون	۴۶/۹۳	۹/۲۴	۴۶/۹۳	۹/۰۸
	پس آزمون	۴۵/۵۳	۹/۳۹	۴۶/۷۳	۹/۲۸
اضطراب مرگ	پیش آزمون	۷/۵۳	۲/۶۱	۸/۲۶	۲/۶۵
	پس آزمون	۶/۴۰	۲/۵۸	۸/۴۰	۲/۷۹

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های لازم مورد بررسی قرار گرفت. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ( $p > 0.05$ ). همچنین هیچ کدام از متغیرهای پژوهش در آزمون لوین معنادار نبودند ( $p > 0.05$ )، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی

همگنی رگرسیون معنادار نبودند ( $p > 0/05$ )، می توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. در ادامه پس از کنترل اثر پیش آزمون جهت مقایسه گروه های آزمایش و کنترل بر طبق نمره های پس آزمون، در تعیین اثربخشی درمان هیپنوتراپی بر آشفستگی های روان شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (ناتوانی کارکردی، افسردگی، اضطراب، استرس و اضطراب مرگ) تفاوت معناداری در مرحله پس آزمون وجود داشت. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره های پس آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس اثر درمان هیپنوتراپی بر متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
افسردگی	پیش آزمون	۵۴/۷۹	۱	۵۴/۷۹	۵۹/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۷۲۲	۱
	عضویت گروهی	۴/۹۸	۱	۴/۹۸	۵/۴۲	۰/۰۲۹	۰/۱۹۱	۰/۶۰۷
اضطراب	پیش آزمون	۱۲۰/۲۳	۱	۱۲۰/۲۳	۱۶۶/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۸۷۹	۱
	عضویت گروهی	۱۴/۵۱	۱	۱۴/۵۱	۲۰/۱۴	۰/۰۰۰	۰/۴۶۷	۰/۹۹۰
استرس	پیش آزمون	۵۷/۸۱	۱	۵۷/۸۱	۷۵/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۷۶۶	۱
	عضویت گروهی	۴/۷۹	۱	۴/۷۹	۶/۲۳	۰/۰۲۰	۰/۲۱۳	۰/۶۶۷
ناتوانی	پیش آزمون	۵۵۸/۹۲	۱	۵۵۸/۹۲	۵۴۲/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۹۵۹	۱
	عضویت گروهی	۸/۳۱	۱	۸/۳۱	۸/۰۶	۰/۰۰۹	۰/۲۵۹	۰/۷۷۶
اضطراب	پیش آزمون	۷/۴۰	۱	۷/۴۰	۹/۴۹	۰/۰۰۵	۰/۲۹۲	۰/۸۳۹
	عضویت گروهی	۱۲/۲۸	۱	۱۲/۲۸	۱۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶	۰/۹۶۷

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می گردد، در آشفستگی های روانشناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که گروه آزمایش در تمامی متغیرهای مورد بررسی نمرات کمتری را نسبت به

گروه کنترل کسب کرده بودند. به عبارت دیگر، درمان هیپنوتراپی بر آشفتگی‌های روان‌شناختی، ناتوانی و کارکردی و اضطراب مرگ موثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی هیپنوتراپی بر آشفتگی روان‌شناختی، ناتوانی کارکردی و اضطراب مرگ در افراد وابسته به هروئین بود. نتایج یافته‌ها نشان داد که هیپنوتراپی بر آشفتگی روان‌شناختی در افراد مصرف‌کننده هروئین موثر است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات علای‌الدین و همکاران در سال‌های (۲۰۱۰؛ ۲۰۱۳) و شستپال و برمنز (۲۰۱۹) در ارتباط با آشفتگی روان‌شناختی، باوکر و دروستین<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) در ارتباط با ناتوانی کارکردی و کشیری دینکی، پور اصغر و جان بابایی<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) در ارتباط با اضطراب مرگ همخوان بود. شستپال و برمنز (۲۰۱۹) همسو با پژوهش حاضر، به بررسی مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی و مصاحبه انگیزشی بر افراد معتاد به الکل پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که تاثیر هر دو درمان در مرحله پس‌آزمون، در بهبودی افراد معتاد یکسان بوده، اما در مرحله پیگیری، نتایج نشانگر این بود که هیپنوتراپی تاثیرات بلندمدت‌تری در بهبودی افراد معتاد به الکل داشته و سبب بهبودی قابل توجه آشفتگی روان‌شناختی در گروه آزمایش شده است.

در تبیین برای این یافته‌ها می‌توان گفت آشفتگی روان‌شناختی یکی از مهمترین مشکلاتی است که افراد مبتلا به اعتیاد آن را تجربه می‌کنند و مطالعه‌های گوناگون نشان داده‌اند که معتادان استفاده‌کننده از مواد مخدر بیشتر از سایر همسالان خود در معرض خطر بیشتری از مشکلات آشفتگی روان‌شناختی قرار می‌گیرند. افراد معتادی که دچار آشفتگی روان‌شناختی هستند، دچار مشکلاتی از قبیل غمگینی، ناامیدی، بی‌حوصلگی، کاهش اشتها، کاهش عملکردهای اجتماعی، شغلی و تحصیلی، فقدان لذت و علاقه از فعالیت‌های مربوطه، فقدان میل جنسی، اختلال خواب و کاهش انرژی می‌باشند. این علائم می‌تواند خفیف بوده و فرد را به حد ناتوانی رسانده به طوری که می‌تواند با اختلالات

1. Bowker & Dorstyn

2. Kashiri Dinaki, Pourasghar & Janbabai

مرتبط با مواد همراه باشد (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵). تلقینات هیپنوتراپی ابزار قدرتمندی است که به خودی خود می‌تواند تغییراتی از قبیل؛ شناختی، جسمانی، ادراکی، فیزیولوژیکی، درونی و حرکتی در افراد ایجاد کنند. این تلقینات می‌توانند به افراد معتاد به هروین کمک کنند تا احساسات و تجاربشان را در زمینه رفتاری، عاطفی، شناختی و فیزیولوژیکی به شکل مثبت تغییر و استرس و اضطرابشان را کاهش دهند (صادقی، سودانی و غلامزاده جفره، ۱۳۹۹؛ علاءالدین، ۲۰۰۸). دیگر تکنیک‌های هیپنوتراپی مانند کاهش برانگیختگی فیزیولوژی، تحریک آرمیدگی، رهاسازی تنش و تغییرهای شناختی در کاهش میزان افسردگی افراد با اختلالات مصرف مواد نقش مهمی را ایفا می‌کند و موجب بهبود عملکرد شخصی و اجتماعی این افراد می‌شود (محمدزاده ابراهیمی، رحیمی و تقوایی‌نیا، ۱۳۹۶). در ارتباط با تاثیر هیپنوتراپی بر ناتوانی کارکردی می‌توان گفت که از آنجایی که اعتیاد به ماده مخدر هروئین در حوزه‌های مختلف زندگی سبب کاهش توانایی‌های سازگاری و کیفیت زندگی، اختلال در عملکرد شغلی، کاهش توانایی‌های حرکتی، خستگی، درد و رنج می‌شود (کیلستروم<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳)، هیپنوتراپی می‌تواند با قرار دادن افراد وابسته به مواد در حالت عدم آگاهی، آنان را در وضعیتی قرار دهد که پذیرای تلقینات درمان هیپنوتراپی باشند و با تاثیرگذاری بر روی ذهن این افراد می‌توان مشکلات ناتوانی کارکردی آنان را بهبود بخشید و مشکلات این افراد را در بهترین حالت برطرف کرد. از آنجایی که انجام این درمان برای این افراد راحت و آرامبخش است و بدون عوارض جانبی داروها است، استفاده از آن در درمان‌های ناتوانی کارکردی افراد دارای اعتیاد به ماده مخدر هروئین مقرون به صرفه بوده و سبب کاهش نیاز بیمار به دارو می‌گردد. یافته‌ها نشان داده که هیپنوتیزم می‌تواند ضمیر ناخودآگاه افراد را به راحتی تغییر دهد و افکار، احساسات و اعمال انسان‌ها را اصلاح نماید (ستوده و قربانی، ۱۳۹۸). تلقینات هیپنوتراپی که اظهارات داده شده در طول القا یا پس از آن هستند و هدف آنها تغییر یا اثر گذاشتن بر رفتار است، در افراد دارای اعتیاد به ماده مخدر هروئین می‌تواند شامل مواردی نظیر افزایش توانایی‌های سازگاری و کیفیت زندگی، کاهش خستگی، درد و رنج و

افزایش توانایی‌های حرکتی باشند (کیلستروم، ۲۰۱۳). در این روش افراد دارای اعتیاد به ماده مخدر هروئین با کاوش ناهشیار و ورود به حالت خلسه آماده دریافت تلقین‌های مربوط به کنترل رفتار می‌شود و با افزایش تمرکز، آرامش ذهنی، تنظیم شناختی و عاطفی زمینه لازم برای کاهش ناتوانی کارکردی فراهم می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد که هیپنوتراپی سبب کاهش اضطراب مرگ در افراد دارای اعتیاد به هروئین می‌شود. این یافته‌ها با یافته‌های سهلی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، کشیری دینکی و همکاران (۲۰۱۶) و شهسواری شیرازی و سامانی (۱۳۹۶) همسو می‌باشد. شهسواری شیرازی و سامانی (۱۳۹۶) به بررسی اثر بخشی هیپنوتراپی بر بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگره دارنده با متادون پرداختند. نتایج گویای سودمندی هیپنوتراپی در بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت سطح اضطراب مرگ در افراد می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فردی و بسیاری از عوامل اجتماعی متفاوت باشد (عبدالخالک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). از آنجایی که اضطراب مرگ سازه‌ای چند بعدی است، می‌توان انتظار داشت که بر بسیاری از جنبه‌های زندگی افراد دچار اعتیاد تاثیر گذار باشد (رایس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). هیپنوتراپی با کاهش تجربه‌های منفی و افزایش تجربه‌های مثبت، نقش مهمی را در کاهش اضطراب مرگ در افراد دارای اعتیاد دارد (حقیقی، موحذزاده و مالک‌زاده، ۲۰۱۶). به کارگیری هیپنوتراپی به علت ساز کارهای نهفته در آن، مانند توانایی کاستن از آگاهی محیطی و تقویت توجه متمرکز و کانونی، تفکیک عملی هر یک از عناصر هویت، حافظه، ادراک، آگاهی و حرکات از جریان اصلی هشیاری، اضطراب مرگ را کاهش داده و اثربخشی درمان را در افراد دارای اعتیاد افزایش می‌دهد (لین، لورنس و کیش<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). سازو کار اصلی هیپنوتراپی تلقین است. ذهن و جسم رابطه بسیار قوی و تنگاتنگ با هم داشته و زمانی که در ذهن یک امیدواری به وجود می‌آید کنترل ذهن بر بدن بیشتر شده و در واقع ذهن با قدرت بیشتر در برابر مشکلات جسم ایستاده و

1. Sohl  
2. Abdel-Khalek

3. Rice  
4. Lynn, Laurence & Kirsch

مدیریت بهتری بر بدن می‌یابد. به عبارت دیگر تلقینات مستقیم موجود در این مطالعه می‌تواند در ناخودآگاه و قسمت‌های عمیق‌تر ذهنی تاثیر بگذارد که این تاثیر می‌تواند به واسطه احساس آرامش و احساس رضایتمندی، احساس مقاومت بیشتری در افراد دارای اعتیاد به وجود آورده، احساس اضطراب درونی فرد را کاهش بدهد و در فرد ایجاد آرامش بیشتر نماید. در افراد دارای اعتیاد، اضطراب مرگ به واسطه تلقینات و پذیرفتن این که مرگ نیز مرحله‌ای از مراحل زندگی است که می‌توان با آرامش پشت‌سر گذاشت کاهش پیدا کند و همچنین تاثیرات تلقینی در خصوص افزایش آرامش می‌تواند در این زمینه اثرات قابل توجهی داشته باشد. عدم وجود پژوهش مشابه در داخل و خارج کشور و نبود گروه پیگیری به دلیل شرایط خاص کرونایی، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود اثربخشی هیپنوتراپی بر کارکردهای اجرایی، آشفتگی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در زمینه سایر مواد مخدر نیز صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود درمان فردی و گروهی هیپنوتراپی با هم مقایسه شوند. در آخر پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با دوره‌های پیگیری انجام شوند.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیران بهزیستی شهرستان قائم شهر به خاطر همکاری ارزشمند آن‌ها در اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

### منابع

افضلی، افشین؛ دلاور، علی؛ برجعلی، احمد و میرزمانی، محمود (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون DASS-42 بر اساس نمونه‌ای از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمانشاه. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۲)، ۸۱-۹۲.

آذر مهر، رابعه و احمدی، عزت‌الله (۱۳۹۹). نقش حساسیت اضطرابی و کنترل توجه در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در جوانان. *مجله روان‌شناسی سلامت*، ۲(۴)، ۴۵-۵۰.

دلاور، علی (۱۳۹۸). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: ویرایش.



رحمتی، زهرا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و جهانگیری، محمد مهدی (۱۴۰۰). بررسی نقش تعدیل کننده شفقت به خود در رابطه بین تاب آوری در برابر استرس و وسوسه مصرف مواد در مردان وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۷۶-۲۵۳.

ستوده، زهرا و قربانی، مریم (۱۳۹۸). روند تاثیر هیپنوتراپی بر کاهش مشکلات و بیماری‌های روانی و جسمی. *نشریه روان‌شناسی و روان پزشکی شناخت*، ۶(۴)، ۱۵۱-۱۳۶.

شهسواری شیرازی، احسان و سامانی، سیامک (۱۳۹۶). اثربخشی هیپنوتراپی بر بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معنادان مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین ایران و جهان در روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی*.

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده جفره، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۳۱.

صفری، مهدی و موسوی زاده، سیده (۱۳۹۳). بررسی عوامل موثر در بازگشت به سو مصرف مواد در مراجعین به مراکز ترک اعتیاد شهرستان مراغه. *نشریه پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۶)، ۶۴-۵۷.

گل‌آبادی، مجید و تابان، حبیب‌اله (۱۳۸۴). آیا هیپنوتراپی بر میزان عود وابستگی به مواد افیونی و کاهش علائم ترک مؤثر است؟ *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۱(۲)، ۲۱۸-۲۱۲. محمدزاده ابراهیمی، علی؛ رحیمی، طیبه و تقوایی نیا، علی (۱۳۹۶). اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر بهبود کیفیت خواب دانشجویان. *پژوهش در پزشکی*، ۴۱(۱)، ۱۶-۱۰.

میکائیلی، نیلوفر و رهبری غازانی، نسرين (۱۳۹۹). اثربخشی یک برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی بر اهمال کاری و باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۵۹)، ۱۷۲-۱۵۷.

هاشمی رزینی، هادی؛ باحشمت جویباری، شهاب و رامشینی، مریم (۱۳۹۶). بررسی ارتباط راهبردهای مقابله و منبع کنترل با اضطراب مرگ در سالمندان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۲(۲)، ۲۴۱-۲۳۲.

## References

- Abdel-Khalek, A. M. (2012). The death distress construct and scale. *OMEGA-journal of death and dying*, 64(2), 171-184.
- Alizamar, A., Ifdil, I., Fadli, R. P., Erwindia, L., Zola, N., Churnia, E., & Rangka, I. B. (2018). The effectiveness of hypnotherapy in reducing stress levels. *Addictive disorders & their treatment*, 17(4), 191-195.

- Alladin, A. (2008). *Cognitive hypnotherapy: An integrated approach to the treatment of emotional disorders*. Hoboken, NJ, United States: John Wiley & Sons.
- Alladin, A. (2010). Evidence-based hypnotherapy for depression. *Intl. Journal of clinical and experimental hypnosis*, 58(2), 165-185.
- Alladin, A. (2011). Cognitive Hypnotherapy as assimilative model of integrative therapy. *contemporary hypnosis and integrative therapy*, 28(1), 17-45.
- Alladin, A. (2013). Healing the wounded self: Combining hypnotherapy with ego state therapy. *American journal of clinical hypnosis*, 56(1), 3-22.
- Alladin, A. (2018). Cognitive hypnotherapy for psychological management of depression in palliative care. *Annals of palliative medicine*, 7(1), 112-124.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- An, E., Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2018). Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psycho-oncology*, 27(11), 2566-2572.
- Bacchi, S., & Licinio, J. (2017). Resilience and psychological distress in psychology and medical students. *Academic psychiatry*, 41(2), 185-188.
- Bowker, E., & Dorstyn, D. (2016). Hypnotherapy for disability-related pain: A meta-analysis. *Journal of health psychology*, 21(4), 526-539.
- Cardena, E., & Spiegel, D. (1991). *Suggestibility, absorption, and dissociation: An integrative model of hypnosis*. In J. Schumaker (Ed.), *Human suggestibility: Advances in Theory, Research, and Application* (pp. 95-107). United Kingdom: Routledge
- Chen, P. Y., Liu, Y. M., & Chen, M. L. (2017). The effect of hypnosis on anxiety in patients with cancer: A meta-analysis. *Worldviews on evidence-based nursing*, 14(3), 223-236.
- Chiu, L., Lee, H. W., & Lam, W. K. (2018). The effectiveness of hypnotherapy in the treatment of Chinese psychiatric patients. *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 66(3), 315-330.
- Daradkeh, F., & Fouad Moselhy, H. (2011). Death anxiety (Thanatophobia) among drug dependents in an Arabic psychiatric hospital. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 37(3), 184-188.
- Haghighi, S., Movahedzadeh, B., & Malekzadeh, M. (2016). The effectiveness of group cognitive hypnotherapy on major depression referred to residential and semi-residential addiction recovery centers. *Armaghane danesh*, 21(9), 914-923.
- Jordan, C. J., & Andersen, S. L. (2017). Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Developmental cognitive neuroscience*, 25, 29-44.

- Kashiri Dinaki, A., Pourasghar, M., & Janbabai, G. (2016). The effectiveness of group cognitive behavioral hypnotherapy on mental health of women with breast cancer. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 4(3), 77-83.
- Kihlstrom, J. F. (2013). Neuro-hypnotism: Prospects for hypnosis and neuroscience. *Cortex*, 49(2), 365-374.
- Kister, I., Chamot, E., Salter, A. R., Cutter, G. R., Bacon, T. E., & Herbert, J. (2013). Disability in multiple sclerosis: a reference for patients and clinicians. *Neurology*, 80(11), 1018-1024.
- Korkut, B., & Sevinç, N. (2021). The Relationship between death anxiety and rational drug use. *The journal of Turkish family physician*, 12(2), 76-83.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Lutherborough, A. (2018). *Physiological measures of changes in self-agency during hypnosis*. Australia, Macquarie University, Faculty of Human Sciences, Department of Cognitive Science.
- Lynn, S. J., Laurence, J. R., & Kirsch, I. (2015). Hypnosis, suggestion, and suggestibility: An integrative model. *American journal of clinical hypnosis*, 57(3), 314-329.
- Marsh, I. C., Chan, S. W., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011-1027.
- Marulli, T. A. (2020). *An Exploration of the Influence of Joint Hypermobility in Adolescents with Juvenile Fibromyalgia*. (Doctoral Dissertation). The Ohio State University.
- Mubarokah, R. I., Prasetya, H., & Respati, S. H. (2020). The Effectiveness of Hypnotherapy to Reduce Anxiety in Pre-Caesarean Section Women. *Journal of maternal and child health*, 5(1), 12-18.
- Nilsson, M. (2021). *Attitudes, cognition, and functional disability in individuals with self-harm and psychiatric disorders*. (Doctoral Dissertation). Swedish, University of Lund.
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926.
- Rajabi, G., & Bohrani, M. (2001). Factor analysis of death anxiety question. *Journal of psychology*, 20(2), 322-344.
- Rice, J. (2009). The relationship between humor and death anxiety. *Departeman of psychology*, 2(12), 86-142.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry, (11th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

- Salehi, R., Shakhi, K., & Faraji Khiavi, F. (2016). Association between disability and quality of life in multiple sclerosis patients in Ahvaz, IRAN. *Master Sociomed*, 28(3), 215-219.
- Savolainen, I., Kaakinen, M., Sirola, A., & Oksanen, A. (2018). Addictive behaviors and psychological distress among adolescents and emerging adults: A mediating role of peer group identification. *Addictive behaviors reports*, 7(3), 75-81.
- Shakil, M. (2020). Integration of hypnotherapy with brief cognitive behaviour therapy (CBT) for treatment of depression. *JPMA. The journal of the pakistan medical association*, 70(4), 719-723.
- Sharpe, L., Curran, L., Butow, P., & Thewes, B. (2018). Fear of cancer recurrence and death anxiety. *Psycho-oncology*, 27(11), 2559-2565.
- Shestopal, I., & Bramness, J. G. (2019). Effect of hypnotherapy in alcohol use disorder compared with motivational interviewing: a randomized controlled trial. *Addictive disorders & their treatment*, 18(3), 169-175.
- Sohl, S. J., Stossel, L., Schnur, J. B., Tatrow, K., Gherman, A., & Montgomery, G. H. (2010). Intentions to use hypnosis to control the side effects of cancer and its treatment. *American journal of clinical hypnosis*, 53(2), 93-100.
- Taylor, D. A., & Genkov, K. A. (2020). Hypnotherapy for the treatment of persistent pain: A literature review. *Journal of the American psychiatric nurses association*, 26(2), 157-161.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The journal of general psychology*, 82(2), 165-177.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization.
- Zeqiraj, K., Kruja, J., Kabashi, S., & Muçaj, S. (2014). Epidemiological characteristics and functional disability of multiple sclerosis patients in Kosovo. *Medical archives*, 68(3), 178-188.





# The Effectiveness of Hypnotherapy on Psychological Distress, Functional Disability, and Death Anxiety in Heroin-Dependent Individuals

Jamal Sadeghi<sup>1</sup>, Milad Ghambari<sup>2</sup>

**Objective:** This present research aimed to determine the effectiveness of hypnotherapy on psychological distress, functional disability, and death anxiety in heroin-dependent individuals. **Method:** The study was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the current research included all heroin users referring to an addiction treatment camp in the city of Ghaemshahr in 2020. Among which, 32 heroin-dependent individuals were recruited and randomly assigned to two experimental (n = 16) and control (n = 16) groups. Subjects in the experimental group received hypnotherapy for eight 75-minute sessions. The research tools included the WHO functional disability assessment questionnaire, the depression, anxiety and stress scale, and the death anxiety questionnaire. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance. **Results:** The findings indicated that there was a significant difference between the two groups, and hypnotherapy significantly reduced the scores of psychological distress, functional disability, and death anxiety in heroin-dependent individuals. **Conclusion:** Hypnotherapy can be used as a useful intervention method to reduce psychological distress, functional disability, and death anxiety.

**Keywords:** Hypnotherapy, Psychological distress, Functional disability, Death anxiety, Heroin dependence

۱۹

19

سال شانزدهم، شماره زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran. Email: jamalsadeghi48@yahoo.com

2. MA student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Bandar-e-Gaz Branch, Islamic Azad University, Bandar-e-Gaz, Iran.

# The Effectiveness of Motivational Psychotherapy on Mental Health in Women with Substance-Dependent Spouses

Hossein Sahebdel<sup>1</sup>

## Abstract

**Objective:** The present study was conducted to investigate the effectiveness of motivational psychotherapy on mental health in women with substance-dependent spouses. **Method:** The research method was quasi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The research statistical population included all women referring to addiction treatment clinics in the city of Torbat Heydariyeh, whose husbands were under methadone treatment, in 2021. Among them, 30 people were selected using the convenience sampling method and were randomly assigned to two experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. The experimental group participated in 10 sessions of motivational psychotherapy, while the control group did not undergo any intervention. The research tool included the general health questionnaire and multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. **Results:** The results showed that motivational psychotherapy significantly improved mental health, depression, anxiety, physical symptoms, and social performance of women with substance-dependent spouses. **Conclusion:** The results of this research can open the way for counselors and therapists to help women with substance-dependent spouses.

**Keywords:** Women with substance-dependent spouses, Mental health, Motivational psychotherapy

۱۸

18

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

---

1. Assistant Professor, Department of Counseling, Qaenat Branch, Islamic Azad University, Qaenat, Iran. Email: Pcsahebdel1365@gmail.com



# The Effectiveness of Mindfulness Training on Cognitive Emotion Regulation, Experiential Avoidance, and Methadone Dose Reduction in Patients under Methadone Treatment\*

Ataollah Asi Kouchesfahani<sup>1</sup>, Majid Baradaran<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** This research was conducted to investigate the effectiveness of mindfulness training on cognitive emotion regulation, experiential avoidance, and methadone dose reduction in patients under methadone treatment. **Method:** The current study was quasi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population in this study consisted of all individuals referring to addiction treatment clinics in the city of Rasht in 2022. Of them, 30 people were selected using the convenience sampling method and were randomly assigned to two experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. Participants of both groups completed cognitive regulation questionnaire and the acceptance and action questionnaire in the pre-test and post-test. Mindfulness-based cognitive therapy was implemented on the experimental group according to the protocol of Boen, Chawla, and Marlatt (2017) in eight 80-minute sessions with the frequency of one session per week. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance. **Results:** The results showed that mindfulness training led to increasing adaptive cognitive emotion regulation strategies and decreasing maladaptive cognitive emotion regulation strategies, experiential avoidance, and methadone dose in patients under methadone treatment. **Conclusion:** According to the findings, it can be said that mindfulness can be used as an effective intervention in patients under methadone treatment.

**Keywords:** Substance use, Methadone, Mindfulness, Cognitive emotion regulation, Experiential avoidance

۱۷

17

سال شانزدهم، شماره ۱ زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

---

\*. This article has been extracted from the master's thesis of the first author at Payam-e-Noor University, Astaneh Ashrafieh Branch.

1. MA in General Psychology, Payam-e-Noor University, Astaneh Ashrafieh, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran. Email: baradaran@pnu.ac.ir

# The Effectiveness of Interpersonal and Social Rhythm Therapy on Alexithymia and Self-Regulation in Individuals with Substance Use Disorder in Outpatient Centers\*

Fatemeh Bagheri<sup>1</sup>, Firoozeh Ghazanfari<sup>2</sup>, Fazlollah Mirderikvand<sup>3</sup>

## Abstract

**Objective:** The present research aimed to determine the effectiveness of interpersonal and social rhythm therapy on alexithymia and self-regulation in individuals with substance use disorder in outpatient centers. **Method:** The current research was semi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the research included all men with substance use disorder in the outpatient centers of the city of Khorramabad in 2021. Of them, 18 people were selected using the convenience sampling method and were randomly assigned to two experimental (n = 9) and control (n = 9) groups. Individuals in the experimental group received interpersonal and social rhythm therapy in twelve 45-minute sessions with a frequency of two sessions per week. To collect data, the Toronto alexithymia scale and the self-regulation questionnaire were used. Data were analyzed using the Mann-Whitney U non-parametric test. **Results:** The results showed that there was a significant difference between the two groups, and interpersonal and social rhythm therapy reduced alexithymia and increased self-regulation in individuals with substance use disorder. **Conclusion:** According to the results of the present study, interpersonal and social rhythm therapy can be used to reduce emotional problems and improve self-regulation skills in individuals with substance use disorder.

**Keywords:** Interpersonal and social rhythm therapy, Alexithymia, Self-regulation, Substance use disorder

۱۶

16

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

---

\*. This article has been extracted from the master's thesis of the first author at Lorestan University.

1. Corresponding Author: MA in General Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.  
Email: Fatemehbagheri037@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

# Presenting the Pattern of Structural Relations of Mental Rumination and Worry to Prediction of Individuals' Relapse to Stimulants: The Mediating Role of Self-Control\*

Roya Jalili<sup>1</sup>, Javad Khalatbari<sup>2</sup>, Hasan Ahadi<sup>3</sup>, Shohreh Qorban Shiroudi<sup>4</sup>

## Abstract

**Objective:** The present study aimed to evaluate the pattern of structural relations of mental rumination and worry to the prediction of the individuals' relapse to stimulants mediated by self-control. **Method:** The method of the current research was descriptive-correlational of path analysis type. The statistical population of the study included all individuals using stimulants resident in rehabilitation and care centers of Tehran in 2021. Two hundred and fifty people were selected by cluster random sampling method. Data collection was performed through the self-control questionnaire, the prediction of individuals' relapse to substance questionnaire, the mental rumination questionnaire, and the worry questionnaire. The path analysis test was used for data analysis. **Results:** The results showed that mental rumination and worry were positively associated with the prediction of individuals' relapse to stimulants and self-control was negatively associated with the prediction of individuals' relapse to substances. Mental rumination and worry had a significant direct effect, as well as a significant indirect effect through self-control, on the prediction of relapse to stimulant use. **Conclusion:** The research findings indicated the appropriate fit of the research conceptual model. It is suggested that experts in the field of addiction pay special attention to reducing anxiety and mental rumination and increasing self-control of these individuals in identifying and analyzing the prediction of relapse to stimulants.

**Keywords:** Mental rumination, Worry, Prediction of relapse, Self-control

۱۵

15

سال شانزدهم، شماره زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

---

\*. This article has been extracted from the doctoral dissertation of the first author at the Islamic Azad University of the United Arab Emirates, Dubai.

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, United Arab Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. Email: javadkhalatbaripsy2@gmail.com

3. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

# The Prediction of Problem-Solving Styles based on the Dimensions of Self-Differentiation in Substance-Dependent Individuals

Mohammad Hossein Sharifiniya<sup>1</sup>, Zahra Rahimi Yeganeh<sup>2</sup>

## Abstract

**Objective:** The present study was conducted to predict problem-solving styles based on the dimensions of self-differentiation in substance-dependent individuals. **Method:** This research was of descriptive-correlational type, and its statistical population included substance-dependent males and females who referred to the addiction treatment centers in the city of Arak in 2020. The study sample consisted of 270 people selected by convenience sampling method. The research tool was the self-differentiation questionnaire and the problem-solving Strategies scale. The data were analyzed with Pearson's correlation coefficient and stepwise regression analysis. **Results:** The results showed that the dimensions of self-differentiation were significantly related to the problem-solving styles in substance-dependent individuals. Also, regression analysis indicated that mixing with others could predict creativity styles and self-confidence. In addition, emotional breakdown explained approach and helplessness styles. In addition, the emotional reaction in the second step could predict creativity and approach styles. Emotional reaction also predicted the restraint style, but the position of the self could not predict any of the problem-solving styles. **Conclusion:** According to these findings, the level of self-differentiation plays a significant role in predicting ways of coping with problems and events of daily life in substance-dependent individuals. For this reason, it is necessary to include measures to improve the level of differentiation in addiction prevention programs for children and adolescents, as well as in the treatment of substance-dependent individuals.

**Keywords:** Substance dependence, Self-differentiation, Problem-solving styles

۱۴

14

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

- 
1. Corresponding Author: Ph.D. in Psychology, Faculty Member of Research Institute of Hawzah and University, Qom, Iran. Email: sharifinia1@gmail.com
  2. MA in Mind, Brain, and Education, Higher Education Institute of Cognitive Sciences, Tehran, Iran.

# Understanding and Recognizing the Problems and Needs of Stimulant-Dependent Adolescents \*

Shokrollah Gharedaghi<sup>1</sup>, Hossein Yahyazadeh Pir Saraei<sup>2</sup>, Mohammad Saeed Zokaei<sup>3</sup>, Habib Aghabakhshi<sup>4</sup>

## Abstract

**Objective:** The current research was conducted aiming at understanding and recognizing the problems and needs of stimulant-dependent male adolescents.

**Method:** This research was qualitative and a thematic analysis. The study population included all stimulant-dependent male adolescents, which based on the purposeful sampling method and using the data saturation technique, 12 adolescents were selected from the public and non-public addiction treatment centers of Tehran and Alborz in 2019 and 2020. Data collection was performed with a semi-structured in-depth interview method, and the data were then analyzed using Clark and Brown's (2006) method. **Results:** Based on the data analysis, the needs of adolescents were extracted in three categories of general needs (including the need for family support, parenting skills training, healthy communication with friends and peers, formal education and life skills, and recreation), rehabilitation needs (including the need for the support of friends and family, providing services appropriate to the adolescent period, following up on health status, having a goal, hope, respect, and motivation), and post-rehabilitation needs (including the need for influential individuals and continuous and long-term social care and support ) as main and secondary themes.

**Conclusion:** Based on the study results, it is necessary to establish and expand specialized service centers with trained specialist staff familiar with the needs and issues of substance-dependent adolescents in order to provide psycho-social services to adolescents and their families, as well as literacy and skill training programs.

**Keywords:** Qualitative method of thematic analysis, Adolescents, Stimulants, Needs, Rehabilitation

۱۲

۱۳

سال شانزدهم شماره ۱ زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

---

\*. This article has been extracted from the doctoral dissertation of the first author at Allameh Tabataba'i University.

1. Ph.D. Student in Social Work, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

2. Corresponding Author: Associate professor, Department of Social Work, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Email: yahyazadeh@atu.ac.ir

3. Professor, Department of Cultural Studies, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

4. Retired Associate Professor, Department of Social Work, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran.

# Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness, and Motivational Interviewing on Intentional Self-Regulation in Individuals with Substance Use Disorder under Maintenance Therapy

Mahsa Kashefizadeh<sup>1</sup>, Mahboobe Taher<sup>2</sup>, Abbas Ali Hosseinkhanzadeh<sup>3</sup>, Narges Haj Abootalebi<sup>4</sup>

## Abstract

**Objective:** The present research aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy, mindfulness, and motivational interviewing on intentional self-regulation in individuals with substance use disorder under maintenance therapy.

**Method:** This research was a semi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all men with substance use disorder under treatment in Robat Karim from March 2020 to May 2021, from which a sample of 71 people was selected using a cluster random sampling method and randomly placed into three experimental groups and one control group. The intentional self-regulation questionnaire was used to collect the data. The experimental groups underwent group therapy based on acceptance and commitment, motivational interviewing, and mindfulness for ten 50-minute sessions, but the control group did not receive any intervention. **Results:** The findings showed that the difference between the experimental and control groups was significant in all three approaches and mindfulness, acceptance and commitment therapy, and motivational interviewing had the greatest impact on intentional self-regulation, respectively, in individuals with substance use disorder under maintenance therapy. **Conclusion:** Based on the findings, it can be concluded that individuals with substance use disorder can achieve more intentional self-regulation by learning techniques based on mindfulness, acceptance and commitment therapy, and motivational interviewing, but mindfulness techniques and acceptance and commitment therapy are more successful than motivational interviewing in this regard.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Mindfulness, Motivational interviewing, Intentional self-regulation, substance use disorder, Maintenance therapy

۱۲

12

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran. Email: Mahboobe.Taher@yahoo.com

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

# Exploring the Family Contexts and the Consequences of the Addiction Phenomenon among Men in the City of Ahvaz

Mohammad Hossein Moghadam<sup>1</sup>

## Abstract

**Objective:** The current research aimed to explore the family contexts and the consequences of the addiction phenomenon among men in the city of Ahvaz. **Method:** The qualitative grounded theory method was used, which, first through purposeful sampling and then the theoretical method, in-depth interviews were conducted with 18 male substance users attending the Ahvaz addiction treatment camp. Simultaneously with data collection, coding and analysis were performed in three stages of open, axial, and selective coding. **Results:** The results included 6 main categories, including family economic life disruption, cultural desperation, addictive social context, structural factors facilitating substance use, addiction as a positive thing, and multidimensional consequences of addiction that were presented in the paradigm model. **Conclusion:** The results of the research show that the category of life core is a crisis-provoking and its focus is family contexts that lead individuals to substance use.

**Keywords:** Family contexts, Addiction, Grounded theory, Ahvaz

۱۱

11

سال شانزدهم شماره زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

---

1. MA, Department of Social Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.  
Email: MohammadHoseyn.Moghadam@gmail.com

# Structural Modeling of Identity Styles with Tendency to High-Risk Behaviors in Students: The Mediating Role of Alexithymia

Houshang Garavand <sup>1</sup>

## Abstract

**Objective:** The present study aimed to investigate the mediating role of alexithymia in the relationship of identity styles with the tendency to high-risk behaviors. **Method:** The present study was descriptive-correlational of structural equation modeling type. The population of this study included all undergraduate students of Poldokhtar Higher Education Center studying in the academic year 2021-2022. The statistical sample size, based on the rule of Kline, was determined equal to 230 people, which was performed by convenience sampling method and an online questionnaire. The instruments used in this study were the Toronto alexithymia scale, the Iranian adolescents' risk-taking scale, and the identity style inventory. All data analyses were performed using the SPSS-22 and AMOS-24 software. **Results:** The results showed that confused-avoidant and commitment identity styles directly affected the tendency to high-risk behaviors. Also, confused-avoidant and commitment identity styles, through alexithymia, indirectly affected the tendency to high-risk behaviors. Normative identity style had a direct effect on the tendency to high-risk behaviors and alexithymia, but the information-oriented identity style did not. In addition, alexithymia had directly affected the tendency to high-risk behaviors. **Conclusion:** Individuals with the commitment identity style will experience more positive emotions and regulate their emotions better, but individuals with a confused-avoidant identity style have a deficit in understanding, describing, and processing emotions, causing them to tend to high-risk behaviors (substance use, smoking, alcohol use, etc.). Therefore, it is suggested that by addressing the Iranian-Islamic identity, educational authorities guide the students toward the commitment identity style, and by teaching the students having the confused-avoidant identity style, reduce alexithymia in them to decrease their tendency to high-risk behaviors. **Keywords:** Identity styles, Alexithymia, Tendency to high-risk behaviors

۱۰

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

10

---

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.  
Email: garavand.h@lu.ac.ir



# The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Treatment Motivation and Self-Criticism in Substance-Dependent Individuals

Eisa Jafari<sup>1</sup>, Hamid Reza Hamidi Rad<sup>2</sup>, Behzad Rasoolzadeh<sup>3</sup>, Ezzatollah Kordmirza Nikoozadeh<sup>4</sup>, Fereshteh Pourmohseni Koluri<sup>5</sup>

## Abstract

**Objective:** The present study was conducted to investigate the effect of mindfulness-based cognitive therapy on treatment motivation and self-criticism in substance-dependent individuals. **Method:** This research was a semi-experimental study with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the study included substance-dependent individuals referring to the Medium-Term Residential Recovery Center in the city of Astara in the first quarter of 2020. Among them, 20 people were selected by convenience sampling method and were randomly assigned to experimental (n = 10) and control (n = 10) groups. The research measurement instruments were the stages of change readiness and treatment eagerness scale and the levels of self-criticism scale. To analyze the data, the descriptive statistics and multivariate analysis of covariance were used. **Results:** Based on the results obtained from the differences between the experimental and control groups in pre-test and post-test, the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on treatment motivation and self-criticism in substance-dependent individuals was confirmed. In other words, the results showed that mindfulness-based cognitive therapy increased treatment motivation and decreased self-criticism in the experimental group. **Conclusion:** According to the results of the study, it is recommended to professionals active in the field of addiction treatment to use the protocol of mindfulness-based cognition therapy as a psychological adjunctive therapy to increase treatment motivation and also to reduce self-criticism in substance-dependent individuals.

**Keywords:** Mindfulness-based cognitive therapy, Treatment motivation, Self-criticism, Substance-dependence

۹

9

سال شانزدهم، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

- 
1. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran. Email: dr.jafari @pnu.ac.ir
  2. MA, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.
  3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.
  4. Associate Professor, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.
  5. Associate Professor, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.

# The Effectiveness of Computerized Cognitive Rehabilitation in Improving Response Inhibition and Working Memory in Adolescents with Tendency to Substance Use

Karim Abdolmohammadi<sup>1</sup>, Ali Mohammadzadeh<sup>2</sup>, Farhad Ghadiri Sourman Abadi<sup>3</sup>

## Abstract

**Objective:** The current study was conducted to determine the effectiveness of computerized cognitive rehabilitation in improving response inhibition and working memory in adolescents with tendency to substance use. **Method:** The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The study population included all 15-18-year-old adolescents living in Tabriz, of whom 30 people were selected by convenience sampling and were randomly assigned to experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. The subjects of the experimental group received the computerized cognitive rehabilitation program for twelve 30-minute sessions. The research tool included the adolescents' deficits in executive functioning scale and the substance use tendency questionnaire. The multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. **Results:** The results revealed that there was a significant difference between the control and experimental groups in the post-test scores of response inhibition and working memory after adjusting for the pre-test effect of response inhibition and working memory. **Conclusion:** Based on the present research, it can be suggested that computerized cognitive rehabilitation can increase response inhibition and working memory in adolescents with tendency to substance use.

**Keywords:** Computerized cognitive rehabilitation, Response inhibition, Working memory, Tendency to substance use

۸

۸

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

- 
1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. Email: Karim.abdolmohammadi@yahoo.com
  2. Professor, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran.
  3. Ph.D. in Psychology, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran.

# Structural Relations of Early Maladaptive Schemas to Craving in Substance-Dependent Individuals under Methadone Maintenance Treatment: The Mediating Role of Self-Compassion

Narjes Ameri <sup>1</sup>

## Abstract

**Objective:** The present research aimed at determining the mediating role of self-compassion in the relationship between early maladaptive schemas and craving in substance-dependent individuals under methadone maintenance treatment. **Method:** This research was descriptive-correlational of structural equation modeling type. Among the substance-dependent individuals under methadone treatment referring to addiction treatment centers in the city of Shahrood, 250 people were selected according to the exclusion and inclusion criteria through the convenience sampling method. The tools used in this research included the craving questionnaire, the early maladaptive schemas questionnaire, and the self-compassion scale. To analyze the research model, the structural equation modeling using AMOS-24 software was used.

**Results:** The findings showed that early maladaptive schemas directly and significantly affected craving, and self-compassion had a significant mediating role in the relationship between early maladaptive schemas and craving. Overall, the results showed that the model had a good fit. **Conclusion:** The obtained results show that the individuals at risk of relapse had early maladaptive schemas, and considering that these schemas are formed in the early years of life and play a major role in individuals' vulnerability, it is recommended that maladaptive schemas be paid attention to in planning preventive methods and also in treatment programs for substance-dependent individuals. Therefore, both variables of early maladaptive schemas and self-compassion play an important role in craving. Thus, paying attention to these variables is of particular importance in reducing craving.

**Keywords:** Early maladaptive schemas, Craving, Self-compassion, Methadone, Substance-dependent individuals

۷

7

سال شانزدهم، شماره ۱ زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

---

1. Semnan University Lecturer, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. Email: n-ameri2020@semnan.ac.ir

# The Effectiveness of Narrative Therapy on Cognitive Flexibility and Perceived Burdensomeness in People with Addiction Tendencies\*

Fatemeh Jamshiddoust Miyanroudi<sup>1</sup>, Hossein Ghamari Kivi<sup>2</sup>, Ali Sheykholeslami<sup>3</sup>

## Abstract

**Objective:** The present research aimed to determine the effectiveness of narrative therapy on cognitive flexibility and perceived burdensomeness in individuals with addictive tendencies. **Method:** The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The research statistical population included all individuals aged 18-35 years with addictive tendencies in the city of Ardabil in an addiction treatment camp in 2022. Among them, 24 people were selected by convenience sampling method and were randomly assigned to two 12-people experimental (n = 12) and control (n = 12) groups, and they responded to the cognitive flexibility scale and the interpersonal needs questionnaire. The experimental group received 6 narrative therapy sessions. The data were analyzed using multivariate covariance. **Results:** The results showed that the narrative therapy intervention was effective in increasing cognitive flexibility and reducing perceived burdensomeness in individuals with addictive tendencies. **Conclusion:** The findings of this research provide useful information regarding the effectiveness of narrative therapy on addictive tendencies in individuals, and psychologists and counselors can use the narrative therapy intervention to increase and improve cognitive flexibility and reduce perceived burdensomeness in the rehabilitation of individuals with addictive tendencies.

**Keywords:** Narrative Therapy, Cognitive flexibility, Perceived burdensomeness, Addictive tendencies

۶

6

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

---

\*. This article has been extracted from the thesis of the first author at Mohaghegh Ardabili University.

1. MA in Rehabilitation Counseling, Department of Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. Corresponding Author: Professor, Department of Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. Email: h\_ghamari@uma.ac.ir
3. Associate Professor, Department of Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

# The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Marital Adjustment and Feeling of Loneliness in Women with Substance-Dependent Spouses

Ali Taghvaeinia <sup>1</sup>

## Abstract

**Objective:** The current research was conducted to determine the effectiveness of emotion regulation training on marital adjustment and feeling of loneliness in women with substance-dependent spouses. **Method:** The research was quasi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of this research included all women with substance-dependent spouses referring to public counseling centers in the city of Yasuj. Among them, 32 women were selected by purposeful sampling method and randomly assigned to experimental (n= 16) and control (n=16) groups. The subjects of the experimental group received the emotional regulation training program for ten 90-minute sessions. Participants completed the social and emotional loneliness scale and the dyadic adjustment scale in the pre-test and post-test stages. The multivariate covariance analysis was used to analyze the data. **Results:** The findings showed that after controlling the pre-test effect, the effect of emotion regulation training in the experimental group on marital adjustment and feeling of loneliness of women with substance-dependent spouses was significant. In other words, the results showed a significant decrease in feeling of loneliness and a significant increase in marital adjustment in the experimental group compared to the control group in the post-test. **Conclusion:** Emotion regulation training is effective in increasing marital adjustment and reducing feeling of loneliness of women with substance-dependent spouses. The result of this research can be used in educational and therapeutic areas related to substance dependence and its consequences.

**Keywords:** Emotion regulation training, Marital adjustment, Feeling of loneliness, Women with substance-dependent spouses

۵

5

سال شانزدهم، شماره ۱ زمستان ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

---

1. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Yasuj University, Yasuj, Iran. Email: ali.taghvaei@yu.ac.ir

<b>Title</b>	<b>Page</b>
<b>The Effectiveness of Interpersonal and Social Rhythm Therapy on Alexithymia and Self-Regulation in Individuals with Substance Use Disorder in Outpatient Centers</b> Fatemeh Bagheri, Firoozeh Ghazanfari, Fazlollah Mirderikvand	<b>267-290</b>
<b>The Effectiveness of Mindfulness Training on Cognitive Emotion Regulation, Experiential Avoidance, and Methadone Dose Reduction in Patients under Methadone Treatment</b> Ataollah Asi Kouchesfahani, Majid Baradaran	<b>291-310</b>
<b>The Effectiveness of Motivational Psychotherapy on Mental Health in Women with Substance-Dependent Spouses</b> Hossein Sahebdel	<b>311-328</b>
<b>The Effectiveness of Hypnotherapy on Psychological Distress, Functional Disability, and Death Anxiety in Heroin-Dependent Individuals</b> Jamal Sadeghi, Milad Ghambari	<b>329-347</b>

## Contents

Title	Page
<b>The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Marital Adjustment and Feeling of Loneliness in Women with Substance-Dependent Spouses</b> Ali Taghvaeinia	7-24
<b>The Effectiveness of Narrative Therapy on Cognitive Flexibility and Perceived Burdensomeness in People with Addiction Tendencies</b> Fatemeh Jamshiddoust Miyaroudi, Hossein Ghamari Kivi, Ali Sheykholeslami	25-46
<b>Structural Relations of Early Maladaptive Schemas to Craving in Substance-Dependent Individuals under Methadone Maintenance Treatment: The Mediating Role of Self-Compassion</b> Narjes Ameri	47-70
<b>The Effectiveness of Computerized Cognitive Rehabilitation in Improving Response Inhibition and Working Memory in Adolescents with Tendency to Substance Use</b> Karim Abdolmohammadi, Ali Mohammadzadeh , Farhad Ghadiri Sourman Abadi	71-90
<b>The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Treatment Motivation and Self-Criticism in Substance-Dependent Individuals</b> Eisa Jafari, Hamid Reza Hamidi Rad, Behzad Rasoolzadeh, Ezzatollah Kordmirza Nikoozadeh, Fereshteh Pourmohseni Koluri	91-112
<b>Structural Modeling of Identity Styles with Tendency to High-Risk Behaviors in Students: The Mediating Role of Alexithymia</b> Houshang Garavand	113-144
<b>Exploring the Family Contexts and the Consequences of the Addiction Phenomenon among Men in the City of Ahvaz</b> Mohammd Hossein Moghadam	145-170
<b>Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness, and Motivational Interviewing on Intentional Self-Regulation in Individuals with Substance Use Disorder under Maintenance Therapy</b> Mahsa Kashefizadeh, Mahboobe Taher, Abbas Ali Hosseinkhanzadeh, Narges Haj Abootalebi	171-192
<b>Understanding and Recognizing the Problems and Needs of Stimulant-Dependent Adolescents</b> Shokrollah Gharedaghi, Hossein Yahyazadeh Pir Saraei, Mohammad Saeed Zokaei, Habib Aghabakhshi	193-222
<b>The Prediction of Problem-Solving Styles based on the Dimensions of Self-Differentiation in Substance-Dependent Individuals</b> Mohammad Hossein Sharifiniya, Zahra Rahimi Yeganeh	223-242
<b>Presenting the Pattern of Structural Relations of Mental Rumination and Worry to Prediction of Individuals' Relapse to Stimulants: The Mediating Role of Self-Control</b> Roya Jalili, Javad Khalatbari, Hasan Ahadi, Shohreh Qorban Shiroudi	243-266

## **Editorial Board**

---

<b>Zarrindast, M. R., Ph.D.</b>	Professor of Neuroscience, Tehran University of Medical Sciences
<b>Joghataei, M.T., Ph.D.</b>	Professor of Anatomy, Iran University of Medical Sciences
<b>Mohseni Tabrizi, A. R., Ph.D.</b>	Professor of Sociology, University of Tehran
<b>Navabakhsh, M., Ph.D.</b>	Professor of Sociology, Islamic Azad University, Science and Research Branch
<b>Mohammadkhani, P., Ph.D.</b>	Professor of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences
<b>Rahimi-Movaghar, A., Ph.D.</b>	Professor of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences
<b>Motavalian, S. A., Ph.D.</b>	Professor of Epidemiology, Iran University of Medical Sciences
<b>Rezai Rad, M., Ph.D.</b>	Associate Professor of Management of Treatment Services, Police University

## **Reviewers of This Issue**

---

<b>Mohammadzadeh, A., Ph.D.</b>	Professor of Psychology, Payame Noor University
<b>Soleimani, E., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Urmia University
<b>Taghvaeinia, A., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Yasouj University
<b>Jazini, A., Ph.D.</b>	Associate Professor of Management, Amin Police University
<b>Dehshiri, GR., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Alzahra University
<b>Jafari, E., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
<b>Rezaei, AM., Ph.D.</b>	Associate Professor of Psychology, Semnan University
<b>Gearavand, H., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Lorestan University
<b>Sharifinia, MH., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Research Institute of Hawzah and University
<b>Ghasemipour, Y., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Malayer University
<b>Mohammadi, S., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Educational Administration, Semnan University
<b>Aryanpour, HR., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Ardakan University
<b>Saadati, M., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Sociology, Imam Khomeini International University
<b>Sedaghat, M., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch
<b>Sarami fruoshani, HR., Ph.D.</b>	PhD in Cultural Management and Planning
<b>Dabiri, S., Ph.D.</b>	Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, North Tehran Branch



**In the name of God**

**Scientific Quarterly**

**Research on Addiction**  
**Vol. 16, No. 66, Winter 2023**

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

**Director-in-Charge:** 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](mailto: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](http://dchq.ir), ISC, [magiran.com](http://magiran.com), SID, [Iranmedex](http://Iranmedex), [ensani.ir](http://ensani.ir), [Noormags.com](http://Noormags.com), [LinkedIn](https://www.linkedin.com) & [Academia](https://www.academia.edu).

# Research on Addiction

## Scientific Quarterly

Vol. 16/ No. 66/ Winter 2023

ISSN: 2008-4307

- |  |         |
|--|---------|
| ◆ <b>The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Marital Adjustment and Feeling of Loneliness in Women with Substance-Dependent Spouses</b><br>Ali Taghvaeinia   | 7-24    |
| ◆ <b>The Effectiveness of Narrative Therapy on Cognitive Flexibility and Perceived Burdensomeness in People with Addiction Tendencies</b><br>Fatemeh Jamshiddoust Miyanroudi, Hossein Ghamari Kivi, Ali Sheykholeslami   | 25-46   |
| ◆ <b>Structural Relations of Early Maladaptive Schemas to Craving in Substance-Dependent Individuals under Methadone Maintenance Treatment: The Mediating Role of Self-Compassion</b><br>Narjes Ameri  | 47-70   |
| ◆ <b>The Effectiveness of Computerized Cognitive Rehabilitation in Improving Response Inhibition and Working Memory in Adolescents with Tendency to Substance Use</b><br>Karim Abdolmohammadi, Ali Mohammadzadeh, Farhad Ghadiri Sourman Abadi   | 71-90   |
| ◆ <b>The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Treatment Motivation and Self-Criticism in Substance-Dependent Individuals</b><br>Eisa Jafari, Hamid Reza Hamidi Rad, Behzad Rasoolzadeh, Ezzatollah Kordmirza Nikoozadeh, Fereshteh Pourmohseni Koluri   | 91-112  |
| ◆ <b>Structural Modeling of Identity Styles with Tendency to High-Risk Behaviors in Students: The Mediating Role of Alexithymia</b><br>Houshang Garavand   | 113-144 |
| ◆ <b>Exploring the Family Contexts and the Consequences of the Addiction Phenomenon among Men in the City of Ahvaz</b><br>Mohammad Hossein Moghadam  | 145-170 |
| ◆ <b>Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness, and Motivational Interviewing on Intentional Self-Regulation in Individuals with Substance Use Disorder under Maintenance Therapy</b><br>Mahsa Kashefizadeh, Mahboobe Taher, Abbas Ali Hosseinkhanzadeh, Narges Haj Abootalebi | 171-192 |
| ◆ <b>Understanding and Recognizing the Problems and Needs of Stimulant-Dependent Adolescents</b><br>Shokrollah Gharedaghi, Hossein Yahyazadeh Pir Saraei, Mohammad Saeed Zokaei, Habib Aghabakhshi   | 193-222 |
| ◆ <b>The Prediction of Problem-Solving Styles based on the Dimensions of Self-Differentiation in Substance-Dependent Individuals</b><br>Mohammad Hossein Sharifiniya, Zahra Rahimi Yeganeh   | 223-242 |
| ◆ <b>Presenting the Pattern of Structural Relations of Mental Rumination and Worry to Prediction of Individuals' Relapse to Stimulants: The Mediating Role of Self-Control</b><br>Roya Jalili, Javad Khalatbari, Hasan Ahadi, Shohreh Qorban Shiroudi  | 243-266 |
| ◆ <b>The Effectiveness of Interpersonal and Social Rhythm Therapy on Alexithymia and Self-Regulation in Individuals with Substance Use Disorder in Outpatient Centers</b><br>Fatemeh Bagheri, Firoozeh Ghazanfari, Fazlollah Mirderikvand  | 267-290 |
| ◆ <b>The Effectiveness of Mindfulness Training on Cognitive Emotion Regulation, Experiential Avoidance, and Methadone Dose Reduction in Patients under Methadone Treatment</b><br>Ataollah Asi Kouchesfahani, Majid Baradaran  | 291-310 |
| ◆ <b>The Effectiveness of Motivational Psychotherapy on Mental Health in Women with Substance-Dependent Spouses</b><br>Hossein Sahebdel  | 311-328 |
| ◆ <b>The Effectiveness of Hypnotherapy on Psychological Distress, Functional Disability, and Death Anxiety in Heroin Dependent Individuals</b><br>Jamal Sadeghi, Milad Ghambari  | 329-347 |



Presidency

Drug Control Headquarters  
Department for Research and Education